

WEITERBILDUNGSLEHRGANG
„BASALES UND MITTLERES PFLEGEMANAGEMENT“
12. November 2012 – 17. Oktober 2013

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Demenz und Schmerzen

vorgelegt von: DGKS Maryna Zinkanel
Diakonie de La Tour
Altenwohn- und Pflegeheim de La Tour
Haus Elvine / Bethanien

begutachtet von: MMag. Martina Allesch

Oktober 2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit dem der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Töplitsch, am 27. August 2013

Kurzzusammenfassung

Demenz ist eine Erkrankung, die in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnt und alle Mitarbeiter von Pflegeberufen vor eine große Herausforderung stellt. Zur Lebensqualität eines Menschen, unabhängig davon, welche Erkrankung im Vordergrund steht, gehört unabdingbar die Schmerzfreiheit. Menschen mit Demenz erleiden Schmerzen und haben dasselbe Schmerzempfinden wie jeder andere gesunde oder kranke Mensch auch. Leider ist es dem demenzkranken Menschen häufig nicht mehr möglich den empfundenen Schmerz so zu verbalisieren, dass jener von seiner Umgebung reibungslos wahrgenommen und adäquat einer medikamentösen oder anderen Behandlung zugeführt werden kann. Den demenzkranken Menschen in seinem Alltag zu betreuen, zu begleiten und jenem einen vor allem angemessenen und schmerzfreien Lebensabend zu ermöglichen, erfordert besondere Voraussetzungen und Kenntnisse bei den Mitarbeitern. Fehlende Erfahrung oder gar Unwissen dürfen keinesfalls eine wirksame Schmerztherapie vorenthalten.

Die Wichtigkeit des Zusammenhangs zwischen Schmerzen und Demenzerkrankung wird in der vorliegenden Arbeit in den Mittelpunkt gerückt. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass im Vorfeld einer qualitativen Schmerztherapie bei demenzkranken Menschen, trotz immenser Fortschritte in der Pflegeforschung und -planung, eine ganzheitliche Schmerzerfassung notwendig ist. Die Umsetzung dieser kann sich im Alltag der Pflegepraxis durchaus problematisch gestalten (Anmerkung der Verfasserin).

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	7
1	EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK.....	9
2	VORSTELLUNG DER INSTITUTION.....	12
3	DIE DEMENZERKRANKUNG.....	13
3.1	Erste Anzeichen	13
3.2	Diagnose.....	13
3.3	Symptomatik.....	14
3.4	Kurzzusammenfassung	14
4	STADIEN DER DEMENZERKRANKUNG.....	15
4.1	Leichte Demenz.....	15
4.2	Mittelschwere Demenz.....	15
4.3	Schwere Demenz.....	16
4.4	Kurzzusammenfassung	16
5	SCHMERZEN.....	17
5.1	Akuter Schmerz.....	17
5.2	Protrahierter Schmerz.....	17
5.3	Chronischer Schmerz	18
5.4	Kurzzusammenfassung	18
6	SCHMERZEN UND DEMENZ.....	19
6.1	Schmerzen und Alter	19
6.2	Das Schmerzerleben von Menschen mit Demenz	19
6.3	Kurzzusammenfassung	20
7	SCHMERZERFASSUNG UND ERFASSUNGSINSTRUMENTE.....	21
8	DIE SELBSTEINSCHÄTZUNG.....	23

8.1	Numerische Rating-Skalen.....	24
8.2	Verbale Rating-Skala.....	24
8.3	Visuelle Analogskala.....	25
8.4	Gesichter Rating-Skala.....	25
8.5	Kurzzusammenfassung.....	26
9	DIE FREMDEINSCHÄTZUNG	27
9.1	BESD-Skala-Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz...27	27
9.2	Der BISAD-Bogen Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz.....	28
9.3	Verhalten, das herausfordert. Die Serial Trial Intervention (STI)	29
9.4	Kurzzusammenfassung.....	30
10	QUALITÄT UND STANDARDS	31
11	EXPERTENSTANDARDS.....	32
12	DAS SYSTEMATISCHE SCHMERZASSESSMENT.....	33
12.1	Definition und Entwicklung.....	33
12.2	Auswahl der Instrumente	34
12.3	Praktische Umsetzung in den einrichtungswissenschaftlichen Standard	34
12.3.1	Schulung der Mitarbeiter	36
12.3.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	37
12.3.3	Mitarbeiterführung in das Schmerzassessment.....	37
12.4	Kooperation der Beteiligten als oberste Prämisse.....	38
12.5	Kurzzusammenfassung.....	38
13	RESÜMEE	39
14	LITERATURVERZEICHNIS	41
15	ANHANG	43

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bewohner mit Diagnose „Leichte bis mittelschwere Demenz“	10
Abbildung 2: Bewohner mit anderen diagnostizierten Erkrankungen.....	10
Abbildung 3: Emblem der Diakonie de La Tour	12
Abbildung 4: Numerische Rating-Skala.....	24
Abbildung 5: Verbale Rating-Skala	24
Abbildung 6: Visuelle Analogskala	25
Abbildung 7: Gesichter Rating-Skala	25
Abbildung 8: Serial Trial Intervention (STI).....	30

0 VORWORT

Zur besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, lediglich in der im Sprachgebrauch üblichen Form verwendet.

„Ich beginne nun die Reise, die mich zum Sonnenuntergang meines Lebens führt.“

Mit diesen eindrucksvollen Worten gab der ehemalige US-Präsident Ronald Reagan der Öffentlichkeit seine Diagnose Alzheimerdemenz bekannt.

Während meiner bisherigen beruflichen Laufbahn habe ich sehr häufig demenzkranke Menschen begleitet und betreut. Aus der alltäglichen Praxis in der Versorgung dieser Menschen entstand das Bedürfnis, über Schmerzmanagement bei demenzkranken Menschen zu schreiben und das Thema ausführlicher zu recherchieren. Besonders in der Altenpflege gehört Schmerz zu den häufigsten Beschwerden, mit denen die Mitarbeiter von Pflegeberufen in unterschiedlichster Art und Weise konfrontiert sind. Der Umgang mit schmerzleidenden Patienten und Bewohnern ist nicht immer einfach und problemlos. Vor allem alte Menschen, die an einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung leiden, haben große Schwierigkeiten beim Ausdrücken und Mitteilen von Schmerzempfindungen. Für die betreuenden Personen ist es mitunter problematisch, diese fachgerecht, sowie einigermaßen objektiv wahrzunehmen, zu erkennen, eine detaillierte Schmerzerfassung durchzuführen und die notwendige Schmerztherapie zu veranlassen. Um demenzkranke Menschen nicht schutz- und hilflos in ihrer Schmerzsituation zu belassen, ist ein fachspezifisches Schmerzassessment eine unabdingbare Voraussetzung. Damit wird demenzkranken Menschen eine Linderung ihrer Schmerzen ermöglicht und das damit verbundene Leid des Betroffenen verringert (Anmerkung der Verfasserin).

Im Jahr 2010 wurde vom CS Institut für Gerontologie und Palliative Care mit allen stationären Bewohnern und Tagesgästen der Caritas Socialis eine Demenzstudie durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass sich von 471 untersuchten Personen, 60,9% in einem mehr oder weniger fortgeschrittenem Stadium der Demenz befanden (vgl. www.cs.or.at)

Wenn wir diese Studie als Anhaltspunkt nehmen, dann wird es deutlich, dass Angehörige von Pflegeberufen zukünftig vor einer großen Herausforderung stehen. Die Wichtigkeit des Vorhandenseins einer hochqualitativen Betreuungsform auch in diesem Kontext, gewinnt immer mehr an Bedeutung und Aktualität.

In meiner langjährigen Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft in Institutionen mit Schwerpunkt Demenzerkrankungen und in meiner aktuellen Tätigkeit als stellvertretende Pflegedienstleiterin in einem Pflegeheim der Diakonie Kärnten wurde und werde ich immer wieder mit Situationen konfrontiert, sowohl in pflegerelevanter als auch menschlicher Hinsicht, rasch die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Motiviert durch mein persönliches Interesse konnte ich mein Wissen im Zuge der Literaturrecherchen um die Grauzonen und Problembereiche eines kompetenten und erfolgreichen Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz vertiefen.

DANKSAGUNG

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Frau MMag. Martina Allesch für die Übernahme der Betreuung meiner Abschlussarbeit und ihre kompetente Unterstützung auf diesem Weg.

Weiters gilt mein Dank all jenen, die mir im Laufe meiner Ausbildung mit Rat und Tat, Zuspruch und Ermunterung zur Seite standen. Insbesondere bedanken möchte ich mich bei meinen Freunden Frau Mag. Monika Huspek-Schafnitzel und Herrn Dr. Heimo Huspek sowie meiner Freundin Frau DI (FH) Ursula Meixner.

1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst die Demenzerkrankung kurz beschrieben. Dabei werden die verschiedenen Formen von Demenz erörtert und der Personenkreis für den diese Arbeit zutrifft, kurz besprochen. Auswahl der geeigneten Methoden zur Schmerzerfassung bei demenzkranken Menschen und die Sicherstellung der konsequenten und einheitlichen Anwendung sind inhaltliche Schwerpunkte dieser Arbeit. Es werden sowohl die wichtigsten Definitionen von Schmerz, als auch eine geeignete Auswahl an wissenschaftlich erforschten Methoden zur Schmerzerfassung bei Demenz beschrieben und teilweise verglichen. Danach erfolgt der Versuch einer Implementierung des beschriebenen Schmerzmanagements bei demenzkranken Bewohnern am Beispiel des Hauses Elvine/Bethanien, der Diakonie de La Tour. Es sollen die Möglichkeiten und die Perspektiven aufgezeigt werden, welche diese Instrumente zu bieten haben. Aufgrund der unterschiedlichen und häufig subjektiv gefärbten Schmerzwahrnehmungen und Schmerzdeutungen des Pflegepersonals, sollten die wahrgenommenen Verhaltensweisen und verbalen Äußerungen des demenzkranken Menschen unbedingt fachspezifisch gedeutet, statt persönlich bewertet werden. Dies zu verhindern ist ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit. Durch die Organisation und die Durchführung von entsprechenden Mitarbeiterschulungen beziehungsweise durch einschlägige Aufklärungsarbeit und das zur Verfügung stellen von geeigneten Einschätzungsinstrumenten kann einem Nichterkennen von Schmerzsymptomatik einigermaßen zufriedenstellend entgegen gewirkt werden. Die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, welche die demenzkranken Bewohner betreuen und begleiten wird apostrophiert und kurz beschrieben.

Leitlinien zur einheitlichen und konsequenten Durchführung der Schmerzerfassung sollen den betreuenden Mitarbeitern eine Orientierungshilfe sein, um die Sicherstellung der Anwendung in der Praxis zu gewährleisten (Anmerkung der Verfasserin).

Anhand des derzeit im Haus Elvine/Bethanien der Diakonie de La Tour angewandten elektronischen Pflegeprogramms „Vivendi“, wurde eine statistische Erfassung der Daten und Diagnosen vorgenommen und die Ergebnisse in Form eines Diagramms dargestellt. Es wurden ausschließlich die Daten der derzeitigen Bewohner des Hauses Elvine/Bethanien für die Statistik verwendet.

Zum Stichtag 15.01.2013 haben 20 von den 56 Bewohnern des Hauses Elvine/Bethanien eine ärztlich diagnostizierte Erkrankung „Leichte bis mittelschwere Demenz“.

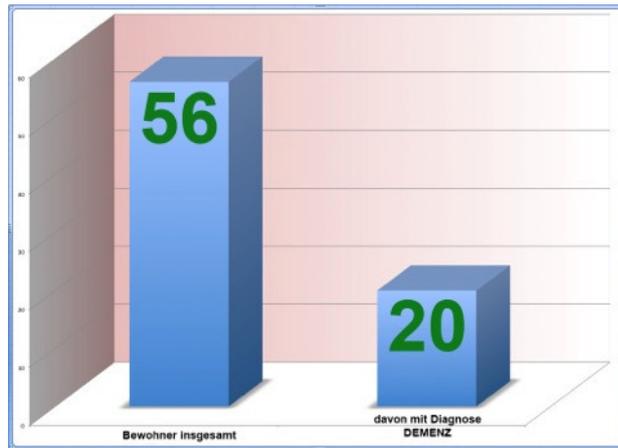


Abbildung 1: Bewohner mit Diagnose „Leichte bis mittelschwere Demenz“

Von den 20 Bewohnern mit Diagnose Demenz haben viele auch andere diagnostizierte Erkrankungen:

- 1 bis 5 Begleiterkrankungen 3 Bewohner
- 6 bis 10 Begleiterkrankungen 6 Bewohner
- 11 bis 15 Begleiterkrankungen ... 7 Bewohner
- 15 und mehr Diagnosen 4 Bewohner

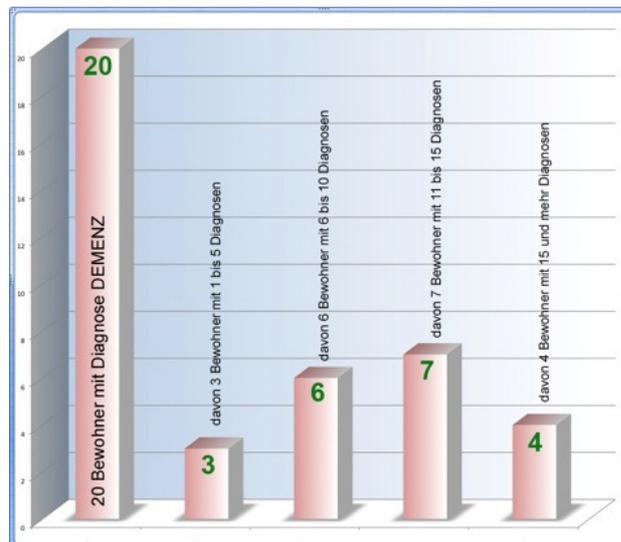


Abbildung 2: Bewohner mit anderen diagnostizierten Erkrankungen

Diese wichtige und bestätigende Erkenntnis ist ein weiterer Grund, warum für diese Abschlussarbeit die Thematik „Demenzkrank und schmerzfrei“ gewählt wurde.

