

PFLEGELEXIKON

– DIE SERIE ZUM SAMMELN

Schmerzvermeidung in der Wundversorgung

I Schmerzvermeidung in der Wundversorgung

Die nachfolgenden Informationen basieren auf dem Verfahrensstandard „Schmerzbehandlung bei chronischen Wunden“ und der Empfehlung „Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel“ vom Wundzentrum Hamburg e. V. In Tabelle 1 ist die Checkliste „Schmerz“ in verkleinerter Form abgebildet. Sie ist über die Homepage des Wundzentrum Hamburg e.V. (http://www.wundzentrum-hamburg.de/fileadmin/user_upload/standards_WZ/Apr_2013/WZ-CL-005-V03_Schmerz.pdf) kostenlos herunter zu laden.

Generell ist Schmerz eine subjektive Sinneswahrnehmung, die sowohl psychisch als auch physisch empfunden wird, nicht durch Geräte messbar ist und sich bei jedem Menschen individuell äußert. Schmerz ist immer ernst zu nehmen. Nur das Empfinden des Betroffenen kann über Art und Intensität eine Aussage treffen und somit verwertbare Hinweise auf die Schmerzursache liefern. Die International Association for the Study of Pain (IASP) definierte im Jahre 1986 wie folgt: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“

Ziele der Schmerzbehandlung bei Patienten mit chronischen Wunden:

- Erkennen und zielgerichtetes Behandeln einer eventuellen Schmerzsituation
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität, vermeiden von Komplikationen
- Schmerzreduktion und -vermeidung beim Verbandwechsel
- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen

Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (DNQP 2011) formuliert: „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.“

Zudem formuliert der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2014) formuliert: „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.“

Schmerzarten und Ursachen:

- **Nozizeptiver Schmerz:** durch Reize ausgelöst, z. B. mechanisch, thermisch, chemisch, d. h. durch eine Verletzung/Trauma hervorgerufen; ist eindeutig lokalisierbar und dient als Warnung oder Schutz vor weiterer Schädigung
- **Neuropathischer Schmerz:** durch Störung oder Verletzung des peripheren sowie zentralen Nervensystems ausgelöst
- **Psychogener Schmerz:** durch Furcht, Angst oder unverarbeitete seelische Konflikte hervorgerufen; es besteht kein organisches Korrelat.

Bei Wunden lässt sich der Schmerz zusätzlich unterteilen in:

- **akuter Wundschmerz:** entspricht dem nozizeptiven Schmerz
- **akut rezidivierender Wundschmerz:** wiederkehrender nozizeptiver Schmerz bei bestimmten Tätigkeiten, z. B. Verbandwechsel, Wundspülung, Wundreinigung wie Débridement

- **chronischer Wundschmerz:** permanente Empfindungsstörung, die unabhängig vom eigentlich auslösendem Vorfall ist; d. h. das Schmerzempfinden hängt nicht mehr vom initiierten Reiz ab; tritt permanent auf: sowohl in Ruhephasen als auch bei den Bewegungen des täglichen Lebens

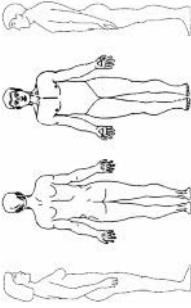

Vorgehen


Die Befragung des Patienten und seine Beschreibung der empfundenen Schmerzen stellen die Grundlage der Anamnese dar. Schmerzen werden vom Betroffenen immer individuell und subjektiv empfunden.

1. **Ermitteln der Schmerzart**
2. **Ermitteln der Schmerzlokalisierung:** z. B. Wunde, Wundrand/-umgebung
3. **Ermitteln der Schmerzqualität:** z. B. pochend, brennend, ziehend, stechend, drückend
4. **Ermittlung der Schmerzursache:** z. B. Druck, arterielle Durchblutungsstörung, Infektion (z. B. Abzess, Erysipel), Ödeme, Hauterkrankungen, Trauma, Verbandstoffe, Verbandfixierungen/-techniken
5. **Erfragen bisher durchgeführter Schmerztherapien:** Was wurde wann und wie dosiert; War die Einnahme ausreichend, regelmäßig und zeitnah unter Beachtung des Wirkeintritts oder nur bei Bedarf; Gab es Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Müdigkeit, Obstipation) und wurden diese mittherapiert ?
6. **Intensität des akuten Schmerzes protokollieren:** z. B. anhand einer Schmerzskala, wie visuelle Analogskala (VAS), numerische Rangskala (NRS), Gesichter-/ Smileyskala, verbale Rangskala; Neben der Anwendung einer Schmerzskala beinhaltet die Schmerzanamnese verbale und nonverbale Kommunikation. Nonverbal wird der Eindruck vom stimmlichen Aus-

Tabelle 1

Checkliste „Schmerz“ in verkleinerter Form. Sie kann über die Homepage des Wundzentrum Hamburg e.V. (http://www.wundzentrum-hamburg.de/fileadmin/user_upload/standards_WZ/Apr_2013/WZ-CL-005-V03_Schmerz.pdf) kostenlos heruntergeladen werden.

