



„Pflege im Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit“

Herausforderungen und Chancen für die Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Schmerz erkennen und lindern

16.11.2019

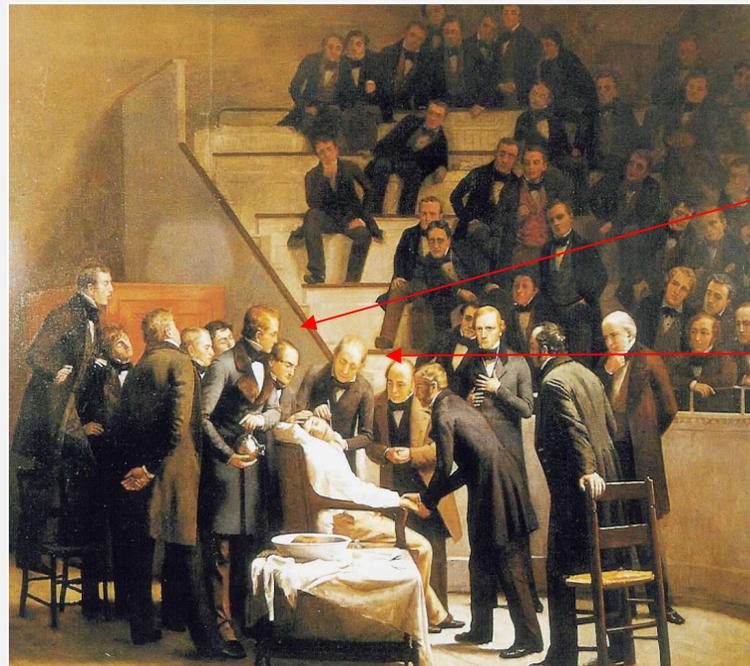
Ass.- Prof. Priv. Doz. Dr. Andre Ewers, MScN

Agenda des Tages

1. Schmerz als mehrdimensionales Phänomen
2. Die nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege
3. Schmerz bei Frühgeborenen
4. Schmerz bei Kindern mit kognitiver Behinderung, eingeschränkter Lautsprache und reduziertem Sprachverständnis
5. Schmerz bei Kindern mit schwersten Behinderungen
6. Fazit

Schmerz als mehrdimensionales Phänomen

16. Oktober 1846



William
Morton

John Collins
Warren

“Pain is a more terrible lord of
mankind than even death itself“

Albert Schweitzer (1953)

Gibt es eine Definition des Phänomens „Schmerz“?

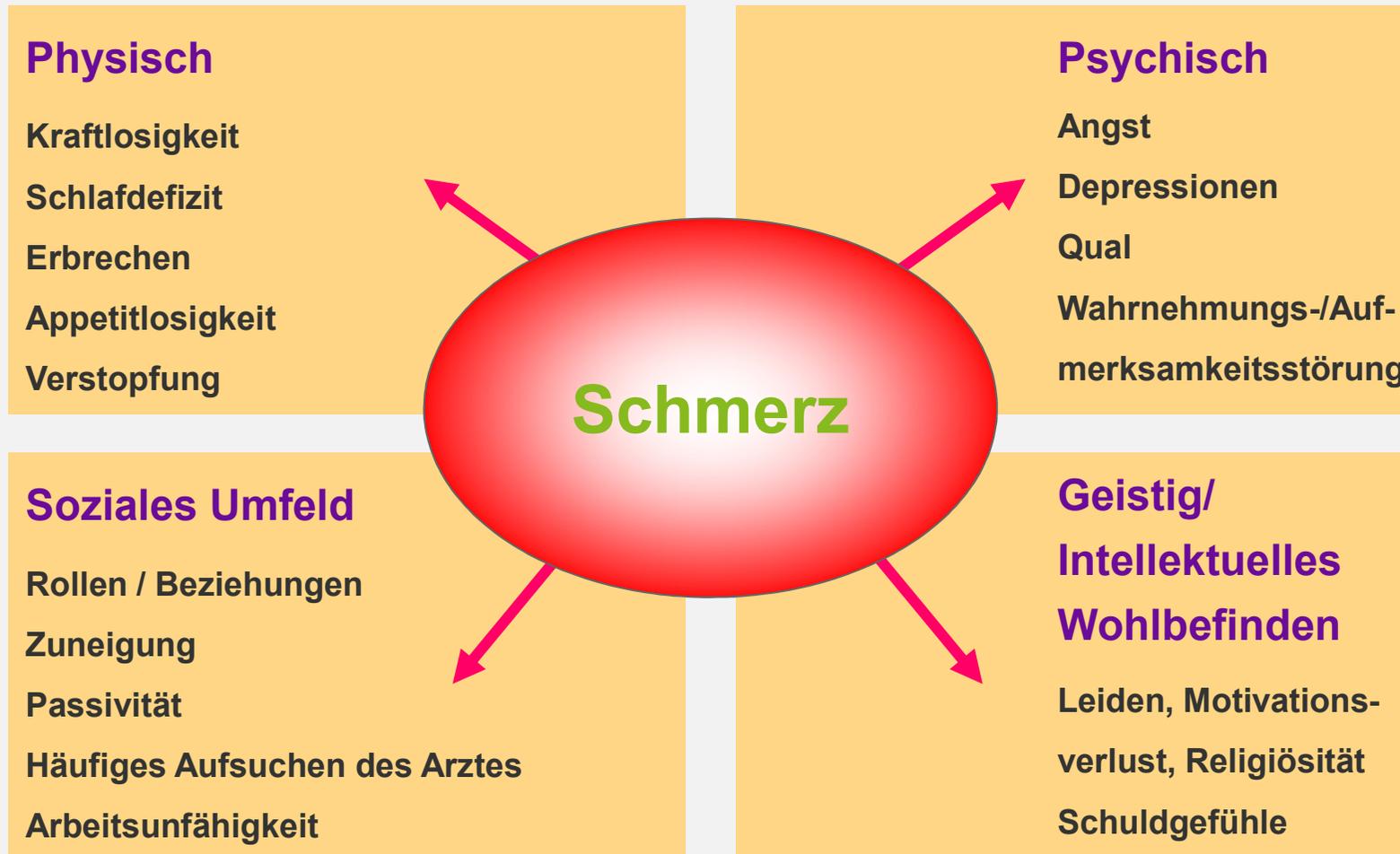
„Schmerz und das Schmerzerleben hat nicht nur eine physische Dimension, sondern wird vom Betroffenen auch emotional und seelisch erfahren.“

