Fotos: Martin Glauser

Durchbruchschmerz bei betagten Menschen

Den Schmerz nehmen, aber nicht die Autonomie

Haben betagte Menschen physische und kognitive Einschränkungen, kann die Wahrung oder Förderung der Autonomie schwierig sein. Ein handlungsbezogener Autonomiebegriff und die Methoden der partizipativen Entscheidungsfindung können helfen.

ANDREA OTT WABEL
SETTIMIO MONTEVERDE

DASS Autonomie auch bei betagten Menschen ein wichtiges Ziel pflegerischen Handelns ist, bestreitet niemand. Doch wenn es darum geht, im pflegerischen Umgang mit betagten Menschen Autonomie zu wahren oder zu fördern, stellen sich für Pflegende täglich Herausforderungen. Der Artikel beleuchtet die Frage der Autonomie von betagten Menschen im Kontext des sogenannten Durchbruchschmerzes. Er zeigt verschiedene Einflussfaktoren auf, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind.

Daraus können neue Impulse für eine evidenzbasierte und reflektierte Praxis gewonnen werden, die den Bedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht werden.

Dabei wird zweierlei deutlich: Erstens, dass Autonomie als spezifisch ethischer Begriff in Bezug auf betagte Menschen konkretisiert, auf das Individuum bezogen und auf die Gefahr des «Ageism» hin kritisch zu prüfen ist. Zweitens, dass diese Erkenntnisse für das pflegerische Assessment, die Planung und die Durchführung von Interventionen bei Durchbruchschmerz zu nutzen sind. So können Entscheidungen den spezifischen Bedürfnissen der Situation des betagten Menschen angepasst werden und erhöhen die Chance ihrer Wirksamkeit.

Ein Beispiel

Frau Meier[1], 76 Jahre alt, wegen einer palliativen Situation im Hospiz lebend,

meldet sich via Rufanlage, welche sie sehr selten nutzt. Sie leidet schon länger unter Schmerzen, die seit einigen Wochen gut unter Kontrolle sind. Sie bewegt sich langsam und behäbig, als die Pflegefachfrau ins Zimmer kommt. Nach einigem Nachfragen der Pflegefachfrau, äussert sie angestrengt, die richtigen Worte suchend, einen akuten, starken Schmerzanstieg, was einem Durchbruchschmerz entspricht. Für die Pflegefachfrau ist es die Herausforderung, zusammen mit Frau Meier Massnahmen zu suchen, die sowohl evidenzbasiert sind als auch ihrer individuellen Situation gerecht werden. Denn obwohl mit der Betroffenen ein Massnahmenplan für solche Situation erarbeitet wurde, braucht es in der Situation Anpassungen, da Frau Meier nicht in jedem Moment die gleichen Interventionen braucht und wünscht.

Altersdiskriminierung

In den letzten Jahrzehnten wurde erkannt, dass es schwierig ist, «das Alter» an einem einzigen Merkmal festzumachen. Ein vorrangiges Ziel gerontologischer Forschung ist, die Bedeutungsoffenheit des Alters zu erhalten und nicht vorzeitig durch Stereotype einzugrenzen ist. Dieser Gefahr versuchen viele Altersleitbildern und die Arbeit von Fachverbänden und Interessensgruppen entgegenzuwirken. Damit soll auf das Phänomen des Ageism reagiert werden, mit welchem eine Sichtweise auf den betagten Menschen bezeichnet wird, die diesen auf ein Defizit-Merkmal reduziert.

Ethisch heikel wird es, wenn einzig auf der Grundlage des Alters Entscheidungen gefällt werden, die zu einer Schlechterstellung der Betroffenen führen können. Aus diesem Grund wird der Begriff des Ageism auf Deutsch mit «Altersdiskriminierung» wiedergegeben, auch wenn genau besehen Ageism die Ursache ist, die zur Altersdiskriminierung erst führt. Kosten-Nutzen-Kalküle oder Wartelisten im Rahmen von Managed-care-Modellen lassen sich als Beispiele aufführen, wenn sie einzig aufgrund des Alters Versorgungsprioritäten setzen. Zu den Gefahren des Ageism gehört auch, dass betagten Menschen die Fähigkeit abgesprochen wird, Selbstbestimmung wahrzunehmen oder aber zu straffe medizinisch-pflegerische Versorgungspfade entworfen werden, die eine Selbst- oder Mitbestimmung faktisch verunmöglichen.

