

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Einführung ins Thema.....</b>	<b>3</b>
1.1. Mein Arbeitsort .....	3
1.2. Wie ich zum Thema kam .....	3
1.3. Ziel der Arbeit .....	4
1.4. Fragestellung.....	4
1.5. Methoden .....	4
1.6. Abgrenzung .....	4
<b>2. Was heisst Schmerz?.....</b>	<b>5</b>
2.1. Verschiedene Definitionen von Schmerz.....	5
<b>3. Anatomie/Physiologie .....</b>	<b>7</b>
3.1. Einleitung.....	7
3.2. Schmerzmediatoren .....	7
3.3. Spinale Schmerzleitung.....	9
3.4. Graphische Darstellung der Schmerzleitung .....	9
3.5. Zerebrale Schmerzleitung .....	9
3.6. Schmerzgedächtnis.....	10
Persönliche Gedanken zum Schmerzgedächtnis .....	10
3.7. Schmerztoleranz .....	10
Eigene Gedanken zur Schmerztoleranz .....	10
<b>4. Schmerzbahnung und Schmerzhemmung .....</b>	<b>11</b>
4.1. Gate – Control – Theorie.....	11
<b>5. Schmerzformen .....</b>	<b>14</b>
5.1. Akuter Schmerz.....	14
5.2. Chronischer Schmerz .....	14
Eigene Erfahrungen .....	14
<b>6. Medikamentöse Schmerztherapie.....</b>	<b>15</b>
6.1. Das WHO-Stufenschema (nach WHO 1986) .....	15
6.2. Adjuvante Analgetika.....	15
6.3. Exakte Dosierung für eine optimale Wirkung:.....	16
<b>7. Die Rolle der Pflegenden .....</b>	<b>17</b>
Niemals aufgeben, Ärzte anzusprechen .....	17
Persönliche Gedanken zur Rolle der Pflegenden .....	17

<b>8. Praktischer Teil</b> .....	<b>19</b>
8.1. Einleitung in den praktischen Teil meiner Arbeit.....	19
8.2. Auswertung des Fragebogens.....	19
Meine Gedanken zu den Antworten.....	20
8.3. Entscheidung für eine Schmerzskala .....	21
8.4. Einführung der Schmerzskala .....	21
<b>Leitfaden zur Schmerzerfassung auf der Notfallstation</b> .....	<b>22</b>
8.5. Standortbestimmung und Neuanpassung .....	23
8.6. Vorläufige Auswertung .....	24
8.7. Beantwortung der Fragestellung und meine persönlichen Beobachtungen ..	25
<b>9. Zusammenfassung</b> .....	<b>25</b>
9.1. Die Fragestellung .....	25
9.2. Mein Lernprozess .....	26
9.3. Was während/nach dieser schriftlichen Arbeit geschah .....	26
<b>10. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>28</b>

## 1. Einführung ins Thema

### 1.1. Mein Arbeitsort

Seit sieben Jahren arbeite ich in der interdisziplinären Notfallstation des Stadtspital Triemli in Zürich. In meinem Arbeitsalltag bin ich wechselnd in der Chirurgie, der Medizin oder, als stellvertretende Leiterin, im Gipszimmer eingeteilt.

Meine Arbeit beinhaltet die Pflege von ambulanten und stationär werdenden Notfallpatienten<sup>1</sup> vom Zeitpunkt des Eintritts bis zur Verlegung oder Entlassung. Auf Grund der gegenwärtigen Bettensituation im Triemli, kann die Zeitspanne von Eintritt bis zur Verlegung des Patienten manchmal bis zu 48 Stunden dauern. Teilweise betreuen wir auch Patienten nach kleinen und grossen operativen Eingriffen, sowie polytraumatisierte Patienten, die aus verschiedenen Gründen nicht auf die Intensivstation verlegt werden können.

### 1.2. Wie ich zum Thema kam

Eine Aufgabe, die mir als Pflegende in der Notfallstation zufällt, ist das Begrüssen von neueintretenden Patienten. Bei dieser Aufgabe habe ich bemerkt, dass die meisten Menschen, die die Notfallstation aufsuchen, als Eintrittsgrund Schmerzen nennen. Die Schmerzen der Patienten sind unterschiedlich stark und können akut oder chronisch sein.

In meinem Arbeitsalltag habe ich beobachtet, dass Massnahmen, die in der Kompetenz der Pflege liegen, beispielsweise eine schmerzlindernde Lagerung oder Kühlung mit Eis, meist rasch nach Eintritt eines Patienten getroffen werden.

Nach diesen ersten Massnahmen ist es oft von der Verdachtsdiagnose abhängig, ob und wie rasch ein Patient eine medikamentöse Schmerztherapie erhält.

Mir ist aufgefallen, dass zum Beispiel jemand, der mit der Verdachtsdiagnose Nierensteine eintritt und Flankenschmerzen hat, sofort adäquate Schmerzmittel verabreicht bekommt. Im Gegensatz dazu erhält ein Patient mit einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes häufig erst kurz vor seiner Entlassung Analgetika. Dass Patienten mit Bagatellverletzungen wenig oder gar keine Schmerzmedikamente erhalten, beobachte ich vor allem im Gipszimmer. Häufig werden Patienten mit ungenügender Analgesie zum Anlegen von Fixationen gebracht.

Genauso verschieden wie die Patienten und deren Schmerzen sind, verhält es sich mit den Schmerzäusserungen. Manche Menschen geben ihrem Schmerz lauthals Ausdruck, andere beissen die Zähne zusammen und äussern sich nur nach mehrmaligem Nachfragen. Der Umgang mit Schmerz ist sicher teilweise abhängig von kulturellen und ethnischen Faktoren.

Bei mir selber und auch bei Teamkollegen habe ich beobachtet, dass es mir, je nach Verhalten eines Patienten, schwer fällt, wertfrei auf seine Schmerzen einzugehen. Das heisst, ihm den Schmerz zu glauben, den er zum Ausdruck bringt.

Obwohl alle Teammitglieder regelmässig Patienten mit Schmerzen betreuen, also den Umgang damit gewohnt sind, fällt mir auf, dass die Schmerzen des Pflegeempfängers häufig ungenügend dokumentiert werden. Es fehlen auf dem Überwachungsblatt genaue Angaben zur Stärke, Lokalisation, Dauer und Art des Schmerzes.

Des weitern fällt mir auf, dass auf den Überwachungsblättern festgehalten wird, dass ein Patient Schmerzen hat. Er bekommt ein Schmerzmittel verabreicht. Oft fehlt

---

<sup>1</sup> Um den Text möglichst lesefreundlich zu gestalten, werde ich in der Folge nur die männliche Form Patienten und Berufskollege verwenden.

danach aber die Dokumentation des Schmerzverlaufes. Das heisst, häufig wird nicht dokumentiert ob die Schmerzen jetzt besser sind oder nicht.

### 1.3. Ziel der Arbeit

Mit dieser Arbeit will ich für die Notfallstation einen Leitfaden zum Thema Schmerz erschaffen. Sie soll meinen Mitarbeitern zum Nachschlagen zur Verfügung stehen. Durch Pflegenden, die ein fundiertes Wissen über Schmerz und Schmerztherapie haben, wird der Patient einen Profit davontragen, indem seine Schmerzen adäquat behandelt werden.

### 1.4. Fragestellung

- Führt eine systematische Schmerzerfassung zu einer objektivierten Schmerzwahrnehmung auf Seiten des Personals?
- Führt Kommunikation mit objektivierten Daten als Argumentationshilfe zu besseren Verordnungen?
- Wird das Team durch die Arbeit mit einer Schmerzerfassung sensibilisiert für das Thema Schmerz?
- Führt eine Sensibilisierung des Teams zu einer genaueren Schmerzdokumentation?

### 1.5. Methoden

Ich werde mich anhand von ausgesuchter Literatur mit der Theorie zum Thema Schmerz befassen. Daraus werde ich Möglichkeiten zur Schmerzerfassung auf unserer Station ableiten.

Mittels Fragebogen und mündlicher Befragung werde ich eine Evaluation, respektive Standortbestimmung vornehmen.

Zudem werde ich mich mit meinen persönlichen Wertvorstellungen und meiner Haltung gegenüber Schmerzpatienten auseinandersetzen.

### 1.6. Abgrenzung

In meiner Arbeit gehe ich nur am Rande auf eine Darstellung der gebräuchlichsten Schmerzmedikamente und deren Verabreichungsweise, Wirkung und Nebenwirkungen ein. Ich setze voraus, dass die Teammitglieder, die täglich damit umgehen, über dieses Wissen verfügen.