(J.J. Bonica 1987)

„Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz angibt und was er als Schmerz definiert.“

(M. McCaffery 1983)

Einfluss des Schmerzes auf den Patienten



Akuter Schmerz versus chronischer Schmerz

Akuter Schmerz

- Sinnvolle, evt. sogar lebenserhaltende Funktion
- Hinweis auf Gefahr, Schutzreaktion
- Förderung der Wundheilung durch Ruhigstellung
- Einfache psychische Verarbeitung
- Große Akzeptanz durch Mitmenschen
- Beispiele: Verletzung, postoperativer Schmerz, Zahnschmerz

Chronischer Schmerz

- Schmerz, der über die üblicherweise erwartete Heilungszeit anhält
- Keine Melde-, Schutz- und Heilfunktion
- Wird zur eigenständigen Schmerzkrankheit
- Physische, psychische und soziale Zermürbung
- Geringe Akzeptanz durch Mitmenschen

Die nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege

Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)



2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011

Stand: Dezember 2011

Zielsetzung: Jeder Patient/Bewohner mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.

Begründung: Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für Patienten/Bewohner gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder Chronifizierung der Schmerzen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Information, Anleitung und Schulung von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen tragen Pflegefachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Pflegefachkraft S1a - verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p>Die Einrichtung S1b - stellt aktuelle zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. - führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch. - wiederholt die Einschätzung der Schmerzen sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S2a - verfügt über aktuelles Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p> <p>Die Einrichtung S2b - verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>	<p>P2 - setzt spätestens bei einer Ruheschmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten-/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um. - überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen. - sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.</p>	<p>E2 Der Patient/Bewohner ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).</p>
<p>Die Pflegefachkraft S3 - verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.</p>	<p>P3 - erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.</p>	<p>E3 Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S4a - verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren möglichen Kontraindikationen.</p> <p>Die Einrichtung S4b - stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.</p>	<p>P4 - bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.</p>	<p>E4 Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S5a - verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige.</p> <p>Die Einrichtung S5b - stellt die erforderlichen Informations-, Anleitungs- und Schulungunterlagen zur Verfügung.</p>	<p>P5 - gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen.</p>	<p>E5 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.</p>

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2011

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen

Kriterien:

- Schmerzeinschätzung
- Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung
- Prophylaxe von Nebenwirkungen
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzbehandlung
- Schulung und Beratung

