

- Kanton fördert palliative Pflege
[PDF herunterladen »](#)
12.02.2005, St. Galler Tagblatt
- Palliativnetz stärken
[PDF herunterladen »](#)
03.03.2005, St. Galler Tagblatt
- Hilfe in letzter Lebensphase
[PDF herunterladen »](#)
22.04.2005, St.Galler Tagblatt
- Wie wichtig ist Palliative Care für krebskranke Patienten?
Artikel lesen »
28.04.2005, St. Galler Tagblatt
- Frau Näf–Hoffmann will nicht aufgeben!
[PDF herunterladen »](#)
04.05.2005, St. Galler Tagblatt
- Spitex–Tag zum Thema Palliative Care
[PDF herunterladen »](#)
09.05.2005, St. Galler Tagblatt
- Palliativpflege–Grüne Fraktion fordert Korrektur.
[PDF herunterladen »](#)
17.05.2005, St. Galler Tagblatt

Nancy Roper: M.Phil, RGN, RCN, RNT, Autorin, Dozentin (* 1918, † 05.10.2004)

Vortrag, gehalten im Theodosianum am
28. Oktober 2002

Aus dem Englischen übertragen von: Irena–Anna Frei, Kinderspital St. Gallen, und Christian Heering, Theodosianum.

Jeder von uns auf dieser Erde begibt sich auf die unumkehrliche Reise des Lebens. Es hat bei unserer Geburt angefangen und wird mit unserem Tod enden. Der Tod ist das einzig Sichere im Leben.

Schon während unserer Jugend sind wir ständig mit Gedanken über das Leben, den Tod und das Sterben konfrontiert. Aus

diesen entwickeln wir unsere eigenen Glaubens- und Wertvorstellungen, welche eine gewisse Statik in sich tragen, und dennoch immer auch einen fortlaufenden, psychologischen Prozess darstellen. Glaubens- und Wertvorstellungen sind die Standards und Prinzipien, welche uns im Leben und im Sterben steuern.

Die Interaktion zwischen unseren Glaubenssätzen und Wertvorstellungen produziert eine bestimmte Haltung (im Sinne einer psychologischen Aktivität). Glaubenssätze und Wertvorstellungen beeinflussen unser Verhalten nach aussen, welches sichtbar und hörbar ist für diejenigen, die in Kontakt mit uns stehen. Dies gilt genauso für jeden Patienten! Ich kann nicht stark genug betonen, dass jeder Patient seine eigenen Wertvorstellungen und Glaubenssätze bezüglich dem Tod und dem Sterben hat, welche sein Verhalten beeinflussen. Sterbende Patienten kommunizieren verbal und nonverbal. Die Funktion der Pflege besteht darin, diese Botschaften zu hören und zu beobachten. Mit diesen einleitenden Gedanken betrete ich jetzt die „Pflege-Patient-Arena“. Oder sollte es nicht besser heissen: „die Patienten-Pflege-Arena“? Patienten sind die ‚raison d’être‘ der Pflege, ohne Patienten gäbe es unseren Beruf gar nicht! Ohne Patient keine Pflege! Deshalb steht im Duo Patienten-Pflegende der Patient an erster, die Pflegenden aber erst an zweiter Stelle! Dies bedeutet nun nicht, dass die komplexen klinischen Kompetenzen und Fertigkeiten der Pflegenden keine Bedeutung haben, aber es muss betont werden, dass vor allem das sichtbare und hörbare Verhalten der Pflegenden der zentrale Aspekt der Pflege ist! Dieses sichtbare und hörbare Verhalten der Pflegenden ist Ausdruck der Einstellungen und Haltungen, die sich aus dem (inneren) Zusammenspiel von Glaubensvorstellungen und Haltungen der einzelnen Pflegenden ergeben.

