

***Betreuung von Patient:innen mit
chronischen Schmerzen
Von emotionalen Dimensionen bis zu
organisatorischen Aspekten***

Prof. Anne-Françoise Allaz

*Fachärztin für innere Medizin und psychosomatische Medizin FMH, Fachärztin
für psychosoziale Medizin SAPPM*

*Konsiliariums-Ärztin Hôpitaux Universitaires de Genève, Mitglied der Académie
de Médecine*

25.01.2024

Kein Interessenkonflikt

Vortragsprogramm

- I. Häufigkeit des Auftretens chronischer Schmerzen bei Betagten und Bewohner:innen von Pflege- und Altersheimen
- II. Komplexität des Schmerzes. Kreisläufe und Beeinflussung
- III. Stellenwert der emotionalen Beeinflussung
- IV. Welche Reaktionen gibt es? Individuelle Beurteilung und Behandlung
- V. Spezifische Weiterbildung und Organisation in Alters- und Pflegeheimen

Epidemiologie bei Betagten und Personen in Alters- und Pflegeheimen

Prävalenz von chronischen oder anhaltenden nicht kanzerösen Schmerzen
bei Senior:innen (Dauer > 3 Monate) **40-70%**

Ursachen vor allem muskuloskelettal, neurogen

Erhebliche Auswirkungen: Müdigkeit 40%; Schlafstörungen 25%
Depressionen 30%, Abnahme der funktionalen Fähigkeiten 35%,
Lebensqualität

Alters- und Pflegeheime in Europa: **35-60% (80%)**

Mässige Schmerzen: 40%, starke Schmerzen: 30%.

Tägliche Schmerzen: 50%

Ursachen Muskuloskelettale und Hautbeschwerden, Druckstellen

Ulbricht, J Pain symptom Man, 2019; Domenichiello, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2019; Achterberg, Pain, 2010, Breivik, Pain in Europe

Vielseitige Ausprägung in Alters- oder Pflegeheimen

- Pflege- und Altersheime: Beurteilung ist kompliziert aufgrund von Komorbiditäten, kognitiven Störungen und weiteren Auswirkungen

Kein einheitliches Bild! NHS-Studie mit 120'000 neuen Bewohner:innen von Pflege- und Altersheimen:

- Starke Schmerzen mit Auswirkungen auf den Schlaf, **Depressionen** 20%
- Mässige Schmerzen, die häufig auftreten und funktionelle Störungen verursachen 25%
- Mässige Schmerzen, die gelegentlich auftreten, mit **Depressionen** 25%**
- Mässige Schmerzen, die gelegentlich auftreten, ohne Depressionen 30%

***sehr häufig kognitive Störungen*

Verstehen:

Was ist Schmerz?

Definition des Schmerzes

Ihre?

Definition gemäss IASP

(International Association for the Study of Pain)

*«Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und
Gefühlserlebnis,*

*das mit einer tatsächlichen oder drohenden
Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer
solchen Schädigung beschrieben wird.»*

IASP, neue Definition von Raja, 2020

Ein Sinnes- und Gefühlserlebnis

- Per Definition besitzt jeder Schmerz eine **Sinnesanteil** und auch einen **emotionalen Anteil (Gefühlserlebnis)**
- Diese beiden Anteile sind untrennbar miteinander verbunden («Körper-Geist»).
- Die Schmerzen können auch dann auftreten, wenn keine körperliche Schädigung bestimmt werden kann, trotzdem sind sie echt
- Man sollte immer das glauben, was der/die Patient:in sagt*