In der vorliegenden Arbeit wird nun der Versuch unternommen, eine für das Haus Elvine/Bethanien geeignete Methode zur Implementierung eines Schmerzassessments zu finden und eine Art Leitlinie zu erarbeiten, anhand derer die Sicherstellung der Umsetzung in die tägliche Praxis ermöglicht werden soll. Der Personenkreis, für den dies zutreffend ist, sind diejenigen Menschen, im speziellen diejenigen Bewohner des Hauses Elvine/Bethanien, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse klar zu äußern und ihre Schmerzen so nach außen zu tragen, dass sie vom Pflegepersonal leicht erkannt, gesehen oder verstanden werden. Personen, die nicht mehr in der Lage sind durch ihr eigenes Zutun, eine medikamentöse oder auch nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung zu erwirken (Anmerkung der Verfasserin).

Um den demenzkranken Bewohnern des Hauses Elvine/Bethanien ein möglichst annehmbares und durchaus glückliches Leben zu sichern, bedarf es vieler verschiedener Voraussetzungen. Eine davon ist mit großer Sicherheit die Gewährleistung von größtmöglicher Schmerzfreiheit. Die vielen Fakten rund um das Thema „Demenz und Schmerzfreiheit“ haben zu folgender Fragestellung geführt, welche in dieser Arbeit beantwortet werden soll:

„Was kann ich als leitende Pflegefachkraft dazu beitragen, dass ein einheitliches und qualitativ hochwertiges aber auch menschlich wertvolles Schmerzmanagement bei demenzkranken Bewohnern kompetent und konsequent angewendet werden kann?“

Um eine nachvollziehbare und ausführliche Diskussion der Thematik der vorliegenden Arbeit zu ermöglichen, wird versucht, den Bogen von den Grundlagen der Demenzerkrankung sowie dem Themenkomplex „Schmerzen“ und des Zusammenwirkens beider, über den breit gefächerten Bereich der Schmerzerfassung, den Qualitätsstandards bis zum letztlich umfassendsten Teil der Abschlussarbeit, der Umsetzung eines Schmerzassessments in bestehende Einrichtungen zu spannen.

Schwerpunktmäßig werden die Themen Schmerzerfassung, mit den verschiedenen Instrumentarien und deren Einsatzbereitschaft in der Praxis sowie Planung und Implementierung eines erfolgreichen systematischen Schmerzassessments eingehender behandelt (Anmerkung der Verfasserin).

2 VORSTELLUNG DER INSTITUTION



Abbildung 3: Emblem der Diakonie de La Tour
(www.diakonie-delatour.at)

Die Diakonie de La Tour hat eine lange, fast hundertvierzigjährige Geschichte. Die Institution wurde Ende des 19. Jahrhunderts von Pfarrer Ernst Schwarz und der sozial engagierten Gräfin Elvine de La Tour gegründet. Aus der Arbeit von Pfarrer Ernst Schwarz entstand damals die „Diakonie Waiern“, die sich den verschiedensten Aufgaben im Sozialbereich widmete. In Treffen gründete Gräfin Elvine de La Tour die „Evangelische Stiftung“, deren Aufgabe die Betreuung und Pflege von bedürftigen Menschen war. 2005 wurden beide Institutionen aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen vereint. Seit dieser Zeit treten sie gemeinsam als „Diakonie de La Tour“ auf und haben die Betreuung, Begleitung und Förderung von Menschen mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen zur Aufgabe.

Das Haus Elvine/Bethanien benannt nach ihrer Gründerin wurde im Jahr 1900 eröffnet und ist eines der drei Häuser der Diakonie de La Tour in Treffen am Ossiachersee. Ursprünglich diente das Haus Elvine/Bethanien als Unterkunft für in Not geratene Menschen. Heute ist es das Zuhause für 56 pflegebedürftige alte Menschen. Sie werden von 8 ausgebildeten Diplomkrankenschwestern/pflegern und 23 PflegehelferInnen mit viel Wissen, Empathie und Nächstenliebe rund um die Uhr betreut. Das integrative Pflegekonzept liegt der Betreuung und Begleitung zugrunde (vgl. www.diakonie-delatour.at).

Im folgenden Kapitel wird versucht, einen Überblick über die Demenzerkrankung darzustellen. Dabei werden die Erkrankung im Allgemeinen, die verschiedenen Stadien und ihre unterschiedlichen Symptome beleuchtet.

3 DIE DEMENZERKRANKUNG

„Wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem im April 2012 erschienenem Demenz-Report bekannt gab, wird sich die Zahl der Demenzerkrankungen bis 2030 nahezu verdoppeln. Das bedeutet, dass in 18 Jahren 66 Millionen Menschen rund um den Globus von Alzheimer und anderen Demenz-Erkrankungen betroffen sein werden“ (Frohn/Staak 2012, S. 11).

3.1 Erste Anzeichen

Ältere Menschen, sobald sie etwas vergessen oder keine adäquate Antwort auf gestellte Fragen parat haben, werden als „dement“ bezeichnet. Aber kaum ein Angehöriger oder außenstehender Laie weiß oder kann erraten, was sich genau hinter der Diagnose Demenz verbirgt. „Sehet die Zeichen“, diese treffende Aussage steht auch bei einer möglichen Demenz stets im Vordergrund. Denn irgendwie „anders“, vergesslich oder „schrullig“ zu sein und Probleme mit Alltagshandlungen zu haben, wird leider allzu gerne und ziemlich häufig als für das Altern „normal“ beurteilt.

Familienmitglieder, Freunde und Bekannte werden als erste mit Seltsamkeiten, unerklärlichen Verhaltensweisen und -änderungen, kognitiven Einbußen und ähnlichem konfrontiert. Sie nicht als „normale“ Begleiterscheinung des alternden Menschen zu bagatellisieren, sondern erste Anzeichen ernst zu nehmen, ist sehr wichtig, denn dem Verlauf einer Demenz, welche früh genug erkannt wurde, kann durch entsprechende Maßnahmen, vor allem in medikamentöser Hinsicht entgegengewirkt werden (Anmerkung der Verfasserin).

3.2 Diagnose

Eine frühzeitige Diagnose von Demenz birgt einige Chancen für den Erkrankten. So kann das Eintreten der Pflegebedürftigkeit mitunter verzögert und durch die früh einsetzende Medikation ein Sistieren der Symptome zumindest für einen gewissen Zeitraum bewirkt werden. Auffällige Verhaltensweisen der Vergangenheit finden eine plausible Erklärung. Missverständnisse und eventuelle Schuldzuweisungen können damit vermieden werden.

Das Erkennen des Demenz-Syndroms ist der erste äußerst wichtige Schritt in der Diagnostik. Die anschließende sogenannte Differentialdiagnostik ist von essentieller Bedeutung, da dadurch mögliche andere Ursachen für die Gedächtnisprobleme ausgeschlossen werden können. Dabei folgt unter anderem eine Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 41f). Ist dies erfolgt muss noch abgeklärt

werden, ob eine primäre oder sekundäre Demenz vorliegt. Bei primären Demenzen beginnt der Krankheitsprozess direkt im Gehirn (neurodegenerativ versus vaskulär), bei den sekundären Demenzen liegt eine Grunderkrankung vor, welche dann eine Demenzerkrankung zur Folge hat (wie zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen oder Vergiftungen durch zu viel Alkohol). Im Gegensatz zu den primären Demenzen, die unheilbar sind und progredient verlaufen, haben die sekundären Demenzen durchaus Chancen auf Heilung. Eine Demenz hat daher viele Gesichter und eine dementsprechend stattliche Anzahl an unterschiedlichen Ursachen.

Die Diagnostik einer dementiellen Erkrankung ist demzufolge eine multiprofessionelle Aufgabe. Nach der medizinischen Untersuchung muss das Kompetenzverhalten des Betroffenen im Alltag untersucht, beziehungsweise beurteilt werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit wird an Hand von psychometrischen Tests eruiert. Häufig kommt es zu einer Bagatellisierung der Defizite seitens der Betroffenen, weshalb eine Befragung der Angehörigen sehr wichtig ist. Erst dann kann ein Zustandsbild der Symptomatik im Alltagsgeschehen annähernd getroffen werden (vgl. Kastner/Löblich 2010, S. 45f).

3.3 Symptomatik

Demenz (ICD-10-Code F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns, mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (Entscheidungsfähigkeit).

Das Bewusstsein ist qualitativ nicht getrübt. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen (www.fahlboek.at).

3.4 Kurzzusammenfassung

Dementielle Erkrankungen implizieren komplexe Auswirkungen für die Betroffenen als auch für deren Umwelt. Ein frühzeitiges Erkennen und „Annehmen“ der Symptomatik macht eine Diagnostik zu einem günstigen Zeitpunkt möglich, was sich positiv auf dessen Verlauf auswirken kann. Vor Beginn therapeutischer Maßnahmen ist eine Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern essentiell, da eine Demenz eine multifaktorielle Pathogenese und dementsprechend verschiedene Erscheinungsbilder aufweist. (Anmerkung der Verfasserin).

4 STADIEN DER DEMENZERKRANKUNG

Man unterscheidet je nach Schweregrad der Erkrankung drei verschiedene Stadien von Demenz, welche anschließend detaillierter beschrieben werden. Es muss zuvor erwähnt werden, dass sich die nachstehend beschriebenen Demenzstadien in der Praxis nicht immer exakt abgrenzen lassen. Einzelne Symptome treten zu früheren oder erst zu späteren Zeitpunkten auf. Und manche der beschriebenen Symptome bleiben sogar ganz aus (Anmerkung der Verfasserin).

4.1 Leichte Demenz

Am Anfang der Erkrankung werden die Anzeichen oft dem normalen Altern zugeschrieben. Die Symptome sind nur leicht ausgeprägt und werden nicht selten von den Betroffenen selbst noch nicht wahrgenommen. Meistens beobachten Angehörige erste kleine Unstimmigkeiten. In gewohnter häuslicher Umgebung machen sich zunächst Schwierigkeiten bei der Erledigung von Alltagsangelegenheiten bemerkbar. Die Merkfähigkeit und das Kurzzeitgedächtnis lassen bei den Betroffenen nach. Es werden wichtige Verabredungen vergessen, Dinge verlegt und nicht mehr gefunden. Orientierung in fremder Umgebung gestaltet sich als sehr schwierig, intensive Gespräche sind aufgrund von Wortfindungsstörungen nicht mehr möglich. Es werden Namen vergessen. Folglich zieht sich die Person aus dem gesellschaftlichen Leben zurück und vernachlässigt auch den Freundes- und Bekanntenkreis. In diesem ersten Stadium ist das Erkennen der Erkrankung und die unverzügliche Diagnosestellung von großer Bedeutung, denn rechtzeitig diagnostizierte Demenz und ein unmittelbarer Beginn der Therapie verzögern den progredienten Verlauf der Erkrankung (vgl. Kastner/Löblich 2010, S. 26f).

4.2 Mittelschwere Demenz

In diesem Stadium sind die Anzeichen von Demenz schon sehr deutlich ausgeprägt. Es treten erste Verhaltensstörungen auf. Es wird zu falschen Kleidungsstücken gegriffen, die Reihenfolge beim Anziehen wird verwechselt. Die Körperpflege wird vernachlässigt und kann vom Betroffenen nicht mehr autonom durchgeführt werden. Alltagsangelegenheiten wie Kochen, Putzen, Einkaufen, das Erledigen von Behördenwegen, etc. können nicht mehr bewältigt werden. Es treten psychische Störungen, wie zum Beispiel extreme Angst, wahnhaftes Erleben, rastloses Umherwandern, starke Unruhe und Getriebenheit, auf. Neben den augenscheinlichen Orientierungsstörungen kommt es in dieser Phase auch zur Inkontinenz, zu Schlafstörungen und häufig zu einer Tag/Nachtumkehr. Das beginnende Misstrauen gegenüber nahen Angehörigen macht das Zusammenleben mit dem Erkrankten

sehr schwierig und bereitet der Bezugsfamilie große Probleme. Es kommt zu Überlastungsreaktionen und nicht selten zu aggressiven Auseinandersetzungen. Die Betroffenen sind sehr reizbar mitunter sogar handgreiflich. Die Angehörigen sind mit der Situation häufig überfordert, hilf- und ratlos. Der Umzug in ein Pflegeheim lässt sich in vielen Fällen nicht mehr abwenden (vgl. Kastner/Löblich 2010, S. 27).