Im Laufe der Jahre haben Pflegende versucht, den Patienten an die erste Stelle zu setzen, indem sie die Erbringung der Pflegeleistungen von der funktionellen, tätigkeitsorientierten Pflege auf eine patientenorientierte Teampflege oder auf Primary Nursing umstellten. Um bedeutungsvoll zu sein, müsste das gewählte System aber kontinuierlich und konsequent von jeder Schicht umgesetzt werden. Rein theoretisch würde es der Patient also während 24 Stunden nur mit drei Pflegenden zu tun haben.

Diese Konzepte sehen zwar auf dem Papier oft sehr gut aus, aber ich bin nicht sicher, ob diese Konzepte auch genügend mit dem Patient besprochen werden. Nicht selten habe ich schon gehört, dass ein Patient um eine Bettpfanne fragte und die Pflegende antwortete mit „Sie sind nicht mein Patient“. Diese Konzepte wurden eingeführt, um die Pflege zu individualisieren und um die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten ins Zentrum der Betreuung zu stellen. Mich beunruhigt aber der Gebrauch des Begriffs „Pflegende-Patienten-Beziehung“ – auch wenn es unterbewusst ist – weil die Pflegende darin offenbar an erster Stelle steht, und nicht der Patient. Wissen Sie noch? – Ohne Patient keine Pflege?

Das Wort ‚Beziehung‘ wird heutzutage in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen gebraucht, oft auch im Zusammenhang mit einem erotischen Verhältnis. Um solche möglichen Missverständnisse in der Bedeutung des Wortes ‚Beziehung‘ zu umgehen, werde ich von jetzt an das Wort ‚interagieren‘ benutzen – damit ist gemeint „eine gegenseitige Wirkung erzielen“.

Jeder Patient und jede Pflegende sind jeweils einzigartige Menschen. Jeder bringt ureigene Wertvorstellungen und Glaubenssätze in die Interaktion mit ein. Die Aufgabe der Pflege besteht darin, dem Patienten zuzuhören und sein nonverbales Verhalten zu beobachten, um dann zu entscheiden, inwieweit die beiden Arten der Kommunikation übereinstimmen, um dann angemessen darauf reagieren zu können. Die Interaktionen zwischen Patienten und Pflegenden sind besonders bedeutsam für Menschen, welche in der letzten Phase ihres Lebens stehen.

Obwohl wir heute über Patienten sprechen, welche in der letzten Phase ihres Lebens stehen, dürfen wir nicht vergessen, dass dies jede Lebensspanne betreffen kann. • Was und wieviel hat der Patient über seine Diagnose und Prognose verstanden? • Wie lange hat es gedauert bis in dieses Endstadium?

• Weiss der Patient, dass er sich in seiner letzten Lebensphase befindet?

Kinder sind oft sehr scharfsinnig. Vor vielen Jahren (1938) habe ich einen 10-jährigen Knaben im Spital betreut, der mir klar sagen konnte: ‚ich weiss, dass ich bald sterben werden und ich habe keine Angst zu sterben‘. Meine 83-jährige Mutter habe ich zu Hause gepflegt. Sie war zerbrechlich und gelegentlich verwirrt. Eines Tages sagte sie „ich bin müde. Ich bin

bereit zu sterben. Ich habe keine Angst.“

Es ist allgemein anerkannt, dass viele Menschen wohl den Tod fürchten, auf genauere Nachfragen findet man aber schnell heraus, dass sie eigentlich die Angst vor dem Schmerz, welchen sie mit dem Tod assoziieren, befürchten. Schmerz ist sehr subjektiv – Schmerz ist das, was der Patient sagt, und Schmerz ist dann vorhanden, wenn der Patient dies sagt. Es gibt Menschen, welche durch ihre Wert- und Moralvorstellungen dazu neigen, besonders mutig auf Schmerz zu reagieren. Sie glauben vielleicht, dass ihr Schmerzleiden ihre Seele für das Leben nach dem Tode stärkt.

Der einzige Weg, wie Pflegende erkennen können, ob der Patient solche intime Gedanken teilen möchte ist den sterbenden Patienten jedes Gespräch beginnen lassen sowie zuzuhören und die nonverbalen Signale des Patienten beachten.

