

Schmerz



FOKUS

N° 2 2018

Hauszeitung der Stiftung
Ostschweizer Kinderspital

«Schmerz» ist das universale Symbol für Krankheit



Dr. med. Thomas Krebs, Chefarzt Kinder- und Jugendchirurgie

«Alles, was die Übung des Lebens nach Aussen stört, heisst Schmerz.»

Gotthilf Heinrich von Schubert

Bei vielen unserer akut erkrankten Patienten ist der «Schmerz» das Leitsymptom ihrer Erkrankung. Er ist auch zentraler Auslöser des empfundenen Leides. Die betroffenen Kinder wie auch ihre Angehörigen erwarten von uns «OKS-lern» primär und unverzüglich die Linderung ihrer Symptome, erst in der Folge auch die Heilung von ihren Erkrankungen.

Die aktuelle FOKUS-Ausgabe beschäftigt sich sehr zu Recht schwerpunktartig mit den verschiedenen Facetten, Ausprägungen und Ursachen sowie den möglichen Therapieoptionen von «Schmerz».

Alle nicht medizinischen wie auch medizinischen Tätigkeiten der Mitarbeiter des OKS haben eine Gemeinsamkeit: sie dienen der Erkennung, Ursachenforschung und möglichst vollständigen Behandlung von Schmerzen und Leid durch Heilung. Dies ist ein herausfordernder, manchmal belastender, häufig sehr befriedigender, immer aber sehr sinnstiftender Arbeitsauftrag, den alle «OKS-ler» teilen.

Im Namen der gesamten Spitalleitung möchte ich allen Beteiligten für ihren Einsatz gegen Schmerz und Leid der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen herzlich danken. Ebenso danken möchte ich den Autoren der einzelnen Artikel sowie der Redaktion des «Fokus» für die Erstellung dieses Heftes.

Impressum

Herausgeberin	Ostschweizer Kinderspital und Kinderschutzzentrum St. Gallen Claudiusstrasse 6 9006 St. Gallen T 071 243 71 11 F 071 243 76 99 www.kispisg.ch www.kszsg.ch
Redaktion	Christian Kahlert, Ernst Knupp, Fredy Lanz, Stefanie Mock, Dominik Stambach, Fabienne Stocker, Angelika Widmer Redaktionsschluss Ausgabe 3/2018: 31. Oktober 2018
Fotografie	Mitarbeitende
Cartoon	Dr. med. Markus Oberhauser
Gestaltung	Gestaltungskonzept: DACHCOM.CH AG, Winterthur Gestaltung: Fabienne Stocker
Druck	Galledia AG, Flawil Gedruckt auf Profi Bulk FSC, 135 gr.
Auflage	600 Exemplare

Inhalt

Thema	Milchzähne schmerzen, was tun?	4
	Ist Schmerz gleich Schmerz?	5
	Glucose 30%	6
	Schmerztherapie ist Teamwork!	6
	Schmerz und Schmerzerfahrungen in der Ausbildung	7
	Sch(m)erzhaft	7
	SCHMERZ – lass nach und was es dazu braucht	8
	Schmerzen in verschiedenen Sprachen	9
	Schmerzassessment und Schmerzkonzepte in der Praxis	10
	Der Schmerz als Freund oder Räuber?	11
zur Sache	Jahresrechnung 2017 SOKS	16
	Masimo Patientenüberwachung	17
	Partizipations – Workshop im Lernatelier	18
	Portrait	133 Tage Stiftung Ostschweizer Kinderspital
15 Jahre für den Kinderschutz im Einsatz		20
Die Patientin hat das Wort	«Ich schaff das.»	21
Mosaik	Lehrabschluss	22
	Erinnerung Personalfest	22
	Üppiges Blumenbeet	23
	Checkübergabe	23
	Eventwoche Entwicklungsfördernde Betreuung Station C	24
in Kürze	Jassturnier 2018	25
Tankstelle	Ein Kispianer namens ...	26
	Vor dem Schreddern	26
Medientipps	Abtauchen und geniessen Buchtipps von Mitarbeitenden	27

Milchzähne schmerzen, was tun?

Dr. K. Hahnenberg, Kinder- und Jugendzahnklinik St. Gallen
Klinikleitung, Dr. Yvonne Wagner

WIE WICHTIG SIND MILCHZÄHNE FÜR DIE ENTWICKLUNG DES KINDES? – EINE FACHKOMPETENTE BEURTEILUNG DURCH UNSEREN KOOPERATIONSPARTNER KINDER- UND JUGENDZAHNKLINIK DER STADT ST. GALLEN

Bei der Frage nach der Bedeutung der Milchzähne herrscht vieler Orts, teilweise auch bei medizinischem Personal die Meinung, diese fielen ja irgendwann ohnehin raus, deshalb sei die Behandlung von defekten Milchzähnen schlichtweg unnötig. Warum Fachfrauen und -männer da anderer Meinung sind, lesen Sie hier:

Die ersten Milchzähne brechen beim Säugling mit ca. 6 Monaten durch und zwar in der unteren Front. Bis zu einem Alter von ca. 2.5 Jahren sind dann alle 20 Milchzähne (pro Quadrant jeweils zwei Schneidezähne, ein Eckzahn und zwei Backenzähne, genannt «Milchmolare») in der Mundhöhle durchgebrochen. Sie dienen der Nahrungsaufnahme und -zerkleinerung und tragen erheblich zum Sprechenlernen bei. Daher ist es wichtig zu wissen, dass auch die Milchzähne allesamt Wurzeln haben, die jedoch von den darunter entstehenden bleibenden Zahnkeimen resorbiert werden. Somit entsteht beim Zahnwechsel der Eindruck, die Milchzähne hätten keine Wurzeln.

Die enge Beziehung von der Milchzahnwurzel zum bleibenden Zahnkeim zeigt die Wichtigkeit von gesunden Milchzähnen auf. Ist der Milchzahn kariös, kann er nicht nur Schmerzen verursachen, sondern sogar zu einem Abszess oder einer Fistel führen. Dies wiederum kann im ungünstigsten Fall den Keim des neuen Zahnes bereits im Knochen vor seinem Durchbruch in die Mundhöhle schädigen.

Doch auch eine Extraktion des zerstörten Milchzahnes verläuft nicht problemlos: frühzeitiger Milchzahnverlust kann zu Platzproblemen für den permanenten Zahn führen.



Fistelbildung obere Milchzahnfront nach Trauma

Aber nicht nur Karies – verursacht durch hohen Zuckerkonsum, eine schlechte Mundhygiene und vorhandene Bakterien – kann zu Schmerzen/Entzündungen oder Schäden an den bleibenden Zahnkeimen führen. Auch Zahnunfälle an Milchzähnen haben oft weitreichende Folgen. Ein tief frakturierter Milchzahn, bei dem der Zahnerv eröffnet wurde, kann zur Gefahr für das Kind werden.



Längsfraktur oberer Milchmolar nach Trauma

Doch was machen, wenn es sich beispielsweise um ein Kleinkind handelt, bei dem eine konventionelle zahnärztliche Behandlung am Stuhl nicht möglich ist? In diesem Fall ist der Zahnarzt dankbar, wenn er die Möglichkeit hat, die notwendige zahnärztliche Behandlung in Narkose durchführen zu können (vgl. Zweittext «Sinnvolle Kooperation»).



Nursing bottle Syndrom; Behandlung des Patienten in Narkose

Sinnvolle Kooperation bei Zahnschmerzen

DAS OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL PFLEGT SCHON SEIT DEN NEUNZIGER JAHREN EINE ZUSAMMENARBEIT MIT ZAHNÄRZTEN.

Seit dem Jahr 2014 besteht eine Kooperation mit der Kinder- und Jugendzahnklinik in St. Gallen. Hiervon profitieren nicht nur Patienten der städtischen Kinder- und Jugendzahnklinik indem ihnen die zahnärztliche Behandlung in Narkose zur Verfügung steht. Vielmehr kann auch das Kinderspital für seine Patienten auf die Zahnärzte der Zahnklinik zurückgreifen, z.B. für ein Konsilium oder aber auch für eine zahnärztliche Behandlung in Vollnarkose (ITN) bei Patienten, die z.B. aufgrund des Alters oder einer vorliegenden körperlichen und/oder geistigen Einschränkung nicht konventionell behandelt werden können. Für solche Fälle besteht eine enge Zusammenarbeit zusätzlich mit der Stiftung Kronbühl in Wittenbach.

Dies betrifft natürlich nicht nur die Behandlung von Traumata oder Defekten im Milchgebiss. Mindestens genauso relevant ist die Behandlung des permanenten Gebisses bei eingetretenen Schäden traumatischer oder kariöser Natur.

Ist Schmerz gleich Schmerz?

Fabiola Huber, Leiterin Sozialberatung

WIRD SCHMERZ UNTERSCHIEDLICH EMPFUNDEN, WAHrgENOMMEN, AUSGEDRÜCKT ODER INTERPRETIERT? WAS MACHT DEN UNTERSCHIED AUS: WOHER ICH KOMME UND WO ICH AUFGEWACHSEN BIN ODER WIE ICH SCHMERZ ERLEBE? ODER IST SCHMERZ EINE FRAGE DES GESCHLECHTS?

Nicht nur die Medizin und Naturwissenschaften interessieren sich für den Schmerz, sondern auch andere Disziplinen wie zum Beispiel die Philosophie, die Anthropologie, die Soziologie und Ethnologie, die Sprachforschung oder die Geschlechterforschung.

Tauchen wir doch ein in verschiedene (nicht abschliessende) Aspekte des Schmerzes:

Mit Schmerz ist Leiden verbunden. Er ist eine Provokation und soll verschwinden. In der westlichen abendländischen Kultur sind wir es gewohnt, dass er nach Bedarf gelindert oder gar beseitigt werden kann. Die Möglichkeiten, die wir heute dazu haben, bekräftigen den Wunsch nach Schmerzfreiheit. Doch dieser Wunsch steht in Diskrepanz zur Realität. Die totale Schmerzfreiheit gibt es nicht.

Die antiken Hochkulturen sahen den Schmerz als Ausdruck des göttlichen Zorns, der göttlichen Strafe. Im Rahmen der griechischen Antike und der hypokratischen Medizin wurde dann dem Schmerz die Funktion eines Warnsignals zugesprochen.

Im christlichen Weltbild war und ist Schmerz – bis heute – verbunden mit der Frage einer notwendigen und gerechten Strafe Gottes für ein menschliches Vergehen. Hier wird Schmerz in einen moralischen Kontext der Schuld und der Suche nach einem Grund für das Leiden gesetzt. Ab dem 17. Jahrhundert setzte sich mit zunehmendem Wissen über die Anatomie des Menschen die Erkenntnis eines körperlichen (aus heutiger Sicht biomedizinischen) Geschehens durch. Bis ins 19. Jahrhundert hielt sich jedoch die Vorstellung,

dass Schmerzen erduldet werden müssen. Erst im Verlaufe desselben Jahrhunderts löst sich nach und nach die Verstrickung von Religion und Wissenschaft. Es ging nicht mehr um Schmerzbewältigung sondern um Schmerzbeseitigung. Die Suche nach dem Sinn des Schmerzes wurde ersetzt nach der Suche der (körperlichen) Schmerzursache und ihrer Modalitäten. Heute sind wir wieder dort angelangt, wo es auch um die Auseinandersetzung der Sinnhaftigkeit des Schmerzes geht, der nicht vollends eliminierbar ist. Herausfordernd ist hierbei, dass gesellschaftliche Deutungsmuster der vergangenen Jahrhunderte in der abendländischen Kultur verloren gegangen sind und durch eine individuelle Sinnsuche ersetzt werden müssen.

Schmerzerleben, Schmerzsymptomatik und Schmerzausdruck, so zeigen die Erfahrung und Forschungsergebnisse, sind geschlechts- und kulturabhängig. Vieles beruht noch auf Annahmen und ist noch wenig erforscht. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das Erleben, der Umgang mit Schmerz wie auch Prognose und Therapieerfolg etwas mit der Sozialisation und dem Geschlecht zu tun haben. Dies gilt auch für die Erforschung der Unterschiede bei Menschen aus anderen Kulturen in Bezug auf die Bedeutung ihrer «Schmerzen» und ihres Schmerzerlebens. Würde z.B. der Schmerz als Botschafter und nicht ausschliesslich als Symptom einer körperlichen Krankheit verstanden werden, könnten die Ursachen für den «wahren» Schmerz bspw. Wut, Ängste, Trauer, Einsamkeit, Entwurzelung u.a.m. ergründet werden. Beobachtungen haben zudem gezeigt, dass je nach kulturellem Hintergrund anders somatisiert wird. Die Frage ist: Welche Symptome sind in den jeweiligen Ursprungsgesellschaften legitimiert? In der Praxis kommt es daher nicht selten vor, dass Befund und Beschreibung der Beschwerden nicht übereinstimmen. Es ist in diesem Zusammenhang anzunehmen, dass es auch hier Geschlechterunterschiede gibt.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, doch sie sind Teil ihrer Familien und werden auch von diesen sozialisiert. Es gilt daher zu berücksichtigen, welche Bedeutung

dem Schmerz in der Familie beigemessen wird und woran die Familie oder Familienmitglieder «leiden».