Ebenso wenig werde ich über postoperative Schmerzen schreiben, denn diese Patienten haben meist eine ausreichende Medikation verordnet.

Des Weiteren werde ich nicht auf religiöse, kulturelle und psychologische Aspekte des Schmerzes eingehen. Die psychologische Komponente wird nur in der Gate – Control – Theorie und im Zusammenhang mit dem Schmerzgedächtnis zur Sprache kommen.

Ich verzichte ebenfalls darauf, auf allfällige Missstände in der gängigen Verordnungspraxis einzugehen, denn das ist ein Problem, das über verschiedene Hierarchiestufen hinweg und multidisziplinär gelöst werden muss.

## 2. Was heisst Schmerz?

### 2.1. Verschiedene Definitionen von Schmerz

Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,  
Ein Feuer, das uns ärmer brennt,  
das uns vom eigenen Leben trennt,  
das uns umlodert und alleine macht.

Weisheit und Liebe werden klein,  
Trost wird Hoffnung, dünn und flüchtig,  
Schmerz liebt uns wild und eifersüchtig,  
wir schmelzen hin und werden sein.

Es krümmt die irdene Form, das Ich ,  
und wehrt und sträubt sich in den Flammen,  
Dann sinkt sie still in Staub zusammen,  
und überlässt dem Meister sich.

Hermann Hesse

„Der Schmerz ist ein furchtbarer Herr als der Tod“ schrieb der Theologe und Missionsarzt Albert Schweizer in seinem Buch „Zwischen Wasser und Urwald“.

Nancy Ropper schreibt Folgendes:

Der Schmerz ist vielleicht das Häufigste aller Anzeichen und Symptom einer Krankheit; obwohl Schmerzen manchmal beinahe unerträglich scheinen, stellen sie doch einen Schutzmechanismus dar: sie dienen als Alarmsignal. Schmerzen sind die Reaktionen des Körpers auf einen der vielen möglichen Stressoren, die von Mikroorganismen bis zu einem Trauma reichen können.

(Binggeli 1998, S.22)

Der Pschyrembel definiert Schmerz so:

Eine Vielzahl von den Körper schädigenden Einwirkungen und Reizarten kann Schmerzen verursachen. Jede Schmerzempfindung besitzt primär eine emotional unangenehme Komponente.

(Pschyrembel 1986, S.1510)

Die Definition, die mich am meisten anspricht, ist die von Margo Mc Caffery (1997, S.12), die schreibt:

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

Diese Definition sagt in einem kurzen Satz viel aus und es ist einfach sich diese Aussage zu merken.

Zudem appelliert sie an meine Haltung dem Patienten gegenüber. Da es mir, wie in der Einleitung erwähnt, manchmal schwer fällt, den Schmerzen eines Patienten wertfrei zu begegnen, werde ich versuchen, diese Aussage in den Pflegealltag zu integrieren. Sie soll der Grundstein für meine persönliche Schmerzphilosophie sein.

### **3. Anatomie/Physiologie**

#### **3.1. Einleitung**

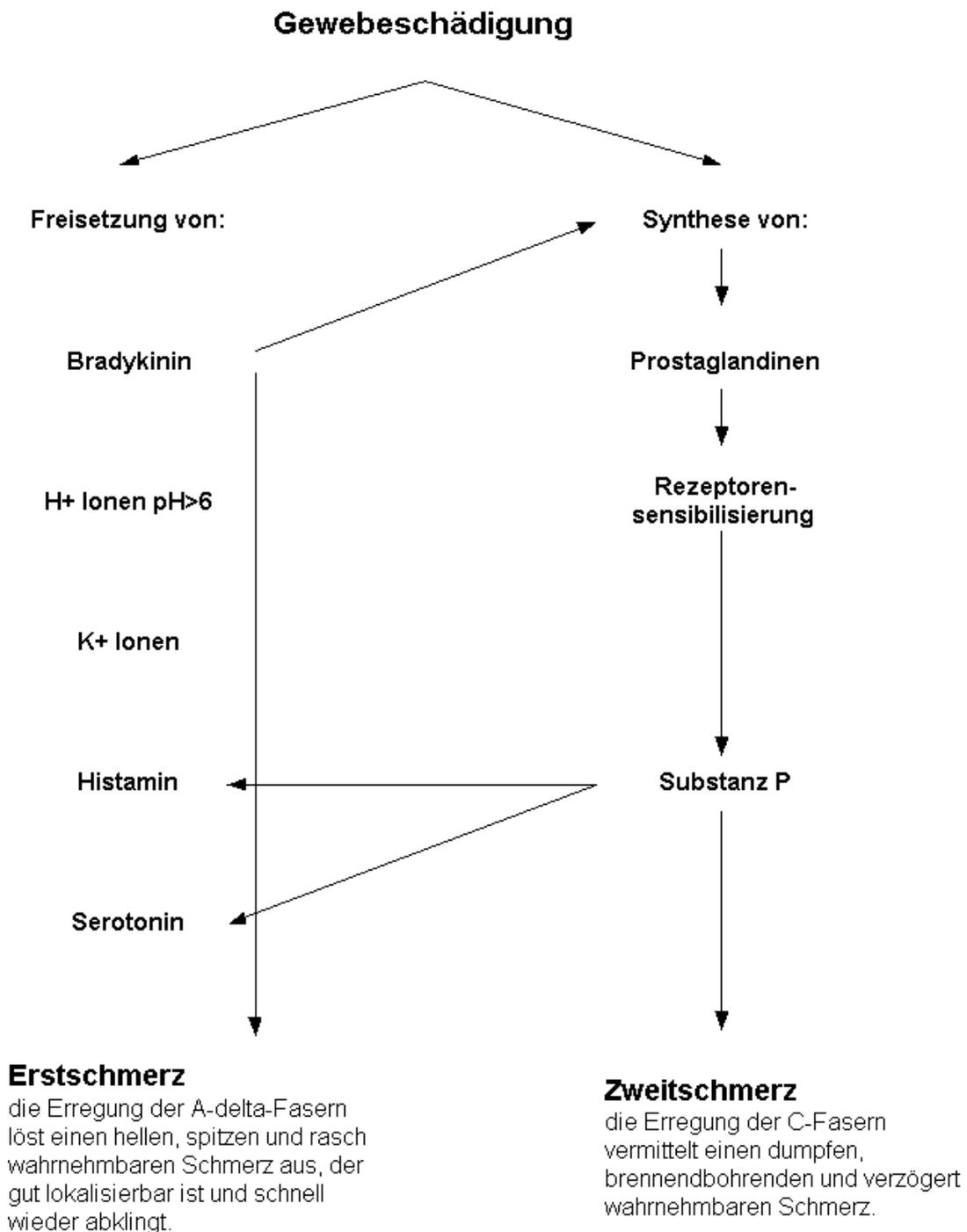
Der theoretische Teil meiner Arbeit wird ausführlich gestaltet sein. Mir ist es wichtig gewisse Grundlagen aus der Anatomie und der Physiologie aufzuzeigen zum besseren Verständnis der komplexen Zusammenhänge von Schmerz.

Für die Schmerzwahrnehmung, das Schmerzverhalten und dessen Verarbeitung ist weitgehend das periphere und zentrale Nervensystem verantwortlich. Es besteht aus einer Verkabelung von Nervenfasern und –strängen, welche insgesamt eine Länge von über 50'000 km aufweisen. In der Haut, aber auch im Innern des Körpers, wird Schmerz durch Reize chemischer, thermischer oder mechanischer Art ausgelöst. Diese Reize werden von Reizempfängern, sogenannten Rezeptoren, welche meist als freie Nervenendigungen das Gewebe durchsetzen, aufgenommen und weitergeleitet.

