

Bildungszentrum SBK Zürich

Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen

Abschlussarbeit
Höhere Fachausbildung Stufe 1
Schwerpunkt Palliative Care



Verfasserin: Claudia Danuser

Lernbegleitung: Heidi Mathis
Mentor: Markus Feuz

Landquart, 26. Februar 2005

Zusammenfassung

Das Thema dieser Arbeit beschreibt die Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen. Bei meiner Arbeit im Pflegeheim ist der Schmerz immer wieder ein zentrales Thema, denn alte Menschen leiden oft an Schmerzen. Diesen Schmerzen liegen verschiedene Ursachen zu Grunde. Es können einerseits degenerative Veränderungen des Körpers sein oder maligne Erkrankungen der Organe. Andererseits muss sich ein Mensch im Laufe seines Lebens mit vielen Verlusten und Enttäuschungen auseinandersetzen. Sei dies durch das Schwenden der eigenen Körperkraft, des eigenen Gedächtnisses oder der Abschied von einem oder mehreren geliebten Menschen. Auch ein Heimeintritt ist oft mit Angst und Verlust verbunden. Diese psychischen, physischen oder sozialen Verluste können den Schmerz beeinflussen. Heute leben im Pflegeheim oft Menschen mit der Diagnose Alzheimer Demenz. Diese Menschen leiden nicht einfach an einer Vergesslichkeit, wie wir sie bei alten Menschen oft antreffen. Bei diesem Krankheitsbild verändert sich das eigene Körperempfinden und die Fähigkeit, Gefühle und Gedanken in Worte zu fassen gehen verloren. Was geschieht aber mit einem Menschen, der sein Leiden nicht mehr verbal oder nur in einer diffusen Sprache mitteilen kann? Wie erkenne ich als Pflegende einen Schmerz ohne Worte? Gibt es Erfassungsinstrumente mit denen ich den Schmerz bei dementen Menschen erfassen kann? Und wie sehen diese aus? Diesen Fragen möchte ich in meiner Abschlussarbeit nachgehen. Denn auch demente Menschen können an akuten und chronischen Schmerzen leiden, nur haben sie eben die Fähigkeit verloren uns dies in Worten mitzuteilen. Im Hauptteil befasse ich mich zum einen mit der Demenz und zum anderen mit dem Schmerz und der Schmerzerfassung. Dabei werde ich einen Bezug zwischen der veränderten Wahrnehmung eines dementen Menschen, des Schmerzes und der Schmerzerfassung herzustellen.

Schmerz, was für einen Sinn hat er und wo macht er keinen Sinn. Warum leiden alte Menschen oft an Schmerzen und wie können wir diese erfassen wenn die Sprache fehlt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Begründung	5
1.2. Fragestellung	6
1.3. Vorgehen/Methodik	6
1.4. Adressaten	7
1.5. Eingrenzung	7
1.6. Gestaltung der Arbeit	7
2. Demenz	8
2.1. Begriffserklärung	8
2.2. Definition	8
2.3. Demenztypen	9
2.4. Wesen der Demenz	9
2.5. Das Erleben und Verhalten	11
3. Schmerz	14
3.1. Definition	14
3.2. Akuter Schmerz, „sinnvoller Schmerz“	15
3.3. Chronischer Schmerz, „sinnloser Schmerz“	15
3.4. Schmerzen in der Geriatrie	16
3.5. Schmerz und Demenz	18
4. Allgemeine Schmerzerfassung	21
5. Schmerzerfassung bei dementen Menschen	22
5.1. Schmerzerfassungsinstrumente für demente Menschen	23
5.1.1 Das Schmerzerfassungsinstrument Doloplus [©]	24
6. Ergebnisse	27
7. Reflexion	27
8. Literaturverzeichnis	33
9. Anhang	34
A Doloplus [©]	
B ECPA	

1. Einleitung

1.1 Begründung

Bei meiner Arbeit im Pflegeheim mit betagten und dementen Menschen ist der Schmerz immer wieder ein zentrales Thema. Viele der betagten Menschen leben schon seit Jahren mit „ihrem“ Schmerz und sie nehmen es oft als ihr persönliches Schicksal an. Da viele betagte Menschen an Schmerzen leiden, herrscht oft auch in unserer Gesellschaft der Mythos „im Alter hat man halt einfach seine kleinen oder grossen Gebrechen, da kann man nichts machen“. Die eigentlichen Beweggründe für die Themenwahl meiner Abschlussarbeit sind vor allem all die Menschen die an einer Alzheimer Demenz leiden und ihren Schmerz nicht mehr verbal ausdrücken können. Ich gehe davon aus, dass auch verwirrte und demente Menschen an Schmerzen leiden. Da die verbale Kommunikation gestört oder gar unmöglich ist, teilen uns diese Menschen ihr Leiden nonverbal mit. Die Schmerzerfassung durch uns Pflegenden basiert darum vor allem auf dem Beobachten von Mimik, Körpersprache oder Aussagen von Angehörigen.

Die individuelle Beurteilung der einzelnen Pflegenden oder der betreuenden Ärzte im Zusammenhang mit der Schmerzerfassung bei dementen Menschen löst immer wieder Diskussionen aus. Aussagen wie: „Ich habe das Gefühl er/sie hat Schmerzen oder er/sie hat keine Schmerzen“, sind meistens abgestützt auf persönliche Erfahrungen und der individuellen Schmerzphilosophie.

Gerade in der palliativen Pflege und Betreuung erhält die Schmerzbeurteilung, Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung im Zusammenhang mit der Erhaltung von Lebensqualität einen hohen Stellenwert. Darum erscheint es mir wichtig, im Zusammenhang mit meiner Abschlussarbeit Schwerpunkte zu setzen, die für meine tägliche Arbeit im Pflegeheim von Bedeutung sind und die mir helfen den theoretischen Hintergrund mit der Praxis zu verbinden.

1.2 Fragestellung

Speziell möchte ich den Fragen nachgehen: Was und wie verändert sich bei dementen Menschen die Wahrnehmung im Bezug auf Schmerzen? Wie sieht ein Erfassungsinstrument aus, welches mir ermöglicht eine adäquate Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen durchzuführen? So widme ich meine Abschlussarbeit dem Thema Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen.

