

# Der Übergang von der Kuration in die Palliation: Unterstützung durch Pflegefachpersonen

20. Schweizer Onkologiepflege-Kongress  
22.03.2018

Sara Häusermann

Dipl. Pflegefachfrau HF/BScN, MSc Palliative Care,  
MAS in Onkologischer Pflege, Berufsschullehrerin  
Dozentin Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
[www.haeusermann-palliative.ch](http://www.haeusermann-palliative.ch)

# Agenda

- Krebssterblichkeit in der Schweiz
- Definitionen zu Übergang / Transition Kuration - Palliation
- Herausforderungen dieser Phase
- Rolle der Pflegefachperson: Was können wir tun?

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Frau Haller: Ein Einzelfall?

- Pro Jahr ca. 40'000 neu an Krebs erkrankte Personen in der Schweiz (Krebsliga Schweiz, 2017).
- Häufigste Krebserkrankungen (Inzidenz) (Krebsliga Schweiz, 2017).  
Lesebeispiel: 32.3 % aller Krebserkrankungen bei Frauen betreffen die Brust.

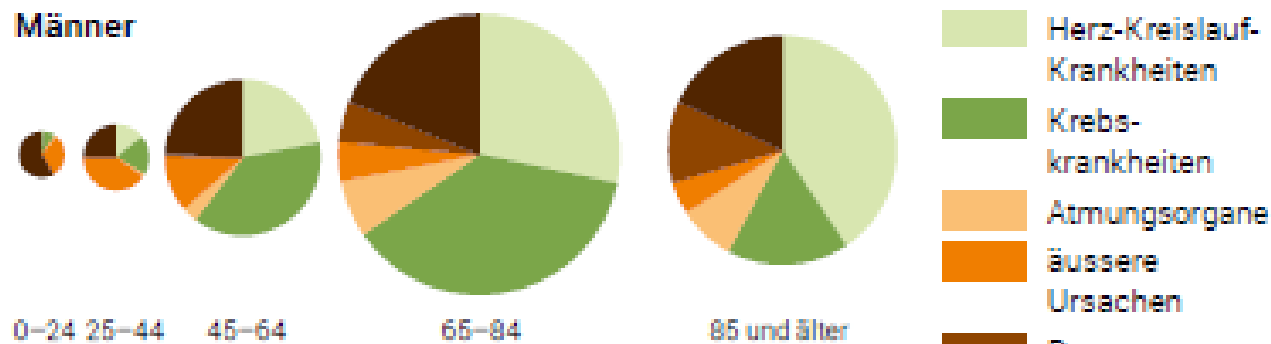
Männer		Frauen	
Prostatakrebs	28.2%	Brustkrebs	32.3%
Lungenkrebs	11.9%	Dickdarmkrebs	10.1%
Dickdarmkrebs	11.2%	Lungenkrebs	8.7%
Schwarzer Hautkrebs (Melanom)	6.4%	Schwarzer Hautkrebs (Melanom)	6.8%
Blasenkrebs	4.2%	Gebärmutterkörperkrebs	4.9%

# Todesursachen-Statistik (Bundesamt für Statistik, 2017)

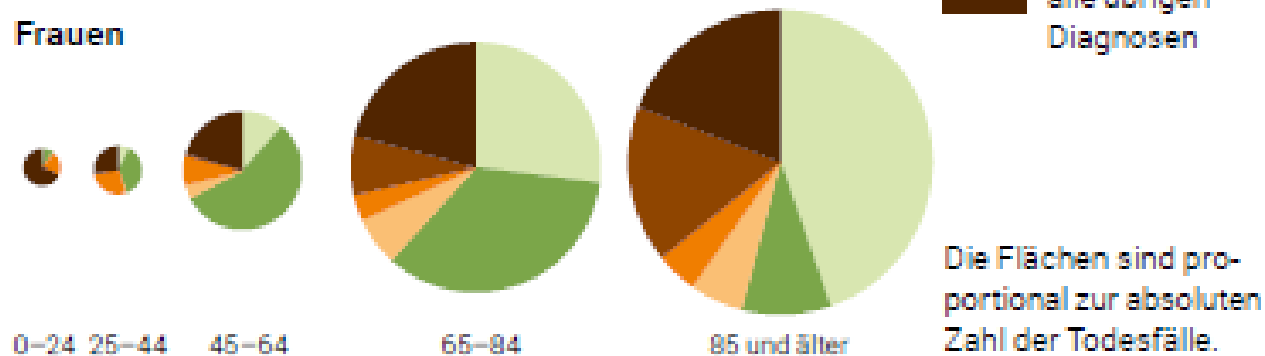
## Häufigste Todesursachen nach Altersklassen