#### **3.2. Schmerzmediatoren**

Schädigende Reize wie Druck, Kälte und Hitze sowie Verletzungen an den betroffenen Zellen und Gewebe führen zu Veränderungen. Unabhängig von der Art des Schmerzreizes werden dabei Substanzen freigesetzt, welche die Schmerzrezeptoren des Gewebes stimulieren. Diese Substanzen „Schmerzstoffe“ oder Schmerzmediatoren sind chemisch definierte Substanzen von meist kleinem Molekulargewicht, die bereits in sehr geringen Konzentrationen die Schmerzrezeptoren der Peripherie erregen können. Zu ihnen zählen zu Beispiel. Bradikinin, Histamin, Acetylcholin, Serotonin und Prostaglandin.  
( Binggeli 1998, S.47)

## Noxen



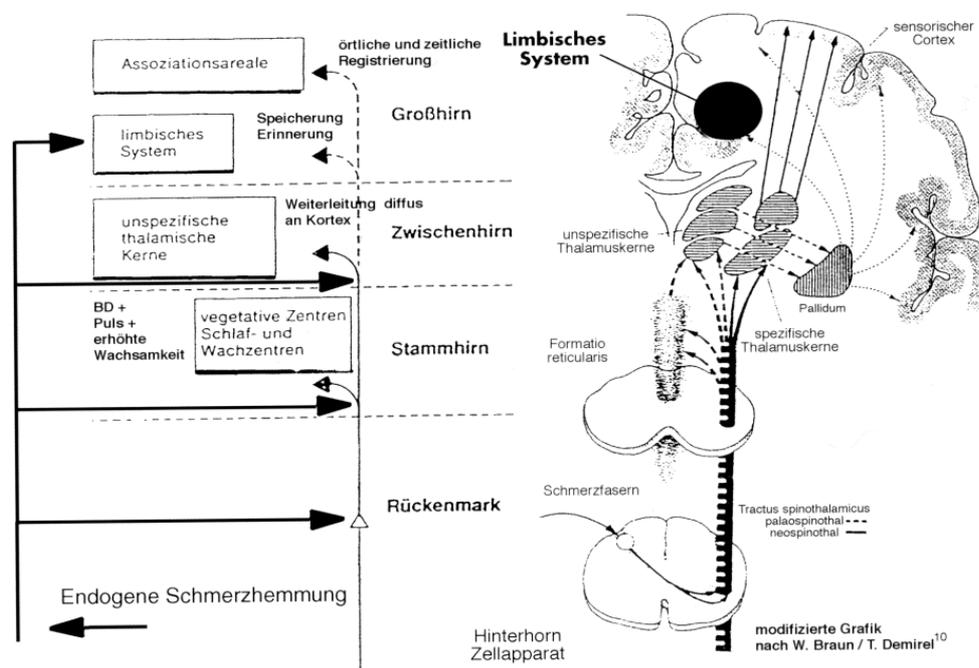
(Binggeli 1998, S.48)

### 3.3. Spinale Schmerzleitung

Vom Hinterhorn leitet der Vorderseitenstrang die Reize zum Hirnstamm und weiter an verschiedene Zentren im Gehirn. Der Vorderseitenstrang gliedert sich funktionell in zwei Teile. Ein Teil ist dem scharfen gut lokalisierbaren Erstscherz zugeordnet, der andere, langsamer leitende dem quälenden, schlecht lokalisierbaren Zweitschmerz. Wird ein Schmerzreiz von langsam leitenden Fasern übertragen, hat dies vegetative Reaktionen zur Folge, zum Beispiel Blutdruck- und Pulserhöhungen, sowie Aktivierung des Wachzentrums. So erklärt sich auch, warum man bei starken Schmerzen unmöglich schlafen kann.

### 3.4. Graphische Darstellung der Schmerzleitung

Die graphische Darstellung soll die Komplexität des Themas verdeutlichen.



### 3.5. Zerebrale Schmerzleitung

Der Thalamus wird als integrierende Endstation der spinalen Schmerzbahnen angesehen. Er ermöglicht die Annäherung mit anderen Sinnesqualitäten. Die von ihm ausgehende zerebrale Schmerzleitung ist geprägt von der schon genannten Zweiteilung. Die Impulse der rasch leitenden Fasern werden einem Zentrum (Gyrus postcentralis) zugeleitet, wo eine räumliche und zeitliche Einordnung des Schmerzes möglich wird. Der Schmerz wird hier bewusst wahrgenommen. Die langsam leitenden Bahnen ziehen in die sensorische Hirnrinde. Beziehungen zum Hypothalamus und zum limbischen System erweitern die Schmerzwahrnehmung zur emotionalen Empfindung, das heißt, im limbischen System erhält der Schmerz seinen Gefühlscharakter. Im Weiteren wird dort jeder einmal empfundene Schmerz gespeichert und kann jederzeit als Erinnerung abgerufen werden. (Binggeli 1998, S. 50 - 52 )

### 3.6. Schmerzgedächtnis

Darunter versteht der Physiologe die Tatsache, dass schmerzleitende Nervenfasern ihren Stimulationszustand memorieren können. Die Nervenzellen können unter anhaltender Reizung oder Schädigung ihren genetischen Code so verändern, dass Funktionsveränderungen auftreten können. Der Phantomschmerz dürfte durch einen solchen Mechanismus ausgelöst werden. Interessante Untersuchungen zeigen, dass offenbar die Entstehung von Phantomschmerzen nach operativen Eingriffen vermieden werden könnten, wenn prä-, intra- und postoperativ für eine ausreichende Analgesie gesorgt wird. Eine Anästhesie alleine genügt nicht, um eine Schmerzmemorierung zu vermeiden. (Binggeli 1998, S.50-52)

#### Persönliche Gedanken zum Schmerzgedächtnis

Vom Schmerzgedächtnis hatte ich zwar schon gehört, aber die Bedeutung, die es hat, ist mir erst beim Bearbeiten der Theorie richtig klar geworden.

Jeder Mensch hat seine persönliche Schmerzgeschichte. Ich weiss bei Eintritt eines Patienten nicht, welche Erfahrungen er, in Bezug auf Schmerzen, gemacht hat.

Jemand der schlechte Erfahrungen machte, verspürt jetzt vielleicht die gleichen Schmerzen wie damals und verhält sich sicher anders, als ein Patient, der Positives erlebt hat.

Die Erkenntnis mit der persönlichen Schmerzgeschichte, wird mir im Pflegealltag helfen, die Schmerzen eines Patienten so wahrzunehmen, wie er sie beschreibt. Ausserdem wird es mir leichter fallen, das eine oder andere Schmerzverhalten besser zu verstehen.

Die Theorie des Schmerzgedächtnisses verdeutlicht mir auch, wie wichtig es ist, Schmerzzustände ernst zu nehmen und sofort adäquat zu behandeln um eine Memorisierung zu vermeiden.

Eine gute und rasche Schmerztherapie bedeutet für den Patienten einen Krankheitsgewinn. Bleibt die schlechte Erinnerung aus, kann er schneller mit weniger Schmerzmitteln auskommen.

### 3.7. Schmerztoleranz

Die Schmerztoleranz kann als die Dauer oder das Ausmass der Schmerzen definiert werden, die ein Mensch ertragen will. Eine hohe Schmerztoleranz bedeutet, dass die Schmerzen sehr stark sind oder lange andauern, bevor sie als unerträglich bezeichnet werden, oder eine Schmerzbehandlung gewünscht wird. Eine niedrige Schmerztoleranz bedeutet, dass schwache oder kurze Schmerzen für den Betroffenen unerträglich sind und zum Wunsch nach einer Schmerzlinderung führen. Es ist wichtig, die Schmerztoleranz des Patienten hinsichtlich einer adäquaten Schmerzkontrolle zu respektieren.

(Mc Caffery 1997, S.27)

#### Eigene Gedanken zur Schmerztoleranz

Ich stelle Patienten häufig die Frage: Sind ihre Schmerzen erträglich?

Vor allem bei Patienten, die an starken Schmerzen litten, stelle ich fest, dass ein erträglicher Schmerzzustand schon eine Erleichterung darstellt.

Natürlich wäre das Optimum für den Patienten Beschwerdefreiheit. Dieser Zustand ist aber manchmal nur schrittweise, oder sogar schwer erreichbar.

Mit der Frage nach der Erträglichkeit der Schmerzen, gebe ich dem Patienten die Gelegenheit sich darüber zu äussern, ob das Mass der Schmerzlinderung für ihn zufriedenstellend ist.

## 4. Schmerzbahnung und Schmerzhemmung

### 4.1. Gate – Control – Theorie

Unser Nervensystem funktioniert wie ein hochempfindliches Spürgerät. Die Schmerzleitung verläuft grundsätzlich wie vorgängig beschrieben ab, wird aber durch hemmende oder bahnende Impulse beeinflusst. Wenn nun Nervenimpulse, die von beschädigtem Gewebe, zum Beispiel einer Knieverletzung, ausgehen, ins Rückenmark gelangen, passieren sie dort eine Art Kontrollsystem. Hier wird entschieden, ob und welche Signale mit welcher Geschwindigkeit weitergeleitet werden sollen. Diese Entscheidung hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Was geschieht in der Peripherie?
- Wie ist die Empfindlichkeit der Nervenzellen selbst?
- Wie sind die hochkomplexen Wahrnehmungsaspekte im Gehirn?

