

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN
(BASISAUSBILDUNG)**

„Basales und mittleres Pflegemanagement“

20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Implementierung eines
Schmerzmanagements im SeneCura
Pflegezentrum St. Veit**

vorgelegt von: Grgic Angelina
Meischner Sindy
SeneCura Pflegezentrum St. Veit

begutachtet von: MMag. Dr. Christine-Leber-Anderwald
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Bildungszentrum

August/2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Wir erklären ehrenwörtlich, dass wir die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt haben. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der uns im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Wir bestätigen, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist uns bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Angelina Grgic

Sindy Meischner

St.Veit /Glan August 2011

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema Schmerz und Schmerzerfassung im Pflegezentrum SeneCura St.Veit/Glan, mit dem Ziel der Implementierung eines Schmerzmanagements. Es wird versucht anhand der Literatur Schmerz zu definieren, in verschiedenen Kategorien einzuteilen, sowie dessen Ursachen und Auswirkungen auf die Lebensqualität zu erläutern.

Alle Bewohner vom SeneCura Pflegezentrum St.Veit/Glan wurden zum Thema Schmerz befragt. Es wurden vorgefertigte Fragebögen an die diplomierten Pflegekräfte verteilt und die Aufgabe gestellt, gemeinsam mit den Pflegehelfern der eigenen Bezugsgruppe, die Schmerzbefragung durchzuführen.

Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schmerzbehandlung wurden ebenfalls in der Arbeit erörtert. Dazu gehört die medikamentöse Schmerztherapie, genauso wie die komplementären Methoden und die verschiedenen alternativen Pflegemaßnahmen.

Inhaltsverzeichnis

0. VORWORT	6
1. EINLEITUNG	8
2. LEBENSQUALITÄT UND SCHMERZ.....	12
2.1. Lebensqualität.....	12
2.2. Schmerz.....	13
2.3. Schmerzentstehung.....	13
2.4. Schmerzerleben.....	14
2.5. Schmerzerleben bei Demenzerkrankten.....	15
2.6. Schmerzeinteilung.....	16
2.6.1. Akuter Schmerz.....	17
2.6.2. Chronische Schmerzen.....	17
2.6.3. Nozizeptor Schmerz.....	19
2.6.4. Psychogene Schmerzen.....	20
2.6.5. Neuropathische Schmerzen.....	20
2.6.6. Schmerz als Bio-Psycho-Soziales Phänomen.....	20
2.6.7. Schmerz im Alter.....	22
3. METHODEN DER SCHMERZERFASSUNG.....	23
3.1. Schmerzmanagement.....	23
3.2. Messmethoden.....	24
3.3. Eindimensionale Methoden.....	24
3.4. Mehrdimensionale Methoden.....	26
3.5. Auswahl der Messmethoden.....	26
3.5.1. Der Erhebungsbogen zur Schmerzeinschätzung.....	27
3.5.2. Beurteilung von Schmerzen bei Demenz – BESD.....	28
4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	30

5. DATENERFASSUNG.....	32
5.1. Die Befragung - Wohnbereich 1	33
5.2. Befragungsergebnisse - Wohnbereich 1.....	34
5.3. Die Befragung - Wohnbereich 2	38
5.4. Befragungsergebnisse - Wohnbereich 2.....	38
5.5. Auswertung der Ergebnisse	43
6. SCHMERZBEHANDLUNG	44
6.1. Medikamentöse Schmerztherapie	45
6.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen.....	46
6.2.1. Physiotherapie.....	46
6.2.2. Psychotherapie	46
6.2.3. Wickel und Kompressen	47
6.2.4. Aromapflege	48
6.2.5. Was tun wir noch?	50
7. ZUSAMMENFASSUNG UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVE.....	51
8. LITERATURVERZEICHNIS	53
9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	54
10. ANHANG	55

0. VORWORT

Ein Teil der Ausbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ umfasst die Erstellung einer Abschlussarbeit. Als ein sehr interessantes Thema für den Arbeitsalltag, haben wir den Schmerz und die Schmerzerfassung im SeneCura Pflegezentrum St Veit/Glan, gewählt. Wir, das sind:

DGKS Grgic Angelina

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit 1985. Der Abschluss zur chirurgischen Intensivpflegeschwester erfolgte 2 Jahre später in Laibach, Slowenien. Seit November 2005 als DGKS im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/Glan und seit 5 Jahren stellvertretende Stationsleitung des Wohnbereiches 1 tätig. Außerdem seit Jänner 2011 zertifizierte Validationsanwenderin und für das Wundmanagement im Wohnbereich 1 zuständig.

DGKS Meischner Sindy

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit 2005, die Ausbildung erfolgte im Bürgerhospital Stuttgart, Baden- Württemberg, Deutschland. Seit November 2005 als DGKS im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan und seit 2 Jahren als stellvertretende Stationsleitung im Wohnbereich 2 tätig.

Bei der täglichen Arbeit im Pflegeheim ist man ständig mit Schmerzen konfrontiert. Es ist schwer einen unter Schmerzen leidenden Menschen zu zusehen. Es stellt sich immer wieder die Frage:“ Warum erleiden die Menschen, trotz, Medikamenteneinnahme, solche Qualen, oder gibt es doch die Möglichkeiten diese besser zu bekämpfen“? Mit fortschreitendem Alter leiden immer mehr Menschen unter Schmerzen unterschiedlicher Stärke und Lokalisation. Oft kommen dann noch psychische Erkrankung wie Demenz dazu, sodass sie ihre Schmerzen nicht adäquat artikulieren können. Dadurch können Schmerzen bei dementen Menschen oft unerkannt bleiben. Weil sie sich nicht durch Worte äußern können benützen sie dafür Emotionen. Manche reagieren mit Aggressivität, andere mit Zurückgezogenheit. Für Pflegekräfte ist es eine große Herausforderung diese Emotionen richtig zu deuten. Mit dieser Arbeit wird versucht, durch die Implementierung eines Schmerzmanagements einerseits dem Heimbewohner bessere Lebensqualität durch Schmerzlinderung zu ermöglichen, aber auch den Pflegenden die Möglichkeiten der erfolgreichen Schmerzbekämpfung zu zeigen-

Wir bedanken uns bei unseren Familien, die uns mit viel Liebe und Geduld unterstützt haben. Außerdem geht ein großer Dank an unseren Arbeitgeber SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan, insbesondere an die Heimleitung Fr. Jasna Krijan und an die Pflegedienstleitung Fr. Ilduza Sinanovic, ohne deren Unterstützung die Ausbildung nicht möglich gewesen wäre.

Zwei vollbeschäftigte Pflegepersonen gleichzeitig in die Ausbildung zu schicken erfordert viel organisatorisches Talent, aber auch Akzeptanz von unseren Kollegen und Kolleginnen. Deswegen gilt unser Dank auch all jenen, die uns während der Ausbildung motiviert und unterstützt haben.

Desweiteren bedanken wir uns bei unserer Betreuerin Fr. MMag. Dr. Leber-Anderwald die uns mit fachlichem Rat, praktischen Tipps und viel Geduld zu Verfügung stand.

St. Veit/ Glan, 05.08.2011

Angelina Grgic

Meischner Sindy

1. EINLEITUNG

Im folgenden Kapitel wird das SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan und die allgemeine Philosophie des Hauses vorgestellt.

1.1 Philosophie des Hauses „Näher am Menschen“

Die SeneCura Gruppe betreibt zurzeit rund 60 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Österreich und in der Schweiz. Fünf Pflegeheime befinden sich in Kärnten, eines davon in St Veit/Glan.

SeneCura setzt sich täglich für ein Altern in Würde ein. Alle MitarbeiterInnen verfolgen ein gemeinsames Ziel: Den BewohnerInnen dabei zu helfen, ihr Leben nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten und dabei ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu garantieren. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt auf der Einbindung der Angehörigen. Jeder Mensch behält seine Menschenwürde bis zum letzten Augenblick seines Lebens und verliert sie auch in Phasen größter Hilfsbedürftigkeit nicht.

Um diese Anforderungen täglich zu erfüllen ist eine organisatorische, pflegerische und soziale Kompetenz unabdingbar. Kontinuierliche Aus- und Weiterbildungen sorgen für ständige Wissenserweiterung und einen Wissensaustausch. Das ergibt in Summe jene Kompetenz, die es für die Umsetzung „Näher am Menschen“ braucht.

Der Mensch steht im Mittelpunkt – individuelle Betreuung und Pflege, ganz nach Wunsch und Bedarf eines jeden Bewohners ist sehr wichtig. Mit Hilfe folgender Methoden wird versucht diesem Anspruch gerecht zu werden (vgl. <http://www.senecura.at/>)

- Bezugspflege

Bezugspflege bedeutet, dass die BewohnerInnen ständig von vertrautem Pflegepersonal betreut werden. Eine Bezugspflegegruppe besteht aus einer DGKS/P und 4 PH die für 12 BewohnerInnen zuständig sind. Durch diese persönliche Betreuung entsteht eine Beziehung basierend auf Vertrauen, Nähe und Geborgenheit. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

- Einbindung der Biographie

Mit Hilfe der Biographiearbeit wird versucht so viel wie möglich über die Lebensgeschichte eines jeden Bewohners zu erfahren und dieses Wissen dann in die Pflege einfließen zu lassen. Auch die Validationsmethode nach Naomi Feil spielt eine sehr wichtige Rolle in der Pflege. Um die subjektiv erlebte Realität der BewohnerInnen besser zu verstehen, sie auf diesem Weg zu begleiten und um das Wohlbefinden von dementen Menschen zu fördern, bekamen alle Mitarbeiter einen Aufbaukurs in der Validation. Zusätzlich wurden 4 Mitarbeiter als Validationsanwender ausgebildet. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

- Aromapflege

Seit etwa 4 Jahren wird die Aromapflege im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan sehr groß geschrieben. Die Anwendungsformen beinhalten Massagen, Raumbeduftung und Bäder. Die Wirkung ist vielseitig, sie bringt Wohlgefühl und Entspannung, sie wirkt positiv auf die Stimmung und aktiviert die Selbstheilungskräfte des Organismus. Viele ätherische Öle wirken auch desinfizierend, indem sie bei der Verdampfung die Keimbelastung in der Raumluft senken können oder eingeatmet die Keimzahl in den Atemwegen verringern. Sanfte Massagen mit Aromaölen lösen Blockaden auf körperlicher als auch auf seelischer Ebene. (Anmerkung Grgic/ Meischner)



Abbildung 1: SeneCura Leitbild (<http://www.senecura.at/>)

Das SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan liegt am Stadtrand in einer ruhigen Lage mitten im Grünen. Hier leben 108 Bewohner von Pflegestufe 3-7 aufgeteilt in 2 Wohnbereiche. Alle Zimmer sind hell, barrierefrei und haben einen Zugang zum Garten über eine eigene Terrasse. Außerdem gibt es 24 betreute Wohnungen, genannt „Sternhof“, kleine Wohneinheiten die zusätzlich mit einer eigenen Küche ausgestattet sind. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

1.2 Problembeschreibung

Seit Jahren spielt die Qualitätssicherung im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan eine wichtige Rolle. Für die Sicherheit der BewohnerInnen sorgt ein gezieltes und strukturiertes Qualitätsmanagement. Um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen, wurden in diesem Zusammenhang Fachgruppen gebildet, welche nach Pflegestandards unterschiedliche Themengebiete durch Maßnahmen, Ziele und Evaluation fachlich begleiten. So bestehen derzeit im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan Fachgruppen für den Bereich:

- Hygiene
- Sturz und Sturzprophylaxe
- Wundmanagement
- Ernährung
- Hospiz
- Aromapflege

Die Mitglieder dieser Gruppen bestehen aus einer diplomierten Pflegekraft und drei bis vier Pflegehelfern, welche ihr Fachwissen durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung ständig festigen und erweitern.

Die Qualitätssicherung bedeutet ständig an der Verbesserung und Optimierung der täglichen Arbeitsabläufe zu arbeiten. In Folge dessen ist aufgefallen, dass ein gezieltes Schmerzmanagement, mit dessen Hilfe eine standardisierte Schmerzerfassung die beim Eintritt ins Heim, sowie im weiteren Verlauf, als auch nach Stürzen oder ähnlichem, durchgeführt werden kann, fehlt.

In den nächsten 2 Jahren ist ein Forschungsprojekt zur Schmerzerfassung und –management in der stationären Altenhilfe am Beispiel des Trägers SeneCura Kliniken- und Heimbetrieben unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Jürgen Osterbrink geplant. Mit dieser Forschungsarbeit wird untersucht, ob die BewohnerInnen angemessene Schmerzerfassung erhalten. Bisher erfolgte die gesamte Schmerzerfassung im Pflegebericht, eine systematische und strukturierte Erfassung, sowie Planung, Maßnahmen und Evaluation soll jetzt durch die Implementierung eines Schmerzmanagements gesichert werden. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

1.3 Fragestellung

Mit der Implementierung eines Schmerzmanagements in das SeneCura Pflegezentrum St. Veit soll herausgefunden werden:

1. Wie viele der BewohnerInnen tatsächlich täglich Schmerzen erleiden?
2. In wie weit können die Pflegekräfte, insbesondere Diplomierte Pflegepersonal und Pflegehelfer die Lebensqualität eines Heimbewohners mit einem gezielten Schmerzmanagement beeinflussen/verbessern?

Die Hypothese dazu ist:

Dass durch das rechtzeitige Erkennen, Dokumentieren und Evaluieren, mit Hilfe der Implementierung des Schmerzmanagements, die Lebensqualität der Bewohner verbessert werden kann, denn jetzt können noch gezielter und schneller Maßnahmen aus dem eigenverantwortlichen und den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, nach ärztlicher Anordnung, gesetzt werden. (Anmerkung Grgic/Meischner)

1.4 Ziele und Absichten

Das Ziel der Arbeit ist die Implementierung des Schmerzmanagements im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan. Durch die Befragung jedes einzelnen Bewohners wird ein Ist-Stand bezüglich des Schmerzbestehens im Haus erfasst. Als Hilfsmittel dafür dienen die eindimensionale (visuelle Analogskala) und die mehrdimensionale Methode, BESD (Beobachtung von Schmerzen bei Dementen), welche in einem Fragebogen zusammengefasst sind. Dieses Wissen soll genutzt werden, um zu überprüfen, ob die Schmerzbehandlung medikamentös und mit Hilfe alternativer Methoden ausreichend ist und weitere Maßnahmen, ausgehend vom Pflegepersonal und durch das Einschalten des behandelnden Hausarztes, notwendig sind. Darüber hinaus wird vermutet, dass durch das intensive Auseinandersetzen mit diesem Thema das gesamte Pflegepersonal aufmerksamer und sensibler in Bezug auf Schmerzen und die Schmerzangabe reagiert und sich dies dann umso positiver auf die Lebensqualität der BewohnerInnen auswirkt. (Anmerkung Grgic/Meischner)

2. LEBENSQUALITÄT UND SCHMERZ

Welche Bedeutung der Schmerz hat und wie er sich auf die gesamte Lebensqualität auswirken kann, wird versucht im folgenden Kapitel näher zu erläutern.

2.1. Lebensqualität

„Lebensqualität kann nicht von anderen, sondern nur von Kranken selbst, als eine für sein individuelles Leben wichtige Qualität erlebt werden“ (Likar et al. 2009, S.13).