1.3 Vorgehen/Methodik

Meine Arbeit stützt sich vor allem auf die Literaturrecherche. Beim Suchen von geeigneter Literatur habe ich festgestellt, dass zum Thema Demenz und Schmerz viel Literatur vorhanden ist. Dort musste ich mich klar eingrenzen. Im Zusammenhang mit meinem Thema Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen bin ich in der Fachliteratur auf sehr wenig Artikel oder kurze Abschnitte gestossen. Ich denke, die Problematik ist bekannt, es fehlen aber wissenschaftliche Daten. Bei der Suche nach Literatur und Fachartikeln bin ich immer wieder auf den Namen von Dr. Roland Kunz gestossen. Er hat sich sehr intensiv mit dieser Thematik auseinander gesetzt. Daher verwende ich in meiner Abschlussarbeit viele seiner Untersuchungen zum Thema Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen.

Der Hauptteil besteht aus den Themen Demenz: Wie wird Demenz definiert, was verändert sich beim dementen Menschen im Verhalten und Empfinden und wie begegnen uns diese Menschen im Pflegealltag.

Im Weiteren bearbeite ich die Themen Schmerz und Schmerzerfassung: Der Akute sowie der chronische Schmerz teilen uns etwas mit. Insbesondere der Schmerz bei verwirrten und dementen Menschen hat seine eigene Sprache. Ich bin der Meinung, dass ich durch diesen Aufbau ein Bild aufzeigen kann, wie wichtig es ist Schmerzen zu erfassen und zu behandeln, auch wenn sie verbal nicht oder nur unzureichend mitgeteilt werden können.

1.4 Adressaten

Es ist für mich wichtig, dass ich mich zuerst theoretisch mit dem Thema auseinandersetze. Damit ich in einem zweiten Schritt, nach Abschluss dieser Arbeit, mein Team informieren kann.

1.5 Eingrenzung

Mein Arbeitsgebiet ist das Pflegeheim. Meine Abschlussarbeit bezieht sich auf die Schmerzerfassung bei Menschen mit einer Alzheimer Demenz. Ich werde ausschliesslich die Schmerzerfassung erarbeiten und lasse die Schmerztherapie bewusst beiseite.

1.6 Gestaltung der Arbeit

Bis hierher habe ich immer von verwirrten und dementen Menschen gesprochen. Die Verwirrung gilt als eines der Begleitsymptome bei dementen Menschen. Da die Formulierung „verwirrte und demente Menschen“ den Lesefluss erschwert, werde ich mich auf die Formulierung „demente Menschen“ eingrenzen.

Im Sinne einer Vereinfachung habe ich bei der Formulierung jeweils nur ein Geschlecht gewählt, dies gilt stellvertretend für beide Geschlechter. Die Zitate sind in *kursiv* geschrieben.

2. Demenz

Ich beginne den Hauptteil mit der Demenz. Es dient mir als Einstieg und Basis. Ich widme dem Thema Demenz eine besondere Aufmerksamkeit, denn ich bin überzeugt, wenn ich das Wesen und die pathologischen Prozesse besser kenne, gelingt es mir die teils unverständlichen Verhaltensweisen eines dementen Menschen besser wahrzunehmen. Was mir wiederum helfen kann, eine gezielte und effiziente Schmerzerfassung durchzuführen. Denn diese Menschen leiden nicht einfach an einer „Vergesslichkeit“.

2.1 Begriffserklärung:

Demenz:(engl.) dementia; Oberbegriff für die Veränderung und Neuanpassung auf früherem Entwicklungsniveau von erworbenen intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung mit kognitiven Störungen, Störungen der Wahrnehmung, Gedächtnisstörungen, Konfabulation, Denkstörungen, Orientierungsstörungen Apraxie, Stereotypen und Veränderungen der Persönlichkeit¹.

2.2 Definition:

Gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) handelt es sich bei der Demenz um ein Krankheitsbild (Syndrom) mit den folgenden Merkmalen:

Kriterien zur Diagnose einer Demenz (Förstel, 2001)

- *Abnahme des Gedächtnisses und*
- *Abnahme anderer kognitiven Fähigkeiten (z.B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen)*

¹ Pschyrembel, S. 308.

- *kein Hinweis auf vorübergehenden Verwirrheitszustand Störungen von Affektkontrolle, Antrieb oder Sozialverhalten (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergröberung des Sozialverhaltens) sowie*
- *Dauer der unter 1. genannten Störungen von mindestens 6 Monaten².*

2.3 Demenztypen

Demenzen lassen sich hinsichtlich der Grunderkrankung unterscheiden:

- *Bei primären Demenzen liegt eine hirnorganische Erkrankung vor, d.h. die Krankheitsursache ist im Hirn zu lokalisieren.*
- *Bei einer sekundären Demenz liegt eine organische Grunderkrankung als Ursache der demenziellen Symptomatik vor³.*

Die primäre Demenz ist nicht heilbar. Diese Krankheit ist irreversibel. Man kann sie nicht zum Stillstand bringen oder umkehren. Etwa 80 bis 90% aller Demenzen sind primäre Demenzen. So auch die Alzheimer Demenz. Sekundäre Demenzen haben ihre Krankheitsursache in einem anderen Körperorgan oder –bereich jedoch nicht im Gehirn. Es treten zwar wie bei der primären Demenz Verwirrheitszustände, Gedächtnisstörungen und andere kognitive Einbussen auf, deren Ursache jedoch meist in der Fehl- oder Mangelversorgung des Hirns liegt. Die richtige Behandlung der organischen Grunderkrankung führt in der Regel zum verschwinden der demenziellen Symptome⁴.

2.4 Wesen der Demenz

² Lind 2003, S. 31f.

³ a.a.O. S. 33.

⁴ Die oben stehenden Ausführungen beruhen im wesentlichen auf den Überlegungen von Sven Lind 2003.

Demenzkranke Menschen fühlen sich oft überfordert. Die kleinste Veränderung in ihrer Umgebung (Ortsveränderung, Zimmer, WC) oder einfache tägliche Verrichtungen (eine Mahlzeit essen, geschweige denn kochen) oder die persönliche Körperpflege werden zum unüberwindbaren Problem. Veränderungen in der unmittelbaren Umgebung oder bei sich selbst, können demenzkranke Menschen nur bedingt oder oft gar nicht mehr richtig wahrnehmen, erfassen und beurteilen. Diese Situationen können zu dauernden Stresssituationen führen, die sie alleine nicht mehr bewältigen können. Diese Stresssituationen äussern sich sehr unterschiedlich. So können demenzkranke Menschen je nach persönlichkeitspezifischen Bewältigungsformen aggressiv, apathisch (teilnahmslos) oder unruhig reagieren. Dies kann sich verbal durch fluchen und schreien oder nonverbal durch ein stumm werden äussern.

