

Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz in den Pflegezentren der Stadt Zürich

Autor(en): **Geschwindner, Heike**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des
Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen
Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(2010-2011)**

Heft 111

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-789820>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz in den Pflegezentren der Stadt Zürich

Heike Geschwindner

Einleitung

Die Prävalenz von Schmerzen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeinstitutionen ist hoch und hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Lebensqualität und auf funktionelle Verschlechterungen [1]. Die Prävalenzen variieren abhängig von Autor und Methode stark [2]. In einer neueren Studie wird die Schmerzprävalenz in Pflegeheimen in Finnland, Italien und den Niederlanden verglichen. Die Schmerzprävalenz liegt zwischen 32% (Italien) und 57% (Finnland), ungeachtet kultureller Unterschiede [3].

Eine Schmerzeinschätzung beruht typischerweise auf mündlichen Angaben der betroffenen Personen. Bei der Entwicklung von Instrumenten des Schmerzassessments wird häufig auf diesen Ansatz zurückgegriffen. Das Vorhandensein von Schmerz wird allerdings auch durch nonverbale Anzeichen wie z. B. Gesichtsausdruck, Körpersprache, kommuniziert. Diese Anzeichen sind schwieriger zu erkennen und zu interpretieren. Bei Personen mit kognitiven Einschränkungen sind gerade die nonverbalen Äusserungen wesentliche Kriterien zur Beurteilung von Schmerz. Die Schmerzerfassung und -einschätzung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen stellt somit hohe Ansprüche an die beurteilenden Pflegenden und Ärzte, u. a. an die Beobachtungsgabe [4]. Aus diesem Grund stellt sich die Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz als ein Verfahren mit diversen Unsicherheitsfaktoren dar. Die vielfältigen Anzeichen für Schmerz sind nicht immer eindeutig zu erkennen. Eine Einschätzung beruht stets auf der Wahrnehmung der Betreuenden durch direkte Beobachtungen, die korrekt, aber auch falsch sein können. Eine mögliche Bias bei der Einschätzung liegt in der beobachtenden Person und ihrer Auffassung von Schmerz [5]. So werden bei Personen, die an einer physischen Erkrankung leiden, die mit Schmerzen einhergeht wie z. B. Carcinomerkrankungen, eindeutig häufiger Schmerzereignisse und eine höhere Schmerzintensität dokumentiert, und diese werden

entsprechend behandelt [1]. Im Gegensatz dazu wird Personen mit kognitiven Einschränkungen ein selteneres Schmerzaufreten und eine geringere Schmerzintensität zugewiesen. Proportional zu der Zunahme des kognitiven Defizits werden die Schmerzintensität- und -häufigkeit niedriger eingestuft. Die Hypothese, dass die Unterschiede durch die mit Schmerz einhergehenden Grunderkrankungen der Bewohner/-innen begründet sind, konnten Reynolds et al in ihrer Studie nicht bestätigen [4].

Aufgrund all dieser Aussagen ist es wenig verwunderlich, dass bei Personen mit kognitiven Einschränkungen, zuhause, im Spital und in Langzeitinstitutionen, die Schmerztherapie häufig unzureichend ist [4].

Als mögliche Ursachen für ein schlechteres Schmerzmanagement bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen werden die erschwerte Kommunikation und das schwierige Erkennen der Schmerzen genannt. Ausserdem werden die Nebenwirkungen der Medikamente und Polypharmazie als kritische Faktoren für die Schmerztherapie angesehen [6]. So werden bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in Pflegeheimen häufiger Acetaminophen-Präparate und seltener opioidhaltige Medikamente verordnet, als dies bei kognitiv kompetenten Bewohner/-innen der Fall ist. Unterschiede in der Verordnung von Schmerzmedikation bei Bewohner/-innen von Langzeitpflegeinstitutionen zeigen sich auch darin, ob die Medikamente fest oder als Bedarfsmedikation verordnet sind. Ebenso wird kognitiv kompetenten Bewohner/-innen häufiger eine regelmässige Schmerzmedikation verordnet, kognitiv eingeschränkten Bewohner/-innen die Bedarfsmedikation [4].