Autonomie im Alter

Klar ist, dass sich das Alter nicht schönreden lässt. Altsein kann zur Herausforderung werden, wenn Multimorbidität zu Verlangsamung, Leistungseinbussen und Funktionsverlusten führt. Zur körperlichen Gebrechlichkeit gesellt sich nicht selten die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit, eigene Interessen wahrzunehmen und diese in persönlichen Entscheidungen mit zu berücksichtigen, was die Ethik mit dem Begriff der Vulnerabilität (Verletzlichkeit) ausdrückt. Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit können den Aktionsradius eines betagten Menschen einschränken und dazu führen, dass er abhängiger wird und auf Hilfe angewiesen ist (Kojer & Heimerl, 2010, S. 88).

Betagte Menschen brauchen in dieser Lebenssituation oft mehr Zeit für eine Vielzahl von Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch, um Entscheidungen in ihrer Tragweite zu verstehen. Gerade im klinischen Alltag unter Zeit- und Effizienzdruck stellt dies eine hohe Herausforderung für Betagte wie auch Fachpersonen dar.

Angesichts gesundheitlicher Veränderungen ist der betagte Mensch immer wieder gefordert, sich an neue Umstände anzupassen. Das heisst aber nicht, dass betagte Menschen in solchen Prozessen ihre Autonomie negativ daran messen, wie abhängig sie sich fühlen. Vielmehr machen sie Autonomie daran fest, wie viel Handlungsspielraum und Kontrolle sie über ihr Leben haben. Gerade dafür braucht es aber umsichtige Menschen wie Angehörige und betreuende Fachpersonen, die sich dieser Situation bewusst sind und für die Betroffenen die Entscheidungsspielräume offen halten.

Im Kontext der Therapie des Durchbruchschmerzes ist daher das Konzept der «actual autonomy» von George Agich geeigneter, um eine partizipative Entscheidung herbeizuführen, weil es der besonderen Situation betagter Menschen gerecht wird.

«Haben Sie Schmerzen?»

Schmerzen können bei betagten Menschen oft unklar gekennzeichnet sein. Schmerz wird von betagten Menschen häufig als «Altersschicksal» wahr- und hingenommen. Dies kann Fachpersonen dazu verleiten, die Schmerzsituation betagter Menschen zu unterschätzen oder gar nicht wahrzunehmen. Durch das Stereotyp, dass «Schmerzen zum Alter gehören» wird die schmerztherapeutische Unterversorgung mit ihren weitreichenden körperlichen und psychosozialen Folgen noch intensiviert. Diese Situation kann zu einer massiv eingeschränkten Lebensqualität betagter Menschen führen und Fragen bezüglich Lebenssinn und Existenzberechtigung forcieren.

Die Kommunikation ist daher der Schlüssel zum Erfolg beim Assessment im Blick auf eine wirksame Schmerzintervention. Es kann schon bei der Frage: «Haben Sie Schmerzen?» viel schieflaufen: Vielleicht wurde die Frage nicht verstanden, durch Konzentrations- und Wortfindungsstörungen kann gerade keine adäquate Antwort gegeben werden, vielleicht ist der Schmerz kaum lokalisierbar, die ganze Situation überfordert die Kräfte des betagten Menschen und er bekommt zusehends Angst, was die Kommunikation weiter erschwert. Auch ein einschüchterndes Kommunikationsverhalten seitens der Fachpersonen oder gehetztes und ungeduldiges Auftreten können eine Situation negativ beeinflussen (Kojer 2009, S. 254–258).