Beispiel:

Man stelle sich vor, man wäre als Tourist in einer arabischen Altstadt. In 30 Minuten gilt es den Treffpunkt zu finden, an dem der Reisebus auf die Touristen wartet, um sie zum Flughafen zu bringen. Doch in den unüberschaubaren winkligen Gassen mit den nicht lesbaren arabischen Schriftzeichen, den unverständlichen Worten der Einheimischen ist eine Orientierung nicht möglich. Angesichts der Furcht, den Termin zu verpassen, wird man in Panik geraten, hin und her hetzten, fluchen, vielleicht auch schreien, aggressiv werden oder auch in völlige Apathie verfallen, je nach Temperament und Persönlichkeitsstruktur⁵.

Beim Lesen dieses Beispiels kann ich mir annähernd vorstellen welche Gefühle und Emotionen bei demenzkranken Menschen ausgelöst werden. Dies geschieht bei diesen Menschen Tag täglich und schon bei den kleinsten Herausforderungen oder Verrichtungen des täglichen Lebens. Wir sehen auch, dass es sich nicht einfach um eine leichte Vergesslichkeit handelt, wie es bei

⁵ Lind 2003, S. 40.

vielen älteren Menschen vorkommen kann, nein auch die Orientierung und das Einschätzen der Situation ist stark beeinträchtigt oder gar unmöglich. Im folgenden Abschnitt möchte ich noch genauer darauf eingehen.

2.5 Das Erleben und Verhalten

Im Buch von Wilkening/ Kunz, Sterben im Pflegeheim (2003) ist das Erleben und Verhalten demenzkranker Menschen sehr treffend beschrieben und zeigt meiner Meinung nach die Erlebnis- und Gefühlswelt dieser Menschen sehr deutlich:

Gedächtnis

Im Fortschreiten der Krankheit kommt es zum Verlust des Kurzzeitgedächtnisses. So leben demenzkranke Menschen immer mehr in ihrer Vergangenheit. Sie können aktuelle Informationen wohl aufnehmen, diese machen aber keinen Sinn mehr oder sie vergessen diese im nächsten Moment wieder. So wissen sie zum Beispiel nicht mehr, was sie mit diesem Essen vor sich anfangen sollen oder mit der Zahnbürste die sie in der Hand halten. Sie fühlen sich überfordert.

Mit dem Verlust des Gedächtnisses ist auch die Orientierung beeinträchtigt und sie finden sich in Zeit und Raum nicht mehr zurecht, auch das eigene soziale Umfeld (z.B. Ehepartner, Kinder) und die eigene Persönlichkeit wird ihnen fremd. Diese Orientierungslosigkeit, die Angst vor Neuem, Fremden kann auch der Grund für eine Abwehrhaltung und das Herumwandern sein, denn sie suchen nach etwas Bekanntem, etwas Vertrautem einem Zuhause, wo sie sich wohl fühlen.

Abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit

Durch den Verlust des abstrakten Denkens wird das Verstehen von Zusammenhängen zunehmend schwieriger bis gar unmöglich. Auch wenn ich

sehr langsam spreche und nur einzelne Worte benutze, kann sich der demenzkranke Mensch nicht mehr entscheiden. Er versteht meine Worte und deren Sinn nicht mehr. In diesem Zusammenhang ist eine Vertrauensperson, die den demenzkranken Menschen gut kennt, sehr wichtig. Auch medizinische und pflegerische Handlungen können fast unmöglich werden, da die Notwendigkeit von der betroffenen Person nicht erkannt und als Bedrohung empfunden wird.

Kommunikation

Da im Fortschreiten der Krankheit auch die Sprache in Mitleidenschaft gezogen wird, ist es für demenzkranke Menschen schwierig sich verbal zu äussern. Die nonverbale Kommunikation kommt jetzt zum Tragen und erfordert von den betreuenden Personen viel Geduld und Einfühlungsvermögen. Denn jetzt gilt es anhand der Mimik, der Körpersprache und der Reaktionsweise mögliche Symptome z.B. auch Schmerz zu erkennen. Das Sprachverständnis selbst, wird von uns Pflegenden und Betreuenden oft überschätzt. Versteht der demenzkranke Mensch den Sinn des gesprochenen Wortes nicht, wird er uns vielleicht anlächeln, wir interpretieren dieses Lächeln als Ja, oder er wird sich abwenden und wir interpretieren es als ein Nein. Das Verhalten des betroffenen Menschen basiert aber hauptsächlich auf einem „Nichtverstehen“ und nicht auf einer Bejahung oder Verneinung.

Körperempfinden

Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers kann zunehmend verloren gehen. Dies zeigt sich manchmal durch eine völlig veränderte Körperhaltung, die sich nicht korrigieren lässt. Der demenzkranke Mensch, kann mir auch nicht genau zeigen wo er Schmerzen hat. So kann ein körperliches Leiden oder Unbehagen in Unruhe und Aggression ausarten. Hierbei besteht die Gefahr, dass ich als Pflegende vor allem auf die Unruhe und Aggression reagiere, nicht aber auf den

Grund dieser Symptome. Wir besprechen und planen beruhigende Massnahmen und vergessen eine eventuelle Schmerztherapie.

Emotionen

Die Erlebnisfähigkeit und die Gefühle bleiben bis zuletzt erhalten. Ich erlebe in meinem Praxisumfeld gerade von demenzkranken Menschen eine enorme Sensibilität was die Stimmung auf der Abteilung betrifft. So ist das Herumwandern und unruhigwerden öfter ein Thema, wenn ich als Pflegende keine Zeit habe, mir keine Zeit nehme oder eine hektische Atmosphäre auf der Abteilung herrscht. Hingegen wenn ich ruhig und ausgeglichen auf diese Menschen zugehe, ihnen mit meinem „Sein“ und meiner Empathie (Einfühlungsvermögen) begegne, können demente Menschen auf dieses Verhalten sehr positiv reagieren. Es ist wichtig gerade im Bezug auf die Lebensqualität dementer Menschen, dass wir echt bleiben. Der Einbezug der Angehörigen und das einbeziehen Biografie bezogener Aktivitäten spielt eine wichtige Rolle. Auch das Singen oder Summen eines bekannten Liedes kann sehr beruhigend wirken.

Demente Hochbetagte sind Menschen mit hoher Sensibilität und grossem Gefühlsreichtum, sie sehnen sich nach Beziehung, nach empathischen Worten und Berührungen. Sie möchten vertrauen dürfen und sich anvertrauen⁶.

