



15

LEBENSHORIZONT
ALTER
THEMA SCHMERZMANAGEMENT



Pflege
Wohnen
im Alter
Betreuung



DAS WIRKLICH KOSTBARSTE SIND DIE MENSCHEN UM UNS.

Marius Bühlmann

EDITORIAL

Lebensqualität im Alltag

Originelle Alltagsgestaltung

Im vergangenen langen und warmen Sommer kamen uns die Behandlungsverfahren nach Pfarrer Sebastian Kneipp (1821–1897) entgegen. Auf einem hauseigenen Kneipp-Parcours, der über Stock und Stein in einen bequemen Liegestuhl mit Fussmassage und Smoothie führte, wurden die Sinne der Teilnehmenden wacherüttelt – Lachmuskeln eingeschlossen. Was mit grosser Skepsis ausprobiert wurde, fand schnell Anklang. Dank des guten Wetters konnten wir diese Alltagsgestaltung zwei Monate lang zweimal wöchentlich am Morgen im Innenhof durchführen. Vielen Dank an alle, die zum guten Gelingen und zur ausgelassenen Stimmung beigetragen haben. Wir freuen uns auf eine Wiederholung.

Bedürfnisgerechte Lebens- und Arbeitsräume

Das Wohn- und Pflegeheim wird erweitert. Im dreistöckigen Anbau entstehen fünf Einz Zimmer, zwei lichtdurchflutete, grosse Verpflegungs- und Aufenthaltsräume sowie ein Sitzungsraum im Dachgeschoss. Auch ein Personenlift und Toilettenräume auf jedem Stockwerk sind geplant. Ein Ferienzimmer dient für Gäste zur Entlastung der Angehörigen und für Senioren, die sich nach ihrer Spitalentlassung noch nicht im Alltag zurechtfinden.

Seit einigen Jahren müssen die Pflegenden immer mehr Bewohnende in den Aufenthaltsräumen der Abteilungen statt im gemeinsamen Speisesaal verpflegen. Oftmals fühlen sich demenzbetroffene Menschen in einem Raum voller Menschen überfordert. Und Verhaltensauffälligkeiten können im hotelähnlichen Ambiente eines Speisesaals für andere Bewohnende störend sein. Wir möchten möglichst allen Persönlichkeiten gerecht werden – dafür benötigen wir bedürfnisgerechte Raumverhältnisse. Der Bezug des neuen Gebäudes ist für den 1. März 2017 geplant. Im 2. Stock wird der heutige Verpflegungsraum zu einem Werkraum umgewandelt und die Bibliothek im 1. Stock soll wieder ihrem Namen gerecht werden. Wir spielen mit dem Gedanken, dass die Bibliothek zukünftig nicht nur den Geist, sondern auch den

Körper fithalten soll. Seniorengerechte Trainingsgeräte und eine Computerecke für Gehirnjogging könnten dort ihren Platz finden.

Schmerzmanagement – Umgang mit Schmerzen

In der diesjährigen Informationsbroschüre «Lebenshorizont Alter» beschäftigen wir uns mit dem Thema «Schmerzmanagement – Umgang mit Schmerzen». Kennen nicht alle dieses unangenehme bis hin zu unerträgliche Empfinden, egal in welchem Alter? Herzlichen Dank an Sabina Huldi, Pflegefachfrau HF, die den diesjährigen aufschlussreichen Fachbericht verfasst hat. Sie gehört zu unserem Nachtdienst-Team und hat ihre langjährigen Berufskennnisse mit einer Weiterbildung in dieser umfangreichen Fachthematik ergänzt. Mit dem Bewusstsein, dass wir nur einen begrenzten Einblick in diese Thematik verschaffen können, wünschen wir Ihnen eine aufschlussreiche Lesezeit.

Farbtupfer im Mösli-Alltag

Ganz herzlich danken wir allen Freiwilligen und Ehrenamtlichen, Kindern und Jugendlichen, Einzelpersonen, Gruppen und Vereinen, die im vergangenen Jahr dem Mösli-Alltag einen besonderen Farbtupfer gegeben haben. Die vielen Begegnungen und gemeinsamen Erlebnisse tun uns Möslianern immer wieder gut.

«Das wirklich Kostbarste sind die Menschen um uns.»

Diese Aussage hat mich kürzlich sehr berührt. Sind wir doch als Team täglich für und mit Menschen unterwegs. Die Zusammenarbeit mit den Bewohnenden und ihren Familien ist spannend und bereichernd, oft entstehen wertvolle und freundschaftliche Beziehungen. Mich freut unser Teamwörk, eure Verbindlichkeit und euer Durchhaltevermögen, besonders auch in Krisensituationen. Merci vielmal!

Jürg Kruger, Heimleitung

Unsere jährliche Informationsbroschüre «Lebenshorizont Alter» soll als Öffentlichkeitsarbeit dienen und über wichtige gesellschaftliche Themen informieren.

WEGE ENTSTEHEN, INDEM WIR SIE GEHEN!

Franz Kafka



SCHMERZMANAGEMENT

Umgang mit Schmerzen

Mit dem Zitat von Franz Kafka ermuntert Liliane Juchli¹ dazu, Menschen mit Schmerzen auf verschiedenen Wegen zu begleiten:

MENSCHEN MIT SCHMERZEN BEGEGNEN

- Mitfühlen, Einfühlen und Verstehen
- Aushalten und Standhalten von Hilflosigkeit
- Überwinden von Sprachlosigkeit hin auf Veränderkönnen
- Im Lehren und Lernen der Hoffnung
 - Im Blick auf das, was ist, geworden ist und werden kann, wie auch auf das, was noch geht: schlafen – aufstehen – sich freuen
 - Neuen Sinn finden im Trotzdem und Dennoch – eine «neue Gesundheit», die nicht nach Wohlbefinden allein fragt, sondern auch nach Möglichkeiten und Fähigkeiten, die geblieben sind; es gilt Grenzen und Chancen in Einklang zu bringen

Die *International Association for the Study of Pain* definiert Schmerz als «ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.» Schmerzen sind subjektiv und werden von Mensch zu Mensch anders wahrgenommen.