Was für eine Person die Lebensqualität bedeutet, ist somit ganz individuell und ändert sich im Laufe des Lebens. Für einen jungen, gesunden Menschen bedeutet Lebensqualität oft materieller Wohlstand, beruflicher Erfolg und soziale Kontakte. Erst wenn sich das Leben durch Krankheit oder andere Umstände ändert, erhält Lebensqualität eine andere Bedeutung. Die körperliche Verfassung, Mobilität, psychische und emotionale Unversehrtheit aber auch zwischenmenschliche Beziehungen gewinnen an Bedeutung (Anmerkung Grgic/ Meischner).

Die Weltgesundheitsorganisation, im folgenden WHO genannt, definiert 1993 Lebensqualität wie folgt: **“Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystem in dem sie lebt und in Bezug auf Ihre Ziele Erwartungen, Standards und Anliegen“**(WHO, 1993) (<http://www.who.int/>)

Im Bezug auf Gesundheit lautet die Definition der WHO weiter: **“Lebensqualität umfasst das körperliche, psychische und soziale Befinden eines Individuums“**(WHO, 1949). (<http://www.who.int/>)

Schmerz beeinträchtigt in hohem Ausmaß all diese Bereiche und wirkt sich negativ auf die Lebensqualität des Betroffenen aus.

Aus all dem ist ersichtlich, dass jeder Mensch eine eigene, individuelle Vorstellung von seiner Lebensqualität hat. Um die Erwartungen besonders kranker Menschen zu erfüllen, ist es notwendig die Pflege so zu gestalten, dass man so weit wie möglich die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt.

Im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan wird auf ein hohes Maß an Lebensqualität sehr viel Wert gelegt. Dies beginnt schon beim Einzug eines Bewohners in das Haus. Schon beim ersten Gespräch wird versucht eine vertrauensvolle Basis herzustellen. In diesem Gespräch fragt man nach individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Gewohnheiten. Zum Beispiel, wann ein Bewohner gern ins Bett geht, was er gerne isst oder welche Hobbys und Interessen er hat. Aufgrund dieser Informationen kann ein individueller Pflegeplan erstellt werden, die gemeinsamen Ziele werden vereinbart und im Laufe des Aufenthalts ständig evaluiert und den persönlichen Bedürfnissen angepasst (Anmerkung Grgic/ Meischner).

2.2. Schmerz

Schmerzen gehören zu den am weitesten verbreiteten und ältesten Erfahrungen der Menschheit. Trotzdem fällt es bis heute schwer, Schmerz zu definieren. Erst im Jahr 1986 wurde von der IASP (International Assotiation for the Study of Pain), einer Gruppe von Forschern, eine allgemein anerkannte Definition formuliert: *„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“* (Likar et al. 2009, S.15).

Der Schmerz hat eine wichtige Funktion. Es ist ein biologisches Warnsignal des Körpers und somit überlebenswichtig für den Menschen, denn er macht ihn auf Gefahr aufmerksam und schützt die Gesundheit. Es ist ein Kommunikationsmittel, sowohl nach innen wie auch nach außen (vgl. Likar et al., 2009, S.15).

2.3. Schmerzentstehung

Für die Entstehung von Schmerz sind viele biochemische und neurophysiologische Vorgänge verantwortlich. So kann also gesagt werden, dass Schmerz die Summe vielschichtiger Sinnesempfindungen und das Produkt hochkomplizierter Abläufe im Körper ist.

Nozizeptoren sind spezialisierte Sinneszellen, welche sich überall im Gewebe des Körpers befinden. Über diese erfolgt die Schmerzerkennung (Aufnahme des schmerzauslösenden

Reizes) und die Umwandlung in einen elektrischen Impuls, der über Nervenfasern zur nächsten Umschaltestelle, dem Rückenmark, weitergeleitet wird.

So ist zu erklären, dass wenn der Betroffene z.B. in eine Kerzenflamme greift, sofort die Hand im Reflex zurückziehen wird, denn die erste Verarbeitung der Schmerzweiterleitung findet im Rückenmark, ohne Beteiligung des Gehirns statt. Deshalb wird unwillkürlich ein Befehl an die „Krisenregion“ (betroffenes Gewebe, wie Muskeln, Gefäße, Drüsen) versandt.

Zum bewussten Schmerzerleben kommt es erst dann, wenn die Botschaft über die Nervenbahnen ins Gehirn gelangt. Dort wird das Signal ausgewertet und in eine unangenehme Empfindung umgewandelt. Auch andere Körperfunktionen verändern sich; die Atmung vertieft sich, der Herzschlag wird beschleunigt, der Blutdruck steigt, aber auch Angst, Schweißausbrüche können die Folge sein (vgl. Likar et al. 2009, S. 21 f).

2.4. Schmerzerleben

Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens Erfahrungen mit Schmerzen gemacht. In Pflegeheimen führen Schmerzen am häufigsten zu Einschränkungen der körperlichen Aktivitäten und begünstigen Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Besonders chronische Schmerzen haben Einfluss auf den Tagesablauf und die Lebensqualität des Betroffenen (vgl. Menche, 2006 S.188).

Schmerz lässt sich nicht einfach und objektiv messen, wie Blutdruck oder Puls. Es ist für jeden Einzelnen eine umfassende Erfahrung und hängt von vielen Faktoren ab, wie zum Beispiel der Stärke der Schmerzreizes im Gehirn, aber auch von der Art wie das Gehirn auf Schmerzwahrnehmung reagiert. Das unterscheidet sich von Person zu Person und hängt von vielen Faktoren ab, wie zum Beispiel der momentanen Stimmung eines Menschen (fröhlich, glücklich, ängstlich). Desweiteren ist es wichtig, welche Erfahrungen ein Mensch im Laufe des Lebens mit Schmerzen gehabt hat, die Ursache und Prognose der Schmerzen, aber auch die genetische Konstellation. Der kulturelle Hintergrund spielt genauso eine Rolle beim Schmerzerleben, wie das ganze Umfeld des Betroffenen (vgl. Eloise C.J. Carr, Eilen M. Mann 2009, S.26).

2.5. Schmerzerleben bei Demenzerkrankten

Menschen, die unter Alzheimer Demenz leiden können sich Schmerzen, aufgrund von Veränderungen im Gehirn nicht bewusst machen.

Grond (2009) beschreibt: *„Die Symptome der Alzheimer Demenz sind Folgen einer Degeneration im Gehirn, die sich in fortschreitende Hirnatrophie zeigt“* (Erich Grond, 2009, S. 17).

So kann es geschehen dass, besonders alte demente Menschen nach Verletzungen, wie zum Beispiel Knochenfrakturen, nicht über Schmerzen klagen, sondern sich auf andere Weise äußern. Sie kommunizieren nonverbal, in dem sie durch Mimik, Gestik und Verhaltensänderung, wie Zurückgezogenheit oder Aggression auf sich aufmerksam machen.

Um dieses Verhalten zu verstehen und einigermaßen richtig zu interpretieren, bedarf es guter Beobachtung von körperlichen und seelischen Veränderungen des Betroffenen. Alle vorhandenen Informationen, Erfahrungen und Meinungen der Pflegekräfte, insbesondere die Bezugspflege, und von Angehörigen sowie des interdisziplinäres Team sind notwendig, um das Bedürfnis hinter dem Verhalten des Demenzerkrankten zu erkennen (vgl Likar et al. 2009 S. 75f).

Auch im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan kann beobachtet werden, wie BewohnerInnen, die an Demenz erkrankt sind, ihre Schmerzen äußern und erleben. Häufige Merkmale sind Zurückgezogenheit, Aggressivität oder Bewegungsunfähigkeit. Aber auch Weinen oder das Einnehmen einer Schonhaltung kann auf ein Schmerzgeschehen hindeuten. Es wird oft beobachtet wie BewohnerInnen kurz nach einem Sturz und einer darauffolgenden Knochenfraktur unruhig und angespannt umher gehen ohne über Schmerzen zu klagen. Es wäre falsch anzunehmen, dass sie keine Schmerzen spüren. Nur selten ist es also der Fall, das BewohnerInnen direkt zum Pflegepersonal kommt und die Schmerzen genau beschreiben kann. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

2.6. Schmerzeinteilung

Wie bereits erwähnt, übernimmt der Schmerz eine Warn- und Schutzfunktion im Körper. Somit wird der Schmerz nach verschiedenen Kategorien eingeteilt:

- Nach Entstehungsart: thermische, mechanische, elektrische, chemische Schmerzen
- Nach Entstehungsort (Lokalisation): z.B. Kopfschmerzen, Halsschmerzen,
- Nach Entstehungsursache: z.B. Tumorschmerzen, postoperative Schmerzen...

Außerdem unterscheidet man zwischen Schmerzen:

- von kurzer Dauer (akuter Schmerz)
- und länger anhaltenden Schmerz (chronischer Schmerz).

Nach pathogenethischen Kriterien unterscheidet man desweiteren den

- Nozizeptor Schmerz (Schmerzempfänger-Schmerz),
- psychogenen Schmerz (Seelenschmerz),
- neuropathischen Schmerz (Nerveneigenschmerz) (vgl. Likar et al. 2009, S. 21).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Großteil der BewohnerInnen an chronischen Schmerzen leidet. Ursache dafür sind meist degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, Durchblutungsstörungen oder Tumorschmerzen. Der häufigste Grund für einen akuten Schmerz ist die Verletzung nach einem Sturz oder eine akute Erkrankung. Auch der seelische Schmerz (psychogener Schmerz) kann oft beobachtet werden, Gründe hierfür sind oft die Trennung von der Familie, dem Haus oder der Wohnung, der Verlust eines geliebten Menschen und der gewohnten Umgebung (Anmerkung Grgic/ Meischner).

2.6.1. Akuter Schmerz

Wie bereits im oberen Abschnitt erwähnt, soll der akute Schmerz immer zum Schutz unserer Gesundheit dienen, denn er ist meist gut lokalisierbar und nur von kurzer Dauer. Er dient als Zeichen für den Menschen, dass er sich jetzt schmerzmeidend bzw. heilungsfördernd verhält. Er macht auf eine Gefahr aufmerksam und hat eine Schutzfunktion, z.B. Ruhe und Schonhaltung nach einer Operation oder das Wegziehen der Hand von einem heißen Gegenstand (vgl. Likar 2009, S.22).

Typisch für akute Schmerzen ist, dass man fast immer eine eindeutige Ursache feststellen und somit beginnen kann, schmerzlindernde Medikamente einzusetzen. Aber auch Bettruhe und Entspannung helfen dabei, den Schmerz zu ertragen, bis die Ursache behoben ist. Die häufigsten Symptome, die akute Schmerzen begleiten sind Schwitzen, Schlafstörungen, Tachykardie und Tachypnoe (vgl. Menche et al, 2001, S. 594).

Beispiele für akute Schmerzen:

- Schmerzen nach Operationen
- Herzinfarkt
- Halsentzündungen
- Schnittverletzungen

2.6.2. Chronische Schmerzen

Der chronische Schmerz hat im Gegensatz zum akuten Schmerz schon meist seine Funktion verloren. Eine Nervenzelle wird über Wochen nach einer Verletzung ständig gereizt und sendet Impulse an das Gehirn, so kann sich der gesamte Stoffwechsel der Zelle verändern. Der Schmerz entwickelt sich jetzt hier zu einer eigenen Krankheit, denn der Schmerz dauert nun länger als drei Monate und es kommt nicht nur zu Einschränkungen des körperlichen, sondern auch des seelischen Befindens. Die Zelle ist nun nicht mehr in der Lage abzuschalten und das Senden von Impulsen zu stoppen, es kommt zur Entwicklung eines Schmerzgedächtnisses in der Nervenzelle.

So kommt es nun weiter zu einer völlig falschen Signalübermittlung und selbst Wärme, eine Dehnung oder eine Berührung können bei dem Betroffenen Schmerzen auslösen.

Nur wer akute Schmerzen ernst nimmt und schnell behandeln lässt, kann verhindern, dass das Schmerzgedächtnis anspringt und sich ein akuter Schmerz zu einem chronischen Schmerz entwickelt.

Die Folgen chronischer Schmerzen können sein:

- Schlafstörungen
- Angst, Hoffnungslosigkeit
- Appetitmangel und Mangelernährung
- Abwehrschwäche
- Depression
- Muskelabbau und Immobilität als Folge der eingeschränkten Gelenkbeweglichkeit

Alle diese Veränderungen, körperlicher und seelischer Natur, beeinflussen wiederum auf ungünstige Weise den chronischen Schmerz.

Beispiele für chronische Schmerzen:

- Nervenschmerzen
- Rheumaschmerzen
- Kreuzschmerzen
- Tumorschmerzen (vgl. Menche et al, 2001, S. 594f)

Im Folgenden wird noch ein Beispiel aus dem 1. Österreichischen Bericht Schmerz im Jahre 2008 angeführt.

Bei dieser Befragung zum Thema Patientenbedürfnisse und –interessen von Schmerz-Patientinnen wurden 311 betroffene Personen aus der österreichischen Bevölkerung befragt.

Im Diagramm wird gut sichtbar gemacht, wie sich die chronischen Schmerzen auf die Alterstruktur verteilt und welche Altersgruppe besonders betroffen ist.

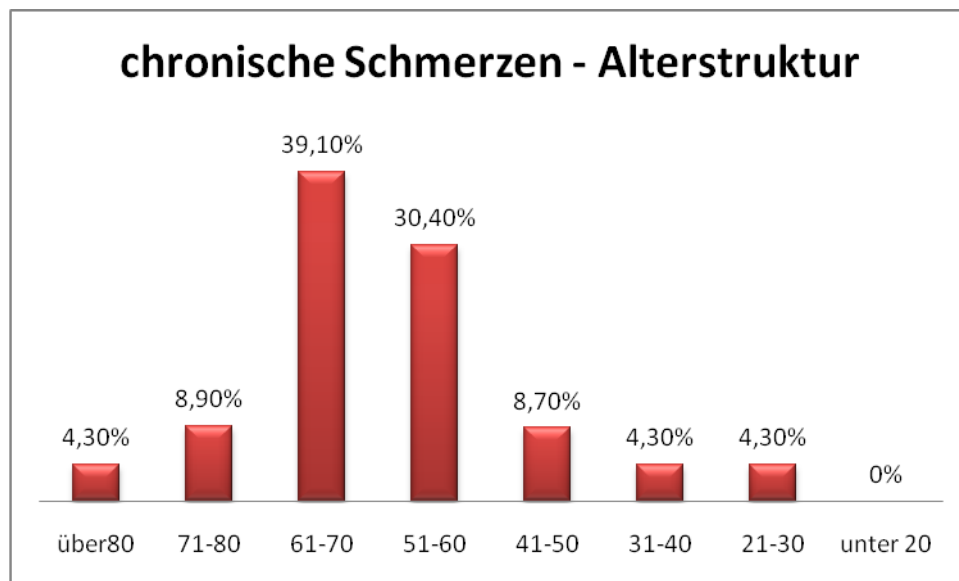


Abbildung 2: 1. Österreichischer Bericht SCHMERZ 2008 (www.focuspatient.at/)

2.6.3. Nozizeptor Schmerz

Als Nozizeptor Schmerz bezeichnet man den

- Somatischen Schmerz, der direkt auf einer Reizung der Schmerzrezeptoren beruht. Je nachdem, wo die Reizung stattfindet, wird der Schmerz lokalisiert und empfunden. Schädigungen an der Körperoberfläche (z.B. durch eine Blase an der Ferse) spüren wir unmittelbar an der Stelle, an der die Schädigung entsteht.
- Viszeral- oder Eingeweideschmerz entsteht dann, wenn eine Störung der Schmerzsensoren im Körperinneren (z.B. bei einer Gastritis) passiert, der Schmerz wird aber an die Körperoberfläche übertragen (vgl. Likar et al, 2009, S.21).