3. Schmerz

3.1 Definition:

Schmerz: (engl.) pain; Dolor; komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität (z.B. stechend, ziehend, drückend), die in der Regel durch Störung des

⁶ Metz 2002, S. 149.

Wohlbefindens als lebenswichtiges Symptom von Bedeutung ist und in chronischer Form einen eigenständigen Krankheitswert erlangt⁷.

Die folgenden Zitate versuchen, dem Schmerz ein Gesicht zu geben:

- **Schmerz ist, was der Patient sagt und existiert, wann immer er es sagt,** (McCaffrey).
- Schmerz ist – neben der Liebe – die fundamentale menschliche Erfahrung. Schmerz ist der eigentliche Gradmesser für menschliches Wohl- oder Missbefinden. Schmerz ist der gewichtigste Ursprung der Medizin, seine Überwindung das untrügliche Zeichen ihres Erfolges. **Schmerzen werden mit dem Körper erfahren, mit der Seele erlitten, mit dem Geist gedeutet,** (Matias Reiber).
- **Schmerzen selbst sind nicht zu beobachten** – man kann nur ihre Auswirkungen feststellen. Der Schmerz ist eine einsame Erfahrung, die man schlecht einem anderen Menschen in ihrem vollen Ausmass mitteilen kann. Die Erfahrung des Schmerzes ist für jeden Menschen anders, (Travelbee).
- **Leiden ist ein Gefühl des Unbehagens,** das vom einfachen vorübergehenden mentalen, physischen oder geistigen Unbehagen bis zu extremen Schmerzen reicht, (Travelbee).

In diesen Zitaten wird der Schmerz als eine individuelle Empfindung beschrieben. Wir erfahren auch, dass es keine Technik gibt, welche uns den Schmerz klar darstellt. Der Patient ist die Fachperson. Der Schmerz wird auch als subjektives Erleben eines unangenehmen Gefühles beschrieben. Physische, psychische, biologische oder soziale Faktoren können den Schmerz positiv oder

⁷ Pschyrembel, S. 1380.

negativ beeinflussen. Gerade der Schmerz als Begleitsymptom im Alterungsprozess und die Schmerzerfassung bei dementen Menschen verdienen daher eine besondere Aufmerksamkeit. Es handelt sich hierbei um eine komplexe Thematik, die noch viele Fragezeichen in sich birgt. In den folgenden Abschnitten werde ich mich zuerst allgemein mit dem Schmerz auseinandersetzen, um danach Bezug auf die Schmerzerfassung bei dementen Menschen zu nehmen.

3.2 Akuter Schmerz, „sinnvoller Schmerz“

Der akute Schmerz gilt als Alarmzeichen des Körpers. Schon die alten Griechen nannten den Schmerz den „bellenden Wächter der Gesundheit“ (Hypokrates).

Der akute Schmerz macht uns aufmerksam, dass etwas nicht stimmt und ist zeitlich begrenzt. Ist die Ursache behoben verschwindet der Schmerz meistens wieder. Wissen wir warum wir Schmerzen haben (z.B. den Fuss verstaucht), können wir den Schmerz auch eher akzeptieren. Hier spielt die individuelle Wahrnehmung und das Erlernte „umgehen mit dem Schmerz“ eine wichtige Rolle.

3.3 Chronischer Schmerz, „sinnloser Schmerz“

Der chronische Schmerz hat an sich keine Warnfunktion mehr. Seine Ursache ist nicht (mehr) ausschaltbar, er nimmt dem Menschen sinnlos die Kraft weg und zehrt allmählich seinen Lebensmut auf. Wenn die Tage zur Qual werden, erschöpft sich die Tragfähigkeit, der Leidende wünscht nur mehr ein Ende herbei, unter Umständen sogar um den Preis seines Lebens, denn *es genügt nicht nur am Leben zu sein, man muss auch sein Leben haben*⁸.

Der chronische Schmerz kann zur eigenständigen Schmerzkrankheit werden, der alle Ebenen des Menschseins beeinflusst und beeinträchtigt. Man spricht dann von „total pain“. Dieser Schmerz ist oft losgelöst von der ursprünglichen

⁸ Kojer 2003, S.229.

Krankheit. Gerade wenn die Ursache unbekannt ist, kann die Chronifizierung schnell eintreten.

3.4 Schmerzen in der Geriatrie

Viele betagte Menschen leiden an chronischen und akuten Schmerzen. Kojer beschreibt in ihrem Buch „Alt, Krank und Verwirrt“ (2003), dass die Schmerzen betagter Menschen viel zu oft nicht beachtet oder in ihrer Intensität unterschätzt werden. So weiss man zum Beispiel aus internationalen Studien, dass bis zu 80% der Langzeitpatienten in Pflegeheimen unter, zumeist chronischen Schmerzen leiden. Ein weiteres Problem, auf das ich nicht weiter eingehen werde, ist die Polymorbidität (bestehen von mehreren Krankheiten) bei betagten Menschen.

Unter den häufigsten Ursachen chronischer Schmerzzustände zählen:

- *degenerative Veränderungen der Gelenke und der Wirbelsäule*
- *Osteoporose*
- *neuropatische Schmerzen (Postzoster, bei Hemiplegie)*
- *Krebsschmerzen*⁹

Im folgenden Abschnitt möchte ich der Frage nachgehen, warum dem Schmerz und der Schmerzerfassung bei betagten Menschen so wenig Beachtung geschenkt wird. Es erscheint mir wichtig, dass ich zuerst allgemein vom betagten Menschen ausgehe, um danach eine Brücke zur Demenz schlagen zu können. Dies ist wiederum wichtig, um die Schmerzerfassung bei dementen Menschen zu verstehen.

Bis vor nicht so langer Zeit waren die Schmerzen bei betagten Menschen für die Medizin kein Thema und wenn wir die folgenden Zahlen betrachten so ist der Stellenwert auch heute noch sehr gering.

⁹Kunz, Schweiz Med Forum NR.5, 2002, S. 101.