¹ Schwester Liliane Juchli (*19. Oktober 1933 in Nussbaumen/Obersiggenthal) ist eine Schweizer Pflegefachfrau und Ordensschwester der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz. Sie beeinflusste tiefgreifend und nachhaltig die Entwicklung, Professionalisierung und Lehre der Pflege im deutschen sowie zum Teil im holländischen und im italienischen Sprachraum Europas in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch das von ihr begründete Pflegelehrbuch. Ihr Name ist zum Synonym für das Pflegemodell der Aktivitäten des täglichen Lebens und für ihr Lehrbuch geworden.

Akute Schmerzen

Akute Schmerzen sind unangenehme Empfindungen, haben aber eine wichtige Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit. Sie warnen uns vor gefährlichen Einwirkungen von aussen wie Hitze, Druckeinwirkungen oder Verletzungen. Sie helfen uns, Gefahren

zu erkennen und wo möglich zu beseitigen. Schmerzen können auch Reflexe auslösen, die dazu dienen, aus dem «Gefahrenbereich» zu gelangen – beispielsweise zieht sich die Hand blitzartig zurück, wenn wir uns verbrennen. Durch Schmerzen erkennen wir krankhafte Prozesse im Körper und können uns in Behandlung begeben. Nach Beseitigung der Ursache klingen akute Schmerzen in der Regel rasch ab. Sie können aber auch chronisch werden.

Chronische Schmerzen

Die chronische Schmerzkrankheit ist eine eigenständige Erkrankung mit Dauerschmerz, abgekoppelt von der Schmerzursache, und wird fast immer von Depressionen begleitet.

Chronische Schmerzen verlieren ihre Warnfunktion und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen beträchtlich. Schmerzen schlagen auf das Gemüt und können die normalen täglichen Aktivitäten und den Schlaf empfindlich stören.

AUSWIRKUNGEN UND FOLGESCHÄDEN

Körperlich

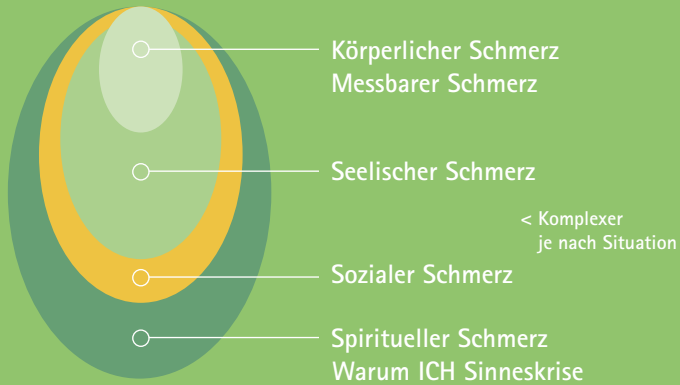
- Schonhaltung – Folgekrankheiten wie Obstipation, falsche Körperhaltung
- Eingeschränkte Bewegung, Gefangensein im Schmerz
- Gewichtsveränderung
- Medikamentenabhängigkeit
- Sturzgefährdung, Autonomieverlust
- Inkontinenz

Psychisch

- Stimmungsschwankungen
- Hilflosigkeit, Angst, Wut, Überforderung
- Depression, Suizid
- Schlafstörungen
- Medikamentenabhängigkeit



Umfassendes Schmerzempfinden



Sozial

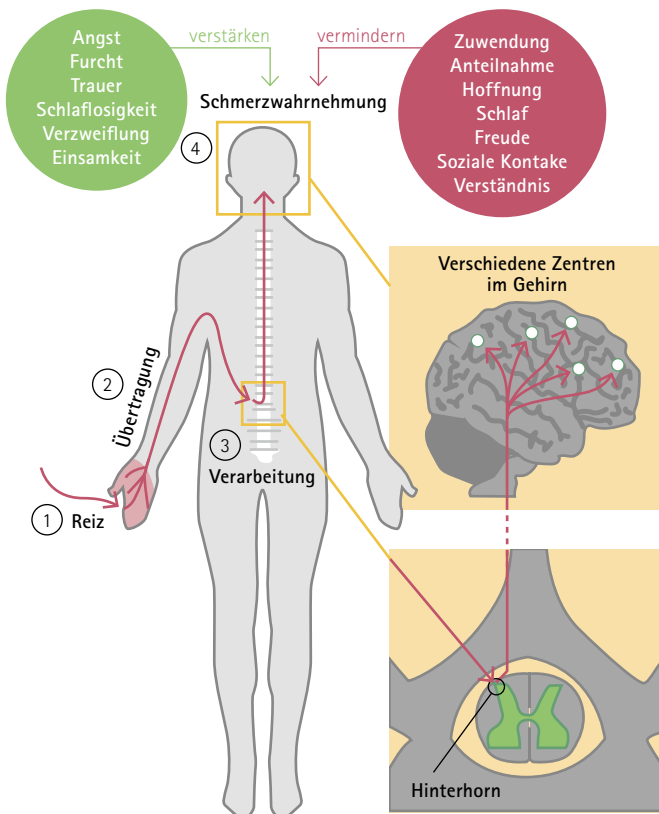
- Arbeitsverlust
- Rückzug, Isolation, Ausgegrenztsein
- Abhängigkeit

Seelisch

- Sinneskrise, Verlust an Lebensfreude

Schmerzentstehung

Wird durch eine Schädigung das Gewebe verletzt, werden Schmerzstoffe freigesetzt. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Gewebehormon Prostaglandin (Eiweiss). Es reizt die sensiblen Nervenendigungen (Schmerzrezeptoren oder Nozizeptoren) und macht sie empfindlicher.



Der Reiz wird über das Rückenmark in das Gehirn geleitet und dort als Schmerz erkannt. Der Schmerz durchläuft dabei den Thalamus, eine wichtige Schaltstelle im Gehirn. Von da aus wird eine Verbindung zum limbischen System hergestellt, wo der Schmerz mit Emotionen verbunden wird.

Auch die Steuerstelle für alle unwillkürlichen Körperfunktionen (Hypothalamus) wird in das Schmerzgeschehen involviert. Deshalb können Schmerzen auch Reaktionen wie Schweißausbruch, Blässe, Übelkeit, Muskelverspannung oder Blutdruckveränderung auslösen.

Der Körper verfügt über ein System der Schmerzbekämpfung. Sogenannte Endorphine, morphinähnliche Substanzen, blockieren im Rückenmark und im Gehirn die Schmerzweiterleitung an den Opiatrezeptoren.