Die Forschung hat für viele Aspekte des Schmerzes noch keine ausreichenden Antworten parat. Doch sollten uns die Überlegungen und Hypothesen, die vielerorts gemacht werden, dazu animieren darüber nachzudenken, auf welchem fachlichen und persönlichen Konzepten, Vorurteilen, Annahmen, Zuschreibungen und Erwartungen wir unseren Patienten und Patientinnen sowie ihren Familien begegnen. Denken wir daran: Sowohl die Symptomwahl, die Symptomentwicklung als auch die Symptomzuschreibung sind kulturell und geschlechtsspezifisch determiniert. Diese Beobachtungen können neue Zugänge und ein anderes Verständnis von Schmerz und Schmerz-Therapie eröffnen. Dies gilt auch für den Schmerz, den uns die Kinder und Jugendlichen zeigen.

Quellen: Verschiedene Ausgaben der Online publizierten Zeitschrift «Schmerz» der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg
Johanna Lalouschek: Medizinische und kulturelle Perspektive von Schmerz (work in progress)
> Ziele sind als solche zu kennzeichnen.

Glucose 30%

Stefanie Mock,
dipl. Pflegefachfrau HF Station C

GLUCOSE – EIN TÄGLICH
GENUTZTES WORT AUF EINER
NEONATOLOGIE.
ABER WIESO IST ES SO NÜTZ-
LICH? UND WIE WIRD ES
ANGEWENDET?

Die orale Glucosegabe ist die am häufigsten untersuchte Schmerztherapie bei Neugeborenen. Sie ist deshalb so wirksam, da durch die Lösung in Kombination mit Saugen körpereigene Endorphine ausgeschüttet werden.

Heute weiss man, dass wiederholte akute Schmerzen in der Neonatalperiode zu langfristigen Veränderungen im Schmerzverhalten führen können. Und schmerzhafte Interventionen erleben die Früh- und Neugeborenen im Kinderspital immer wieder. Sei es durch Blutentnahmen, das Legen einer Magensonde oder Infusion oder bei der Intubation. Auch viele Untersuchungen sind für die kleinen Patienten unangenehm.

In kontrollierten Studien wurde gezeigt, dass die schmerzassoziierten Verhaltensreaktionen, wie Schreidauer und Herzfrequenzanstieg, mit Glucosegabe schwächer waren.

Glucose 30% wird etwa 2 Minuten vor der Intervention verabreicht und wirkt nach Gabe bis zu 10 Minuten.

Sie kann auch bei Impfungen für Säuglinge bis 12 Monate angewendet werden.

Für stärkere Schmerzen, z.B. bei Operationen, ist Glucose aber keine ausreichende Schmerzprävention.

Schmerztherapie ist Teamwork!

Stefanie Mock,
dipl. Pflegefachfrau HF Station C

WIE KÖNNEN ELTERN UND
BEZUGSPERSONEN AKTIV
BETEILIGT WERDEN?

Der Einbezug der Eltern und Bezugspersonen in der Schmerzeinschätzung bei Kindern ist sehr wertvoll. Sie kennen den kleinen Patienten am besten und wissen, wie er sich in Schmerzsituationen verhält. Die Eltern sind schliesslich die Experten für ihre Kinder.

Sie können und sollten aktiv bei Schmerzsituationen eingebunden werden. Schon alleine die tröstende Anwesenheit und der Körperkontakt zu den engen Bezugspersonen ist eine der wichtigsten Copingstrategien bei Schmerzen. Eltern müssen gut begleitet und angeleitet werden, damit sie ihre Aufgabe als Tröster wahrnehmen können. Es sollte immer individuell entschieden werden, was für die Familie und die jeweilige Situation geeignet ist. Um Eltern mit der Aufgabe nicht zu überfordern, sollten sie in den Entscheidungsprozess der Anwendung miteinbezogen werden.


Dazu gibt es verschiedene Wege:

- Die Comfort Position hat sich als stressreduzierende Massnahme bei Kindern etabliert. Hierbei werden schmerzhafte medizinische Verrichtungen auf dem Schooss oder dem Arm der Bezugspersonen durchgeführt. Die Nähe und Wärme geben dem Kind das Gefühl der Geborgenheit.
- Die Bezugspersonen können das Kind während einer akuten Schmerzsituation spielerisch ablenken, z.B. durch Geschichten erzählen, Handpuppen, Singen uvm.
- Anleitung in basaler Stimulation.

Auch schon bei Früh- oder Neugeborenen können die Eltern beteiligt werden:

- Stillen durch die Mutter. Studien bestätigen, dass Stillen die Schmerzen bei Impfungen oder Blutentnahmen effektiv lindert.
- Beim Pucken wird der Säugling eng in ein Tuch eingewickelt. Damit werden ihm Grenzen gegeben.
- Bei der Känguruh-Pflege wird der Säugling der Bezugsperson auf die nackte Haut gelegt. Die schmerzhafte Intervention sollte 15 bis 30 Minuten nach Beginn der Känguruh-Pflege durchgeführt werden.
- «Facilitated Tucking» (=Begrenzendes Halten) beschreibt das Halten des Säuglings in Froschstellung. Eine Hand liegt am Kopf des Kindes, die andere bringt die Beine an das Gesäss. Dies ermöglicht dem Neugeborenen eine bessere Selbstregulation.
- Nicht-nutritives Saugen am Beruhigungsnuggi, am besten in Kombination mit Glucose 30%.

Dies sind nur ein paar Beispiele wie Eltern und Behandlungsteam zusammenarbeiten können, um das Ziel der Schmerzfreiheit zu erreichen.

Sharepoint 
prozeduraler Schmerz – nicht-medikamentöse Behandlung

Schmerz und Schmerzerfahrungen in der Ausbildung

Fredy Lanz, Leiter Ausbildung Pflege

Die Auszubildenden am Ostschweizer Kinderspital erleben ganz unterschiedliche Zugänge zum Thema Schmerz. Die einen setzen sich in der Gewerbeschule mit der Pathophysiologie des Schmerzes auseinander und wie dem Schmerz im Alltag zu begegnen ist. Weiter wird die Thematik auch in den verschiedenen überbetrieblichen Kursen in Kombination mit anderen Schwerpunkten immer wieder angesprochen, z.B. bei der Ernährung, wenn Essen eingegeben werden muss oder eben wenn keine Ernährung stattfinden kann. Im weiteren wird bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod auf den seelischen Schmerz Bezug genommen.

An der höheren Fachschule sind die Lernziele so formuliert, dass die Studierenden die verschiedenen Dimensionen von Schmerz gemäss dem bio-psycho-sozialen Modell reflektieren, die Charakteristika und den Ursprung von nozizeptiven (Nozizeptoren = Schmerzrezeptoren der Haut) und neuropathischen Schmerzen beschreiben müssen. Weiter setzen sie sich mit den Instrumenten der Schmerzerfassung auseinander wie z.B. der Anamnese und der VAS (visuell analogen Skala). Zum Tragen kommen auch Prinzipien der Schmerztherapie nach WHO: «by the mouth, by the clock, by the ladder». Ein wichtiges Lernziel sind auch die Regeln der Opioidtherapie: Basis-Bolus-Prinzip, Startdosis «start low – go slow», der Reservedosis (das richtige Verhältnis zur Basisdosis) und der Begleitmedikation (das «Dreierpäckchen» aus Opioid + Laxans + Antiemetikum). Dabei werden auch die Begriffe Abhängigkeit, Sucht und Toleranz im Zusammenhang mit einer Opioidtherapie definiert. Letztendlich behandeln sie auch nicht-medikamentöse Massnahmen gegen Schmerzen.

Im Wissenstest wird das Erlernte überprüft: Was wissen sie zu Schmerz, dem Schmerzerleben, den Erfassungsinstrumenten für Beschwerden, zu Opioiden, dem WHO-Stufenschema für Analgetika,

der Fallvignette Schmerz, der Behandlung der opioidinduzierten Nebenwirkungen, Nausea, Obstipation, Ileus in Palliativsituationen?

Mit diesem Rucksack voller Theorie treten die Auszubildenden in die Praxis ein, erleben und erfahren am Patienten, wie Schmerz erlebt und mit welchen Instrumenten im Alltag der Schmerz erfasst und behandelt wird.

Einige der Auszubildenden machen auch andere Erfahrungen mit Schmerz, wenn sie z.B. eine Prüfung nicht bestehen oder eine ungenügende Qualifikation erfahren. Der Umgang mit dieser Art von Schmerz und die Begleitung der Auszubildenden darin ist Aufgabe der Auszubildenden, die sich tagtäglich um die Auszubildenden kümmern und sie in der Erreichung der Lernziele unterstützen und fördern. Ihnen vielen Dank für ihren Einsatz.

Sch(m)erzhaft

Dr. med. Dominik Stambach, Redaktionsteam

Die Vorbereitung dieser Ausgabe mit dem Thema Schmerz war nicht so schmerzfrei wie erwartet. Das Zusammentragen der Artikel war schmerzhaft und dornenvoll. Auch die Redaktionssitzung war dadurch nicht ganz schmerzlos, da bei Redaktionsschluss erst wenige Artikel vorlagen. Zudem wurden einige Redaktionsmitglieder schmerzlich vermisst. Die drohende Leere der Seiten verursachte grössere Bauchschmerzen als üblich, wobei die Redaktion diesbezüglich nicht so schmerzempfindlich ist. Natürlich konnten wir den Schreibenden nicht mit Schmerzen drohen, aber ein bisschen die Daumenschrauben anziehen mussten wir schon. Schmerzhaft langsam tröpfelten die Artikel auf der Redaktion ein und die Verteilung der wenigen Artikel bereitete Fabienne Stocker einige Kopfschmerzen. Glücklicherweise wurde die Schmerzschwelle nicht überschritten und das Heft ging in den Druck. Hoffentlich können die Leser es verschmerzen, dass der Fokus diesmal mit etwas weniger Umfang daherkommt. Ansonsten empfehlen wir eine Schmerztablette oder schmerzlindernde nicht-medikamentöse Massnahmen.

SCHMERZ – lass nach und was es dazu braucht

Katrin Marfurt-Russenberger,
Pflegeexpertin Klinik/APN Schmerz
Dr. med. Sebastian Böhm, Oberarzt
Intensivstation/Leiter sanaCERT Standard 5

Auch am Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS), wie in anderen Spitälern, müssen aktuell rund $\frac{2}{3}$ der grossen und kleinen Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Erkrankung Schmerzen erleben. Manchmal können Schmerzen der eigentliche Eintrittsgrund ins Spital sein, wie z.B. bei einer Sichelzellanämie*, nicht selten aber treten diese Schmerzen erst im Rahmen der Behandlung auf, wie z.B. bei einer Blutentnahme zur Kontrolle der Entzündungswerte oder Elektrolyte bei einer Magendarminfektion.

In einer aktuellen Erfassung aus der elektronischen Pflegedokumentation (Erfassungstag 7. Mai 2018) wurde ersichtlich, dass auf der chirurgischen wie medizinischen Bettenstation $\frac{2}{3}$ der hospitalisierten Kinder Schmerzen angaben. Auf der onkologischen Station sowie auf der Intensivstation wurden am Erfassungstag sogar bei allen Patientinnen und Patienten Schmerzen unterschiedlicher Intensität festgestellt.

Bei Frühgeborenen weiss man aus vielen Studien, dass, je kleiner ein Frühgeborenes ist, es umso mehr schmerzhaften Verrichtungen pro Tag ausgesetzt ist. Die Literatur spricht im Durchschnitt von ca. zehn schmerzhaften Interventionen pro Kind/Tag (Variation von 0 – 51). Dabei handelt es sich neben grösseren Interventionen wie z.B. Kathetereinlage oder Intubation* auch um Alltägliches wie Neueinlage einer Magensonde oder eine kapilläre Blutentnahme*.