*Wie wird Schmerz übertragen
und wie tritt er ein?*

*Übertragungskreislä
ufe des Schmerzes
und
Schmerzmodulation*

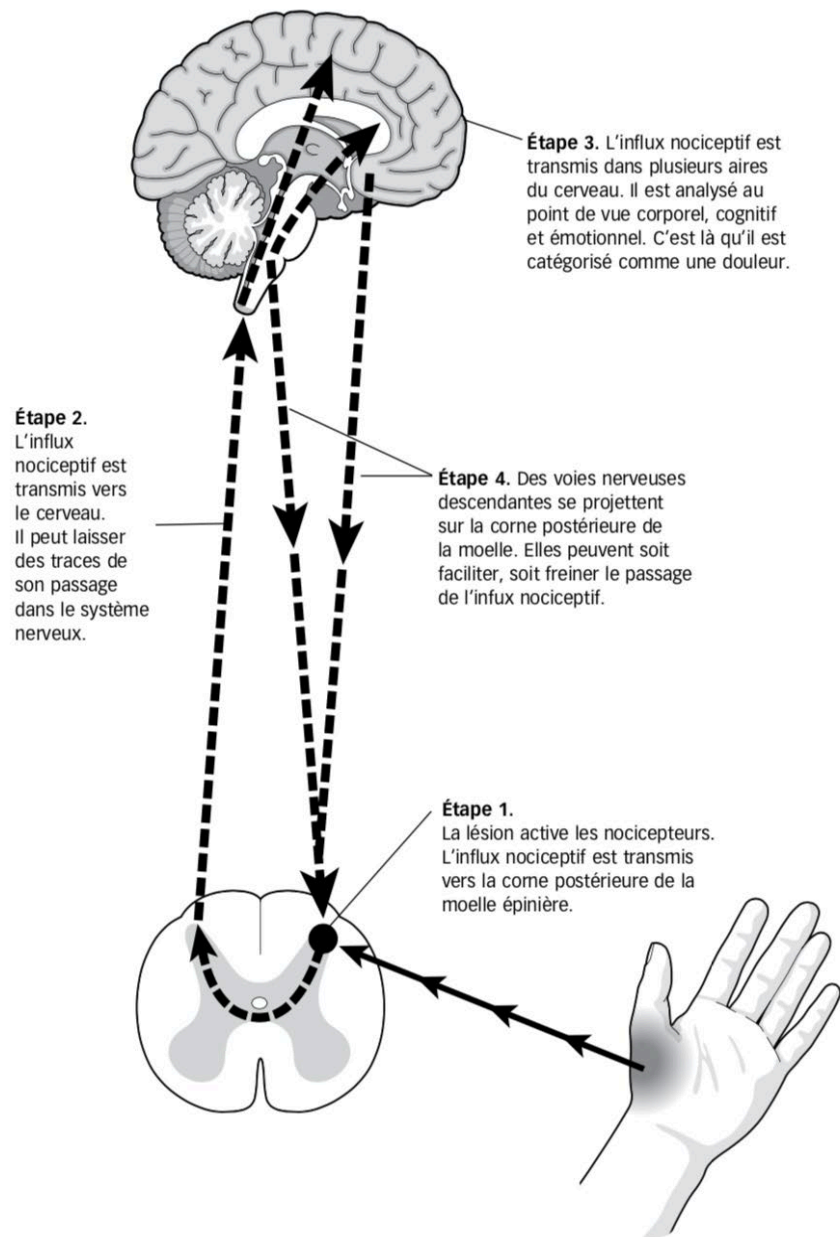
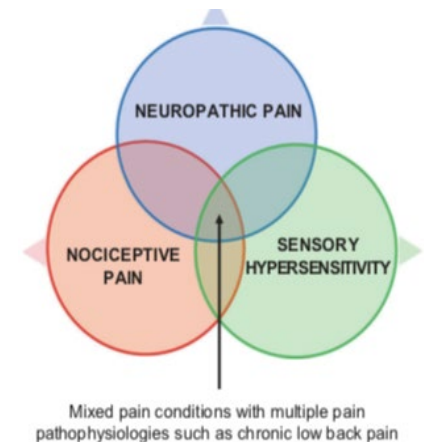


Figure 1 – Les étapes de la douleur.

Drei Schmerzmechanismen

- I. Alarmsignal aufgrund einer festgestellten Schädigung (*nozizeptive Schmerzen*)
Bsp.: **Knochen- und Gelenkprobleme;** Arthrose, Krebs usw.
- II. Beschädigte Nerven (*neurogene Schmerzen*)
Bsp.: Herpes Zoster, Neuropathie, Ischias, Narben, Amputation
- III. Veränderte Kreisläufe, zentrale Sensibilisierung (*nozioplastische Schmerzen*)
Bsp.: Fibromyalgie, weitere komplexe Schmerzen
- IV. **Und immer wesentliche emotionale und Gefühlsmodulationen**