G 2

### Männer



### Frauen



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© BFS 2017

# Mortalität nach Krebsarten

- Total Krebs-Todesfälle pro Jahr in der Schweiz: Ca. 16'500 (Krebsliga Schweiz, 2017)
- Lesebeispiel: 18.5 % aller Frauen, die an Krebs sterben, sterben an Brustkrebs (Krebsliga Schweiz, 2017).

Männer		Frauen	
Lungenkrebs	21.9%	Brustkrebs	18.5%
Prostatakrebs	14.7%	Lungenkrebs	15.6%
Dickdarmkrebs	10.2%	Dickdarmkrebs	10.1%
Bauchspeicheldrüsenkrebs	6.2%	Bauchspeicheldrüsenkrebs	8.2%
Leberkrebs	5.1%	Eierstockkrebs	5.6%

**Das Maximum  
ist nicht immer  
das Optimum.**

(Martin, 2013, adaptiert durch  
S. Häusermann)

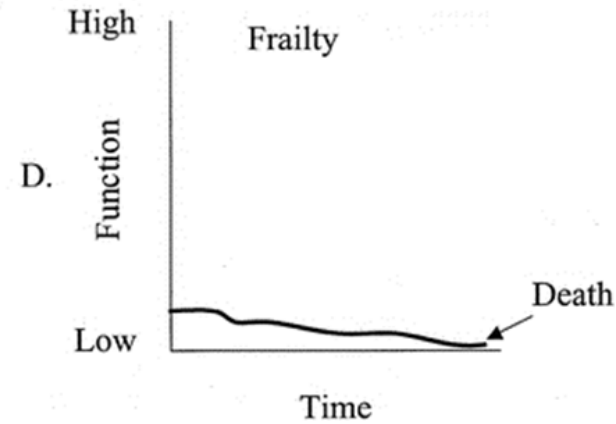
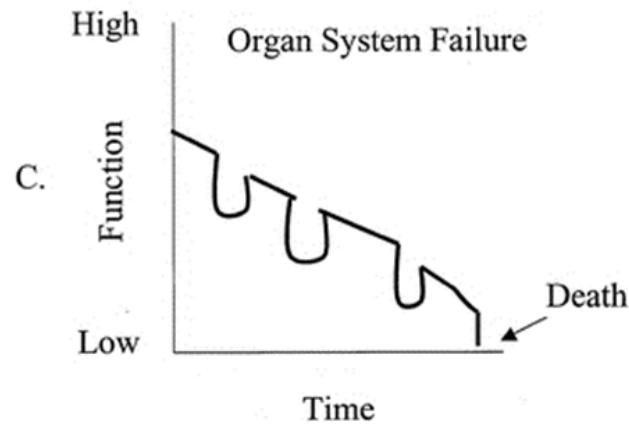
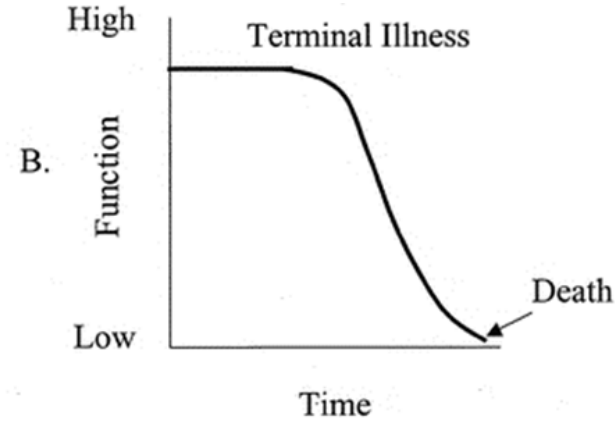
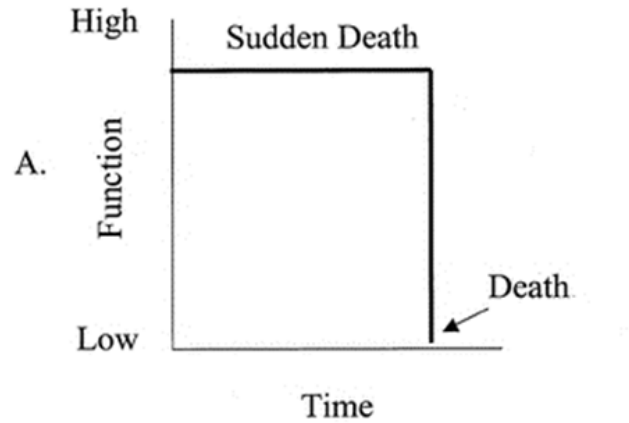
**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Definition Palliative Care

