

Interprofessionalität

«Schmerztherapie ist Teamwork»

Unnötiges akutes und chronisches Leiden als Folge einer ungenügenden Schmerztherapie ist nach wie vor weit verbreitet. Fachleute plädieren dafür, beim Schmerzmanagement konsequent auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zu setzen und so die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

URS LÜTHI

«ES ist göttlich, den Schmerz zu lindern.» Obwohl der griechische Arzt Galen von Pergamon bereits vor fast 2000 Jahren zu dieser Erkenntnis gelangt ist, liegen auch heute die Ergebnisse der Schmerztherapie von Patienten noch weit hinter dem, was wünschenswert wäre. Nicht umsonst hat die Association of the Study of Pain das laufende Jahr zum «Global Year Against Acute Pain» erklärt. Wie Manfred Koch, Anästhesist am Schmerzzentrum des Universitätsospitals Zürich, an einem Schmerzsymposium¹ ausführte, erleiden Menschen aller Altersgruppen nach wie vor unnötigen akuten Schmerz.

Verminderte Lebensqualität

Oder wie der britische Anästhesist David Eastwood einmal ziemlich zynisch bemerkt hat: «Die Patienten erwarten im Spital Schmerz und wir Ärzte stellen sicher, dass diese Erwartung nicht enttäuscht wird.» Schmerz ist in über 70 Prozent der Fälle der Grund, warum Menschen überhaupt die Notfallstation aufsuchen. Studien zeigen zudem klar, dass Schmerztherapien oft nicht optimal sind. Die Folgen für die Betroffenen sind unnötiges Leiden, Angst, Schlafstörungen und generell eine verminderte Lebensqualität.

Es ist bekannt, dass ungenügend behandelte akute

Schmerz chronifiziert werden kann. Denn wenn das Nervensystem ständig mit Schmerzsignalen aktiviert wird, werden auch bisher inaktive Nozizeptoren erregt und es kommt es zu komplexen Veränderungen im peripheren und zentralen Nervensystem. Diese Veränderungen führen zu einem Schmerz-

gedächtnis. Der Schmerz überdauert das schädigende Ereignis während Tagen, Wochen, Monaten oder Jahren.

Patrick Willimann, der Leiter des Schmerzzentrums des Universitätsospitals, wies darauf hin, dass Schmerztherapie nicht nur ein Menschenrecht ist. Sie sei auch ökonomisch interessant, da sie die Verweildauer

Wenn der Schmerz unerträglich wird ...

Foto: Photocase

¹ «Interprofessionelles Schmerzsymposium» vom 10. Juni 2011 am Universitätsspital Zürich.

in der (teuren) Intensivstation und generell im Spital verkürze. Es gibt weniger Rehospitalisierungen, die Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität steigen. Er plädierte dafür, dass Schmerz als zusätzlicher Vitalparameter anerkannt und so die Chance erhöht werde, dass er ausreichend behandelt wird.

Vor allem im Bereich der postoperativen Schmerzbehandlung sei der Handlungsbedarf gross. Patrick Wallimann stützt sich dabei auf die europäische PATHOS-Studie, welche das Management postoperativer Schmerzen eingehend untersucht hat. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist: Voraussetzung für eine wirkungsvolle Behandlung ist, dass postoperativer Schmerz regelmässig gemessen und dokumentiert wird.

Helden und Opfer

Doch Schmerz ist nicht gleich Schmerz und kulturelle Hintergründe prägen stark die Wahrnehmung von Schmerz. Sie kann zum Beispiel stark durch die religiöse Prägung beeinflusst sein (vgl. Kasten). Das Schmerzempfinden und die Schmerztoleranz hängen aber auch stark vom Selbstbild ab, wie Untersuchungen am transdisziplinären Forschungsinstitut Collegium Helveticum der ETH Zürich zeigen. Mit dem Ziel, neue, emotionale Strategien zur Schmerzhemmung zu finden, untersuchte ein Team unter der Leitung von Amrei Wittwer den Effekt des Selbstbildes auf die Schmerzempfindung. In Rollenspielen mussten die «Helden» – ausgelöst durch Hitzeerize mittels einer Wärmeplatte am Unterarm – zuerst leiden, bis sie schliesslich die Prinzessin gewinnen konnten. Dabei wurde die subjektive Schmerzempfindung durch verschiedene Methoden gemessen – durch Schmerzfragebogen sowie durch das Speichelenzym Alpha-Amylase, das ein Biomarker für akuten Schmerz und positive Erregung ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen in einer Heldenrolle eine hohe und in der Opferrolle eine tiefe Schmerztoleranz haben. Amrei Wittwer folgert daraus: «Mit einem starken und sinnerfüllten Selbstbild ist Schmerz erträglicher.» Aber das Ganze hat auch eine negative Seite. Denn wie die Stu-