4.3 Schwere Demenz

In der letzten Phase der Demenz weisen die Betroffenen mitunter schwere körperlich-neurologische Symptome auf, welche sich durch Gangstörungen und Koordinationsbeeinträchtigungen äußern. Wiederholte Stürze sind nicht selten. Häufig endet die Erkrankung in der totalen Gangunfähigkeit und sogar Bettlägerigkeit. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage, sich alleine zu bewegen. Die Nahrungsaufnahme gestaltet sich sehr schwierig, Schluckstörungen sind keine Seltenheit. Wünsche und Bedürfnisse können nicht mehr mitgeteilt werden. Sie sind nun völlig auf die Hilfe der Pflegenden angewiesen. Nicht einmal nahe Angehörige und Betreuungspersonen werden noch erkannt. Die Sprache ist auf einzelne Wörter minimiert. Körperkontakt und nonverbale Kommunikation werden zu den wichtigsten Kommunikationshilfsmitteln bei der Betreuung. In dieser letzten Phase sind prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung von Komplikationen wie Dekubitus, Kontrakturen, Exsikkose, Unterernährung, etc. unerlässlicher Bestandteil der Pflegemaßnahmen (vgl. Kastner/Löblich 2010, S. 27f).

4.4 Kurzzusammenfassung

Zusammenfassend muss unbedingt sowohl die Individualität, als auch das multifaktorielle Erscheinungsbild einer Demenzerkrankung betont werden. So wie jeder Mensch eine einzigartige Persönlichkeit hat und ganz eigene Charaktereigenschaften aufweist, so hat auch jede Demenzerkrankung eine eigene Entwicklung und individuellen Verlauf. Aufgabe der Pflegenden ist es daher vor allem, den demenzkranken Menschen hinsichtlich dieser Erkenntnis und Problematik dort zu erreichen und aufzufangen, wo er sich gerade in seiner ganz persönlichen Situation befindet. Dafür ist der Einsatz von bestens qualifiziertem und speziell auf die Demenzerkrankung geschultem Personal unerlässlich.

Basierend auf den durchgeführten Literaturrecherchen werden im nächsten Kapitel die wichtigsten Erkenntnisse zu den allgemeinen Grundlagen zum Themenkomplex Schmerzen besprochen (Anmerkung der Verfasserin).

5 SCHMERZEN

Es gibt viele Beschreibungen und Definitionen für den Begriff „Schmerz“. Die heutzutage gängigste und international anerkannteste Definition stammt von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder drohender Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Menschen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“ (IASP, International Association for the study of pain).

Schmerz ist zunächst ein Symptom, ein Ausdruck dafür, dass irgendetwas nicht stimmt. Schmerz macht auf eine Störung aufmerksam, die entweder aus der Außenwelt kommt (exterozeptiver Schmerz) oder im Inneren des Körpers abläuft (enterozeptiver Schmerz). Schmerz ist somit immer auch Ausdruck des Organismus in seiner Bedürftigkeit (vgl. Weissenberger-Leduc 2009, S. 70).

Laut der Definition der WHO ist „Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis infolge einer Gewebereizung oder -schädigung. Schmerz macht auf eine Störung aufmerksam. Wenn die Lokalisierung nicht mehr möglich ist, wird Schmerz zum Leid“ (Grond 2004, S. 78).

Diese Definitionen gelten zweifelsfrei für den akuten Schmerz. Beim chronischen Schmerz müssen zusätzlich komplexe Wechselwirkungen zwischen physischem, psychischem, spirituellem und sozialem Schmerz berücksichtigt werden (Anmerkung der Verfasserin).

Man unterscheidet demnach drei verschiedene Arten von Schmerz, die kurz erklärt werden.

5.1 Akuter Schmerz

Akuter Schmerz tritt plötzlich auf und dauert einige Stunden bis zu einer Woche. Er wird als sogenannter sinnvoller Schmerz bezeichnet. Ein so beschaffener Schmerz lässt sich in der Regel gut lokalisieren, beschreiben und daraufhin erfolgreich behandeln. Nach der Untersuchung wird die entsprechende Therapie eingeleitet, welche meistens schon nach kurzer Zeit zum Erfolg führt (vgl. Weissenberger-Leduc 2009, S. 74).

5.2 Protrahierter Schmerz

Der protrahierte Schmerz dauert einige Wochen bis zu einem Monat. Diese Art von Schmerz entsteht durch größere Operationen oder Verletzungen, die eine längere Diagnostik oder Behandlungsphase erfordern (vgl. Weissenberger-Leduc 2009, S. 74).

5.3 Chronischer Schmerz

Im Gegensatz zum akuten und protrahierten Schmerz dauert der chronische Schmerz oft Monate bis Jahre. Er entsteht in denjenigen Fällen, wo alle Therapieversuche keinen Erfolg gebracht haben. Chronischer Schmerz wird von Menschen als sehr belastend empfunden. Die Behandlung von chronischen Schmerzen gestaltet sich sehr langwierig und kompliziert und ist außerdem oft nur bedingt möglich (vgl. Weissenberger-Leduc 2009, S. 75).

5.4 Kurzzusammenfassung

Schmerzen begleiten den Menschen sein Leben lang. Für den Betroffenen selbst spielt es dabei häufig keine Rolle welche Art von Schmerz ihn gerade leiden lässt. Die dargestellten Subtypen entstehen durch eine temporäre Einteilung des Schmerzzustandes. Da die Schmerzempfindung und die anschließende Therapie mitunter sehr komplex sind, ist es für das Team der Helfer wichtig und unerlässlich, Kenntnisse in der Anatomie, Physiologie der Schmerzentstehung und der Schmerzarten zu haben. Nur so kann eine geeignete Schmerztherapie gewährleistet sein.

Im Anschluss wird im Speziellen auf das Schmerzempfinden bei älteren Menschen mit der Diagnose Demenz eingegangen (Anmerkung der Verfasserin).

6 SCHMERZEN UND DEMENZ

Die Einschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz stellt für das Pflegepersonal eine große Aufgabe und Herausforderung dar. Grundsätzlich bildet die Selbstausskunft des Betroffenen über seinen Schmerz die Richtschnur für das Schmerzmanagement. Mit dem Verlauf der Demenzerkrankung und den damit einhergehenden sukzessiven Verlust der kognitiven Fähigkeiten geht unter anderem die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation und somit die Möglichkeit zur Selbstausskunft verloren (Anmerkung der Verfasserin).

6.1 Schmerzen und Alter

Alle Arten von Schmerz, ob akut, protrahiert oder chronisch, kommen in der Altenpflege fast täglich vor. Das bedeutet für alte, verwirrte und an Demenz erkrankten Menschen ein besonderes Problem, da sie aufgrund ihrer veränderten Sinneswahrnehmung, diese oft nur schwer definieren, lokalisieren und mitteilen können. Schmerz ist außerdem kein isoliertes Geschehen sondern beeinflusst in höchstem Maß die gesamte Lebensqualität des Betroffenen.

Man unterscheidet in der Literatur häufig drei Schmerzebenen, die sich in körperlicher, psychischer als auch spiritueller Art manifestieren und äußern können (vgl. Mayr/Maier 2012, S. 36f).

Grundsätzlich wird in dieser Arbeit eine ganzheitliche Sichtweise vertreten, was heißt, dass keine der oben erwähnten Ebenen getrennt voneinander betrachtet werden, vielmehr bedingen sie sich gegenseitig (Anmerkung der Verfasserin).

6.2 Das Schmerzerleben von Menschen mit Demenz

Studienergebnisse nach Harkins und Price (1992) bestätigen, dass die sogenannte Schmerzschwelle bei älteren Menschen im Vergleich zu dementen älteren Menschen nicht wirklich erhöht ist. Man kann also nicht von einem zusätzlich reduzierten Schmerzempfinden beim älteren dementen Menschen sprechen.

Da im Alter generell eine veränderte Schmerzverarbeitung stattfindet, ist eine Erhöhung der Schmerztoleranz bei älteren Menschen durchaus möglich (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 15f).

Diese Schmerztoleranzgrenze, darunter versteht man die Grenze zwischen noch tolerablem und nicht mehr tolerablem Schmerz, ist hingegen bei Alzheimerpatienten wesentlich erhöht. So kommt man auch zum Ergebnis, dass Menschen mit Demenz für Schmerzintensität und Schmerzchronifizierung empfänglicher sind (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 15f).

Wesentlich ist auch die Erkenntnis, dass demente Personen aufgrund ihrer Erkrankung eine veränderte Schmerzkommunikation und in Folge sogenannte herausfordernde Verhaltensweisen entwickeln. Sie gehören in der Schmerzerfassung und der Schmerztherapie zu der wohl schwächsten und verwundbarsten Gruppe der alten Menschen. Chronische Schmerzen zählen zu den häufigsten Problemen in der Betreuung alter dementer Menschen. Leider werden diese aufgrund der veränderten Schmerzverarbeitung und deren Folgewirkungen beim dementen Menschen häufig nicht erkannt und daher auch nicht entsprechend behandelt. Diese Erkenntnis verstärkt die Tatsache der dringenden Notwendigkeit, ein professionelles Schmerzmanagement für diese Personengruppe auch in der Praxis zu etablieren (Anmerkung der Verfasserin).

6.3 Kurzzusammenfassung

Ältere Menschen, die aufgrund ihrer Demenzerkrankung nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse klar zu äußern oder über das Vorhandensein von Schmerzen eine verständliche Aussage, egal ob verbal oder nonverbal, zu treffen, gehören zu derjenigen Personengruppe, welcher spezielle Unterstützung und Hilfe ehest möglich angeboten werden muss. Für das Team der Helfer ist die Kenntnis über deren Schmerzerleben von nicht unerheblicher Wichtigkeit, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Im folgenden Kapitel geht es um den komplexen Themenbereich der verschiedenen Möglichkeiten zur Schmerzerfassung (Anmerkung der Verfasserin).

7 SCHMERZERFASSUNG UND ERFASSUNGSTRUMENTE

Schmerzerfassung kann auf verschiedenen Ebenen (verbal und nonverbal) passieren und kann mittels verschiedener Schmerzindikatoren beschrieben werden. Sogenannte Schmerzindikatoren weisen immer auf das Vorhandensein möglicher Schmerzen hin. In der Literatur sind ungefähr 90 Schmerzindikatoren beschrieben, welche primär in vier Bereiche aufgeteilt werden (vgl. Mayr/Maier 2012, S. 45f):

- lautsprachliche Schmerzindikatoren (zum Beispiel klagen, über Schmerzen reden, seufzen, weinen, etc.)
- vegetative Schmerzindikatoren (zum Beispiel zittern, schwitzen, erhöhter Muskeltonus, etc.)
- mimische Schmerzindikatoren (zum Beispiel grimassieren, trauriger Ausdruck, Gesicht verziehen, etc.)
- Schmerzindikatoren auf der Verhaltensebene (zum Beispiel körperlich unruhig, veränderter Aktivitätslevel, Aggressivität, Reizbarkeit, verändertes Gangbild, etc.)

Es gibt verschiedene Möglichkeiten und Methoden um Schmerzen rechtzeitig zu erkennen, wahrzunehmen, zu deuten und deren Intensität richtig einzuschätzen. Die sogenannte Schmerzwahrnehmung und Schmerzdeutung durch das betreuende Personal spielen in der Praxis für ein gelingendes Schmerzmanagement eine essentielle Rolle, da nur dadurch das Initiieren einer professionellen Schmerztherapie gewährleistet werden kann.

Unter Schmerzwahrnehmung versteht man das Wahrnehmen von Verhaltensweisen und Äußerungen einer Person. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Menschen mit Demenz durchaus verbal Schmerzen äußern, diese leider aufgrund subjektiver Grundhaltungen des Pflegepersonals häufig nicht ernst genommen werden (vgl. Mayr/Maier 2012, S. 45f).

„Für ältere Menschen und für kognitiv eingeschränkte Personen gilt, dass Selbstauskünfte zum Schmerz immer Vorrang haben und nicht in Frage zu stellen sind“ (Schwermann/Münch 2008, S. 27).

Unter Schmerzdeutung versteht man das „Deuten des wahrgenommenen Verhaltens und der Äußerungen der Person mit Demenz als Schmerzindikatoren“ (Mayr/Maier 2012, S. 53).