Ansatz zur **Verbesserung der Lebensqualität** von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer unheilbaren Erkrankung konfrontiert sind, und zwar durch **Prävention und Linderung von Leiden**, durch frühzeitiges Erkennen sowie exzellentes **Einschätzen und Behandeln** von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen (WHO, 2002). Palliative Care hat **nicht das Bekämpfen der Krankheit** zum Ziel, sondern das bestmögliche Leben mit ihr. Dabei bezieht sie auf Wunsch **auch die Angehörigen** ein, unterstützt und begleitet sie (Palliative.ch, 2015).

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Trajectories of Dying (Lunney, Lynn & Hogan, 2002)





# Transition von Kuration zu Palliation

- Transition: Mehr oder weniger abrupter Zustandswechsel
  - „zeitlich begrenzte Phase verdichteter Veränderungen der Lebenssituation“ (Wingenfeld, 2009, p. 92)
  - Kann einhergehen mit Unsicherheit, Ungewissheit, neuen Anforderungen, Wachstum, Verluste, Instabilität, Chancen, Risiken einhergehen.
- Transition Kuration – Palliation:  
Von der diagnosebezogenen  
zur symptombezogenen Therapie

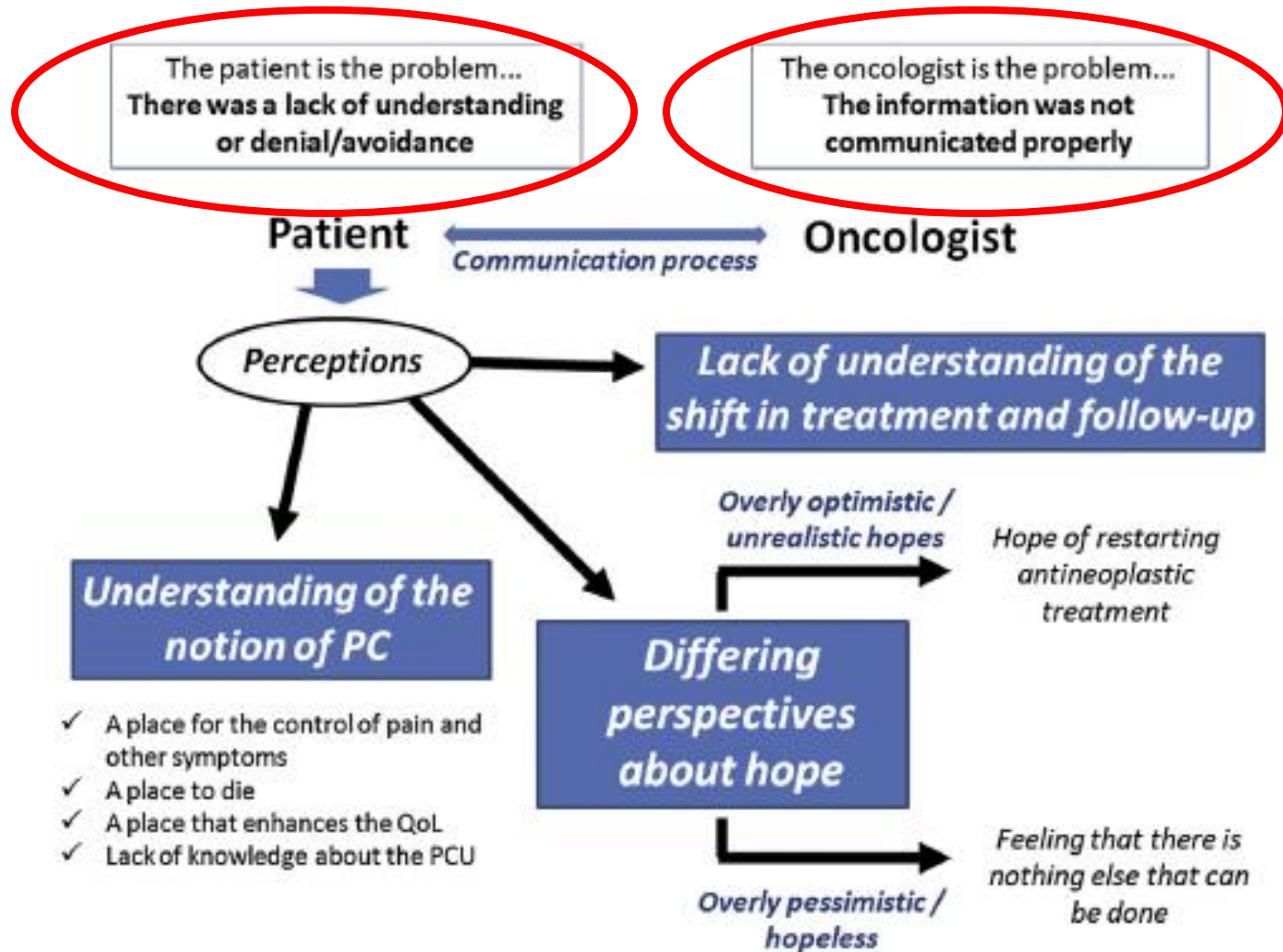
**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Herausforderung Transition Kuration – Palliation (1/2)

- **Aus Sicht der Betroffenen:** Für viele äusserst belastend; kann Gefühle wie Unsicherheit, Ohnmacht, Sorgen bezüglich Zukunft, Trauer oder Angst, dass sich niemand mehr um einen kümmert, auslösen (Larkin, Dierckx de Casterlé, & Scotsman, 2007; Schofield, Carey, Love, Nehill, & Wein, 2006).