Schmerzarten

Viszerale Schmerzen

Diese Schmerzen können durch tumorbedingte Durchdringung, Kompression oder Dehnung innerer Organe entstehen und haben einen anderen Charakter als oberflächliche Schmerzen.

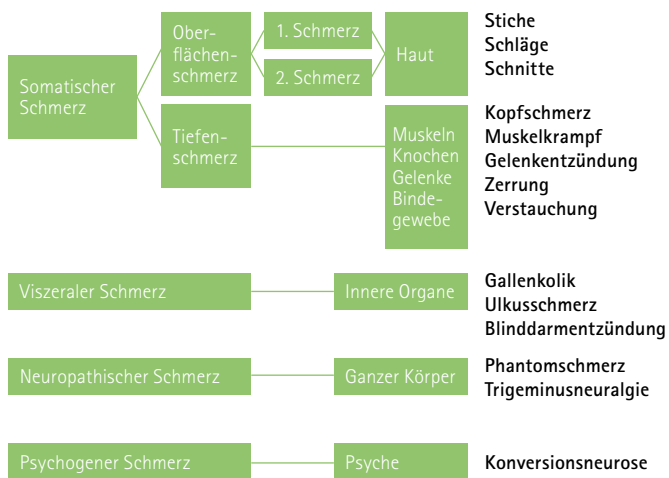
Somatische Schmerzen

Schäden an Haut, Muskeln, Knochen, Bindegewebe und Gelenken führen zu somatischen Schmerzen. Dabei unterscheidet man, den Oberflächenschmerz, der in der Haut entsteht, und den Tiefenschmerz, der von Muskeln, Knochen, Gelenken und Bindegewebe ausgeht.

Neuropathische Schmerzen

Diese Schmerzen entstehen durch Schädigungen oder Erkrankungen des Nervensystems.

Während bei allen anders zustandekommenden Schmerzen (noziptive Schmerzen) die Nervenbahnen nur als «Übermittler» von Schmerzreizen fungieren, ist bei neuropathischen Schmerzen das Nervensystem selbst der Verursacher.



Durch Zuwendung, Hoffnung, Anteilnahme und soziale Kontakte kann Einfluss auf das individuelle Schmerzerleben genommen werden.

Schmerzerfassung und Dokumentation

SCHMERZBEHANDLUNG IN VIER SCHRITTEN

1. Schmerzerkennung
2. Schmerzerfassung
3. Schmerzbehandlung
4. Erfolgskontrolle

Schmerzerkennung

Die Schmerz Wahrnehmung und -verarbeitung ist individuell. Der chronische Schmerz ist nicht offensichtlich, die Patienten müssen beobachtet und immer wieder gefragt werden, weil sie oft ihre Schmerzen nicht mehr spontan äussern. Der erste Schritt, die Schmerzerkennung, wird deshalb oft verpasst. Eine aktive Suche nach Schmerz hinweisen ist also notwendig.

Nebst der Verhaltensbeobachtung ist die Anamnese² eine bedeutende Grundlage. Wichtig ist das Gespräch mit den Angehörigen,

um folgende Fragen zu klären: Litt der Patient schon früher unter chronischen Schmerzen? Nahm er regelmässig Schmerzmittel? Sind frühere Diagnosen bekannt, die erfahrungsgemäss zu Schmerzen führen?

Aggressives Verhalten von demenzbetroffenen Menschen kann ebenfalls Folge von unerkannten Schmerzen sein. Es konnte gezeigt werden, dass demenzbetroffene Personen mit bekannten schmerzhaften Diagnosen wie Arthritis, Arthrose und Osteoporose häufiger aggressive Verhaltensstörungen aufweisen. Wichtig ist auch zu wissen, ob jemand an Polyneuropathie leidet – zum Beispiel Diabetes mellitus. Diese Erkrankung setzt das Schmerzempfinden herab.

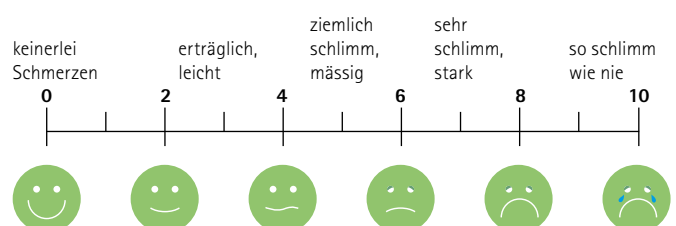
² Die Anamnese ist eine wesentliche Säule der Diagnosestellung und beinhaltet Fragen nach Symptomen, Vorerkrankungen, Allergien, familiären Erkrankungen, Beruf, Medikamenteneinnahmen, Risikofaktoren, Sexualverhalten, Reiseverhalten und subjektiven Beschwerden.

Schmerzerfassung

Schmerzen oder nicht? Fragen helfen weiter. Jedes Zeichen, aber auch jede Äusserung über Schmerzen ist ernst zu nehmen. Vermutet man Schmerzen, sollte man wenn möglich nachfragen. Schmerzskalen können der betroffenen Person helfen, die Stärke ihres Schmerzes mitzuteilen.

Die visuelle Analogskala ist ein Schieber, auf dem die betroffene Person die aktuelle Intensität der Schmerzen anzeigen kann: 0 bedeutet keinerlei Schmerzen und 10 bedeutet so schlimme Schmerzen wie nie.

Die Schmerzen müssen genau erfragt werden: Wo, wie und wann treten sie auf – bei Ruhe, bei Belastung, in der Nacht? Wodurch werden sie verstärkt oder gelindert?





Andere Skalen beruhen auf Beobachtungen des Verhaltens, wie das Schmerzassessment mit ECPA³.

Ist die Antwort unklar, fragen Sie dann noch einmal, wenn Sie besonders starke Schmerzen vermuten – zum Beispiel bei Bewegungen oder beim Essen. Führen Sie eventuell eine Art Tagebuch mit Beobachtungen über das Verhalten der betroffenen Person.