Auch hier gilt, dass wahrgenommene Verhaltensweisen durch das Pflegepersonal unbedingt fachlich gedeutet, statt persönlich bewertet werden sollen, um eine differenzierte und vor allem ganzheitliche Schmerzerkennung durchführen zu können. Es steht außer Frage, dass für eine professionelle Schmerztherapie eine kontinuierliche, einheitliche und objektive Schmerzerfassung als auch eine lückenlose, transparente und gut nachvollziehbare Dokumentation unerlässlich ist (Anmerkung der Verfasserin).

Die verschiedenen Instrumente sollen dazu beitragen eine strukturierte und eindeutige Erfassung der pflegerlevanten Probleme und Daten zu ermöglichen. Sie bilden sozusagen die Basis auf der sich der weitere Pflegeprozess, die Zieldefinitionen und die Maßnahmenplanung aufbauen (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2009, S. 15).

In den letzten Jahren wurden viele Methoden zur Schmerzmessung entwickelt. Man unterscheidet bei der professionellen Schmerzerfassung unter anderem nach der Selbst- bzw. Fremdeinschätzung oder der Dimensionalität der Messmethoden (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 27). Im nachstehenden Kapitel werden die verschiedenen Erfassungsinstrumente im Hinblick auf Selbst- bzw. Fremdeinschätzung kurz dargestellt. Die nachfolgende Auflistung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit (Anmerkung der Verfasserin).

8 DIE SELBSTEINSCHÄTZUNG

Die Selbsteinschätzung bei demenzkranken Bewohnern kann nur unter der Bedingung stattfinden, dass die befragte Person noch kognitiv erreichbar ist. Schon bei der erforderlichen Anamnese, Stammdatenbekanntgabe und Angabe von Medikation, Diagnose etc. wird deutlich, in wie weit der zukünftige Bewohner noch zu einer Selbstauskunft fähig ist und welche Instrumente zur Selbsteinschätzung möglich sind.

Die kognitive Erreichbarkeit wird in der Praxis häufig mit speziellen Testverfahren eruiert. Die Mini-Mental-State-Examination (MMSE) nach Folstein, die als Standard für das Screening kognitiver Defizite anerkannt ist, schafft Beurteilungskriterien für die kognitive Erreichbarkeit. So geht man dabei von einer maximalen Punktzahl bei MMSE von 30 aus und es wird angenommen, dass bei einem Wert zwischen 24 und 18 Punkte, eine leichte kognitive Einschränkung vorliegt. Das Erreichen einer Punkteanzahl von 18 und darunter impliziert bereits eine schwere kognitive Einschränkung, was das Verfahren einer Selbsteinschätzung von Schmerzen zwar schwierig, aber laut verschiedener Studien nicht unbedingt unmöglich macht. Demzufolge sind sogar demenzkranke Personen mit einer Punktezah zwischen 12 und 7 zur Selbsteinschätzung von Schmerzen noch fähig, jedoch muss durch die verringerte oder fehlende Merkfähigkeit der kognitiv eingeschränkten Personen eine kontinuierliche und regelmäßige Durchführung der Einschätzungen sowie deren Dokumentation durchgeführt werden (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 26).

Auch für den kognitiv beeinträchtigten alten Menschen gilt, dass die Selbstauskunft zum Vorhandensein von möglichen Schmerzen immer Vorrang haben soll und keinesfalls in Frage zu stellen ist (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 27).

Im deutschsprachigen Raum haben sich vier Schmerzassessmentinstrumente zur Selbsteinschätzung als qualitätssicher erwiesen:

- Numerische Rating-Skala (NRS)
- Verbale Rating-Skala (VRS)
- Visuelle Analog-Skala (VAS)
- Gesichter-Rating-Skala (GRS) (Anmerkung der Verfasserin).

8.1 Numerische Rating-Skalen

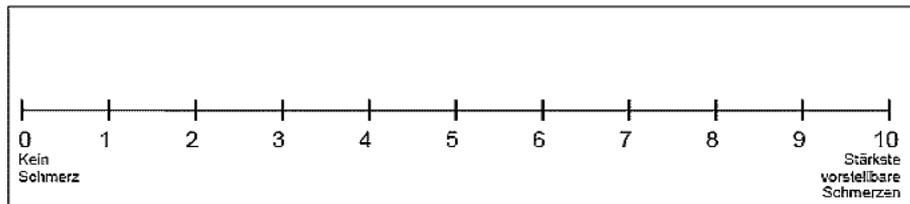


Abbildung 4: Numerische Rating-Skala

<http://www.hccm-consulting.de>

Die Numerische Rating-Skala ist in elf Stufen von 0 bis 10 eingeteilt. Das eine Ende bildet 0 „Kein Schmerz“ und das andere 10 „Stärkste vorstellbare Schmerzen“. Der Bewohner wird gebeten, die Stärke der Schmerzen anzugeben, und eine Zahl zwischen 0 und 10 zu wählen (Anmerkung der Verfasserin).

8.2 Verbale Rating-Skala

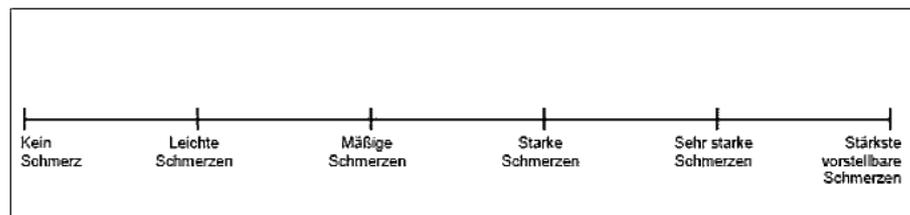


Abbildung 5: Verbale Rating-Skala

<http://www.hccm-consulting.de>

Die Verbale Rating-Skala ist üblicherweise eine fünf bis sechsstellig unterteilte Skala, auf der die Schmerzintensität mit Wortkombinationen, wählbar zwischen „Kein Schmerz“, „Leichte Schmerzen“, „Mäßige Schmerzen“, „Starke Schmerzen“, „Sehr starke Schmerzen“, „Stärkste vorstellbare Schmerzen“ angegeben ist (Anmerkung der Verfasserin).

8.3 Visuelle Analogskala

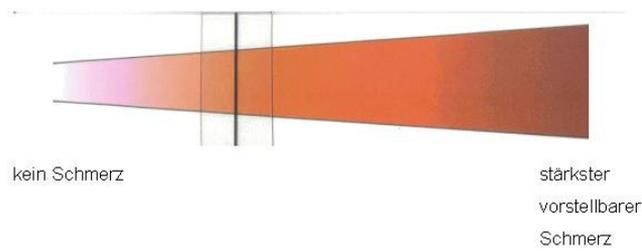


Abbildung 6: Visuelle Analogskala

<http://www.hccm-consulting.de/>

Die Visuelle Analogskala ist im Wesentlichen gleich wie die Numerische Rating-Skala, mit Bezeichnungen „Kein Schmerz“ an einem und „Stärkster vorstellbarer Schmerz“ am anderen Ende, aufgebaut. Auf der Rückseite der Skala ist ein in 100 mm aufgeteiltes Lineal zu sehen. Mit einem beweglichen Anker zeigt der Bewohner die Stelle, welche momentan seinen Schmerzempfindungen entspricht. Die Pflegeperson kann auf der Rückseite millimetergenau die Intensität der Schmerzen ablesen (Anmerkung der Verfasserin).

8.4 Gesichter Rating-Skala

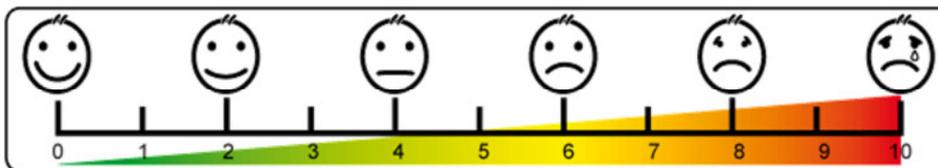


Abbildung 7: Gesichter Rating-Skala

<http://e-dok.rm.dk>

Die Gesichter Rating-Skala ist eine sehr einfache und leicht verständliche Skala zur Schmerzerfassung. Der Bewohner wählt zwischen einem lachenden Gesicht, das so viel wie „Keine Schmerzen“ bedeutet und weiteren Abstufungen bis zum weinenden Gesicht, welches den „Stärksten vorstellbaren Schmerz“ angibt (Anmerkung der Verfasserin).

8.5 Kurzzusammenfassung

Dass die Selbsteinschätzung auch bei kognitiv beeinträchtigten demenzkranken Menschen Vorrang hat, wurde bereits erwähnt. Welches der vier vorgestellten Instrumente zur Selbsteinschätzung nun zur Anwendung kommt, bleibt letztlich dem qualifizierten und geschulten Fachpersonal überlassen. Es sollen jedoch auf jeden Fall der persönliche Krankheitsverlauf und die kognitive Erreichbarkeit des betroffenen Bewohners im Vordergrund stehen. Spezielle Untersuchungen zeigen aber auch auf, dass die numerischen Skalen zum Teil zu kompliziert für ältere Menschen sind. Aus diesem Grund werden von den Experten primär die Verbale Rating Skala und das Schmerzthermometer, als vertikale Form der Verbale Rating Skala, empfohlen

Eine Auswahl an Methoden zur Selbsteinschätzung von Schmerzzuständen wurde bereits diskutiert. Zur Komplettierung der Darstellung von Instrumenten zur Schmerzerfassung wird im anschließenden Kapitel primär auf die verschiedenen Möglichkeiten der Fremdeinschätzung eingegangen. Da die Fremdeinschätzung von Schmerzen bei demenzkranken Menschen eine entscheidende Rolle spielt, wird diese Thematik im folgenden Kapitel gesondert betrachtet (Anmerkung der Verfasserin).

9 DIE FREMDEINSCHÄTZUNG

Die Fremdeinschätzung der Schmerzen hat bei der Schmerzerfassung bei Demenz, trotz vorher schon erwähnter positiver Ergebnisse der Selbsteinschätzung, einen sehr hohen, wissenschaftlich anerkannten und unerlässlichen Stellenwert. Wenn fehlende Sprachfähigkeit, sowie die Fähigkeit zur Selbstauskunft eingeschränkt oder beeinträchtigt wird, kommen die Fremdeinschätzungsinstrumente zur Anwendung. Diese Instrumente machen es möglich, dass ein geeignetes und sinnvolles Schmerzmanagement bei kognitiv schwer beeinträchtigten Menschen mit Demenz möglich wird. Aus der Schmerzverarbeitung heraus entsteht ein sogenanntes spezielles Schmerzverhalten, welches Rückschlüsse auf die bereits an anderer Stelle erwähnten Schmerzindikatoren möglich macht. Leider gibt es keine signifikanten Untersuchungen, welche einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Verhaltensänderungen und Schmerzen bestätigen. Eine Befragung von Pflegeexperten konnte dennoch eine 99%ige Rückschlussmöglichkeit auf Schmerzen in drei Bereichen, nämlich dem Gesichtsausdruck, in der Lautbildung und in der Körperhaltung, als am ehesten zutreffend und sicher erachten (vgl. Molony et al. in Schwermann/Münch 2008, S. 28).

Die Fremdeinschätzung erfolgt in der Praxis durch die Pflegekräfte oder den Bezugsbetreuer, als auch die Angehörigen, da diese in der Regel auf Grund ihres bisherigen Zusammenlebens mit dem Betroffenen den höchsten Wissenstand aufweisen. Interessant ist dabei, dass Angehörige die Intensität des wahrgenommenen Schmerzes eher überbewerten, hingegen die Pflegekräfte diesen eher gegenteilig beurteilen. Eine wichtige Tatsache, da man daraus relativ gut den „goldenen Mittelweg“ ableiten kann.

Im weiteren Verlauf des Kapitels wird eine Auswahl an standardisierten Beurteilungsinstrumenten zur Fremdeinschätzung dargestellt (Anmerkung der Verfasserin).

9.1 BESD-Skala-Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

Dabei handelt es sich um eine mehrdimensionale Skala (**Beurteilung von Schmerzen bei Demenz**), welche auch in der Lage ist, neben den körperlichen Ursachen auch die affektiv-emotionalen, psychischen und psychosozialen Komponenten des Schmerzes zu erfassen. Durch eine detaillierte ganzheitliche Beobachtung des Betroffenen kann auf das gesamte Wohl- beziehungsweise Unwohlbefinden des demenzkranken Menschen rückgeschlossen werden. Die BESD-Skala (vgl. Beilage 1) besteht aus den Rubriken Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Im Zuge der Beurteilung des Items „Trost“ wird versucht, die Fähigkeit des Erkrankten zu messen, den zugesprochenen Trost als solchen wahr- und anzunehmen. Die Beurteilung der Items Atmung und Trost erwiesen sich bisher in allen Studien als problematisch. Je nach gezeigten Verhalten werden

pro Rubrik zwischen null und zwei Punkte vergeben, was in einer Gesamtpunktzahl zwischen null und zehn resultiert. Zum Zeitpunkt der Schmerzfassung mittels der BESD-Skala ist anzumerken, dass die Schmerzevaluierung erst dann beginnen soll, nachdem die Pflegefachkraft den Betroffenen für einige Minuten beobachtet hat. Zusätzlich wird ein klar definiertes Beurteilungssystem zur Interpretation des Gesichtsausdrucks hinzugezogen, welcher wiederum relativ zuverlässige Rückschlüsse auf das Schmerzerleben zulässt (vgl. Fischer 2007 in Pflegezeitschrift 06/2007, S. 308f).