- **Aus Sicht der Angehörigen:** Oft ängstlicher, depressiver, psychisch belasteter als die Betroffenen (u. a. Grunfeld et al., 2004).
- **Aus Sicht der Health Professionals:** Schuldgefühle, Angst vor eigenen/fremden Emotionen bzw. davor, das Falsche zu sagen (u. a. Borasio, 2012; Peereboom & Coyle, 2012).  
Fachliche Unsicherheiten → Frühe Palliation (palliative Begleittherapie) bei Lungen-Karzinom verbessert Lebensqualität, senkt Depression, verlängert die Lebenszeit (Temel et al., 2010). Palliative Care-Setting: Hohe Dosen vom Morphin zur Schmerztherapie verkürzen Lebensdauer der Betroffenen nicht (Azoulay et al., 2011; Bercovitch & Adunsky, 2004; Portenoy et al., 2006).

# Herausforderung Transition Kuration – Palliation (2/2)

F.C. Rugno et al / European Journal of Oncology Nursing 18 (2014) 261–266



# Bedürfnisse der Patienten in der Transition

- Zeit für **Kommunikation** (Chapple et al., 2006). Kommunikation über physische, aber auch über psychosoziale und spirituelle Aspekte (Ferrell, 2006).
- Aufbau einer **persönlichen Beziehung, Einbezug der Lebensumstände des Patienten, Shared Decision Making, Aufbau einer therapeutischen Allianz** wichtiger als andere Betreuungsaspekte wie Wartezeiten, Medikation, Unterbringung und Intimsphäre (de Boer, Delnoij, & Rademakers, 2011).
- **Pflegende, die sie ernst nehmen und partnerschaftlich behandeln**, dass sie die Initiative übernehmen, Entscheidungen treffen und **Mut haben ihre Meinung zu äussern**, dass sie sich Zeit nehmen und ihnen **zuhören**, sowie dass sie über Fertigkeiten und theoretisches Wissen verfügen (Perini, Stauffer, Grunder, Gandon, Dätwyler, & Hantikainen, 2006) .