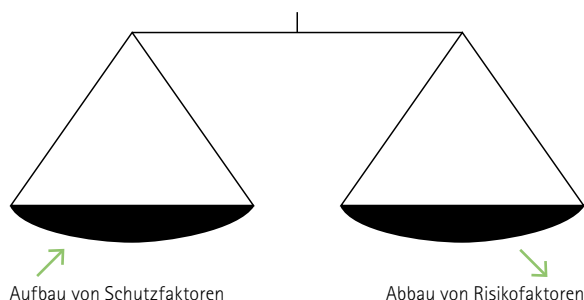
³ Eine ECPA-Schmerzskala oder ein ECPA-Schmerzschema (ECPA: Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) ist ein Pflegeassessmentinstrument (Befragungs- und Checkliste) zur Erfassung von Schmerzen und zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Pflegebedürftigen und Patienten.

Oft ist dieser Weg der Schmerzerfassung bei demenzbetroffenen Personen nicht mehr möglich. Dies ist ein Hauptgrund, weshalb die Schmerzen dieser Menschen oftmals nicht beachtet und deshalb zu spät oder gar nicht behandelt werden. Es gibt nur wenige Erfassungsinstrumente, die für Menschen mit Kommunikationsstörung eine taugliche Hilfe sind.

Mit einer dokumentierten Schmerzerfassung haben die Pflegenden ein gutes Instrument in der Hand, um den behandelnden Arzt von der Notwendigkeit einer Schmerztherapie zu überzeugen. Nur mit dem «Gefühl, der Patient habe Schmerzen» stößt man bei Ärzten oft und zurecht auf wenig Gehör.

Schmerzbehandlung

Chronische und akute Schmerzen können auf unterschiedliche Weise behandelt werden.



ZIELE

- Reduktion des Schmerzgefühls
- Emotionale Schmerzfolgen reduzieren
- Minimieren der Auswirkung auf die einzelnen Organsysteme
- Schmerzchronifizierung vermeiden

PRAKTISCHE UMSETZUNG

- Rasche, personenorientierte Schmerztherapie
- Kontinuierliche Beurteilung der Effektivität der Schmerzbehandlung
- Rasche Anpassung der Medikation
- Kann sein, dass wir eine «Anwaltsfunktion» für den Patienten einnehmen müssen
- Schmerzerfassung, Dokumentation und Überwachung
- Dosierung und Verabreichung nach Verordnung
- Beobachtung – verbale oder nonverbale Zeichen
- Schmerzprävention – Bewegung, Positionierung des Körpers, Dekubitusprophylaxe
- Nebenwirkungen müssen von Anfang an mitbehandelt werden

KOMPLEMENTÄRE SCHMERZTHERAPIE

Als komplementäre Therapie gibt es natürliche und sanfte Heilverfahren, die sich zum Teil seit Jahrtausenden bewähren und teilweise durch Erkenntnisse der modernen medizinischen Forschung bestätigt werden.

Bei der komplementären Schmerztherapie werden Methoden der klassischen Medizin mit natürlichen Verfahren ergänzt, beispielsweise

- Akupunktur
- Aromatherapie
- Wärme- und Kälteanwendungen
- Autogenes Training
- Frequenztherapie
- Hochtontherapie
- Neuraltherapie

SALUTOGENETISCHE THERAPIE

Aufgabe und Ziel der Beratung ist, die Lebensqualität zu verbessern, die Funktion im Alltag zu steigern und den Schmerz in seine Schranken zu weisen. Der Schmerz darf nicht im Mittelpunkt des Lebens stehen. Die dynamische Balance von Risikofaktoren und Schutzfaktoren.



Medikamentöse Schmerzbekämpfung

Aufgrund der Entstehung und Wahrnehmung gibt es unterschiedliche Angriffspunkte für die Schmerzbekämpfung. Je nach Art des Schmerzes werden unterschiedliche Schmerzmittel eingesetzt.

Viszerale und somatische Schmerzen lassen sich in der Regel gut mit Analgetika behandeln. Der neuropathische Schmerz dagegen spricht nur teilweise auf diese Analgetika oder Coanalgetika an. Bei chronischen Schmerzen können zur Beeinflussung der Schmerz Wahrnehmung Antidepressiva eingesetzt werden.

SCHMERZMITTEL

Ein Schmerzmittel oder Analgetikum ist ein Stoff, der schmerzstillend wirkt. Im Idealfall unterdrückt er die Schmerzempfindung, ohne Bewusstsein, sensorische Wahrnehmung oder andere wichtige Funktionen des Zentralnervensystems zu beeinflussen. Schmerzmittel werden aufgrund des Wirkortes und der Stärke in zwei Gruppen unterteilt: Opioidanalgetika und Nicht-Opioidanalgetika.

Opioidanalgetika sind stark wirksame Schmerzmittel. Sie entfalten ihre Wirkung an Opioidrezeptoren des Zentralnervensystems und hemmen dort die Entstehung und Weiterleitung von Schmerzen.

Nicht-Opioidanalgetika kommen bei schwachen bis mässigen Schmerzen zum Einsatz. Sie unterdrücken die Schmerzübertragung vorwiegend im Bereich des peripheren Nervensystems.

Coanalgetika sind nicht primär für die Schmerztherapie vorgesehene Wirkstoffe, wie Mittel gegen Epilepsie oder Depressionen, die schmerzlindernde Eigenschaften aufweisen oder die schmerzhemmenden Effekte der Analgetika verstärken.

CANNABIS IN DER MEDIZIN

Cannabis ist nicht nur eine Droge, sondern auch ein Heilmittel. Immer mehr schwerkranke Menschen mit MS (Multiple Sklerose) oder Krebs lassen sich damit therapieren. Apotheken mit einer Spezialbewilligung des Bundesamtes, wie die Apotheke Dr. Manfred Fankhauser in Langnau i. E., dürfen die olivgrüne Tinktur aus weiblichen Hanfblüten vertreiben.

ALLGEMEINE THERAPIEPRINZIPIEN

- Immer mit oraler Therapie beginnen
- Fixe Basisedikation mit Reservemedikamenten
- Coanalgetika je nach Schmerztyp
- Obstipationsprophylaxe bei Verstopfung
- Eventuell prophylaktische Antierbrechmittel
- Stufenweise Steigerung gemäss WHO-Schema. Die Medikamente werden stufenweise überlappend eingenommen.