Diese und noch weitere Faktoren, welche nachstehend erläutert werden, führen dazu, dass das Kontrollsystem reagiert, beziehungsweise, dass der sogenannte Tormechanismus in Gang kommt.

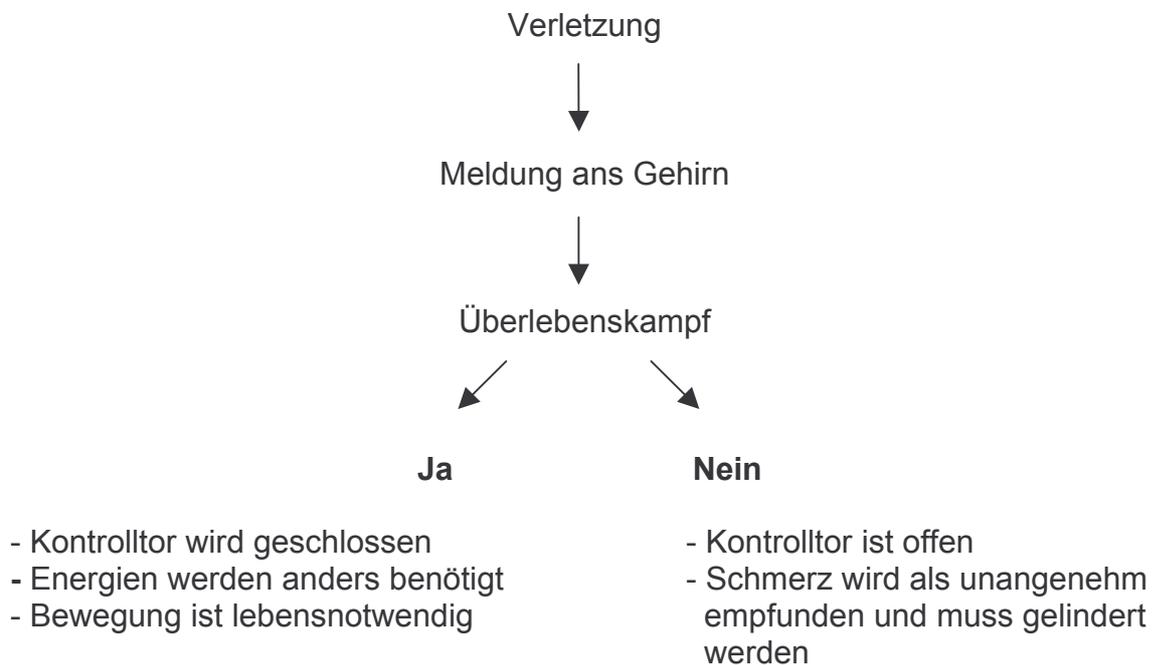
Zwei Schmerzforscher entdeckten diesen Schaltmechanismus. Sie nannten ihn „**Gate Control Theory**“ (= Kontrolltor – Theorie). Diese besagt, dass das Nervensystem pro Zeiteinheit nur eine bestimmte Menge sensorischer Informationen verarbeitet. Wird das Limit überschritten, dann unterbrechen bestimmte Zellen im Rückenmark (Interneurone) die Signalübertragung. Das Tor schliesst sich wie eine Schleuse. Andere Reize, wie zum Beispiel das Reiben der schmerzenden Stelle, überlagern den Schmerzimpuls, so dass er nicht oder nur zum Teil weitergeleitet wird. Die Anwendung von Kälte- oder Wärmewickel, Akupunktur oder Elektrostimulation macht sich diesen Mechanismus zunutze und erzielt deshalb schmerzlindernde Wirkung.

Mit der Kontrolltor – Theorie lassen sich ferner einige psychologische Aspekte des Schmerzes erklären:

Ein Krieger verspürt seine Schusswunde erst, wenn er in Sicherheit ist, oder ein Handballspieler bemerkt seine ausgerenkte Schulter erst nach Beendigung des Finalspieles. Es spielt also eine Rolle, ob es um Kampf und Überleben geht oder ob man sich in Ruhe hinlegen kann, gepflegt und umsorgt wird.

( Binggeli 1998, S. 53)

**Bei einer Verletzung ist folgendes Muster zu beobachten:**



Damit wir mit unseren eigenen Schmerzen und denjenigen der Patienten besser umgehen können, ist es vor allem wichtig zu wissen, welche Bedingungen das Kontrolltor öffnen, beziehungsweise schliessen.

**Das Tor wird geöffnet und die Schmerzsignale werden weitergeleitet durch:**

- Alle Reize, welche das Körpergewebe schädigen, wenn keine hemmenden Mechanismen hinzu kommen.
- Konzentration auf den Schmerz, Hilflosigkeit und Passivität .

**Das Tor wird geschlossen durch:**

- Schmerzmittel
- Gegenstimulation
- Beschäftigung

(Binggeli 1998, S.55)

**Gefühlszustände die den Schmerz verstärken oder verringern**

Nach Dr. Schara, Wuppertal

<u>Verstärkung der Schmerzen</u>	<u>Verringerung der Schmerzen</u>
Angst	Sorglosigkeit
Traurigkeit	Schlaf
Depression	Verständnis
Introversion	Soziales Netz, Familie
Isolation	Zuwendung
Soziale Abhängigkeit	Zeit
Sorgen	Beschäftigung
Schlaflosigkeit	Hoffnung
Einsamkeit	Entspannung
Zorn	Positive Selbstfindung
Druck	Sicherheit
Ungewissheit	Information

(Binggeli 1998, S.55)

Den Mechanismus der Gate – Control – Theorie kenne ich aus eigener Erfahrung. Im letzten Winter hatte ich eine schmerzhaft Kehlkopentzündung und wurde mit Sprechverbot krank geschrieben.

Das Schlucken bereitete mir jedes mal einen stechenden Schmerz. Es war so unangenehm, dass ich mich fast nur noch darauf konzentrieren konnte.

Um mich auf andere Gedanken zu bringen unternahm ich Spaziergänge. Die Eindrücke unterwegs lenkten mich ab und ich verspürte weniger Schmerzen.

Häufig beobachte ich bei Patienten ähnliches. Schmerzen werden zum Beispiel weniger stark empfunden, wenn Familienangehörige anwesend sind und dem Patienten das Gefühl von Geborgenheit geben und ihm Zuwendung schenken. Andere Patienten können sich beispielsweise mit Lesen (Beschäftigung) gut ablenken und empfinden den Schmerz weniger stark.

## 5. Schmerzformen

### 5.1. Akuter Schmerz

Darunter versteht man etwas, was jeder Mensch in seinem Leben schon einmal erlebt hat, sei es durch einen Unfall, eine Blinddarmentzündung, Mittelohrentzündung, Zahnschmerzen oder ähnliches. Diese Schmerzen weisen auf eine drohende oder bereits eingetretene Gewebeschädigung hin. Der Schmerz hat hier eindeutig eine Signal- und Warnfunktion, die uns zum Handeln auffordert. Sie unterstreichen zudem die Notwendigkeit der Genesungsruhe und dienen in unersetzlicher Weise der Erhaltung des Lebens. Griechische Ärzte nannten deshalb den Schmerz „bellenden Wachhund der Gesundheit“. Der akute Schmerz ist für den einzelnen eine Möglichkeit, den Krankheitsverlauf wahrzunehmen. In der Regel nehmen bei Zunahme der Erkrankung die Schmerzen zu und beim Abklingen wieder ab. Der akute Schmerz hat also einen wellenförmigen Verlauf, der die Krankheit widerspiegelt. Für das einzelne Individuum ergibt deshalb diese Art von Schmerzen einen Sinn.

### 5.2. Chronischer Schmerz

Der chronische Schmerz ist ein Geschehen, das in Abständen und über eine längere Zeitdauer hinweg immer wieder auftritt, oder Menschen sogar bis zu ihrem Tod begleitet. Die Schmerzen haben ihre Warnfunktion verloren. Es fällt schwer, ihnen eine sinnvolle Aufgabe zuzuschreiben.

Chronischer Schmerz kann sich zu einem intensiven und quälenden Schmerzerlebnis ausweiten. Er wird zur „Geißel des Menschen“. Starke Schmerzen überschatten alle Sinneseindrücke wie Wahrnehmung, Anteilnahme und Freude. Die Schmerzen beschlagnahmen den Patienten meist vollumfänglich; er kann sich nicht mehr in andere einfühlen oder auf sie eingehen. Nicht selten leiden dann zwischenmenschliche Beziehungen darunter. Reagieren Pflegende oder Familienangehörige mit Unverständnis auf die psychischen Folgen der Schmerzen, fühlt sich der Patient einsam, hilflos und von der Welt ausgeschlossen.