2.6.4. Psychogene Schmerzen

„Nicht jeder Schmerz hat seine Ursache in gereizten Schmerzrezeptoren. es kann – insbesondere bei chronischen Schmerzbildern – auch eine psychosomatische Störung vorliegen“ (Menche et al, 2001, S. 594). Psychogener Schmerz bezieht sich auf seelische Belastungen, Verlusterlebnisse und ungelöste Konflikte, welche der Betroffene nicht bewältigen kann, was oft zu Angst, Verzweiflung, Einsamkeit und Depressionen führen kann. Besonders beim Einzug in ein Pflegeheim, leiden alte Menschen unter dem Gefühl nicht mehr gebraucht und geliebt zu sein, ziehen sich zurück, vermeiden körperliche Aktivitäten, was wiederum zu Muskelabbau und damit verbunden Schmerzen führt. Es dauert oft lange, bis ein Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden, die der Schmerz verursacht, und der eigentlichen Ursache erkannt wird (vgl. Likar et al, 2009, S. 32f).

2.6.5. Neuropathische Schmerzen

Neuropathische oder auch neurogene Schmerzen genannt, sind Nerveneigenschmerzen, und werden oft als brennender oder stechender Schmerz beschrieben. Ursachen können sein z.B. Verletzungen, Infektionen, wachsende Tumore aber auch Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus.

Man unterscheidet zwischen: Schmerzen die an der Peripherie entstehen, am Zentralnervensystem oder an Nervenwurzeln. Beispiele dafür sind die Trigeminus Neuralgie, die (Poly)Neuropathie bei einer Diabetes Erkrankung oder Phantomschmerzen. (vgl. Likar et al., 2009, S. 21)

2.6.6. Schmerz als Bio-Psycho-Soziales Phänomen

Der Schmerz ist nicht nur ein reines körperliches (biologisches) Problem, sondern er wirkt sich auch stark auf die Psyche, Emotionen, die kognitiven Fähigkeiten (psychologisches Phänomen) aber auch auf die soziale Umgebung (soziales Phänomen) des Betroffenen aus (vgl. Likar et al, 2009, S. 20).

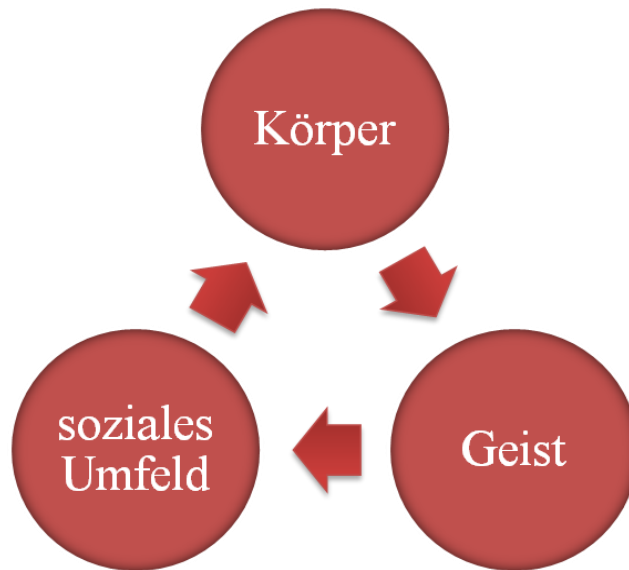


Abbildung 3 Kreislauf Bio- Psycho -Soziales Phänomen (Grgic/ Meischner)

Im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan wird versucht dem Bio- Psycho -Sozialem Phänomen mit gezielten Maßnahmen entgegenzuwirken. Ein großer Teil der BewohnerInnen kommt meist unvorbereitet ins Pflegeheim. Entweder nach einem Sturz, einem Schlaganfall, Verschlechterung des allgemeinen Zustandes oder nach dem Verlust des Partners. Dazu kommt, dass viele ältere Menschen meinen, dass Schmerz im Alter ganz normal sei oder sie haben Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, wenn sie um Hilfe bitten. Sie ziehen sich immer weiter zurück, schränken die Beweglichkeit und somit auch die sozialen Kontakte ein. Sie fühlen sich alleingelassen, konfrontiert mit der letzten Phase des Lebens. Hier setzt das Leitbild von SeneCura - „Näher am Menschen“ an. Mit Hilfe der Biographie, welche mit der Bezugsgruppe erarbeitet wird, lernen sich die Pflegekräfte und die neuen Heimbewohner kennen und eine erste vertrauensvolle Basis wird aufgebaut. Die Heimbewohner werden in die Pflegeplanung mit einbezogen, mit all den Wünschen, Erwartungen, aber auch Ängsten. Oft schon nach einer kurzen Phase der Eingewöhnung nehmen viele der Heimbewohner am Heimalltag teil. Viele große und kleine Veranstaltungen, angefangen bei Geburtstagsfeiern, der Fleischweihe zu Ostern, Weihnachten, aber auch Ausflüge, bieten die Gelegenheit zusammen mit den Angehörigen das Gefühl der Normalität zurück zu gewinnen. Dadurch ist es möglich das seelische Leiden zu lindern, was sich spürbar positiv auf die Schmerzwahrnehmung auswirkt (Anmerkung Grgic/ Meischner).

2.6.7. Schmerz im Alter

Schmerzen haben auch im Alter eine Schutz- und Warnfunktion. Viele alte Menschen glauben, Schmerz ist eine Folge der körperlichen Veränderungen, die zum Altwerden gehören. Sie verschweigen den Schmerz aus Angst vor Konsequenzen, Operationen, Verlust der Selbstständigkeit, Überstellung in ein Pflegeheim. Mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen, die meist durch Schmerzen begleitet werden, steigt die Anzahl der Medikamente, was zusätzlich zu körperlichen und seelischen Veränderungen führen kann (vgl. Hartmann, 2008, S.8).

Die häufigsten Schmerzursachen im Alter

- Degenerative Prozesse des Bewegungsapparates
- Durchblutungsstörungen
- Osteoporose
- Tumore.

Auch im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan kann beobachtet werden wie sich akute aber auch besonders chronische Schmerzen auf das Leben der älteren Menschen auswirkt. Ein akuter Schmerz entsteht hauptsächlich durch Verletzungen oder akuten Erkrankungen und kann immer schnell und gezielt behandelt werden. In Bezug auf den chronischen Schmerz zeigt sich oft, dass die BewohnerInnen bereits vor dem Eintritt ins Pflegeheim unter Schmerzen gelitten haben. Durch die ständige Präsenz von Pflegepersonal werden die BewohnerInnen dazu ermutigt über ihre Schmerzen zu sprechen, sie werden wahrgenommen, dokumentiert und an den zuständigen Arzt weitergeleitet, der dann weitere Interventionen setzt. Auch die Begleitsymptome von chronischen Schmerzen, wie Appetitlosigkeit, Schlafstörung, Unruhe und soziale Isolation können dadurch gelindert werden. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

Um die Intensität der Schmerzen zu erfassen, stehen verschiedene Methoden zur Verfügung.

3. METHODEN DER SCHMERZERFASSUNG

Weil Schmerz etwas ganz individuelles und subjektives ist, erweist sich eine objektive Schmerzmessung als sehr schwierig. Menschen, die über intakte kognitive Fähigkeiten verfügen; können noch am besten ihren Schmerz selbst einschätzen und beschreiben. Mit Hilfe von Fragebögen und einfacher Scalen werden Schmerzen in Stärke von 1 bis 10 ausgedrückt.

Mit fortgeschrittenem Alter werden, aufgrund von verschiedenen psychischen und physischen Erkrankungen, oft kognitive Fähigkeiten stark beeinträchtigt, z.B. bei Demenz, sodass eine Selbsteinschätzung nicht oder nicht ausreichend ist. Fremdeinschätzung, durch beobachtende Personen ist eine zusätzliche Möglichkeit, Schmerzen bei dementen Menschen zu erfassen. Diese Methode verlangt viel Erfahrung, Einfühlungsvermögen und eine gute Beobachtung des Verhaltens und der sichtbaren Zeichen, wie z.B. die Veränderungen der Hautfarbe, der Temperatur oder der Entstehung von Schwellungen.

Die Wahl der richtigen Methode der Fremdeinschätzung ist äußerst schwierig, und bietet keine Garantie. Es ist eine Herausforderung für das gesamte Pflegepersonal und bedarf der Unterstützung von Angehörigen und Freunden des Bewohners (Anmerkung Grgic/ Meischner).

3.1. Schmerzmanagement

Schmerzmanagement = Schmerz + Management. Das Schmerzmanagement verfolgt ein Ziel, nämlich schon bereits der Entstehung des Schmerzes vorzubeugen, den bestehenden Schmerz zu erkennen, zu lindern oder ihn bestenfalls auszuschalten. Mit Hilfe des guten Zusammenspiels der Hausärzte als auch Fachärzte, des Pflegepersonal und der Physiotherapeuten soll eine bestmögliche Betreuung der BewohnerInnen erzielt werden. Die Aufgabe des Managements ist es hierbei all dies zu organisieren und zu koordinieren. Wichtig dabei ist das umfassende Wissen über die Anatomie und Biologie, Schmerzentstehung und Schmerzerfassung, aber auch über Möglichkeiten der Therapie und der Prophylaxe von Schmerzen.

Im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan wurden die Verfasserinnen dieser Abschlussarbeit zu Koordinationspartnerinnen für die Studie „Ohne Schmerz im Alter“

unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Osterbrink, ernannt. Das Ziel ist, durch den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit mit der Paracelsus Privatuniversität Salzburg, Wissen und Erfahrung auf dem Gebiet Schmerz zu sammeln und in die Praxis umzusetzen (Anmerkung Grgic/ Meischner).

3.2. Messmethoden

Es gibt mehrere Methoden zur Schmerzmessung. Die klinischen Messmethoden werden in 2 Gruppen eingeteilt: eindimensionale und mehrdimensionale Methode. Etwas ausführlicher sind aber Schmerzfragebögen, in denen Patienten unter anderem Schmerzen beschreiben, lokalisieren und die Stärke angeben können. Schmerztagebücher werden von Patienten zu Beginn über einen bestimmten Zeitraum der Behandlung zur Schmerzdokumentation verwendet: Die Wahl der richtigen Methode richtet sich nach dem allgemeinen Zustand des Betroffenen, seiner kognitiven Fähigkeiten und Bereitschaft die Fragen zu beantworten. (vgl. Likar et al, 2009, S.39)

3.3. Eindimensionale Methoden

Diese Messskalen erfassen nur eine Dimension des Schmerzes, nämlich Stärke. Die Intensität des Schmerzes wird nach eigener Einschätzung des Befragten in einer Zahl oder Bezeichnung ausgedrückt. Zur diesen Methoden gehören unter anderen:

Visuelle Analog –Skala (VAS). Sie ist 10 cm lang, wobei der linke Rand mit „kein Schmerz“ und der rechte Rand mit „stärksten vorstellbaren Schmerz“ beschriftet ist. Der Patient gibt seine Schmerzstärke zwischen diese zwei Endpunkte an.

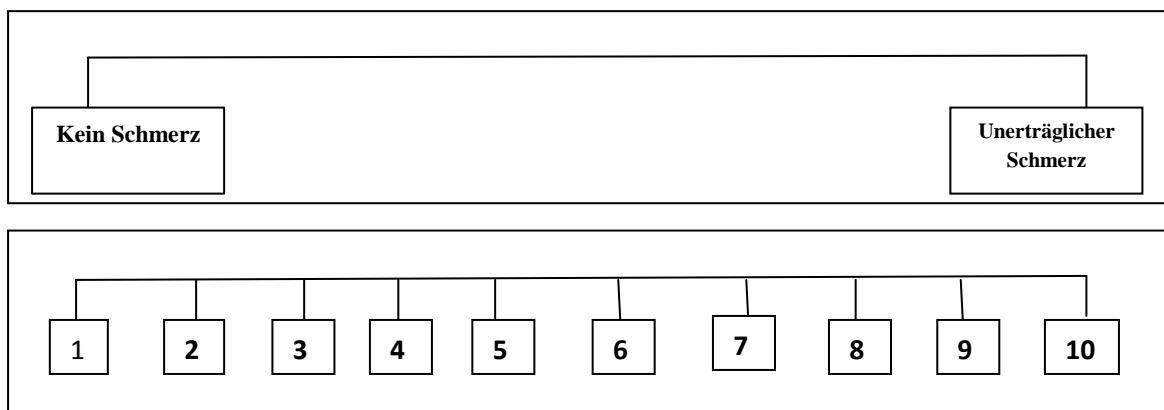


Abbildung 4 Visuelle Analog – Skala (Likar et al, 2009, S.40)

Verbale Rating-Skala (VRS). dem Befragten stehen 5 Antworten zur Verfügung um die Schmerzstärke zu beschreiben: kein, mäßig, mittelstark, stark und stärkster vorstellbarer Schmerz.

Kein	mäßig	mittelstark	stark	stärkster vorstellbarer
-------------	--------------	--------------------	--------------	------------------------------------

Abbildung 5 Verbale Rating – Skala (Likar et al, 2009, S.40)

Numerische Rating-Skala (NRS). Die Befragten bestimmen die Schmerzstärke von 0 bis 10 Punkte, wobei 0 Punkte für „kein Schmerz“ und 10 Punkte für „stärkster vorstellbarer Schmerz“ stehen. (vgl. Likar et al, 2009, S.39f)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Abbildung 6 Numerische Rating – Skala (Likar et al, 2009, S.40)

Schmerzintensität Keine Schmerzen, keine Beschwerden.	0
Schmerzintensität Sehr geringe Schmerzen, kaum spürbar.	1
Schmerzintensität Geringe Schmerzen, aber langsam wahrnehmbar	2
Schmerzintensität Etwas hartnäckigere Schmerzen, aber erträglich.	3
Schmerzintensität Schmerzen mittlerer Intensität, langsame Auswirkung auf das Befinden	4
Schmerzintensität Schmerzen werden etwas stärker, sind aber noch auszuhalten.	5

Schmerzintensität	6
Stärkere Schmerzen, Schlafstörungen können bereits auftreten.	
Schmerzintensität	7
Starke Schmerzen, hartnäckig, stechend, der Patient ist davon bereits sehr erschöpft.	
Schmerzintensität	8
Sehr starke Schmerzen, es beginnt eine Unruhe und es entsteht der dringende Wunsch nach Schmerzbefreiung, Verwirrtheit oder deliriumartige Zustände sind nicht auszuschließen	
Schmerzintensität	9
Immense Schmerzen, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht und große Verzweiflung begleiten den Betroffenen	
Schmerzintensität	10
Unerträgliche Schmerzen, der Betroffene neigt zur Aggression, zu Depression, aber auch zu Selbstmordgedanken.	