Quelle: Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 2011

**2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen**

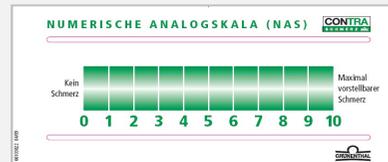
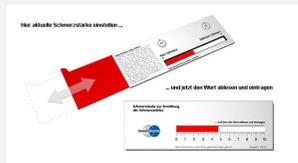
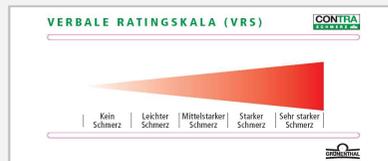
Zielsetzung: Jeder Patient/Bewohner mit chronischen Schmerzen erhält ein individuell angepasstes Schmerzmanagement, das zur Schmerzlinderung, zu Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

Begründung: Chronischer Schmerz wirkt beeinträchtigend auf die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein. Durch das Schmerzerleben sinkt die Lebensqualität, wird die Funktionsfähigkeit und die soziale Teilhabe erheblich eingeschränkt und es kann zu gesundheitlichen Krisen aufgrund von Destabilisierungen der Schmerzsituation kommen. Ein individuell angepasstes pflegerisches Schmerzmanagement leistet einen wichtigen Beitrag in der interprofessionell abgestimmten Schmerzbehandlung.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz und zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p>S1b Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner Schmerzen, zu erwartende Schmerzen oder schmerzbedingte Einschränkungen hat und ob vorliegende Schmerzen akut oder chronisch sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in versorgungsspezifisch individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei allen Patienten/Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation ein differenziertes Assessment durch und erfasst individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können.</p> <p>P1c Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten zum differenzierten Assessment hinzu.</p>	<p>E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.</p>
<p>S2a Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Koordinationskompetenzen bezogen auf das pflegerische Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen.</p> <p>S2b Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement für Patienten/Bewohner mit chronischem Schmerz.</p>	<p>P2 Die Pflegefachkraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Patienten/Bewohners.</p>	<p>E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.</p>
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über notwendige Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenzen.</p> <p>S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Materialien zur Verfügung.</p>	<p>P3a Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei.</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p>	<p>E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.</p>
<p>S4a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung, • schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen, • Kontraindikationen, • schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen. <p>S4b Die Einrichtung stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.</p>	<p>P4 Die Pflegefachkraft</p> <ul style="list-style-type: none"> • koordiniert die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams, • stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen sicher, • setzt die pflegerischen nicht-medikamentösen Maßnahmen des Behandlungsplans um, • vermeidet schmerzauslösendes Vorgehen bei pflegerischen Interventionen. 	<p>E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.</p>
<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P5a Die Pflegefachkraft beurteilt anlassbezogen und regelmäßig die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen und das Erreichen der individuellen Therapieziele.</p> <p>P5b Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p>	<p>E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.</p>

Schmerzeinschätzung

- Ohne Schmerzassessment ist kein suffizientes Schmerzmanagement möglich
- Schmerzeinschätzung erfolgt bereits zu Beginn der Versorgungskette
- Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung



Verbale Rang Skala (VRS)

- 0 = kein Schmerz
- 1 = leichter Schmerz
- 2 = mäßiger Schmerz
- 3 = starker Schmerz
- 4 = Stärkster Schmerz

Numerische Rangskala (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz stärkster Schmerz