- *Medline: von 4000 veröffentlichten Artikeln über Schmerz sind weniger als 1% auf das Schmerzmanagement beim alten Menschen ausgerichtet.*
- *Studien über Schmerzmedikamente werden fast ausnahmslos an jüngeren Patienten durchgeführt¹⁰.*

Weitere Gründe warum der Schmerz bei älteren Menschen von Seiten des Pflege- und Betreuungsteams immer noch ungenügend beachtet und behandelt wird, möchte ich im folgenden Abschnitt erwähnen. Es handelt sich hierbei um die immer noch geringe ärztliche Präsenz in Alten- und Pflegeheimen oder das Vorurteil, Schmerzen gehören zum alten Menschen wie die grauen Haare, oder ältere Menschen spüren ihren Schmerz weniger. Die Angst vor einer adäquaten Therapie wegen Nebenwirkungen oder Suchtgefahr kann ein Grund sein. Folgestörungen wie Depression, Schlafstörungen, Rückzug und Apathie (Teilnahmslosigkeit), Appetitlosigkeit, Aggressionen des chronischen Schmerzes können nicht erkannt und als unabhängige Störungen verkannt werden. Aber auch die Tatsache, dass betagte Menschen nicht mehr gut sehen, hören oder oft zu müde sind um ihrem Leiden Ausdruck zu geben, dass sie längst resigniert haben, weil ihr Schmerz nicht ernst genommen wurde, können Gründe sein, warum der Schmerz beim betagten Menschen nicht genügend beachtet wird.

Es handelt sich auch bei der Generation der heute 80- bis 90- Jährigen um Menschen, die von klein auf gelernt haben, Schmerzen als gott- oder schicksalsgewollt anzunehmen. Viele sehen Schmerzen als Strafe für Fehler, die sie früher begangen haben. Was einem auferlegt wird, muss ohne Klage getragen werden.

Ein weiterer Grund kann die Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses sein. Betagte Menschen wissen was vor 20 Jahren geschah, aber was sie vor einer Stunde erlebt haben, ist wie verflogen. So können diese Menschen auch ihren Schmerz bis zur nächsten Visite vergessen haben.

¹⁰ Kunz, Unterrichtsunterlagen Höfa 1 Palliative Care, 2004, S. 2.

Wir sehen, dass die Gründe warum Schmerzen betagter Menschen zuwenig beachtet werden, verschiedene Ursachen haben und daher müssen Aussagen wie: „Schmerz gehört zum Alter“ oder „Alte Menschen haben eben Schmerzen“ dringend revidiert werden. Nur so kann in Institutionen und in der Ausbildung gezielt Bezug auf Schmerz und Schmerzerfassung im Alter genommen werden. Denn durch Information und Sensibilisierung können Vorurteile abgebaut werden.

3.5 Schmerz und Demenz

Im Allgemeinen weiss man noch sehr wenig bis gar nichts über den Schmerz und das Schmerzempfinden bei dementen Menschen, denn es fehlen in den grossen Geriatrielehrbüchern und auch in der Literatur über palliative Medizin und Pflege die nötigen Zahlen und Fakten. Wir wissen aber inzwischen viel über die Komplexität des Schmerzes bei betagten Menschen. In der palliativen Pflege und Behandlung wird diesem Phänomen einen hohen Stellenwert zugesprochen.

Daher verlangt das Thema Schmerz bei dementen Menschen vom Pflege- und Betreuungsteam, dass wir unsere individuellen Erfahrungen mit den bestmöglichen Daten die wir zur Verfügung haben kombinieren, damit eine Behandlung vorgenommen werden kann, welche dem dementen Menschen einen Nutzen bringt. Es muss uns aber bewusst sein, dass wichtige Faktoren fehlen wie:

- Wissenschaftliche Daten über die Lebensqualität demenzkranker Menschen und über die Konsequenzen therapeutischer Massnahmen.
- Auch die Aussage: „Schmerz ist, was der Patient sagt“ erhält bei diesen Menschen keine Relevanz mehr.

Auf Grund der oben genannten Faktoren besteht die Gefahr, dass Entscheide vielmehr auf einer persönlichen Schmerzerfahrung und auf der individuellen Schmerzphilosophie des Pflege- und Betreuungsteams bestehen und zuwenig auf einer wissenschaftlich gesicherten Grundlage.

Gründe, warum der Schmerz bei dementen Menschen zu wenig beachtet wird, können aber auch dieselben sein, die ich im Abschnitt über „Schmerzen in der Geriatrie“ beschrieben habe.

Was aber speziell bei dementen Mensch noch dazu kommt ist:

- **Die fehlende Urteils- und Kommunikationsfähigkeit.** Denn leidet ein dementer Mensch an Schmerzen, kann er dies in den meisten Fällen durch die Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit nicht mehr mitteilen. Es fehlt ihm die Fähigkeit, den Schmerz zu verbalisieren, denn sein Sprachverständnis ist stark eingeschränkt oder gar völlig verloren.
- **Das gestörte Körpergefühl.** Das heisst, demente Menschen können ihren Schmerz nur schwer bis gar nicht lokalisieren, da die örtliche Wahrnehmung verschoben ist. Das bedeutet, sie können uns nicht mehr zeigen wo der Schmerz ist, geschweige denn, wie stark er ist. Auch die

Mimik ist teils stark eingeschränkt, so dass ein ausdrucksloser Gesichtsausdruck nicht immer als Schmerzfremheit interpretiert werden kann.

- **Die Urteilsfähigkeit und das abstrakte Denken** ist stark beeinträchtigt. Es gibt keinen Unterschied zwischen ziehendem und stechendem Schmerz. Der demente Mensch empfindet ein unangenehmes, ja teils lebensbedrohliches Gefühl, kann dies aber nicht mehr einordnen oder mitteilen.

Die Annahme, dass, wer nicht richtig denken kann, auch nicht richtig leidet, ist ein verbreiteter Irrtum. Er kann nicht um Hilfe bitten, er kann nicht sagen, was ihm wehtut und er kann seinen Schmerz nicht begreifen¹¹.

¹¹ Heller 2000, S.145.

4. Allgemeine Schmerzerfassung

In der palliativen Betreuung von Schmerzen erhält die Schmerzerkennung, die Schmerzerfassung und die Schmerztherapie eine grosse Bedeutung.

Wir kennen mittlerweile verschiedene Erfassungsinstrumente, welche den Betroffenen helfen, ihrem Leiden in Form von Tabellen, Skalen und Schmerztagebüchern Ausdruck zu geben. So kann der Schmerz z.B. mit VAS (Visuelle Analog Skala) ein praktisches Hilfsmittel sein, um den Schmerz zu erfassen. Voraussetzung um mit einem dieser Instrumente oder Skalen zu arbeiten, ist die kognitive Fähigkeit (Wahrnehmung), dem subjektiven Empfinden z.B. in Form einer numerischen Einteilung zwischen 1 und 10 Ausdruck zu geben. Ich möchte nicht weiter auf die allgemeine Schmerzerfassung eingehen, da bei dementen Menschen, zum grössten Teil, genau diese Fähigkeit fehlt und die Schmerzerfassung mit einem solchen Instrument versagt.