Die BESD-Skala (**P**ain **A**ssessment in **A**dvanced **D**ementia, PAINAD Scale) stammt von Warden et.al (2003) und wurde von Matthias Schuler ins Deutsche übertragen (www.dgss.org). Der kompetente Umgang mit dieser Skala, in welcher man in einem Beobachtungsbogen spezielle Verhaltensweisen ankreuzen soll, bedingt eine fachliche Unterweisung und Begleitung des Pflegepersonals (vgl. Maier/Mayr 2012, S. 37f).

9.2 Der BISAD-Bogen Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

Der sogenannte BISAD-Bogen, der ursprünglich vom französischen ECPA-Erfassungsinstrument (**E**chelle **c**omportementale de la douleur pour **p**ersonnes **a**gees non communicantes) ins Deutsche adaptiert worden ist, findet dazu in der Praxis gerne Anwendung (www.dgss.org). Die Kategorisierung beziehungsweise die Bewertung der durchgeführten Beobachtungen werden sowohl vor als auch während einer Mobilisation durchgeführt und anhand von acht Rubriken eingeteilt. Im Anhang findet sich ein Beispiel eines BISAD-Erfassungssformulars (vgl. Beilage 2).

Die ersten vier Rubriken beschreiben Gesichtsausdruck, spontane Ruhehaltung, Bewegung und Beziehung zu anderen. Diese sogenannten Items werden beobachtet, wenn sich der Erkrankte in einer Ruheposition (im Bett liegend oder auf einem Sessel sitzend) befindet. Bezüglich der Erfassung der Bewegung und der Beziehung zu anderen wird versucht, ein eventuell verändertes Verhalten zur persönlichen Umwelt zu bewerten.

Die weiteren vier Rubriken (ängstliche Erwartungen bei der Pflege, Reaktionen während der Bewegung, Reaktionen während der Pflege schmerzender Bereiche und Klagen) werden beim mobilisierten Bewohner ermittelt wie zum Beispiel beim Umlagern oder Gehen. Pro Rubrik werden zwischen null und vier Punkten vergeben. Insgesamt kann ein Wert zwischen null und 32 erreicht werden.

Im Vergleich zur BESD-Skala berücksichtigt die BISAD-Skala die Veränderungen von Beweglichkeit und Sozialkontakten als Schmerzindikatoren. Zusätzlich können durch die unterschiedlichen Erfassungssituationen (Ruhe und Bewegung) weitere wichtige Informationen über den Schmerzzustand des Erkrankten gewonnen werden, da Schmerzen

im Alter häufig bewegungsabhängig sind. Bewohner können unter Schmerzen leiden, obwohl aus der Erfassung des Schmerzstatus mittels BISAD als auch auf der BESD-Skala null Punkte resultieren. Dies kann zum Beispiel bei Patienten mit Lähmungen oder mit anderen neurologischen Ausfällen zutreffen, was unbedingt im Vorfeld der Schmerzerfassung berücksichtigt werden muss (vgl. Fischer 2007 in Pflegezeitschrift 06/2007, S. 309ff).

Ein weiteres Verfahren konnte sich auf dem Gebiet der Fremdeinschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz in der Praxis etablieren. Die sogenannte Serial Trial Intervention wird im folgenden Abschnitt vorgestellt (Anmerkung der Verfasserin).

9.3 Verhalten, das herausfordert. Die Serial Trial Intervention (STI)

Eine neue Forschungsstudie am Institut für Medizinische Soziologie der Charité Universitätsmedizin Berlin bestätigt, dass ein Zusammenhang von fehlender Schmerztherapie und „herausforderndem Verhalten“ besteht. Verhalten, das herausfordert, wurde früher Problemverhalten genannt und stammt ursprünglich aus der Behindertenpädagogik. Darunter verstand man sogenannte problematische Verhaltensweisen, die der betreffenden Person beziehungsweise seiner Umgebung große Schwierigkeiten bereiteten. Üblicherweise werden Verhaltensweisen dann als herausfordernd bezeichnet, wenn sie in irgendeiner Weise als negativ empfunden werden, entweder von der Person selbst oder von den unmittelbar betroffenen pflegenden Personen, Freunden oder Angehörigen. Demzufolge findet herausforderndes Verhalten natürlich nicht nur bei dementen alten Menschen statt. Von essentieller Wichtigkeit ist es auch „hinter die Kulissen“ der als problematisch oder vielleicht sogar als aggressiv eingestuften Verhaltensweisen zu blicken. Das Verhalten könnte auf Schmerzen, Wahnvorstellungen, emotionale oder soziale Gründe zurückzuführen sein.

Im direkten Zusammenhang mit der Demenzerkrankung werden unter herausfordernden Verhaltensweisen verhaltensbezogene und psychisch auffällige Symptome verstanden, welche vor allem bei fortgeschrittener Demenz auftreten. Man nimmt an, dass unter anderem auch Schmerzen, welche durch den Betroffenen nicht mehr adäquat kommuniziert werden können, ursächlich damit im Zusammenhang stehen können (vgl. Fischer 2007, S. 371).

„Die sogenannte Serial Trial Intervention (STI) ist ein aus den USA stammendes strukturiertes Verfahren zum Umgang mit herausforderndem Verhalten“ (Kovach et al. in Maier/Mayr 2012, S. 41).

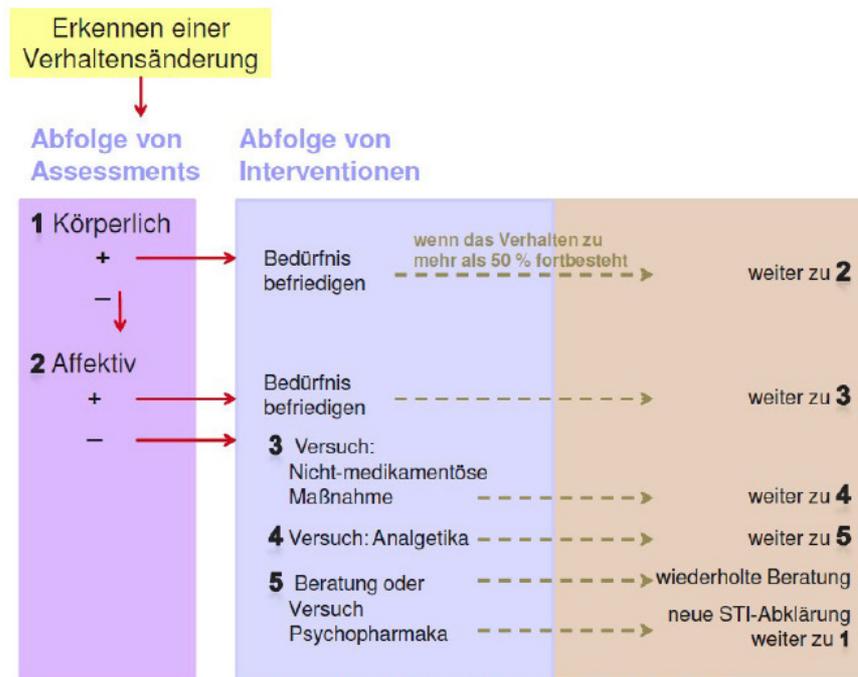


Abbildung 8: Serial Trial Intervention (STI)
www.balk-bayern.de

Ziel der STI ist unter anderem auch herausforderndes Verhalten systematisch zu erkennen, die Ursachen zu beurteilen und eine Verringerung dieser Verhaltensweisen zu erzielen, als auch mögliche Schmerzen zu reduzieren. Laut einer Studie ist diese Art der Intervention durchaus erfolgsversprechend und könnte sich als weiterer Meilenstein zur Qualitätssicherung im Schmerzassessment für Menschen mit Demenz etablieren (vgl. Maier/Mayr 2012, S. 41).

9.4 Kurzzusammenfassung

Der Nutzen der vorher beschriebenen Beobachtungsskalen zur Schmerzerfassung ist definitiv nur ein Auszug des gesamten Schmerzassessment (Anmerkung der Verfasserin). Das beobachtete Verhalten sollte immer aus ganzheitlicher Sicht betrachtet werden, da die einzelnen Skalen einzig nur das Schmerzverhalten abbilden. Sie bieten aber große Hilfestellung in der systematischen Dokumentation und unterstützen gleichzeitig die Kontrolle der Wirksamkeit von schmerzlindernden Maßnahmen. Außerdem erleichtern sie die Kommunikation in einem multiprofessionellen Team, was für die Qualitätssicherung der gesamten Pflege einen großen Vorteil bedeutet (vgl. Maier/Mayr 2012, S. 41).

Ein standardisiertes Instrument kann die Gesamtsituation eines kranken oder alten, pflegebedürftigen Menschen immer nur vereinfacht wiedergeben. Es hängt also sowohl von der Qualität des Instrumentes als auch von den Fähigkeiten und Fertigkeiten des

einschätzenden Pflegepersonals ab, ob es nützlich ist oder nicht (vgl. Bartholomeyzik/Halek 2009, S. 15f).

Es versteht sich von selbst, dass standardisierte Instrumente immer nur als kleiner Teil des gesamten Pflegedokumentationssystems gesehen werden können.

Die Betonung der Signifikanz und des unbedingten Vorhandenseins von Qualität und Standards im Hinblick auf Pflegedokumentationssysteme sind Inhalte der nächsten Kapitel (Anmerkung der Verfasserin).

10 QUALITÄT UND STANDARDS

Der sich ständig weiterentwickelnde Prozess der Formulierung von Standards (Expertenstandards) in der Pflegeplanung bewirkte eine „einheitliche Fachsprache“, wodurch Pflegeplanungen konkreter, transparenter und messbarer wurden. Geordnetes und kompetentes Handeln wird dadurch in allen Bereichen der Altenpflege erst möglich. Da die Pflege Tätigkeit immer auch eine Individuelle ist, wird sie sich nicht bis ins kleinste Detail standardisieren lassen, vielmehr geht es darum, dass die pflegenden Mitarbeiter auf dem Fundament qualifizierter Aus- und Weiterbildungen und auf der Basis einer standardisierten handlungsweisenden Richtlinie immer wieder neu gestalten und zusammen mit den Betroffenen das Wohlbefinden derer steigern, beziehungsweise erhalten (Anmerkung der Verfasserin).

Die Implementierung und Einführung des Schmerzassessment und –managements betrifft im Wesentlichen die sogenannte Prozessqualität. Darunter versteht man generell die Art und den Umfang der gesamten pflegerischen Arbeit. Im Rahmen der Prozessqualität werden sämtliche Maßnahmen und einzelnen Schritte des Pflegeprozesses beurteilt. Dies betrifft zum Beispiel die gesamte Informationssammlung, die Pflegeplanung, die praktische Umsetzung, die Dokumentation und die Evaluierung der Ziele. Die Prozessqualität, welche das Vorhandensein eines Pflegeleitbilds voraussetzt, bezieht sich auf alle Elemente im Bereich der direkten Pflege. Die sogenannte Ergebnisqualität überprüft einfach ausgedrückt, den Erfolg der pflegerischen Leistungen, welche unter anderem am Gesundheitszustand und dem Wohlbefinden des alten Menschen gemessen wird (vgl. Völkel/Ehmann 2000, S. 2f).

„Für jeden Bewohner ist eine individuelle Pflegeplanung unter Einbezug der Informationen des Bewohners, der Angehörigen oder anderer an der Pflege Beteiligten durchzuführen (...)

Die individuelle Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden (...) die vollstationäre Einrichtung hat eine geeignete

Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind“ (Völkel/Ehmann 2000, S. 2).

Um höchste Qualität in der Pflege zu erreichen und zu gewährleisten, haben sich nationale Expertenstandards entwickelt, konsentiert und wurden bereits erfolgreich in die Praxis implementiert. Im Anschluss soll speziell darauf eingegangen werden (Anmerkung der Verfasserin).

11 EXPERTENSTANDARDS

Expertenstandards gelten als der allgemein anerkannte Stand der Pflege und Pflegeforschung. Man kann sagen, dass der Expertenstandard die Hülle und der Kern die neue Pflegequalität ist, die es zu erreichen gilt. Expertenstandards als Instrumente zur Qualitätsentwicklung sind in der Lage, das einzuhaltende Niveau in der Pflege und der Pflegemaßnahmen selbst darzustellen. Sie unterscheiden zwischen Struktur, dem Prozess (Qualität der Durchführung) und dem Ergebnis der Pflegemaßnahmen. Expertenstandards beschäftigen sich immer mit aktuellen Themenbereichen, vor allem der Altenbetreuung und können sogar unter bestimmten Umständen als Sachverständigengutachten gelten (vgl. Masemann/Messer 2010, S. 10f).