# Therapieziel-Änderung: Wie sagen wir es ...

- Man kann nicht nicht kommunizieren! (Watzlawick & Beavin, 1969)
- Keine Ausdrücke wie Therapia minima, «Wir können nichts mehr tun!», Therapie-Abbruch, Therapie-Verzicht  
→ **Therapieziel-Änderung - wir kümmern uns weiterhin um Sie!**
- Patienteninformationen:  
**Ziel-Niveau 5. Klasse Primarschule**  
(Klug-Redman, 2009) vor allem **bezüglich** **Aus rechtlichen Gründen wurden alle Bilder entfernt.**
  - verwendetem **Wortschatz** (keine medizinische Fachsprache, keine Fremdwörter!)
  - **Satzbau** (kurze Wörter, kurze Sätze, wenig bis keine Nebensätze, keine Füllwörter)
  - **aber nicht bezüglich Erfahrungsschatz** eines Schülers der 5. Klasse!
  - Sprachniveau 5. Klasse Primarschule muss aktiv geübt werden!
- Pflegende kommunizieren im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen besser in der Sprache der Patienten (Chapple, Ziebland, & McPherson, 2006)

**Der Sprung  
von der Angst  
zur Ruhe  
ist der ungeheuerste,  
den der Mensch  
machen kann.**

Karl Jaspers  
Deutscher Psychiater / Philosoph

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Rolle der Pflege in der Transition

Was sagt die Forschung, was wir meistens schon wissen?

- Verbringen viel Zeit im **direkten Patientenkontakt** (Gross, 2006).
- Kann den **Aufbau einer engen und kontinuierliche Beziehung** ermöglichen, welche im Zusammenhang mit der Bewältigung der Krankheitssituation **unterstützend wirken** kann (Byock & Sheils Twohig, 2002; Mok & Chiu, 2004; Gross, 2006).
- Ausserhalb des spezialisierten palliativen Settings oft **die ersten**, die **realisieren**, dass der Patient sterbend ist, und dies im Team thematisieren bzw. damit eine **Therapieziel-Änderung initiieren** (Bach, Ploeg, & Black, 2009).
- Unterstützen **Gespräche zu einer Therapieziel-Änderung**, indem sie den Informationsaustausch zwischen Betroffenen, Familien und dem ärztlichen Dienst koordinieren (Long-Suethall, Willis, Palmer, Ugboma, Addington-Hall, & Coombs, 2011).

**Allein die Sprache  
schützt uns  
vor dem Schrecken  
der namenlosen Dinge.**

Toni Morrison

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**



# Was kann die Pflege tun?

- 1) Aktives Zuhören, den «Raum halten»
- 2) Palliative Care thematisieren
- 3) Aktives Fragen und Ansprechen u.a. von Gefühlen
- 4) Bestehende Hoffnung unterstützen
- 5) Autonomie fördern
- 6) Familie einbeziehen
- 7) Vermittlung von Fachdiensten

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# 1) Aktives Zuhören, den «Raum halten»

- «Reden ist Silber, Schweigen ist Gold!»
- Anhören von Wünsche und Sorgen durch Pflegende wird positiv erlebt. Pflegende gute Zuhörerinnen, können in der Sprache der Patienten antworten (Chapple et al., 2006)
- **Aktiv zuhören:** Augenkontakt, aufmerksame Körperhaltung, Interesse zeigen (nicken, verbale Zeichen des Zuhörens), zusammenfassen, was gesagt wurde (Schofield et al., 2006)
- Wichtig, dem Patienten **Raum zu lassen**, sich sein Erleben anzuhören und ihn seine Gefühle ausdrücken zu lassen (Larkin, 2010; Mallory, Virani, Kelly, & Munévar, 2010; Perritaz et al., 2012)