Müssen diese Schmerzen sein? Die Antwort lautet: Nicht immer oder wenn, dann sollen sie erträglich sein. Im Rahmen der EACH Charta (European Association for Children in Hospital, 1988) verpflichtet sich das OKS nach Artikel 4, «Massnahmen zu ergreifen, um körperlichen und seelischen Stress zu mildern». Ziel muss sein, dass der Schmerz, wenn schon nicht vermeidbar, zumindest erträglich bleibt oder rasch nachlässt! Um dies zu erreichen, braucht

Schmerzen
akut

Schmerzen
prozedural

Schmerzen
chronisch

es neben einer breiten Sensibilisierung der Behandelnden zum Thema auch klare Standards. Denn nach wie vor liegen wichtige Gründe für Schmerz und inadäquate Therapie in Unachtsamkeit, oft unbegründeter Angst vor Nebenwirkungen der Medikation oder dem Nichtausschöpfen alternativer Therapiemöglichkeiten. Im Rahmen des Qualitätsmanagements am OKS wurde deshalb der sanaCERT Standard 5 – Schmerz im Januar 2018 wieder neu aufgenommen.

Folgende 5 Elemente sind Inhalt des sanaCERT Standard 5 – «Schmerz»:

ELEMENT 1

Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.

ELEMENT 2

Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.

ELEMENT 3

Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und darüber sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.

ELEMENT 4

Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.

ELEMENT 5

Die Ergebnisse der periodischen Evaluation sowie ausgewählte Kennzahlen werden spitalintern regelmässig bekannt gemacht. Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst.

Um die oben erwähnten Elemente zu erfüllen, wurde der Qualitätszirkel Schmerz, unter der Leitung von Dr. med. Sebastian Böhm mit Vertretern aus Arzt- und Pflegedienst sowie der Psychologie zukunftsorientiert neu zusammengestellt. In einer ersten Phase wird die Schmerztherapie bei akuten und prozeduralen Schmerzen überarbeitet, und steht kurz vor Abschluss. Hierbei sollen auch explizit die Bedürfnisse einzelner Teilbereiche (postoperativ, Notfall, Intensivstation) berücksichtigt und Massnahmen aufeinander abgestimmt werden mit dem Ziel – «Ein Konzept für alle» zu erstellen. Dies soll helfen, Unsicher-



Schmerzen in verschiedenen Sprachen

heiten im Behandlungsteam zu minimieren und beim Patiententransfer zwischen einzelnen Abteilungen die Schmerzerfassung und -therapie wirksam weiter zu führen. Der Anspruch an eine adäquate Schmerzbehandlung sowohl im stationären wie ambulanten Bereich hat zugenommen, auch bedingt durch die steigende Komplexität unserer Patienten. Es sollen neue Elemente eingeführt und das Konzept im Verlauf auf Patienten mit chronischen Schmerzen erweitert werden.

Weiter wird angestrebt, ein multiprofessionelles Schmerzfachteam aufzubauen, welches bei komplexen Situationen 24 Stunden an 7 Tagen Unterstützung bieten kann.

Das Handbuch Schmerz in Sharepoint » ist im Aufbau begriffen und für alle Mitarbeitenden am OKS zugänglich. Dort lassen sich zur Zeit altersentsprechende Schmerzerfassungs-Tools sowie Richtlinien zum akuten und prozeduralen Schmerz finden.

Schmerzbehandlung ist
Teamwork –
gemeinsam schaffen wir es,
dass der Schmerz nachlässt.

Alle können einen kleineren oder grösseren Beitrag dazu leisten. Lasst uns sensibilisiert sein. Gerne nehmen wir Beiträge und Anliegen zum Thema Schmerz auf.

* Sichelzellanämie:

erbliche Erkrankung der roten Blutkörperchen

Intubation:

Einführen eines Zugangs für die Beatmung

kapilläre Blutentnahme:

z.B. Blutentnahme am Finger oder Ferse bei Frühgeborenen



Es tut gar nicht weh...

ALBANISCH: DHIMBJE
BULGARISCH: BÓLKA
DÄNISCH: SMERTE
ENGLISCH: PAIN
FÄRÖISCH: PÍNA
FINNISCH: KIPU
FRANZÖSISCH: DOULEUR
FRIAULISCH: DOLÒR
GRIECHISCH: ΠΟΝΟΣ
GRÖNLÄNDISCH: ANNIAAT
ISLÄNDISCH: SÁRSAUKI
ITALIENISCH: DOLORE
KROATISCH: BOL

LATEIN: DOLOR
MALTESISCH: UGIGH
MONGOLISCH: ӨВДӨЛТ
NIEDERLÄNDISCH: PIJN
NORWEGISCH: SMERTE
POLNISCH: BÓL
PORTUGIESISCH: PENA
RUSSISCH: БОЛЬ
SCHWEDISCH: SMÄRTA
SPANISCH: DOLOR
TSCHECHISCH: BOLEST
TÜRKISCH: AĞRI
SERBISCH: BOL



Schmerzassessment und Schmerzkonzepte in der Praxis

Angelika Widmer, dipl. Pflegefachfrau HF
Station A, Stefanie Mock,
dipl. Pflegefachfrau HF, Station C

Schmerzerfassung und Schmerzprävention sind wichtige Schwerpunkte im pflegerischen Alltag.

In der Regel wird nach vier Schritten gehandelt:

1. Schmerzanamnese

z.B.

- Welche Erfahrungen hat der Patient mit Schmerzen gemacht und wie ist er bisher damit umgegangen?
- Was hat ihm geholfen?
- Wo hat er aktuell Schmerzen?
- Sind Begleitsymptome vorhanden?

2. Schmerzerfassung

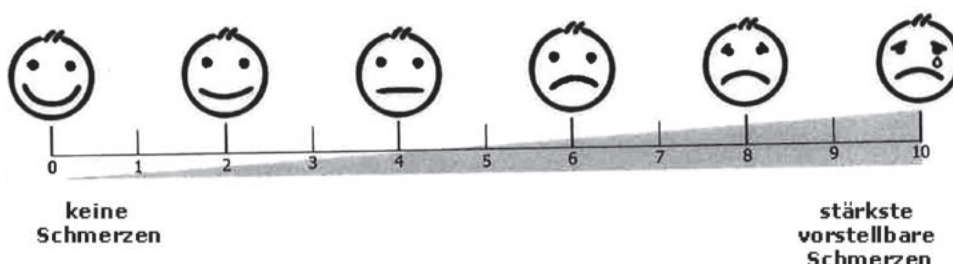
Die Pflege führt verschiedene Assessments zur Schmerzeinschätzung durch. Drei davon werden im nachfolgenden Artikel erklärt.

Zudem werden diverse Konzepte in der Pflegepraxis angewendet. Einige davon werden wir Ihnen genauer erläutern.

SCHMERZASSESSMENT

VAS

Die visuelle Analogskala ist ein Schmerzeinschätzungsinstrument für Kinder ab vier Jahren. Mit Hilfe von Smileys können die Kinder ihre Schmerzen auf einer Skala von 0–10 einschätzen. Ab einem Wert von 4 sollte eine Intervention ergriffen werden (Coldpack, Hotpack, Analgetika usw.).



KUSS

Unter KUSS versteht man die kindliche Unbehagens- und Schmerz-Skala. Anhand von fünf Parametern (Weinen, Gesichtsausdruck, Rumpfhaltung, Beinhaltung und motorische Unruhe) wird das Kind 15 Sekunden beobachtet und eingeschätzt. Dabei werden bei jedem Parameter 0–2 Punkte verteilt. Ab einem Gesamt-Punktwert bis 3 werden nicht-medikamentöse und physikalische Massnahmen angewendet. Ab 4–10 Punkten werden medikamentöse Massnahmen in Kombination mit nicht-medikamentösen und physikalischen Massnahmen angewendet. Dieses Schmerzassessment ist für Kinder unter vier Jahren geeignet.

NCCPC

Dies ist die Non-Communicating Children's Pain Checklist, welche bei Kindern mit kognitiver Einschränkung zwischen 3 bis 18 Jahren angewendet wird. Das Kind wird während 10 Minuten beobachtet, und es werden zahlreiche Parameter, welche Hinweise auf Schmerzen geben eingeschätzt. Die daraus folgende Intervention hängt vom Gesamtpunktwert ab.

SCHMERZKONZEPTE

Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation ist sehr vielfältig. Es geht um die Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche sowie die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen.

Zwei Beispiele wie die basale Stimulation in der Praxis umgesetzt werden kann, um Ängste und Schmerzen zu reduzieren, sind die Comfort Positions und die Anwendung des Buzzy's. Diese Interventionen werden nun genauer erläutert.


Comfort Positions: Das bedeutet, dass die Eltern ihrem Kind durch körperliche Nähe Sicherheit vermitteln und dadurch auch Ängste vom Kind gegenüber der pflegerischen Intervention reduzieren können. Zusätzlich gibt es den Eltern die Möglichkeit, selber aktiv zu werden und zum Wohlbefinden ihres Kindes etwas beizutragen. Dazu kann das Kind für einen Verbandswechsel zum Beispiel den Eltern auf den Schoß sitzen, oder die Eltern können das Kind für eine Blutentnahme mit dem Gesicht gegen sich in die Arme schliessen. Wichtig ist, dass die Eltern nicht die Aufgabe haben das Kind «festzuhalten», sondern ihm Schutz und Geborgenheit bieten können.

Bei Interventionen, die mit einem Nadelstich durchgeführt werden müssen z.B. einer Blutentnahme, kann der **Buzzy** Linderung verschaffen. In Studien wurde belegt, dass er den Punktions- und Injektionsschmerz mittels Vibration und Kälte signifikant reduziert. Der Buzzy wird ab einem Alter von vier Jahren empfohlen.

3. Dokumentation

4. Physikalische Massnahmen

Je nach Score erfolgt entweder eine **physikalische Massnahmen** (z.B. Wärme, Beruhigung, Lagerung) oder **medikamentöse Therapie** nach Stufenplan.

Schmerzkonzept/Schmerzassessment im Sharepoint 

Der Schmerz als Freund oder Räuber?

Katrin Marfurt-Russenberger,
Pflegeexpertin Klinik/APN Schmerz
Dr. med. Christian Henkel, Leiter
Psychosomatik-Psychotherapie/
Mitglied Qualitätszirkel Schmerz

Der Schmerz wird durch die Internationale Vereinigung für das Studium des Schmerzes (IASP) als eine «unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung» beschrieben, «die mit akuter oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder in Form solcher Schädigungen beschrieben wird».

Oder wie vor langer Zeit eine Pflegefachfrau ausdrückte: «Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.» (McCaffery, 1968) Im Alltag eines Kinderspitals stellt diese Aussage manchmal eine Herausforderung dar, da nicht alle Kinder z.B. Frühgeborene oder Kinder mit einer kognitiven Einschränkung verbal ausdrücken können, dass sie Schmerzen haben. Aber sie können es uns auf verschiedene Art und Weise zeigen. Am Ostschweizer Kinderspital (OKS) verfügen wir über Hilfsmittel, welche uns beim Erkennen von Schmerzen unterstützen.

Siehe dazu Handbuch Schmerz im Sharepoint. »»

Schlecht behandelte Schmerzen können zu einem «Räuber» von Appetit werden, die Mobilität einschränken sowie die Wundheilung verzögern oder den Schlaf rauben. Langanhaltende Schmerzen können zu einem sozialen Rückzug, Gereiztheit, Depressivität oder bei Kindern zu Entwicklungsstillstand oder -rückschritten führen.

Schauen wir doch mal was Lovis erlebt hat

Lovis (alle Namen sind geändert), der fussballbegeisterte 6-jährige Junge, kommt kleinlaut vom Fussballtraining nach Hause. Er mag nicht mehr Znacht essen, klagt über Übelkeit und Bauchschmerzen. Er geht untypischerweise freiwillig ins Bett und schläft sofort mit einem Wickel auf dem Bauch ein. Um 2.00 Uhr nachts erwacht er mit sehr starken Bauchschmerzen. Er kann seiner Mutter nicht richtig sagen, wo diese sind, ausser dass er schon seit zwei Tagen so ein komisches Gefühl im Bauch hat. Frau Stucki misst Fieber, die Temperatur ist nicht stark erhöht. Zurzeit hat auch niemand eine Grippe in Lovis' Umfeld. Da die Schmerzen immer stärker werden, trotz Wickel und einer Schmerztablette, ruft Frau Stucki in Absprache mit ihrem Mann um 4.00 Uhr morgens im Kispil St. Gallen im Notfall an. Mit dem Verdacht auf Appendizitis machen sich die zwei anschliessend auf den Weg. Herr Stucki bleibt bei den anderen Kindern zu Hause.

Zwei Tage später sitzt Lovis – noch nicht ganz der Alte, im Spitalbett und erzählt seiner Grossmutter, dass er einen geplatzten Blinddarm hatte.