Bei kognitiven Störungen und Demenz

- **Nicht weniger Schmerzen!**
- **Weniger spontane Beschwerden:**
61% bei kognitiv intakten versus 31% bei dementen Personen
Proctor and Hinder, 2001
- Oft geeignete Antworten, **wenn man den/die Patient:in danach fragt**
- **Und das Verhalten:** Widerstand gegenüber der Pflege, Unruhe, Aggressivität, Rückzug, Verwirrung, Schlafstörungen
Muhler C, 2021
 - Systematische Gliederung der Anforderungen Kombination der Skalen
 - Behandelbare Ursache der Unruhe, Aggressivität oder Schlafstörung
 - Enge Verbindung zwischen Schmerzen und Depressionen

Zusammenfassung I

- Chronische Schmerzen kommen häufig bei Betagten vor
- Schmerz = Sinnes- und Gefühlserlebnis
- Chronische Schmerzen = komplex. Unterschiedliche Einwirkungen
Ist mehr als ein nur ein Symptom; als Krankheit an sich anerkannt
- Die Schmerzen können auch dann auftreten, wenn keine Verletzung bestimmt werden kann. Trotzdem sind die Schmerzen echt
- Es gibt unterschiedliche Schmerzmechanismen.
- Begriffe für Spuren, Steuerungen, Schmerzanfälligkeit
Nützliche Begriffe für den Austausch mit Patient:innen, Familien und Mitarbeitenden
- Bei Patient:innen mit kognitiven Störungen: Die Schmerzen können durch Körpersprache oder neuro-psychologisch, durch Schlafstörungen, Unruhe oder Ablehnung gegenüber der Pflege geäußert werden

Komplexität des Schmerzes

Beeinflussung und Verstärkung

Emotionale und zwischenmenschliche Beeinflussung und Verstärkung

- Depressive Zustände
- Ängste
 - Ängste und Sorgen, Hypervigilanz in Bezug auf Empfindungen
 - Angst und Angst-Vermeidungen bzgl. Bewegung, katastrophistische Einstellung
- Vorgeschichte mit traumatischen Erlebnissen
- Trauer
- Bedürfnis, verstanden und gehört zu werden in Bezug auf einen Hilferuf

Chronische Schmerzen und Depressionen – ein Hin und Her

- Allgemeine ältere Bevölkerung: 15-20%; Patienten mit Schmerzen: **20-50%**
(Stubbs, 2017, Zis, 2017)
- Beidseitige Veranlagung: hin und her
(Rentsch, RMS, 2017)
- Wesentliche symptomatische Überschneidungen

Depressionen tragen bei zu:

- Chronifizierung, Anhalten der Schmerzen (z. B. Post-Zoster-Schmerzen, neuropathische Schmerzen, Rückenschmerzen)
- Schmerzintensität: stärker je nach Schwere der Depressionen
(Goldenberg, 2010, Katon, 2007, Stubbs, 2017)
- «Coping/Umgangs»-Probleme mit den Schmerzen: Katastrophismus, funktionelle Beeinträchtigung, Motivationsverlust, Abwertung der Pflege (Bair, 2008)

Oftmals atypische Depressionen bei Betagten. Fehlende Diagnose

- Weniger depressive Verstimmungen oder emotionale Äusserungen, ausser Selbstabwertung
- Deutliche Tendenz (> 50%) zu neurovegetativen Erscheinungen wie **Müdigkeit und Schlafstörungen**
- Viele körperliche Beschwerden, **insbesondere Schmerzen** (oft Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen) *(Raphael, 2006, Beyer, 2007)*
- Wiederholung der Beschwerden; Abwertung der Pflege, Ablehnung, Reizbarkeit
- Rückzug des Ich, «angenommene Inkompetenz/*helplessness*», Immobilisierung unter dem Vorwand der Schmerzen
- Symptome, die einer kognitiven Störung ähneln (oder diese kaschieren)