(vgl. Dieckmann (2011), <http://www.schmerzskala.de/schmerzskala.html>)

3.4. Mehrdimensionale Methoden

Diese Schmerzfragebögen ermöglichen den Patienten unterschiedliche Aspekte der Schmerzen zu erfassen, wie zum Beispiel Schmerzangst, Schmerzrhythmik und Schmerzscharfe. Es gibt mehrere mehrdimensionale Methoden, die besonders bei alten Menschen, aufgrund der Komplexität und des Schwierigkeitsgrades, eher selten zu Anwendung kommen.(vgl. Likar et al, 2009, S.40)

3.5. Auswahl der Messmethoden

In Anlehnung an den Expertenstandard wurde für die Befragung im SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan der Erhebungsbogen zur Schmerzerfassung vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), gewählt. In den nächsten 2 Jahren ist in allen SeneCura Einrichtungen die Durchführung eines Forschungsprojektes, unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, geplant. Das Ziel dieses Projektes ist es unter anderem die Schmerzen der Bewohner zu erfassen und ein gezieltes Schmerzmanagement in den SeneCura Einrichtungen zu integrieren. Nach telefonischer

Rücksprache erhielt das SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan ein Exposé über das geplante Forschungsprojekt aus dem ersichtlich wurde, welche Messmethoden in der Studie verwendet werden. Um die Objektivität zu sichern, wurden für diese Abschlussarbeit die gleichen Methoden ausgewählt und verwendet. So wurde bereits eine qualitative und effiziente Vorarbeit geleistet. (Anmerkung Grgic/Meischner)

3.5.1. Der Erhebungsbogen zur Schmerzeinschätzung

Der Fragebogen ist folgendermaßen aufgebaut:

Als erstes erfolgt die Dokumentation des Namens, das Alter, die Diagnose und der Name des Hausarztes. Außerdem wird festgehalten, in welchem Pflegebereich der/ die BewohnerIn lebt, und wann die Befragung durch welche Person durchgeführt wurde.

Der Erhebungsbogen ist in 10 Punkte unterteilt.

Im Punkt eins lokalisiert der/die BewohnerIn den Schmerz und entweder die Pflegeperson oder der/die BewohnerIn selbst markiert die Zeichnung, die auf dem Bogen abgebildet ist.

Im Punkt zwei wird die Schmerzstärke mit Hilfe der visuellen Analogskala angegeben, so soll mit Hilfe einer Linie, an deren Endpunkten jeweils die Extreme „kein Schmerz“ und „unerträglicher Schmerz“ dargestellt sind, der Schmerz sichtbar gemacht werden. Es soll der aktuelle Zustand, das stärkste, das schwächste und ein akzeptables Schmerzmaß angegeben werden. Dokumentiert wird dies mit 0 = „kein Schmerz“ bis hin zu 10 = „unerträglicher Schmerz“.

Im Punkt drei soll die Qualität des Schmerzes beschrieben werden, verschiedene Worte, wie stechend, dumpf und brennend werden hier angeführt, empfohlen wird jedoch immer die eigenen Worte zu verwenden.

Im Punkt vier befragt man den/ die BewohnerIn nach dem Beginn, den Verlauf, den Rhythmus des Schmerzes.

Im Punkt fünf soll beschrieben werden, wie dem Schmerz Ausdruck verliehen wird, ob der/die BewohnerIn sich selbst äußern kann, ob er vor Schmerzen stöhnt oder ähnliches.

Im sechsten Punkt wird danach gefragt, wie der Schmerz sich lindern lässt und im siebten Punkt was den Schmerz überhaupt verursacht und was ihn dann zusätzlich noch verstärkt.

Im Punkt acht wird ausführlich danach gefragt wie sich der Schmerz auf die gesamte Lebensqualität auswirkt. Hat der/die BewohnerIn Begleitsymptome wie Übelkeit oder ist der Schlaf gestört? Hat der/die BewohnerIn weniger Appetit oder sind die körperlichen Aktivitäten eingeschränkt? Außerdem wird nach der Gefühlswelt gefragt, ist die Reizbarkeit erhöht, ärgert man sich leicht oder entstehen sogar Gedanken zur Selbsttötung?

Im Punkt neun ist Platz für eventuelle zusätzliche Bemerkungen und im Punkt 10 können Auswirkungen auf den Pflegeplan notiert werden. (vgl. Schiemann, 2005, Anlage B, S.4)

3.5.2. Beurteilung von Schmerzen bei Demenz – BESD

Anders als der Erhebungsbogen für Schmerzpatienten ist der Bogen zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) aufgebaut.

Auch hier muss der Name des Beobachters und des zu Beobachteten notiert werden, dann soll angekreuzt werden, ob man den/die BewohnerIn in Ruhe oder bei der Mobilisation (auch hier muss genau die Tätigkeit aufgeschrieben werden) beobachtet. Empfohlen wird den/die BewohnerIn etwa 2 Minuten zu beobachten und dann die gesehenen Verhaltensweisen anzukreuzen. Außer bei dem letzten Punkt Trost, sind mehrere positive Antworten möglich.

Der Bogen besteht aus 5 Beobachtungskriterien:

Als erstes wird die Atmung (unabhängig von Lautäußerungen) beobachtet; atmet der/die BewohnerIn „normal“ oder „gelegentlich angestrengt“? Wird bei „normal“ ja angekreuzt so ergibt sich ein Punktwert von 0, atmet der/die BewohnerIn aber bereits angestrengt so bedeutet das einen Punktwert von 1. Dem Punktwert von 2 entspricht dann schon zum Beispiel ein „lautstarkes angestregtes Atmen“.

Zum Zweiten werden die „negativen Lautäußerungen“ beobachtet, wie soeben beschrieben, wird auch hier darauf geachtet, ob es keine Äußerungen gibt oder ob die Äußerungen gelegentlich auftreten oder wiederholt wahrnehmbar sind, auch hier wird mit den Punkten 0 bis 2 bewertet.

Ein drittes Kriterium ist der Gesichtsausdruck, wenn „lächend oder nichts sagend“ mit „ja“ beantwortet wird, so wird dies mit 0 Punkten bewertet, ein ängstlicher oder trauriger

Gesichtsausdruck, sowie ein sorgenvoller Blick wird mit 1 Punkt bewertet und „grimassieren“ mit 2 Punkten.

Im vierten Punkt soll auf die Körpersprache geachtet werden, ist der Körper „entspannt“, so gibt man hier 0 Punkte, „angespannte Körperhaltung, nervös hin und her gehen, nesteln“, wird mit einem 1 Punkt bewertet und „geballte Fäuste, angezogene Knie, sich entziehen oder wegstoßen, sowie schlagen“ werden mit 2 Punkten bewertet.

Als letztes wird beobachtet, ob und wie der/die BewohnerIn auf Trost reagiert, wenn trösten nicht notwendig ist, so werden 0 Punkte vergeben, beantwortet man die Frage, ob „es stimmt, dass bei oben genannten Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?“ mit „ja“ so gibt es 1 Punkt, wenn dies nicht der Fall ist, werden 2 Punkte vergeben. So können im gesamten Beobachtungsbogen maximal 10 Punkte erreicht werden.

Die Übersetzung dieser Skala erfolgte aus dem amerikanischen ins deutsche, von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS). Die Originalversion stammt von der IASP aus folgender Publikation: Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. (vgl. Basler, 2010, DGSS)

Für die Erfassung des IST-Standes der Schmerzerfassung im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan wurden noch weitere Fragen auf einem selbst erstellten Ausdruck formuliert. Zum Einen war weiters wichtig, ob der/die BewohnerIn bereits eine Schmerzmedikation erhält und wenn ja, welche im Detail und, ob bereits komplementäre Methoden zur Schmerzbehandlung verwendet werden. So z.B. die Aromapflege mit dem sogenannten „Fit- und Gelenköl“ und spezielle Wickel, wie Topfenwickel. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

Um die Datenerhebung durchführen zu können und den richtigen Umgang damit zu gewährleisten, ist es wichtig die rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen.

4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Besonders in der Schmerztherapie ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen sehr wichtig. Dafür findet man gerade im Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz, im weiteren Verlauf GuKG genannt, die rechtlichen Rahmenbedingungen, um den eigenen Beitrag leisten zu können. Anamnese, Beobachtung, Schmerzerfassung, Pflegeplanung, Maßnahmen und Evaluation sind Schritte des Pflegeprozesses, die gesetzlich vorgeschrieben sind. Durch den engen Kontakt, den die Pflegepersonen zu den BewohnerInnen aufbauen, ist es möglich diese Schritte genau zu dokumentieren und eine Basis für weitere Maßnahmen im interdisziplinären Bereich zu erarbeiten. Anhand dieser Dokumentation kann ein Arzt weitere therapeutische Schritte setzen. Eine Abgrenzung der Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche ist gesetzlich geregelt.

Der §13 des GuKG, regelt die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege. Es wird in 3 Bereiche unterteilt:

- Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich § 14
- Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich § 15
- Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich § 16

Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich, lt. dem § 14 im GuKG, handeln die Angehörigen des diplomierten Pflegepersonals, eigenverantwortlich. Anamnese, Pflegeplanung, Maßnahmen, Durchführung und Kontrolle gehören, unter anderen, zum täglichen Arbeitsablauf (§14 GuKG). (vgl. Wiess- Faßbinder, Lust, 2000, S.42ff)

Daraus ist ersichtlich wie wichtig die Rolle des Pflegenden, in diesem Fall, der diplomierten Pflegepersonen und des Pflegehelfers, im Rahmen der Schmerzerfassung ist. Die Beobachtung des Bewohners, die Befragung und die Schmerzdokumentation, mittels ausgewählter, anerkannter Instrumente, geben eine Basis für weitere Maßnahmen.

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich § 15 GuKG, nach Vorlage der erhobenen Daten von dem zuständigen Arzt, übernimmt die Pflegeperson die Durchführung der

angeordneten Maßnahmen (§15 GuKG), zum Beispiel die Verabreichung von Medikamenten. Die Wirkung der Medikamente, Verhalten des Bewohners und weitere Dokumentation erfolgen wieder im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Die Anordnungsverantwortung liegt beim Arzt und die Durchführungsverantwortung bei der diplomierten Pflegekraft. Wird zum Beispiel eine Physiotherapie vom Arzt angeordnet, übernimmt die Pflegeperson zusätzlich Aufgaben im interdisziplinären Bereich. Das bedeutet Organisation einer Physiotherapie im Haus oder einer anderen Institution und Unterstützung bei der Durchführung.

Der § 16 im GuKG regelt die Rechte und Pflichten im interdisziplinären Tätigkeitsbereich und umfasst nicht nur die Gesundheits- und Krankenpflege, sondern auch andere Berufe im Gesundheitswesen. Das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht gehört ebenso dazu, wie das Tragen der Verantwortung für alle angeordneten pflegerischen Durchführungen. Außerdem fällt die Mithilfe bei der Maßnahmensetzung zur Vermeidung von Erkrankungen und Unfällen, ebenso wie die Förderung und Erhaltung der Gesundheit eines Menschen, in den interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Das heißt, dass die Verantwortung für die Anordnung und Durchführung von Maßnahmen bei jeder Berufsgruppe gleichermaßen liegt. Durch den engen Kontakt mit den BewohnernInnen können Veränderungen schnell wahrgenommen und an den zuständigen Arzt weitergeleitet werden. Eigene Vorschläge können eingebracht um gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. Physio- oder Ergotherapie, nach Lösungen zu suchen. (vgl. Wiess- Faßbinder, Lust, 2000, S.49)

Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und schnelles Handeln sind die Voraussetzung, um den Betroffenen eine möglichst gute Betreuung zu bieten, unnötige Schmerzen zu ersparen oder Schmerzlinderung zu verschaffen. Dabei übernimmt die diplomierte Pflegeperson eine Vermittlerrolle zwischen Bewohner, Arzt, Therapeut und anderen betreuenden Personen, wie Pflegehelfern und Angehörigen.

Wie wichtig das eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich ist, zeigt sich besonders in einem Pflegeheim durch die Abwesenheit eines Arztes. Die diplomierte Pflegekraft hat die Aufgabe, den Überblick über eine große Patientengruppe mit verschiedenen Erkrankungen zu haben, die Maßnahmen aus eigenem Tätigkeitsbereich einzuleiten oder im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich eine Arztvisite zu organisieren. Nicht selten folgen

telefonische Anordnungen und Anweisungen. Um sich und den BewohnerInnen zu schützen ist es sehr wichtig rechtliche Bestimmungen zu kennen.

BewohnerInnen Befragung wurde im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches durchgeführt. Die Datenerfassung und Auswertung des Wohnbereichs 1 wurde von Fr. Grgic durchgeführt. Die gesamte Datenerhebung und Auswertung von Wohnbereich 2 fällt in Zuständigkeit von Fr. Meischner. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

5. DATENERFASSUNG

Das SeneCura Pflegezentrum St.Veit/Glan setzt sich, wie schon vorhin bereits erwähnt, aus 2 Wohnbereichen und einem Bereich für betreutes Wohnen zusammen.

Wohnbereich 1 und 2 bieten Pflegeplätze für insgesamt 108 Bewohner.

Um diese pflegebedürftigen Menschen kümmern sich 9 Bezugspflegegruppen, bestehend jeweils aus einer diplomierten Kraft und 4 Pflegehelfern. Auf jede Gruppe entfallen demnach 12 Bewohner, um die sich die Bezugspflege besonders bemüht, eine Beziehung aufzubauen, auch über die tägliche Pflege hinaus. Das daraus entstehende Vertrauen wurde für die Schmerzerfassung im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan von großem Nutzen.

Ende Oktober wurde das Einverständnis von der Heimleitung, das Projekt starten zu dürfen, an die Projektleiter, Angelina Grgic, zuständig für Wohnbereich 1, und Sindy Meischner, zuständig für Wohnbereich 2, gegeben. Bis Ende Dezember 2010 wurden im Rahmen der Vorbereitungsphase die Fragebögen ausgewählt und der Termin für eine Teambesprechung für das diplomierte Pflegepersonal festgelegt. In der Dienstbesprechung Anfang Januar 2011 wurden die Fragebögen vorgestellt und die Zuständigkeiten und Kompetenzen verteilt. Jede diplomierte Pflegekraft erhielt die Fragebögen für die eigene Bezugspflegegruppe und bekam den Auftrag diese gemeinsam mit den Pflegehelfern auszufüllen. Es wurde eine Zeitgrenze von einem Monat gesetzt, die Befragung sollte Anfang Februar beginnen. Die Aufgabe der Projektmanager in der Phase der Durchführung lag darin, den reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und zu koordinieren und für Fragen zur Verfügung zu stehen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden direkt an die Projektleiter des jeweiligen Wohnbereiches zurückgegeben und anschließend ausgewertet. Im Rahmen

der Bezugspflege, wurde das gesamte Pflegepersonal in die Befragung mit einbezogen und für die Schmerzeinschätzung sensibilisiert. (Anmerkung Grgic/Meischner)

5.1. Die Befragung - Wohnbereich 1

Die gesamte Erhebung, Auswertung und Darstellung der Daten fällt in den Verantwortungsbereich von Angelina Grgic.

Die Schmerzerfassung erfolgte im Rahmen der täglichen Pflege. BewohnerInnen die unter keiner Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten leiden, wurden mittels des Fragebogens befragt. Die Zeitdauer der Befragung war sehr unterschiedlich. Von 5 Minuten bis ca. 10 Minuten. Besonders auffällig war, dass es sehr vielen der Befragten oft schwer fiel, den Schmerz überhaupt zu beschreiben.