Die Implementierung von Expertenstandards in den gesamten Pflegealltag hat nachgewiesener Weise weitreichende Folgen in der täglichen Praxis. Das Vorgehen bei der Erstellung eines Expertenstandards orientiert sich immer an einem einheitlichen Schema, bei dem das Ergebnis als professionell abgestimmtes Leistungsniveau betrachtet werden kann. Eine speziell zusammengestellte Expertengruppe aus einschlägigen Berufssparten widmet sich anhand von intensiver Literaturrecherche einem bestimmten Thema, um die Ergebnisse im Anschluss einer Kommission vorzustellen, die über das weitere Procedere entscheidet. Die sogenannte Konsensus Konferenz beschließt den Standard und leitet diesen mit den entsprechenden Unterlagen zur Erprobung an eine ausgewählte Institution (Referenzeinrichtung) weiter, in welcher der beschlossene Standard unter Begleitung des wissenschaftlichen Teams in allen Bereichen der Pflege eine praktische Erprobung und Evaluierung erfährt. Auf diese Weise wurde auch die Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen“ entwickelt. Dabei wurde auch die Fachöffentlichkeit über das Internet einbezogen.

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat auf diese Weise bereits sieben Expertenstandards formuliert, festgelegt und veröffentlicht. In den bisher veröffentlichten Expertenstandards spielen die sogenannte Risikoerhebung, die erforderliche Kompetenz, die detaillierte Maßnahmenplanung, die Schulung der betroffenen Mitarbeiter,

die interdisziplinäre Kooperation als auch die anschließende Evaluierung tragende Rollen. Der geplante Expertenstandard „Pfleger von demenziell Erkrankten“ konnte bis zum Zeitpunkt der Verfassung der Arbeit leider noch nicht fertiggestellt werden (vgl. Schmidt 2012, S. 2f).

Expertenstandards haben selbstverständlich weitreichende Folgen für die Praxis, den Pflegealltag. Selbstverständlich sollte sich die geplante Implementierung immer an den besonderen Gegebenheiten der Einrichtung orientieren und eine entsprechende Adaptierung erfahren, was wiederum einen hohen zeitlichen, als auch personellen Aufwand bedeutet. Dennoch ist das Ergebnis vielversprechend und rechtfertigt den zumindest mittelfristig erhöhten Ressourcenaufwand.

Expertenstandards bilden die Grundlage für ein systematisches Schmerzassessment, worauf in weiterer Folge im Speziellen eingegangen wird (Anmerkung der Verfasserin).

12 DAS SYSTEMATISCHE SCHMERZASSESSMENT

Um ein objektives Schmerzassessment in einer Einrichtung zu implementieren, gilt es zuvor über bestimmte Grundlagen beziehungsweise Voraussetzungen Bescheid zu wissen. Nur so ist eine praxisgerechte, einrichtungsspezifische und qualitätssichernde Implementierung durchführbar.

Um das Systematische Schmerzassessment in seiner Vollständigkeit beschreiben zu können, ist es notwendig, zuvor Entwicklung und Begriffsbestimmungen darzustellen (Anmerkung der Verfasserin).

12.1 Definition und Entwicklung

Das sogenannte Schmerzassessment bedeutet so viel wie, das Innehaben von ausgewählten Schmerzerfassungsinstrumenten, welche zur Schmerzersteinschätzung, als auch zur kontinuierlichen Schmerzerfassung bei demenziell erkrankten Menschen, erforderlich sind. Der Begriff Assessment heißt ins Deutsche übersetzt so viel wie „Informationssammlung“ und findet in der Praxis bereits sehr gerne Anwendung. Ziel eines Assessments, einer Einschätzung ist das Schaffen einer Möglichkeit, eine fundierte Entscheidung auf Basis von relevanten und passenden Informationen treffen zu können. Dabei werden Informationen nicht nur gesammelt, sondern letztlich auch bewertet. Die Informationssammlung und Bewertung gilt dann als handlungsweisend (vgl. Bartholomeyzik/Halek 2009, S. 15f).

Das Assessment wird immer an den Anfang des Pflegeprozesses gestellt und findet seine Basis einerseits bei der detaillierten Pflegeanamnese, andererseits bei der zielgerichteten systematischen Beobachtung von Zeichen, seitens des zukünftigen Bewohners und seiner Angehörigen. Bezugnehmend auf die Schmerzanamnese ist ein geeigneter Ersteinschätzungsbogen zu entwickeln und für die kontinuierliche Schmerzerfassung ein passendes Erfassungsinstrument auszuwählen (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 34).

12.2 Auswahl der Instrumente

Eine wichtige Grundlage zur Implementierung eines Schmerzassessments ist die zuvor getroffene Selektion der für die Einrichtung passenden Instrumente zur Schmerzersteinschätzung als auch zur kontinuierlichen Schmerzerfassung.

Das Schmerzassessment, welches sowohl auf der Basis der Pflegeanamnese als auch der systematischen Beobachtung, in der Praxis „gelebt werden soll“ steht immer zu Beginn des gesamten Pflegeprozesses. Für die schmerzbezogene Pflegeanamnese ist ein adäquater Schmerzersteinschätzungsbogen und für die kontinuierliche Schmerzerfassung ein geeignetes Instrument für die demente Einschätzungszielgruppe aus dem Fundus der bereits konzipierten Bögen/Skalen auszuwählen. Bei der Auswahl sollte darauf geachtet werden, dass der Selbsteinschätzung Vorrang gegeben wird und verhaltensbezogene Schmerzindikatoren unbedingt berücksichtigt werden (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 34). Nach Festlegung der Instrumente welche in der Praxis Verwendung finden sollen, gilt es zuvor noch praxisrelevante Vorbereitungen und Entscheidungen zu treffen (Anmerkung der Verfasserin).

12.3 Praktische Umsetzung in den einrichtungsinternen Standard

Es steht außer Frage, dass eine Implementierung nur einrichtungsspezifisch, qualitätssichernd und unter Berücksichtigung von praxisrelevanten Voraussetzungen in die bestehende Pflegeplanung vorgenommen werden kann. Das Schmerzassessment soll in den bereits bestehenden Prozess der Pflegedokumentation aufgenommen und integriert werden.

Dies bedeutet eine große Herausforderung für die Führungskräfte, da die Aufgabe der Implementierung des geplanten Schmerzassessment in bereits bestehende Arbeitsabläufe, keine leichte ist. Um eine Qualitätssicherung im gesamten Bereich der Pflegedokumentation und letztlich Pflegeplanung dennoch zu gewährleisten, ist die Implementierung eine notwendige Voraussetzung, um weiterhin hochwertige Arbeit leisten zu können. Das Argument eines erhöhten Ressourcenaufwandes wird durch das absehbare positive

Ergebnis entkräftet. Eine Ressourcenplanung scheint sinnvoll, da Mitarbeiter für das neue Erfassungsinstrument sowohl sensibilisiert, als auch entsprechend geschult werden müssen. Da die interdisziplinäre Kooperation weiterhin reibungslos funktionieren sollte, ist die detaillierte Informationsweitergabe an Haus- und Fachärzte, Therapeuten und andere involvierte Berufsgruppen unerlässlich.

Da den anderen Fachleuten und Ärzten die neuen Instrumente womöglich unbekannt sind, liegt es an den Führungskräften der Pflegeeinrichtungen, stetig und gezielt Informationen weiterzugeben, um diese für die Sinnhaftigkeit eines Schmerzassessments zu sensibilisieren. Ziel ist, diesen Personenkreis für die Arbeit damit zu gewinnen und die Motivation zu erhalten, beziehungsweise zu steigern.

Demzufolge kann man die Implementierung in mehrere Phasen beziehungsweise Abschnitte unterteilen:

- Fortbildung und Schulung der Mitarbeiter
- Aktualisierung und Adaptierung an den einrichtungsspezifischen Standard
- Überprüfung der Formulare und Auswahl der Einschätzungsbögen
- Maßnahmenplan und Vorgehensweise
- Implementierung
- Kontrolle der Leitung zum Beispiel bei der Pflegevisite oder bei der direkten Arbeit

Die genaue Wissensvermittlung der betroffenen Mitarbeiter erleichtert die Implementierung auf alle Fälle und wirkt unmittelbar erfolgsversprechend. Bei der anschließenden Aktualisierung oder Überarbeitung des einrichtungsspezifischen Standards ist es sinnvoll, spezielle Ressourcen und besondere Kenntnisse und Interessen der eigenen Mitarbeiter zu nutzen und diese in einer Projektgruppe zusammenzufassen. In dieser Arbeitsgruppe könnte dann auch die Auswahl der geeigneten Formulare getroffen werden. Für die Arbeit in der Projektgruppe sollte ein genauer Zeit- und Ablaufplan vorgegeben werden, um die Realisierung nicht unnötig zu verzögern. Schließlich werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe den anderen Mitarbeitern vorgestellt und eine Arbeits- bzw. Dienstanweisung durch die vorgesetzte Stelle herausgegeben. In der letzten Phase der Implementierung wird der genaue Zeitpunkt für den Beginn der neuen Maßnahmen festgelegt. Die Evaluierung der Umsetzung sollte von den Führungskräften in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die neuen Vorgaben auch eingehalten werden. Zur Überprüfung der Umsetzung der neuen Instrumente in die bestehenden Arbeitsabläufe werden in der Praxis gerne Evaluierungen in zwei essentiellen Bereichen durchgeführt, welche im engen Kontext mit der Einführung und der Mitarbeiterschulung stehen.

- Überprüfung der Sensibilisierung der Mitarbeiter für die systematische Schmerzerfassung bei demenzten Menschen/Bewohnern, wie auch im Besonderen die Zusammenhänge zwischen veränderten Verhaltensweisen und Schmerzen.
- Die Beurteilung des Schmerzassessments im Hinblick auf seine Praktikabilität (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 35f).

Ein wesentlicher Meilenstein in der erfolgreichen Implementierung des Schmerzassessments aber natürlich auch im gesamten Pflegealltag ist die kompetente und einschlägige Schulung der betroffenen Mitarbeiter (Anmerkung der Verfasserin).

12.3.1 Schulung der Mitarbeiter

Generell gilt, dass die Betreuung, Begleitung und Versorgung alter Menschen, im Speziellen demenzkranker Personen, sowohl eine einschlägige Qualifikation, als auch besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, in fachlicher, methodischer, sozialer und vor allem persönlicher beziehungsweise menschlicher Hinsicht erfordert. Der kontinuierliche Wissenszuwachs, die Entwicklung neuer Methoden, Techniken, Erfahrungen und spezielle qualitätssichernde Maßnahmen führen zu der Notwendigkeit, eine ständige Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Mitarbeitern zu forcieren.

Bezugnehmend auf die Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen lassen sich die allgemeinen Schlüsselqualifikationen gut anwenden. Die kompetente Betreuung demenzkranker Menschen erfordert selbstverständlich die Kooperation eines multiprofessionellen Teams.

Das modellhafte „Vorleben“ der leitenden Mitarbeiter, denen eine besondere Verantwortung in allen Bereichen zufällt, ist ein Wunsch, der unbedingt gelebt werden sollte. Nur dann können schriftliche Konzepte „erlebbar“ und transparent für das Mitarbeiterteam werden.

Besondere inhaltliche Schwerpunkte bei der Fort- und Weiterbildung im Umgang mit demenzkranken Menschen können exemplarisch sein:

- Verbesserung der Kommunikation mit dem Betroffenen
- Kriseninterventionstechniken
- Spezielle Krankheitslehre
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Umgang mit medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung
- Team- und Kooperationsfähigkeit
- Betriebsinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen etc.

„Nur mit ihrer Arbeit zufriedene Mitarbeiter sind gute Mitarbeiter“. Zufriedene Mitarbeiter gelten als hochmotiviert, engagiert und offen für Innovationen und können so hohe Qualität in ihrer Arbeit umsetzen (Anmerkung der Verfasserin).

12.3.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Damit die Mitarbeiter Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit empfinden können, ist es notwendig, Maßnahmen zu setzen, die ihrem Tun Sicherheit geben. In diesem Fall Sicherheit im Umgang mit dem Schmerzassessment, um dadurch diejenige Pflegequalität zu erreichen, die ihren Ansprüchen entspricht. Wenn eine bedürfnisorientierte Pflege im täglichen Umgang mit den dementen Bewohnern realisiert werden kann, wird auch der betreffende Mitarbeiter diejenige Zufriedenheit verspüren, die trotz der enormen Belastungen in diesem Beruf, oberstes Ziel in der Mitarbeiterführung sein soll (Anmerkung der Verfasserin).

„Die Mitarbeiterzufriedenheit steigt wegen der eindeutig und klar definierten Handlungsabläufe“ (Fröse 2011, S. 15).

Das Vorhandensein von Mitarbeiterzufriedenheit ist ein Teil des gesamten komplexen Geschehens zur Herstellung und Gewährleistung von Qualität im allgemeinen Pflegebetreuungskonzept. Um diese auch in den speziellen Facetten der Implementierung des Schmerzassessments zu gewährleisten, sind derartige Schritte im Zuge der Umsetzung in die Praxis unbedingt zu berücksichtigen (Anmerkung der Verfasserin).