Der Schmerz ist in Lovis' Fall ein «Freund» in Form eines Warnsignals, um der Ursache nachzugehen und diese zu behandeln.

Nach dieser «räuberhaften» Einleitung fragt sich der Leser/die Leserin wie der Schmerz als «Freund» bezeichnet werden kann.

Akute Schmerzen – was ist zu tun?

In der Geschichte von Lovis handelt es sich um **akute Schmerzen** im Rahmen einer Gewebeschädigung. Die Intensität dieser Schmerzen hängt direkt mit dem Reiz zusammen, ausgelöst durch die Blinddarmentzündung sowie die postoperative Wunde. D.h. die Lokalisation ist klar

zuzuordnen. Der **akute Schmerz** dient als **Warnfunktion** und lässt im Zusammenhang mit der Wundheilung nach. Das Schmerzerleben wird durch physiologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst. Schauen wir nochmals auf Lovis und mögliche Faktoren, die er mitbringt.

Wie ein Mensch Schmerzen erlebt ist ein individuelles Geschehen und abhängig von physiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren.



In Abbildung 1 sind die **physiologischen Faktoren** in Bezug auf **akute Schmerzen** schematisch dargestellt. Genetisch sind bei Lovis Sensoren im ganzen Körper angelegt, welche ihm helfen Veränderungen – Zeichen von Gefahr – wahrzunehmen. In Lovis Fall haben die Sensoren im Wurmfortsatz des Blinddarms die chemischen Veränderungen durch die Entzündung aufgenommen. Dieser Zustand wird über die Nervenbahnen an Lovis Körper-Schaltzentrale, sprich das Gehirn, weitergeleitet. Das Gehirn schätzt ein, was das Warnsignal bedeutet und entscheidet: **ACHTUNG Schmerzen!** Es sendet Befehle aus, um in Lovis Körper Massnahmen gegen den Schmerz einzuleiten z.B. durch die Ausschüttung von körpereigenen Opiaten.

Unter den **psychologischen Faktoren**, welche das Schmerzerleben von Lovis beeinflussen, ist z.B. zu berücksichtigen, ob Lovis Angst hat vor einer schmerzhaften Intervention, da die Angst die Wahrnehmung des Schmerzes potenzieren kann. Ein weiterer Faktor sind frühere positive oder negative Erfahrungen (s. Kasten), und ob Lovis mit seinen sechs Jahren bereits «Tricks» kennt, wie er mit einer solchen Situation umgehen kann, z.B. wenn sein schmerzender Bauch auf der Notfallstation

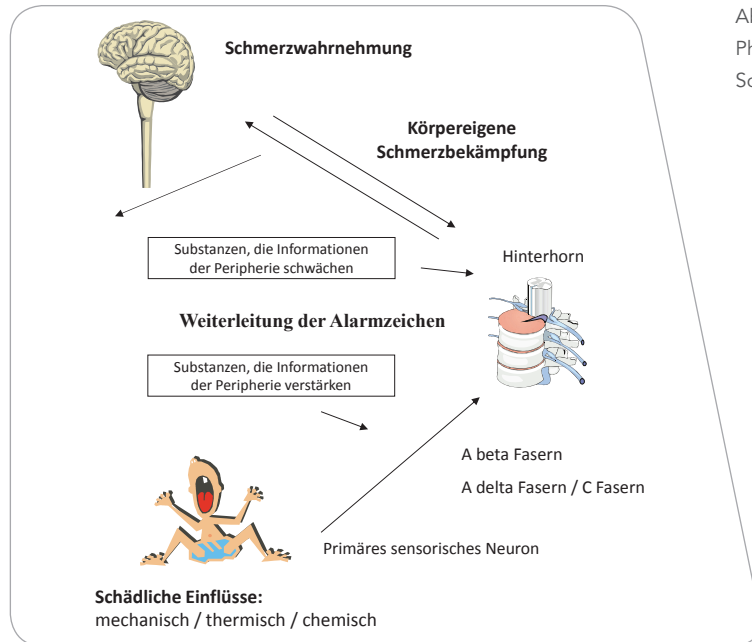


Abbildung 1: Physiologie akute Schmerzen

untersucht wird oder wie er beim Verbandwechsel bei der Bauchnaht mithelfen kann.

Die Unterstützung durch die Familie oder z.B. welche Überzeugungen zu Schmerzen in einer Familie herrschen, sind entscheidende Faktoren im Erleben von Schmerzen. Frau Stucki ging nicht vom Schlimmsten aus nach dem Fussballtraining. Sie hat

die Schmerzen von Lovis von der ersten Minute an ernst genommen und entsprechende Massnahmen eingeleitet.

Soziale Faktoren beinhalten das Unterstützungsnetzwerk, kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie die Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem. In Lovis Situation hat sich die ganze Familie an der Bewältigung beteiligt. Herr Stucki unterstützt seine Frau im Entscheidungsfindungsprozess als sie realisiert, dass die bewährten Massnahmen nicht ausreichen und die Schmerzen zunehmen. Sie spricht sich mitten in der Nacht mit ihrem Mann ab. Sie schätzen gemeinsam ein, dass externe Hilfe nötig ist. Herr Stucki übernimmt die Verantwortung für die Betreuung der anderen Kinder, damit Frau Stucki sich auf Lovis konzentrieren und die ersten Nächte bei ihm schlafen kann. Die Grossmutter von Lovis übernimmt einen Teil der Begleitung im Spital, als Frau Stucki wichtige Termine am Arbeitsplatz wahrnehmen muss.

Wie das Beispiel von Lovis zeigt, haben die Wahrnehmung des Warnsignals, die Einschätzung der Situation durch das familiäre und professionelle Umfeld sowie die Schmerzbewältigung gut funktioniert.

Psychologischer Faktor

JEDE SCHMERZERFAHRUNG HINTERLÄSST EINE SPUR ALS FREUND ODER ALS RÄUBER

Alle früheren Schmerzerfahrungen können sich auf spätere auswirken, als **Freund**, wenn die Bewältigung vom Kind und seiner Familie positiv erlebt wurde, es kann dann an hilfreichen Strategien angeknüpft werden. Leider gibt es auch Situationen, bei welchen der Schmerz als **Räuber** erlebt wurde, z.B. wenn sich das Kind und seine Familie im Schmerz nicht ernst genommen fühlen und der Umgang mit dieser Situation nicht sehr positiv war. Die Räuber-Erfahrungen können potentiell das Erleben der Schmerzintensität in einer späteren Situation verstärken.

Bei der Anamnese im Zusammenhang mit Schmerzen empfiehlt es sich, frühere Erfahrungen aufzunehmen z.B. «Was hat dir bislang geholfen, wenn du Schmerzen hast?», «Gibt es Erlebnisse, in welchen du/Ihr Kind Schmerzen erleben musstest/musste?» z.B. Zeit als zu Frühgeborenes, im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen/Eingriffen (z.B. Impfen, Operationen).

Bei jedem Schmerz ist es wichtig, dass dieser ernst genommen wird. Eine adäquate Schmerzbewältigung soll unter Berücksichtigung physiologischer, psychologischer und sozialer Faktoren in Zusammenarbeit mit der ganzen Familie erfolgen. Dabei ist der Schmerz mittels altersentsprechender Schmerzerfassungstools regelmässig zu erheben und zu evaluieren. **Akute Schmerzen** im Spital bedürfen meistens einer **medikamentösen Behandlung**. Bei schmerzhaften Prozeduren (prozedurale Schmerzen) hat sich neben der medikamentösen Therapie eine **Kombination von kutanen/physikalischen** (z.B. Buzzy®, Wärme, Kälte), sowie **psychologischen Massnahmen** (z.B. Ablenkung, Hypnose) bewährt. Siehe dazu NMI¹ Konzept im Handbuch Schmerz (Sharepoint). »»

Wie wirken die Massnahmen aus dem NMI Konzept?

Wie Abbildung 2 zeigt, öffnet der Reiz aus der Peripherie das «Gate», welches den Weg in die Schaltzentrale (Hirn) freimacht. Die Anwendung der **kutanen/physikalischen** (z.B. Auflage Wärme-/Kältebeutel, Buzzy®) und die **psychologischen Massnahmen** (z.B. Ablenkung, Hypnose etc.) helfen, das «Gate» von der Peripherie her bzw. vom zentralen Nervensystem her zu schliessen, damit die Empfindung nicht weitergeleitet wird.

¹ NMI Konzept: Interdisziplinäre Richtlinie nicht-medikamentöse Massnahmen bei schmerzhaften Interventionen

² Comfort-Positionierung: Haltetechnik mit engem physischen Kontakt durch eine Bezugsperson mit dem Ziel, Schutz und Sicherheit zu geben z.B. während schmerzhaften Prozeduren

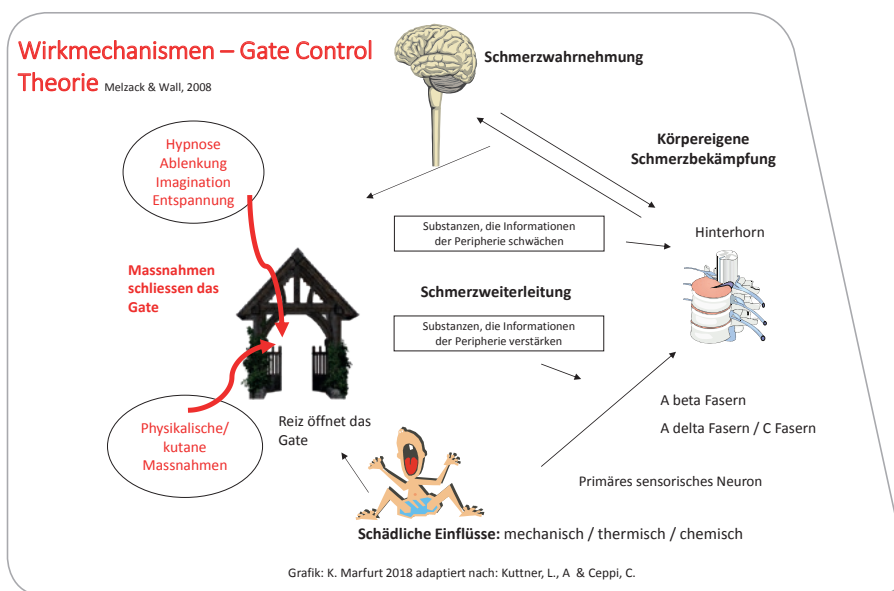


Abbildung 2: Wirkmechanismen der NMI bei prozeduralen Schmerzen

Die aktive Zusammenarbeit mit den Kindern/ Jugendlichen und einer Begleitperson aus der Familie unterstützen den Gateschliessungs-Effekt zusätzlich, z.B. mittels Comfort-Positionierung² oder indem das Kind seine eigenen Bewältigungsstrategien anwendet (iPad schauen, Atemtechnik, u.a.). Weiterführende Informationen finden sich im:

- Handbuch Schmerz im Sharepoint. »»
- Video: Den Schmerz verstehen und was zu tun ist in 10 Minuten > www.deutsches-kinderschmerzszentrum.de/ueber-uns/videos/den-schmerz-verstehen/#c2564

Akute Schmerzen sind meistens einfacher zu bewältigen als **chronische Schmerzen**. Letztere sind jedoch in den letzten Jahrzehnten auch bei Kindern vermehrt zu beobachten. Deshalb werden wir uns am OKS verstärkt damit beschäftigen müssen. Wie Boris Zernikow, der bekannte Schmerzexperte aus Deutschland sagt, wachsen sich chronische Schmerzen bei Kindern nicht aus, sondern aus chronisch schmerzkranken Kindern können schmerzkranken Erwachsene werden.

Chronische Schmerzen – wie gelingt es mit diesen umzugehen?

Beim **chronischen Schmerz** handelt es sich um eine **eigenständige Erkrankung**. Nicht selten entsteht die Erkrankung ohne physiologischen Auslöser, d.h. der chronische Schmerz kann nicht wie bei Lovis durch eine Entzündung oder Verletzung erklärt werden. War ein ursprünglicher Aus-

- In verschiedenen Studien wird berichtet, dass etwa 15 – 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mindestens einmal pro Woche über Bauch-, Kopf- oder Rückenschmerzen klagen.
- Wenn diese Schmerzen an mindestens 15 Tagen im Monat über drei Monate hinweg auftauchen spricht man von chronischem Schmerz.

Aus dem Buch von Michael Dobe und Boris Zernikow:

Rote Karte für den Schmerz – wie Kinder und ihre Eltern aus dem Teufelskreis chronischer Schmerzen ausbrechen

SEHR EMPFEHLENSWERT!