In den letzten 20 Jahren wurden verschiedene Beobachtungsinstrumente zur Schmerzerfassung bei Demenz entwickelt, deren psychometrische Qualität variiert. [2, 7]. Nicht alle Instrumente zur Schmerzerfassung liegen in einer validierten deutschsprachigen Version vor. In den Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) wird bis anhin zur Einschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenzerkrankung das

Beobachtungsinstrument ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) verwendet. ECPA wurde 1993 in Frankreich entwickelt und liegt in Deutsch vor [8], wobei jedoch unklar ist, ob diese Version getestet wurde. Die Skala umfasst elf plus zwei fakultative Items, die sich auf die Beurteilungsdimensionen Beobachtungen ausserhalb der Pflege, Beobachtungen während der Pflege, Auswirkungen auf Aktivitäten, verteilen. Die Beobachtungen werden auf einer 5er-Skala (0 bis 4) eingestuft, wobei ohne Berücksichtigung der fakultativen Items der Maximalscore bei 44 liegt. In den PZZ wird das Instrument von Pflegenden regelmässig eingesetzt, wobei die beiden fakultativen Items Pupillendilatation und Pulsanstieg sehr selten beurteilt werden. Die Pflegenden bezeichnen das Instrument als gut einsetzbar. Jedoch stellten sie sich immer wieder die Frage, ob durch den Beobachtungs- und Einschätzungszeitraum von 24 Stunden auch die Einzelsituationen, in denen die Pflegenden das Vorhandensein von Schmerzen vermuten, mit der ECPA so wiedergegeben werden können, dass eine angebrachte Therapie eingeleitet wird. Ausgehend von den Erfordernissen in der Praxis wurde ein Instrument zur situativen Schmerzeinschätzung bei kognitiv beeinträchtigten Personen gesucht.

Mit dem Einschätzungsinstrument "Beurteilung von Schmerz bei Demenz" (BESD) liegt eine getestete deutsche Version der Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) [9] vor, [10], die von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) propagiert und publiziert wird [11]. Das Instrument BESD umfasst die fünf beobachtbaren Verhaltensweisen Atmung, Negative Lautäusserungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für ein Schmerzassessment wird eine Bewohnerin / ein Bewohner zwei Minuten beobachtet. Die Einschätzung erfolgt dann anhand einer dreistufigen Skala (0 bis 2). Der Höchstscore beträgt 10, was mit (sehr) starken Schmerzen assoziiert wird. Die Quantifizierung der Einschätzung und die Interpretation der Ergebnisse ist mit den numerischen

,bzw. verbalen Skalen (Visual-Analog-Skala=VAS) vergleichbar, welche bei kognitiv kompetenten Bewohner/innen zur situativen Schmerzeinschätzung angewendet werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Schmerzintensität VAS, BESD und ECPA

* Keine Score bezogenen Abstufungen

Schmerzintensität	VAS	BESD	ECPA*
Keine Schmerzen	0	0	0
Leichte Schmerzen	1 - 3	1 - 3	
Mittlere Schmerzen	4 - 6	4 - 6	
Starke Schmerzen	7 - 8	7 - 8	
Extrem starke/ unerträgliche Schmerzen	9 - 10	9 - 10	44

Um die Eignung der BESD-Skala für den Einsatz in den PZZ zu überprüfen, wurde das Instrument im ersten Quartal 2009 in drei Pflegezentren praktisch getestet. Neben der Anwenderfreundlichkeit des Instruments lag der Fokus auf der Fragestellung, ob bei der Beobachtung verschiedenartiger Pflegesituationen mit dem Instrument Unterschiede in der Schmerzbeurteilung erkannt und eingestuft werden können.

