

Leidensdruck diktiert Form der Behandlung

Leidensdruck diktiert Form der Behandlung. Dass psychosomatische Leiden im Pflegealltag eine zentrale Rolle spielen, stellt heute kaum mehr jemand in Abrede. Gefordert ist fachspezifisches Wissen. Begrenzte personelle Ressourcen setzen oftmals die Grenzen, psychosomatische Störungen richtig zuzuordnen und entsprechend zu behandeln. Drei unterschiedliche Institutionen geben Einblick, wie sie mit psychosomatischen Störungsbildern ihrer Patientinnen und Patienten umgehen: die Alterspsychiatrie der Privatklinik für Psychiatrie Schlössli in Oetwil am See, das Pflegezentrum Käferberg der Stadt Zürich und das private Alters- und Pflegeheim St. Peter und Paul in Zürich. (mü)

Von Stefan Müller

Eine 76-jährige Bewohnerin des Alters- und Pflegeheims St. Peter und Paul:

«Wenn ich Beschwerden habe, rede ich mit meinen Engeln. Gerade vor ein paar Tagen, hat sich dies wieder bewährt. Ich war am Nähen, und plötzlich bekam ich wie angerührt Rückenweh. Dann nahm ich das Zwiegespräch mit meinen Engeln auf, die überall in meinem Zimmer herumstehen. Ich legte mich noch eine Weile aufs Bett. Und schon wurde es besser. Generell bin ich eine, die nicht gerade zum Arzt springt. Ich bin keine Pillenschluckerin. Ich warte zunächst einmal ab. Der Glaube hilft mir oft dabei. Ich bete jeden Morgen und Abend. Das habe ich von meiner Mami mitbekommen.»

«Wenn jemand ein Bein bricht, ist das Magengeschwür sekundär»

Geräuschlos schiebt sich die automatische Glastür auf die Seite und gibt den Blick frei auf einen breiten Korridor, beidseitig reihen sich Türen. Die Wände sind in fröhlichen Pastellfarben gehalten, der Boden ist mit einem graugemusterten Teppich ausgelegt. Eine Frau schläft bei offener Türe. Derweil scharwenzelt ein älterer Herr um eine junge Pflegenden herum. Eine Katze tigert vorbei, enttäuscht über den Mangel an Aufmerksamkeit ihrer Umgebung. In der geräumigen Wohnküche plätschert gemütlich ein Wasserspiel. Ansonsten ist es ruhig in der Abteilung West 6 des Pflegezentrums Käferberg. Die rund 20 Bewohner und Bewohnerinnen, die meisten über 80-jährig, nehmen im Fernsehzimmer gerade an einer Andacht teil, die eine Seelsorgerin hält.

Die Pflegeexpertin Heidi Sommer führt den Besucher durch die Räume und informiert. «In der Praxis stehen psychosomatische Beschwerden nicht im Vordergrund. Ein solches Leiden ist oft nur eines von vielen. Wenn also jemand ein Bein bricht, wird das Magengeschwür sekundär», bringt sie das Dilemma auf den Punkt. Wie reagiert man aber im Pflegezentrum, wenn ein Bewohner zum Beispiel ständig über Schmerzen im Bauch klagt? «Wenn der Bewohner leidet, muss er behandelt und betreut werden, egal welche Ursache dahinter steht», ist für Heidi Sommer klar. Es sei jedoch weder der Auftrag ihrer Institution noch entspreche es ihrer Ausbildung, die psychosomatischen Ursachen grundlegend aufzuarbeiten.

Gleichwohl will die Pflegeexpertin alle Leiden gleich ernst nehmen, auch wenn ein Bewohner in einem fort mit irgendwelchen Wehwehchen den Pflegenden auf den Geist geht. Die Pflegeteams des Zentrums Käferberg mit fast 300 Patienten müssen dabei vornehmlich mit den eigenen fachlichen und personellen Ressourcen auskommen. Neben dem leitenden Arzt und den beiden Assistenzärzten steht den Teams in schwierigen Fällen eine externe Psychologin zur Verfügung, die im Rahmen der Fallbesprechungen Hilfe zu leisten vermag. Weiter bieten die beiden Pflegeexpertinnen des Hauses den Teams Support an. Einzelne Assistenzärzte verfügen auch über psychiatrische Ausbildungen respektive Erfahrungen. Eine zentrale Funktion hat schliesslich die Angehörigenarbeit, die systematisch gefördert wird. Um die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zu verbessern, gibt es beispielsweise regelmässige Fortbildungen und Veranstaltungen zu Themen wie «Umgang mit Demenz», «Aktivierung» oder «Mobilität» sowie Gesprächsgruppen. «Die Angehörigen wissen oft am besten, was der Bewohner braucht», ist Heidi Sommer überzeugt. Manchmal helfe einfach ein Wickel oder besonderes Hausmittelchen.