12.3.3 Mitarbeiter Einführung in das Schmerzassessment

Der wichtigste Teil der Einführung ist die kompetente Schulung der Mitarbeiter für den praktischen Einsatz des Schmerzassessments. Sowohl theoretische Inhalte als auch die „gelebte“ Anwendung in der direkten Praxis bilden die Schwerpunkte der Einschulung. Ist eine Auswahl der Instrumente erst einmal getroffen, so ist die praktische Unterweisung nicht unbedingt problematisch, da häufig entsprechende Beschreibungen zur Nutzung vorhanden sind. Folgende Inhalte bilden bei einer Schulung der betroffenen Mitarbeiter den essentiellen Teil der geplanten Seminare:

- Durchführung von Schulungen zur Nutzung der Schmerzerfassungsinstrumente
- Organisation von methodischen Schulungen (Lösen von Fallbeispielen)
- „Learning by doing“ Seminare (direkter Praxiseinsatz unter der Begleitung von Experten)

Die Kombination von theoretischer Schulung und praktischer Handhabe ist für das erfolgreiche Implementieren des Schmerzassessments dringend notwendig, da es die

betroffenen Mitarbeiter für die Grundproblematik, nämlich das Erkennen des Zusammenhangs zwischen Verhaltensänderung und Vorhandensein von Schmerzen sensibilisiert. Des Weiteren ist es nicht unwichtig nach Abschluss der Seminarreihe, eine Evaluation der durchgeführten Seminare und der Phasen der Erprobung in der Praxis als auch eine Gesamtbewertung der Schulungen, durchzuführen (vgl. Schwermann/Münch 2008, S. 35f).

Für die erfolgreiche Umsetzung des gesamten Schmerzassessments ist nicht nur die Vertiefung und Verbreiterung des Wissens und der Kenntnisse der Mitarbeiter von essentieller Wichtigkeit, sondern es bedarf auch interner und externer Regelungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen und den hierarchischen Ebenen der Einrichtung (Anmerkung der Verfasserin).

12.4 Kooperation der Beteiligten als oberste Prämisse

Die Einführung und Implementierung des Schmerzassessments muss natürlich als gemeinsame Aufgabe des Managements, der Pflegedienstleitung, der beteiligten Mitarbeiter sowie der anderen betroffenen Berufsgruppen erkannt und umgesetzt werden. Nur durch die ernsthafte und konsequente Bearbeitung auf allen hierarchischen und interdisziplinären Ebenen können Wissensdefizite reduziert, geeignete Maßnahmen geplant und gesetzt werden. Nur so kann langfristig die Lebensqualität der Betroffenen umfassend erhöht werden (vgl. Schieman et al. in Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005, S. 24).

.

12.5 Kurzzusammenfassung

Zusammenfassend muss unbedingt die Notwendigkeit der Entwicklung von Standards in der Pflege apostrophiert werden, da diese eine entscheidende Rolle spielen, wie Qualität im gesamten Bereich der Pflegedienstleistungen erreicht und letztlich auch sichergestellt werden kann. Die Implementierung eines Schmerzassessments spielt dabei eine tragende Rolle. Planung, Organisation und Umsetzung in die Praxis sind unabdingbare Voraussetzungen für die Sicherstellung und Kontinuität von Qualitätsstandards darstellt. Jede Einrichtung sollte sich darüber im Klaren sein, dass nur dadurch eine Vereinheitlichung in den Maßnahmen ermöglicht werden kann (Anmerkung der Verfasserin).

13 RESÜMEE

„Falsche Überzeugungen von Betreuenden haben erhebliche Auswirkungen auf die von ihnen abhängigen Menschen mit Demenz. Falsche Überzeugungen abzulegen und durch angemessene zu ersetzen erfordert sehr viel Bereitschaft, für andere Erkenntnisse und Erfahrungen offen zu sein“ (Maier/Mayer 2012 S.25).

Zusammenfassend wird die Fragestellung, die dieser Arbeit zugrunde liegt: „Was kann ich als leitende Pflegefachkraft dazu beitragen, dass ein einheitliches und qualitativ hochwertiges aber auch menschlich wertvolles Schmerzmanagement bei demenzkranken Bewohnern kompetent und konsequent angewendet werden kann?“, beantwortet.

Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit bilden eindeutig eine zukunftsweisende und auch repräsentative Grundlage für die Einführung eines Schmerzmanagements in der vorgestellten Institution.

Eine stellvertretende Pflegedienstleiterin einer Einrichtung für unter anderem demenzkranke Menschen ist mitverantwortlich für die Planung, Einführung, Umsetzung und Evaluierung des Schmerzassessments und die Motivation der beteiligten Mitarbeiter. Dabei sollte jenen besonders bewusst sein, dass die Schmerzthematik bei an Demenz erkrankten Personen durchaus gegenwärtig ist und den Pflegealltag mitbestimmt.

Die Implementierung eines Schmerzassessments benötigt die Kooperation aller Beteiligten. Aufgrund der interdisziplinären Vielfalt der Mitwirkenden resultiert ein hoher Zeitfaktor bei der Umsetzung. Einige Punkte müssen unbedingt im Vorfeld von den leitenden Pflegefachkräften geplant und auf die Abläufe der Einrichtung abgestimmt werden. Zusätzlich wichtig erscheinen ausreichende Schulungsmöglichkeiten für die beteiligten Mitarbeiter, die Definition der Beobachtungszeitpunkte und -häufigkeit, die Klärung der Zuständigkeiten sowie eine unkomplizierte Dokumentation in den vorhandenen Pflegedokumentationssystemen.

Besonders zu betonen ist die notwendige Definition der Abläufe der weiteren Vorgehensweise nach Erfassung des Schmerzstatus. Dabei erscheint es empfehlenswert, in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten ein Schmerzschema zu definieren, ab welchem Ausmaß eine Schmerztherapie initiiert werden soll. Sinn dieses Schemas ist, den beteiligten Mitarbeiter klare Strukturen, Kompetenzen und Abläufe in ihrem Arbeitsalltag zu vermitteln. Der geregelte Ablauf zusammen mit den Informationen aus der Schmerzerfassung führt unweigerlich zu einem Anstieg des Sicherheitsgefühls im Pflegealltag und der Kompetenz

der pflegenden Mitarbeiter, was sich wiederum positiv auf deren Motivation zur konsequenten Ausführung des Schmerzmanagements auswirkt.

Nur durch ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen aller Beteiligten vor allem des Managements, der Pflegedienstleitung, der beteiligten Mitarbeiter sowie der anderen betroffenen Berufsgruppen kann ein Fundament einer gemeinsamen für alle verständliche Sprache gefunden werden. Unerlässlich dabei ist die interne Kommunikation unter allen Beteiligten federführend durch die Pflegedienstleitung der Einrichtung.

In der Einrichtung „Haus Elvine/Bethanien“ der Diakonie De La Tour in Treffen am Ossiachersee wird derzeit die Schmerzerfassung von den Pflegefachkräften sowie den in der Pflege beteiligten Mitarbeitern durchgeführt. Eine Implementierung eines professionellen und nachhaltigen Schmerzassessments ist nach Abschluss des Umzugs in das neue Gebäude geplant. Dabei soll im Vorfeld von der Pflegeleitung zusammen mit den Pflegefachkräften die Erfassungsmedien zur Selbst- bzw. Fremdeinschätzung des Schmerzzustandes festgelegt werden, die für die Pflegeeinrichtung „Haus Elvine/Bethanien“ umsetzbar bzw. „lebbar“ erscheinen. Weiters ist die Dokumentation der erfassten Ergebnisse zu klären. Der Anspruch besteht, dass diese Informationen jederzeit abrufbar, auswertbar sowie nachhaltig in einem dazu geeigneten System (Pflegedokumentationssystem) gesichert werden können. Dazu ist es notwendig, mögliche Synergieeffekte mit bestehenden Systemen zu eruieren und sich dessen zu bedienen, um eine Erhöhung des Verwaltungsaufwandes zu verhindern.

Es ist unbedingt erstrebenswert aufgrund des vorliegenden „Leitfadens“ einen entscheidenden Anstoß im Hinblick auf ein professionelles Schmerzassessments für demenziell erkrankte Menschen zu geben, um dieses in Kooperation mit den vorgesetzten Stellen, dem Management, den Ärzten, anderen interdisziplinären Berufsgruppen und letztlich den betroffenen Mitarbeitern umzusetzen, so dass die an Demenz erkrankten Bewohner des Hauses Elvine/Bethanien in Zukunft eine Steigerung der Lebensqualität durch Linderung ihrer Schmerzen erfährt, was mitunter zu einer Steigerung der Motivation aller Beteiligten führt (Anmerkung der Verfasserin).

14 LITERATURVERZEICHNIS

Schieman, Doris et al.: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. 1. Auflage, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Osnabrück 2005.

Bartolomeyczik, Sabine/Halek, Margareta: Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeit und Grenzen. 2 Auflage, Schlütersche Verlag, Hannover 2009.

Fischer, Thomas: Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz: Das Beobachtungsinstrument bei Menschen mit schwerer Demenz BISAD. 2 Auflage Hans Huber Verlag, Bern 2012.

Staak, Swen/Frohn, Birgit: Demenz: Leben mit dem Vergessen. 1. Auflage, Mankau-Verlag, 2012.

Fröse, Sonja: Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. Schlütersche Verlag, Hannover 2011.

Grond, Erich: Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie: Leitfaden für Pflegenden in der Altenhilfe. 1 Auflage, W.Kohlhammer Druckerei, Stuttgart 2004.

Kastner, Ulrich/Löblich, Rita: Handbuch Demenz. 2 Auflage, Urban&Fischer Verlag, München 2010.

Maier, Rosmarie/Mayer, Petra: Der vergessene Schmerz. Ernst Reinhardt Verlag, München 2012.

Masemann, Sandra/Messer, Barbara: 100 Tipps zur Umsetzung der Expertenstandards. Brigitte Kunz Verlag, Hannover, 2010.

Schmidt, Simone: Das QM-Handbuch: Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. 2 Auflage, Springer Verlag, Heidelberg 2012.

Schwermann, Meike/Münch, Markus: Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz: Ein Leitfaden für die Pflegepraxis. 1 Auflage, W. Kohlhammer Druckerei, Stuttgart 2008.

Völkel, Ingrid/Ehmann, Marlies: Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege: Qualitätssicherung bei der stationären und ambulanten Pflege. 2 Auflage, Urban&Fischer 2000.

Weissenverger-Leduc, Monique: Palliativpflege bei Demenz: Ein Handbuch für die Praxis. 1. Auflage, Springer Verlag, Wien 2009.

Zeitschriften:

Fischer, Thomas: „Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz der Fachlichkeit“ in: Pflegezeitschrift 06/2007, Seite 308ff.

Internetquellen:

http://www.charite.de/pvf/dokumente/BISAD_Testversion_Juni07.pdf; letzter Zugriff 10.06.2013, 21:00

www.cs.or.at/deutsch/caritas-sozialis/forschungsinstitut-csi/demenzstudie-/demenzstudie/; letzter Zugriff 24.01.2013, 19:53 Uhr

<http://www.dgss.org>; letzter Zugriff 16.07.2013, 15.50 Uhr

<http://www.fahlboeck.at/definition-der-demenz-.html>; letzter Zugriff 12.03.2013, 19:15 Uhr

www.diakonie-delatour.at; letzter Zugriff 14.02.2013, 19:50 Uhr

<http://www.hccm-consulting.de/Symp2012/Arbeiten/Sabine%20Dorn%20-%20Vergleich%20von%20Scores%20zum%20Erfassen%20von%20Schmerz%20und%20...%20.pdf>; letzter Zugriff 25.03.2013, 22:00 Uhr

[http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_701001.NSF/UI2/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smert evurdering af den vågne orienterede patient uden kommunikationsvanskeligheder](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_701001.NSF/UI2/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smert%20evurdering%20af%20den%20v%C3%A5gne%20orienterede%20patient%20uden%20kommunikationsvanskeligheder); letzter Zugriff 16.07.2013, 16:40 Uhr

http://www.balk-bayern.de/Aktuelles/Fortbildungen/2012-05_23_STI_Nordheim_Spahn_Pflegesymposium_Memmingen.pdf; letzter Zugriff 16.07.2013, 17:40 Uhr

15 ANHANG

Beilage 1	BESD-Skala
Beilage 2	BISAD-Bogen

Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Datum:

Zeit:.....

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltenweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich.