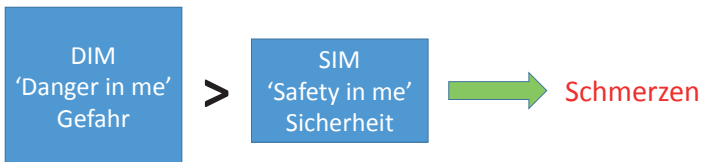


Abbildung 3:
Schmerzentstehung aufgrund DIM's versus SIM's
Nach: Moseley & Butler, 2015 –
The Explain Pain Handbook – Protectometer

löser für den Schmerz vorhanden, hängt die aktuell wahrgenommene Schmerzintensität nicht direkt mit dem ursprünglichen Schmerz zusammen. Der chronische Schmerz entsteht nicht mehr am Ort des ursprünglichen Auslösers (z.B. im Bauch, bei Magen-Darm-Infekt), sondern direkt in der Grosshirnrinde und den darunter liegenden Hirnarealen. Wichtig zu wissen ist, dass Schmerz erst dann als solcher empfunden werden kann, wenn der z.B. im Bauch wahrgenommene Auslöser im Gehirn abgeglichen worden ist. Beim chronischen Schmerz ist dieser Mechanismus entkoppelt.

Die psychischen und sozialen Faktoren übernehmen eine wichtige Funktion beim Entwickeln, Aufrechterhalten und Verstärken des chronischen Schmerzes. Zwei Schmerzforscher aus Australien erklären den Zusammenhang von Schmerzen mit psychischen und sozialen Faktoren vereinfacht wie folgt: «Du wirst Schmerzen haben, wenn du in deinem Hirn in Bezug auf deinen Körper mehr Gefühle wahrnimmst, welche auf Gefahren hinweisen als auf Sicherheit (s. Abbildung 3).»

Überwiegen die Gefahren, sendet das Hirn die Botschaft – ACHTUNG Schmerzen, obwohl die Sensoren in Rücken, Bauch oder Kopf keine Signale aussenden. Nach heutigen Erkenntnissen hat der **chronische Schmerz keine eigentliche Warnfunktion** mehr für den Organismus. **ABER: der Schmerz ist echt und wird vom Betroffenen als Schmerz wahrgenommen.**

Der **chronische Schmerz** als Räuber und Freund: Er raubt, wie das Beispiel von Alicia zeigt, Lebensfreude und -qualität und kann den Alltag stark einschränken. Auf der anderen Seite dient er als Freund, der aufzeigen möchte – **etwas stimmt nicht! Sprich mit anderen darüber, hol dir Hilfe.**

Alicia

Alicia (alle Namen geändert) war bis vor ein paar Monaten ein lebensfrohes Mädchen mit vielen Freundinnen und Interessen. Sie freute sich in die Schule zu gehen, da ihr der Schulstoff leicht fiel. Kurz vor und nach dem Übertritt in die Oberstufe zeigten sich immer mal wieder Kopfschmerzen, die meistens mit etwas Ruhe, selten mit einer Schmerztablette zum Verschwinden gebracht werden konnten. Dies beunruhigte Alicia und ihre Mutter nicht, da es ja etwas viel war mit dem Übertritt in die Oberstufe, dem Klassen- und Schulhauswechsel.

Seit drei Monaten wurden die Kopfschmerzen immer stärker, begannen bereits beim Erwachen, meistens am Montagmorgen. Sie führten dazu, dass Alicia mehrmals nicht in die Schule gehen konnte. In der letzten Woche musste sie sogar drei Tage zu Hause bleiben. Frau Huber, die Mutter von Alicia machte sich immer mehr Sorgen zumal sie selber als Jugendliche und auch heute noch häufig unter Kopfschmerzen litt.

Alicia und ihre ganze Familie erleben den Kopfschmerz als «Räuber». Er verhindert, dass Alicia ihre Freundinnen sehen kann und mit dem Schulstoff vorwärts kommt. Auf der anderen Seite wirkt er als «Freund», macht aufmerksam darauf, dass eventuell etwas in der Schule, Familie oder bei Alicia selbst aus dem Lot geraten ist.

Ausser bei Migräneattacken – dazu gibt es ein empfehlenswertes Video auf der Website des Deutschen Kinderschmerzentrums > Migräne habe ich im Griff: www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de/ueber-uns/videos/migraene/ – liegt die Bewältigung des chronischen Schmerzes nicht primär auf der medikamentösen Therapie, sondern auf dem Coaching des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie, um zu lernen mit den Schmerzen umzugehen (siehe unter Bewältigung). Dauern Schmerzen bei Kindern/Jugendlichen z.B. im Kopf, Bauch oder Rücken an, d.h. gehen sie nicht innerhalb von ein bis drei Monaten weg, ist es wichtig, dass die Situation umfassend und multiprofessionell abgeklärt wird, um einen körperlichen

Auslöser/Reiz auszuschliessen bzw. um einer chronischen Schmerzerkrankung vorzubeugen und mit Schmerzen umgehen zu lernen. Dabei ist es nicht selten, dass Kinder lernen müssen, erst einmal mit Schmerzen zu leben, bis sie nach und nach weniger wahrgenommen werden:

- Abklärung bei Kinderarzt/-ärztin
- Kopfschmerzsprechstunde am OKS KER-Zentrum (siehe Webseite: Suche «Kopfschmerzsprechstunde»)
- Psychosomatische Sprechstunde OKS (siehe Webseite: Psychosomatik & Psychotherapie > Leistungsangebot)

Die wichtigsten Schritte bei der **Bewältigung von chronischen Schmerzen** sind nebst den oben erwähnten:

- Schmerzen ernst nehmen – Alicia erlebt Schmerzen, ihr Schmerz ist real
- Selbstmanagement – Alicia soll die Hintergründe der Schmerzen kennen lernen, Verhaltensweisen «ver- oder umlernen», d.h. Schmerzen bewältigen lernen:

> Stressfaktoren und Bewältigungsmuster beobachten

- Wann treten die Schmerzen auf?
- Welches sind die Auslöser/Trigger für das Schmerzerleben?
- Was verstärkt die Schmerzen?
- Was hilft, die Schmerzstärke zu senken?

> Verhaltensänderungen

- Sich selber gut beobachten lernen, d.h. Auslöser oder Verstärker erkennen
- Was kann ich tun, um das Auftreten der Schmerzen zu verhindern?
- Schmerzverstärker vermeiden
- Eigene Tricks/Methoden anwenden z.B. sich Ablenken, mit Freundinnen abmachen, Chatten usw.
- Neue Tricks kennenlernen z.B. Entspannungstechniken.

Bei der Bewältigung von **chronischen Schmerzen** braucht es Geduld und ein «Dranbleiben» von Alicia und ihrer ganzen Familie. Es ist hilfreich, wenn auch die Lehrpersonen und ihre Freundinnen davon erfahren, wie Alicia und ihre Familie die Herausforderung anpacken. Sie können sie darin unterstützen und ermutigen. Bei Bedarf braucht es weiterführende psychologische Beratung oder sogar Psychotherapie, um den Umlernprozess zu begleiten oder um auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen im Umfeld anzugehen. Im Rahmen des sanaCERT Standard 5 ist das Thema «Chronische Schmerzen» ein wichtiger Punkt auf der Agenda des Qualitätszirkels Schmerz.

Zum Thema Schmerz finden intern und extern in nächster Zeit sehr spannende Fortbildungen und Kongresse statt:

Was kann Alicia vorbeugend gegen Kopfschmerzen tun?

- Genügend Wasser trinken (zucker- und koffeinhaltige Getränke vermeiden)
- Regelmässig essen (zurückhaltend sein mit Süssigkeiten, Fast Food und Fertigprodukten)
- Täglich an der frischen Luft bewegen
- Sportart finden, die Spass macht und die regelmässig ausgeübt werden kann
- Ausreichend schlafen und regelmässig zur gleichen Zeit ins Bett gehen
- Körperliche Verspannungen vermeiden (z.B. durch zu langes Sitzen vor dem Computer)
- Termindruck, Überbelastungen und Überangebot an Freizeitaktivitäten vermeiden
- Bewusst im Tag Pausen schaffen, das tun, was gut tut und gerne gemacht wird
- Probleme oder Konflikte mit der Familie, mit Freunden oder in der Schule offen ansprechen
- Bei Stress und Überforderung Hilfe holen (z.B. bei Eltern, Freunden, usw.)

Quelle: Kopfschmerzprechstunde OKS am KER-Zentrum

2018

INTERN

21./28. 11. 2018, 15.30 – 17.00

Hörsaal OKS:

Chronische Schmerzen, Ausschreibung folgt

6./7. 9. 2018

Universitäts-Kinderspital beider Basel:
21. Basler Symposium für Kinderorthopädie – Kind und Schmerz

29./30. 11. 2018

PROSA 2018, Maastricht, Holland:
1st European Conference on Pediatric Procedural Sedation and Analgesia (p-prosa.com)

2019

1. 14. – 16. 3. 2019

10. Dattelter Kinderschmerztag:
Sechs-Länder-Kongress für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativversorgung, Recklinghausen.

Ob Freund oder Räuber, akute oder chronische Schmerzen:

Das Ostschweizer Kinderspital nimmt Kinder/Jugendliche mit Schmerzen ernst und arbeitet im Rahmen der Schmerzbewältigung aktiv mit der ganzen Familie zusammen.



Jahresrechnung 2017 SOKS

LEISTUNGSENTWICKLUNG DER STIFTUNG OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL

Thomas Engesser, Leiter Finanzen

DIE ERFOLGSRECHNUNG DER STIFTUNG OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL WEIST FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2017 EINEN GEWINN VON 1,4 MIO. FRANKEN AUS. OHNE DIE ZUSATZBEITRÄGE DER STIFTUNGSTRÄGER, WELCHE AUFGRUND DER NICHT SACHGERECHTEN ABBILDUNG DER KINDERMEDIZIN UNTER DEN GELTENDEN TARIFSTRUKTUREN (SWISSDRG, TARMED) GELEISTET WERDEN, HÄTTE EIN VERLUST VON 9,9 MIO. FRANKEN RESULTIERT. DER DURCHSCHNITTLICHE STELLENBESTAND (INKL. AUSZUBILDENDE) BETRUG IM BERICHTSJAHR 582 VOLLZEITSTELLEN.

Geschäftsbereich

Ostschweizer Kinderspital

Das OKS (Akutsomatik) schliesst das Rechnungsjahr 2017 mit einem Gewinn von TCHF 1'316 ab. Im stationären Bereich lag die Anzahl Austritte bei 4'272 und somit leicht unter dem Vorjahreswert (4'281 Austritte). Der durchschnittliche Schweregrad (Casemix-Index) erhöhte sich hingegen von 0.947 auf 1.034 respektive um 9.2%. Die Erhöhung des Casemix-Index begründet sich insbesondere durch einen Anstieg der Behandlung von Neugeborenen (MDC 15) und Patienten mit Krankheiten am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (MDC 8). Im Ambulanten Bereich (Notfall, Tagesklinik, Sprechstunden) konnten die Anzahl Tarmed-Taxpunkte von 20,3 Mio. auf 21,1 Mio. gesteigert werden, was einem Wachstum von 3.5% entspricht. Im Romerhuus sind die abrechenbaren Pflage tage um 232 auf 2'600 Pflage tage zurückgegangen. Diverse verfrühte Patientenaustritte (meist aus privaten Umständen) führten in den Monaten Oktober und November zu einer ausserordentlichen Unterbelegung, was den Rückgang der Pflage tage erklärt.

Die Kinderarztpraxis Buchs (Pilotprojekt) verzeichnete bei den ambulanten Besuchen ein Wachstum von 3.9% und konnte

OKS - STATIONÄRER BEREICH (AKUTSOMATIK)

	2014	2015	2016	2017
Austritte	4'007	4'113	4'281	4'272
Pflage tage	21'188	21'528	21'082	22'075
Ø Aufenthaltsdauer	5.3	5.1	4.8	5
CMn *	4'133	4'075	4'053	4'416
CMIn **	1.032	0.991	0.947	1.034

* CMn = Casemix netto (Summe der Kostengewichte)

**CMIn = Casemix-Index netto (durchschnittlicher Schweregrad/Kostengewicht) gemäss der im entsprechenden Jahr gültigen DRG-Abrechnungsversion

OKS - AMBULANTER BEREICH

	2014	2015	2016	2017
Anzahl ambulante Besuche	55'373	57'878	62'170	61'199
Anzahl Tarmed-Taxpunkte (verrechenbar in 1'000)	16'842	18'105	20'346	21'053

ROMERHUUS (PSYCHOSOMATIK)

	2014	2015	2016	2017
Pflage tage	2'863	2'739	2'832	2'600

KINDERARZTPRAXIS BUCHS

	2014	2015	2016	2017
Anzahl ambulante Besuche	-	-	8'080	8'395
Anzahl Tarmed-Taxpunkte (verrechenbar in 1'000)	-	-	917	976

einen Gewinn von TCHF 112 erwirtschaften. Die Stiftungsträger leisten hierfür keine Finanzierungsbeiträge.