Erfolgskontrolle

Nachdem eine kontinuierliche Schmerztherapie etabliert wurde, muss deren Erfolg laufend überprüft werden. Mittels erneuter Schmerzerfassung zeigt sich, ob die Dosierung genügend ist oder ob sie weiter erhöht werden soll. Schmerzen können sich verändern und müssen deshalb immer wieder neu erfasst werden. Wichtig ist, dass der Patient ernst genommen wird und zufrieden ist bezüglich seiner Schmerztherapie.

Erst wenn du
Zahnschmerzen hast,
weisst du,
wie andere an
Zahnschmerzen leiden.

Chinesisches Sprichwort



SCHMERZEN IM ALTER

Chronische, also langfristig anhaltende Schmerzen, nehmen im höheren Alter zu. Sie werden jedoch seltener angemessen behandelt als bei jüngeren Menschen. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass ältere Personen häufig nicht nur unter Schmerzen, sondern auch unter einer Vielzahl anderer Symptome und Erkrankungen leiden. Die Folge ist, dass der Schmerz wegen anderer mitunter lebensbedrohlicher Erkrankungen nicht allein Ziel der therapeutischen Bemühungen sein kann.

Die Schmerzmittel müssen sorgfältig mit anderen erforderlichen Medikamenten abgestimmt werden, was nicht nur die Therapie, sondern auch die Diagnostik erschweren kann. Besondere Probleme mit der Schmerzdiagnostik und -therapie entstehen vor allem, wenn die geistigen (kognitiven) Fähigkeiten eingeschränkt sind, das heißt in den unterschiedlichen Stadien einer Demenz. Je älter die Menschen sind, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Beeinträchtigung und einer mehrfachen Medikation. Hinzu kommt, dass sich der Stoffwechsel verändert, so dass je nach biologischem Alter des Patienten andere Therapiestrategien als bei Jüngeren eingesetzt werden müssen.

Schmerzen thematisieren

Ein weiteres Hindernis der Schmerztherapie im Alter beruht auf der Vorstellung, dass Schmerzen im Alter normal seien. Die Folge: Ältere berichten weniger spontan über Schmerzen als Jüngere. Schmerz bei älteren Menschen wird also häufig übersehen. Das bestätigt eine Befragung von Patienten mit über 70 Jahren: 15% hatten Schmerzen, die dem Hausarzt unbekannt waren und dementsprechend nicht behandelt wurden. In Wohn- und Pflegeheimen ist dies noch häufiger der Fall.

Für eine gute Schmerzbehandlung von älteren Patienten ist es daher wichtig, dass Betroffene, Personal und Ärzte über ihre Schmerzen informieren, und dass Ärzte und Pflegende aktiv nachfragen, ob Schmerzen vorliegen.

Diese Kommunikation ist bei geistig verwirrten oder dementen Personen, die nicht mehr in der Lage sind, den erlebten Schmerz zu benennen, kaum möglich. Folglich wird der Schmerz nicht erkannt und sie erhalten keine Schmerzmedikamente. Das muss nicht sein, denn es gibt andere Hinweise. Verhaltensweisen wie Stöhnlaute oder das Zusammenziehen der Stirn bei einem schmerzhaften Positionswechsel können zu verstehen geben, dass Schmerzen vorliegen. Eine Anleitung zur Beobachtung des Verhaltens, durch die der Schmerz erkannt und eine angemessene Behandlung eingeleitet werden kann, wurde beispielsweise von Naomi Feil⁴ erarbeitet.

⁴ Naomi Feil (*1932 in München) ist eine US-amerikanische Gerontologin, die unter der Bezeichnung Validation eine Methode für den Umgang mit dementen oder verwirrten älteren Menschen entwickelt hat. Die Validation soll den Betroffenen eine bessere Lebensqualität bieten und den Pflegenden ihre Aufgabe erleichtern.

Schmerzmedikamente altersgerecht einsetzen

Grundsätzlich können alle Medikamente, die bei jüngeren Personen in der Schmerztherapie eingesetzt werden, auch bei älteren zur Anwendung kommen. Der veränderte Stoffwechsel älterer Menschen erhöht aber das Risiko, dass bei falschem Gebrauch von Schmerzmedikamenten unerwünschte Wirkungen auftreten. Deshalb sind Vorsichtsmaßnahmen sinnvoll. Insbesondere Ältere sollten frei in der Apotheke erhältliche Schmerzmedikamente nicht über längere Zeit ohne Rücksprache mit dem Arzt einnehmen.

Bei unkontrolliertem Dauergebrauch der schmerzlindernden und entzündungshemmenden Medikamente der Stufe 1 des Schmerztherapie-Stufenschemas der WHO können unerwünschte Wirkungen wie Magenbluten oder Leber- und Nierenschädigung auftreten. Werden sie in der Therapie chronischer Schmerzen langfristig eingesetzt, sollte regelmäßig die Magen-, Leber- und Nierenfunktion untersucht werden.

Erfordern die Schmerzen die Verordnung von Schmerzmitteln der Stufe 3 (Opioidanalgetika) so gilt es zu bedenken, dass sich der Organismus des älteren Patienten erst an ihre Effekte gewöhnen muss. Sie sollen daher zunächst unterdosiert gegeben werden,



also in einer Dosierung, die den Schmerz noch nicht kontrolliert. Nach und nach wird die Dosis bis zur wirksamen Dosis gesteigert. Wird die Therapie mit einer Dosis begonnen, wie sie bei Jüngeren üblich ist, kann das zu Benommenheit und Gleichgewichtsstörungen führen. Das schrittweise Vorgehen soll die Sturzgefahr gering halten. Unter einer Therapie mit Opioidanalgetika kann es insbesondere bei älteren Patienten zu Verstopfung kommen, die ab Beginn der Therapie vorsorglich mitbehandelt werden sollte.

Nicht-medikamentöse Verfahren als wichtige Ergänzung

Der Schmerz kann häufig erst ausreichend beherrscht werden, wenn die Behandlung durch nicht-medikamentöse Therapieverfahren ergänzt werden. Besonders wichtig ist das körperliche Training, dessen Häufigkeit und Belastung der Leistungsfähigkeit des älteren Menschen angepasst werden. Jede Form von körperlicher Aktivität, welche Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer fördert, ist geeignet. Unterstützung durch Physio- oder Sporttherapeuten ist hilfreich. Weiterhin können je nach Situation auch psychologische Verfahren, vor allem in Form von Entspannungsverfahren und Hilfen zur Bewältigung des Schmerzes, zum Einsatz kommen. Es gilt, die Aufmerksamkeit gezielt vom Schmerz abzuziehen und auf schöne und positive Erlebnisse zu richten, um die Lebensqualität zu fördern.