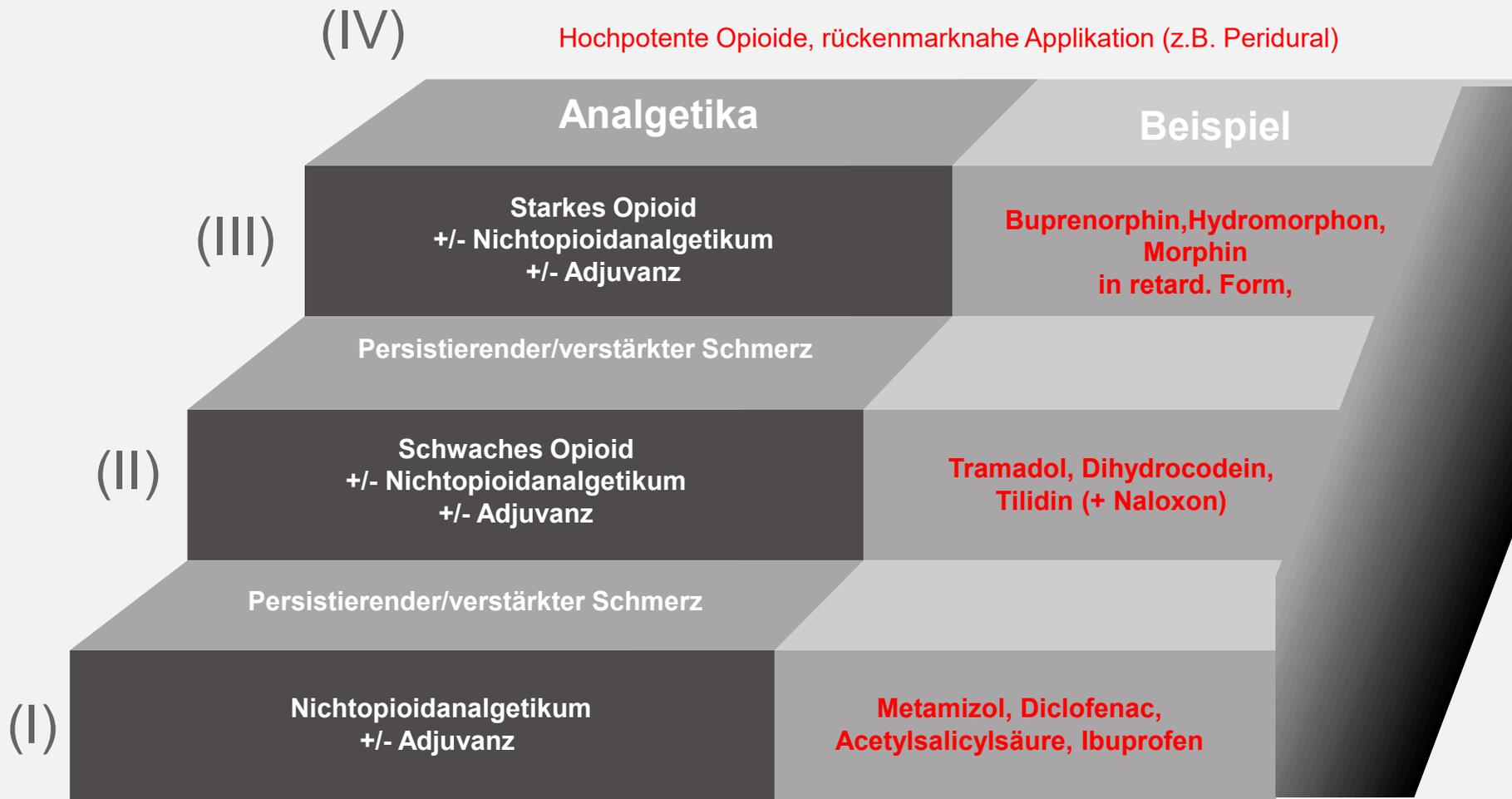
Gesichterskala



Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Firmen Grünenthal und Mundipharma

Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung

WHO - Stufenschema der Schmerztherapie



Empfehlungen der WHO zur Schmerztherapie

1. **"By the mouth"** - Die Schmerztherapie sollte, wenn möglich, oral verabreicht werden.
2. **"By the clock"** - Es sollten keine Schmerzen zwischen den einzelnen Einnahmezeitpunkten auftreten, sonst werden immer höhere Dosierungen benötigt.
3. **"By the ladder"** – nach Stufenschema der WHO
4. **"For the individual"** - Schmerztherapie ist eine individuelle Therapie, deren Dosierung vom Schmerz des Patienten und nicht von Dosierungsschemata abhängt.
5. **"Attention to detail"** - Bedürfnisse des Patienten müssen berücksichtigt und auch nicht-medikamentöse Maßnahmen sollten in den Therapieplan aufgenommen werden.

Prophylaxe von Nebenwirkungen (Nichtopioide)

Substanz	Handelsname	Wirkung	Nebenwirkungen
Metamizol Wirkdauer: 4 - 6 h Einzeldosis: 500-1000 mg Tageshöchstdosis: 6 g	Nichtopioid z.B. Novalgin	analgetisch antipyretisch spasmolytisch schwach antiphlogistisch	Schwitzen Blutdruckabfall Allergische Hautreaktion Agranulozytose
Diclofenac Wirkdauer: 4 - 6 h (8-12 h ret) Einzeldosis: 50 - 100 mg Tageshöchstdosis: 200 mg	Nichtopioid z.B. Voltaren	analgetisch antipyretisch antiphlogistisch Prostaglandin-Synthesehemmung	Ulcerogene Wirkung (< ASS) reversible TZ-Aggregationshemmung Nierenfunktionsstörung Allergische Reaktion
Ibuprofen Wirkdauer: 4 - 6 h (8-12 h ret) Einzeldosis: 200-600 mg Tageshöchstdosis: 2400 mg	Nichtopioid z.B. Ibuprofen	analgetisch antipyretisch antiphlogistisch	Risiko gastrointestinaler Blutung (< ASS) Dyspepsie Nierenfunktionsstörung aseptische Meningitis
Paracetamol Wirkdauer: 4 - 6 h Einzeldosis: 500-1000 mg Tageshöchstdosis: 4000 mg	Nichtopioid z.B. Perfalgan Ben-u-ron	analgetisch antipyretisch	Bei Übersosierung akut hepatotoxisch Antidot in diesem Fall: Acetylcystein

