

PanDu – Palliativnetz Duisburg e.V.

Interaktives Seminar

Schmerz und Demenz

Duisburg 29.01.2014

*„Three most important elements of the palliativ approach in dementia:
1. communication, 2. communication 3. communication“ (G. D. Borasio 2007)*

Problemaufriss:

- Immer mehr Menschen mit Demenz (zurzeit ca. 1,3 Mill. BRD)
- stationärer Bereich ca. 70% der BW mit Demenz
- Menschen mit Demenz (MmD) meist hochaltrig dadurch ergibt sich eine: „**Palliative Landschaft**“ (eine chron. Erkrankung pro Lebensjahrzehnt)
- Primäre Demenzen führen zu einem **Spracherfall**
- Basisausbildung AP, KP und Medizinstudium bereiten unzureichend auf das Problemfeld vor
- Palliative Care und Palliativmedizin sind unzureichend vorbereitet auf MmD (aber auch auf MmgB)
- Menschen mit Demenz erhalten **deutlich weniger Schmerzmittel** (T. Fischer) als orientierte Menschen im gleichen Alter
- Selbst bei Oberschenkelhalsfraktur bekommen orientierte Menschen 3 x mehr Opioide als Menschen mit Demenz
- Schmerzverhalten bei MmD oftmals widersprüchlich

„No brain – No pain!?“

**Können Menschen mit Demenz
überhaupt Schmerzen
empfinden?**

„Warum sollten Menschen mit Demenz keine Schmerzen haben?

Welcher Schutzfaktor sollte sie vor Schmerzen bewahren?

*Demente Menschen haben die gleichen Organe, Nerven,
Muskeln, Knochen und Gelenke, die gleichen Krankheiten, die
gleichen Schmerzrezeptoren wie alle anderen“.*

(M. Kojer 2009 – Palliativmedizinerin in Wien)

Wie verändert sich das Schmerzerleben und –verhalten bei Menschen mit Demenz?

Nach Kunz/ Lautenbach (2004):

- Schmerzschwelle zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen MmD und Menschen ohne Demenz
- Fluchtreflex an den Extremitäten auf Schmerzreiz ist **gleich**
- Deutlicher Unterschied bei **Toleranzschwelle** – bei Menschen mit DAT liegt sie deutlich höher
- Mimische** Aktivität tritt bei MmD stärker und früher auf
- Bei starken Schmerzreizen kein Unterschied in den vegetativen Schmerzreaktionen

(vgl.: Kunz/Lautenbach – Fortschr Neurol Psychiatr 72: 375-82)

Darüber hinaus:

- Bei fortgeschrittener Demenz kann ein Schmerzzustand **verbal** immer weniger ausgedrückt werden
- Schmerzreaktionen werden **unspezifisch** und manchmal **paradox**
- Lokalisation** des Schmerzes ist immer weniger möglich
- Begriff „Schmerz“ geht früh **verloren** – hingegen „Tut es weh?“ oder „Haben Sie Aua?“ bleibt noch lange erhalten
- Auf einen physiologischen Schmerz reagieren Betroffene adäquat – hingegen auf klinischen Schmerz nicht