Methode

Zur Überprüfung der Fragestellung wurde bei 29 Bewohner/-innen mit Demenz während zwei Tagen jeweils vier Pflegesituationen von zwei Pflegenden beobachtet und unabhängig eingeschätzt. Von den vier Situationen sollten pro Bewohner/-in und Messzeitpunkt jeweils eine Mobilisation, eine Körperpflege sowie eine Ruhephase beobachtet

werden. Zusätzlich zu den vier BESD-Einschätzungen wurde an den gleichen Tagen durch die beiden Pflegenden die ECPA eingeschätzt. Mit der gleichzeitigen Beobachtung und der unabhängigen Schmerzeinschätzung durch zwei Pflegende wurde neben der Anwendbarkeit auch die Interrater-Reliabilität der Skalen getestet. Weil die beiden Instrumente unterschiedlich konstruiert sind und angewendet werden, wurden die Einschätzungsergebnisse ausschliesslich im Hinblick auf ihre Übereinstimmung der Schmerzausprägung (keine bis extrem stark) verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden zu den beiden Messzeitpunkten 462 Einschätzungen mit BESD sowie 116 ECPA-Einschätzungen gemacht. Mehrheitlich fanden die Beobachtungen und Schmerzeinschätzungen mit der BESD-Skala im Frühdienst statt. Die ECPA-Einschätzung erfolgte nach Ablauf der 24 Stunden Beobachtung und nach Rücksprache mit den anderen Pflegenden sowie anhand der Pflegedokumentation.

(siehe Grafik Seite 51)

BESD

Anhand der BESD-Einschätzung kann ein Verlauf der Schmerzintensität abgebildet werden. Die Unterschiede in der Schmerzintensität zeigen sich zwischen den verschiedenen Pflegesituationen. Bei Körperpflege und Mobilisation werden die Schmerzen deutlich höher eingeschätzt als in Ruhe. In der Ruhephase sind kaum und/oder selten Schmerzen erkennbar. Die Schmerzeinschätzungen der einzelnen Bewohner/-innen verteilen sich über die gesamte Skalenbreite (Tabelle 2). Dabei zeigt sich kein ausgesprochener Ceiling - oder Floor Effekt, was auf die Sensitivität des Instruments hinweist.

Die parallelen Einschätzungen der beiden Pflegenden unterscheiden sich in der Gesamtpunktzahl nur marginal. Abhängig von der zu be-

obachtenden Pflegesituation variieren die Interrater-Übereinstimmungen. Sie liegen beim Messzeitpunkt 1 (T1) zwischen 61% - 77%, bei T2 von 56% - 84%. Die Einschätzungen in der Ruhephase weisen den höchsten Übereinstimmungsgrad auf. Das heisst, dass innerhalb der fünf Verhaltensweisen die gleichen Beobachtungskriterien ausgewählt wurden. Die während der Beobachtung einer Mobilisation vorgenommenen Einschätzungen unterscheiden sich am stärksten voneinander.

Unabhängig von der Beobachtungssituation zeigt sich, dass es für die Pflegenden schwieriger zu sein scheint, Schmerzen nur anhand rein beobachtbarer Kriterien zu beurteilen wie z. B. Gesichtsausdruck und Körpersprache. Die Übereinstimmung der unabhängigen Einschätzungen durch die beiden Pflegenden ist hier niedriger als dies bei Verhaltensweisen, die mit Lautäusserungen verbunden sind, so auch Atmung und Trost, der Fall ist.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Einschätzungsergebnisse der Instrumente BESD und ECPA

	Mittelwert		Spannweite		Median	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
BESD Score* in Ruhe	0.76	1.84	0 - 8	0 - 8	0	1
BESD Score bei Körperpflege	4.17	5.0	0 - 9	0 - 9	4.0	5.5
BESD: Score bei Mobilisation	4.67	6.67	0 - 9	0 - 9	4.5	6.5
ECPA Score*	9.43	11.14	0 - 34	0 - 31	8.5	9.5

* Maximalscore BESD = 10, Maximalscore ECPA = 44

ECPA

Obwohl das Instrument durch seine grössere Anzahl Items differenzierter einzuschätzen scheint, liefert es im 24-Stunden Tagesverlauf keinen konkreten Hinweis auf kurzfristigen und/oder situationsbedingten Schmerz. Da die Instrumentenanlage auf eine Beobachtungsdauer und Einschätzungsinterpretation von 24 Std. ausgelegt ist, kann ein Gesamteindruck der Bewohner/-innensituation vermittelt werden. Die ECPA-Einschätzungen liegen im Durchschnitt bei 9.43 bis 11.14 Punkten von gesamthaft 44 Punkten. Dies weist auf einen deutlichen Floor Effekt, d. h. die meisten Einschätzungen sind im unteren Skalenviertel anzutreffen (Tabelle 2).