Chronische Schmerzen können 24 Stunden andauern und so den Tages- und Nachtrhythmus stören. Der Kranke hat keine Erholungsphasen mehr und wird ständig an sein Leiden erinnert. Ein solcher Patient kann nachts wegen der Schmerzen nicht schlafen, am Tag ist er entkräftet und niedergeschlagen und wird meist schnell aggressiv. (Binggeli 1998, S.29)

### Eigene Erfahrungen

In der Notfall - Praxis sind wir häufiger mit akuten Schmerzen konfrontiert, zum Beispiel bei Patienten, die mit Frakturen, Bauchschmerzen, Koliken eingewiesen werden. Natürlich suchen auch immer wieder Patienten mit chronischen Schmerzen, beispielsweise Krebspatienten oder Menschen mit rheumatologischen Erkrankungen die Notfallstation auf.

Die Trennung zwischen akuten und chronischen Schmerzen erlebe ich nicht so klar, wie im Lehrbuch beschrieben. So stürzt vielleicht eine Patientin mit Osteoporose und bricht sich den Oberarm. Zu ihren chronischen Schmerzen kommen jetzt noch die akuten, vom Arm ausgehend, dazu.

Ich habe auch schon erlebt, dass ein Patient, der seit Monaten an Rückenschmerzen litt und deswegen behandelt wurde, mitten in der Nacht auf den Notfall kommt. Die Schmerzen sind für ihn plötzlich nicht mehr aushaltbar, haben also für ihn, zu diesem

Zeitpunkt, einen akuten Charakter angenommen, das heisst, sie stellen plötzlich ein dringendes Problem dar.

## 6. Medikamentöse Schmerztherapie

Die Behandlung von Schmerzen mit Medikamenten ist eine der Hauptsäulen der Schmerztherapie. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) hat Empfehlungen zum Einsatz von Schmerzmitteln zur Behandlung von Tumorschmerzen formuliert. Diese Einteilung, das sogenannte „WHO-Stufenschema“ ist auch sehr gut für die Behandlung von postoperativen/posttraumatischen und chronisch gutartigen Schmerzen (z.B. Osteoporose) anzuwenden. Das Stufenschema sollte stets als Leitfaden zur medikamentösen Schmerztherapie dienen. Es unterscheidet zwischen drei Stufe, nach denen die Anwendung von Analgetika abhängig von der Schmerzintensität gemacht wird: geringe bis mittelstarke Schmerzen; mittelstarke bis starke Schmerzen und sehr starke Schmerzen.

### 6.1. Das WHO-Stufenschema (nach WHO 1986)

Das WHO-Stufenschema orientiert sich nach der Schmerzintensität. Stufe I: bei geringen bis mittelstarken Schmerzen; Stufe II: bei mittelstarken bis starken Schmerzen; Stufe III: bei starken und stärksten Schmerzen. Die Kombination mit einem adjuvanten Medikament ist auf allen drei Stufen möglich.

III

stark wirksame Opioide (z.B. Morphin) und Nichtopioide (z.B. Ibuprofen) evtl. adjuvante Medikamente (z.B. Cortison)

II

schwach wirksame Opioide (z.B. Tramal, Codein) und Nichtopioide (z.B. Ibuprofen) evtl. adjuvante Medikamente (z.B. Cortison)

I

Nichtopioide (z.B. Ibuprofen), evtl. adjuvante Medikamente (z.B. Cortison)

(Mc Caffery 1997, S.87)

### 6.2. Adjuvante Analgetika

Diese Medikamente sind ursprünglich zur Behandlung von anderen Beschwerden als Schmerzen gedacht. Die meisten werden auch weiterhin auf diese Art und Weise verwendet, können aber auch in bestimmten Situationen zur Schmerzbehandlung genutzt werden. Medikamente, die pharmakologisch nicht als Analgetika klassifiziert sind, die aber alleine oder in Kombination mit Analgetika zur Schmerzbehandlung gegeben werden, sind als adjuvante Analgetika oder als Koanalgetika bekannt.

(Mc Caffery 1997, S.164)

### 6.3. Exakte Dosierung für eine optimale Wirkung:

Auf die exakte Dosierung will ich eingehen, weil ich es in der Praxis immer wieder erlebe, dass Patienten keine regelmässige Analgesie erhalten. Häufig höre ich dann das Argument: "Der Patient hatte gerade keine Schmerzen, als ich ihn danach fragte." Mit der folgenden Darstellung möchte ich verdeutlichen, wie sinnvoll eine regelmässige Schmerzmittelabgabe ist.

Kontinuierlich auftretende Schmerzen erfordern eine regelmässige Analgetikaabgabe. Ziel ist es, den Schmerz im Griff zu haben, dem Patienten ein dauerhaftes, grösstmögliches Wohlbefinden zu gewährleisten und den Schmerz nicht unkontrolliert eskalieren zu lassen. Ein erfolgreicher präventiver Ansatz durchbricht den Kreislauf von Schmerz und Angst und mildert die ängstliche Erwartung von Schmerzen. Die Abbildungen 1 und 2 illustrieren die Vorteile eines kontinuierlichen Analgetikaspiegels gegenüber Spitzen und Tälern, die bei der Verabreichung bei Bedarf auftreten können.

Abbildung 1

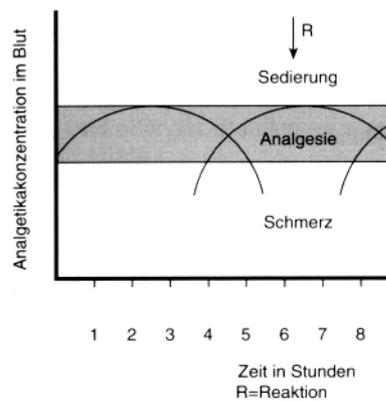
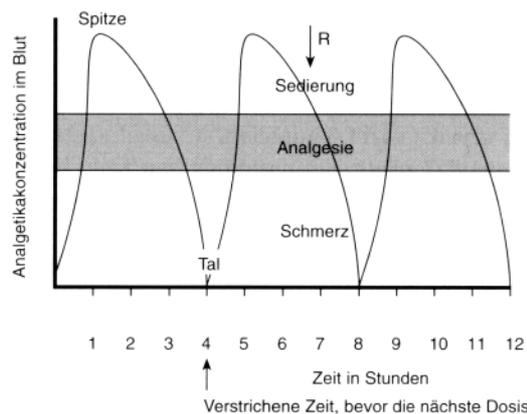


Abbildung 2



(MC Caffery 1997, S. 84, 85)

## 7. Die Rolle der Pflegenden

Pflegende spielen für Menschen mit unbehandelten Schmerzen eine Schlüsselrolle bei der Gewährleistung einer guten Schmerztherapie. Die Pflegenden verbringen mehr Zeit mit dem Patienten als jedes andere Mitglied des Stationsteams und ist somit in der Lage, die Effektivität der Schmerzbehandlung kontinuierlich zu beurteilen und zu bewerten. Das Pflegeverhalten, das zu einer aktiven Rolle bei der Anwendung von Schmerzmedikamenten führt, beinhaltet:

- Wissen um individuell geeignete Analgetika
- ggf. Festlegung, wann sie verabreicht werden sollen
- Beurteilung ihrer Effektivität
- ggf. Veranlassung einer Therapieumstellung
- Beurteilung und Miteinbeziehen der Nebenwirkungen und Begleitsymptome

Dieses Verhalten umfasst die Umsetzung von Beurteilungskompetenzen und Wissen über Analgetika und deren Nebenwirkungen unter Berücksichtigung der individuellen Situation jedes einzelnen Patienten. (Mc Caffery, 1997, S.70)

Verfügen Pflegenden über ein Wissen der pharmakologischen Vorgehensweisen zur Schmerzkontrolle sowie der nicht-invasiven Methoden, zum Beispiel Entspannung und transkutane Nervenstimulation, besteht die einmalige Gelegenheit, diese Massnahmen für jeden Patienten zu individualisieren. (Mc Caffery, 1997, S.7)

### Niemals aufgeben, Ärzte anzusprechen

Obwohl die letzte Entscheidungsgewalt für Veränderungen der Schmerzmittelgabe gesetzlich beim Arzt liegt, müssen Pflegekräfte weitere Veränderungen vorschlagen, die auf ihrer Beurteilung, einer kontinuierlichen Beobachtung der Reaktionen des Patienten und dem eigenen pharmakologischen Wissen beruhen. Es liegt in der Verantwortung der Pflegeberufe, der Schmerztherapie in der Pflege eine hohe Priorität einzuräumen.