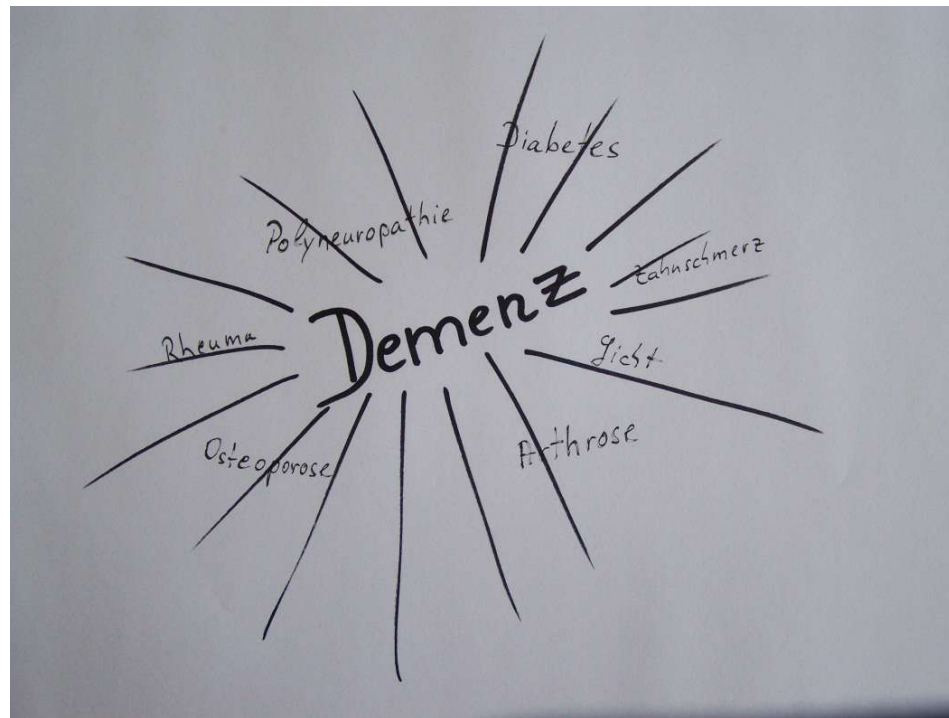
(vgl.: Kostrzewa – Palliative Pflege von Menschen mit Demenz, Hans Huber, Bern 2010)

Was sehen wir, wenn wir einen Menschen mit Demenz beobachten?

- Ansammlung von Symptomen?
- Konvolut von Defiziten?
- Dementes Verhalten?
- Herausforderndes Demenzverhalten?

Alte Menschen haben häufig viele Diagnosen...

Wenn nun aber auch eine gerontopsychiatrische Diagnose vorliegt, überstrahlt diese alle anderen Diagnosen ...



...oder wir sehen nur „dementes Verhalten“ durch unsere
Demenzbrille



Merke!!!

Demenz tut körperlich nicht weh,
aber...

- ...eine z.B. Arthrose schmerzt nicht weniger, nur weil z.B. eine Alzheimer Demenz hinzugekommen ist
- ...wenn der Betroffene nicht „Au“ sagt, kann er trotzdem Schmerzen haben

Fallarbeit: *Frau Müller*

Wie zeigen oftmals Menschen mit fortgeschrittener Demenz ihren Schmerz?

Lautäußerungen:

- Summen
- Leise vor sich hin weinen
- Murren
- Fluchen
- Jammern
- Stöhnen
- Aufschreien
- Brüllen

So teilen Menschen mit Demenz ihren Schmerz ebenfalls mit...

Nichtsprachliche Äußerungen und Verhaltensreaktionen:

- Besorgter oder ängstlicher Gesichtsausdruck
- Starrer oder gespannter Blick
- Stirnrunzeln, Grimassen schneiden
- Zuckungen und/oder muskuläre Anspannung
- Angespannte Körperhaltung, angezogene Knie, geballte Fäuste
- Schonhaltung, Zurückziehen, Festhalten
- Abwehr bei der Pflege (Schlagen, Kneifen, Beißen etc.)
- Reiben oder Nesteln

So teilen Menschen mit Demenz ihren Schmerz mit...

Weitere nichtsprachliche Äußerungen und Verhaltensreaktionen:

- Wiegen und Schaukeln
- Unruhe und/oder Aggressivität
- Keine Reaktion auf Trost
- Schlafstörungen
- Reduzierter oder kein Appetit

Vegetative Reaktionen:

- Erhöhter Puls und Blutdruck
- Schnelle und flache Atmung
- Schweißbildung
- Erhöhter Muskeltonus

Schmerzerfassung:

- Schmerz ist nicht messbar!
- Selbstauskunft vor Fremdbeobachtung (siehe Nationaler Expertenstandard)
- Fremdbeobachtung nur, wenn Betroffener sich überhaupt nicht mehr adäquat verbal mitteilen kann
- Fremdbeobachtungsinstrumente sind „Hilfsmittel“ für die Beobachtung
- Es wird nicht **Schmerz** sondern ein mögliches Schmerzerhalten beobachtet
- Es hilft bei der interprofessionellen Kommunikation
- ECPA, BESD, Doloplus, PASCLAC sind valide und reliabel (Zwakhalen 2006)

