

Palliativ Care bei Demenz- Besonderheiten für den Pflegealltag

Ein Vortrag von
Beate Hundt/Apothekerin und
Barbara Spandau/ Palliativfachkraft



Was macht Demenz zu einer palliativen Diagnose?

- Zur Zeit gibt es in Deutschland ca. 1,4 Mio demenziell erkrankte Patienten, man rechnet mit 300.000 Neuerkrankungen/Jahr, Tendenz steigend.
- Die Krankheit verläuft in Stadien und ist bis heute kurativ nicht behandelbar
- Die mittlere Krankheitsdauer beträgt 3-6 (5-8) Jahre.



Therapieziel

Primäres Ziel der Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener Demenz sollte die bestmögliche Lebensqualität und nicht die maximal erreichbare Lebensdauer sein.
(Volicer 2004)



Fortgeschrittene Demenz

Medizinische Komplikationen

- Schluckstörungen
- Dekubitus
- Aspirationspneumonie
- Dehydratation
- Unterernährung
- Harnwegsinfekte

Typische Symptome

- Verwirrtheit
- Inkontinenz
- Schmerz
- depressive Stimmungslage
- Appetitverlust und Obstipation



Woran sterben Demenzpatienten?

an den Folgen der Erkrankung:

- Lungenentzündungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Kachexie/Dehydration/Gebrechlichkeit



Merke



man stirbt nicht nur „an“ Demenz,
sondern auch „mit“ Demenz



Weitere Krankheitsbilder

- Demenzpatienten sind meistens auch ältere, geriatrische Patienten mit den damit verbundenen Begleiterkrankungen, z.B.:
 - Diabetes
 - Schlaganfall
 - Arthrose
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Tumor



Risikofaktoren Alter/Demenz

- Polymedikation(>5 Arzneimittel)
- eingeschränkte Nieren-/Leberfunktion
- verringerte Stoffwechsellistung
- veränderte Empfindlichkeit vieler Organe und Rezeptoren
- Gebrechlichkeit (niedriges Körpergewicht)



Arzneimitteltherapie

- Risiko-AM vorsichtig einsetzen (FORTA-Liste, Priscus-Liste berücksichtigen)
- Dosis anpassen
- Auf Nebenwirkungen achten
- Effizienz überprüfen, gegebenenfalls weglassen



Risiko-AM???

- z.B. AM mit anticholinergen Nebenwirkungen:
 - Mundtrockenheit
 - Sehstörungen
 - Obstipation
 - Harnverhalt
 - Erregung, Unruhe, Verwirrtheit



AM mit anticholinergen Nebenwirkungen

- Antihistaminika (Sedativa, Antiallergika)
- Antidepressiva (eher die älteren Wirkstoffe)
- Antipsychotika (Clozapin, Haloperidol)
- Analgetika (Fentanyl, Morphin, Tramadol)
- Benzodiazepine (Diazepam, Temazepam)



AM mit anticholinerger Wirkung

- Mittel gegen Übelkeit, Schwindel
- Parkinsonmedikamente (z.B. Biperiden)
- Krampflösende Mittel
- Inhalative Bronchodilatoren
- Pupillenerweiternde Mittel



Nebenwirkungen

- Risiko-AM vorsichtig einsetzen
- Viele mögliche Nebenwirkungen sind über die Dosierung steuerbar



„Kunst des Weglassens“



Vermeiden von
„Übertherapie“

gute Symptomkontrolle



Schmerzen evtl. auch Symptome anderer Begleiterkrankungen:

- Harnwegsinfekte
- Zahnschmerzen
- Wundschmerz



Palliative Symptome

- Schmerzen
- Angst
- Atemnot
- Übelkeit
- Unruhe



Start low- go slow

- Dosierung erfolgt individuell, an die Situation angepasst
- langsame Steigerung der Dosis



Start low-

go slow

...but go !



Schmerzsituation bei alten Menschen

- über 90% der >75 Jährigen geben Schmerzen im Bereich der Körperachse und Gelenke an
- 60-80% von Pflegeheimbewohnern leiden unter chronischen Schmerzen
- Jeder 4. Pflegeheimbewohner ist nicht oder nicht adäquat mit Schmerzmitteln versorgt.



Schmerzsituation bei alten Menschen

- Demenzkranke bekommen deutlich weniger Schmerzmittel verordnet.
- Nach einer Schenkelhalsfraktur erhalten alte Menschen ohne Demenz 3mal soviel Morphin, wie alte Menschen mit Demenz.
- Pflegekräfte neigen zu einem „Underreporting of Pain“

(aus Palliative Pflege von Menschen mit Demenz, Kostrzewa)



Zum Nachdenken:

- *Mythos: Menschen mit Demenz haben keine Schmerzen*
- *Halo-Effekt bei der Diagnose Demenz = alle anderen Diagnosen werden überstrahlt von der Kardinalsdiagnose Demenz und werden zur Nebendiagnose.*



Probleme bei der Schmerzerfassung allgemein

- Erhöhte Schmerztoleranz:
Reizintensität, ab der ein Schmerz als unerträglich wahrgenommen wird kann stärker sein
- Erhöhte vegetative Schmerzschwelle:
körperliche Reaktionen auf Schmerzen treten später auf
- mit zunehmender geistiger Beeinträchtigung verstärken sich mimische Reaktionen auf Schmerzreize



Probleme bei der Schmerzerfassung allgemein

- Beeinträchtigung bei der emotionalen Verarbeitung der Schmerzerfahrung und der assoziativen Verknüpfung der potenziellen Gefahrenquelle mit dem Schmerzerleben.
- Es konnte nachgewiesen werden, dass „Aggression“ und „Schmerz“ identische EEG-Muster zeigen.
- das begriffliche Schmerzkonzept geht verloren. Dadurch große Gefahr, dass schwere Krankheiten übersehen werden.



