

Schluckstörungen bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen

Margrit Wipf - Freiberufliche Pflegefachfrau
Bobath-Instruktorin im Fachbereich Pflege IBITA Swiss

Die Einladung zur schweizerischen Fachtagung der Basalen Stimulation in der Pflege zum Thema „Den Mund erleben“ am 10. November 2007 in Wil hat mich sehr gefreut. Mit dieser Fachtagung erhält dieses sehr wichtige Thema im Fachbereich Pflege den Stellenwert, den es verdient. In der Praxis mache ich immer wieder die Erfahrung, dass dem Mundbereich zu wenig Beachtung geschenkt wird und Schluckstörungen vielfach nicht als solche erkannt werden. Mein Ziel des Referates war es die Teilnehmenden im Sinne der Professionalität und Qualität für dieses Thema zu sensibilisieren und zu gewinnen.

Bei der Vorbereitung des Referates wurde mir einmal mehr die Komplexität des Themas „Schluckstörungen bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen“ bewusst. Eine grosse Vielzahl von Aspekten steht in engem Zusammenhang und es war mir ein Anliegen auf deren Vernetzungen und Randbedingungen hinzuweisen, damit diese Komplexität erkannt wird. Dies sind z.B. Nahrungsaufnahme, Ernährungszustand, Nahrungskonsistenz, Anatomie/Physiologie des Schluckaktes, Diagnostik, Pathologie, Beeinträchtigungen beim Essen und Trinken, Pflegeprozess, Klientel, Hilfsmittel, Mundhygiene, Pflegerische Interventionen, Ausgangstellungen, Gesellschaftliche und soziale Aspekte, Ethik, interdisziplinäre Zusammenarbeit usw. Jedes dieser Themen bedarf einer sehr vernetzten Betrachtung bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit neurologischen Schluckstörungen und würde für sich genommen problemlos ein einstündiges Referat füllen. In Abstimmung mit der organisierenden Fachgruppe haben wir uns daher auf die folgenden, ausführlicher beleuchteten Schwerpunkte geeinigt.

Anatomie und Physiologie des Schluckaktes von Erwachsenen Menschen

Das Schlucken ist ein hochkomplexer, physiologischer Vorgang. Das zentrale Nervensystem steuert während des Schluckens die Aktivität von 50 gepaarten Muskeln. Das koordinierte Zusammenspiel dieser Muskelpaare ermöglicht uns den Transport und die Verarbeitung jeglicher Nahrung und Flüssigkeit. In der Literatur schwanken die Angaben über die Anzahl Schlucke am Tag und in der Nacht sehr stark. Meine Ausführungen beruhen auf den theoretischen und praktischen Grundlagen von Cay Coombes. Der Schluckvorgang wird im Fachbereich der Facio Oralen Trakt Therapie (F.O.T.T.) nach Cay Coombes in vier Phasen eingeteilt. Die präorale Phase, die orale Phase, die pharyngeale Phase und die oesophageale Phase. Jede dieser Phasen beeinflusst die nächste Phase. Die präorale und orale Phase sind ganz zentral in der Behandlung von Menschen mit neurogenen Schluckstörungen und Wahrnehmungsstörungen. In diesen beiden Schluckphasen stehen uns viele, differenzierte pflegetherapeutische Interventionen zur Verfügung.

Beeinträchtigungen/Probleme

Die Vielfalt der Beeinträchtigungen und Probleme habe ich in meinem Referat anhand der vier Schluckphasen strukturiert und eine entsprechende Selektion wichtiger Beeinträchtigungen und Probleme vorgenommen. Nebst den motorischen Beeinträchtigungen z.B. im Tonus, in der Koordination, der Sensibilität, des Gleichgewichts, des Haltungshintergrundes usw. haben Beeinträchtigungen

in der Wahrnehmung und in der Kognition einen wesentlichen Einfluss auf den Schweregrad der neurologischen Schluckstörung. Aus diesem Grunde sollten sowohl die motorischen, als auch die kognitiven Beeinträchtigungen, wie die Konzentration/Bewusstseinslage, die Aufmerksamkeit, die Handlungsplanung (Apraxie) usw. in der Anamnese oder Befundaufnahme auf jeden Fall berücksichtigt und geprüft werden.

Schlucken im Alter

Bis heute ist noch nicht eindeutig geklärt, welche Veränderungen der Norm entsprechen und welche durch Erkrankungen bedingt sind. Untersuchungen zeigen diskrete Veränderungen der Schluckfunktion in der oralen und pharyngealen Phase, sowie der Koordination des Schluckens bei älteren Menschen gegenüber Jüngeren. So zeigen zum Beispiel 74 % der älteren Menschen Mehrfachschlucke und sie haben häufig verspätete Reflexauslösungen. Wird der Bolus weiter hinten im Mund platziert, kann eine begrenzte Ansammlung/Retention von Nahrungsmitteln nach dem Schlucken in den Schleimhautfalten normal sein, ausser es kommt zur Aspiration des Materials usw.

Anamnese

Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass bei einem Verdacht auf eine Schluckstörung zur Anamnese immer geschultes Personal herbeigezogen werden sollte. Da in den einzelnen Institutionen nicht immer Personen mit einer zusätzlichen Weiterbildung in F.O.T.T. zur Verfügung stehen, habe ich Symptome aufgezeigt, die auf eine Schluckstörung hinweisen können. Diese Symptome können sein: Steckenbleiben von Nahrung im Hals, Unfähigkeit den Schluckakt auszulösen, feuchte, gurgelnde Stimmqualität, Husten während des Schluckens, Gewichtsabnahme, Temperaturerhöhung, Aspirationspneumonien, Störungen der Speichelkontrolle, vermeiden bestimmter Speisen, eingeschränkte Lebensqualität. Häufig können bei Menschen mit Schluckstörungen kompensatorische Prozesse beobachtet werden wie zum Beispiel das Schneiden von fester Nahrung in kleinere Stücke, das Schlucken von kleineren Bolusmengen, ein bewusstes und längeres Kauen (längere Essdauer), das Nachschlucken von Flüssigkeiten oder die Mitbewegungen des Kopfes (Kopfdrehung bzw. Kopfeigung) während dem Essen usw. Diese kompensatorischen Prozesse sollten deshalb im pflegerischen Alltag gezielt beobachtet werden.