Deshalb bin ich den Fragen nachgegangen, was für Erfassungsinstrumente es in der Pflege und Betreuung dementer Menschen gibt und was für Möglichkeiten das betreuende Team besitzt um diesen Schmerz zu erfassen?

5. Schmerzerfassung bei dementen Menschen

Die spärlichen Hinweise in der Fachliteratur wie eine Schmerzerfassung bei kommunikationsgestörten Menschen aussieht, lässt ein Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht aufkommen. Denn die Zahl betagter Menschen, welche an Demenz leiden, beträgt in den Institutionen meistens über 50%. Es gibt einige Arbeiten, die sich mit der Schmerztherapie bei kognitiv beeinträchtigten Menschen befassen. Alle enden aber immer mit derselben Schlussfolgerung, dass die Schmerztherapie bei diesen Menschen noch ungenügend ist und dass noch keine befriedigenden Erfassungsinstrumente zur Verfügung stehen¹².

Es gilt daher, bei dementen Menschen die ihre Schmerzen kaum mehr verbalisieren können, auf indirekte Schmerzäußerungen oder nonverbale Ausdrucksformen zu achten. Kunz¹³ beschreibt in der folgenden Auflistung, welche somatischen (körperlichen) Formen als Ausdruck von Schmerzen gedeutet werden können:

- antalgische (schmerzlindernde) Position in Ruhe (Schonhaltung; z.B. Embryonalstellung)
- antalgische Schonbewegung
- Hypertonie, Tachykardie, Tachypneu
- Erhöhter Muskeltonus
- Schutz der schmerzhaften Zone durch die Hände
- Grimassen
- Verminderung der psychomotorischen und sozialen Aktivität (Regression (Rückzug), Apathie (Teilnahmslosigkeit), Bewegungsarmut, Pseudodepression)
- Aggressivität, ängstlicher gespannter Blick
- Schlaflosigkeit
- Schreien, Stöhnen

¹² Die oben stehenden Ausführungen beruhen im wesentlichen auf dem Artikel von Roland Kunz, erschienen im Schweiz Med Forum Nr. 5 2002, S. 100ff.

¹³ Kunz, Infokara Nr. 4/1998/99, S. 9.

Diese Auflistung macht uns deutlich, wie schwierig es ist eine eindeutige Antwort auf die Frage im Bezug auf das Schmerzempfinden und die Schmerzerfassung bei dementen Menschen zu bekommen, es lässt viele Fragezeichen und Interpretationen zu.

Darum erhält die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams einen hohen Stellenwert.

Auch der Einbezug der Angehörigen ist von grosser Bedeutung, denn sie können uns oft Auskunft geben, ob die betroffene Person früher schon Schmerzmedikamente eingenommen hat und unter welchen Krankheiten sie gelitten hat.

Der Anfang aller Bemühungen liegt in der Würdigung des Schmerzes selbst, das heisst, den/die Betroffene in seinem/ihrer Schmerzleiden wahrnehmen, ernst zu nehmen und vorbehaltlos anzunehmen¹⁴.

5.1 Schmerzerfassungsinstrumente für demente Menschen

Auf der Suche nach geeigneten Erfassungsinstrumenten für demente Menschen bin ich auf zwei Instrumente gestossen: **Doloplus**[®] und **ECPA** (Echelle comportamentale de la douleur pour personnes âgées non communicantes – Schmerzschema zur Erfassung von Schmerzen und Erfolgskontrolle von Schmerztherapien bei älteren Menschen mit eingeschränkter Kommunikation).

Beide sind in französischer Sprache publiziert und von Dr. Roland Kunz ins Deutsche übersetzt worden. Ich werde mich hauptsächlich mit Doloplus[®] auseinandersetzen, da mir zu diesem Instrument detaillierte Angaben zur Verfügung stehen (Siehe Anhang A und B).

¹⁴ Metz 2002, S.83.

5.1.1 **Das Schmerzerfassungsinstrument Doloplus®**

Doloplus® wurde 1992 von Wary B. et al. entwickelt und 1993 erstmals publiziert.

Doloplus® basiert auf der multidisziplinären Verhaltensbeobachtung des kommunikations-gestörten Menschen. Das Instrument ist aufgeteilt in:

- **Somatische Schmerz – Auswirkung:** Unter diesem Punkt werden Verhaltensänderungen beobachtet wie, verbaler Schmerzausdruck, Schonhaltung in Ruhe, Schutz von schmerzhaften Körperzonen, Mimik und Schlaf.
- **Psychomotorische – Auswirkungen:** Unter diesem Punkt werden Verhaltensänderungen im Bezug auf das Waschen und Ankleiden, Bewegung und Mobilisation beobachtet.
- **Psychosoziale – Auswirkungen:** unter diesem Punkt werden die Kommunikation (verbal/nonverbal), soziale Aktivitäten und Verhaltensstörungen beobachtet.

Vorgehen

Doloplus® beruht idealerweise auf den Beobachtungen durch ein multidisziplinäres Team, welches den dementen Menschen in den letzten 48 Stunden gepflegt und betreut hat. Es wird anhand eines Rasters das Ausgangs-Score (totale Punktzahl) gemessen. Es gilt zu beachten, dass gewisse Verhaltensänderungen auch im Zusammenhang mit der Demenz stehen können.

Die totale Punktzahl ist daher als Ausgangswert eines beobachteten Verhaltens und nicht als Wert eines definierten Schmerzes zu deuten.

- *Beträgt der Total-Score > 4: leidet der demente Mensch sicher unter Schmerzen.*
- *Beträgt der Total-Score 1-4: sollte versuchsweise eine Schmerztherapie eingeleitet werden¹⁵.*

Erfolgt eine Schmerztherapie, wird nach ca. 1-2 Tagen ein neuer Score-Wert erstellt. Verringert sich die Punktezahl, ist dies ein Zeichen, dass Schmerzen am veränderten Verhalten beteiligt sind/waren. Die Schmerzbehandlung kann solange intensiviert werden, bis keine Abnahme des Score-Wertes mehr festgestellt wird. Dieser Wert kann dann als Überprüfung der getroffenen Massnahme definiert werden.