Dabei können Assessmentinstrumente wie die Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale helfen, die richtigen Fragen zu stellen, um ein ganzheitliches Schmerzassessment und eine darauf aufbauende Intervention zu ermöglichen (siehe Kasten, S. 26).

Die wichtigsten Schritte des Schmerzmanagements bei betagten Menschen im geriatrischen Setting können wie folgt zusammengefasst werden: Schmerzerkennung (nach Schmerzen fragen, Folgestörungen erkennen), Schmerzerfassung (Wo?, Wie?, Wann?, Wie stark?, Auslöser?), Schmerzanalyse (Ursache? Zusammenhänge? Auswirkungen?), Schmerztherapie (Ziele, medikamentöse/nicht medikamentöse Therapie) und Evaluation (Überprüfung des Therapieerfolges, Anpassungen).

Durchbruchschmerz

Durchbruchschmerz ist ein vorübergehender, starker Schmerzanstieg bei sonst gut kontrolliertem Basisschmerz. Durchbruchschmerz ist nicht zu verwechseln

[1] Daten geändert.

Definitionen

Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale

1. Wie stark sind Sie in den letzten Wochen ganz allgemein durch Schmerzen beeinträchtigt worden?
2. Wie stark sind Sie im Moment durch Schmerzen beeinträchtigt?
3. Wie stark sind Sie von den Schmerzen beeinträchtigt, wenn sie am stärksten sind?
4. Wie viele Tage in der Woche werden die Schmerzen richtig schlimm?
5. Wie stark werden Sie von den Schmerzen beeinträchtigt, wenn sie am schwächsten sind?
6. Wie stark haben die Schmerzen ihre Alltagsaktivität beeinträchtigt?

(Mit Ausnahme von Punkt 4, für den die Anzahl Tage verzeichnet wird, gilt folgende Skala: 1= überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = mässig, 4 = ziemlich stark, 5 = sehr stark)

Partizipative Entscheidungsfindung

Prozessschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung (im Rahmen des Projektes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales, «Der Patient als Partner», 2001):

1. Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht.
2. Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung/Rollen klären und Gleichberechtigung der Partner formulieren.
3. Aussage über das Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten.
4. Informationen über Optionen und ihre Vor- und Nachteile.
5. Rückmeldung über Verständnis der Optionen und Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten und der Patientin.
6. Präferenzen ermitteln.

mit der sogenannten «end–of–dose failure», einem Wiederauftreten von Schmerzen bei Nachlassen der Wirkung der Dauermedikation, meist eine Stunde vor der nächsten Dosisgabe.

Durchbruchschmerz wird, obwohl er häufig vorkommt, schlecht erkannt und beeinflusst die Lebensqualität negativ. Speziell bei betagten Menschen, für die allgemein nur wenige Daten aus der Schmerzforschung vorliegen, ist eine genaue Analyse wichtig, um sie nicht weiter auszuschliessen.

Folgende Prinzipien müssen bei der Therapie von Durchbruchschmerzen grundsätzlich beachtet werden:

- Die Strategie muss realistisch und im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sein und individuell auf seine Bedürfnisse und Ressourcen abgestimmt sein.
- Die Selbstständigkeit und Selbstkontrolle (zum Beispiel durch selbständige Einnahme der Schmerzreserve) muss sinnvoll ermöglicht werden.

Denn zusätzlich zum Bedürfnis einer guten Schmerz- und Symptomkontrolle äussern betagte Menschen, dass eine angemessene Aufklärung wie auch die Mitbestimmung bei medizinischen Interventionen für sie wichtig sind.

Actual Autonomy

Autonomie wird in der medizin- und pflegeethischen Literatur unterschiedlich beschrieben, häufig aber auf der Basis von Idealen wie «Unabhängigkeit» und der rational begründeten, freien Wahl. Gerade betagte Menschen können diese aufgrund von Gebrechlichkeit und Vulnerabilität nur eingeschränkt wahrnehmen, umso mehr, wenn sie abhängig von der Hilfe anderer sind und wenn ihre kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind.