1. Schluckversuch

Der erste Schluckversuch ist für die betroffene Person und das weitere Schluckmanagement so zentral, dass er unbedingt von einer speziell ausgebildeten Fachperson durchgeführt werden sollte. Denn jedes Verschlucken der betroffenen Person ist für sie eine lebensbedrohliche Situation und kann entsprechend sehr viel Angst auslösen. Ich persönlich führe den ersten Schluckversuch immer mit sehr viel Respekt und entsprechender Vorsicht aus. Für den ersten Schluckversuch sollte die betroffene Person *folgende Voraussetzungen mitbringen*: sie muss ansprechbar sein, muss in aufrechter Position sitzen können oder zu lagern sein, muss ihren Speichel sicher schlucken können, muss reflektorisch husten können, muss den Würgreflex zur Verfügung haben, muss orale und pharyngeale Bewegungen ausführen können. Erfüllt eine betroffene Person eines dieser Kriterien nicht, so darf unter keinen Umständen ein Schluckversuch durchgeführt werden.

Pflegerische Interventionen

Auf die wichtigsten pflegerischen Interventionen ging ich in meinem Inputreferat am Nachmittag ein. Da Schluckstörungen für die betroffene Person immer sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation führen können, war es mir ein zentrales Anliegen auf wichtige Sicherheitsmassnahmen hinzuweisen.

Nach jedem Bissen sollte das Nachschlucken abgewartet werden, die Stimqualität und Atmung überprüft werden, muss der Mund leer sein, bevor der nächste Bissen eingenommen wird.

Weiter sollten während des Essens keine Gespräche geführt werden, ein schriftliches Protokoll zur Dokumentation der Beobachtungen während des Schluckens geführt werden, die betroffene Person nach der Mahlzeit ca. 20 Minuten aufrecht sitzen. Die Ernährung sollte ausgewogen sein und dem Energie- und Flüssigkeitsbedarf der betroffenen Person entsprechen.

Mit den drei folgenden wichtigen Statements habe ich mein Referat beendet:

- **Die Pflege im Mund-, Gesichtsbereich ist immer ein Arbeiten im Intimbereich, die besondere Sensibilität der Pflegeperson erfordert!**
- **Schluckstörungen sind lebensbedrohlich!**
- **Es sollte speziell geschultes Fachpersonal integriert werden!**

Ich blicke auf eine sehr interessante und bereichernde Fachtagung zurück, mit viel gegenseitigem Informations- und Erfahrungsaustausch, regen Diskussionen, Selbsterfahrungen in den Workshops und vielem mehr. Ich bin davon überzeugt, dass nur mit einer interdisziplinären und konzeptübergreifenden Zusammenarbeit eine qualitativ hochstehende Behandlung von Menschen mit Schluckstörungen gewährleistet werden kann. In diesem Sinne spiegelte die Fachtagung „ Den Mund erleben“ u. a. auch die konzeptübergreifende Zusammenarbeit. Dies hat mich als Bobath-Instruktorin im Fachbereich Pflege sehr gefreut und ich möchte mich für diese Offenheit herzlich bedanken. Für die Zukunft wünsche ich mir weitere Begegnungen dieser Art, zur allgemeinen Qualitätsverbesserung in der Pflege unserer Klienten.

Weiterbildungsmöglichkeiten:

Weiterbildungsangebote der Facio-Oralen-Trakt-Therapie finden sie unter: www.formatt.org

Weiterführende Literatur

Nusser-Müller-Busch: **Die Therapie des Facio-Oralen Trakts (F.O.T.T. nach Kay Coombes)** Springer Verlag 2005, ISBN 3-540-42318-4

G. Bartolome at. Al.: **Schluckstörungen** Diagnostik und Rehabilitation, , Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage 1999, ISBN 3-437-21320-2

Friedel Schalch: **Schluckstörungen und Gesichtslähmungen** - Therapeutische Hilfen; Gustav Fischer Verlag, 2. Auflage 1989, ISBN3-437-11236-8

Trudy Geisseler: **Halbseitenlähmung** Hilfe zur Selbsthilfe, 4. Auflage, Springer-Verlag 2005, ISBN 3-540-61906-2

Patricia M. Davies: **Hemiplegie**; Ein umfassendes Behandlungskonzept für Patienten nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen, Springer Verlag 2002, 2. vollständig überarbeitet Auflage, ISBN 3-540-41794

Patricia M. Davies: **Im Mittelpunkt** Selektive Rumpfstabilität in der Behandlung der Hemiplegie, Springer Verlag 1991, ISBN 3-540-53358-3

Félicie Affolter: **Wahrnehmung Wirklichkeit und Sprache** Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher; Neckar-Verlag GmbH, 4. Auflage 1990, ISBN 3-7883-0255-0

Georg Goldenberg: **Neuropsychologie** Grundlagen – Klinik – Rehabilitation, Gustav Fischer Verlag, 2. Auflage 1998, ISBN3-437-21171-4

Hans Peter Rentsch, Peter O. Bucher: **ICF in der Rehabilitation** Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag, 1. Auflage 2005, Schulz-Kirchner Verlag GmbH, ISBN 3-8248-0448-4