Prophylaxe von Nebenwirkungen (Opioide)

Substanz	Handelsname	Wirkung	Nebenwirkungen
Tramadol Wirkdauer: 4 - 6 h (8-12 h ret) Einzeldosis: 100 mg Tageshöchstdosis: 600 mg	Schwaches Opioid z.B. Tramal	analgetisch	Übelkeit Erbrechen Schwindel Schwitzen Obstipation Atemdepression (< Morphin)
Tilidin (+Naloxon) Wirkdauer: 2 - 4 h (8-12 h ret) Einzeldosis: 50 mg Tageshöchstdosis: 400-600 mg	Schwaches Opioid z.B. Valoron N	analgetisch	siehe Tramadol
Morphin Wirkdauer: 4 h (8-24 h ret) Einzeldosis: ---- Tageshöchstdosis: ----	Starkes Opioid z.B. MSI Morphin M-Long	analgetisch	Obstipation Übelkeit Erbrechen Sedierung Atemdepression Schwindel
Piritramid Wirkdauer: ---- Einzeldosis: ---- Tageshöchstdosis: ----	Starkes Opioid Dipidolor	analgetisch	siehe Morphin, aber > Sedation als Morphin < Übelkeit als Morphin < Erbrechen als Morphin

Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzbehandlung

Kutane Stimulation

Eisanwendung

Akupressur

Kälteanwendung

TENS

Massage

Wärmetherapie

Atemstimulierende Einreibung

Aromatherapie

Kognitive Methoden

Ablenkung

Musik

Entspannung

Imagination

Visuelle Angebote

Konzept der Basalen Stimulation®

Bedürfen wie die medikamentöse Therapie einer fundierten Kenntnis

Schulung und Beratung

Patientenschulung

- Standardisierte Schulung nach Konzept, Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten
- Wissensvermittlung zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie
- Abbau von Ängsten, Bedeutung der Schmerzerfassung, Einüben pflegepraktischer Fertigkeiten
- Stärkung der Selbstkompetenz der Patienten

Patientenberatung

- Unterstützung des Patienten im Problemlösungsprozess vor dem Hintergrund der persönlichen Biographie und der individuellen Lebenssituation
- Bedeutsam bei Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Anleitung zur Durchführung von Fertigkeiten reichen hier nicht weit genug
- Möglichkeit der Einflussnahme auf das Schmerzerleben und Zuwachs an Autonomie
- Besondere Stellung der Angehörigen

Definitionen

Menschen sind nach SGB IX, § 2 behindert, „...wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Menschen sind nach Artikel 1 und 2 der UN-Behindertenrechtskonvention behindert, wenn sie eine „...langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (<https://www.behindertenrechtskonvention.info>)

Was bedeuten die Expertenstandards für das körperlich oder geistig beeinträchtigte Kind?

- Die Kriterien der Expertenstandards gehen grundsätzlich auch auf das Schmerzmanagement bei Kindern ein
- Ein Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei körperlich oder geistig beeinträchtigten Kindern liegt national / international nicht vor
- Pflegepersonal, Ärzte und Eltern sind ein wichtiger, integrativer Bestandteil eines suffizienten Schmerzmanagements bei körperlich oder geistig beeinträchtigten Kindern

Schmerz bei körperlich und geistig behinderten Kindern

Journal of Paediatrics and Child Health 

doi: 10.1111/jpc.14230

REVIEW ARTICLE

The challenge of pain assessment in children with cognitive disabilities: Features and clinical applicability of different observational tools

Marco Cascella ¹, Sabrina Bimonte,¹ Francesco Saettini² and Maria Rosaria Muzio³

¹Division of Anesthesia, Department of Anesthesia, Endoscopy and Cardiology, Istituto Nazionale Tumori – IRCCS, ²Division of Infantile Neuropsychiatry, UOMI – Maternal and Infant Health, Naples and ³Department of Pediatrics, Fondazione MBBM, University of Milan-Bicocca, Monza, Italy

