



FACT SHEET No. 3

Schmerzbeurteilung bei Demenz

Personen mit Demenz sind einem besonders hohen Risiko unbehandelter Schmerzen ausgesetzt, da ihre Fähigkeit, Schmerz zu erkennen, einzuschätzen und verbal zu kommunizieren im Krankheitsverlauf kontinuierlich abnimmt. [3,4] Daraus folgt ein Bedarf an alternativen Methoden zur Schmerzbeurteilung, die nicht auf der Fähigkeit zur Eigenbeschreibung beruhen. So wird für die ständig größer werdende Gruppe Betroffener sichergestellt, dass Schmerz rasch richtig eingeschätzt werden kann.

Schmerzbeurteilung bei Demenz: Eigenbeschreibung

Obwohl die Aussagekraft der eigenen Schmerzbeurteilung im Laufe der Erkrankung abnimmt, kann die Eigenbeschreibung in den frühen Stadien der Demenz noch eine gute Möglichkeit der Schmerzbeurteilung sein, sofern der Betroffene Schmerz noch erkennen und verbalisieren kann. [10] Dennoch müssen im Rahmen der Eigenbeschreibung einige Vorkehrungen getroffen werden, wie etwa das Verwenden einfacher Skalen (z.B. beschreibender verbaler Skalen), mehrfaches Wiederholen der Frage, Erklärungen zum Gebrauch der Skala und Einräumen von ausreichend Zeit zur Beantwortung. [10] Darüber hinaus sollte ein individualisierter Zugang gefunden werden, der die spezifischen neuropsychologischen Defizite (z.B. Erinnerungsdefizite, Aphasie) des Betroffenen ebenso wie ihre/seine kognitiven Möglichkeiten in Betracht zieht. Ein kurzes neuropsychologisches Screening ermöglicht dies. Wenn die Demenz in moderate und schwere Stadien fortschreitet, funktioniert die Eigenbeschreibung von Schmerz oft nicht mehr. [7] Kliniker sollten dies beachten und ein Fehlen von selbst beschriebenen Schmerz bei Betroffenen mit schweren kognitiven Einschränkungen nicht als Zeichen von Schmerzfreiheit werten.

Schmerzbeurteilung bei Demenz: Beobachtungsinstrumente

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Skalen zur Schmerzbeurteilung von Demenzpatienten entwickelt, die auf Beobachtung beruhen (z.B. PACSLAC [2], PAIC [1], MOBID2 [6], DOLO-Plus [9], PAINAD [11]). Diese Skalen beinhalten üblicherweise die Beobachtung von

Gesichtsausdrücken, Vokalisierung und Körperbewegungen (siehe Referenzen [5] und [12]). Beobachtungsinstrument zur Schmerzbeurteilung werden vervollständigt, wenn der Patient in Ruhe ist (nach einigen Minuten der Beobachtung) oder wenn der Patient seinen Alltagsaktivitäten nachgeht. Da die Beobachtung des ruhenden Patienten oft keinen Aufschluss über Schmerz gibt, vor allem im Fall des chronischen Schmerzes, wird derzeit empfohlen, die Patienten in Bewegung oder während des Umbettens zu beobachten. [6] Trotz der großen Anzahl an Instrumenten, die entwickelt wurden, sind diese Skalen in der klinischen Praxis oft nicht gut implementiert. Faktoren, die einem erweiterten Einsatz entgegenstehen, beinhalten fehlenden Anreiz, zu wenig Zeit, Schwierigkeiten dabei, gleichzeitig den Patienten zu beobachten und zu versorgen sowie Unsicherheit im Scoring und in der Bewertung. Es bedarf größeren Bemühungen, um diese Einsatzbarrieren abzubauen und sicherzustellen, dass die Verwendung von Beobachtungsinstrumenten zum Standard der Schmerzbeurteilung im Rahmen der Betreuung von Personen mit Demenz wird.