Es hat sich gezeigt, dass das Einführen und Benutzen von Erfassungsinstrumenten zu einer Sensibilisierung beim Pflegepersonal führt. Die Zusammenhänge zwischen Verhaltensänderungen (indirekte Schmerzhinweise) und Schmerzen werden besser erkannt und das Einsetzen von Schmerztherapien bei dementen Menschen erhält einen höheren Stellenwert¹⁶.

Erläuterungen zu Doloplus[®]

- *Die Anwendung des Messinstrumentes Doloplus[®] benötigt eine vorgängige Instruktion und Ausbildung der Anwender.*
- *Die Anwendung hat immer multidisziplinär zu erfolgen (im Minimum Arzt und Pflegende) z.B. auf einer Visite oder im Teamrapport.*
- *Doloplus[®] in die Pflegedokumentation integrieren.*
- *Bei Fehlen von passenden Items mit 0 bewerten (z.B. Item 7 bei einem bettlägerigen Patienten, der in Embryostellung verharrt).*

¹⁵ Kunz, Infokara Nr.2/2000, S. 14.

¹⁶ Diese Ausführungen beruhen im wesentlichen auf dem Artikel von Kunz in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2003, S. 357.

- *Im Zweifelsfall nicht zögern, einen angemessenen Analgetikaversuch zu machen.*
- *Das Score von verschiedenen Patienten kann nicht verglichen werden.*
- *Zweitägige Reevaluation machen bis zur Schmerzfreiheit.*
- *Systematische Reevaluation: durch Darstellung mittels einer Kurve kann der Verlauf besser deutlich gemacht werden.*
- *Doloplus[®] dient der Schmerzeinschätzung und nicht der Beurteilung von Depression, Pflegebedürftigkeit und kognitiven Funktionen.*
- *Nicht systematisch bei allen Patienten Doloplus[®] verwenden, nur wenn die Autoevaluation (Selbsterfassung) mittels VAS (Dolometer) nicht möglich ist oder im Zweifelsfall¹⁷.*

Mit dem folgenden Gedicht möchte ich den theoretischen Hauptteil ausklingen lassen.

Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,
Ein Feuer, das uns ärmer brennt,
Das uns vom eigenen Leben trennt,
Das uns umlodert und alleine macht.

Weisheit und Liebe werden klein,
Trost wird Hoffnung, dünn und flüchtig
Schmerz liebt wild und eifersüchtig.
Wir schmelzen hin und werden sein.

Es kümmert die irdene Form, das Ich,
Und wehrt und sträubt sich in den Flammen,
Dann sinkt sie still in Staub zusammen,
Und überlässt dem Meister sich.

Herrmann Hesse

¹⁷ Kunz, Infokara Nr.2/2000, S. 16.

6. Ergebnisse

Die Fragestellungen bezüglich meiner Abschlussarbeit in Palliative Care lauteten:

- Was und wie verändert sich bei dementen Menschen die Wahrnehmung im Bezug auf Schmerzen?
- Wie sieht ein Erfassungsinstrument aus, welches mir ermöglicht eine adäquate Schmerzerfassung bei dementen Menschen durchzuführen?

Im Bezug zur ersten Fragestellung habe ich in der Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz erfahren, dass es sich nicht einfach um eine Vergesslichkeit handelt, wie es bei betagten Menschen oft vorkommt. Nein, der demente Mensch verliert im Laufe seines Krankheitsprozesses zunehmend die Urteils- und Kommunikationsfähigkeit. Das bedeutet, dass er zunehmend die Fähigkeit verliert, sein Leiden in Worten auszudrücken. Er versteht den Sinn gesprochener Worte nicht mehr und kann mir auf Fragen betreffend seiner Befindlichkeit keine adäquate Antwort geben. Weiter kann uns der demente Mensch, durch sein gestörtes Körpergefühl, nicht mehr zeigen wo der Schmerz lokalisiert ist. Er spürt wohl, dass etwas nicht stimmt. Dieses Gefühl kann zu Unruhe, Aggression, Apathie (Teilnahmslosigkeit) und weiteren Verhaltensänderungen führen. Der demente Mensch fühlt sich durch seine veränderte Körper- und Sinneswahrnehmung oft überfordert und sucht nach Sicherheit und Geborgenheit. All diese Veränderungen ändern aber nichts an der Tatsache, dass demente Menschen an Schmerzen leiden und die Annahme, dass, wer nicht richtig denken kann auch keine Schmerzen hat, ist ein Irrtum.

Bezüglich der zweiten Fragestellung habe ich zwei Instrumente gefunden, Doloplus[©] und ECPA. Es handelt sich hierbei nicht um Erfassungsinstrumente im eigentlichen Sinn, sondern vielmehr um das Beobachten von Verhaltensänderungen, die im Zusammenhang mit Schmerzen stehen können. Aber auch mit diesen Instrumenten bleibt es eine subjektive Einschätzung. Es

fehlen immer noch wissenschaftliche Daten über die Lebensqualität demenzkranker Menschen und über die Konsequenzen therapeutischer Massnahmen. Es ist mir bewusst geworden, dass ich mit diesen Instrumenten die Sensibilität im Bezug auf Verhaltensänderungen dementer Menschen steigern kann und dies wiederum zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Menschen führt.

7. Reflexion

Gewonnene Erkenntnisse

Das Bearbeiten dieser Abschlussarbeit in Palliative Care hat mir aufgezeigt wie komplex und facettenreich das Thema Schmerz und Schmerzerfassung im Zusammenhang mit Demenz ist. Es ist mir bewusst geworden wie wichtig es ist das Problem der Schmerzerfassung gerade bei dementen Menschen von verschiedenen Seiten, sprich multidisziplinär, und unter Einbezug der Angehörigen zu betrachten. Durch das Zusammenarbeiten und das gezielte Beobachten lässt sich eine Intervention (Schmerztherapie) für den betroffenen Menschen und deren Wirksamkeit besser überprüfen.

Zur Demenz

In der Auseinandersetzung mit der Demenz habe ich gelernt wie sich das Erleben, Wahrnehmen und Empfinden verändert, nicht aber das Fühlen eines dementen Menschen. Denn dies bleibt bis zuletzt erhalten, ja verstärkt sich sogar. Der betroffene Mensch kann uns nicht mehr sagen wo er Schmerzen hat und wie stark diese Schmerzen sind. Eine Tatsache bleibt aber bestehen, nämlich dass auch demente Menschen unter Schmerzen leiden.