Schmerzerfassung bei Demenz

1. Durch Sinneswahrnehmung= Krankenbeobachtung

- Definition: Ein aufmerksames und planvolles Wahrnehmen von Vorgängen und Veränderungen am Patienten unter Betätigung aller Sinnesorgane.
- Die Krankenbeobachtung ist ein Prozess, der immer zur Entscheidung und einer Handlung führen muss!



Krankenbeobachtung

- **„Sehen“:** Was können wir an unseren Patienten alles sehen? Gesichtsausdruck, Hautfarbe, Wunden, Gesamteindruck, Ausscheidung, Ernährungszustand, Größe, Proportionen, Hämatome, Ausschläge usw.
Merke: man sieht nur, was man weiß!
- **„hören“:** Was hören wir, wenn wir ins Zimmer kommen? Weinen, stöhnen, schreien, jammern, schnarchen, Atemgeräusche (Stridor) usw.
- **„riechen“:** Was riechen wir? Schweiß, Urin, Stuhlgang, Ammoniak, Keton usw.
Stress, aber auch Sterben kann man riechen!
- **„tasten“:** Was fühlen wir, wenn wir den Patienten anfassen? Kalt, warm, feucht, verhärtete Stellen, raue Haut, dünne Haut, Schwellungen, weichen Bauch, harten Bauch, raue Atmung usw.



Schmerzerfassung bei Demenz

- **durch Gefühlswahrnehmung = Intuition**

braucht Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit anderen im Austausch zu bleiben.

- **durch Erfahrungswerte**

Subjektive Eindrücke werden durch Erfahrung zu einer messbaren Größe, die gerade in der Schmerztherapie ein wichtiger Parameter sind.

- **durch Konsens im Team**

im Austausch und Gespräch werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild. Wie bei einem Puzzle! Fallbesprechungen sind ein adäquates Mittel



Indirekte Schmerzzeichen

- gequälte Laute
- Stöhnen
- Weinen oder Schreien ,unerklärliche Aggressionen
- verzerrte Mimik
- Schonhaltungen
- Unruhe
- Abwehr bei der Pflege
- Appetitmangel
- Schlafstörungen



Vegetative Schmerzzeichen

- Tachykardie
- flache Atmung
- Blässe
- Schweiß
- gesteigerter Muskeltonus



Assessmentinstrumente für Patienten mit Bewusstseins Einschränkungen

1. **BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)**

Auf der Internetseite der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) stehen das Instrument und eine Anleitung zum Instrument zur Verfügung



Schmerzerfassung mittels BESD

Tab. 2: Im deutschsprachigen Raum wird u. a. die BESD-Skala zur Beurteilung von Schmerz bei Demenz eingesetzt

Kategorie	0	1	2	Score
Atmung (unabhängig von Lautäußerungen)	normal	gelegentlich angestrengt atmen, kurze Phasen von Hyperventilation	lautstark angestrengt atmen, lange Phasen von Hyperventilation, Cheyne-Stoke-Atmung	
negative Lautäußerungen	keine	gelegentliches Stöhnen und Ächzen, sich leise negativ oder missbilligend äußern	wiederholt beunruhigt rufen, lautes Stöhnen und Ächzen, weinen	
Gesichtsausdruck	lächelnd, nichtssagend	traurig, ängstlich, sorgenvoller Blick	grimassieren	
Körpersprache	entspannt	angespannt, nervös hin und her gehen, nesteln	starr, geballte Fäuste, angezogene Knie, sich entziehen oder wegstoßen, schlagen	
Trost	trösten nicht notwendig	ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	
				≥ 4 = Schmerz

Weitere Scalen zur Fremdeinschätzung

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

Eine Version des BISAD ist auf den Internetseiten der Entwickler der deutschsprachigen Version verfügbar.

3. ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment)

Das ZOPA steht derzeit nicht in einer digitalen Version zur Verfügung.

4. BPS (Behavior Pain Scala)

Besonders für Patienten auf Intensivstationen erprobt



Therapieziel der Scalen laut S3- Leitlinien

- NAS/VAS : $< / = 4$
- BESD : $< / = 4$
- BPS : < 6
- BISAD und ZOPA: keine festgelegten Therapieziele, immer Einzelfallentscheidungen

Leitlinien „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin



Literaturangaben:

- Pharmako-logisch Schmerz! , Thomas Herdegen , Deutscher Apotheker Verlag 2014
- Kurzlehrbuch Pharmakologie und Toxikologie, Thomas Herdegen , Thieme-Verlag 2010
- Angewandte Pharmakotherapie, Rose/Friedland, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 2015
- Schmerzmanagement in der Pflege, Thomm , Springerverlag 2016
- S3 Leitlinie Palliativmedizin Kurzfassung Mai 2015
- S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung, Delirmanagement Intensivmedizin Mai 2015
- Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen, Zeyfang, Hagg-Grün, Nikolaus, Springer Medizin Verlag 2008