Wenn die Schmerztherapie den Erfordernissen des höheren Alters angepasst wird, kann sie ähnliche Erfolge vorweisen wie bei jüngeren Personen. Betroffene sollten in Zusammenarbeit mit dem Arzt ein Schmerztagebuch führen, in dem die Behandlung und deren Erfolg dokumentiert werden.

Informationen der Schweizerischen Alzheimervereinigung

Schmerzen bei demenzbetroffenen Menschen

Bei demenzbetroffenen Menschen ist die Aufmerksamkeit gegenüber Schmerzen besonders wichtig, weil sie diese oft nicht mehr mitteilen können. Demenz selbst ist keine körperlich schmerzhaftes Krankheit. Demente Menschen leiden jedoch oft an anderen Krankheiten, die plötzlich oder dauerhaft Schmerzen verursachen.

Wenn ein demenzbetroffener Mensch nicht über Schmerzen klagt, heisst das nicht, dass er keine Schmerzen hat oder gar schmerzunempfindlich ist. Demente Personen empfinden genauso Schmerzen wie nicht-demente Personen. Sie schätzen ihre Schmerzen anders ein oder sie vergessen sie zeitweise.

Wie erkennt man Schmerzen bei einem demenzen Menschen? Direkte Fragen und Beobachtungen helfen weiter. Werden Schmerzen vermutet, sollte der Arzt informiert werden, damit er die Ursachen abklären kann. Er kann eine Schmerzbehandlung verordnen.

SIGNALE, DIE AUF SCHMERZEN HINWEISEN

Weil Menschen mit Demenz ihre Empfindungen oft auf eine andere Art ausdrücken, ist man als pflegende Person auf Beobachtungen bei der betroffenen Person angewiesen.

- Verhaltensveränderung: Sie wird zappelig, angespannt oder fummelt an bestimmten Körperteilen herum. Sie ist zunehmend gereizt, aggressiv oder wandert herum.
- Sie zieht sich zurück, reagiert ängstlich, zum Beispiel bei der Pflege, und wirkt niedergeschlagen oder teilnahmslos.
- Sie gibt Laute von sich, die auf Schmerzen hinweisen: Seufzen, Stöhnen, Jammern, Weinen, Brummeln, aber auch Schreien oder Fluchen.
- Veränderter Gesichtsausdruck: Sie blickt traurig oder ängstlich, verzieht das Gesicht, runzelt die Stirn, kneift die Augen zu, beisst die Zähne zusammen.
- Veränderte Körpersprache: Sie wirkt steif und verkrampft, sie meidet Bewegungen oder schont das schmerzende Körperteil.
- Sie ist appetitlos oder leidet unter Schlafstörungen.

Schmerzen können sowohl zu plötzlichen wie auch dauerhaften Verhaltensänderungen führen. Verbessert sich jedoch das Verhalten nach einer einwöchigen, intensiven Schmerztherapie nicht, können Schmerzen als Ursache ausgeschlossen werden.



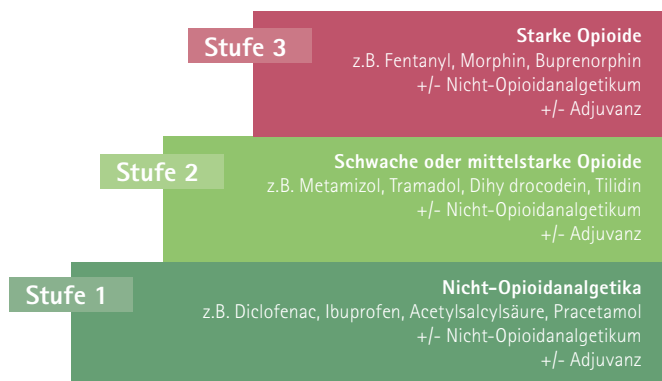
HÄUFIGE URSACHEN

Viele Krankheiten verursachen Schmerzen. Einige Ursachen kommen vor allem bei älteren und daher auch bei demenzbetroffenen Menschen häufig in Frage.

- Gelenk- und Knochenerkrankungen wie Arthrose oder Osteoporose, zum Beispiel Hüft- und Rückenschmerzen
- Infektionen, zum Beispiel Blasenentzündung
- Verstopfung
- Kopfschmerzen, Migräne
- Zahnfleisch- und Zahnprobleme. Der Gewichtsverlust von demenzbetroffenen Menschen führt oft zu schlecht sitzenden Zahnprothesen, die Zahnfleischentzündungen verursachen.
- Druckstellen vom Sitzen und Liegen oder von engen, unbequemen Kleidern und Schuhen.
- Wunden, Hautverletzungen
- Knochenbrüche, insbesondere nach Stürzen
- Gürtelrose
- Tumorerkrankungen

3-Stufen-Schema der Weltgesundheitsorganisation

Zur Schmerztherapie mit Medikamenten empfiehlt sich das 3-Stufen-Schema der Weltgesundheitsorganisation WHO. Auf jeder Schmerzstufe kommen andere Wirkstoffarten zum Einsatz.



Stufe 1: Behandlung vor allem mit Paracetamol, zum Beispiel Panadol. Antirheumatika wie Ibuprofen, zum Beispiel Dolocyl, sollten wegen möglicher Nebenwirkungen nur befristet eingesetzt werden.

Stufe 2: Genügt die Wirkung der Schmerzmittel der Stufe 1 nicht, behandelt man mit morphinähnlichen Medikamenten wie Codein oder Tramadol.

Stufe 3: Ist die Wirkung der Schmerzmittel der Stufe 2 ungenügend, wird mit Morphin oder ähnlichen Wirkstoffen behandelt. Morphin wird heute bei starken Schmerzen auch längerfristig eingesetzt und nicht erst am Lebensende. Eine Angst vor psychischer oder körperlicher Abhängigkeit ist unbegründet.

Oft werden die Medikamente aus Stufe 2 und 3 mit solchen aus der Stufe 1 kombiniert. Der Arzt verordnet Schmerzmittel meist so, dass sie rund um die Uhr ausreichend wirken. So verhindert man, dass Schmerzen wieder auftreten. Eine dauerhafte Therapie mit Schmerzmitteln ist bei demenzbetroffenen Menschen von Vorteil, da sie ihre Schmerzen oft nicht ausdrücken können.

