

Wichtige Aspekte in der Palliativmedizin – Pflege und Begleitung

Workshop am Magglingertag 2002 von Christine Beer, Oberärztin
Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Abteilung Lory

Lorenz Brassel

Die Beziehung zwischen Arzt, Patient und Angehörigen

Wenn wir uns mit den Problemen der letzten Lebensphase beschäftigen, dürfen wir nebst allen therapeutischen Tricks und technischen Kniffen einen entscheidenden Faktor nicht ausser acht lassen: die Beziehung zum Patienten und zu seiner Familie, seinem sozialen Netz. Die Begleitung des Sterbeprozesses, das Erahnen, Erfragen und Besprechen der damit verbundenen Vorstellungen und Ängste, das alles braucht Zeit – und oft sind mehrere Anläufe nötig. Es ist wichtig, die Einstellung der Angehörigen zu Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Schmerz etc. zu kennen (Angst vor dem «Verhungern- oder Verdurstenlassen»), um adäquate Lösungen zu finden. Diese müssen nicht immer unbedingt evidenz-basiert und rein rational begründet sein. Ohnehin sind kochbuchartige Regeln in dieser Situation wenig brauchbar, denn im Vordergrund steht die individuelle Wirklichkeit der Betroffenen und ihrer Nächsten. Diese Kernbotschaft hat Frau Beer durch einige eindrückliche Beispiele verdeutlicht.

Der Schmerz

Ausgiebig haben wir über die Schmerztherapie und ihre Nebenwirkungen diskutiert. Bei Problemen mit einem Opiat lohnt es sich, versuchsweise auf eine Substanz aus einer anderen Opiatklasse zu wechseln. Bei Übelkeit helfen meistens Prokinetika (Metoclopramid, Cisaprid, Domperidon) oder ein niedrig dosiertes Neuroleptikum (Haldol 1–3 mg/Tag, evtl. Chlorazin 25 mg), evtl. Zofran oder ein Steroid. Obligat bei Opiattherapie ist eine begleitende Gabe von Laxantien, und zwar solchen mit prokinetischer und osmotischer (Lactulose, Macrogel usw.) Wirkung.

Verboten sind Quellmittel, denn bei den oft wenig hydratisierten Patienten droht ein Ileus. Auch hier gilt: aktives Ansprechen dieser Probleme, da sie aus Schamhaftigkeit nicht erwähnt werden könnten. Bei Methadon, das auch eine sehr gute analgetische Wirkung hat, sehen wir weniger Sedation, Obstipation und Nausea. Wegen der fäkalen Ausscheidung kumuliert es nicht und kann auch bei niereninsuffizienten Patienten eingesetzt werden. Für die Verschreibung ist jedoch das Einverständnis des Kantonsarztes notwendig (!). Methadon ist nur bei stabilen Schmerzzuständen sinnvoll, es muss entitriert werden und kann zu Interaktionen führen (Cytochrom P450).

Das Trinken

Für die Menge der Flüssigkeitszufuhr – darin war man sich einig – ist das Durstgefühl des Patienten entscheidend. Eine leichte Exsikkose wirkt sich günstig auf die Dekubitusprophylaxe aus und reduziert die Bildung von Bronchialsekret; zudem wirkt sie dämpfend auf die Hirnfunktionen und kann so den Sterbeprozess in den letzten 48 Stunden eher erleichtern. Schwieriger ist die Lagebeurteilung bei nicht sprechfähigen Patienten. Indem wir unsere medizinischen Überlegungen gegenüber den Angehörigen aktiv formulieren, können wir helfen, dass bei ihnen keine traumatisierenden Erinnerungen («der Vater ist verdurstet») zurückbleiben. Manchmal kann es richtig sein, diesen Befürchtungen mit subkutanen Infusionen (nächtliche Applikation) entgegenzuwirken. Wichtig ist eine gute Mundpflege.