Somit kann es schwierig sein, betagte Menschen mit Durchbruchschmerzen zu befähigen, eine aktive Rolle in der Gestaltung der Schmerztherapie einzunehmen. Ihre Vulnerabilität macht eine Einschätzung schwierig, in welchem Ausmass kognitiven Fähigkeiten in der Situation vorhanden sind, auf die zurückgegriffen werden kann.

George Agich bricht daher den einseitig auf kognitive Fähigkeiten fokussierten und idealisierten Autonomiebegriff auf zugunsten einer Autonomie, die sich am faktischen Alltagshandeln des betagten Menschen zeigt. Eine solche vorwiegend handlungsbezogene Autonomie ist besser in der Lage, Autonomie unter den Bedingungen von Gebrechlichkeit und Vulnerabilität zu erfassen. Die «actual autonomy» (to act, engl. handeln) spricht dem betagten Menschen Autonomie nicht ab, macht sie aber an den gelebten Entscheidungen fest, und nicht an deren rationaler Begründung. «Actual autonomy» stellt den betagten Menschen in seiner vulnerablen und gebrechlichen Lebenssituation in den Mittelpunkt und zeigt auf, wie wichtig die Beziehungsgestaltung im alltäglichen Leben Betagter ist (Agich, 2003, S. 1–11).

Partizipativ entscheiden

Es ist darum wichtiger, Menschen, deren Lebensumstände durch Fragilität und Vulnerabilität gezeichnet sind, eine Identifikation mit ihrer Situation als Individuum zu ermöglichen als um jeden Preis eine freie und informierte Wahl zu fordern oder ihnen gar aufzubürden, wenn sie dazu nicht in Lage sind (Agich, 2003, S. 82). Was es dazu bedarf, ist ein Interaktionsprozess zwischen Fachpersonen und Betroffenen, wie er im Konzept des «Shared Decision Making», der partizipativen Entscheidungsfindung beschrieben ist (siehe Kasten). Dabei besagt Partizipation, dass die Vorstellungen und Vorlieben der Betroffenen, die sie explizit äussert (Autonomie im klassischen Sinne) oder faktisch lebt (actual autonomy), systematisch mit einbezogen und aktiv gefördert werden.

Die partizipative Entscheidungsfindung ist eine Vernetzung der Kompetenz der betreuenden Fachpersonen und der Autonomie der Patientinnen und Patienten. Im Blick auf den betagten Menschen geht es für die Fachperson darum, den Patienten nicht zu überfordern, da man von einem falschen Autonomieverständnis ausgeht, aber seine Selbstbestimmungsfähigkeit auch nicht zu unterschätzen. Diese muss in einem interaktiven Kommunikationsprozess immer wieder neu erarbeitet und verhandelt werden.

Handlungsempfehlungen

Wie können Pflegende in der eingangs beschriebenen Situation von Frau Meier vorgehen? Folgende Empfehlungen lassen sich aus den berücksichtigten Quellen ableiten:

1. Actual autonomy

- Abklärung von Vulnerabilität und Fragilität und deren Berücksichtigung: Sprechtempo und -rythmus aufgrund kognitiver Fähigkeiten, Sehfähigkeit und Hörfähigkeit angemessen umsetzen;
- Anerkennung von Autonomie im faktischen Handeln und Sein: den betagten

Menschen im Kontext von «actual autonomy» wahrnehmen und unterstützen;
- Personenzentrierte Gesprächsführung (Empathie, Aktives Zuhören), in Absprache mit den Patientinnen und Patienten und nach situativer Möglichkeit Bezugspersonen einbeziehen.