dien weiter zeigen, sind die «Helden» auch risikofreudiger und lassen Schmerz nicht behandeln, was zur Folge haben kann, dass er chronisch wird. Entgegen der weit verbreiteten Meinung ertragen gemäss diesen Untersuchungen Männer im Durchschnitt mehr Schmerz als Frauen. Dafür lassen sich die Frauen den Schmerz schlechter anmerken. Dies kann für die Frauen eine positive, aber auch eine negative Seite haben. Weil sie schmerzsensibler sind, unternehmen sie früher etwas dagegen. Da man ihnen den Schmerz jedoch nicht ansieht, laufen sie gleichzeitig Gefahr, schlechter behandelt zu werden.

Interprofessionell

Dass die Schmerzempfindlichkeit von Mensch zu Mensch ganz unterschiedlich sein kann, darf jedoch nicht dazu führen, Schmerz zu banalisieren. Im Gegenteil: Es muss alles daran gesetzt werden, Schmerz zu reduzieren, damit Patienten nicht mehr sagen müssen: «Manchmal halte ich es nicht aus vor Schmerzen.» oder «Jede Bewegung schmerzt.» Studien zeigen klar, dass dies am besten im interprofessionellen Team gelingt, wie Rebecca Spirig ausführte. Insbesondere bei der Behandlung von komplexen Schmerzzuständen sei die interprofessionelle Zusammenarbeit äusserst wirksam, erklärte die Leiterin des Zentrums für Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Zürich.

Doch damit dies gelinge, brauche es klare Absprachen, vernetztes Denken und, nicht zuletzt, gegenseitiger Respekt und geteilte Verantwortung. Rebecca Spirig nannte die Barrieren, die es in der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten zu überwinden gilt: unterschiedliches Berufsverständnis, mangelnde Kommunikation, unterschiedliche Machtverteilung, abweichende Ziele, unklar definierte Aufgaben bei der Führung sowie knappe Ressourcen. Die Arbeit im Team müsse sich an einer patientenorientierten Versorgung orientieren, die Aufgaben- und Rollenverteilung müssen klar und die Informationen strukturiert sein. Diese Vorgaben gelten zum Beispiel für die interprofes-

sionelle Visiten, Fallbesprechungen und Weiterbildungen.

Am Universitätsspital Zürich haben sowohl die Ärzte wie auch die Pflegefachpersonen ein eigenes Konzept zur Optimierung der perioperativen Schmerzbehandlung entwickelt. Der Pflegeexperte Tobias Lehmann erläuterte, wie es gelungen ist, diese beiden Konzepte zusammenbringen und wie Ärzte und Pflegefachpersonen nun ihr Vorgehen in einer interprofessionellen Arbeitsgruppe koordinieren. Dies hat zum Beispiel dazu geführt, dass die Schmerzmedikation rund um die Uhr funktioniert und auch Wünsche der Patientinnen und Patienten nach komplementärmedizinischer Schmerzbehandlung erfüllt werden können. So sollte es nicht mehr vorkommen, dass eine Patientin aus dem Spital ihren Hausarzt anruft und ihn bittet, ihr Schmerzmedikamente zu bringen – ein Fall, der so passiert ist.

Das Unispital hat mit dem «Zürich Observation Pain Assessment ZOPA» auch ein Assessment-Instrument entwickelt, das es möglich macht, Schmerzen bei Patienten zu erfassen, die sich nicht mehr selber artikulieren können (vgl. Artikel «Wenn der Schmerz keine Wort hat», in «Krankenpflege» 9/2010).

Beratung zu Hause

Selbstverständlich ist das richtige Schmerzmanagement nicht nur ein Spitalproblem. Wie Claudine Freudiger, Leiterin der Palliative Care bei der Spitex Zürich ausführte, ist auch die Schmerzbehandlung zu Hause eine grosse Herausforderung. Nicht selten sei die Spitex mit Situationen konfrontiert, in denen sich die Medikamentenschachteln im Wohnzimmer stapeln. Aber all diese Medikamente nützten wenig, wenn die Klientin wegen den Nebenwirkungen zum Beispiel ständig erbrechen müsse. Hier sei es wichtig, dass die Spitex ihre Rolle als Schnittstelle wahrnehme und die richtigen Fachstellen einbezieht. Entscheidend sei zudem, dass die Patienten und insbesondere auch die Angehörigen beraten werden: «Die Angehörigen sind die tragenden Säulen der ambulanten Pflege und brauchen viel Unterstützung.»