Das Essen

Man war sich einig, dass es nicht sinnvoll ist, diese Patienten hochkalorisch ernähren zu wollen. Fettaufbau ist nicht das Ziel; in der katabolen Gesamtsituation werden ohnehin kaum Proteine synthetisiert. Stalden-Crème löffelweise zu verabreichen wurde von einem Kollegen vorgeschlagen. Für gewisse Patienten kommt eine PEG-Sonde in Frage, z.B. bei Schluckstörung, vor allem dann, wenn eine längere Überlebenszeit zu erwarten ist; diese erleichtert zudem die Medikamentenverabreichung. Auch hier gilt es, verbreitete Ängste und Vorurteile – «wer nicht isst, ist stärker krank, hat weniger Widerstand» und «die

Angehörigen geben sich doch solche Mühe beim Kochen!» – aktiv anzusprechen.

Die Menschlichkeit

Der Workshop hat gezeigt, dass es anregend und spannend sein kann, sich mit der Palliativmedizin zu beschäftigen.

Etwas selbstkritisch könnten wir uns vielleicht fragen, ob es denn erst dieser – im kurativen Sinn gesehen – hoffnungslosen Situation bedürfe, um unsere Medizin menschlicher zu machen.

Literatur

Neuenschwander H. Palliativmedizin auf einen Blick. Bern: Krebsliga; 2001.

«Complexity» und Wissenstransfer¹

Der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Praxisalltag – ein komplexer Prozess

Bruno Kissling

Zusammenfassung. – Der Wissenstransfer ist ganz stark den Kräften der «complexity» unterworfen. Zuerst muss die Kultur, in unserem Arbeitsalltag Fragen zu realisieren und zu formulieren, gefördert werden. Viele von uns hätten ganz gerne auf Evidence-Based Medicine gestützte Antworten auf ihre Fragen. Doch nur wenige beherrschen die dafür nötigen Fertigkeiten; und den meisten fehlt es an der Zeit. Sie erfahren, wie ein solcher Wissenstransfer wirksam gefördert und unterstützt werden kann. Erstaunlich ist, welch hohen Stellenwert die Beziehung und das Vertrauen einnehmen.

Résumé. – Le transfert de connaissances est très fortement soumis aux contraintes de la «complexité». Il faut commencer par susciter la prise de conscience et la formulation des questions qui se posent dans notre pratique quotidienne. Que les réponses à nos questions soient fondées sur l'Evidence Based Medicine soulagerait beaucoup d'entre nous. Il n'y en a cependant que peu qui aient les capacités nécessaires, ou le temps. Vous lirez comment promouvoir et soutenir ces transferts de connaissances; il est étonnant de constater la grande valeur qu'ont la relation et la confiance, dans ce processus.

Fragen formulieren ... Im ärztlichen Praxisalltag treten Fragen in sehr unterschiedlicher Häufigkeit auf, mit einer Spannbreite zwischen 5 neuen Fragen pro Patient im Spital und einer Frage pro 4 Patienten oder gar pro Halbtag bei frei praktizierenden ÄrztInnen. Zudem scheint die Fähigkeit, bei der täglichen hausärztlichen Tätigkeit überhaupt erst auf Fragen aufmerksam zu werden, diese zu identifizieren und zu formulieren, sehr unterschiedlich entwickelt zu sein. Wie steht es mit Ihrer Fähigkeit, zu merken, dass Sie Fragen haben?

Wenn Fragen vorliegen, deren Beantwortung nicht als dringend eingestuft wird, oder wenn eine Antwort nicht schnell genug verfügbar ist, bleiben sie oft unbeantwortet. Diese Aussage dürfte Ihnen und mir wohl nicht allzu unbekannt vorkommen.

... für gültige Antworten mit Evidence-Based Medicine. EBM soll uns ÄrztInnen helfen, gültige Antworten auf unsere Fragen zu erhalten. Viele unter uns betrachten EBM tatsächlich als sinnvolle Methode. Im Gegensatz dazu verfügen aber nur wenige unter uns HausärztInnen über die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten, EBM selber anzuwenden. Fast in jedem Fall fehlt die für die recht aufwändige Suche nötige Zeit. Viele von uns wären nicht abgeneigt, die nötigen Informationen von EBM-versierten Kollegen und Kolleginnen anzunehmen; aber wo sind diese zu finden?