Schmerz 2011 · 25:256–265
DOI 10.1007/s00482-011-1061-0
© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2011

B. Messerer · J. Meschik · A. Gutmann · M. Vittinghoff · A. Sandner-Kiesling
Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz

Postoperative Schmerzmessung bei speziellen Patientengruppen

Teil II: Das kognitiv beeinträchtigte Kind

 Central European Journal of Nursing and Midwifery

Cent Eur J Nurs Midw 2015;6(2):245–252
doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0011

ORIGINAL PAPER

USE OF SPECIFIC METHODS FOR ASSESSMENT OF PAIN IN CHILDREN WITH SEVERE MULTIPLE DISABILITIES

Jana Chromá, Lucie Sikorová

Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic

ORIGINAL ARTICLE 

Pain and pain assessment in people with intellectual disability: Issues and challenges in practice

Owen Doody  | Maria E. Bailey

JOURNAL FOR SPECIALISTS IN **PEDIATRIC NURSING** *the international evidence-based practice journal for nurses caring for children and families*

Journal for Specialists in Pediatric Nursing

REVIEW ARTICLE

A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairment

Quinn R. Crosta, Teresa M. Ward, Amy J. Walker, and Lisa M. Peters

Quinn R. Crosta, MN, RN, is a Doctoral Nursing Student; Teresa M. Ward, PhD, RN, is an Associate Professor, Family and Child Nursing; Amy J. Walker, PhD, RN, is an Assistant Professor, Family and Child Nursing, University of Washington; and Lisa M. Peters, MN, RN, is a Clinical Nurse Specialist, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Seattle Children's Hospital, Seattle, Washington, USA

Schmerz bei Frühgeborenen

Schmerz bei Frühgeborenen...

- ...wurde bis in die 1980er Jahre negiert (Abu-Saad et al 1998)
- ...kann durch verhaltensbezogene, biochemische und physiologische Parameter erkannt werden
- ...kann von Frühgeborenen als wiederholte schmerzhafte Stimuli ab der 24. - 26. SSW erlebt werden (Hünsele, 2005)
- ...ist daher bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen ein Problem und kann langfristige Folgen haben (Cignacco, 2004)

Schmerz bei Frühgeborenen - Probleme

- Fehlender Gebrauch valider Schmerzerfassungsinstrumente
- Überholte Glaubenssätze von Fachpersonen über die Schmerzfähigkeit von Frühgeborenen (Cignacco, 2004)
- Defizite in der Ausbildung von Pflegefachkräften (Cignacco, 2004)
- Angst vor Nebeneffekten bei medikamentösen Interventionen
- Fehlen von Richtlinien (Cignacco, 2004)
- Hohes Schmerzrisiko für Frühgeborene bei intensivmedizinischen Behandlungen (Cignacco, 2004)
- Assessmentinstrument: **Berner Schmerzscore** (Bächle-Helde, 2013)

Berner Schmerzscore für Neugeborene (BSN)

(Cignacco et al., 2004)

Parameter	0	1	2	3	Score
Schlaf	Ruhiger Schlaf oder Phase physiologischer Wachheit	Oberflächlicher Schlaf mit Augenblinzeln	Erwacht spontan	Kann nicht einschlafen	
Weinen	Kein Weinen	Kurze Weinhase (weniger als 2 Minuten)	Vermehrtes Weinen (mehr als 2 Minuten)	Vermehrtes und schrilles Weinen (mehr als 2 Minuten)	
Beruhigung	Keine Beruhigung notwendig	Weniger als 1 Minute zur Beruhigung	Mehr als 1 Minute zur Beruhigung	Mehr als 2 Minuten zur Beruhigung.	
Hautfarbe	rosig	gerötet	Leicht blass evtl. marmoriert	Blass, marmoriert, zyanotisch	
Gesichtsmimik	Gesicht entspannt	Vorübergehendes Verkneifen des Gesichts	Vermehrtes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	Dauerhaftes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	
Körperausdruck	Körper entspannt	Vorwiegend entspannt, kurze Verkrampfung	Häufige Verkrampfung, aber auch Entspannung möglich	Permanente Verkrampfung	
Atmung	Normal und ruhig (Ausgangswert)	Oberflächlich. Zunahme der Frequenz um 10 bis 14 innerhalb von 2' und/oder thorakale Einziehungen	Oberflächlich. Zunahme der Frequenz um 15 bis 19 innerhalb von 2'. Vermehrt thorakale Einziehungen	Oberflächlich und unregelmässig. Deutliche Zunahme der Frequenz um gleich oder mehr als 20 innerhalb von 2' und/oder starke thorakale Einziehungen	
Kein Schmerz: 0 - 8 Punkte Schmerz: ≥ 9 Punkte				TOTAL SUBJEKTIVE INDIKATOREN ⇒	
Herzfrequenz	Normal (Ausgangswert)	Zunahme von 20 bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert, mit Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2'.	Zunahme von 20 bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert, ohne Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2'.	Zunahme von 30bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert oder vermehrte Bradykardien innerhalb von 2'.	
Sauerstoffsättigung	Senkung von 0% bis 1,9%	Senkung von 2% bis 2,9%	Senkung von 3% bis 4,9%	Senkung von 5% und mehr.	
Kein Schmerz: 0 - 10 Punkte Schmerz: ≥ 11 Punkte				TOTAL GESAMTSKALA ⇒	