Angst, körperbezogene Angst und Vermeidung

- Häufige «ängstliche Depressionen» (Wolitzky-Taylor, 2010)
- Körperbezogene Angst. Angst um die eigene Gesundheit: «*Health Anxiety*»
Fixierung auf körperliche Empfindungen, Hypervigilanz
- Folgen: Pessimistische Grundeinstellung, **Empfindungen und Vorstellungen**
- Begriff der «Angst-Vermeidung»: **Angst vor Stürzen, sich weh zu tun**
Furcht und Antizipation von Schmerzen + Vermeidung von Bewegung
(*Kinesiophobie*)
- Folgen: **Immobilisierung, Teufelskreise, Kontrollverlust**
Massgeblich für funktionelle Beeinträchtigung (Wertli, 2014, Barsky, 2017)
- Begriff des «Katastrophismus»

Traumata, Misshandlung, Missbrauch, Kindesvernachlässigung

- Traumata, Misshandlung, Verlassenwerden oder Vernachlässigung bei Kindern führt zu **Schmerzanfälligkeit**
Erhöhen das Risiko für chronische Schmerzen (*Afari, Psychosom Med, 2014*)
Epidemiologie: häufig mit chronischen Schmerzen assoziiert
- Sehr dauerhafte Auswirkungen (*Tak, Psychosom Res, 2013, You, Pain Medicine, 2019*)
 - Wiederholungseffekte bei einem neuen Trauma
 - Bevorzugt körperlicher Ausdruck der Beschwerden
 - Verborgene Geschichten, die nicht immer ins Bewusstsein vordringen oder nicht dahin zurückkommen möchten: schwieriger Zugang
- Schaffen ein starkes Bedürfnis nach emotionaler Anerkennung und Sicherheit

Landa, Psychosom Med, 2012; de Senarclens inPress, 2016; Nacak, Jpsychosom Research, 2017

Trauer

Trauer: Eine weitere wichtige und unterschätzte Dimension

- Trauer um langjährige Lebenspartner:innen: 4-9 Jahre:
> **25%** der Fälle *(Lannen, 2008)*
- Anhaltende Symptome, **vorwiegend Schmerzen**: 2-3 Jahre
(Women Health Initiative, 2003; Bradber, 2003; Stroebe, 2007)
- Verdichtung und traumatische Erinnerungen und Trauererinnerungen; «**Schmerz der Erinnerung**», «Trauer an Todestagen»
- Trauer und symbolische Verluste: sozialer Status, Gesundheit, Unabhängigkeit, Umfeld, Erscheinung usw.

Schmerzen als Beziehungssignale

- Suche nach Anerkennung als leidende Person, **Suche nach Aufmerksamkeit, Unterstützung, Anwesenheit, Zuwendung**
 - **Gefühl, dass einem selbst kein Glauben geschenkt wird, dass niemand zuhört**
Ich fühle mich allein gelassen mit meinen Schmerzen: 30% (Breivik, Pain in Europe)
 - Suche nach dem eigenen Selbstwert und Streben danach, Aufmerksamkeit zu erregen
 - *«Schmerzen können das einzige sein, was der betagten Person bleibt, um (sich) zu beweisen, dass sie noch am Leben ist»* (J Pellerin, 2002)
 - Systematische Neuorganisierung (der Familie) in Bezug auf die Beschwerden
- **Eine Bitte um Hilfe ist keine Manipulation!!**
- Erhöhtes Risiko für Missverständnisse, therapeutische Überversorgung, Zurückweisung

Zusammenfassung II

- Es gibt eine wesentliche affektive und emotionale Beeinflussung der chronischen Schmerzen.
Aber Achtung: **Die Schmerzen sind echt!**
- Chronische Schmerzen betreffen häufig verletzliche Personen, die Traumatisches erlebt haben oder Trauer oder grossen Stress.
Sie benötigen Empathie und Verständnis
- **Depressionen** sind häufig, sollten festgestellt werden. Diese treten häufig daneben auf – oder sind mit den Schmerzen verbunden
- **Ängstlichkeit** führt zu Sorgen um die eigene Gesundheit und einer Hypervigilanz in Bezug auf körperliche Empfindungen
- In der Folge kann es zu «**Angst-Vermeidungen**» kommen (z. B. wenn eine Person nicht mehr körperlich aktiv sein möchte), was zu einem Autonomieverlust führen kann
- Patienten mit chronischen Schmerzen haben einen erhöhten Betreuungsbedarf und ein Bedürfnis nach Anerkennung

Was können wir tun?