Pflegende sollten auf solche intime Themen vorbereitet und im Umgang damit vertraut sein. Bei Patienten, welche ihren Schmerz nicht zulassen können, muss die Pflege dem Patienten vermitteln, dass ein Schmerzbekämpfungskonzept vorhanden ist, der Patient aber die Verantwortung tragen muss, um der Pflege mitzuteilen, wann er Schmerzen hat. Die Rolle der Mediziner besteht darin, das richtige Schmerzbekämpfungsmittel zu verordnen sowie dessen Verabreichung zu bestimmen. Den Pflegenden obliegt es, dafür zu sorgen, dass der Patient diese dann bekommt, wenn er sie benötigt, sowie die schriftliche Dokumentation und Evaluation der verabreichten Medikamente. In der letzten Phase des Lebens wird meist erkannt, dass es keine Heilung geben wird. Das Wort „palliativ“ bedeutet „schmerzlindernd, aber nicht die Ursachen einer Krankheit bekämpfend“. Palliativ wurde mit dem Wort ‚Hospiz‘ in den Wortschatz von Medizin und Pflege aufgenommen. Ein Hospiz ist ein heimeliger und freundlicher Ort, wo Patienten wohnen können bis zu ihrem Tod, ein Ort, an dem die Familie und die Freunde des Patienten willkommen sind und in die tägliche Pflege miteinbezogen werden. Die wichtigste Rolle der Pflege ist die Unterstützung bei der täglichen Durchführung der Lebensaktivitäten. Zum Teil kann dies der Patient selbständig durchführen, zum Teil werden Hilfsmittel eingesetzt, oder es muss ganz von einer oder sogar zwei Pflegenden übernommen werden. Der Patient kann in seiner Selbständigkeit für jede Lebensaktivität stark variieren, was oft eine Herausforderung für Patienten und Pflegende bedeutet. Ein gutes klinisches Beurteilungsvermögen und grosse Sensibilität sind nötig um einzuschätzen, wieviel Unterstützung der Patient in seinen Lebensaktivitäten benötigt. Es verletzt das Selbstwertgefühl, alleine gelassen zu werden bei einer Aktivität, welche man sich nicht zutraut selbständig durchzuführen. Aber wie können die Einzelheiten des Patienten an die Pflegenden der nächsten Schicht weitergegeben werden? Die gute Kommunikation innerhalb der Pflege bezüglich jeglicher Änderungen im Bereich Selbständigkeit wird von den Patienten sehr geschätzt. Dies verhindert Patientenaussagen wie z.B.: „die eine Pflegende weiss nicht, was die andere tut“. Eine grosse Herausforderung ist daher die Frage, wieviel und wie genau diese Variationen dokumentiert werden müssen. Zum Beispiel kann das Diktieren von Veränderungen sehr zeitsparend sein. Alle Änderungen müssen jedenfalls schriftlich in der Pflegedokumentation festgehalten sein, und die Veränderungen müssen beim Schichtwechsel verbal mitgeteilt werden. Im Leben vor dem Tod gibt es aber mehr als Abhängigkeit/Unabhängigkeit in den Lebensaktivitäten. Sich wohl fühlen ist das wichtigste für diese Patienten. Also warum nicht ein Kontinuum mit dem Patienten entwickeln, wo die ganze Bandbreite von „sich unwohl fühlen“ bis „sich wohl fühlen“ vertreten ist. Innerhalb dieses Kontinuums kann sich der Patient in beide Richtungen bewegen und die Pflege kann ihn dabei unterstützen, sich in Richtung „sich wohl fühlen“ zu bewegen, und falls möglich, auch dort zu bleiben. Der sterbende Patient erlebt verschiedene Symptome des Unwohlseins, ich werde einige davon ein wenig erläutern. Ich habe die medizinische Behandlung von Schmerzen schon kurz erwähnt, und auch, welche Konsequenzen dies für die Pflege mit sich bringt. Gibt es auch Handlungen, welche von der Pflege selbständig eingeleitet werden? Viele von Ihnen werden diese Frage sicher mit ‚ja‘ beantworten. Zum Beispiel die Applikation von Wärme oder Kälte, oder die Lageveränderung im Bett oder auf dem Stuhl. Was wir allerdings nicht haben, sind verlässliche Zahlen darüber, wie oft diese Handlungen durchgeführt werden und wie effektiv diese dann auch sind. Übelkeit ist ein häufiges Symptom bei sterbenden Patienten, vor allem nach Chemotherapie.