Die Übereinstimmung der ECPA-Einschätzung zwischen den beiden unabhängigen Beobachter/-innen liegt bei 64% (T1) resp. 63% (T2). Dabei weisen beim ersten Messzeitpunkt sieben von elf Items eine hohe Übereinstimmung von mehr als 66% auf, beim zweiten Messzeitpunkt drei der elf Items.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die BESD-Skala gezielt eingesetzt werden kann, um situative Schmerzereignisse zu erkennen und aufzuzeigen (siehe Seite 47/48 Abb. 1 & 2), was bei einer 24-stündigen Beobachtungssequenz durch mehrere Personen nicht der Fall ist.

(siehe Grafik Seite 52)

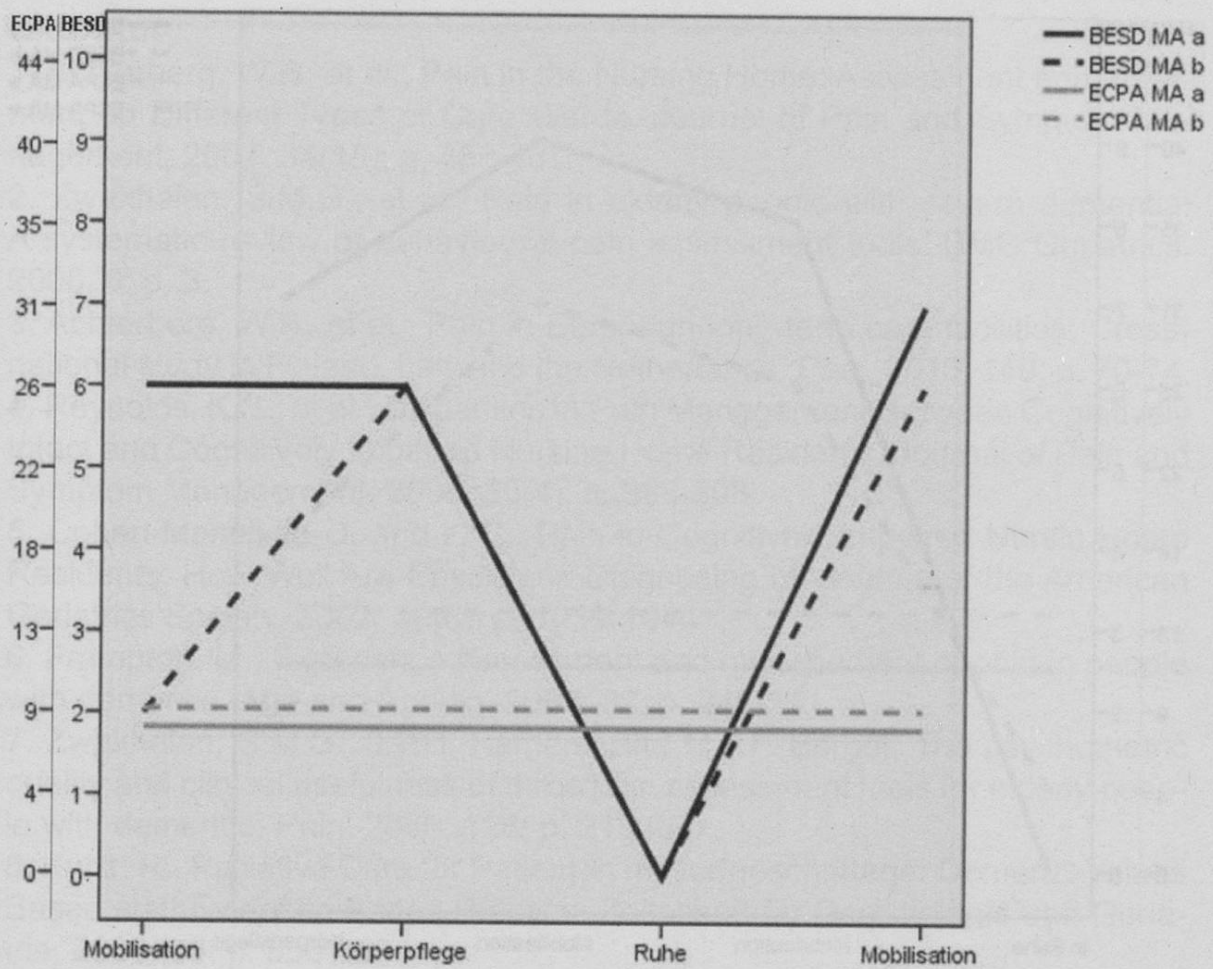
Diskussion

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse wurde bei den Pflegezentren der Stadt Zürich das Instrument BESD zur Einschätzung von (situativen) Schmerzen eingeführt. Durch