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

**Es genügt nicht hier zu sein.  
Man muss wirklich da sein.**

Heidegger

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

## 2) Palliative Care thematisieren

- Palliative Care zu spät benannt → Risiko, dem Patienten Möglichkeiten der Symptomkontrolle oder der Umsetzung eigener Wünsche zu verwehren (Dalgaard, Thorsell, & Delmar, 2010), ev. Lebenszeitverkürzung (Temel et al., 2010).
- Im interprofessionellen Team **Aufrichtigkeit** vertreten und **Fürsprache-Rolle** für Patienten wahrnehmen (Thompson, McClement, & Daeninck, 2006)
- Betroffenen erklären, was **Palliative Care ist und leisten** kann. Über mögliche Symptome und Linderungsmöglichkeiten sprechen (Marsella, 2009; Mallory et al., 2010; Perritaz et al., 2012)
- Patienten müssen wissen, dass sie in einem späteren Krankheitsstadium **nicht vom Gesundheitspersonal im Stich gelassen** werden (van Vliet, Francke, Tomson, Plum, van der Wall, & Bensing, 2013)
- Ziel, dass Betroffene sich **nicht vor der Palliation fürchten** (Broom, Kirby, Good, Wootton, Yates, & Hardy, 2015).

**Aus rechtlichen Gründen wurden alle Bilder entfernt.**

### 3) Aktives Ansprechen / Nachfragen (1/2)

---

<b>N: Naming</b>	Emotionen benennen, Gefühle des Patienten anerkennen
.....	
<b>U: Understandig</b>	Verständnis ausdrücken, Gefühle des Patienten normalisieren, nicht wertende Haltung vertreten
.....	
<b>R: Respect</b>	Fähigkeiten des Patienten anerkennen, mit den Herausforderungen der Krankheit umzugehen
.....	
<b>S: Support</b>	Unterstützung kommunizieren und zeigen, dass immer jemand für den Patienten da ist
.....	
<b>E: Explore</b>	Sich nach persönlichen Erfahrungen des Patienten im Umgang mit der Situation erkundigen

---

Tabelle 1: Akronym «NURSE» (Fischer, Tulskey, & Arnold, 2000)

Reihenfolge beliebig.

Es müssen nicht bei jedem Gespräch alle Punkte vorkommen.

### 3) Aktives Ansprechen / Nachfragen (2/2)

- Ansprechen auf offene Fragen → Klärung führt zu tieferen Angst-Levels (Schofield et al., 2006)
- Im Gespräch beurteilen, ob der Patient die Informationen richtig verstanden hat (Schofield et al., 2006)
- Nach Bedürfnissen/Wünschen bezogen auf die kommende Zeit fragen (Kulbe, 2008; Thompson-Hill, Hookey, Salt, & O'Neill, 2009; Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ragan, 2011; Perritaz et al., 2012)

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

## 4) Bestehende Hoffnung unterstützen

- Hoffnung ist so elementar für das Leben, dass ihr Verlust dem Verlust des Lebens selber gleichzusetzen ist (Frankl, 1959).
- Nicht von sich aus zu Hoffnung und Kampf auffordern (Dalgaard, Thorsell, & Delmar, 2010)
- Faktoren beachten, welche **positiv mit Hoffnung korrelieren** (Lebensqualität, Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Resilienz, Coping, Wissen haben zu Diagnose, Zufriedenheit mit der Informationsgabe, sozialer Support).  
Hoffnung **negativ beeinflussende Faktoren** wie sich ausgeliefert Fühlen, Angst oder Langeweile im Spital vermeiden versuchen (Butt, 2011).

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

## 5) Autonomie fördern

- Betroffene müssen wissen, dass sie weiterhin eigene Entscheidungen treffen dürfen (van Vliet et al., 2013).
- Förderung der Patienten-Autonomie. U.a. wichtige Informationen für den Patienten mündlich oder schriftlich verfügbar machen → Treffen von informierten Entscheidungen bezüglich seiner Zukunft (Perritaz et al., 2012).