Heute gibt es wirkungsvolle Medikamente, um dieses Symptom zu lindern. Die Pflege erfüllt ihre zugewiesene Rolle in der Verabreichung, dem Dokumentieren und dem Evaluieren der Medikamente. Aber sind dies pflege-initiierte Handlungen? Die Verabreichung von Eiswürfeln kann gegen Übelkeit helfen, aber wenn die Übelkeit vorüber ist: war dies eine Wirkung der Eiswürfel, oder der Medikamente, oder anderer pflegerischer Leistungen? Sterbende Patienten sind

oft erschöpft. Dies schränkt ihre Mobilität stark ein und wird vor allem von solchen Menschen als grosse Belastung empfunden wird, die früher sehr aktiv waren. Hier muss auf die psychologische Unterstützung des Patienten geachtet werden. Schon regelmässige, auch kurze Interaktionen mit dem Patienten können das Selbstwertgefühl stärken. Durch die eingeschränkte Mobilität ist auch die Ausscheidung beeinträchtigt, auch hier gibt es bekannte pflege–initiierte Aktivitäten, die dem Patienten helfen. Die Pflege hilft dem Patienten mit allen Lebensaktivitäten, oft nicht nur mit medizinischen Massnahmen, sondern mit pflege–initiierten Aktivitäten bis zum Ende seines Lebens.

Schlaflosigkeit ist ein häufiges Symptom, das einen Patient im Endstadium oft begleitet. Der Mediziner wird meist Schlaftabletten verordnen. Es gibt aber eine Reihe von pflege–initiierten Aktivitäten – wie die Reduktion von Lärm oder auch eine Tasse Tee und einen Schwatz – welche auch sehr effektiv sein können. Sicher haben sie noch andere Möglichkeiten, welche Sie schon erfolgreich eingesetzt haben. Der Sinn, Patienten in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten, besteht darin, den Prozess des Sterbens, des Todes und der Trauer mit ihnen zu teilen. In westlichen Kulturen haben diese Themen in den Medien in den letzten Jahren ein erhebliches öffentliches Interesse erfahren, so dass inzwischen ein grösseres Verständnis für den Prozess des Sterbens vorhanden ist. Sterbekliniken oder –Abteilungen haben eine Philosophie entwickelt, welche das Leben des sterbenden Patienten in den Vordergrund stellt und versuchen so, jeden Tag und jede Aktivität so angenehm und so schmerzfrei zu gestalten wie möglich.

Quelle: Theodosianum Schule für Gesundheits– und Krankenpflege am Spital Limmattal.

- Abstract Thomas Schindler
Vortrag gehalten am 3. Palliativtag Ostschweiz in Buchs
20.04.2007
- 2. Palliativtag Ostschweiz – Eindrücke einer Teilnehmerin
PDF herunterladen »
10.04.2004, Roswitha Koch, MCommH
- Interkantonales Treffen vom Palliativnetz Ostschweiz SGPM PB
2. Palliativtag am 02.12.2004 in Weinfelden
PDF herunterladen
02.12.2004, PNO – Palliativnetz Ostschweiz SGPM PB
- Rückblick Benefizkonzert 2005
PDF herunterladen »
05.03.2005, Flyer
- Vortrag Nancy Roper »
Jeder von uns auf dieser Erde begibt sich auf die unumkehrliche Reise des Lebens. Es hat bei unserer Geburt angefangen und wird mit unserem Tod enden. Der Tod ist das einzig Sichere im ...mehr »
28.10.2002, Vortrag gehalten im Theodosianum

</></>