Schmerzbeurteilung bei Demenz: automatische Schmerzbeurteilung mit Videosystemen

Neue Entwicklungen in der automatischen Schmerzbeurteilung versprechen den menschlichen Betreuer als zusätzliches Instrument unterstützen zu können. Die meisten Versuche der automatischen Schmerzbeurteilung stützen sich auf die automatische Analyse von Gesichtsausdrücken. [8] Trotz des beeindruckenden Fortschritts auf dem Gebiet der automatischen Schmerzbeurteilung gilt es noch einige Hürden zu überwinden, bevor diese Systeme in die klinische Routinebehandlung aufgenommen werden können. Angesichts der rasanten Entwicklung in diesem Gebiet werden diese Systeme innerhalb des nächsten Jahrzehnts erwartet.

Zusammenfassung

- Schmerzbeurteilung bei Demenz sollte stets aus einer Kombination von Eigenbeschreibung und Beobachtungsinstrumenten bestehen. Mit fortschreitendem Schweregrad der Demenz müssen sich Betreuungspersonen zunehmend auf Beobachtungsinstrumente verlassen. Ein neuropsychologisches Screening könnte die Auswahl des adäquaten Messinstruments leiten und zu individualisierten Beurteilungsmöglichkeiten führen.
- Schmerzbeurteilung mittels Beobachtungsinstrumenten sollte sowohl in Ruhe als auch während des Umbettens oder anderer Aktivitäten des täglichen Lebens mithilfe geeigneter Skalen durchgeführt werden.
- Konzepte zur Implementierung der Schmerzbeurteilung Demenzkranker in der klinischen Praxis sollten entwickelt werden, damit die Verwendung der Beobachtungsinstrumente zum Standard in der Betreuung dieser Patientengruppe wird und somit routinemäßig durchgeführt wird.
- Zukünftig wird die automatische Schmerzbeurteilung bei Demenz den menschlichen Betreuer als weiteres Instrument unterstützen.

REFERENZEN

- [1] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229. doi: 10.1186/s12883-014-0229-5.
- [2] Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*. 2004 Mar;5(1):37-49.
- [3] Gibson SJ, Lautenbacher S: Pain Perception and Report in Persons with Dementia. In: Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): *Pain in Dementia*. Wolters Kluwer and IASP Press, 2017. pp 43-54.
- [4] Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, Smith JH. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology* 2014, 13(12), 1216-1227.
- [5] Herr K, Zwakhalen S, Swafford K. Observation of pain in dementia. *Current Alzheimer Research* 2017, 14(5), 486-500.
- [6] Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010, 24(2):380-391.
- [7] Kaasalainen S, Crook J. An exploration of seniors' ability to report pain. *Clinical nursing research* 2004, 13(3), 199-215.
- [8] Kunz M, Seuss D, Hassan T, Garbas JU, Siebers M, Schmid U, Lautenbacher S. Problems of video-based pain detection in patients with dementia: a road map to an interdisciplinary solution. *BMC geriatrics* 2017, 17(1), 33.
- [9] Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPLUS2 scale - evaluating pain in the elderly. *European Journal Of Palliative Care*. 2001;8:191-194.
- [10] Pautex S, Lautenbacher S: Methods of Assessing Pain and Associated Conditions in Dementia: Self-report Pain Scales. In: Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): *Wolters Kluwer and IASP Press*, 2017. pp. 119-132.
- [11] Warden V, Hurley AC, Volicer L: Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003, 4(1):9-15.
- [12] Zwakhalen S, Herr K, Swafford K. Observational pain tools. In *Pain in Dementia*, ed. Stephen J Gibson and Stefan Lautenbacher, Wolters Kluwer and IASP Press, 2017

AUTOREN

Miriam Kunz, PhD
Co-Chair, Global Year Task Force
Department of Medical Psychology and Sociology
University of Augsburg
Augsburg, Germany

Stefan Lautenbacher, PhD
Department of Physiological Psychology
University of Bamberg
Bamberg, Germany

ÜBERSETZER

Österreichische Schmerzgesellschaft www.oesg.at

Dr. Anna Vavrovsky, MSc
Academy for Value in Health GmbH
Wien, Österreich