<p>6. Aktuelle Schmerzsituation: <input type="checkbox"/> Schmerzen seit: _____ (Tag, Monat, Jahr oder ca.)</p> <p>7. Schmerzqualität: <input type="checkbox"/> scharf <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> bohrend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> hämmernd <input type="checkbox"/> messerscharf <input type="checkbox"/> ausstrahlend: (von: _____ bis: _____) <input type="checkbox"/> anders, nämlich: _____</p> <p>8. Dauer des Schmerzes und wann er auftritt: <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> vor allem tagsüber <input type="checkbox"/> vor allem nachts <input type="checkbox"/> in Abständen von _____ Minuten _____ Stunden _____ Tagen</p> <p>9. Lokalisation:  <input type="checkbox"/> Wundgrund <input type="checkbox"/> Wundrand <input type="checkbox"/> Wundumgebung</p> <p>10. Schmerzintensität (VAS 0-10), Maximalwert Wert <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>11. Schmerzauslösende Faktoren: <input type="checkbox"/> liegen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> bewegen <input type="checkbox"/> Kompression <input type="checkbox"/> Verbandwechsel <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>12. Folgen des Schmerzes: <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit</p> <p>13. Schmerzlindernde Faktoren: <input type="checkbox"/> liegen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> bewegen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> physikalische Maßnahmen (z.B. Kälte/Wärme) <input type="checkbox"/> Ablenkung (z.B. Besuch, Fernsehen)</p>	<p>Erstellt: Wundzentrum Hamburg e.V. Freigebe im Wundzentrum Hamburg e.V. Freigebe und Inkraftsetzung</p> <p>Datum: 18.04.2013 Datum: 18.04.2013 Datum: 18.04.2013</p> <p>Standard-gruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.  Dr. Herberhold Dr. Tigges PDL Arztl. Leitung</p>
---	--

<p style="text-align: center;">Checkliste: Schmerzerfassung bei chronischen Wunden</p> <p>WZ-CL-005 Version 03 Stand: 18.04.2013</p> <p>Aktualisierung: 18.04.2015</p>	<p style="text-align: right;"></p> <p>Anamnese</p> <p>1. Aktuelle Diagnose: _____ _____ _____</p> <p>2. Bereits erfolgte Diagnostik (Wundursache) _____ _____ _____</p> <p>3. Bisherige Schmerztherapie: (z.B. Medikamente, Schmerzpumpe/katheter/-blockaden): _____ _____ _____</p> <p>Ggf. auftretende Begleiterscheinungen: gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung zentral: <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> Halluzination psychosozial: <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Depression Sonstige: _____</p> <p>4. Aktuelle Medikation und Dosierung: _____ _____ _____</p> <p>5. Kann der Patient den Schmerz verbal äußern/beschreiben? <input type="checkbox"/> ja Nein, nonverbale Schmerzerfassung: <input type="checkbox"/> Schonbewegung/-haltung, Embryonalstellung <input type="checkbox"/> Grimassen <input type="checkbox"/> Schmerzlaute (z.B. Stöhnen, Wimmern) <input type="checkbox"/> Hypertonus, Tachycardie, Tachypnoe (Betreffendes unterstreichen) <input type="checkbox"/> Erhöhter Muskeltonus <input type="checkbox"/> Schutz der schmerzhaften Zone durch die Hände <input type="checkbox"/> Rückzug, Teilnahmslosigkeit (Betreffendes unterstreichen) <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Ängstlich/gespannter Blick <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>
---	---

druck des Patienten (z. B. weinerlich, aggressiv), seine Mimik und Gestik (z. B. Augen zusammenkneifen, Tränenfluss, Zähne zusammenpressen), Schonhaltungen (z. B. Körperteil halten/massieren, erhöhter Muskeltonus) und die allgemeine Körpersprache (z. B. Rastlosigkeit) erfasst.