Ein klinisches Beispiel

Geschichte einer sehr betagten Dame im
Alters-/Pflegeheim

Beschwerde bzgl. Beinschmerzen bei den
Mitarbeitenden bekannt

Welche Reaktion ist angebracht?

1. Individuelle Betreuung

- Zuhören, zuhören, zuhören und beobachten (Mitarbeitende): individuelle Reaktion

**Eine Grundhaltung des Wohlwollens und Vertrauens schaffen:
Engagement!**

(Heijmans, 2011; de Roten, in Dunod, 2011, Duplan RMS, 2023)

- Ein (kleines) persönliches Ziel festlegen, das **hier und jetzt** anerkannt wird und «trotz Schmerzen» erreichbar und an die Situation des Patienten/der Patientin angepasst ist
- Kreativer Behandlungsplan, der auf die Prioritäten der jeweiligen Person ausgerichtet ist
Misserfolge einkalkulieren
- Engagement zeigen, **das eigene Team weiterbilden**

II. Als Ziel eine allgemeine Linderung anpeilen

- Behandlungsziel: **Schmerzlinderung** zur Verbesserung der Lebensqualität, Wiederaufnahme von sozialen Beziehungen und Aktivitäten
- Aufgabe der Illusion, dass es eine einzige und einfach zu behandelnde Ursache gäbe
- Herausfiltern der verstärkenden Elemente, die Teufelskreise auslösen
- Betreuung bzgl. Schlaf, Entmutigung und Verlust von Projekten
- Anpassung an vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen, langfristig angepasstes Timing
- Betreuung in Bezug auf +++ ein gestärktes Selbstwertgefühl
- Ein persönliches Projekt **anerkennen**, beginnen, personalisieren und wiederbeleben
- **Interesse für die Wirksamkeit der Behandlung. Beurteilung**

III. Auf die für die Schmerzen ursächlichen Mechanismen einwirken, aber auch auf Modulationsmittel

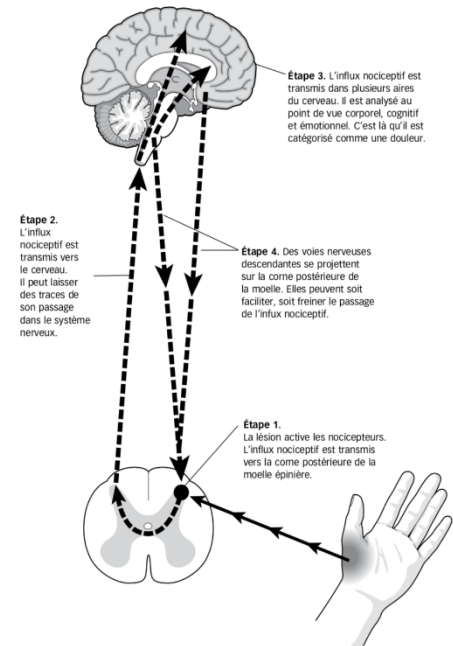


Figure 1 – Les étapes de la douleur.

III. Modulation durch verschiedene Ansätze

- **Förderung der auf natürliche Weise schmerzhemmenden Mechanismen:**
 - Wärme, Bäder, Massagen, Bandagen
 - Nutzen **lokaler** Behandlungen (Cremes, Massagen)
 - Informieren: Kontrolle und positives Antizipieren
 - Ablenkung
 - Massage oder Schmerzmittel vor der Mobilisation
- **Physiotherapie**, Mobilisation, Steifheit begrenzen, muskuläre Stärkung, verstärkte Selbstständigkeit, Linderung der Depressionen
- Korrektes Aufstellen; Ergotherapie
- Körper- und geistorientierte Therapien, aber in Alters- und Pflegeheimen?
- Hypnose, Mindfulness, Kunsttherapie

In der Praxis dokumentierter Nutzen?

Gemäss einer Meta-Analyse mit 5'000 Schmerzpatient:innen in Alters-
/Pflegeheimen

J.A. Knopp-Sihota et al. / JAMDA 23 (2022)

1. Schmerzstillende Medikamente: Mittelstarke bis starke Wirkung
 2. Weitere vielfältige Behandlungen wie **körperliche Betätigung**, Akupressur, Akupunktur, Linderung der Depressionen: Mässige bis starke Wirkung, **am dauerhaftesten... verzögert** (4 Wochen)
 3. Kombination mehrerer Massnahmen
 4. Schulung von Mitarbeitenden
- Empfehlungen: Auf den Patienten/die Patientin abgestimmte Behandlung, Medikamente und Physiotherapie/Akupunktur, Behandlung der Depressionen und Weiterbildung der Mitarbeitenden

IV et V.