Tarifunsicherheiten

Für den stationären Krankenversicherungs-Bereich konnte mit der HSK-Gruppe eine Baserate für das Jahr 2017 von CHF 11'150 ausgehandelt werden. Analog den Jahren 2012 bis 2016 sind die stationären Tarifverhandlungen mit der tarifsuisse AG und der CSS Kranken-Versicherung AG für das Jahr 2017 gescheitert. Für die Dauer des Festsetzungsverfahrens wurde für das Jahr 2017 eine provisorische Baserate von CHF 11'150 festgelegt. Das OKS hat per

31. 12. 2017 für die Tarifunsicherheiten entsprechende Rückstellungen gebildet. Nachdem im Jahr 2016 mit der Invalidenversicherung nach über 2 Jahre andauernden Verhandlungen eine Tarifeinigung für die Jahre 2015 und 2016 erzielt wurde, zeigten sich die Tarifgespräche für das Jahr 2017 wider Erwarten als sehr beschwerlich. Leider konnte bis dato keine Einigung erreicht werden. Im Berichtsjahr musste mit einer - von der Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT) einseitig festgelegten - provisorischen Baserate von CHF 9'900 fakturiert werden. Im Vergleich zur verhandelten Baserate 2016 von CHF 12'020 bedeutet dies eine Reduktion von CHF 2'120 je Basispunkt (resp. -17.6%).

Geschäftsbereich Kinderschutzzentrum

Die Jahresrechnung 2017 vom Kinderschutzzentrum weist einen Verlust von TCHF 32 aus.

Das Schlupfhuus verzeichnete 1'008 Beherbergungstage (Vorjahr 1'486 Beherbergungstage) und 82 Klienten (Vorjahr 87 Klienten). Problematisch zeigt sich insbesondere die Tatsache, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer weiter sinkend ist. Diese beträgt im Jahr 2017

12,3 Tage, was im Vergleich zum Mehrjahresmittel von 19,1 Tagen eine wesentliche Reduktion bedeutet und dementsprechende Ertragsausfälle generierte. In der In Via waren die Leistungszahlen gegenüber dem Vorjahr steigend.

Weiterführende Informationen sind im Geschäftsbericht 2017 und im Finanzbericht 2017 publiziert (unter www.kispisg.ch).

TCHF = Tausend Schweizer Franken

KINDERSCHUTZZENTRUM

	2014	2015	2016	2017
In Via: Neue Opferhilfe-Fälle	376	362	279	388
In Via: Neue Kinderschutz-Fälle	239	204	183	211
Schlupfhuus: Beherbergungstage	1'676	1'660	1'486	1'008

Masimo

PATIENTENÜBERWACHUNG

Angelika Widmer,
dipl. Pflegefachfrau HF, Station A

DIE NEUEN ÜBERWACHUNGSMONITORE WURDEN AUF DER CHIRURGISCHEN STATION A-OST IM MÄRZ DIESES JAHRES EINGEFÜHRT. NUN DAS ERSTE FAZIT DAZU.

Die Skepsis von Seiten der Pflege bezüglich der neuen Monitore war anfangs gross. Die Einführung war auf Jahresbeginn geplant. Es gab jedoch Verzögerungen, und es wurde März bis die neuen Geräte installiert wurden. Da die Arbeitsbelastung auf der Station in diesem Monat sehr hoch war, gestaltete sich auch die Einführung etwas turbulent. Wir wurden jedoch stets sehr kompetent durch die Mitarbeitenden von Masimo geschult. Bei Fragen stand uns immer jemand zur Seite und nahm sich auch die Zeit, auf die Station zu kommen und das Handling mit den Geräten mit uns zu üben. Als sich herausstellte, dass der Monitor per Touchscreen zu bedienen ist, mussten noch Änderungen am Standort des Hauptmonitors vorgenommen werden. Danach war das System jedoch meistens sehr selbsterklärend und konnte gut in den Pflegealltag integriert werden. Auch die anfängliche Skepsis legte sich mehr und mehr. Somit erleichtert es die Patientenüberwachung deutlich, im Vergleich zu den alten Monitoren. Der grösste Vorteil ist, dass der Alarm auf dem Hauptmonitor im Stationszimmer und dem Pager welcher die Pflege auf sich trägt, rasch beurteilt werden kann. Somit kann schnell entschieden werden, ob ein Gang ins Zimmer notwendig ist, oder ob es sich um einen Fehlalarm handelt.

Partizipations – Workshop im Lernatelier

J.B. vom «Romerhuus» (Patientin)

Partizipation, was ist das?

Partizipation heisst so viel wie Mitspracherecht. Es geht darum, wie viel jemand bei einer Entscheidung mitbestimmen kann, oder eben auch nicht. Dies reicht von einfachen Entscheidungen wie «Welchen Pulli zieh ich an?» bis zu schwierigeren wie «Welchen Beruf möchte ich lernen?». Am Mittwoch, 18. Juli 2018, fand im Lernatelier für die Jugendlichen ein Workshop statt, welcher von der Arbeitsgruppe Partizipation des Kinderspitals geleitet wurde.

Das Programm

Am Morgen gab es zuerst eine kurze Einführung in die Partizipation durch Herrn Villiger vom Schlupfhuus. Danach folgte ein kleines «Spiel». Es ging darum, welche Gegenstände bei einem Flugzeugabsturz in der Wüste für das Überleben am wichtigsten sind. Wir bekamen eine Auswahl

an Gegenständen und mussten diese nach Wichtigkeit nummerieren. Darauf folgte der Partizipations-Teil, in welchem die Nummerierung in einer Vierergruppe erfolgte. Zum Schluss wurde dann ausgewertet, ob die Überlebenschancen alleine oder in der Gruppe besser sind. Es hat sich herausgestellt, dass es Vor- wie auch Nachteile haben kann, wenn man in einer Gruppe oder alleine etwas entscheiden muss. In einer Gruppe kommen mehr verschiedene Gedanken und Überlegungen zusammen, was hilfreich sein kann. Manchmal denkt eine Person nicht so viel oder weit wie mehrere zusammen. Jedoch kann man sich in einer Gruppe auch von den anderen beeinflussen lassen und somit vielleicht eine falsche Entscheidung treffen. Wie man sieht, es hat also beides so seine Vor- und Nachteile. Zum Abschluss des Morgens hat Herr Villiger uns eine Partizipations-Pyramide gezeigt. Darauf war zu sehen, in welchen Situationen man wie viel Partizipation hat.

Am Nachmittag war ich eine Beobachterin. Die Jugendlichen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Aufgabe war es dann, nur mit Hilfe von Zeitungen und Klebeband eine Brücke zu bauen. So weit so gut. Doch die Herausforderung war, dass eine Kiste darauf stehen wie auch unten durch passen sollte. Die Rückmeldungen der Jugendlichen bezüglich der Zusammenarbeit in der Gruppe waren unterschiedlich. Die einen fanden die Harmonie gut, bei den andern gab es mehr einen Leader der Gruppe. Schlussendlich ist es trotzdem beiden Gruppen gelungen, die Aufgabe mit Bravour zu meistern. Die Brücken waren ausreichend gross wie auch stabil genug für die Kiste. Beobachtungen zeigten, dass eine gute Harmonie in einer Gruppe bestehen muss, um das Ziel zu erreichen. Mit diesen neuen Erfahrungen endete der Partizipations-Workshop für uns.



133 Tage Stiftung Ostschweizer Kinderspital

Nicole Schnyder, Leiterin Human Resources



Im Juli 1982 geboren bin ich als mittlere von drei Geschwistern in Egnach aufgewachsen. Nach der Schule habe ich die kaufmännische

Ausbildung abgeschlossen und dann in einem Anwaltsbüro in St. Gallen als Sekretärin gearbeitet. Da bin ich das erste Mal mit dem Arbeitsrecht in Kontakt gekommen und habe gemerkt, dass mir diese Thematik liegt und Spass bereitet. Ich fand rasch den Einstieg ins Personalwesen (damals noch unter dieser heute bereits veralteten Bezeichnung). Im Oktober 2006 habe ich den eidg. Fachausweis in Human Resources erworben. Nach einem beruflichen Ausflug nach Zürich in die Privatklinik Bethanien hat mich die Ostschweiz wieder zurückgewonnen.

Während rund 5 Jahren war ich in der Stiftung Waldheim tätig und anschliessend in der Rehaklinik Dussnang, bevor ich am 1. März 2018 meine Stelle als Leiterin Human Resources im Ostschweizer Kinderspital angetreten habe.

Während den ersten Wochen meiner Tätigkeit in der Stiftung Ostschweizer Kinderspital wurde ich durch Natascha Niedermann und Martina Wirth umfassend in die Prozesse und Aufgaben eingeführt. Nach dem Austritt von Martina Wirth war ich durch die vollständige Übernahme ihres administrativen Alltagsgeschäfts ausgelastet. Die vielen Verträge und Mutationen, all die Weiterbildungsgesuche, die Vorbereitungen zur monatlichen Lohnauszahlung und vieles mehr musste erledigt werden. Ich war sehr dankbar, mit Letizia Erni und Antje Wilde zwei erfahrene HR-Frauen im Team zu haben, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Im Mai wurde unser Team dann wieder komplettiert – Klementina Aleksova hat ihre Tätigkeit bei uns aufgenommen und so konnte ich viele administrative Tätigkeiten sukzessive an sie übergeben.

Mit dem Austritt von Martina Wirth und dem damit zusammenhängenden Wegfall all ihrer Erfahrungen und Betriebskenntnis wurde mir rasch klar, dass die bisherigen administrativen HR-Prozesse zwar funktionierten – aber leider nur wenige davon dokumentiert waren. Immer wieder mussten Verantwortlichkeiten und Schnittstellen geklärt und Informationen zusammengesucht werden. Viele Anfragen erreichten uns und schnell wurde klar, dass es durch die teils fehlenden Strukturen kaum möglich sein wird, all die Bedürfnisse und Wünsche in der angestrebten Qualität umfassend und sofort zu befriedigen. Also haben wir angefangen, das Dringendste zu erledigen und alle weiteren Anfragen, Projekte und Wünsche nach dem Eisenhower-Prinzip zu sortieren und zu priorisieren, um eine erste



Ordnung in unseren Pendenzen-Berg zu bringen. Immer mit dem Ziel, die Dienstleistungsqualität unserer Abteilung stetig zu verbessern.

Schritt für Schritt werden die Pendenzen nun angepackt - und natürlich läuft nicht immer alles rund. Es ist schön, in diesen Momenten auf so viel Verständnis und Geduld der Mitarbeitenden zu treffen. Allgemein habe ich die Begegnungen und den Austausch hier im Kispi in den vergangenen Wochen und Monaten als sehr wertschätzend, respekt- und verständnisvoll erlebt. Ich habe viele engagierte und hilfsbereite Mitarbeitende kennengelernt, die das Kispi mit Herzblut und Einsatz vorwärts bringen wollen. Diese Begegnungen sind immer wieder motivierend und bestätigen mich, dass ich hier richtig bin.

Seit Oktober 2017 absolviere ich nebenberuflich den Diplomstudiengang Personalpsychologie an der ZHAW in Zürich, den ich im Dezember 2018 abschliessen werde. Diese Weiterbildung soll mich in den

zwischenmenschlichen und strategischen Aspekten meiner Arbeit unterstützen. Ich bin überzeugt, dass diese Themen in einer Arbeitswelt mit wachsendem Fachkräftemangel und Kostendruck für Unternehmen immer zentraler werden bei der nachhaltigen Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden. Im Zeitalter von Big Data ist der Anschluss zur modernen Arbeitswelt leider schnell verpasst.

Die Anfangszeit hier im Kispi hat mich in meiner Überzeugung noch bestärkt. Die Historie unseres Teams sowie der gesamten Organisation und das Verlangen nach funktionierenden HR-Prozessen durch die wachsenden rechtlichen und sozialen Anforderungen sowie die Entwicklungen im Arbeitsmarkt sind im Alltag immer wieder eindrucksvoll spürbar. Im Kispi machte man sich auf den Weg und es wurden bereichsbezogene HR-Stellen geschaffen. Mit der Einstellung einer HR-Leitung, der Erarbeitung und Implementierung von zeitgemässen HR-Führungsprozessen im Rahmen des Projekts «Transformation» und mit der Zusammenführung des Teams wurden erste Grundsteine für ein gemeinsames modernes HR-Verständnis gelegt. Nun gilt es, darauf aufzubauen.