Ruhe

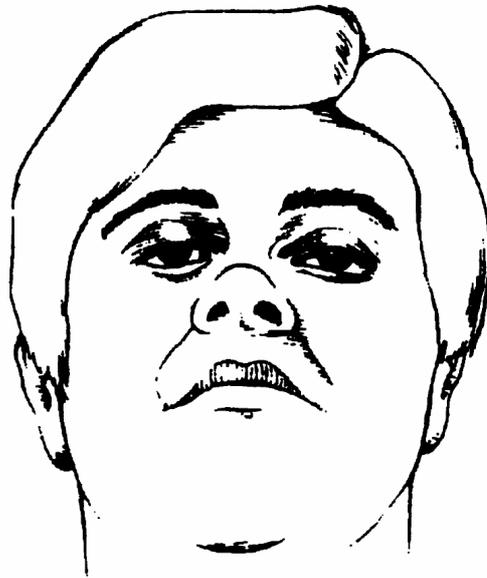
Mobilisation und zwar durch folgende Tätigkeit:

Beobachter/in:

	nein	ja	Punktwert
Atmung (unabhängig von Lautäußerung)			
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	nein	ja	Punktwert
Gesichtsausdruck			
lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genannten Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genannten Verhalten trösen, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL			_____ / 10

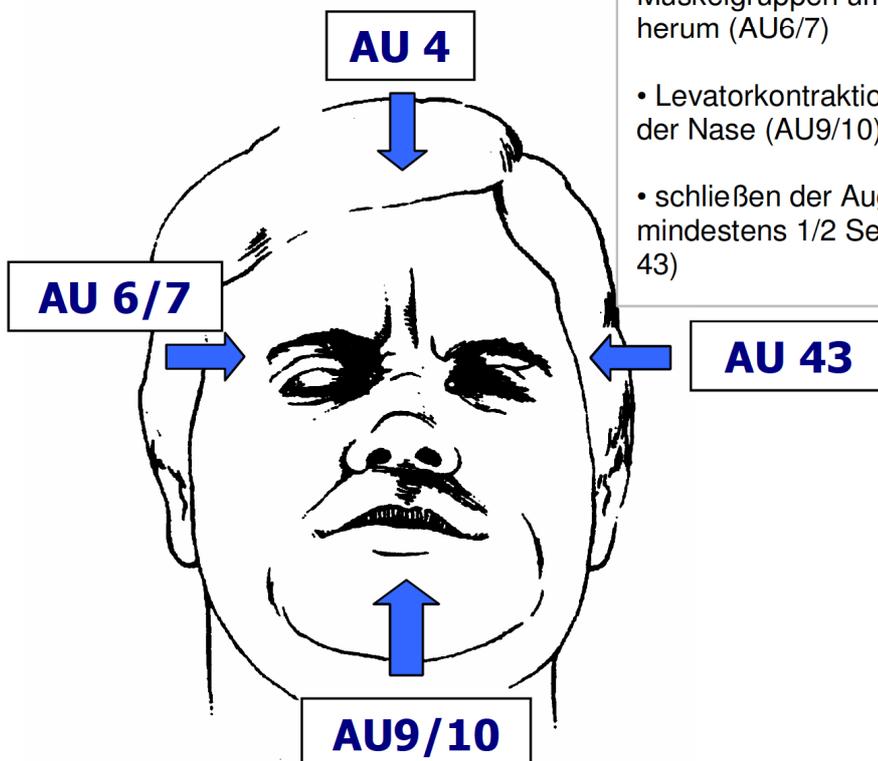
Andere Auffälligkeiten:



Baseline

Mimische Schmerzreaktion „grimassieren“

- Kontraktion der Augenbrauen (AU4)
- Kontraktion der Muskelgruppen um die Augen herum (AU6/7)
- Levatorkontraktion/Rümpfen der Nase (AU9/10)
- schließen der Augen für mindestens 1/2 Sekunde (AU 43)



Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Definitionen

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	
normal	Geräuschloses, gleichmäßiges Ein- und Ausatmen ohne Anstrengung
gelegentlich angestrengt atmen	Gelegentliches Auftreten von anstrengenden, ermüdenden oder schweren Atemzügen
kurze Phasen von Hyperventilation	schnelle und tiefe Atemzüge von insgesamt kurzer Dauer
lautstark angestrengt atmen	Geräusche beim Ein- und Ausatmen, die laut, gluckerdend oder pfeifend sein können und anstrengend zu sein scheinen.
lange Phasen von Hyperventilation	Übermäßig schnelle und tiefe Atemzüge; lang dauernde Phasen
Cheyne Stoke Atmung	Immer tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen
Negative Lautäußerung	
keine	Die Kategorie „keine“ bezeichnet Sprache oder Lautäußerungen mit angenehmem oder neutralem Klang.
gelegentlich stöhnen oder ächzen	Unter „stöhnen“ ist jammern oder vor sich hinmurmeln wie auch klagen oder schreien zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden. Beides sollte nur gelegentlich auftreten.
sich leise negativ oder missbilligend äußern	„Sich leise negativ oder missbilligend äußern“ ist gekennzeichnet durch leises Murren, Jammern, Fluchen oder Schimpfen mit einem klagenden, sarkastischen oder bissigen Unterton.
wiederholt beunruhigt rufen	Die Kategorie „Wiederholt beunruhigt rufen“ bezeichnet Phrasen oder Worte, die wiederholt in einer Art geäußert werden, die Angst, Unbehagen oder Verzweiflung vermuten lässt.
laut stöhnen oder ächzen	Unter „stöhnen“ ist jammern oder murmeln wie auch klagen oder schreien deutlich lauter als üblicherweise zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden.
weinen	Unter „Weinen“ wird eine emotionale Ausdrucksform verstanden, die mit Tränen einhergeht. Der Betroffene kann schluchzen oder weinerlich wirken.

Gesichtsausdruck	
lächelnd oder nichts sagend	„Lächelnd“ ist gekennzeichnet durch nach oben gerichtete Mundwinkel, leuchtende Augen und einen Ausdruck von Zufriedenheit. „Nichts sagend“ bedeutet ein neutraler, ruhiger, entspannter oder leerer Gesichtsausdruck.
trauriger Gesichtsausdruck	„Traurig“ ist gekennzeichnet durch einen unglücklichen, einsamen, niedergeschlagenen oder deprimierten Ausdruck. Tränen in den Augen können zusätzlich auftreten.
ängstlicher Gesichtsausdruck	Unter „ängstlich“ versteht man einen Ausdruck von Furcht, Schreck oder Besorgnis. Die Augen sind weit geöffnet.
sorgenvoller Blick	Ein „sorgenvoller Blick“ ist gekennzeichnet durch nach unten gerichtete Mundwinkel. Falten auf der Stirn und um den Mund können sich stärker als üblich zeigen.
grimassieren	„Grimassieren“ ist gekennzeichnet durch einen verzerrten und verzweifelten Gesichtsausdruck. Die Stirn weist stärkere Falten auf als die Mundpartie. Die Augen können fest zugekniffen sein.

Körpersprache	
entspannt	„Entspannt“ meint eine ruhige und gelassene Körperhaltung. Die Person wirkt sorgenfrei.
angespannte Körperhaltung	„Angespannt“ beschreibt eine angestrenzte, verkrampfte oder besorgte Körperhaltung. Das Gebiss kann fest zusammengebissen sein. (Kontrakturen sind auszuschließen)
nervös hin und her gehen	„Nervös hin und her gehen“ meint eine ruhelose Aktivität. Sie kann mit ängstlichem, besorgtem oder beunruhigtem Ausdruck einhergehen. Die Gehgeschwindigkeit kann langsam oder schnell sein.
nesteln	„Nesteln“ meint, sich ruhelos bewegen. Wälzen im Stuhl oder das Rücken eines Stuhls durch das Zimmer sowie wiederholtes Berühren, Ziehen oder Reiben von Körperteilen können beobachtet werden.
Körpersprache starr	„Starr“ meint eine steife Körperhaltung. Die Arme und/oder Beine sind angespannt und unbeweglich. Der Rumpf imponiert gestreckt und unbeugsam. (Kontrakturen sind auszuschließen)
geballte Fäuste	„Geballte Fäuste“ sind fest geschlossene Hände. Die Hände können sich allerdings auch wiederholt öffnen und schließen oder fest geschlossen bleiben.
angezogene Knie	„Angezogene Kniee“ bedeuten in Richtung Brust gezogene Kniee. Die Person wirkt insgesamt aufgewühlt. (Kontrakturen sind auszuschließen)
sich entziehen oder wegstoßen	Personen wehren Annäherung oder Fürsorge ab. Sie versuchen, der Annäherung zu entkommen, sich zu entwinden oder zu entreißen bis dahin, dass sie andere wegstoßen.
schlagen	Unter „Schlagen“ werden alle Formen der körperlichen Auseinandersetzung verstanden: u.a. schlagen, hauen, treten, zupacken, beißen.

Trost	
trösten nicht notwendig	Die Person scheint sich wohl zu fühlen und zufrieden zu sein.
Stimmt es, dass bei oben genannten Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	Ein auffälliges Verhalten kann unterbrochen werden, indem die Person angesprochen oder berührt wird. Die Unterbrechung des auffälligen Verhaltens dauert über die gesamte Phase der Zuwendung an. Die Person wirkt dabei sorglos.
Stimmt es, dass bei oben genannten Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	Die Person kann nicht beruhigt werden. Das auffällige Verhalten kann durch Ansprache oder Berührung nicht unterbrochen werden. Es ist jedoch möglich, dass das auffällige Verhalten durch Ansprache oder Berührung abgeschwächt wird. Das auffällige Verhalten ist zumindest zeitweise auch während der Zuwendung noch zu erkennen.

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD)

Name des/der Beobachteten:

Datum:

Zeit:

Bitte zutreffende Aussage wählen, Punktzahl eintragen und anschließend umseitig alle Punkte addieren.

Beobachter/in:

I Beobachtung vor der Mobilisation

1. Gesichtsausdruck: Blick und Mimik

- Entspanntes Gesicht (0)
- Sorgenvolles Gesicht (1)
- Die Person verzieht von Zeit zu Zeit das Gesicht (2)
- Ängstlicher Blick und / oder verkrampftes Gesicht (3)
- Vollkommen erstarrter Ausdruck (4)

2. Spontane Ruhehaltung (Suche nach einer schmerzfreien Schonhaltung)

- Keine Schonhaltung (0)
- Die Person vermeidet eine bestimmte Position (1)
- Die Person nimmt eine schmerzfreie Schonhaltung ein (2)
- Die Person sucht ohne Erfolg nach einer schmerzfreien Schonhaltung (3)
- Die Person bleibt unbeweglich, wie von Schmerzen gelähmt (4)

3. Bewegung (oder Mobilität) der Person (innerhalb und / oder außerhalb des Bettes)

- Die Person bewegt sich (bzw. bewegt sich nicht) wie gewohnt* (0)
- Die Person bewegt sich wie gewohnt*, vermeidet aber bestimmte Bewegungen (1)
- Langsamkeit, Seltenheit der Bewegungen im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Immobilität im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Reglosigkeit ** oder starke Unruhe im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

** bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag/e*

*** oder völlige Unbeweglichkeit*

N.B. Patienten im Wachkoma können mittels dieses Bogens nicht eingeschätzt werden

4. Über die Beziehung zu Anderen

Gemeint sind Beziehungen jeglicher Art, mittels Blicken, Gesten oder verbalem Ausdruck

- Gleiche Art des Kontakts wie gewohnt* (0)
- Kontakt ist schwerer herzustellen als gewohnt* (1)
- Vermeidet die Beziehung, im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Fehlen jeglichen Kontakts, im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Totale Teilnahmslosigkeit, im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

** bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag/e*

Zwischensumme:

Fortsetzung umseitig

Ermittelten Wert hier eintragen

II Beobachtung während der Mobilisation

5. Ängstliche Erwartung bei der Pflege

- Die Person zeigt keine Angst (0)
- Ängstlicher Blick, ängstlicher Eindruck (1)
- Die Person ist unruhig (2)
- Die Person ist aggressiv (3)
- Schreie, Seufzer, Stöhnen (4)

6. Reaktionen während der Mobilisation

- Die Person lässt sich mobilisieren oder bewegt sich selbst ohne dem besondere Aufmerksamkeit zu schenken (0)
- Die Person blickt angespannt und scheint die Mobilisation und Pflege zu fürchten (1)
- Die Person hält sich mit den Händen fest oder führt die Hände der Pflegeperson während der Mobilisation oder Pflege (2)
- Die Person nimmt während der Mobilisation oder Pflege eine schmerzfreie Schonhaltung ein (3)
- Die Person wehrt sich gegen die Mobilisation oder Pflege (4)

7. Reaktionen während der Pflege der schmerzenden Bereiche

- Keinerlei Reaktion während der Pflege (0)
- Reaktion während der Pflege, nicht darüber hinausgehend (1)
- Die Person fängt an zu klagen, sobald eine Pflegekraft anwesend ist (2)
- Die Person stöhnt oder weint leise und spontan (3)
- Die Person schreit oder klagt heftig und spontan (4)

8. Reaktionen während der Pflege der schmerzenden Bereiche

- Die Person klagt nicht (0)
- Die Person klagt, sobald die Pflegekraft sich ihr zuwendet (1)
- Die Person fängt an zu klagen, sobald eine Pflegekraft anwesend ist (2)
- Die Person stöhnt oder weint leise und spontan (3)
- Die Person schreit oder klagt heftig und spontan (4)

Zwischensumme:

Übertrag erste Seite

Gesamtpunktzahl:

Handzeichen Pflege:

Ermittelten Wert hier eintragen