7. Verlauf der Schmerzsituation unter durchgeführter Schmerztherapie im Schmerzprotokoll/-tagebuch dokumentieren:

bei welchen Bewegungen treten Schmerzen auf und bei welchen Gelegenheiten stellt sich Linderung ein; Befragung zur Schmerzdauer: tritt der Schmerz permanent oder in bestimmten Abständen, bei bestimmten Tätigkeiten, zu welcher Tageszeit auf?

8. Erfragen aller bisher angewandten Methoden zur Schmerzreduktion:

Erfolge/Misserfolge erfassen

9. Erfragen der Schmerzerfahrung bezüglich der Wunde und der sich daraus ergebenden Schmerzerwartung für die Wundbehandlung

10. Welche Folgen zieht der Schmerz nach sich: z. B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Abhängigkeit von anderen, Angst, Übelkeit, Antriebslosigkeit, Schonhaltung, Schwäche, Bewegungseinschränkung, Arbeitsunfähigkeit.

Systemische Schmerztherapie – orientiert am WHO-Stufenschema

Der Stufenplan zur Behandlung von Schmerzen, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt Empfehlungen zur systemischen Schmerztherapie.

- **Stufe 1:** Nichtopiod-Analgetikum + ggf. Supportiva
- **Stufe 2:** (bei gleichbleibendem oder stärker werdendem Schmerz): Nichtopiod-Analgetikum + schwaches Opioid-Analgetikum + ggf. Koanalgetika und Supportiva
- **Stufe 3:** (bei gleichbleibendem oder stärker werdendem Schmerz): Nichtopiod-Analgetikum + starkes Opioid-Analgetikum + ggf. Koanalgetika und Supportiva

Koanalgetika sind Arzneimittel anderer Indikationsgebiete, die die Therapie unterstützen, u. a. Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer). Supportiva, wie Antiemetika, Laxantien, Antacida (H₂-Blocker, Protonenpumpenhemmer), Sedativa, Antiallergika und Antitussiva minimieren die Nebenwirkungen. Bei

de Gruppen werden häufig unter dem Begriff Adjuvantien (unterstützende Mittel) zusammengefasst.

Hinweis: Die Kombination von Wirkstoffen aus einer pharmakologischen Gruppe kann zu einer Verstärkung der Nebenwirkungen ohne eigentliche Wirkverstärkung führen. Die dauerhafte Schmerztherapie sollte aus einer Hand erfolgen.

Grundregeln der systemischen Schmerztherapie

- möglichst orale Einnahme
- ausreichende Dosierung
- pünktlich und regelmäßig und ggf. zusätzlich bei Bedarf
- individuell nach dem WHO-Stufenschema dosieren

Nichtmedikamentöse begleitende Maßnahmen zur systemischen Schmerztherapie

- Berücksichtigung psychischer Aspekte: Ängste nehmen, Vertrauen aufbauen, aufklären
- Kälte-/Wärmeanwendung
- Lagerung, ggf. unter Hilfsmiteileinsatz (z. B. Bananenkissen)
- Basale Stimulation
- Entspannungstechniken und Atemtechniken
- Massage, Akupunktur
- TENS (Transkutane Elektrische Nervenstimulation)
- Musik
- Ablenkung

Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel

Ein Verbandwechsel stellt für den Patienten eine Stresssituation dar, die oftmals mit Schmerzen einhergeht. Schmerzen erzeugen neben den physischen Auswirkungen auch eine erhebliche psychische Belastung und somit eine Einschränkung der Lebensqualität. Ein Patient, der Schmerzen erwartet, hat eine ablehnende Haltung gegenüber dieser Maßnahme. Einfache Taktiken und Techniken können die Angst beim Betroffenen lindern oder nehmen.

Ursachen – schmerzhafte Auslöser beim Verbandwechsel:

- Verklebte Wundgaze, angetrocknete Wundaufgabe
- Trockene konventionelle Wundversorgung
- Rasches Abziehen der Wundaufgabe
- Unsachgemäßes Ablösen von Folienverbänden: mögliche Folge → Hautrisse

• Verbände mit Kleberand: Folge → Schmerzen durch überreizte Nerven in der Wundumgebung

- Pflaster/Klebevliese nicht spannungsfrei angebracht
- Kalte Spüllösungen
- Unnötige Berührung der Wunde und Umgebung
- Langes Freiliegen der Wunde
- Zugluft
- Ausgetrocknete Wunden
- Unsachgemäße Anwendung von Instrumenten
- Sekundärverbände oder Kompression zu stramm angebracht

Hinweis: ein verändertes Schmerzempfinden durch psychische Überlagerung oder durch unangenehme Vorerfahrungen ist zu berücksichtigen.

Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel

- Patienten aufklären und in die Behandlung einbeziehen
- Bei Bedarf Analgetika rechtzeitig verabreichen und Wirkungseintritt abwarten
- Vorgehensweise absprechen und Fenster schließen
- Stressfreie Umgebung schaffen: z. B. Fernseher/Radio ausschalten; Unruhe-/Lärmquellen, soweit möglich, beseitigen
- Bequeme Lagerung
- Bei Bedarf Pausen und Ablenkung
- Schmerzen ernst nehmen
- Schonendes Ablösen der Wundaufgabe, ggf. mit hautfreundlichem Pflasterlöser; Folienverbände durch paralleles Überdehnen der Folie zur Haut ablösen
- Wundspüllösung anwärmen und mit nicht zu großen Druck einsetzen
- Kein ungeplantes Débridement
- Bei geplantem Débridement: Anwendung von Analgesie- oder Anästhesieverfahren je nach Bedarf (z. B. Einsatz von Lokalanästhetika (EMLA®-Creme) oder Verbandwechsel in Kurznarkose durchführen)
- Unnötige Reize wie Berührung von Wunde und Wundrand oder Druck vermeiden
- Wunde nicht lange offen liegen lassen und zügig weiter verbinden
- Bei gereizter oder mazerierter Wundumgebung Hautschutz applizieren
- Adäquate Kompression bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI); immer zuerst Unterpolsterung anlegen
- Verbände ohne Kleberand bevorzugen; ggf. Einsatz speziell beschichteter Wundaufgaben, z. B. mit Silikon oder

Soft-Gel sowie Silikonpflaster (z. B. Me-pitac®, 3M™silikonbeschichtetes Pflaster oder Opsite® Flexifix Gentle) und Si-likondistanzgitter ermöglichen einen schmerzarmen Verbandwechsel, da die Beschichtung ein Verkleben mit dem Wundgrund verhindert.

- Ggf. Anwendung eines analgetikahaltigen Polyurethanschaums mit Ibuprofen (Biatain®-Ibu)
- Keine Einschnürungen provozieren durch zu festes Anwickeln von fixierenden Mullbinden oder durch falsch angelegte Kompression provozieren
- Stadien- und wundtypgerechter Verband
- Sekundärverband nicht zu stramm, spannungs- und faltenfrei anbringen

Hindernisse der Schmerzbehandlung

Verschiedenste Faktoren können die Schmerzbehandlung nachhaltig behindern und so zu einer Verschlechterung der Schmerzsituation führen.

- Angst vor Arzneimittelabhängigkeit und Nebenwirkungen → z. T. werden kleinere Dosierungen eingenommen als verordnet

- Schmerzempfinden des Betroffenen wird nicht ernst genommen und falsch eingeschätzt
- Angst des Betroffenen, das Personal zu stören
- Befürchtung „zur Last zu fallen“
- Mangelhafte Therapiekennnisse
- Falscher Stolz des Betroffenen, seine Schmerzen einzugestehen
- „Bei Krankheit sind Schmerzen normal“

Hinweise:

- Schmerzangaben immer ernst nehmen, da Schmerzen individuell empfunden werden; wertfreie Dokumentation
- Den Patienten mit Zuspruch, Verständnis und Einfühlungsvermögen begegnen
- Faktoren ausschalten, die zu einer Verschlimmerung der Schmerzsituation führen
- Ursächliche Behandlung von Schmerz (wenn möglich)

Quellen

1. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, Osnabrück.
2. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Osnabrück.
3. EWMA Positionsdokument, Hrsg. Partnership Medical Education LTD (2002): Schmerzen beim Verbandwechsel, London (www.ewma.org).
4. Protz, K. (2014): Moderne Wundversorgung, 7.Auflage, Elsevier Verlag, München.
5. Sellmer, W., Tigges, W., Bültmann, A. (2010): Wundfibel – Wunden versorgen, behandeln, heilen, 2. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
6. Standards vom Wundzentrum Hamburg e. V.: www.wundzentrum-hamburg.de
7. World Union Of Wound Healing Societies Hrsg. (2004): Konsensdokument – Reduzierung von Schmerzen bei der Wundversorgung, Medical Education Partnership, London (www.wuwhs.org)

Kerstin Protz, Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung im Comprehensive Wound Center (CWC) am UKE, Referentin für Wundversorgungskonzepte, Vorstandsmitglied im Wundzentrum Hamburg e. V.