Ich bin ehrgeizig, mag Herausforderungen und mein Durchhaltewille ist gross. Das beweise ich auch in meiner Freizeit immer wieder gerne. Drei- bis fünfmal wöchentlich trainiere ich im CrossFit Pinecone Country. Crossfit ist ein Trainingsprogramm, welches alle Fitnessaspekte (Kraft, Ausdauer, Koordination etc.) miteinander verbindet und gilt deshalb als eines der härtesten Körpertrainings. Die Challenge und Abwechslung, die ich an meinem Beruf so schätze, findet sich auch hier wieder. Der Ausgleich zu meiner doch eher kopflastigen Tätigkeit stimmt für mich perfekt.

Wir haben noch viel vor – aber ich bin mir sicher, dass ich zusammen mit meinem Team und den Mitarbeitenden sowie der auffallend guten Kultur im Kispi die zukünftigen Herausforderungen meistern kann und freue mich darauf.

15 Jahre für den Kinderschutz im Einsatz

Fabienne Stocker,
Mitglied des Redaktionsteams

ANDREAS HEIM-GEIGER IST STELLVERTRETENDER BEREICHSLEITER DER IN VIA. WIR HABEN MIT IHM AUF SEINE 15-JÄHRIGE TÄTIGKEIT ZURÜCKGESCHAUT.



WIE HABEN SICH DEINE AUFGABEN IN DEN LETZTEN 10 BIS 15 JAHREN VERÄNDERT?

Die Arbeit beim Kinderschutzzentrum (KSZ), Beratungsstelle In Via war bereits vor zehn Jahren äusserst vielfältig und interessant und ist es immer noch. Allerdings haben sich die Inhalte teilweise etwas verändert. Vor 10 bis 15 Jahren ging es auch darum, Pionierarbeit im Kinderschutz zu leisten. Das heisst, dass wir uns fachspezifisches Wissen aufgebaut haben, um anderen Fachpersonen in den Kantonen St. Gallen und beiden Appenzell zur Verfügung zu stellen. Es ging darum, wie wir gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche und deren Umfeld möglichst gut unterstützen können. Das war damals wie auch heute eine sehr komplexe Aufgabe. Für mich hat sich die Aufgabenstellung insofern geändert, als dass ich einerseits als Stellvertreter des Bereichsleiters der In

Via mehr Leitungsaufgaben übernommen habe und andererseits durch meine Weiterbildungen den Fokus bei der konkreten Unterstützung von gewaltbetroffenen Kindern und Jugendlichen mehr auf systemische und elternaktivierende Aspekte lege.

WELCHES SIND FÜR DICH HÖHEPUNKTE/ERFOLGE?

- KSZ/Beratungsstelle In Via ist als Fachstelle etabliert und wird fachlich anerkannt und geschätzt/ca. 1/3 der Ratsuchenden sind Fachpersonen.
- Gemeinsame fachliche Entwicklung Schlupfhuus und Beratungsstelle In Via/ die beiden Bereiche sind zusammengeführt.
- TATKRÄFTIG als Projektleiter erarbeitet und inzwischen ein festes Angebot des KSZ.
- Aktuell die Projektleitung für den Aufbau eines neuen Angebotes für Familien: Die FamilienTrainingsGruppe (FTG) Wendepunkt als Kooperationsprojekt zwischen dem KSZ und der Koosa (Ko-operative Soziale Arbeit St. Gallen).

WAS SCHÄTZT DU BEI DEINER ARBEIT IM KSZ?

Wie bereits gesagt, empfinde ich die Arbeit als sehr vielfältig, herausfordernd und interessant. Vor allem den persönlichen Kontakt zu Familien gewaltbetroffener Kinder und Jugendlicher empfinde ich als befriedigend wie auch als Herausforderung. Das Schöne dabei ist, dass ich mich in den letzten 15 Jahren sowohl persönlich als auch fachlich stetig weiterentwickeln durfte. Dazu kommen leitungsspezifische und projektbezogene Aufgaben wie auch die Arbeit als Referent im Bereich des Kinderschutzes, welche mich wiederum auf einer anderen Ebene fordern. Nicht zuletzt ist Kindeschutzarbeit auch eine Teamarbeit. Bei der Beratungsstelle In Via hilft man sich gegenseitig, wo man kann und dabei kommt zum Glück der Humor auch nicht zu kurz.

WELCHEN HERAUSFORDERUNGEN BEGEGNEST DU IN DEINEM ALLTAG?

Katastrophen gerecht zu werden, ist ein Ding der Unmöglichkeit. In Kindeschutzsituationen sind oftmals (familiäre) Katastrophen geschehen. Nichts desto trotz sind positive Entwicklungen auch bei geschehenen Katastrophen möglich. Die grosse Herausforderung ist diese, wie es uns Fachpersonen gelingen kann, wirklich hilfreich zu sein und damit möglichst nachhaltig zu positiven Entwicklungen beizutragen.

WELCHEN AUSGLEICH HAST DU ZU DEINEM JOB?

Ich darf mich glücklich schätzen, eine wunderbare Familie zu haben. Zusammen mit meiner Frau dürfen wir zwei mittlerweile Teenager-Mädchen auf ihrem Lebensweg begleiten. Dieser Umstand half mir auch immer wieder dabei, mich nicht zu sehr in der Kindeschutzarbeit zu verlieren. Daneben versuche ich mich auch genügend zu bewegen. Joggen, Velofahren, Sauna, Yoga und Fussball gehören zu meinen Hobbies. Aber auch der Genuss kommt bei mir nicht zu kurz, so liebe ich gutes Essen mit gutem Wein. Schliesslich höre ich auch gerne hin und wieder Musik oder lese ein gutes Buch.

Lieber Andreas, vielen Dank für das Interview. Wir wünschen Dir weiterhin viel Erfolg!

«Ich schaff das.»

Angelika Widmer,
dipl. Pflegefachfrau HF, Station A

WIE HEISST DU UND WIE ALT BIST DU?

«Ich heisse Samantha und bin 10 Jahre alt.»

WAS WURDE BEI DIR OPERIERT?

«Mir wurden die Rachenmandeln geschnitten da ich nicht mehr richtig atmen konnte. Dadurch kann ich jetzt besser schlucken und Schnarche nicht mehr.»

WIE IST ES DIR NACH DER OPERATION GEGANGEN?

«Ich habe mich besser gefühlt. Ich kann jetzt besser schlucken und bin froh, dass ich es hinter mir habe. Es hat nach der Operation etwas Weh getan. Aber es gibt immer Vor- und Nachteile. Bei mir überwiegen die Vorteile. Ich bin zufrieden, dass ich es gemacht habe.»

WIE WAR ES FÜR DICH IN EINEM VIERERZIMMER MIT DREI ANDEREN MÄDCHEN ZU SEIN?

«Die anderen Mädchen waren sehr nett und es war cool mit ihnen im selben Zimmer zu schlafen. Wir hatten es lustig. Ich war die jüngste im Zimmer. Jetzt wo ich alleine im Viererzimmer bin, weil alle nach Hause durften, ist es ein grosser Unterschied. Vor allem das «Vorher-Nachher» merke ich richtig fest, weil ich jetzt alleine bin. Zu Hause bin ich nicht oft alleine, weil ich vier Geschwister habe.»

HAST DU HEIMWEH?

«Nein. Es ist einfach komisch für mich mit den vielen Kabeln im Zimmer (auf genauere Nachfragen sagt sie die O2- und Sugianschlüsse, Überwachungsmonitoren usw.). Ich finde es aber sehr cool, dass ich ein Telefon im Zimmer habe und das Bett verstellen kann. Auch der Service gefällt mir gut. Ich werde verwöhnt durch den vielen Besuch, den ich bekomme. So habe ich gemerkt, dass ich den anderen nicht egal bin. Denn sie sind mich besuchen gekommen und das hat mich sehr gefreut.»

HATTEST DU AUCH SCHON HEIMWEH?

«Ja, als ich klein war. So mit vier oder sieben Jahren. Damals habe ich beim Opa übernachtet, zusammen mit meinem Bruder. Er hatte Heimweh. Und das hat mich angesteckt. Ich bekam auch Heimweh. Das Heimweh steigt dann in einem hoch. Mein Trick gegen Heimweh ist Ablenkung. Dann merkt man gar nicht mehr, dass man Heimweh hat. Es hilft mir an Gutes zu denken und nicht ans Schlechte. Zu denken «ich schaff das». Bevor ich in den Spital kam haben mir die anderen nur Positives vom Kisp St. Gallen erzählt. Das hat mir Mut gemacht.»

WAS WAR DEIN BESTES ERLEBNIS HIER IM SPITAL?

«Ich wurde richtig verwöhnt. Mit Geschenken, Essen, Service. Es ist wie im Hotel. Ich fühle mich wie zu Hause.»

HAT ES AUCH EIN SCHLECHTES ERLEBNIS GEGEBEN?

«Nein, keines.»

WÜRDEST DU ETWAS ÄNDERN WENN DU KÖNNTEST?

«Vielleicht, dass niemand im Zimmer alleine sein muss. Aber es ist gut, wie es ist.»

GIBT ES ETWAS DAS DU ZUM SCHLUSS NOCH SAGEN MÖCHTEST?

«Es ist fast wie Ferien hier. Bei Schmerzen bekommt man ein Medikament. Bei der Operation spürt man nichts und dann ist es schon vorbei. Es kommt immer alles gut und man freut sich, wenn es hinter einem ist. Und am Schluss ist man stolz auf sich.»

Vielen Dank für das Gespräch mit dir, Samantha.

Lehrabschluss

Fredy Lanz, Leiter Ausbildung Pflege

Am 4. Juli 2018 hat im Ostschweizer Kinderspital OKS die Lehrabschlussfeier der Kauffrau Sarah Linder, des Mediamatikers Quirin Fitzli und der Fachfrauen Gesundheit Annique Moll, Sina Schmid, Nicole Steingruber, Sara Wattinger und Michelle Zwiker vom Kurs 13/2015 stattgefunden. Die sieben jungen Berufsleute konnten nach dreijähriger erfolgreicher Lehrzeit ihre Fähigkeitszeugnisse entgegennehmen.

Die Auszubildenden haben sich in den drei Jahren ein grosses Fachwissen angeeignet und sind in ihren Persönlichkeiten gereift und gewachsen.



Foto Lehrabschlussfeier; v.l.n.r.:

Quirin Fitzli Mediamatiker, Fredy Granacher Ausbildner IT, Sara Wattinger FaGe, Michelle Zwiker FaGe, Sina Schmid FaGe, Fredy Lanz Leiter Ausbildung Pflege, Annique Moll FaGe, Nicole Steingruber FaGe, Sarah Linder KV, Doris Dürr Leitung Patientenadministration

Wir gratulieren den jungen Menschen ganz herzlich zum erfolgreichen Lehrabschluss.

Christine Hug,
Berufsbildnerin KV

Fredy Granacher,
Berufsbildner IT

Fredy Lanz
Leiter Ausbildung Pflege

Erinnerung Personalfest

Fabienne Stocker, Mitglied des Redaktionsteams

Das diesjährige Personalfest steht unter dem Motto «O'Zapft is» und findet am 21. September 2018 statt. In der Turnhalle Grossacker wird der Traum in blau-weiss gebühlich mit authentischem Essen und Getränken gefeiert.

Das OK freut sich auf ein zahlreiches Erscheinen.



Üppiges Blumenbeet

Ernst Knupp, Redaktionsteam

In dieser Fokus-Ausgabe ist viel die Rede von Schmerzen und damit verbunden von Leiden. Leiden gehört in verschiedenen Formen zu unserem Leben dazu. Wie sonst könnten wir unsere Freuden abgrenzen und – wären sie denn ein Dauerzustand – als solche wahrnehmen? Die Artikel in dieser Ausgabe enthalten auch einige Informationen über den Umgang mit Schmerzen. Wirksame Methoden erlauben es den Fachpersonen, andere Menschen darin zu unterstützen und helfen, Schmerzen zu beseitigen oder mindestens zu lindern. Das gehört zur Kernkompetenz von Spitälern und dies wird auch von uns Mitarbeitenden des Kinderspitals erwartet.