TIPPS UND TRICKS FÜR ZU HAUSE

- Sollte die Einnahme von Tabletten zum Problem werden, gibt es auch Tropfen, Lösungen, Sirupe oder spezielle Pflaster.
- Erklären Sie der betroffenen Person, dass Sie etwas gegen die Schmerzen unternehmen, z.B. wenn Sie Tabletten verabreichen.
- Ergo- und Physiotherapie lindern Schmerzen und beugen vor bei Verkrampfung, falscher Körperhaltung oder Druckstellen.
- Wärmende Wickel lockern verkrampfte Muskeln und lindern z.B. Bauch-, Ohren- und Rückenschmerzen oder Verspannungen.
- Kühlende Umschläge setzen die Schmerzempfindlichkeit herab bei Kopfschmerzen, Migräne, Schwellungen oder Sonnenbrand.
- Massagen und Einreibungen mit verschiedenen Ölen sind oft schmerzlindernd und entspannend.
- Helfen Sie der betroffenen Person, die Schmerzen zu ertragen, indem Sie sie beschäftigen oder mit ihr an die frische Luft gehen.
- Die Pflegeplanung der Schweizerischen Alzheimervereinigung hilft Ihnen gerne weiter: Telefon 024 426 20 00.



Eine gute Schmerztherapie dient dem Leben und der höchstmöglichen Lebensqualität bis zuletzt, auch dann, wenn wir Patienten ganz bewusst im Sterben begleiten. Vor dem Sterben – bis zum letzten Augenblick – gilt es zu leben und Leben zu ermöglichen.

Liliane Juchli

Autorin

Sabina Huldi, Pflegefachfrau HF

Literaturnachweis

- Wikipedia: Schmerz, Visuelle Analogskala
- SRF: Cannabis-Sendung
- «Schmerz im Alter», Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Skript: Pain Nursing – Schmerzmanagement in der Langzeitpflege, Elsbeth Stettler-Egli, Pflegefachfrau HF mit Zusatzausbildung Intensivpflege
- «Schmerzen erkennen und behandeln, Nützliche Hinweise» Schweizerische Alzheimervereinigung



DIE VERANTWORTLICHEN

Stiftungsrat

Ernst Aebi, Präsident
 Madeleine Bieri
 Erich Boggio, Kassier
 Ferdinand Messerli
 Margrit Struchen
 Roland Studer, Stv. Präsident
 Annekäthi Walther
 Gertrud Wyss

Geschäftsleitung

Urs Binz, Stv. Vorsitz
 Erich Boggio
 Christophe Bosshart
 Rosmarie Habegger
 Barbara Thürkauf, Vorsitz

Heimleitung* und Mitarbeitende

Bernadette Arn
 Käthi Bartlome
 Gabriella Binggeli
 Elisabeth Biser
 Monika Bütikofer
 Ilaria de Santis
 Elisabeth Flückiger
 Brigitte Frey
 Beatrix Gerber
 Doris Gerber
 Christine Grundbacher
 Margret Hager
 Sabina Huldi
 Stephan Joggi
 Verena Joggi
 Nadine Jordi

Manuela Keller
 Silvia Klossner
 Lonny Kohler
 Jürg Kruger*
 Teresa Kudyba
 Maja Lanz
 Anita Leisi
 Gabi Leuenberger
 Elisabeth Marti
 Joël Müller
 Silvia Muster
 Heinz Neuenschwander
 Res Oberli
 Regula Ramser
 Sandra Rhiner
 Verena Rohrbach
 Beatrice Roth
 Heinz Röthlisberger

Nadja Röthlisberger
 Karin Salvisberg
 Ursula Schelker
 Isabelle Schertenleib
 Beatrice Schwab
 Manuela Schweiger
 Barbara Stettler
 Monika Studer
 Biljana Tosic
 Livio Tschärner
 Daniela Walther
 Anita Weinmann
 Rita Widmer
 Michelle Wirz
 Susanna Zimmermann
 Silvia Zurbuchen

IM MÖSLI WOHNEN

Wohn- und Pflegeheim

Fred Aeby
 Hanni Aeby
 Margaretha Brügger
 Lilly Bürki
 Lina Burri
 Hans Christen
 Walter Christen
 Marie Eberhard
 Helene Eicher
 Johanna Fritz
 Bethli Hauser
 Elisabeth Hess
 Elisabeth Jörg
 Dora Kipfer

Katharina Kipfer
 René Kläfiger
 Therese Kläfiger
 Rösli Knuchel
 Hermann Marbach
 Therese Mathys
 Verena Meier
 Monika Moser
 Erika Röthlisberger
 Klara Röthlisberger
 Susanne Ryser
 Anna Maria Schneider
 Anna Schönauer
 Klara Siegenthaler
 Käthi Sollberger

Margrit Sommer
 Gertrud Steffen
 Nelly Stoller
 Elise Strub
 Berta Thierstein
 Silvia Thommen
 Therese Wälchli
 Margaretha Wälti
 Elisabeth Weber
 Hans-Ulrich Werthmüller
 Adelheid Wüthrich

Siedlung

Anna Aeschlimann
 Rosa Buchser

Dora Capaul
 Gertrud Egli
 Johanna Hosmann
 Käthi Kneubühl
 Marie-Helene Köhli
 Heinz Ledermann
 Verena Mellenberger
 Friedrich Pfister
 Liana Renfer
 Elisabeth und Werner Schneider
 Gertrud Soltermann
 Berta Weber
 Hans Werthmüller
 Hans und Ruth Wüthrich
 Marie-Louise Zahnd

Stand per 31.12.2015



Zentrum Mösli
 Waldstrasse 54
 3427 Utzenstorf

Fon 032 666 45 11
 Fax 032 666 45 12
 www.zentrummoesli.ch

Pflege
 Betreuung Wohnen
 im Alter

Stiftung Mösli Utzenstorf

BETRIEBSRECHNUNG ZENTRUM MÖSLI (HEIM)