Ein grundlegendes Problem bei der Schmerzbehandlung ist, dass Behand-



Foto: Bilderbox

Religion und Schmerz

Strafe Gottes, Schicksal oder Illusion?

Christoph Uehlinger, Dekan der theologischen Fakultät der Universität Zürich, betrachtete den Schmerz aus einer kultur- und religionswissenschaftlichen Perspektive. Wie ein Mensch Schmerz erfährt, basiere nicht nur auf der individuellen Erfahrung. Sie sei auch wesentlich beeinflusst durch die Bildung, die Rollen, das Vorleben der eigenen Umgebung und das religiöse Umfeld. In der christlichen Kulturgeschichte seien die Begriffe «Schuld», der «gute Gott» und der «strafende Gott» stark verwurzelt: Mit diesem Verständnis ist man für den Schmerz selber verantwortlich. Dies sei nicht nur negativ. Die Religion könne dadurch Erklärungen für den Schmerz liefern und so zur Orientierung der Betroffenen beitragen: «Die Religion kann den Schmerz lindern, indem sie ihm einen Sinn gibt.»

Christoph Uehlinger gab einen Überblick über die unterschiedliche Deutung von Schmerz in den verschiedenen Religionen:

- Das Hadern mit oder die Auflehnung gegen Gott, wie es in der jüdischen Tradition bekannt ist, kann mithelfen, den Schmerz «aufzufangen». Es gibt einen «imaginären Verursacher».

- Sowohl in der christlichen, islamischen und jüdischen Kultur wird akuter Schmerz als «symbolische Prüfung» verstanden. Je nachdem wie geduldig man ist und man sich in diesem Leiden verhält, kann man die Prüfung bestehen.
- Ursache des Schmerzes kann auch (ein anonymes) Schicksal sein, und diesen Schmerz gilt es nun zu ertragen.
- Der Schmerz kann aber auch als «Normalfall» betrachtet werden. Jetzt geht es darum, wie man mit diesem Normalfall umgeht, wie man den Schmerz erträgt oder lindert. Dabei kommen zum Beispiel im Buddhismus der Bewusstseinsschulung und der Selbstkontrolle grosse Bedeutung zu. Es gilt das Denken zu disziplinieren und so mit dem Schmerz der Geburt, des Alters und dem Sterben umgehen zu können.
- Es gibt unterschiedliche soziale Bräuche und «Techniken», auf Schmerz zu reagieren: Busse tun, in Askese leben, sich selber Schmerz antun.
- Das eigene Leiden kann aber auch stellvertretend für unzählige andere Leiden angesehen werden. Als Märtyrer nehme ich stellvertretend einen gewaltsamen Tod auf mich.

lerInnen und Behandelte «Schmerz» anders bewerten, wie Brigitta Wössmer, leitende Psychologin am Universitätsspital Basel, darlegte. Sie zitierte eine Notfallstudie, die zeigt, dass die Ärzte generell die Schmerzen der Patienten unterschätzen – je erfahrener sie sind, desto mehr. Denn Ärzte, die schon viele sehr schlimme Schmerzsituationen gesehen haben, haben einen anderen Massstab.

Verschiedene Realitäten

Die unterschiedliche Bewertung hat gemäss Brigitta Wössmer stark mit den verschiedenen Realitäten zu tun, in der sich ÄrztInnen und Pflegende auf der einen und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite befinden. Die Patientin fühlt sich existenziell bedroht und isoliert, sie ist einer ausserordentlichen Lage, ihre Gefühle sind chaotisch, sie kann mit ihrem Laienwissen die Dinge schlecht einordnen. Der Arzt hingegen ist der Experte, der seinen Job macht, mit-tendrin steht und die Dinge unter Kontrolle hat.

In dieser Situation ist es ausserordentlich wichtig, dass die ÄrztInnen und die Pflegefachpersonen die Gefühle der PatientInnen wahrnehmen und benennen können, dass sie Verständnis zeigen, Respekt äussern und Unterstützung anbieten. Die Realität sei jedoch oft so, dass die Äusserungen der Patientinnen und Patienten ignoriert, bagatellisiert und entwertet würden. Noch viel ausgeprägter äussere sich dies im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Brigitta Wössmer, die selber Kommunikationstraining macht, plädiert dafür, mehr in solche Schulungen zu investieren. Denn gerade beim Schmerzmanagement sei eine gute Kommunikation eine grundlegende Voraussetzung, um das notwendige Vertrauen zu den PatientInnen aufzubauen zu können. □

www.sbk-asi.ch

- Schmerz
- Interprofessionalität
- Assessment