Wenn jemand seine Wehklagen unablässig seiner Umgebung mitteilen muss, heisst dies noch lange nicht, dass ein ernsthaftes (medizinisches) Problem vorliegt. Die Person will vielleicht mehr Zuwendung erhalten. Ab wann besteht Interventionsbedarf? «Es gibt keine allgemeine Regel, aber wenn zum Beispiel wiederholt dasselbe Leiden beklagt wird oder wenn sich Mitbewohner ebenfalls besorgt fühlen», definiert Heidi Sommer einige Interventionskriterien. Eine wichtige Entscheidungsgrundlage stellt für sie auch die Pflegedokumentation dar, die Aufschluss über den Verlauf von Symptomen gibt.

Als grosse Hilfe in der Langzeitpflege erweist sich immer auch das langjährige Vertrauensverhältnis, das sich zwischen Pflegenden und Patienten aufgebaut hat. Pflegenden und Ärzte lernen die Patienten im Lauf der Jahre sehr gut kennen, was die Pflege für beide Seiten erheblich erleichtert. Damit sich die Bewohner möglichst wohl fühlen, bemüht man sich im Pflegezentrum, das Haus wohnlich einzurichten. Ständige Bilderausstellungen, Blumen und Dekorationen sind nur ein Teil davon. «Der therapeutische Effekt einer wohnlichen Umgebung darf nicht unterschätzt werden», streicht Heidi Sommer heraus. ■

Professionelle Führung des Pflegeprozesses ist gefragt

Christian Wüthrich, Pflegedienstleiter des Zürcher Alters- und Pflegeheimes St. Peter und Paul mit rund 80 Bewohnern, setzt auf eine professionelle Gestaltung des Pflegeprozesses, auch um psychosomatische Probleme systematisch zu erfassen. «Mit dem Qualitätssicherungssystem RAI (Resident Assessment Instrument) wird für jeden Bewohner ein MDS (Minimum Data Set) bei Eintritt und mindestens einmal im Jahr eine Erfassung der Bewohner erstellt. Zwingend sind die halbjährliche Kontrolle der Erfassung sowie eine Neuverfassung bei jeder Veränderung des Zustandes. Die Resultate fliesen im Rahmen des Pflegeprozesses in die Pflegeplanung ein. Bei der Überprüfung der Wirksamkeit der Pflege wird die rein subjektive Wahrnehmung des Patienten durch die Mitarbeitenden relativiert», erklärt Christian Wüthrich. Auf diese Weise wird auch Beschwerden psychosomatischer Natur nachgegangen, um die möglichen Ursachen zu erkennen. Dabei müssen etwa Antworten gefunden werden auf Fragen wie: Rühren die Rückenschmerzen von einer unbequemen

Liegeposition her, oder liegt eine körperliche Erkrankung vor? Muss der Schmerz mit Medikamenten behandelt oder nur durch eine andere Liegeposition angegangen werden? «Unser Ziel ist eine möglichst breite Abstützung der Abklärungen. Dazu gehört eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten, Pflegenden, den Therapeuten sowie der Psychogeriatric», sagt er. Für eine Problemanalyse kommen laut Christian Wüthrich jedoch noch weitere Aspekte hinzu. Neben der Biografie des Patienten schaut er zum Beispiel auf die Körpersprache oder sucht das Gespräch mit den Angehörigen. «Sofern noch welche da sind», stellt er fest. «Denn viele Bewohner stammen aus Kleinfamilien und haben kaum mehr Angehörige.»

Gibt es im Alters- und Pflegeheim St. Peter und Paul bei psychosomatischen Beschwerden Interventionskriterien? «Die sind situativ völlig verschieden», sagt Wüthrich. Klar sei, dass Schmerzen rasch behandelt werden müssen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei hier essenziell. «Das genaue systematische Beobachten der Bewohner vermindert die Ge-

fahr, in die Psychoecke abzudriften», ist Christian Wüthrich überzeugt. Trotz des fachgerechten Umgangs mit diesen Problemen sind die Pflegenden gefordert. «Es ermüdet, sich ständig die Leiden der Patienten anzuhören. Es macht bisweilen sogar wütend, manchmal auch hilflos und ohnmächtig», räumt der langjährige Pflegedienstleiter ein. Umso wichtiger scheint ihm, dass man sich dies eingestehe und thematisiere. Supervision

wäre ein gutes Gefäss, diese Probleme anzusprechen. Weil dieses Gefäss fehlt, führt er viele Coachinggespräche mit seinen Mitarbeitenden. Zur Sprache kommen Themen wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Gewalt, Sexualität und Sterben. Psychohygiene sei das A und O, um nicht abzustumpfen und damit die Pflegenden stets in Lage bleiben, ernsthaft auf die Patienten zu reagieren und immer wieder nachzufragen. ■