*Institutionelle und
organisatorische Reaktionen*

IV. Weiterbildung von Mitarbeitenden im Schmerzbereich

- Weiterbildungen über die Komplexität von chronischen Schmerzen
 - Chronische Schmerzen sind echt, auch wenn es keine «Ursache» gibt, sie wiederholt auftreten und einer Aufforderung ähneln
- Weiterbildung über klinische, neuropsychologische und Verhaltensausrägungen des Schmerzes. Häufigkeit einer damit zusammenhängenden Depression
- Weiterbildung bzgl. möglicher Reaktionen:
 - Vielzahl an möglichen Massnahmen zusätzlich zu Medikamenten
 - Auf die Beschwerde eingehen: Präsenz, zuhören und bestätigen
 - «Therapeutische Kommunikation»: Z. B.: «*Ich höre zu, «ich sehe» anstelle «ich weiss»*. Nützliche Kurse für alle Pflegefachpersonen...
 - Medikamentenausgabe mit positiven Vorschlägen
 - **Systematische Beurteilung der Wirkung von Behandlungen**

IV. Weiterbildung der Mitarbeitenden. Einstellung und Kommunikation

- Förderung einer motivierenden und positiven Haltung (Ermutigung, Empathie und Lob)
- Förderung des Engagements des Patienten/der Patientin, Vorschläge (z. B. bzgl. Bewegung) «trotz Schmerzen»
- Vorschlagen einer gemeinsamen Tätigkeit: «*Wir machen einen Spaziergang, spielen ein Spiel*»
- Den Patienten/die Patientin so gut wie möglich informieren
- Nicht vergessen, eine Pflegetätigkeit anzukündigen und die Zustimmung zu verlangen (auch im Fall von Demenz)
- Therapeutische Kommunikation: «*Ich höre zu, «ich sehe» anstelle «ich weiss*»
- **Erkennung des Risikos, dass die Mitarbeitenden die Anteilnahme verlieren und entmutigt werden**
- Offen, tolerant und kreativ bleiben. Im Team teilen. Aufsicht

V. Organisatorische Vorschläge

- Schaffung einer Kultur der ausdrücklichen Schmerzlinderung in der Einrichtung;
- Weiterbildung der Mitarbeitenden bzgl. Grundbegriffen und -haltungen;
- «1-2 Schmerzbeauftragte» ernennen, die eine spezielle Schulung erhalten;
- Einbeziehen der Akteure vor Ort (auch der Hilfskräfte). Erkennen der Bedürfnisse und Förderung von Innovation und Kreativität der Pflegefachpersonen...
- Entwicklung systematischer Bewertungen von verbalen Äusserungen und Verhalten;
- Planung einer systematischen Bewertung des Behandlungsnutzens;
- Vielfältige Angebote machen: Physiotherapie, Bäder, Massagen, Lektüre, Kunsttherapie usw.
- Stärkung einer Kultur des Respekts gegenüber der Person «*Nothing for us, without us*»

V. Erwarteter Nutzen

Nutzen für die Einrichtungen:

- Komfort, Selbstständigkeit und Lebensqualität der Bewohner:innen, Zufriedenheit der Angehörigen
- Komfort und Zufriedenheit der Mitarbeitenden, **Stabilisierung des Personals!**
Bsp.: aggressive Verhaltensweisen und Ablehnung gegenüber der Pflege verstehen: weniger emotionale Erschöpfung
- Umsetzung von gemeinsamen Projekten bzgl. Pflege, Kreativität und Motivation, **die der Arbeit einen Sinn geben**
- Das «Schreckgespenst» Misshandlung bekämpfen
- Kompetenz und «gute Behandlung» als Unternehmensleitsatz und ethische, humanistische und wertschätzende Haltung, die sinnstiftend ist und Stolz vermittelt
- «gute Behandlung» als starkes Werbeargument, leicht zu finanzieren, spricht die Bevölkerung an und fördert das Engagement und die Stabilisierung des Personals