2. Durchbruchschmerz und partizipative Entscheidungsfindung:
- Bei bekanntem Schmerzgeschehen Anwendung der Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale, damit der Schmerz und seine Auswirkungen auf das Leben ganzheitlich erfasst werden kann;
- Schmerzreserve verordnen lassen; weitere nicht pharmakologische Massnahmen in Betracht ziehen;
- Betagte Menschen auf potentielle Durchbruchschmerzen ansprechen, auf verbale/nonverbale Zeichen von Schmerzen achten (vorhandene Assessmentinstrumente einbeziehen);
- Wenn Durchbruchschmerzen auftreten: Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung (Einbezug der Angehörigen klären wie auch Einsatz von Visualisierungshilfen, Informationen wenn möglich mit nummerischen, positiv formulierten Angaben unterlegen, medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen als Wahl prüfen und in Partizipation festlegen);
- Verlauf der Durchbruchschmerzen festhalten und Wirksamkeit der Interventionen evaluieren, eventuell weitere Interventionen aufgrund der partizipativen Entscheidungsfindung festlegen;
- Wenn der Durchbruchschmerz abgeklungen ist, gemeinsame Evaluation des interprofessionellen Team (Minimum Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) mit der Patientin und dem Patienten und je nach Situation den Bezugspersonen, wie ein nächstes Mal in einer vergleichbaren Situation vorgegangen werden soll.

Zeit und Raum finden

Wir wollten mit unserem Beitrag die Potentiale eines angepassten Autonomiekonzepts für betagte Menschen im Kontext des Durchbruchschmerzes aufzeigen. Den Menschen immer wieder neu und bewusst als Individuum wahrzunehmen, beschreibt eine Haltung, die in scharfem Kontrast zum Ageism steht. Gerade der betagte Mensch zeichnet sich als Individuum aus, das durch einen einzigartigen Lebensweg geprägt ist – unabhängig davon, ob er in der Lage ist, diesen auch autonom weiterzuverfolgen.

Es ist wichtig, dass Zeit und Raum vorhanden sind, um gemeinsam zu entschieden, was gegen den Schmerz unternommen werden kann.

Frau Meier bekam die verordnete Reservemedikation, weitere nicht pharmakologische Massnahmen kamen aktuell nicht in Betracht, was der Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung aufzeigte. Die Pflegefachfrau setzte sich zu ihr an den Bettrand. Sie sprachen über ihre Schmerzen, ihre aktuelle Lebenssituation, über dies und das. Am Ende fragte sie: «Dürfen sie sich die Zeit für ein solches Gespräch mit mir nehmen?» Die Pflegefachfrau war sprachlos – diese Verinnerlichung des Ageism berührte sie und ihr wurde einmal mehr bewusst, von welch zentraler Bedeutung es war, Rahmenbedingungen wie Zeit und Raum vorzufinden, damit Menschen wie Frau Meier so betreut werden können, dass sie durch die pflegerische Intervention in ihrer Identität bestärkt werden. □

Autoren

Andrea Ott Wabel, RN, MAS in Palliative Care FHO, eidg. dipl. Erwachsenenbildnerin, ist Fachexpertin im Hospiz Zürcher Lighthouse, Fachberaterin und Dozentin am SBK Bildungszentrum in Zürich und am Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales in Weinfelden.

Settimio Monteverde, MME, MAE, RN, lic.theol., ist Dozent an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, und PhD-Student am Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich (Careum-Fellowship).

Literatur

Agich, G.J. (2003). Dependence and autonomy in old age. Cambridge: University Press.

Brocklehorst, H. & Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. British journal of nursing, 17 (21), S. 1354–1357.

Harris, J., Regmi, S. (2012). Ageism and equality, Journal of Medical Ethics, 38 (5): 263–6.

Heller, A. & Kittelberger, F. (Hrsg.), Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter – Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Kojer, M. (Hrsg.) (2009). Alt, krank und verwirrt-Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Rockenbauch, K. & Schildmann, J. (2010). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen, online veröffentlicht am 21. September 2010, DOI: 10.1055/s-0030-1262870, Stuttgart/New York: Thieme Verlag.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege, Betreuung und Begleitung [Palliative.ch]. (2006). Standard Durchbruchschmerz. Gefunden am 29. Januar 2011 unter: http://www.palliative.ch/index.php?id=157

Die ausführlichen Quellen und Literaturangaben können bei Andrea Ott bezogen werden: andreaott@bluewin.ch.

www.sbk-asi.ch

- Autonomie
- Schmerz
- Palliativpflege