«Eine somatische Störung zu übersehen, birgt hohes Gefahrenpotenzial»

«Menschen, die in unsere Klinik eintreten, befinden sich häufig in einer Krisensituation, in einem psychischen Ausnahmezustand», sagt Theres Schmid, Pflegefachfrau an der Klinik Schössli in Oetwil am See. Besonders häufige Einweisungsgründe seien: Angststörungen und Depressionen, Suizidalität, akute Verwirrheitszustände sowie Abhängigkeitserkrankungen. Sie betont, dass in der akuten Krisensituation der Ausschluss schwerer körperlicher Erkrankungen und die psychiatrische Intervention zunächst im Vordergrund stünden. Erst im Verlauf der Behandlung richte sich der Blick auf die möglicherweise bestehenden psychosomatischen Aspekte des Krankheitsgeschehens, zum Beispiel bei Schmerzzuständen, Schwindel, Erschöpfungssyndromen, Obstipation oder Schlafstörungen. Wie diagnostiziert das Behandlungsteam psychosomatische Beschwerden? «Angekommen, ein Patient klagt wiederholt über Schmerzen am ganzen Körper», holt Theres Schmid aus, «gilt es zunächst, mittels einer Anamnese und gründlicher körperlicher Untersuchung sowie eventuell einer Laboruntersuchung eine somatische Störung auszuschliessen.» «Eine somatische Störung zu übersehen, birgt ein hohes Gefahrenpotenzial», ergänzt die Neurologin Ursula Knirsch. Der interdisziplinären Zusammenarbeit komme dabei eine grosse Bedeutung zu, insbesondere jener mit dem Internisten. Rea Heierli, ebenfalls Pflegefachfrau: «Der Internist ist eine Bereicherung für das Haus.» Auf diese Weise könne zum Beispiel ein psychogener

Krampfanfall oder ein nicht organischer Schwindel, nach seriöser körperlicher Abklärung, als psychosomatische Störung abgegrenzt werden.

Schwierig wird es bei Patienten, die sich im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr artikulieren können. «Zentral ist die Verhaltensbeobachtung mit Blick auf die Bewältigungsstrategien des Patienten», sagt Rea Heierli. Wenn sich ein Patient zum Beispiel morgens beim Mobilisieren vermeintlich aggressiv verhalte, stelle sich die Frage, ob er Schmerzen habe. «Wir achten dann verstärkt auf den nonverbalen Ausdruck des Patienten, doch dies bedingt, dass wir den Patienten gut kennen», fügt Rea Heierli hinzu. Sinnvoll sei stets auch der Einbezug der Angehörigen, der im Schössli einen hohen Stellenwert geniesst.

Eine Pille, und das Problem ist weg? «So einfach machen wir es uns natürlich nicht», bemerkt die Neurologin. «Vielfältige Massnahmen stehen uns zur Verfügung, sowohl bei somatischen als auch bei psychiatrischen oder psychosomatischen Beschwerden. Deshalb basiert unser interdisziplinäres Behandlungskonzept auf psychotherapeutischen, pharmakotherapeutischen und komplementärmedizinischen Massnahmen. Letztere beinhalten zum Beispiel die Aroma- und Phytotherapie, Akupunktur sowie Feldenkrais. Ergänzt werden diese Therapien durch menschliche Zuwendung über pflegerische Anwendungen.

«Der Patient soll nicht in Passivität verharren, bei Schmerzen wird er deshalb aufge-



Illustration: Eveline Zangger

fordert, ein Schmerztagebuch zu führen», sagt Rea Heierli. «Dies kann den Zugang zum Verstehen der Zusammenhänge erleichtern.» Bei psychosomatischen Leiden erachtet Rea Heierli nicht nur die Beziehung zum Patienten als essenziell, sondern ebenfalls den richtigen Zeitpunkt des Therapieeinsatzes.

Was tun, wenn einem Patienten mit ihren «Wehwehchen» nur noch «auf den Geist» gehen? «Wenn ein Patient ständig über Beschwerden klagt, kann es tatsächlich vorkommen, dass im Behandlungsteam Unmut aufkommt. Dann ist es wichtig, nicht in Verhaltensstereotypen zu verfallen und den Patienten als «Nörgler» zu stigmatisieren», sagt Ursula Knirsch. «Im interdisziplinären Team versuchen wir, das Problem zu analysieren und die psychodynamischen Anteile zu verstehen. Dazu gehört auch eine kritische Selbstreflexion. Manchmal braucht es dann regelrecht einen «Anwalt» für den Patienten.» ■

Der Autor



Stefan Müller ist freier Journalist, Redaktor der Zürichsee-Zeitung und Sozialarbeiter. Er schreibt unter anderem über Themen zu Gesundheit und Gesellschaft.