die kurze Beobachtungszeit von zwei Minuten eignet sich das Instrument auch für eine Darstellung des Schmerzverlaufs nach Analgetikaverabreichung. So kann das Instrument ebenfalls gezielt bei einer Änderung der Schmerzmedikation eingesetzt werden. Das Assessmentinstrument ECPA wird in den PZZ weiterhin eingesetzt, allerdings vermehrt darauf ausgerichtet, einen Ge-

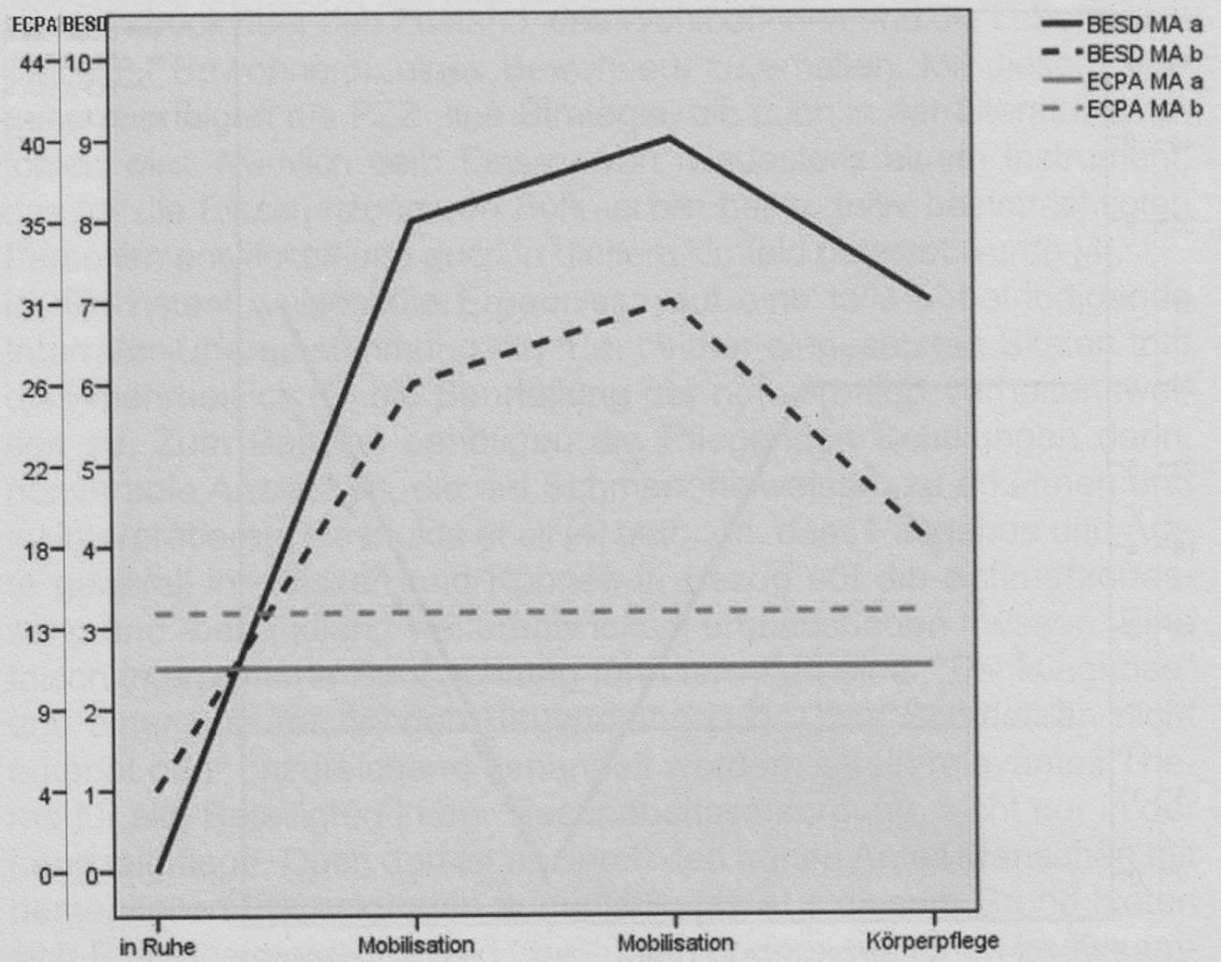
samteindruck über den Zustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität einer Bewohnerin, eines Bewohners zu erhalten. Mit diesem Vorgehen verfolgen die PZZ eine Strategie, die auch in der Literatur empfohlen wird. Nämlich dem Einsatz von mindestens einem Instrument, das für die Einschätzung von Schmerzen bei kognitiv beeinträchtigten Personen entwickelt und auch in diesem Umfeld getestet wurde [4].