Beharrlichkeit ist dennoch der Schlüsselaspekt mit dem obersten Ziel einer effektiven Schmerztherapie durch die Verwendung geeigneter Analgetika und ergänzender Medikamente.

(Mc Caffery 1997, S.72)

### Persönliche Gedanken zur Rolle der Pflegenden

Die Pflegenden haben eine Anwaltsfunktion<sup>2</sup> für den Patienten. Sie setzt sich für seine Rechte, nämlich eine adäquate Schmerztherapie, ein und erinnert den Arzt zum Beispiel daran, eine Analgetikaverordnung zu schreiben oder einem ambulanten Patienten Schmerzmittelrezept auszustellen. Bei ungenügender Analgesie ist es das Pflegepersonal, das die Ärzte auf die anhaltenden Schmerzen eines Patienten hinweist und versucht eine Änderung der Verordnung zu bewirken.

Gleichzeitig möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, wie wichtig es ist, dass Pflegenden Alternativen zur medikamentösen Schmerztherapie kennen und diese anwenden.

Eis, Kälte, Wärme, Massage oder eine gute Lagerung sind einfache Massnahmen. Alternative Methoden zur Schmerzlinderung werden bei uns auf der Notfallstation

---

<sup>2</sup> Ethische Grundsätze für die Pflege, SBK, 1990

häufig angewandt. Am meisten verwenden wir Eis und achten auf eine gute Lagerung des Patienten.

Meine Erfahrungen zeigen, dass diese Methoden häufig sehr effektiv sind und für den Patienten zu einer zufriedenstellenden Schmerzlinderung führen.

Es liegt in der Kompetenz des Pflegepersonals die Schmerzen eines Menschen mit einer nicht-invasiven Methode zu lindern. Weil es keine ärztliche Verordnung braucht, können diese Massnahmen sofort nach Eintritt eines Patienten ergriffen werden.

## 8. Praktischer Teil

### 8.1. Einleitung in den praktischen Teil meiner Arbeit

Im Anschluss an den theoretischen Teil meiner Arbeit beginne ich hier mit der praktischen Umsetzung.

Unter dem Punkt 1.2., Wie ich zum Thema kam, habe ich einige Beobachtungen beschrieben, die ich im Zusammenhang mit dem Thema Schmerz machte.

Um herauszufinden, ob Berufskollegen ähnliches wahrnehmen oder ob ich mit meinen Beobachtungen alleine bin, entschloss ich mich das Team zu einigen dieser Punkte zu befragen. Ich entschied mich dafür, die Befragung mittels eines Fragebogens durchzuführen, denn so kann ich alle Berufskollegen ansprechen. Des Weiteren entschied ich mich Fragen zu stellen, die mit ja oder nein beantwortet werden können, um den zeitlichen Aufwand für jeden einzelnen möglichst klein zu halten.

### 8.2. Auswertung des Fragebogens

Ich verteilte 45 Fragebögen, an jedes Mitglied des Pflorgeteams einen. Das Beantworten der Fragen war freiwillig. 30 ausgefüllte Bögen erhielt ich zurück.

Die Fragen lauteten:

#### 1. Nimmst du die Schmerzen aller Patienten wertfrei wahr?

Ja	9x
Nein	17x
Versuche es	3x (als Bemerkung notiert)

#### 2. Erfolgt die Schmerzmittelabgabe deiner Meinung nach bei allen Patienten rasch genug?

Ja	2x
Nein	28x

#### 3. Erfolgt die Analgetikagabe unabhängig von Krankheitsbild/Verletzung?

Ja	2x
Nein	28x

#### 4. Erhalten die Patienten auf der Notfallstation genügend Schmerzmedikamente?

Ja	7x
Nein	23x

#### 5. Würdest du eine einheitliche Schmerzerfassung (z.B. mit einer Schmerzskala) begrüßen?

Ja	16x
Nein	13x
Nicht beantwortet	1x

Sehr häufig haben die Pflegenden Bemerkungen auf die Bögen geschrieben. Bei Frage 2 und 4 stand insgesamt zwölf Mal, dass es oft lange dauert bis Patienten Schmerzmedikamente erhalten und dass die Verordnungen vom Arzt, respektive dessen Erfahrung abhängig sind.

Sechs Mal wurde darauf hingewiesen, dass vor allem in der Chirurgie bei Patienten mit unklarem Abdomen mit Schmerzmitteln geizt würde. Die Ärzte wollen lieber erst die Diagnose stellen und dann dem Patienten Analgetika verabreichen lassen. Dies wohl aus der Befürchtung heraus, eine Diagnose zu verpassen.

### **Meine Gedanken zu den Antworten**

Ich war neugierig auf die Antworten meiner Arbeitskollegen. Die Antworten und Bemerkungen zu den Fragen 1 bis 4 erstaunten mich, weil sie doch sehr klar ausfielen. Natürlich habe ich mich darüber gefreut, dass viele die Situation ähnlich empfinden wie ich. Das gab mir Motivation weiter am Thema zu arbeiten. Ich schliesse aus den eindeutigen Antworten, dass sich die Teammitglieder Gedanken zum Thema Schmerz machen und sich bewusst sind, dass die Kommunikation mit den Ärzten, respektive die Verordnungspraxis nicht optimal ist.

Über die Antworten zu Frage 5 war ich ebenfalls erstaunt, dies vor allem weil es fast fünfzig Prozent Ja zu fünfzig Prozent Nein waren. Dazu kommt, dass unter den Ja-Antworten viele ermutigende Bemerkungen notiert wurden, zum Beispiel: „fände ich sehr gut“, „gute Idee“, „würde zu einer einheitlicheren, verständlicheren Dokumentation führen“.

Bei den Nein-Antworten fand ich dreimal die Bemerkung, dass die Schmerzerfassung etwas Subjektives sei. Zwei Kollegen finden Schmerzerfassung in der Notfallstation unnötig.

Ich habe vermutet, dass mehr Mitarbeiter die Einführung einer Schmerzerfassung begrüßen würden.

Nach der Auswertung der Fragebögen war mir auf Grund der vielseitigen Bemerkungen klar, dass die Pflegenden der Notfallstation auf das Thema Schmerz sensibilisiert sind und sich in der Regel dafür einsetzen, dass Patienten Analgetika erhalten.

Allerdings bezogen sich die meisten Aussagen auf Krankheitsbilder wie unklare Abdomen, Thoraxschmerzen, Schenkelhalsfrakturen.

Nur eine einzige Person, hat sich über Patienten mit Bagatellverletzungen und Frakturen geäußert. Die Leiterin des Gipszimmers schrieb: „In der Regel wird im Notfall viel zu wenig Schmerzmittel abgegeben. Vor allem bei Bagatellverletzungen (Fingerkontusionen, Frakturen im Finger- und Mittelhandbereich, Distorsionen OSG, etc.)

Generell bei Frakturen und Distorsionen sollte man primär etwas geben und zwar früh genug. Vernetztes, vorausschauendes Denken, im Sinne von: der Patient könnte ja noch einen Gips bekommen, wäre wichtig.“

Zusammenfassend bestärkte mich die Auswertung der Bögen darin, dass die Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst, in Bezug auf Analgetikaverordnungen, verbessert werden sollte.

Auch sehe ich eine Möglichkeit das Team zum Thema Schmerz noch mehr zu sensibilisieren, gerade was Bagatellverletzungen betrifft.

In Bezug auf Frage 1 des Bogens, denke ich, dass auch die Schmerzwahrnehmung der Pflegenden objektiviert werden könnte.

### **8.3. Entscheidung für eine Schmerzskala**

Während des Literaturstudiums stiess ich in allen Büchern auf das Thema Schmerzerfassung. Die dort beschriebenen Methoden reichten vom ausführlichen Schmerzerfassungsbogen bis zur einfachen Schmerzskala.

Wie unter der Fragestellung 1.3. aufgeführt, wollte ich herausfinden ob das Einführen einer Schmerzskala in der Notfallstation zu einer Verbesserung der Analgesie der Notfallpatienten führt.

Ich machte mich auf die Suche nach einem geeigneten Instrument und entschied mich für die visuelle Algesieskala (VAS), in Form eines Dolometers.

Der Dolometer ist ein einfaches Instrument, das vom Personal sowie von den meisten Patienten ohne lange Erklärungen verstanden wird.