Zur Schmerzerfassung

Ich habe mich durch die Auseinandersetzung mit der Theorie langsam an den Schmerz und die Schmerzerfassung bei dementen Menschen herangetastet. Die weitere Auseinandersetzung mit der Schmerzerfassung und dem Erfassungsinstrument Doloplus[®] hat mir aufgezeigt, dass es Möglichkeiten gibt das veränderte Verhalten, welches im Zusammenhang mit dem Schmerz steht, in Form einer erfassten Punktezahl zu definieren. So kann ich meine Beobachtungen im Bezug auf die Schmerzerfassung im Pflegealltag sensibilisieren um die individuellen Verhaltensmuster von dementen Menschen bewusster wahrzunehmen.

Zielsetzung/Grenzen

Die Auseinandersetzung im Hauptteil hat aber auch ganz klar aufgezeigt, wo die Grenzen sind. Einerseits gibt es wenig wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit dieser Thematik befassen oder befasst haben und auf der anderen Seite, wird es wohl immer ein Geheimnis bleiben was oder wie demente Menschen wirklich ihren Schmerz erleben und fühlen. Ich denke aber, dass er sich im eigentlichen Sinn und was wir sonst vom Schmerz wissen nicht anders verhält als wie bei einem kognitiv gesunden Menschen. Beide wollen in ihrem Leiden ernst genommen und verstanden werden. Ich muss meine Beobachtungen als Pflegende vielmehr auf die Verhaltensänderungen des betroffenen Menschen fokussieren und diese Beobachtungen in einem multidisziplinären Team beurteilen.

Um dies umsetzen zu können, erscheint es mir auch wichtig, gerade in der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen, diesen mit Echtheit und Empathie zu begegnen.

Es gibt aber noch so viele ungeklärte Fragen, gerade was die Erlebniswelt eines dementen Menschen betrifft, der eben nicht „nur“ an einer Vergesslichkeit leidet.

Was mir auch klar wurde ist die Tatsache, dass es trotz dieser beiden Erfassungsinstrumente weiterhin eine subjektive Beurteilung bleibt. Es zeigt mir auf, dass ich mit diesen Erfassungsinstrumenten einen Leitfaden besitze, um die Verhaltensänderungen, die mit Schmerzen im Zusammenhang stehen, zu beobachten. Es gibt der Schmerzerfassung bei dementen Menschen einen Rahmen und ist daher nicht mehr so stark von einer individuellen, gefühlsorientierten Beurteilung des Pflege- und Betreuungsteams abhängig.

Fragestellung

Ich habe auf beide Fragen eine Antwort gefunden.

Meine Fragestellungen im Bezug auf diese Arbeit konnte ich somit klären. Ich habe zwei Erfassungsinstrumente gefunden die sich mit der Schmerzerfassung bei dementen Menschen auseinander setzen. Diese beschreiben

Verhaltensänderungen und ich habe die verschobene Gefühls-, Erlebnis- und Kommunikationsebenen demenzkranker Menschen beschrieben. Somit habe ich auch meine Zielsetzung erfüllt. Durch das Erarbeiten des Hauptteils konnte ich meine Sinne sensibilisieren. Es ist und bleibt für mich immer wieder die Einzigartigkeit des Menschen die mich fasziniert.

Berufsrolle/weiterführende Gedanken

Es war für mich, wie bereits beschrieben, wichtig einen persönlichen theoretischen Boden zu schaffen auf dem ich meine Arbeit in der Pflege und Betreuung von dementen Menschen aufbauen kann. So besteht für mich die Möglichkeit mein Wissen in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen und ich hoffe in naher Zukunft, unter Einbezug meiner Teamkolleginnen und den behandelnden Ärzten eines dieser Erfassungsinstrumente im Pflegeheim einzuführen.

Denn gerade im Bezug auf Palliative Care in der Langzeitpflege und im Besonderen in der Schmerzerfassung bei dementen Menschen besteht meiner Meinung nach ein grosser Handlungsbedarf. Ich möchte mit den Gedanken schliessen, dass wir auch bei dementen Menschen die sich verbal nicht mehr mitteilen können durch Respekt, Wertschätzung und Anerkennung sowie durch Einsetzen eines dieser Erfassungsinstrumente einer adäquaten Schmerzbehandlung ein Stück weit näher kommen, was wiederum mit der Erhaltung und Förderung von Lebensqualität zusammen hängt.

Insofern wünsche ich mir den Mut und das Durchhaltevermögen die Schmerzerfassung bei dementen Menschen bei mir auf der Abteilung zu einem Thema zu machen und einzuführen.

Dankeschön

Ein herzliches Dankeschön meinen Vorgesetzten der Flury – Stiftung des Alters- und Pflegeheims in Schiers, die mir diese Weiterbildung ermöglicht haben.

Meiner Lernbegleitung Heidi Mathis, die mir immer wieder mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist.

Meinem Mentor Markus Feuz, der mir Spielraum gab, eine Abschlussarbeit zu schreiben, die von meiner persönlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema erzählt.

Der guten „Fee“ Yvonne die mich immer wieder positiv bestärkt hat.

Ausserdem bedanke ich mich bei allen, die mich in irgendeiner Art und Weise in dieser Abschlussarbeit unterstützt und begleitet haben.

8. Literaturverzeichnis

Heller Andreas, Heimerl Katharina, Husebö Stein (2000): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2. Auflage.

Kojer Marina (2003): Alt, Krank und Verwirrt. Einführung in die Praxis. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2. Auflage.

Kunz Roland (2000): Schmerzerfassung bei Patienten mit Kommunikationsstörungen, Erfahrungen mit dem Instrument Doloplus© . Zeitschrift Infokara Nr.2.

Kunz Roland (2002): Palliative Medizin für ältere Menschen, Schweiz Med Forum Nr 5.

Kunz Roland (2003): Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36 (5).

Kunz Roland (2004): Unterrichtsunterlagen Höfa 1 Palliative Care, LE 118.

Kunz Roland(1998/99): Nichtmaligne chronische Schmerzen beim geriatrischen Patienten: eine Indikation auch für Opiode? Zeitschrift Infokara Nr.4.

Lind Sven (2003): Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto und Seattle, 1. Auflage.

Metz Christian, Wild Monika, Heller Andreas (2002): Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliatver Betreuung Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

Pschyrembel (1994): Klinisches Wörterbuch, 257 Auflage.

Wilkening Karin, Kunz Roland (2003):Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag in Göttingen.

9. Anhang