Im Praxistest weisen die Ergebnisse auf eine teils unbefriedigende Interrater-Übereinstimmung hin. Bei beiden eingesetzten Skalen trifft dies mehrheitlich für die Beurteilung der nonverbalen Verhaltensweisen zu. Zum Beispiel benötigen die Pflegenden Schulungen darin, nonverbale Anzeichen, die auf Schmerz hinweisen, zu erkennen und zu interpretieren. Reynolds et al [4] betonen, dass Pflegende und Ärzte generell ihr Wissen und Können in Bezug auf die Schmerzerfassung und -behandlung weiterentwickeln und ausbauen müssen. Eine falsch interpretierte Beobachtung führt leicht zu einer "Fehldiagnose" und einer unzureichenden Behandlung [12]. Dass Schmerzen nicht erkannt oder unzureichend behandelt werden, ist ein relevantes Thema für alle Beteiligten in der Gesundheitsversorgung, nicht nur in der Langzeitpflege. Doch dort ist es durch den hohen Anteil Menschen mit dementiellen Erkrankungen augenfällig [4]. Aus diesem Grund bieten sich Pflegeheime als Umfeld für Studien und Innovationen im Zusammenhang mit der Verbesserung des Schmerzmanagements bei dieser Personengruppe an, von deren Erkenntnisse alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Nutzen ziehen können.

Der vorliegende Praxistest hat Begrenzungen. Eine Einschränkung liegt in der Stichprobe. Die Teilnehmer/-innen wurden von den Pflegenden ausgewählt, weil bei ihnen Schmerzen vermutet wurden. Dies kann die Ergebnisse massgeblich beeinflusst haben. Dennoch halten wir die unterschiedlichen BESD-Einschätzungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Beobachtungssituationen für realistisch. Weitere Untersuchungen des Instruments BESD und seiner Anwendung sind angebracht.