Die Patientendokumentation erfolgt bei uns auf der Station ausschliesslich auf dem Überwachungsblatt, dort kann ohne Aufwand die Schmerzstärke notiert werden.

Ein Dolometer findet auch in den beengten Verhältnissen einer Notfallkoje Platz.

Die Dolometer sind bei einer Firma im Tessin gratis oder sehr kostengünstig zu beziehen.

Diese vier Punkte waren vor allem ausschlaggebend für meine Entscheidung. Es sollte etwas einfaches, machbares sein, dass auch in Stresssituationen praktikabel ist und wenig Kosten verursacht.

### **8.4. Einführung der Schmerzskala**

An einer Teamsitzung stellte ich meine Idee dem Team vor.

Um die Einführung in unserem grossen Team zu vereinfachen und nicht immer wieder dasselbe erzählen zu müssen, kreierte ich folgenden Leitfaden. Darin erkläre ich, was wichtig ist und auf was geachtet werden soll, wenn die Schmerzskala angewendet wird.

## Leitfaden zur Schmerzerfassung auf der Notfallstation

### Welche Schmerzskala verwende ich?

**Verwende was der Patient versteht.** Manchen Patienten wird es schwer fallen sich auszudrücken.

Ein Patient kann dir seine Schmerzintensität auf verschiedenen Skalen angeben:

- Auf einer Skala von 0 – 10
- Auf einer Skala mit verschiedenen Gesichtern

**Benutze beim gleichen Patienten immer wieder die gleiche Skala.**

### Bei welchen Patienten und wann nehme ich eine Schmerzeinschätzung vor?

Bei Patienten mit **akuten und/oder anhaltenden Schmerzzuständen.**

Benutze die Schmerzskala **grosszügig**, gegebenenfalls auch bei Patienten mit Bagatellverletzungen.

Nimm die Einschätzung am besten **bei Eintritt**, auf jeden Fall aber **vor der ersten Analgetikagabe** vor. Damit ein Verlauf ersichtlich wird, befrage den Patienten auch nach der Schmerzmittelverabreichung in **regelmässigen Abständen.**

### Wie dokumentiere ich die Schmerzeinschätzung?

Auf dem Überwachungsblatt in der Spalte Bemerkungen.

Zum Beispiel: **Schmerzen Stufe 3.**

### Was gehört noch zur Schmerzdokumentation?

Ausser der Intensität sind **Lokalisation, Dauer/Verlaufsform** und die **Qualität** der Schmerzen wichtig. Mit Qualität ist eine Beschreibung der Schmerzen gemeint. Zum Beispiel: krampfartig, stechend, klopfend, brennend.

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

Bei Unklarheiten und Anregungen wendet euch bitte an mich.  
Besten Dank für eure Mitarbeit.

Andrea Kilchmann

Ich hängte in jede Koje einen Dolometer. Diesen habe ich mit einem Skibilletthalter, der ausziehbar ist, am Blutdruckapparat befestigt. So hat er einen fixen Platz, ist gut sichtbar und kann trotzdem dem Patienten gezeigt werden.

Die Reaktionen an der Teamsitzung waren positiv. Vor allem Pflegende, die schon mit einer Schmerzskala gearbeitet hatten, begrüßten die Einführung.

Am Tag nach der Teamsitzung startete der Probelauf.

### 8.5. Standortbestimmung und Neuanpassung

Ich bekam in den ersten zwei Wochen folgende Rückmeldungen:

- Die Biletthalter lassen sich zu wenig weit ausziehen. Wenn ein Patient im Bett liegt, nicht auf dem Stryker (Notfallwagen), reicht die Schnur nicht.
- Die Dokumentation ist zu wenig klar. Statt Schmerzen Stufe 3 zu schreiben, wäre es besser, VAS 10/3 zu schreiben, was bedeutet, das auf der visuellen Algesieskala von 0 – 10 ein Schmerz mit der Stärke 3 angegeben wird.
- Eine Kollegin wollte lieber einen Dolometer in der Tasche haben, fände das praktischer, als die Fixierten zu benutzen.

Diese Anregungen notierte ich mir und ich machte mir Gedanken darüber.

Gleichzeitig beobachtete ich im Notfallalltag ob und wie mit der Skala gearbeitet wird. Ich war sehr überrascht, als ich feststellte, dass vor allem im medizinischen Teil der Notfallstation häufig davon Gebrauch gemacht wird.

Allerdings stellte ich auch fest, dass die Dokumentation, so wie ich sie vorgeschlagen hatte, unübersichtlich ist. Je nach Schrift und Führung des Überwachungsblattes sind die Einträge bezüglich Schmerzen kaum auffindbar.

Vor der nächsten Teamsitzung machte ich für mich eine Art Standortbestimmung. Ich befragte einige Mitarbeiter, nach Zufallsprinzip ausgewählt, ob sie noch Veränderungsvorschläge hätten und schloss die oben erwähnten Kritikpunkte mit ein. Die Beurteilung fiel so aus, dass ich bezüglich Dokumentation eine Veränderung einführen und zu den anderen beiden Hinweisen nur Stellung nehmen wollte.

- Das die Schnüre zu kurz sind, daran will ich nichts ändern. Meiner Meinung nach ist es besser die Skala hängt in der Koje und ist sichtbar, als dass sie in einer Nachttischschublade verstaubt.  
Um sie ganz unbeweglichen Patienten zu zeigen, muss sie notfalls abgenommen werden.
- Den Dolometer lieber in der Tasche als fixiert. Ich denke, wenn jeder eine Schmerzskala in der Tasche hat, bleibt die irgendwann in der Garderobe liegen und am Schluss benutzt sie niemand mehr. Die befestigten, sichtbaren Skalen erinnern alle Mitarbeiter daran, sie auch anzuwenden.
- Zur Dokumentation entwarf ich eine Folie, ich kopierte ein Überwachungsblatt und zeigte dort die Neuerungen auf. Ich hob noch einmal hervor, wie wichtig auch Notizen zur Art des Schmerzes sind. Neu wird in einer freien Spalte bei den Messwerten von Vitalzeichen etc. als Titel **VAS 10** geschrieben. Damit ist klar welche Skala verwendet wird. Unten werden dann die erfragten Werte eingetragen. So kann auf einen Blick erfasst werden, wie der Schmerzverlauf eines Patienten ist.

Zur Zeit wird so dokumentiert. Ich werde etwa in einem Monat noch einmal eine Erhebung machen und allfällige Anpassungen vornehmen.

## 8.6. Vorläufige Auswertung

Die vorläufige Auswertung werde ich aus Zeitgründen anhand von Befragungen meiner Mitarbeiter machen. Eine schriftliche Erhebung dauert zu lange, denn wie mir die Erfahrung zeigt, müssen die Arbeitskollegen zum Ausfüllen und zur rechtzeitigen Abgabe eines Fragebogens ermuntert werden.

An 18 Mitarbeiter stellte ich die folgenden Fragen.

### 1. Nimmst du die Schmerzen aller Patienten wertfrei wahr?

Ja 12x  
Nein 6x

Zu dieser Frage kam häufig die Bemerkung, dass der Einsatz der Algesieskala dazu beitragen würde, die Schmerzen eines Patienten wertfrei wahrzunehmen.

### 2. Benutzt du die Schmerzskala als Argumentationshilfe wenn du Analgetikaveordnungen brauchst?

Immer 0x  
Oft 13x  
Selten 5x  
Nie 0x

### 3. Erfolgen die Verordnungen rascher und in ausreichendem Mass, wenn du mit der Schmerzstärke, die der Patient angibt argumentierst?

Ja 15x  
Nein 3x

### 4. Hat sich bei dir persönlich seit der Einführung der Schmerzskala in der Wahrnehmung von Schmerzen etwas verändert?

Ja 11x  
Nein 7x

#### Wenn ja, was?

Hier antworteten alle 11 Personen, dass sie früher nach Schmerzmittelverordnungen fragen und eher darauf achten würden, dass auch Patienten mit Bagatellverletzungen frühzeitig Medikamente erhalten.

### 5. Findest du, die Schmerzdokumentation hat sich seit der Einführung der Schmerzerfassung verbessert?

Ja 10x  
Nein 8x

## 8.7. Beantwortung der Fragestellung und meine persönlichen Beobachtungen

- **Führt eine Schmerzerfassung zu einer objektivierten Schmerzwahrnehmung auf Seiten des Personals?**

Auf Grund der Antworten, die ich zu Frage 1 erhielt, stelle ich fest, dass das Notfallpersonal die Schmerzen der Patienten objektiver wahrnimmt als vor Einführung der Schmerzskala.