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**



## 6) Familie einbeziehen

- Support der Familie kommt schlussendlich dem Patienten zugute (Schofield et al., 2006).
- Neben dem Patienten auch die Familie darin fördern sich mit Palliative Care auseinandersetzen (Wittenberg-Lyles et al., 2011)

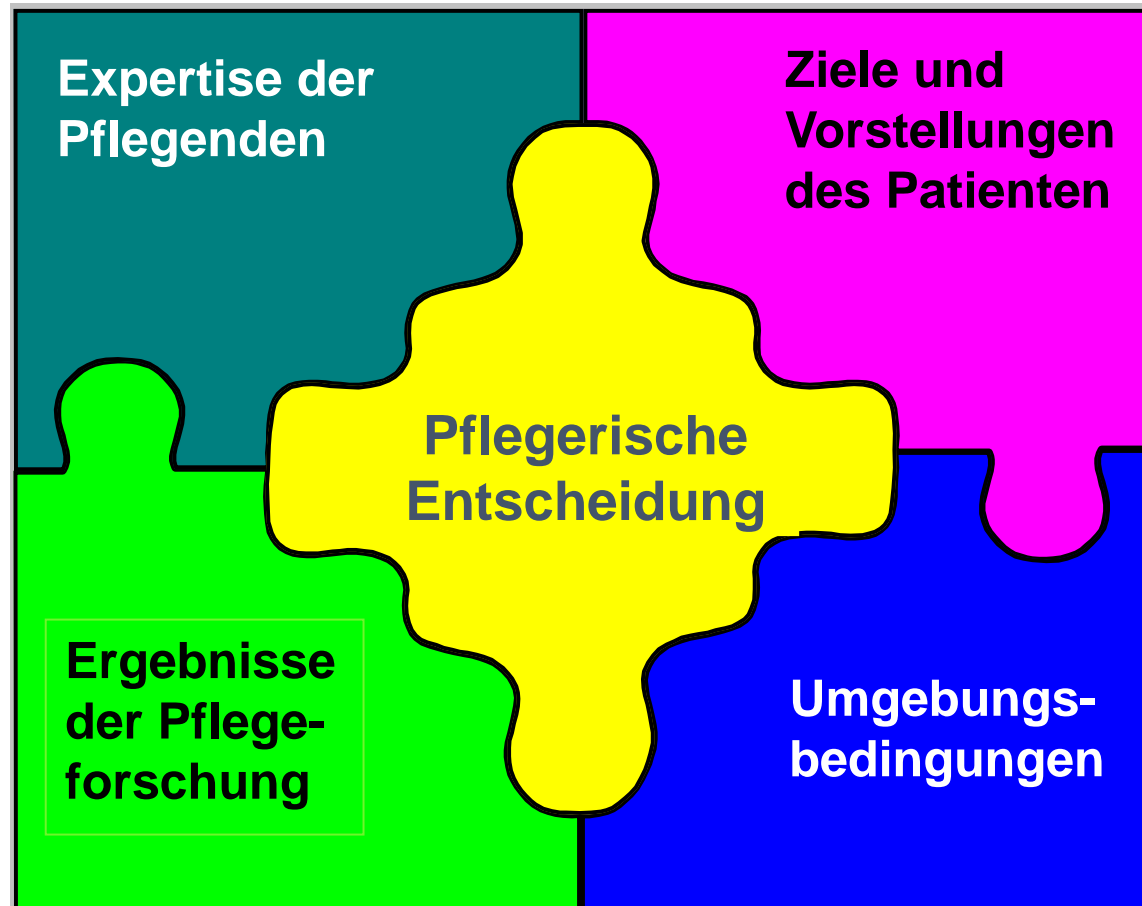
**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

## 7) Vermitteln von Fachdiensten

- Pflege als Tür-Öffnerin für andere Dienste
- Pflege erkennt Relevanz von deren Einsatz - zum Beispiel von psychologischem Dienst, Sozialarbeit, Seelsorge (Schofield et al., 2006)

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

# Evidence-based Nursing: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung



**We cannot take away the whole hard thing  
that is happening,  
but we can help to bring the burden  
into manageable proportions.**

Cicely Saunders

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

Danke  
für Ihre Aufmerksamkeit!

**Aus rechtlichen Gründen  
wurden alle Bilder entfernt.**

Fragen? [info@hausermann-palliative.ch](mailto:info@hausermann-palliative.ch)