Zusammenfassung III

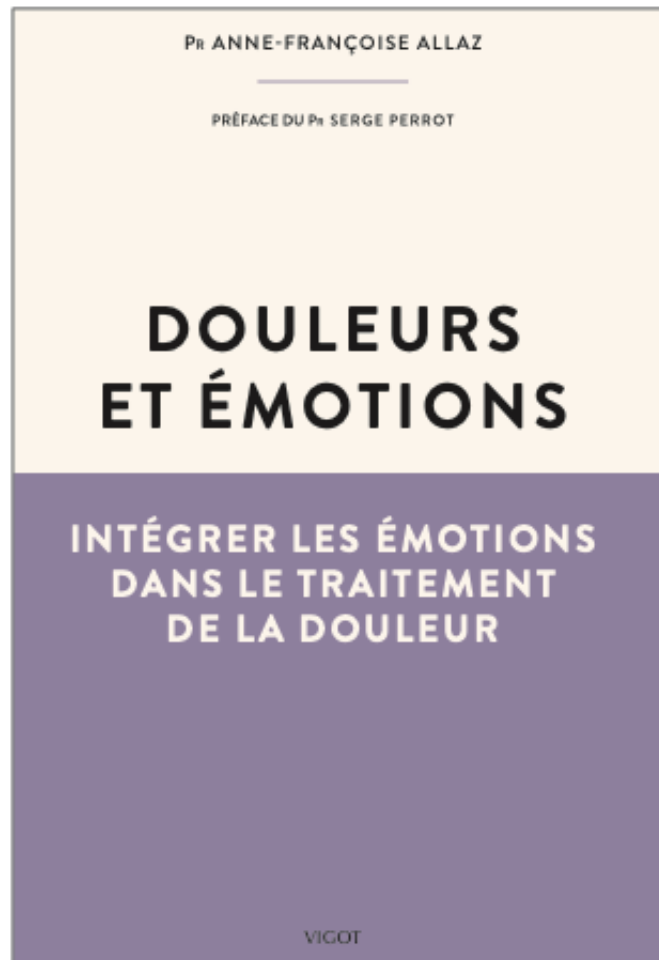
Vorschläge zu Behandlung und Organisation

- Individuelle Betreuung im Hinblick auf ein Ziel, das dem Patienten/der Patientin wichtig ist
- Ziele: Verbesserung der Lebensqualität und funktionellen Fähigkeiten sowie Schmerzlinderung
- Die Abgabe von Medikamenten muss «begleitet» **und beurteilt werden**
- Der Nutzen von lokalen und körperlichen Herangehensweisen usw. und der Kommunikation und Information zu den Behandlungen sollte nicht unterschätzt werden
- Das Bedürfnis nach Wertschätzung sollte ernst genommen werden
- In den Einrichtungen braucht es eine wohlwollende «Kultur der Schmerzlinderung» inkl. Weiterbildung der Mitarbeitenden der Bestimmung von ausgebildeten «Ansprechpartner:innen für Schmerz». Kreativität und Engagement
- Überzeugung vom Nutzen einer «wohlwollenden Kultur der Schmerzlinderung» für Patient:innen, Angehörige, Pflegefachpersonen und die Einrichtungen, in Bezug auf den Personalplan, seine Verfestigung und für die Rekrutierung. + Bild!

Einige weitergehende Referenzen...

1. Allaz A-F. *Douleurs et émotions. Intégrer les émotions dans le traitement de la Douleur*. Verlag Vigot, Paris, 2021.
2. Achterberg et al.. *Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands*. Pain 2010; 148: 70-74.
3. Zis P. *Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges*. Clin Interv Aging. 2017;12:709-720.
4. Jennifer A. Knopp-Sihota. *Management of Chronic Pain in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JAMDA 23 (2022) 1507e1516

PARUTION : MARS 2021



DOULEURS ET ÉMOTIONS
INTÉGRER LES ÉMOTIONS DANS
LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Anne-Françoise Allaz

15 x 24 cm • 128 pages

Livre broché

ISBN : 978-2-7114-2583-9

14,00 € / 18 CHF

**RÉSERVEZ
VOTRE EXEMPLAIRE
CHEZ VOTRE LIBRAIRE**