Etwas länger dauerte es bei den Bewohnern, die zwar ihre Schmerzen ganz genau lokalisieren und beschreiben, aber nicht in Intensität ausdrücken konnten. Hier wurde, zusätzlich zum Fragebogen, die BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) Skala verwendet.

Die Schmerzerfassung bei BewohnernInnen die unter einer Demenzerkrankungen leiden, erfolgte ausschließlich mit der BESD Skala. Hierfür wurde das Verhalten der BewohnerInnen entweder bei der Körperpflege, der Mobilisation oder in Ruhe beobachtet und dokumentiert. Laut Skala wird empfohlen die BewohnerInnen zunächst 2 Minuten lang zu beobachten und erst dann mit der Punktevergabe in den 5 Kategorien, Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost, zu beginnen. Zur Bestimmung der Schmerzlokalisierung wurden zusätzlich die Pflegedokumentation, die Biographie und medizinische Unterlagen herangezogen.

5.2. Befragungsergebnisse - Wohnbereich 1

In den folgenden Abbildungen wird graphisch dargestellt, wie viele BewohnerInnen aktuell unter Schmerzen leiden, welche Körperregionen am meisten betroffen sind, die Schmerzintensität, sowie die Auswirkungen auf das tägliche Leben. Es wird visualisiert wie viele der BewohnerInnen bereits Medikamente erhalten und welche alternativen Methoden zur Anwendung kommen.

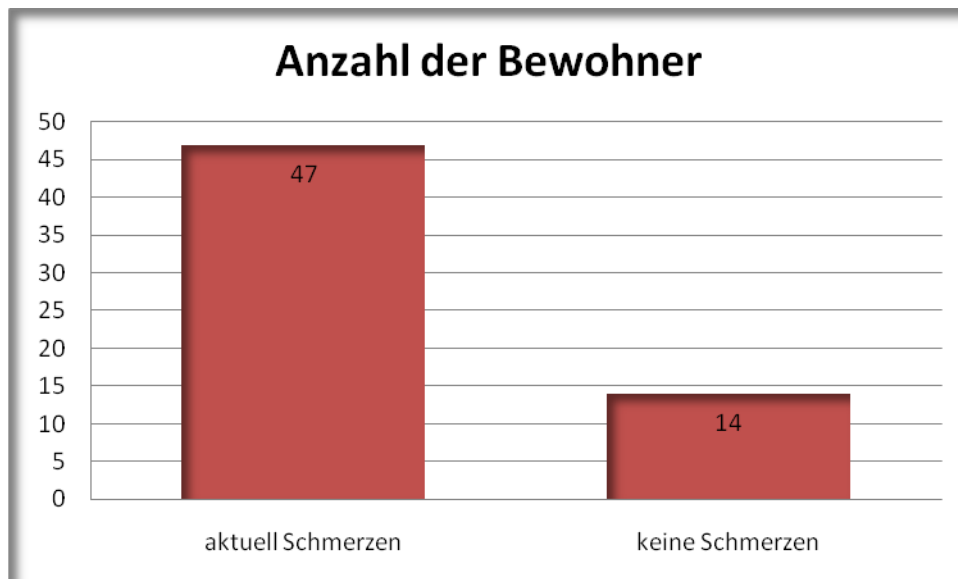


Abbildung 7: Aktuelle Schmerzangabe

Alle 61 BewohnerInnen von Wohnbereich 1 wurden befragt. Bei 47 der Befragten wurden Schmerzen festgestellt, 14 von ihnen berichteten zur Zeit der Befragung keine Schmerzen zu haben. Von 15 männlichen Bewohnern waren es 9. Von 46 Frauen leiden aktuell 38 unter Schmerzen unterschiedlicher Stärke und Lokalisation. Bei Männern sind es demnach $\frac{2}{3}$ aller Befragten und bei den Frauen ca $\frac{3}{4}$. Da der Anteil der Frauen viel größer ist, kann man nicht davon ausgehen das es Unterschiede zwischen Schmerzempfindung von Frauen und Männern gibt.

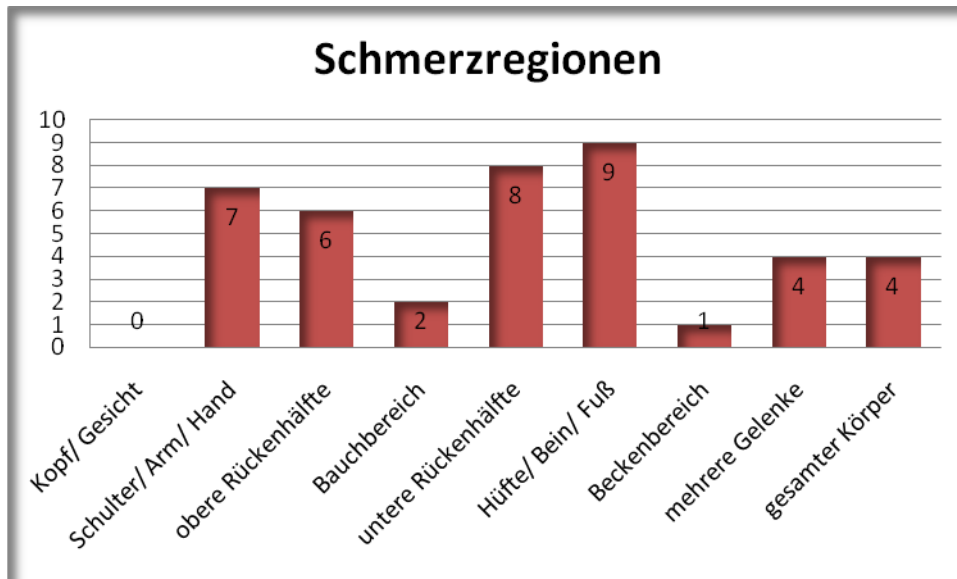


Abbildung 8: Aufteilung der Schmerzregionen

Diese Skala zeigt, welche Regionen des Körpers von Schmerzen am meisten betroffen sind. Rücken, Hüfte und Gelenke sind laut der Ergebnisse, die Bereiche, die vom Großteil der Befragten angegeben wurden. Die Ursachen dieser Schmerzen liegen meist in den degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat.

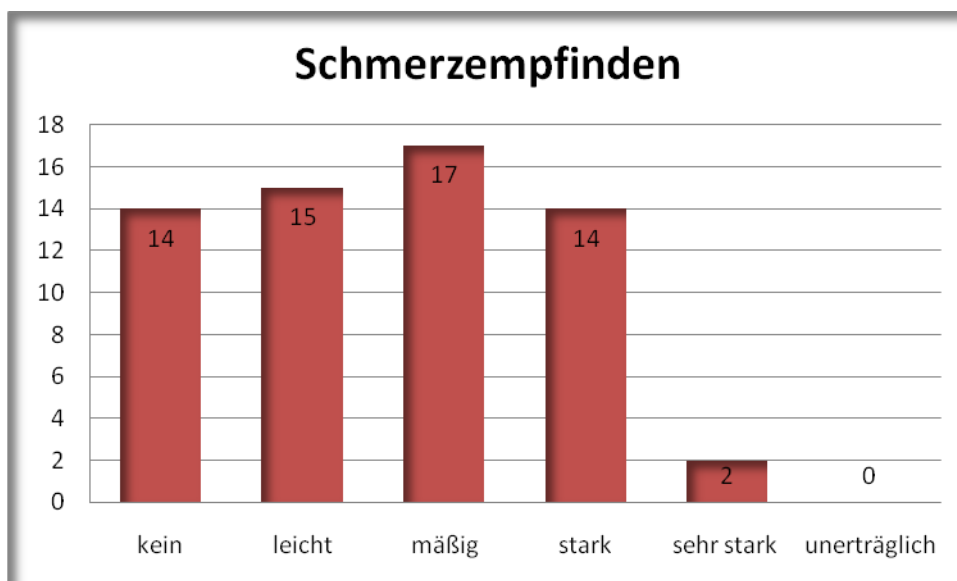


Abbildung 9: Schmerzepfinden

Leichte Schmerzen, Skala 1-2, wurden von 15 BewohnernInnen angegeben. Mäßigen Schmerz der Stärke 3 bis 4, beschrieben 17 der befragten BewohnerInnen. Zeitweise leiden 14 BewohnerInnen unter starken Schmerzen, Skala 5 bis 6. Sehr starke Schmerzen, Skala 7 bis 8, wurden von 2 BewohnernInnen beschrieben. Unerträgliche Schmerzen, Skala 9 bis

10, ergaben zum Zeitpunkt der Befragung keine Ergebnisse. Das heißt, dass 20% der BewohnerInnen des Wohnbereiches 1, das sind 14 von insgesamt 61, keine Schmerzen angegeben haben. 25% der befragten BewohnerInnen gaben leichte Schmerzen an und 50% der BewohnerInnen befinden sich, laut den Ergebnissen, im mittleren Bereich, bei mäßigen bis starken Schmerzen. 5% der Befragten haben zeitweise sehr starke Schmerzen.

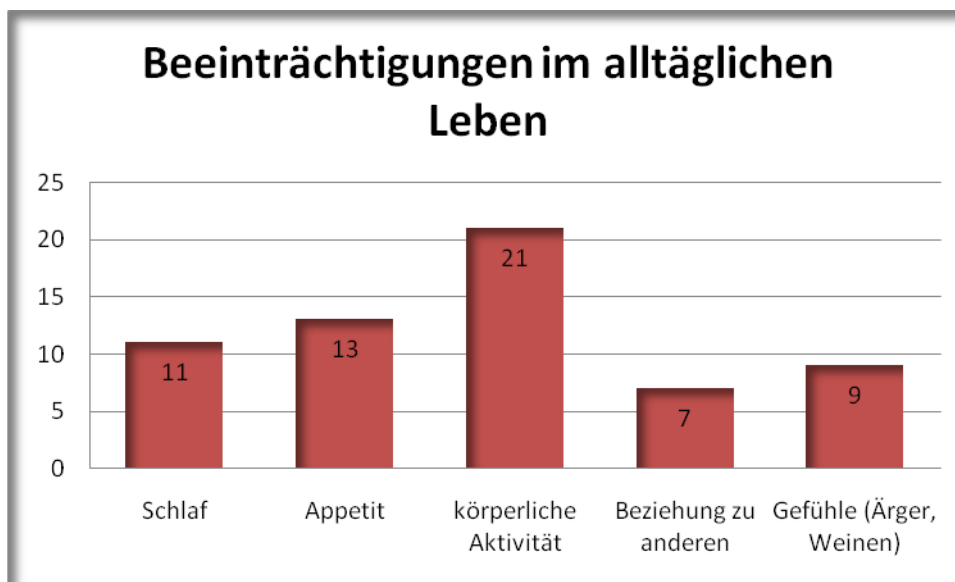


Abbildung 10: Beeinträchtigung im alltäglichen Leben

Wie sich die Schmerzen auf das alltägliche Leben der BewohnerInnen auswirken, zeigt diese Grafik. Die meisten BewohnerInnen fühlen sich in ihren körperlichen Aktivitäten sehr eingeschränkt. Außerdem stark beeinflusst ist der Appetit, gefolgt vom Schlafstörungen, der veränderten Gefühlswelt und Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen.

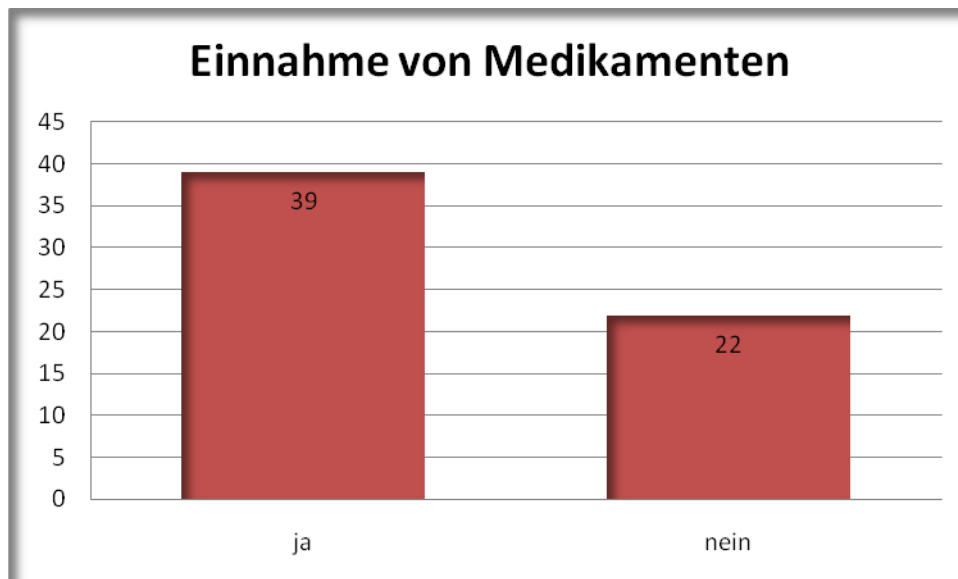


Abbildung 11: Nehmen sie derzeit Medikamente ?

Schmerzmedikamente als Dauertherapie oder bei Bedarf, nahmen zum Zeitpunkt der Befragung 39 BewohnerInnen. 13 davon erhalten aktuell starke Opioide der WHO Stufe 3, entweder in Pflasterform oder als Tabletten. Die restlichen 26 BewohnerInnen bekommen leichte bis mittelstarke Medikamente der Stufe 1 bis 2. Nur bei 3 BewohnerInnen, die im Moment der Befragung über leichte bis mäßig starke Schmerzen berichteten, wurde bis zum Zeitpunkt der Befragung, keine Schmerztherapie eingeleitet. Nach der Vorlage der Schmerzbefragung wurden sofort, nach ärztlicher Anordnung, die medikamentöse Therapie und begleitende pflegerische Maßnahmen eingeleitet.

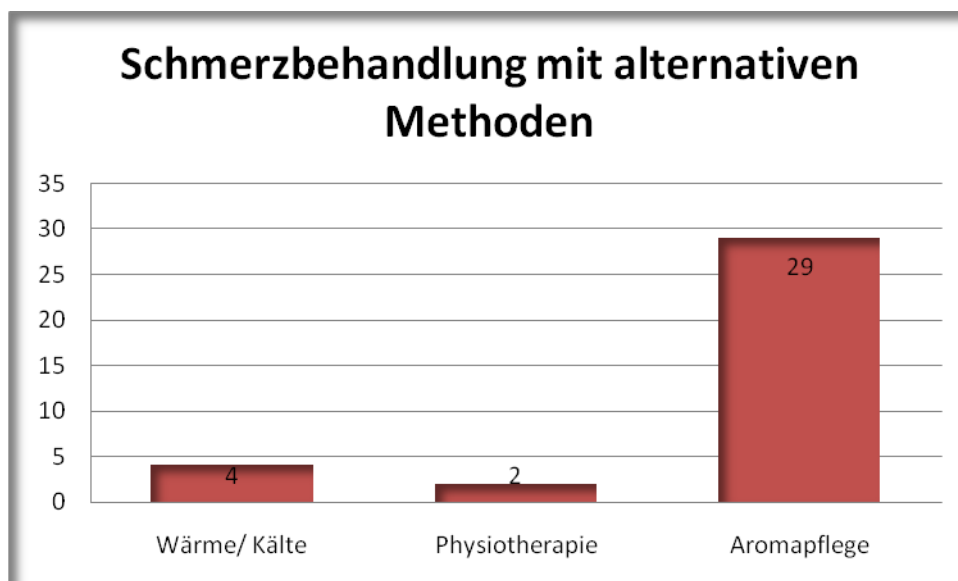


Abbildung 12: Schmerzbehandlung mit alternativen Methoden

Seit 4 Jahren hat sich die Aromapflege als hilfreiche Unterstützung zur Schmerzbehandlung im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/Glan erwiesen. Die Anwendung der Aromaöle, insbesondere Gelenkig und Fit Öl wird von 29 BewohnerInnen gerne angenommen. Aber auch die Physiotherapie, nach ärztlicher Anordnung, oder warme und kalte Wickel, wie zum Beispiel Topfenwickel, kommen zum Einsatz.