Schmerzerhebungsinstrumente:

Selbstauskunft:

- Schmerztagebuch
- NRS, VAS, VRS
- „Schmerzthermometer“
- Smiley-Analogskala

Fremdbeobachtung:

- ECPA/ BISAD
- Doloplus
- BESD
- ZOPA

Schmerzerhebungsinstrumente:

Selbstauskunft:

- Schmerztagebuch
- NRS, VAS, VRS
- „Schmerzthermometer“
- Smiley-Analogskala

Fremdbeobachtung:

- ECPA/ BISAD
- Doloplus
- BESD
- ZOPA

Tipps aus der täglichen Praxis:

- Üben Sie mit Ihrem Team in Fallbesprechungen den Einsatz der verschiedenen Schmerzerhebungsinstrumente
- Sensibilisieren Sie auch weitere Berufsgruppen und Angehörige für das Thema - Insbesondere Angehörige erkennen oftmals eher einen Schmerzzustand (vgl. HILDE-Studie, A. Kruse 2011)
- Beziehen Sie auch ehrenamtliche MA in die Schmerzerfassung mit ein
- Teilen Sie dem behandelnden Arzt mit, mit welchen Instrumenten Ihr Team arbeitet
- Bedenken Sie, dass diese Instrumente nur „Hilfsmittel“ sind
- Es muss nicht immer der Schmerz sein – jedoch hohe Wahrscheinlichkeit

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Warum zeigen Menschen mit Demenz herausforderndes Verhalten?

- Fehlende Impulskontrolle
- **Psychische** Ursachen: Angst, Scham, Unsicherheit, Reiz-Unter- oder Überforderung, Erinnerungsimpulse etc.
- **Soziale** Ursachen: Veränderte Umgebung, neue Bezugspersonen, Lärm, Unruhe etc.
- **Körperliche** Ursachen: Schmerzen, Juckreiz, Übelkeit, „Unruhige Beine“, Allergien etc.

Herausfordernde Verhaltensweisen bedeuten daher auch:

- *„... mir geht es nicht gut!“*
- *„... kümmert Euch um mich!“*
- *„... gebt Euch Mühe herauszufinden, was mich quält!“*
- *„... gebt mich nicht zu schnell auf!“*

Herausfordernde Verhaltensweisen bedeuten daher auch:

- *„... mir geht es nicht gut!“*
- *„... kümmert Euch um mich!“*
- *„... gebt Euch Mühe herauszufinden, was mich quält!“*
- *„... gebt mich nicht zu schnell auf!“*

Wie können wir darauf reagieren?

... mit einer guten **Palliativversorgung**

Palliative Care:

„Lindern einer fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung. Ziel der Maßnahmen ist Wohlbefinden und Lebensqualität für den Betroffenen und seine Angehörigen“ (WHO)

Wie gehen wir palliativ vor?

- Die STI-Methode –

(Serial-Trail-Intervention Methode)

In 5 Schritten:

Schritt 1: Erfassung der **körperlichen** Bedürfnisse

Schritt 2: Erfassung der **psychosozialen** Bedürfnisse

Schritt 3: Einleitung von **nicht-medikamentösen**
Maßnahmen

Schritt 4: Versuchsweise Gabe von **Schmerzmitteln**

Schritt 5: Beratung mit dem Arzt und versuchsweise
Gabe von **Psychopharmaka**

Bevor Psychopharmaka gegeben werden...

... sollten Sie zuvor aber genau überlegen, ob der Betroffene unter seinem Verhalten leidet oder eher die Personen aus seinem Umfeld!

... denn dann brauchen wir:

Bedarfsmedikation für Mitarbeiter, Ärzte und Angehörige?!

Danke für Ihr Interesse!

st.kostrzewa@arcor.de