Die fachkompetente Schmerzbehandlung weiss auch um den bedeutenden Beitrag der Familie und der Angehörigen der Patientinnen und Patienten im wirksamen

Umgang mit Schmerzen. Mit besonderer Zuwendung, Empathie, tröstenden Worten oder symbolischen Geschenken drücken diese nahestehenden Personen ihr Mitgefühl aus. Geteiltes Leid ist halbes Leid, so weiss es der Volksmund.

Ich rechne fest damit, dass sich in der Umkehrlogik die Freude vermehrt, wenn sie geteilt wird. So beobachtete ich in den Monaten Mai bis Juli immer wieder mit Freude das üppige Blumenbeet hin zum Eingang des Kinderspitals. Wie erfreulich erschienen mir diese Beete besonders in diesem Jahr. Hoffentlich konnten sie schmerzgeprüften Menschen auf den Sitzbänken einen kurzen Augenblick lang Ablenkung und farbenfrohe Lebendigkeit schenken. Auch wenn sie nachvollziehbar dann wohl nicht gerade an den verantwortlichen Gärtner dachten – wir tun's hiermit und danken ihm an dieser Stelle für seinen Beitrag «durch die Blumen».



Checkübergabe

Dr. med. Dominik Stambach,
Leitender Arzt Kardiologie

Zum vierten Mal fand am 27. Mai 2018 der Herzlauf in Pfäffikon statt. Das Motto lautete «Zusammen – ensemble – insieme – ensemen». Zusammen mit Sponsoren, Läufern und Läuferinnen sowie unterstützenden Besuchern ist es einmal mehr gelungen, eine beachtliche Summe an Spendengeldern zugunsten herzkranker Kinder und ihrer Eltern einzulaufen. Dieses Jahr wurde erstmals auch ein Betrag an die Herzpatienten des OKS gesprochen. Am 5. Juli 2018 konnten wir einen Check von 5'000 Franken in Empfang nehmen.

Besten Dank den Organisatoren und Sponsoren des Laufes.



Eventwoche Entwicklungsfördernde Betreuung Station C

Pia Böhi, Pflegeexpertin Praxis C
Susanne Schwizer, Stationsleiterin C

Die Entwicklungsfördernde Betreuung, insbesondere auch jener, der kleinsten frühgeborenen Kinder ist ein zentraler und täglicher Schwerpunkt der Pflege und des gesamten interdisziplinären Betreuungsteams.

Die druckfrischen Flyer zum Thema Känguruen, die bildlich dargestellten Meilensteine des frühgeborenen Kindes im IMC, die neu gestalteten altersentsprechenden Spieloasen-Boxen für die Patientinnen und Patienten der ganzen Station, sowie die verschiedenen Unterlagen zur Entwicklungsförderung waren der Anlass für die Eventwoche mit spezifischem Rahmenprogramm vom 5. bis 10. Juni 2018 auf der Station C.

Im Rahmen unserer Jahresziele Pflege 2018 war und ist es uns wichtig, die Eltern mit verschiedenen Aktionen und Unterlagen und vor allem mit einer wohlwollenden Begleitung für das Thema «entwicklungsfördernde Betreuung» zu sensibilisieren. Unser Ziel ist es, mit den Eltern aktiv zusammen zu arbeiten, um sie auf dem Weg der Förderung und Unterstützung der Entwicklung ihres Kindes zu befähigen. Denn wer kann das besser als die eigene Mutter und der eigene Vater, welche die Experten für ihr Kind sind?

Das Referat der Entwicklungspädiaterin Dr. Ursula Speckle zum Thema «Neue Erkenntnisse zum Outcome von Frühgeborenen Kindern», zeigten eindrücklich auf, dass die Spitzenmedizin bei den kleinsten frühgeborenen Kindern medizinisch eine hervorragende Arbeit mit einem sehr guten Outcome leistet. Erkenntnisse aus Studien und Untersuchungen zeigen aber, dass in der psychischen Entwicklung der frühgeborenen Kindern noch Entwicklungspotenzial und Handlungsbedarf besteht, und dass das Betreuungsteam hier eine grosse Verantwortung mitträgt.



Känguruing



Die neuesten Studienergebnisse ermuntern und motivieren uns im Alltag den Weg der Entwicklungsfördernden Betreuung weiterzugehen und dem wichtigen Thema Entwicklung im ersten Lebensjahr eine grosse Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Verhaltenszeichen des Säuglings zu erkennen, zu interpretieren und entsprechend zu handeln, erfordert eine möglichst hohe Präsenz der Eltern bei ihrem Kind und eine intensive Begleitung durch das Betreuungsteam.

Die Spieloasenboxen unterstützen dabei die Eltern und das Betreuungsteam mit Inputs zur Entwicklungsförderung, insbesondere auch im Spitalalltag. Das Känguruen fördert die Bindung vom Kind zur Mutter und zum Vater und beeinflusst die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes positiv.

Zusammengefasst: wir verstehen entwicklungsfördernde Betreuung als Teil der familienzentrierten Pflege und Behandlung und sehen die Eltern/Familien darin als wichtigsten Partner in der Betreuung ihres Kindes. Durch deren Präsenz lernen sie ihr Kind besser zu verstehen und können ihre elterlichen Kompetenzen weiter ausbauen.

Programm Eventwoche

5. JUNI 14.30 UHR

Apéro gemeinsam mit den Eltern unserer kleinen Patienten und Betreuungsteam C mit Vorstellung des Flyer zum Thema Känguruen, die Meilensteine des Frühgeborenen Kindes im IMC, die neu gestalteten Spieloasen-Kistli für die Patienten der ganzen Station, sowie die Unterlagen zur Entwicklungsförderung.

5. JUNI, 10.30 – 11.00 UHR
UND 15.30 – 16.00 UHR

Pflegefachgespräch: Isoletten – und Hautpflege, Pflege C

6. JUNI, 15.30 – 16.00 UHR

Impulsreferat: Neue Erkenntnisse zum Outcome von Frühgeborenen Kindern, Dr. Ursula Speckle, Entwicklungspädiaterin

7. JUNI, 15.30 -16.00 UHR

Vorstellung Diplomarbeit FMS: Auswirkungen von Musik auf die Vitalzeichen von Kindern mit Atemwegsinfekten

5.- 10. JUNI

Freie Besichtigung der Unterlagen und div. Studien zum Thema Entwicklungsfördernde Betreuung, sowie der Spieloasen-Kistli

Jassturnier 2018

Brigitta Oertle
Leiterin Pflege & Betreuung

...und SIE taten es wieder – Jassen!

Am 24. Mai traten 24 Jasserinnen und Jasser aus dem OKS gegeneinander an und haben in drei spannenden Runden wichtige Punkte gesammelt. Am Schluss liess sich Claudia Schläpfer, mit hervorragenden 4279 Punkten, als Jasskönigin feiern. Den zweiten Platz erjassete sich Brigitte Schwizer mit 4217 Punkten und den Dritten Claudia Fausch mit 4194 Punkten. Den drei Bestplatzierten gratulieren wir herzlich zu ihren Spitzenrängen.

Allen Beteiligten mit deren Hilfe die Durchführung des Jassturniers 2018 einmal mehr ein tolles Erlebnis war, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

...und Sie tun es wieder – Jassen!

2019 findet wieder ein Jassturnier statt, das OK freut sich schon heute auf zahlreiche Jassbegeisterte die einmal in ihrem Leben Königin oder König werden wollen ☺, oder einfach spielend einen Abend miteinander verbringen möchten!



Ein Kispianer namens ...

Ein Kispianer namens Merz
 Verspürte häufig einen Schmerz
 Mal zwickt ihn kräftig gluteal
 Dann schmerzt das Knie ihn ganz brutal
 Mal ist's die Schulter, mal die Zähne
 Mal ist es Bauchweh, mal Migräne
 Der Fuss tut auch bisweilen weh,
 vom Fersen bis zur kleinen Zeh
 Und täglich tut der Merz uns kund
 Die Finger seien ziemlich wund
 Ob Dysurie, ob Arthralgie
 Ob Schulter, Ohren, Knöchel, Knie
 Der Merz kennt sich mit Schmerzen aus
 und bleibt darum gehäuft zu Haus
 Nur in der Freizeit, so hört man
 Er plötzlich wieder alles kann
 Fährt ohne Schmerzen rassig Ski
 Geht auch beim Tanzen in die Knie
 Spielt Fussball auch am Dorfturnier
 Trinkt nachher übermässig Bier
 Am Montag er den Chef anrief
 Die Hüfte sei mal wieder schief
 Womöglich sei sie gar gebrochen
 Er fehle mindestens vier Wochen
 Der Leser hat es längst erkannt
 Der Merz, der ist ein Simulant

Vor dem Schreddern

Ernst Knupp, Redaktionsteam

IN DIESER RUBRIK VERMITTELN WIR PUNKTUELLE EINDRÜCKE AUS VERGANGENEN TAGEN. DIE QUELLE IST DIESMAL DAS «PROTOKOLL DES STATIONSSCHWESTERN-RAPPORTES VOM 7. JULI 1992»:

«Sr. Esther von der Schule informiert: Die Schülerinnen der Wiener-Schule waren geradezu begeistert von den hellen, modernen Räumen des Kinderspitals und hätten gerne sofort die Stelle gewechselt. Die Schülerinnen zeigten sich auch sonst sehr wissbegierig. Sie waren ausserdem sehr beeindruckt von unserer Arbeitskleidung.»

Abtauchen und genießen

BUCHTIPPS VON MITARBEITENDEN

> MEDIENFOKUS 1



«Von Vögeln und Menschen» von Margriet de Moor

263 SEITEN, 2018, HANSER GEBUNDENE AUSGABE, ISBN: 978-3-446-25819-8

Wenn Sie von Margriet de Moor schon gelesen haben, kann ich Ihnen nur gratulieren zur «guten» Lektüre. Wenn nicht, dann freuen Sie sich auf literarische Leckerbissen!

Zum neuesten Buch «von Vögeln und Menschen», der Klappentext:

«Vor dem Amsterdamer Hauptbahnhof klafft eine Baugrube. Auf dem schmalen Steg davor begegnen sich zwei Frauen. Schreiend beginnt die jüngere auf die ältere einzuschlagen, bis diese in die Grube stürzt und den Tod findet. Seit ihrer Kindheit hat Marie Lina den Gedanken an Rache im Herzen getragen, an diesem Tag bricht sie den Bann. Marie Linas Mann ist Vogelvertreiber am Flughafen, sie führen eine gute Ehe. Die tiefe Wut seiner Frau aber kann er nicht vertreiben. Warum hat Marie Linas Mutter einst einen Mord gestanden, den sie nicht begangen hat? Von Vögeln und Menschen ist ein Roman über drei starke Frauen – spannend, dicht und unglaublich raffiniert erzählt.»

Letztendlich steht über der Geschichte die Frage: «Warum wir so handeln wie wir handeln»?

Margriet de Moor ist eine der grossen Schriftstellerinnen der Gegenwart in den Niederlanden. Sie ist eine Kennerin der menschlichen Abgründe und Sehnsüchte und schreibt in einer wunderschönen Sprache, präzise, dicht, stilsicher und dabei ganz unaufgeregt. Ihre Bücher regen zum Nachdenken an!

Brigitta Oertle, Leiterin Pflege und Betreuung

> MEDIENFOKUS 2



«Zirkuskind» von John Irving

976 SEITEN, 1997, DIOGENES, ISBN: 978-3-257-22966-0

Verführerisch bunt und schillernd wie Bombay, unberechenbar magisch und spannend wie ein akrobatischer Seiltrick, das ist John Irvings lang erwarteter Roman «Zirkuskind», ein Arzt- und Zirkusdrama der ganz anderen Art. Dr. Daruwalla sucht das «Zwergen-Gen» und einen Golfplatzmörder. Was er findet, ist Possenspiel und Grusel zugleich.

Ein echter Irving: verschlungen, virtuos entlang der Abgründe des Irrwitzes balancierend und von den absonderlichsten Typen bevölkert. Irving geht auf's Ganze.

Maite Ortega, Assistentin CEO

WM 2018 – Schweiz gegen Schweden

DAS WM-FIEBER HIELT AUCH IM KISPI EINZUG. KURZERHAND WURDE DESHALB EIN PUBLIC VIEWING FÜR DEN ACHTELFINAL SCHWEIZ – SCHWEDEN ORGANISIERT UND KREATIVE TRIKOTS GEBASTELT. PASSEND ZUM GEGEBENEN ANLASS (AUCH DER MITARBEITERAPERERO FAND STATT), VERWÖHNTE DAS GASTRONOMIE-TEAM DIE ANWESENDEN MIT KÖSTLICHEN BURGERN UND ALLERLEI WEITEREN HÄPPCHEN.

BILD-FOKUS REPORTAGE