ERFOLGSRECHNUNG PER 31. DEZEMBER 2015

	Aufwand	Budget		Ertrag	Budget
Besoldungen, Sozialleistungen	2'686'373.90	2'657'482.70	Taxen von Bewohnenden	1'893'847.70	1'877'597.80
Personalnebenaufwand	73'405.30	79'500.00	Infrastrukturbeitrag	451'595.60	447'519.00
Medizinischer Aufwand	45'625.20	45'800.00	Leistungen Krankenversicherer	611'246.90	611'430.00
Lebensmittel, Getränke	172'009.80	175'500.00	Pflegeanteil Kanton	329'187.00	356'567.00
Haushalt Aufwand	90'266.65	88'600.00	Pflegeanteil Bewohnende	300'320.65	277'334.00
Unterhalt und Investitionen	130'531.15	142'650.00	Übrige Erträge, Leistungen an Bewohnende	80'599.65	91'900.00
Immobilien, Mobilien, Miete			Miet- und Kapitalzinsertrag	49.05	500.00
Abschreibungen Immobilien	200'000.00	200'000.00	Erträge Cafeteria	43'139.20	39'000.00
Abschreibungen Mobilien	20'535.45	0.00	Leistungen an Personal und Dritte	75'168.10	18'000.00
Rückstellungen Immobilien	130'000.00	100'000.00	Beiträge und Spenden	628.60	
Kapitalzinsen	4'967.70	6'000.00			
Energie und Wasser	57'882.40	61'150.00			
Büro, Verwaltung	82'820.05	81'250.00			
Übriger Sachaufwand	72'779.75	60'200.00			
<i>Total Aufwand</i>	<i>3'767'197.35</i>	<i>3'698'132.70</i>	<i>Total Ertrag</i>	<i>3'785'782.45</i>	<i>3'719'847.80</i>
Betriebsgewinn	18'585.10	21'715.10			
Total	3'785'782.45		Total	3'785'782.45	

BILANZ PER 31. DEZEMBER 2015

	Aktiven		Passiven
Hauptkasse	3'348.85	Kreditoren	180'717.00
Postcheck Konto	1'808.10	Kreditor Ausgleichskasse	0.00
Valiant Bank Bern (Kontokorrent)	178'993.15	Kreditor BVG	-11'425.65
Valiant Bank Bern (Infrastruktur)	265'193.70	Kreditor UVG	0.00
Debitoren	335'967.65	Kreditor KTG	0.00
Pflegebeitrag Kanton	0.00	Hypothek	243'000.00
Vorschüsse an Bewohnende	247.20	Swiss Life freies Stiftungsvermögen	15.60
Verrechnungssteuer	60.00	Vorauszahlungen Bewohnende	173'000.00
Vorschüsse an Mitarbeitende	0.00	Rückstellungen	107'109.15
Debitorenguthaben Stiftung	1'247.10	Transitorische Passiven	7'534.05
Swiss Life Stiftungsvermögen	15.60		
Vorräte	50'936.05	Fonds Rückstellungen	265'000.00
Transitorische Aktiven	48'965.95	Fonds Bewohnende	0.00
Gebäude Heim	266'040.40	Saldovortrag/Eigenkapital	285'522.65
Mobile Sachanlagen	116'234.15		
		Betriebsgewinn	18'585.10
Bilanzsumme	1'269'057.90	Bilanzsumme	1'269'057.90



Die Jahresrechnung des Betriebes wurde durch Grimm & Ruchti Treuhand AG, Burgdorf, geprüft und ohne Vorbehalt genehmigt.
Burgdorf, 12. Mai 2016

Stiftung Mösli Utzenstorf

BETRIEBSRECHNUNG ALTERSSIEDLUNG (WOHNUNGEN)

ERFOLGSRECHNUNG PER 31. DEZEMBER 2015

Betriebsaufwand	Aufwand	Betriebsertrag	Ertrag
Unterhalt und Ersatz Mobilien/Fahrzeuge	0.00	Erlös Freie Kollekten	651.85
Sachversicherungen	244.85	Erlös Freie Spenden	4'135.00
Porti, Bank-, PC-Spesen	697.95	Erlös Spenden und Kollekten Todesfälle	2'854.20
Büromaterial, Drucksachen	9'357.75	Erlös Legate/Schenkungen	0.00
EDV-Aufwand	0.00	Erlös Diverses	950.00
Treuhand und Revision	5'341.00		
Pauschalentschädigung Heim	5'000.00	Aktivzinse Bank/Post	232.10
Auslagen Stiftungsrat	1'200.00		
Veranstaltungen	9'858.10		
Sonstiger Aufwand	541.80		
Kantons-, Gemeindesteuern	1'963.25		
Liegenschaftsrechnung		Liegenschaftsrechnung	
Hypothekarzins	9'000.00	Mietzinseinnahmen inkl. NK	200'352.00
Strom inkl. Wärmepumpe	14'414.50		
Wasser, ARA, Kehricht	5'833.80		
Liegenschaftsunterhalt	25'049.25		
Liegenschaftsabgaben	3'600.00		
Gebäudeversicherungen	2'978.20		
Liegenschaftssteuern	1'514.00		
Abschreibung a/Liegenschaft	33'000.00		
Reinverlust/-gewinn	79'580.70		
Total	209'175.15	Total	209'175.15

VERMÖGEN PER 31. DEZEMBER 2015

Umlaufvermögen	Aktiven	Fremdkapital	Passiven
PostFinance 34-3108-9	106'678.85	Kreditor Heim	1'247.10
PostFinance Depositenkonto	101'052.55	Hypothek Siedlung	750'000.00
Valiant Bank MZ-Konto	327'591.20	Transitorische Passiven	24'427.75
Valiant Bank Sparkonto	17'948.10		
Valiant Bank Sparkonto «Spenden+Kollekten»	65'652.80	Eigenkapital	
Valiant Bank Top-Konto	10'729.15	Stiftungsvermögen	1'406'517.10
Guthaben Verrechnungssteuern	0.00		
Debitoren	120.00	Betriebsgewinn	79'580.70
Anlagevermögen			
Gebäude Siedlung	1'632'000.00	Bilanzsumme	2'261'772.65
Total Aktiven	2'261'772.65		



Die Jahresrechnung des Betriebes wurde durch Grimm & Ruchti Treuhand AG, Burgdorf, geprüft und ohne Vorbehalt genehmigt.
Burgdorf, 12. Mai 2016