Punktetotal für subjektive Indikatoren: 21 ; Punktetotal für Gesamtskala: 27

© Cignacco & Stoffel, Frauenklinik INSELSPITAL, 2001

Symposium für entwicklungsfördernde und familienzentrierte Betreuung Frühgeborener, Heidelberg 2006

Quelle: https://www.google.de/search?q=berner+schmerzscore+neugeborene&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiqw4zunMzIAhUQ0qYKHeuGABAQ_AUIEigC&biw=2556&bih=1321#imgrc=WT56yg8wyw3myM

Schmerz in jungen Jahren...

„Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche erleben im Rahmen medizinisch diagnostischer Prozeduren...und danach oft sehr starke akute Schmerzen, ohne dass geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um diese zu verhindern oder zu behandeln.“ (Zernikow, 2018)

„Die Anzahl chronisch schmerzkranker Schulkinder steigt stetig.“
(Zernikow, 2018)

„Etwa 350.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen. Jüngere Kinder klagen eher über Bauch-, ältere über Kopfschmerzen.“ (Universitätsklinikum Augsburg, 2018)

Schmerz bei Kindern mit kognitiver Behinderung, eingeschränkter Lautsprache und reduziertem Sprachverständnis

Kindern mit kognitiver Behinderung...

- ...sind oft nicht in der Lage, auch wenn sie sprechen können, ihre Schmerzen einzuordnen, zu artikulieren oder ihre Schmerzempfindungen zu deuten (Maier-Michalitsch, 2012)
- ...werden in der Gesundheitsversorgung nicht adäquat in den Blick genommen (Maier-Michalitsch 2012)
- ...bedürfen individueller Lösungen für die Schmerzerfassung und -behandlung (Höffel, 2018)

Fremdeinschätzungsskala für Schmerz (EDAAP Skala)

(Evaluation de l'Expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé)

- Evaluation der Schmerzzeichen bei jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung
- Eingangsevaluation von zwei Pflegekräften bei fehlenden Schmerzen
- 15 unterschiedliche Äußerungen im somatischen und psychomotorischen bzw. körperlichen Bereich, bewertet mit Punkten von 0-4
- Besonderheiten werden genau beschrieben
- Bei Verdacht auf Schmerzen: erneute Einschätzung auf einem zweiten Evaluationsbogen, Vergleich mit der ersten Einschätzung
- Wird der Punktwert von 7 überschritten besteht der Verdacht auf Schmerzen

Fremdeinschätzungsskala für Schmerz (EDAAP Skala)

- Einleitung der Schmerztherapie und Überprüfung der Wirksamkeit anhand weiterer Evaluierungen
- EDAAP wurde speziell für die Schmerzeinschätzung von schwerstmehrfach-behinderten Menschen entwickelt, die das Schmerzempfinden nicht ausreichend kommunizieren können
- Entwickler der Skala (Belot / Marrimpoey) weisen darauf hin:
 - Schmerz ist inakzeptabel
 - Schmerz kann evaluiert werden
 - Identifizierung der Schmerzursache und umgehende Einleitung einer Schmerztherapie
 - Schmerzwahrnehmung fördern
 - Vertrauensverhältnis schaffen
 - Massagen, Vibrationsstimulation, vestibuläre und motorische Stimulation, Bäder, basale Stimulation helfen Personen mit Mehrfachbehinderungen „ihre Mitte und Einheit zu spüren“ (Maier-Michalitsch, 2012, S. 100-101)