5.3. Die Befragung - Wohnbereich 2

Die gesamte Erhebung, Auswertung und Darstellung der Daten fällt in den Verantwortungsbereich von Sindy Meischner.

Als erstes ist es sehr wichtig den BewohnerInnen die befragt werden sollen zu erklären, um welches Thema es sich eigentlich handelt. Für eine wirklich korrekte Befragung bzw. Einschätzung müssen die richtigen Voraussetzungen gegeben sein. Grundlegend ist eine ruhige und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und die Befragung nicht in Eile durchzuführen. Besonders bei älteren Menschen sollte sich Zeit genommen werden, um alle Schritte und Handlungen verständlich zu erklären.

5.4. Befragungsergebnisse - Wohnbereich 2

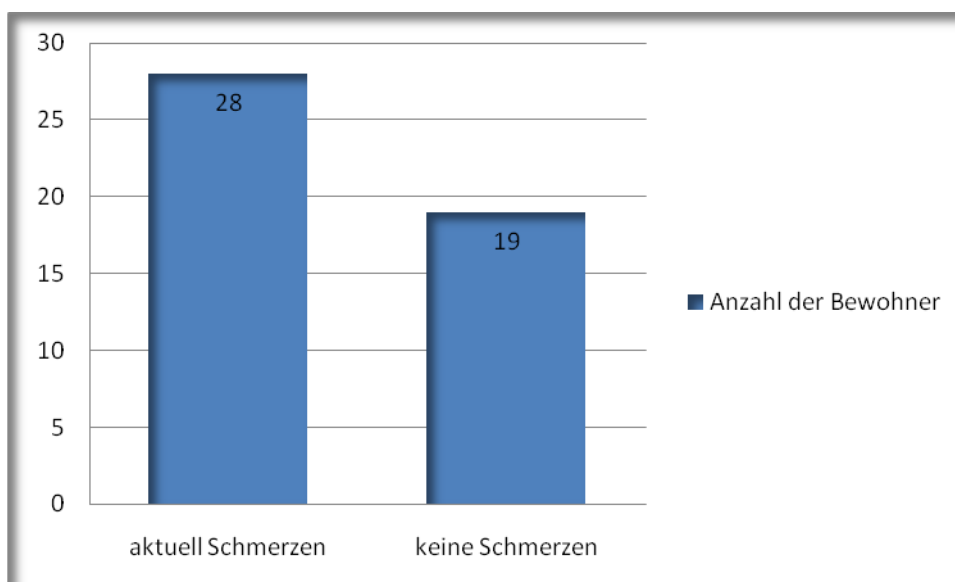


Abbildung 13: aktuelle Schmerzangabe

In Abb.1 soll grafisch dargestellt werden, wie viele der 47 befragten BewohnerInnen zum Zeitpunkt der Befragung tatsächlich Schmerzen hatten. Mit Hilfe der visuellen

Analogskala konnten die BewohnerInnen anzeigen wie stark sie den Schmerz jetzt empfinden. Aber auch die BewohnerInnen, welche nicht mehr mit der VAS umgehen und keine direkten Angaben zu ihrem Schmerzempfinden machen konnten, wurden mit Hilfe der BESD eingeschätzt und flossen in die Bewertung mit ein. So stellte sich heraus, dass zum Zeitpunkt der Befragung 28 BewohnerInnen Schmerzen angaben, davon waren 20 weibliche Personen und 8 männliche Personen.

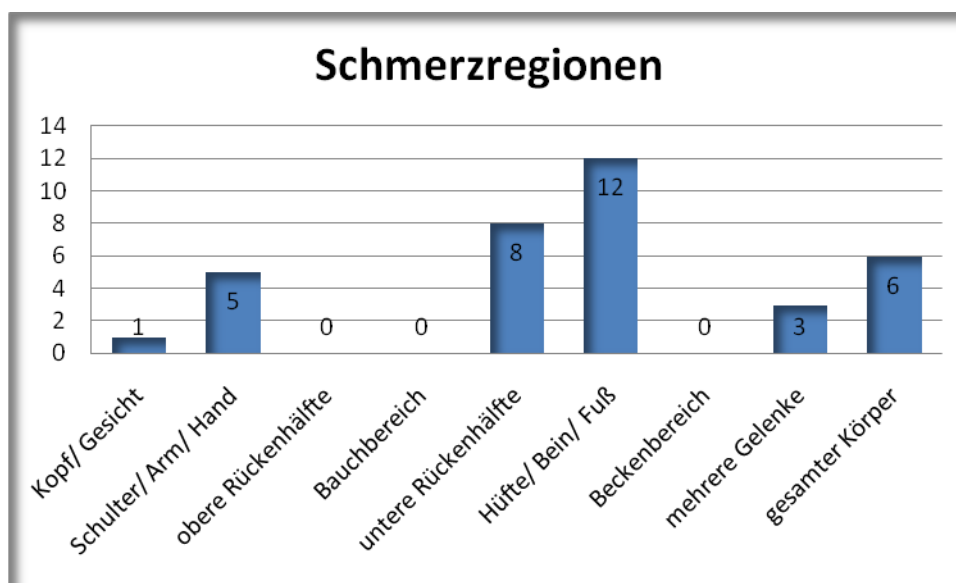


Abbildung 14: Aufteilung der Schmerzregionen

12 BewohnerInnen gaben an in den Hüften, Beinen bzw. in den Füßen Schmerzen zu haben. 8 BewohnerInnen sagten, sie verspüren im unteren Rückenbereich den größten Schmerz. 6 BewohnerInnen sagten, dass sie am gesamten Körper Schmerzen verspüren. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Auch lassen sich Rückschlüsse auf die altersspezifischen Veränderungen des Bewegungsapparates mit den angegebenen Schmerzregionen in Verbindung bringen. Diese Zahlen konnten allerdings nur mit den BewohnernInnen erhoben werden, die mit dem Fragebogen zur Schmerzeinschätzung befragt wurden. Die BewohnerInnen, die mit dem Erhebungsbogen zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz beobachtet wurden, flossen hier nicht ein.

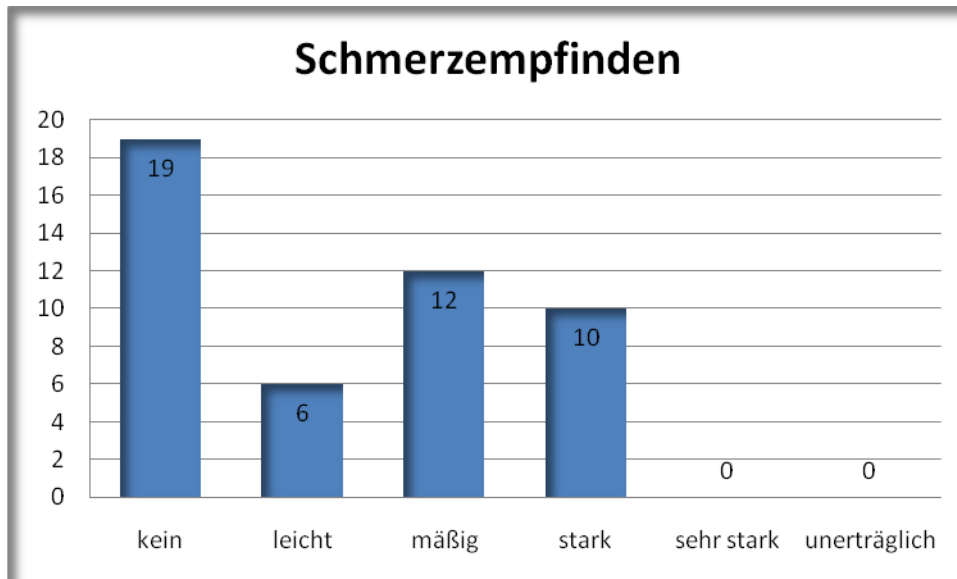


Abbildung 15: Schmerzempfinden

Insgesamt gaben 19 BewohnerInnen an, keine Schmerzen zu haben. 6 BewohnerInnen, sagten, dass sie immer wieder an leichten Schmerzen leiden. 22 BewohnerInnen gaben mäßige bis starke Schmerzen an. Kein Bewohner zeigte auf der VAS sehr starke oder unerträgliche Schmerzen an. Auch mit Hilfe der BESD konnten keine sehr starken bis unerträglichen Schmerzen beobachtet werden.

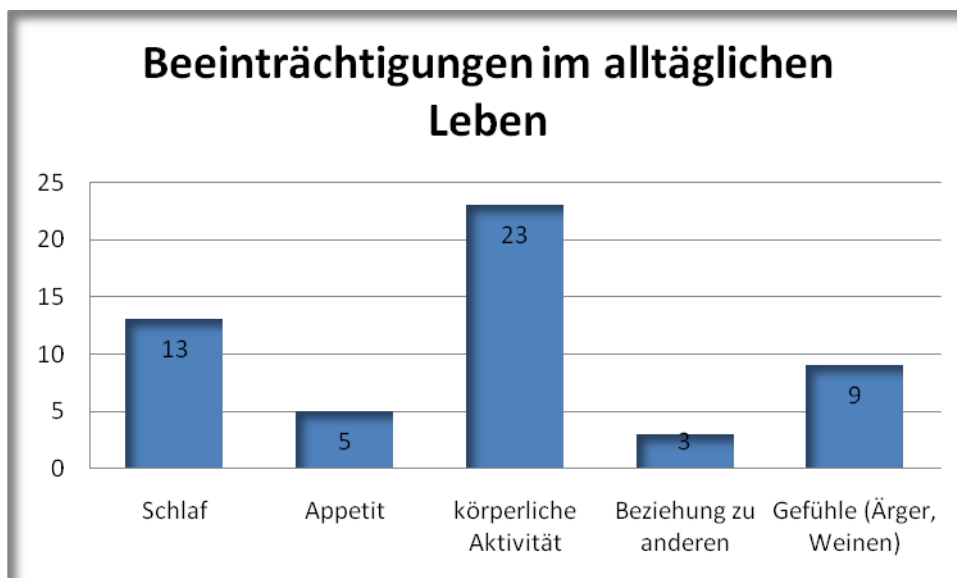


Abbildung 16: Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben

Wie sich in Abb.15 zeigt, wurde 23-mal genannt, dass immer wieder Einschränkungen bei körperlichen Aktivitäten, verursacht durch den Schmerz, hingenommen werden müssen.

Auch der gestörte Schlaf zeigte sich im Gespräch immer wieder als Problem. 13-mal wurde angegeben, vom Schmerz wach zu werden oder dass sich oft der Schlaf nur sehr verzögert einstellt. Wie in der Grafik zu sehen ist, ging es bei der Befragung auch um die Beziehung zu Anderen, BewohnerInnen, die eigenen Familienangehörigen oder auch das Pflegepersonal, welche durch den Schmerz verändert werden kann. Aber auch um den Ausdruck von Gefühlen, wie Weinen, Ärger oder mürrisch und schlecht gelaunt zu sein. 12-mal wurde hier dieses Problem von den Befragten benannt.

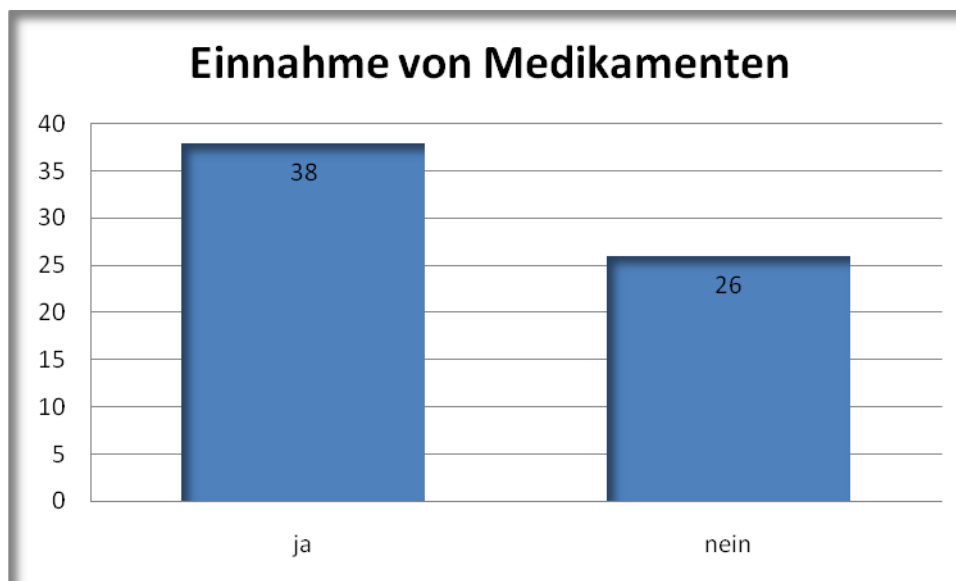


Abbildung 17: Einnahme von Schmerzmedikamenten

Durch die Befragung der gesamten BewohnerInnen von Wohnbereich 2 kann jetzt genau die Anzahl der BewohnerInnen genannt werden, welche Schmerzmedikamente vom Hausarzt verordnet bekommen. Aber nicht alle 38 Personen nehmen diese täglich, hier flossen auch die Medikamente mit ein, welche nur zur Anwendung kommen, wenn die BewohnerInnen Schmerzen äußern. 7 BewohnerInnen im Wohnbereich 2 bekommen täglich starke Opioiden der WHO Stufe 3 in Form von Tabletten oder Pflastern. 31 BewohnerInnen erhalten Schmerzmedikamente die laut WHO Stufenschema in die Gruppe 1 bzw. 2 einzuteilen sind.