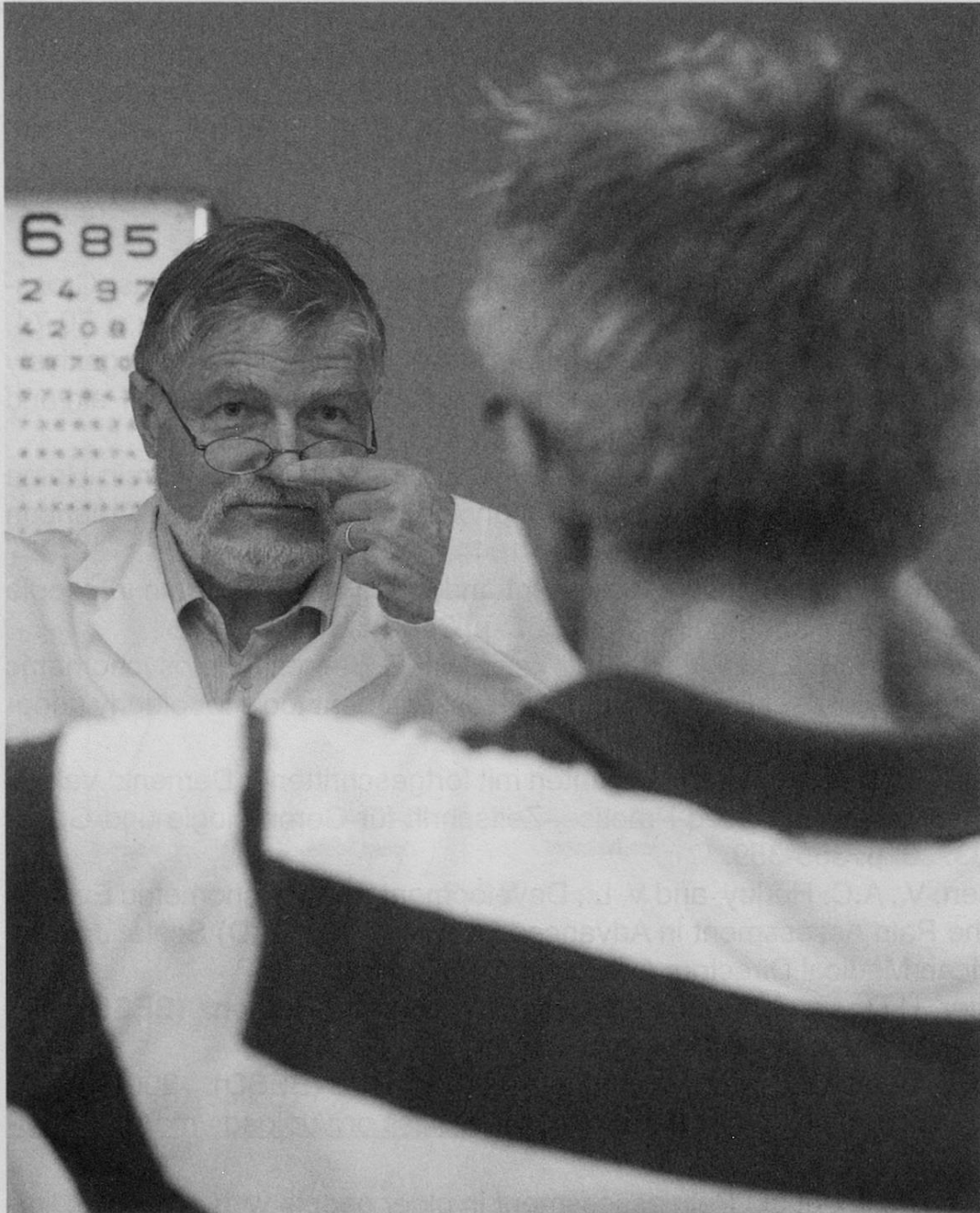
Fall A



Fall B

Literatur

1. Achterberg, W.P., et al., Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment on Different Types of Care Wards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007. 34(15): p. 480-487.
2. Zwakhalen, S.M.G., et al., Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 2006. 6: p. 3.
3. Achterberg, W.P., et al., Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *Pain*, 2010. 148: p. 70-74.
4. Reynolds, K.S., et al., Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008. 35(4): p. 388-396.
5. Cohen-Mansfield, J. and L. S., Pain in Cognitively Impaired Nursin Home Residents: How Well Are Physicians Diagnosing it? *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002. 50(6): p. 1039-1044.
6. Frampton, M., Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing*, 2003. 32: p. 248-251.
7. Zwakhalen, S.M.G., J.P.H. Hamers, and M.P.F. Berger, The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*, 2006. 126: p. 210-220.
8. Kunz, R., Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2003. 36: p. 355-359.
9. Warden, V., A.C. Hurley, and V. L., Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of American Medical Directors Association*, 2003. 4: p. 9-15.
10. Basler, H.D., et al., Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). *Der Schmerz*, 2006. 20: p. 519-526.
11. DGSS. Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD). 2008 [cited 2008 01.12.2008]; Available from: http://www.dgss.org/uploads/media/BESD-Anleitung_zum_Instrument.pdf.
12. McAuliffe, L., et al., Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2008. 65(1): p. 2-10.



Anstiftung zum Handeln ▶▶▶