Diese komplexen Umstände führen dazu, dass viel wissenschaftlich gestütztes Wissen nicht oder nur sehr ungenügend und langsam in unseren Praxisalltag transferiert wird, obwohl dadurch die ärztliche Behandlung verbessert werden könnte.

¹ Der vorliegende Artikel ist inspiriert durch den Artikel: Greenhalgh T, Hughes J, Humphrey C, Rogers S, Swinglehurst D, Martin P. A comparative case study of two models of a clinical informaticist service. BMJ 2002;324:524–9.

Zur Förderung des Wissenstransfers vom theoretischen wissenschaftlichen Elfenbeinturm in den praktischen Praxisalltag scheinen gemäss der diesem Artikel zugrunde liegenden Arbeit vor allem zwei Dinge nötig zu sein: ein Kulturwandel bei den praktizierenden ÄrztInnen zur Förderung der Lust, Fragen zu formulieren, sowie eine sinnvolle technische Unterstützung beim praktischen Wissenstransfer. Beide Elemente bedürfen einer behutsamen Unterstützung, wie das in komplexen Systemen immer der Fall ist.

Patientenbezogene beziehungsorientierte Fragen und Antworten. Der Patientenbezug der Fragen und Antworten sowie die Beziehungsebene zwischen Fragendem und Antwortendem scheinen für die Förderung der Nachfrage nach Wissenstransfer eine ganz bedeutende Rolle zu spielen. Patientenbezogene Fragen aus dem vielfältigen Praxisalltag scheinen bevorzugt an eine Person, die man kennt, gestellt zu werden – unter der Metapher «friendly local facilitator». Die situationsbezogene Antwort soll zeitgerecht und möglichst interaktiv vermittelt werden. In den meisten alltagsrelevanten Situationen scheint den HausärztInnen eine aus der Sekundärliteratur abgeleitete Antwort zu genügen. Dies ist verständlich, denn die betreffenden unklaren Situationen bewegen sich in einem komplexen Bereich, wo die Sicherheit der Diagnose und eine gegenseitige Übereinstimmung unter mehreren beurteilenden ÄrztInnen ohnehin auf einer relativ niedrigen Ebene angesiedelt sind. Die hier aufgeführten Bedürfnisse können am besten mit einem peripheren lokalen Informationsnetzwerk erreicht werden.

Demgegenüber wird – dies ist jetzt etwas karikiert geschildert – eine nach tiefschür-

fender Primärliteratursuche von einer unbekanntem wissenschaftlichen Instanz erarbeitete Antwort begrifflicherweise als wenig hilfreich betrachtet. Die Antwort wird meistens mit einem grossen schriftlichen Bericht übermittelt und erfolgt mit entsprechender zeitlicher Verzögerung erst dann, wenn der Fall quasi schon abgeschlossen ist.

In unserem Qualitätszirkel Efenau in Bern haben wir uns unter dem Arbeitstitel «Vom Key word zum Short cut» ebenfalls mit unserem persönlichen Informationsmanagement befasst. Unsere Resultate decken sich weitgehend mit den Resultaten der Forschungsarbeit, die diesem Artikel zugrunde liegt. Auf der Suche nach spezifischen patienten- oder fallbezogenen Fragen, welche einer raschen Antwort bedürfen, liegt der Griff zum Telefon an einen uns bekannten Spezialisten am nächsten – und die situationsbezogenen zeitgerecht und interaktiv erarbeiteten Ergebnisse dieser Besprechung wirken sich in der Regel entscheidungswirksam aus. Dabei spielen zwei Elemente eine bedeutende Rolle: einerseits eine tragfähige persönliche Beziehung, die sich aufgrund früherer erfolgreicher gemeinsam durchgeführter Behandlungsprozesse ergeben hat, und andererseits das Vertrauen, dass sich der Spezialist in seinem Gebiet EBM-gestützt auf dem neuesten Stand des Wissens hält.

Die Lektüre in Journals – seltener in Lehrbüchern und im Internet – wird eher zum Erhalten und Erweitern des Basiswissens eingesetzt. Diese zweite Form des Wissenstransfers unter der Metapher «am Köcherlen halten» spielt sich in der Regel eher ausserhalb eines akuten fallbezogenen oder patientenbezogenen Informationsbedarfs ab.