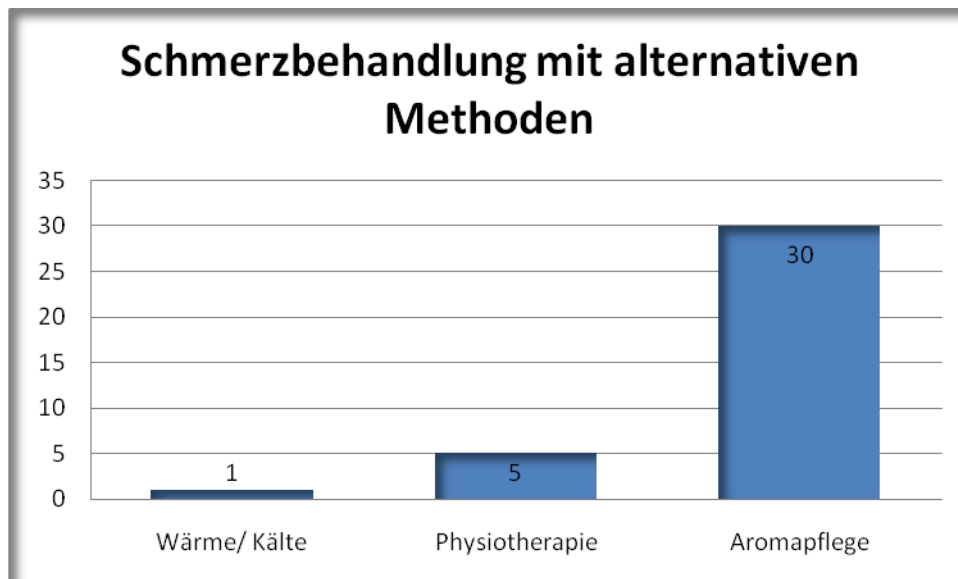


Abbildung 18: Schmerzbehandlung mit alternativen Methoden

Eine Schmerzbehandlung mit Hilfe der Aromapflege, hat sich als eine sehr bewährte und gern angenommene Alternative gezeigt. Viele BewohnerInnen wünschen sich, besonders am Abend, nochmals mit Gelenkig und Fit Pflegeöl versorgt zu werden, hier wirken die speziellen Inhaltstoffe, als auch die Streicheleinheit die dem/der BewohnerIn dabei gegeben wird. Wenn BewohnerInnen über Gelenksschmerzen klagen, kommt auch immer wieder der Topfenwickel zum Einsatz. Er wirkt kühlend und schmerzlindernd. Die Physiotherapie als 3. Punkt, ein ebenso wichtiger Bestandteil der Schmerzbehandlung. Gelenke und Muskeln werden mit geübter Hand wieder gezielt durch bewegt, so lösen sich Verspannungen und auch die Muskeln werden wieder etwas gestärkt.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass im Wohnbereich 2 weniger als 2/3 der BewohnerInnen an Schmerzen leiden. Dabei erhalten all diese BewohnerInnen bereits ein vom Hausarzt verordnetes Schmerzmittel, welches sie entweder regelmäßig bzw. bei Schmerzangabe bekommen. Dadurch lässt sich erklären, dass die Hälfte der Befragten und beobachteten BewohnerInnen schmerzfrei oder mit nur leichten Schmerzen leben können.

5.5. Auswertung der Ergebnisse

Die Befragung aller BewohnerInnen des SeneCura Pflegezentrums St. Veit/ Glan hat zu einem eindeutigen Ergebnis geführt und damit die erste Forschungsfrage, wie viele der BewohnerInnen tatsächlich täglich an Schmerzen leiden, beantwortet. Von insgesamt 108 Bewohnern gaben 75 an unter Schmerzen zu leiden. Diese Schmerzen sind von unterschiedlicher Ursache und Lokalisation, sowie von unterschiedlicher Intensität, von leicht, mäßig bis hin zu sehr stark. Aufgrund der Ergebnisse, die auch den behandelnden Hausärzten vorgelegt wurden, erfolgte die Anpassung der medikamentösen Therapie. Bei einigen BewohnerInnen wurde aufgrund der Befragung die Therapie entsprechend geändert und begleitend komplementäre Methoden eingesetzt. Einige der BewohnerInnen, welche über leichte Schmerzen berichteten, bekamen zur Zeit der Befragung keine Medikamente. Sie gaben aber an, mit der Aromapflege oder anderen alternativen Pflegemaßnahmen ausreichend versorgt zu sein.

In der zweiten Forschungsfrage sollte geklärt werden, in wieweit die Pflegekräfte, insbesondere Diplomierte Pflegepersonal und Pflegehelfer die Lebensqualität eines Heimbewohners mit einem gezielten Schmerzmanagement beeinflussen/ verbessern können?

Durch die Einführung der Messinstrumente im Rahmen des Schmerzmanagements, ist es möglich eine standardisierte Schmerzerfassung durchzuführen. Sie beginnt mit dem Eintritt des Bewohners ins Heim und erstreckt sich über den gesamten Verlauf seines Aufenthaltes. Es ergibt sich somit die Möglichkeit die Schmerzen rechtzeitig zu erkennen. Maßnahmen werden eingeleitet und deren Wirkung gezielt beobachtet und in weiterer Folge evaluiert. Die Zeit von der Schmerzerkennung bis zur schmerzlindernden Intervention wird damit maßgeblich verkürzt und die Lebensqualität gesteigert. Um diese Feststellung zu untermauern, wird folgendes Beispiel aus der Praxis angeführt:

Die ruhige Atmosphäre und die vertrauensvolle Basis, die für die Befragung sehr wichtig war, haben dazu geführt, dass die BewohnerInnen sehr offen über ihre Beschwerden sprechen konnten. Am Beispiel von Hr. J., ein Einzelgänger, der nicht viel redet und seinen Alltag, ohne viel zu klagen, eher zurückgezogen in seinem Zimmer verbringt, kann gezeigt werden, in wie weit die Pflegekräfte und das Schmerzmanagement auf die Lebensqualität eines Bewohners wirken können. Hr. J. wurde auch bereits vor der geplanten Schmerzbefragung immer wieder nach seinem Befinden und natürlich auch nach seinen

Schmerzen befragt. Er antwortete immer mit einem „Nein, es geht mir gut!“. Erst in einem längeren Gespräch, in dem mit Hilfe des Schmerzfragebogens gezielt Fragen gestellt wurden, fühlte er sich das erste Mal verstanden und ernstgenommen und sprach über sein tatsächliches Schmerzempfinden. Er sagte, er habe ständig Schmerzen, welche ihn besonders in der Nacht quälen. Auf die Frage, warum er das nicht schon vorher einmal jemanden gesagt hat, antwortete er: „Ach, die habe ich schon Jahre lang, keiner glaubt mir und die Ärzte können sowieso nichts dagegen tun!“. Unverzüglich wurde der Hausarzt über dieses Gespräch informiert und um eine Visite gebeten. Hr. J. erhielt somit eine angemessene Schmerztherapie, wodurch die Schmerzen gelindert werden konnten und er endlich wieder besser schlafen konnte. Das neu entstandene Vertrauen zum Pflegepersonal wird nun auch täglich durch die Aromamassagen mit Gelenkig und Fitöl gestärkt. Damit bestätigt sich auch die Hypothese, dass durch das rechtzeitige Erkennen, Dokumentieren und Evaluieren, mit Hilfe des Schmerzmanagements, die Lebensqualität der Bewohner verbessert werden kann, denn jetzt können noch gezielter und schneller Maßnahmen aus dem eigenverantwortlichen und den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, nach ärztlicher Anordnung, gesetzt werden. (Anmerkung Grgic/Meischner)

6. SCHMERZBEHANDLUNG

Voraussetzung für eine effektive Schmerzbehandlung ist die Erkenntnis des Schmerzbestehens und das Erfassen der Erkrankung. Erst nach einer umfassenden Abklärung von Schmerzart, Lokalisation und Stärke, ist es möglich aus einer Fülle von therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten, eine persönlich angepasste Maßnahme zu wählen. Die Vorteile eines solchen Werkzeuges wie Schmerzerfassung ist vielfach: der Betroffene bekommt die Gelegenheit seine Schmerzen auszudrücken, außerdem nimmt er eine aktive Rolle im Pflegeprozess ein. Die Wirkung und Nebenwirkung der Schmerztherapie wird dokumentiert, die Beziehung zwischen Pflegekräften und BewohnerInnen wird vertieft und professionalisiert. In der Praxis wird zwischen medikamentöser und nichtmedikamentöser Schmerzbehandlung unterschieden. (Anmerkung Grgic/ Meischner)

6.1. Medikamentöse Schmerztherapie

Wenn akute Schmerzen nicht rechtzeitig mit allen verfügbaren wirksamen Medikamenten behandelt werden, besteht die Gefahr einer Schmerzchronifizierung. Eine Akutschmerztherapie muss nach gründlicher Abklärung individuell dem Betroffenen angepasst werden, um das Risiko der Verträglichkeit und der Nebenwirkungen richtig einzuschätzen (vgl. Likar et al, 2009, S.118).

Behandlung chronischer Schmerzen alter Menschen erfordert genaue Kenntnisse über die altersspezifische Veränderungen und pharmakodynamische Wirkung von Schmerzmedikamenten im Alter, wie z.B. Auswirkung von Veränderung des Körper-Fett Gewebe-Anteils sowie Leber und Nierenfunktion (vgl. Likar et al, 2009, S.162). Außerdem besteht häufig die Gefahr der Wechselwirkung der Medikamente, weil viele ältere Menschen bereits eine oder mehrere Medikamente als Dauertherapie nehmen.

Der Einsatz von Schmerzmedikamenten richtet sich nach dem WHO Stufenplan (1986) und nach den individuellen Bedürfnissen jedes Einzelnen. Die WHO Stufenschema wurde ursprünglich von der Weltgesundheitsorganisation für Tumorschmerzen entwickelt, dient aber mittlerweile als Grundlage in der Schmerztherapie.

WHO Stufe I: Nichtopioidhaltige Medikamente eignen sich besonders für leichte Schmerzen. Zu dieser Gruppe gehören unter anderem Paracetamol und Nichtsteroidale Analgetika wie Voltaren. Als eine mögliche Nebenwirkung von Analgetika der Stufe I sind neben Blutbildveränderungen und allergischen Reaktionen, besonders Komplikationen im Magen-Darm Trakt zu berücksichtigen. Sie sind demnach bei akuten entzündlichen Schmerzen zu empfehlen.

WHO Stufe II: Niederpotente Opioide. Mittelstarke Schmerzen werden mit den Medikamenten dieser Gruppe behandelt. Dazu gehört unter anderem Tramadol. Die Dosierung ist von Nieren und Leberfunktion abhängig.

WHO Stufe III: Hochpotente Opioide für Behandlung starker bis unerträglicher Schmerzen wie zum Beispiel, Morphin und Fentanyl. Die Nebenwirkungen von starken Opioiden sind neben Schwindel, Müdigkeit, sehr häufig Erbrechen und Obstipation. Die Kombination mit anderen Analgetika und prophylaktische Gabe von Laxantien wird daher häufig verordnet (vgl. Likar et al, 2009, S. 171f).

Die häufigste Applikationsform von Schmerzmedikamenten bei älteren Menschen erfolgt in Form eines Pflasters. Die Analgetika werden über mehrere Tage kontinuierlich über die Haut aufgenommen(vgl. Likar et al, 2009, S. 25).

Das Ziel der Schmerztherapie im Alter sollte in erster Linie Schmerzlinderung sein da eine völlige Schmerzfreiheit sehr schwer zu erreichen ist. Eine erfolgreiche Schmerztherapie verlangt umfassende fachliche und pflegerische Kenntnisse nicht nur medikamentöse sondern auch gleichzeitig nichtmedikamentöse Maßnahmen (Anmerkung Grgic/Meischner).

6.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Wie schon bereits beschrieben ist Schmerz ein mehrdimensionales Phänomen, welches körperliche, seelische und soziale Komponenten beinhaltet. Es zeigt sich, dass eine effektive Schmerztherapie nur dann möglich ist, wenn neben der medikamentösen Behandlung auch alternativen Methoden zum Einsatz kommen. (Anmerkung des Verfassers/ Grgic/Meischner)

6.2.1. Physiotherapie

Physiotherapie findet im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan nach Verordnung des Hausarztes im Haus selbst statt oder sie erfolgt im Therapiezentrum St. Veit/ Glan. Es ist bekannt, dass durch die Entspannung des Bindegewebes und der Muskeln eine durchblutungsfördernde Wirkung erzielt wird. So ist es auch möglich den Kreislauf vom Schmerzreiz, welcher oft zur Verspannung und somit zu einer Schonhaltung und einer damit verbundenen Durchblutungsstörung führt, zu durchbrechen. Wichtig vor allen ist die Bewegungstherapie, dabei werden Bindegewebsmassagen und Krankengymnastik durchgeführt. Durch tägliche Gehübungen mit Rollator und Begleitung von Pflegepersonal können viele Komplikationen vermieden werden. (Anmerkung Grgic/Meischner)

6.2.2. Psychotherapie

Psychotherapie ist eine weitere Methode, die in der Schmerzbehandlung eine wichtige Rolle spielt. Ein Mensch wird als ein Gesamtes gesehen, mit allen körperlichen,

psychischen und sozialen Aspekten. In dem Hypothalamus befindet sich eine Drehscheibe, über welche sich unsere Stimmung (Angst, Trauer, Freude usw.) mit Motorik und Sensorik wechselseitig beeinflusst. An diesem Punkt setzt die Psychotherapie ihre Wirkung an, mit dem Ziel die Stimmung des Betroffenen zu heben und ihn damit zur Mitarbeit zu motivieren. Das Gespräch steht dabei an erster Stelle (vgl Likar et al 2009.S. 230).

Die Psychotherapie ist eine rein ärztliche Tätigkeit. Die Pflegepersonen haben oft den Vorteil durch ständigen Kontakt zu den BewohnerInnen ein Gefühl von Empathie zu vermitteln, dass Ihre Sorgen und Schmerzen ernst genommen und dementsprechend weitere Schritte unternommen werden. Durch Bezugspflege ist es möglich einen solchen Kontakt herzustellen, wo sich die BewohnerInnen „seiner Pflegekraft“ anvertrauen und offen über Ihre Beschwerden sprechen. Die Betroffenen berichten über eine „Erleichterung“, die allein durch das Gespräch entsteht. Auf der anderen Seite haben die Pflegekräfte die Gelegenheit den Bewohner bei allen täglichen Aktivitäten genau zu beobachten. Dadurch werden Defizite erkannt, aber auch Ressourcen sichtbar gemacht, die dann gezielt gefördert werden um die Selbstständigkeit so lang wie möglich zu erhalten. Das wirkt sich positiv auf das Allgemeinbefinden der BewohnerInnen aus, verhindert den Rückzug und erhöht die Lebensqualität (Anmerkung Grgic/Meischner).

6.2.3. Wickel und Kompressen

Wickel und Kompressen werden zur Schmerzlinderung lokal angewendet, wirken aber auch allgemein auf das Befinden des Bewohners sowohl psychisch wie physisch. Bei der Auswahl der Wickel muss das nötige Wissen über Indikationen und Kontraindikationen vorhanden sein. Es gibt verschieden Möglichkeiten der Anwendung wie zum Beispiel, kalte und warme Wickel, Wickel mit Zusätzen wie Öle, Topfen, Essig, Kartoffeln, Kräuter usw. (vgl Likar et al. 2009.S. 415ff).

Die Anwendung von Topfenwickel zur Unterstützung bei der Behandlung von chronischen arthritischen Erkrankungen oder Venenentzündungen wird im unserem Haus sehr gerne angenommen, genauso wie Wärmewickel bei rheumatischen Beschwerden (Anmerkung Grgic/Meischner).

6.2.4. Aromapflege

Im weiteren Verlauf werden Bilder von BewohnerInnen und Mitarbeitern aus dem SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan gezeigt. Diese Bilder entstanden mit ausdrücklichem Einverständnis und mit der schriftlichen Zusage, diese auch veröffentlichen zu dürfen.