- **Führt Kommunikation mit objektivierten Daten als Argumentationshilfe zu besseren Verordnungen?**

Die Antworten zu Frage 2 und 3 bestätigen mir hier meine Beobachtungen. Erfreulicherweise stellte ich im Berufsalltag fest, dass die Dolometer häufig benutzt werden und dann mit der Schmerzstärke, die der Patient nennt, argumentiert wird. Ich nehme wahr, dass Patienten in der Regel früher und rascher Analgetika erhalten. Allerdings stelle ich ebenfalls fest, dass die Verordnungen nach wie vor von der Erfahrung eines Assistenten abhängig sind. Im Gesamten würde ich diese Frage aber ebenfalls positiv beantworten.

- **Wird das Team durch die Arbeit mit einer Schmerzerfassung sensibilisiert für das Thema Schmerz?**

In der Auswertung der ersten Umfrage stellte ich fest, dass das Notfallpersonal auf das Thema Schmerz sensibilisiert ist, dass aber in Bezug auf Bagatellverletzungen eine Verbesserung angestrebt werden muss. Meine jetzige Wahrnehmung zu diesem Punkt ist, dass vermehrt daran gedacht wird, Patienten frühzeitig Schmerzmittel abzugeben.

Diese Beobachtung mache ich vor allem im Gipszimmer.

Bei diesem Punkt ist für mich nur zum Teil eine Verbesserung feststellbar, darum möchte ich ihn speziell im Auge behalten. Hier kann meiner Meinung nach noch mehr verbessert werden. Im Augenblick ist die Medikation teilweise noch abhängig, von der Konstellation des chirurgischen Teams. Sind zwei Weiterzubildende, die noch nicht im Gipspraktikum waren eingeteilt, geht dieser Punkt eher unter.

- **Führt eine Sensibilisierung des Teams zu einer genaueren Schmerzdokumentation?**

Hier beobachte ich, dass wenn die visuelle Algesieskala eingesetzt wird, ein Schmerzverlauf ersichtlich ist. Allerdings stelle ich auch fest, dass die Bemerkungen zum Beispiel zur Qualität des Schmerzes nahezu unverändert sind. Das heisst, es ist abhängig von der einzelnen Pflegenden ob sie Einträge dazu macht oder nicht. Für mich ist das ebenfalls ein Punkt, an dem ich weiterhin arbeiten werde. Ich denke es sind immer wieder Hinweise nötig, die darauf aufmerksam machen, wie wichtig auch die Beschreibung des Schmerzes ist.

## 9. Zusammenfassung

### 9.1. Die Fragestellung

Die Fragestellung würde ich wieder so bearbeiten. Durch die Befragungen gab ich meinen Arbeitskollegen die Möglichkeit, sich kritisch zu äussern oder Anregungen anzubringen. Gleichzeitig konnte ich so meine eigenen Beobachtungen verifizieren oder hinterfragen. Mir war es wichtig, das Team mit einzubeziehen, denn ich wollte erreichen, dass sie mit der Schmerzskala arbeiten und die Schmerzerfassung ein fester Bestandteil der Notfallpflege wird. Eine Neuerung wird von den Mitarbeitern nur mitgetragen, wenn sie einen Sinn dahinter sehen und sich dazu äussern können. Für mich heisst das, Betroffene zu Beteiligten machen.

Was mir im Nachhinein aufgefallen ist, ist dass ich bei der ersten schriftlichen Befragung keine Frage zur Dokumentation formuliert habe. So beruht diese Beobachtung nur auf meiner eigenen Wahrnehmung.

## 9.2. Mein Lernprozess

Vor allem während der Bearbeitung der Theorie lernte ich viel. Einerseits frischte ich Pathophysiologie auf, lernte aber auch Neues dazu. So hatte ich zum Beispiel noch nie von der Gate – Control – Theorie gehört. Als ich mich dann aber genauer damit befasste, merkte ich, dass ich sie aus eigener Erfahrung kenne.

Nebenbei setzte ich mich persönlich mit dem Thema Schmerz auseinander. Dazu Anstoss gaben vor allem die verschiedenen Aussagen zu: Was ist Schmerz? Ich machte mir viele Gedanken über mein Verhalten gegenüber Schmerzpatienten und darüber ob ich sie ernst nehme und wie ich ihnen gegenüber trete. Der Satz: **„Schmerz ist, was der Patient sagt und er existiert wann immer er es sagt“** ist mittlerweile wirklich ein fester Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Schmerzgedächtnis gehe ich teilweise ebenfalls anders auf die Patienten zu. Ich versuche ihre persönliche Schmerzgeschichte in die Pflege zu integrieren.

Diese Erkenntnisse ermuntern mich in meinem Arbeitsalltag, beharrlich zu sein, wenn es um Analgetikaverordnungen geht. Ich spreche, wenn nötig die Ärzte immer wieder darauf an.

Bei der praktischen Umsetzung war ich erstaunt, dass ich überhaupt nicht auf Widerstand von Seiten des Teams stieß. Insgesamt finde ich, dass auch wenig kritische Hinweise an mich herangetragen wurden. Ich denke die Einführung mit dem Leitfaden war eine gute Idee, hat viele Fragen schon im Voraus geklärt. Die Diskussionen bezüglich Dokumentation fand ich bereichernd.

Beim Bearbeiten der Theorie fand ich sehr viel Interessantes und musste darauf achten, dass ich mich nicht in einem Thema verlor. Es war schwierig mich an die Begrenzung zu halten, denn immer wieder stieß ich auf Aspekte, die ich auch noch gerne erwähnt hätte. Mein theoretischer Teil ist sehr umfangreich, aber wie zu Beginn der Arbeit erwähnt, ist mir das wichtig, weil ich die Arbeit meinen Kollegen als Handbuch zur Verfügung stellen möchte.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass mir das Bearbeiten der Theorie besser von der Hand ging als der praktische Teil.

Beim praktischen Teil fand ich es schwierig das Vorgehen und die Überlegungen in Worte zu fassen, weil sehr viel Beschreibung ist. Hier verlor ich auch am meisten Zeit und musste mich sehr motivieren weiter zu schreiben.

Mit meiner Vorgehensweise bin ich weitgehend zufrieden. Ich denke, dass ich es ein weiteres Mal so anpacken würde.

## 9.3. Was während/nach dieser schriftlichen Arbeit geschah

Während der Bearbeitung des Themas konnte ich alle meine Fragen beantworten. Meines Erachtens gibt es auf alle vier Fragen eine positive Antwort. Bei den beiden letzten sehe ich aber ganz klar weitere Verbesserungsmöglichkeiten.

Was ich als sehr positiv empfinde, ist, dass auf der Notfallstation eindeutig eine Veränderung im Umgang mit dem Thema Schmerz spürbar ist. Die Präsenz der Dolometer in jeder Koje, erinnert jeden daran, nach Schmerzen zu fragen und entsprechend zu handeln.

Teilweise gibt es schon Patienten, gerade solche die schon öfter im Spital waren, die von sich aus sagen, mein Schmerz wäre auf der Skala bei 6.

Wie auf Seite 24 schon erwähnt, werde ich vor allem bei den letzten beiden Fragen am Ball bleiben. Ich werde versuchen, durch gezieltes Ansprechen von Mitarbeitern, diese weiter zu sensibilisieren und sie dazu ermuntern beharrlich zu sein, wenn es um Verordnungen von Schmerzmedikamenten geht.

Gleichzeitig versuche ich eine Vorbildfunktion einzunehmen und das, was ich mir von meinen Arbeitskollegen wünsche, vorzuleben, das heisst korrekt zu dokumentieren und bei Bagatellverletzungen an Analgesie zu denken.

Zusammenfassend behaupte ich, dass im Notfallteam ein anderes Bewusstsein zum Thema Schmerz spürbar ist.

**10. Literaturverzeichnis**

Binggeli H., (1998), Schmerz/ Schmerztherapie, 3658 Merlingen/Schweiz, Eigenverlag Hanni Binggeli

Larsen R., (1994) Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger, Berlin/Heidelberg, Springer, 4. Auflage

Lehmann K. A., (1990), Der postoperative Schmerz, Berlin/Heidelberg, Springer

Mc Caffery M., (1997), Schmerz, ein Handbuch für die Pflegepraxis, Berlin/Wiesbaden, Ullstein Mosby GmbH

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 1986, Berlin, Walter de Gruyter, 255. Auflage