Kriterien EDAAP - Skala

- Somatische Äußerungen
 - Somatische Beschwerden (Lautäußerungen)
 - Schonhaltung in Ruhe
 - Identifikation schmerzhafter Körperregionen
 - Schlaf (Schlafstörungen)
- Psychomotorische und körperliche Äußerungen
 - Muskeltonus
 - Mimik (Schmerzverzerrte Mimik, Gesichtsausdruck)
 - Körperausdruck (Beobachtung der Spontanbewegungen)
 - Interaktion bei der Pflege (Fähigkeit mit der pflegenden Person zu interagieren, Arten der Beziehung)
 - Kommunikation (sprachlich oder nichtsprachlich)
 - Sozialleben / Interesse an der Umwelt (Beziehung zur Umwelt)
 - Verhaltensstörungen (Verhalten und Persönlichkeit)

Boll, A. (2018)

Schmerz bei Kindern mit schwersten Behinderungen

Schmerz bei Kindern mit schwersten Behinderungen

- Schmerz hat eine pädagogische Komponente, wenn Schmerz nicht nur medizinisch und pflegerisch betrachtet wird
- Pädagogik hat auch die Aufgabe einer Schmerzbegleitung in der täglichen Praxis (wichtige Rolle: Familiäre Schmerzkultur)
- Kernmerkmal der palliativen Pädagogik: Wertschätzung des Körpers!
- Wenige Erkenntnisse, wie z.B. Kindern mit schweren Hirnschädigungen oder mit genetischen Veränderungen Analgetika verarbeiten
- Oftmals hoher Medikamentenbedarf, Problem bei Schluckstörungen
- Kinder mit schwersten Behinderungen sind besonders schmerzanfällig
 - Gelenkversteifungen durch hohe Spastizität
 - Kontrakturen
 - Einseitige Lagerung
 - Fixierungen
 - Luxationen

Fröhlich, 2018

Palliative Elemente bei der Begleitung schwerstbehinderter Kinder

- Akzeptanz und Wertschätzung des Körpers
- Primäre Kommunikation durch Berührung
- Unterstützung der Atmung
- „liebevolle Pflaster“
- Verlässlichkeit der pflegerischen Reaktion auf Schmerzzeichen

Fröhlich, 2018

Fazit

- Das körperlich oder geistig (schwer bzw. mehrfach) behinderte Kind benötigt im alltäglichen Schmerzmanagement ebenso viel Aufmerksamkeit wie alle anderen Kinder
- Das Schmerzassessment im Sinne einer guten Beobachtungsgabe von Schmerzäußerungen ist ein zentraler Punkt eines suffizienten Schmerzmanagements
- Die Reduktion des Schmerzmanagements auf medizinische Aspekte greift zu kurz

Literatur

- Abu-Saad H., Bours G., Stevens B., Hamers J (1998): Assessment of Pain in the Neonate. *Seminars in Perinatology*. 22 (5): 402-416
- Blaß, M. (2018): Das Wissen um den Schmerz bei Frühgeborenen. *Schmerz und Schmerzmanagement*. 2/18: 11-14.
- Boll, A. (2018): Schmerzen erkennen bei Menschen mit kognitiver Behinderung, eingeschränkter Lautsprache und reduziertem Sprachverständnis. *Schmerz und Schmerzmanagement*; 2/18: 7-11.
- Cignacco E. (2004): Pain assessment in the neonate using the Bernese Pain Scale for neonates. *Early Human Development*. 78: 125-131.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Hochschule Osnabrück.
- Fröhlich A. (2018): Schmerz bei Kindern mit schwersten Behinderungen. *Schmerz und Schmerzmanagement*; 02/2018:24-28.
- Höffel L. (2018) Schmerzuassessment bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Schmerz und Schmerzmanagement*; 2/18: 12-15.
- Hünseler C.(2005): Schmerzen bei Frühgeborenen. In: *Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie*. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Broschüre): 28-31.
- Maier-Michalitsch N.J. (2012): *Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben
- Universitätsklinikum Augsburg, 2018: <https://www.uk-augsburg.de/kinderschmerz/fuer-eltern-familien/der-chronische-schmerz-meines-kindes.html>
- Zernikow B. (2018): Die Anzahl chronisch schmerzkranker Kinder steigt stetig! *Schmerz und Schmerzmanagement* 2/18: 29.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Ass.- Prof. Priv.- Doz. Dr. Andre Ewers, MScN, Uniklinikum Salzburg
Leitung der Abteilung Fachentwicklung Pflege

Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H. | Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
A-5020 Salzburg | Müllner Hauptstr. 48 | Tel.: +43 (0)5 7255-XXXXX

Wir pflegen unsere Werte – das Pflegeteam der SALK