Abbildung 19 Handmassage (Foto Grgic/Meischner)

Die Aromapflege stammt aus der Naturheilkunde und basiert auf der Wirkung von ätherischen Ölen, die meist durch Wasserdampfdestillation gewonnen werden. Die ganzheitliche Wirkung, sowohl auf das psychische Gleichgewicht, aber auch auf den Stoffwechsel, bietet ein breites Spektrum an Anwendungsmöglichkeiten (vgl. Likar et al.2009, S.402).



Abbildung 20 Aromabad (Foto Grgic/Meischner)

Die Anwendung ätherischer Öle in der Krankenpflege findet immer mehr Anklang. Mit Hilfe dieser sollen die Selbstheilungskräfte der Bewohner aktiviert werden. Die Kombination von angenehmen Düften und liebevollen Berührungen und Streicheleinheiten wird besonders von alten Menschen gerne angenommen. Wenn BewohnerInnen über Schmerzen klagen, kommt im SeneCura Pflegezentrum St. Veit/ Glan das Gelenkig und Fit Pflegeöl, nach Absprache und Anordnung des Hausarztes, zur Anwendung. In einem besonderen Mischungsverhältnis kommen hier u.a. Johanniskrautöl, Mandelöl, Lavendel und Cajeput zum Einsatz. Die Anwendung von Aromapflege bietet die Möglichkeit mehrere Methoden zu vereinen und damit die Wirkung zu erhöhen. Die Berührung, angenehmer Duft, Wirkung von ätherischen Ölen, kombiniert mit einem beruhigenden Gespräch bringt Entspannung für den Körper und ist eine Wohltat für die Seele der alten Menschen. Ein Lavendelkissen neben dem Kopfpolster wirkt beruhigend bei Schlafstörungen und weckt Erinnerungen an „alte Zeiten“. Der Einsatz von Aromaölen in der Hospitzpflege hat sich bei den BewohnerInnen als auch bei den Angehörigen bewährt. Durch Körperkontakt, in der letzten Phase des Lebens, wird Abschied von geliebten Menschen genommen. Das Pflegezentrum SeneCura St.Veit/Glan hat 3 ausgebildete Aromaexpertinnen, außerdem haben alle MitarbeiterInnen die Basisausbildung in der Aromapflege absolviert. Im Rahmen der Bezugspflege kommen daher regelmäßig Aromaöle, in Form von Hand-, Fuß- oder Schläfenstreichungen bis hin zu einem ausgiebigen Aromabad, zum Einsatz (Anmerkung Grgic/Meischner).



Abbildung 21: Aromamassage (Foto Grgic/Meischner)

6.2.5. Was tun wir noch?

Um das Wohlbefinden der BewohnerInnen im Pflegezentrum SeneCura St Veit/ Glan zu steigern, werden Erhebungen zu den Wünschen und Gewohnheiten der BewohnerInnen durchgeführt. So lassen sich verschiedene Rituale feststellen die BewohnerInnen im Laufe Ihres Lebens entwickelt haben, um Herausforderungen zu begegnen. Die Menschen die aus einer großen Familie stammen werden unglücklich wenn sie alleine im Zimmer sind. Im Gegenteil die BewohnerInnen die immer als Einzellgänger galten, fühlen sich nicht wohl wenn sie plötzlich in eine große Gruppe sitzen. Manche sprechen gerne über Ihre Gefühle, andere dagegen möchten in Ruhe gelassen werden. Einige brauchen zum Schlafen frische Luft, andere wiederum Wärme. Ein Tasse warme Milch mit Honig klingt nicht sehr fachlich, schmeckt aber sehr gut und wirkt schlaffördernd, genauso wie ein beruhigender Tee, hat aber keine Nebenwirkungen. Es gibt viele Möglichkeiten den alten Menschen das Leben im Pflegeheim ein wenig zu erleichtern und das seelische Leiden zu lindern. Durch die gemeinsamen Aktivitäten werden soziale Kontakte gepflegt was sich insgesamt positiv auf das körperliche Befinden auswirkt. Das bio-psycho-soziale Phänomen des Schmerzes wird somit unterbrochen und die Lebensqualität der BewohnerInnen gesichert. Von Pflegekräften wird neben fachlicher auch eine gute menschliche Kompetenz gefordert, um diesen Erwartungen gerecht zu werden. Es gibt noch sehr viele komplementäre Methoden, welche die schulmedizinische Schmerzbehandlung ergänzen und unterstützen. Für eine sichere Anwendung und wirkungsvollen Einsatz ist fachliches Wissen,

Kooperation mit den Ärzten, aber auch Sensibilität im Umgang mit Betroffenen sehr bedeutungsvoll. Die Wahl der richtigen Methode ist von vielen Faktoren abhängig. Die Akzeptanz des Betroffenen und die Bereitschaft eine vertrauensvolle Partnerschaft einzugehen ist genauso wichtig, wie die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen um das gemeinsame Ziel zu erreichen (Anmerkung Grgic/Meischner)

7. ZUSAMMENFASSUNG UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVE

Das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, das es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann (Platon ca 350 v Chr)

Als Pflegekraft in einem Pflegeheim ist man tagtäglich mit Schmerzen konfrontiert. Viele BewohnerInnen leiden unter chronischen Erkrankungen, degenerativen Veränderungen oder an Folgen eines Sturzes, welche meist mit Schmerzen verbunden sind. Die medikamentöse Therapie bietet ein breites Spektrum an Wirkstoffen und Applikationsformen, immer mit dem Ziel, die Schmerzen bestmöglich zu lindern. Dennoch steht man den Betroffenen oft hilflos gegenüber, wenn trotz starker Medikamente keine Besserung angegeben wird. Wie hoch das tatsächliche Schmerzempfinden eines Bewohners ist, kann nur dieser selbst beantworten. Doch wenn die Medikamente keine Wirkung zeigen, ist es notwendig die Ursache auch woanders zu suchen. Nicht selten hört man den Ausdruck „die Seele tut mir weh“. Die Trennung von einem geliebten Menschen, vom gewohnten Zuhause oder der Verlust der Selbstständigkeit, verursachen seelische Leiden und verstärken damit auch den körperlichen Schmerz. Es zeigt, wie Platon bereits 350 v. Chr. gesagt hat, dass der Körper und die Seele nicht getrennt voneinander betrachtet werden dürfen.

Dieser Grundgedanke zog sich wie ein Leitfaden durch den gesamten Prozess der Implementierung des Schmerzmanagements. Durch das Einführen eines Fragebogens wurde endlich ein Messinstrument zur Verfügung gestellt, mit dem die BewohnerInnen ihre Schmerzen ausdrücken und sichtbar machen können. Durch das rechtzeitige Erkennen und die Dokumentation der Schmerzen, können nun noch schneller und gezielter Maßnahmen aus dem eigen- und dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich gesetzt werden. Die medikamentöse Therapie und die pflegerischen Maßnahmen werden so den

individuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen angepasst, was sich positiv auf die gesamte Lebensqualität auswirkt.

Nun trägt seit Mai 2011 die Implementierung des Schmerzmanagements im SeneCura Pflegezentrum St. Veit zur Qualitätssicherung bei. Es ist zum Standard geworden, bei jeder Neuaufnahme im Rahmen der Anamneseerhebung, so wie im weiteren Verlauf des Heimaufenthaltes und nach einem Sturz eine Schmerzbefragung durchzuführen. Die Evaluierung der Schmerzangaben sichert die optimale medikamentöse und pflegerische Versorgung und kann somit immer wieder neu und individuell an die Bedürfnisse des Einzelnen angepasst werden. Für die laufende Evaluation und der Kontrolle der Durchführung sind weiter die Projektmanager zuständig.

Die Ergebnisse der Befragung haben deutlich gezeigt dass viele alte Menschen unter Schmerzen leiden. Ursachen, Auswirkungen sowie Schmerzäußerungen können unterschiedlich sein, haben aber ohne Ausnahme eine negative Auswirkung auf die Lebensqualität des Betroffenen. Die Pflegekräfte sind gefordert alle fachlichen sowie menschlichen Kenntnisse einzusetzen um diese Lebensqualität und Würde der alten Menschen zu sichern. Leider stellen die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen, sowie die steigende Pflegebedürftigkeit, heute und in der Zukunft, eine große Herausforderung für die Pflege dar.

Es wäre anmaßend Schmerzfreiheit zu versprechen, aber das Team von SeneCura Pflegezentrum St.Veit/ Glan hat sich zum Ziel gesetzt, die Schmerzen mit allen zur Verfügung stehenden Maßnahmen zu lindern.

8. LITERATURVERZEICHNIS

Likar R., Bernatzky G., Märkert D., Ilias W. (2009): Schmerztherapie in der Pflege, Schulmedizinische und komplementäre Methoden. 1 Auflage 2009 Springer-Verlag/Wien

Likar R. (2006): Schmerztherapie, 9. Auflage, Fresenius Kabi Austria

Carr E, Mann E. (2010.): Schmerz und Schmerzmanagement, Praxishandbuch für Pflege, 2. Auflage, Deutschsprachige Ausgabe (Jürgen Osterbrink), Hans Huber Verlag

PflegeDienst (2/2008), Das Hartmann-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege: Schmerzmanagement in der Geriatrie, Hartmann

Likar R., Sittl R. (2002): Praxis der transdermalen Schmerztherapie, 1. Auflage Bremen UNI-MED Verlag

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2000): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 3.Auflage, Manzsche Verlags-und Universitätsbuchhandlung Wien

Grond E. (2009): Pflege Demenzerkrankter, 4.Auflage , Hannover, Brigitte Kunz Verlag

Menche N., (2006): Repetitorium Pflege Heute Auflage 1, Langen/ Hessen, Urban und Fischer Verlag

Menche N. (2001): Pflege Heute Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, 2. Auflage, Urban und Fischer Verlag

Schiemann D., (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Internetquellen:

http://www.dgss.org/uploads/media/BESD_Fassung_Dezember_2008.pdf (26.06.2011, 13:16 Uhr)

<http://www.schmerzskala.de/schmerzskala.html> (20.06.2011, 15:34Uhr)

<http://www.senecura.at/> (9.6.2011 13:56 Uhr)

http://www.focuspatient.at/958_DE.pdf?exp=24549036162900 (26.06.2011, 13:42 Uhr)

<http://www.who.int/> (26.06.2011, 14:01 Uhr)

9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: SeneCura Leitbild (http://www.senecura.at/)	9
Abbildung 2: 1. Österreichischer Bericht SCHMERZ 2008 (www.focuspatient.at/)	19
Abbildung 4 Kreislauf Bio- Psycho -Soziales Phänomen (Grgic/ Meischner)	21
Abbildung 5 Visuelle Analog – Skala (Likar et al, 2009, S.40).....	24
Abbildung 6 Verbale Rating – Skala (Likar et al, 2009, S.40).....	25
Abbildung 7 Numerische Rating – Skala (Likar et al, 2009, S.40).....	25
Abbildung 8: Aktuelle Schmerzangabe	34
Abbildung 9: Aufteilung der Schmerzregionen.....	35
Abbildung 10: Schmerzempfinden.....	35
Abbildung 11: Beeinträchtigung im alltäglichen Leben	36
Abbildung 12: Nehmen sie derzeit Medikamente ?	37
Abbildung 13: Schmerzbehandlung mit alternativen Methoden.....	37
Abbildung 14: aktuelle Schmerzangabe	38
Abbildung 15: Aufteilung der Schmerzregionen.....	39
Abbildung 16: Schmerzempfinden.....	40
Abbildung 17: Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben.....	40
Abbildung 18: Einnahme von Schmerzmedikamenten	41
Abbildung 19: Schmerzbehandlung mit alternativen Methoden.....	42
Abbildung 20 Handmassage (Foto Grgic/Meischner).....	48
Abbildung 21 Aromabad (Foto Grgic/Meischner)	49
Abbildung 22: Aromamassage (Foto Grgic/Meischner)	50
Abbildung 23 Bogen zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz.....	56
Abbildung 24 Erhebungsbogen zur Schmerzeinschätzung	57

10. ANHANG

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen.

Mehrere positive Antworten (außer bei *Trost*) sind möglich.

- Ruhe
 Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punkt- wert
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name

Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt- wert
lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL von max.	/		___/10

Andere Auffälligkeiten:

.....

Abbildung 22 Bogen zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

2.) Erhebungsbogen zur Schmerzeinschätzung

Abb. 2.3 Bogen der Schmerzersteinschätzung

Erhebungsbogen zur Schmerzersteinschätzung

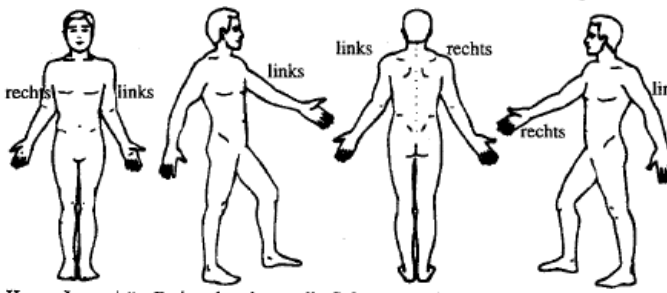
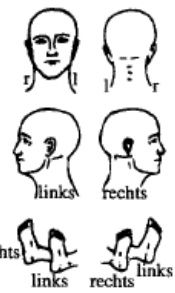
Datum: _____

Patientenname _____ Alter _____ Station _____

Diagnose _____ Arzt _____

Pfleger _____

I. Lokalisation: Patient oder Pfleger markiert die Zeichnung.

II. Intensität: Patient bestimmt die Schmerzstärke. Verwendete Skala:

Aktueller Zustand: _____

Stärkstes Schmerzmaß: _____

Schwächstes Schmerzmaß: _____

Akzeptables Schmerzmaß: _____

III. Qualität: (Verwenden Sie eigene Worte des Patienten, z.B. stechend, dumpf, brennend, klopfend, ziehend, spitz) _____

IV. Beginn, Verlaufsform, Rhythmus: _____

V. Art des Schmerzausdrucks: _____

VI. Was lindert die Schmerzen? _____

VII. Was verursacht/verstärkt die Schmerzen? _____

VIII. Auswirkungen der Schmerzen: (Vermerken Sie einen reduzierten Allgemeinzustand, herabgesetzte Lebensqualität.)

Begleitsymptome: (z.B. Übelkeit) _____

Schlaf: _____

Appetit: _____

Körperliche Aktivitäten: _____

Beziehung zu anderen: (z.B. Reizbarkeit) _____

Gefühle: (z.B. Ärger, Neigung zur Selbsttötung, Weinen) _____

Konzentrationsfähigkeit: _____

Anderes: _____

IX. Zusätzliche Bemerkungen: _____

X. Pflegeplan: _____

* Darf für die klinische Praxis vervielfältigt werden. Aus McCaffery, M; Beebe, A und Latham, J; Osterbrink, J. (Hrsg.): Schmerz. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden 1997

Abbildung 23 Erhebungsbogen zur Schmerzeinschätzung

Diagnosen:

Stürze in der Vorgeschichte:

Schmerzmedikation ja/ nein

Wenn ja, welche:

Werden bereits komplementäre Methoden zur Schmerzbehandlung verwendet?
(Aromapflege, Wickel,...)

Wenn ja, welche:

Fragebogenerweiterung