

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 1 (1996)

**Heft:** 3

**Artikel:** Ein Quiz für palliative Pflege

**Autor:** Ross, M.M. / McDonald, B. / McGuinness, J.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091719>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Ein Quiz für palliative Pflege: Entwicklung eines Instruments, um das Wissen des Pflegepersonals über palliative Pflege zu testen.

Ross M.M., McDonald B. & McGuiness J.\*

## Ein Quiz für palliative Pflege

### Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt den Prozess und die Resultate einer Studie, deren Ziel die Entwicklung eines Quiz über palliative Pflege war. Zur Entwicklung dieses Instrumentes wurde ein beratendes Komitee geschaffen, das einen ausführlichen Konsultationsprozess durchführte. Der Rahmen und das Format wurden bestimmt, Vortestfragen entwickelt, ein Pilotversuch gestartet und eine Überarbeitung des Tests vorgenommen. Das Instrument besteht aus 20 Testfragen, anhand derer das Wissen des Pflegepersonals getestet, Diskussionen ausgelöst und Missverständnisse über palliative Pflege identifiziert werden können.

Der oben erwähnte Artikel beschreibt das Vorgehen, das angewendet wurde, um diesen Test zu entwickeln und enthält auch Testresultate, die aufzeigen, wie einzelne Gruppen von Pflegepersonal beim Test abgeschnitten haben.

### Testfragen

Die Fragen können mit «richtig», «falsch» oder «weiss nicht» beantwortet werden.

1. Palliative Pflege ist nur in Situationen angezeigt, in denen keine Hoffnung auf eine Besserung besteht oder bei einer Verschlechterung des Zustandes.
2. Morphin wird als Vergleichsstandard benutzt, um die analgetische Wirkung anderer Opiode einzuschätzen.
3. Das Ausmass der Krankheit bestimmt die Methode der Schmerzbehandlung.
4. Adjuvante (zusätzliche) Therapien sind wichtig in der Schmerzbehandlung.

5. Es ist für Familienangehörige äusserst wichtig, dass sie immer beim Patienten/der Patientin bleiben bis der Tod eintritt.

6. Während der letzten Lebensstage kann eine durch Elektrolytverschiebung verursachte Schläfrigkeit den Bedarf an Beruhigungsmitteln reduzieren.

7. Betäubungsmittelsucht ist ein Hauptproblem, wenn Morphin zur Schmerzbehandlung über längere Zeit verabreicht wird.

8. Patienten/Patientinnen, die Opiate einnehmen, sollten auch Abführmittel regelmässig einnehmen.

9. Um palliative Pflege anwenden zu können, muss man sich emotional völlig abgrenzen.

10. Während den terminalen Stadien einer Krankheit können Medikamente, die eine Atemdepression verursachen, eingesetzt werden, um schwere Atemnot zu lindern.

11. Männer können Trauer rascher verarbeiten als Frauen.

12. Die Grundsätze der palliativen Pflege sind mit einer aggressiven Therapie vereinbar.

13. Placebo können bei gewissen Schmerzarten angewendet werden.

14. Codein in hohen Dosen verursacht mehr Übelkeit und Erbrechen als Morphin.

15. Leiden und körperliche Schmerzen sind dasselbe.

16. Pethidin ist für die Behandlung von chronischen Schmerzen nicht geeignet.

17. Wegen der gehäuften Verluste ist ein Burnout des Pflegepersonals in der palliativen Pflege unvermeidlich.

18. Chronische Schmerzen zeigen ein anderes Erscheinungsbild als akute Schmerzen.

19. Der Verlust eines Menschen zu dem man eine distanzierte oder gestörte Beziehung gehabt hat, ist einfacher zu verarbeiten als der Verlust bei einer nahen oder intimen Verbindung.

20. Müdigkeit oder Angst senken die Schmerzschwelle.

\*Journal of Advanced Nursing, 1996, 23, S. 126 bis 137  
Übersetzung und Zusammenfassung: Käthi Sanz

**Antworten und Begründungen***Frage 1: Falsch*

Nach den Richtlinien für palliative Pflege der «Health and Welfare Canada» von 1989 können auch unheilbar Kranke, die aggressive Therapien erhalten (chronische Krankheiten, gewisse Krebspatienten, Patienten mit AIDS) schon vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an von den unterstützenden Aspekten der palliativen Pflege profitieren. Bei einer Stabilisierung ihres Zustandes und ihrer Lebensqualität kann die Intensität der palliativen Massnahmen vorübergehend reduziert werden. Eines der Ziele der palliativen Pflege ist das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität der Kranken und ihrer Angehörigen. Viele Aspekte der palliativen Pflege können auch in einem früheren Krankheitsstadium angewendet werden, zum Beispiel in Zusammenhang mit Krebstherapien (Doyle et al., 1993).

*Frage 2: Richtig*

Auf den Tabellen zur Berechnung äquianalgetischer Dosen wird Morphin als Standard benutzt im Vergleich mit andern Opioiden bezüglich Dosierung und Wirkungsdauer (Crane et al., 1990). Haviley et al. (1992) empfehlen dem Pflegepersonal, solche Tabellen bei der Umrechnung von oralen zu intravenösen Dosierungen von Betäubungsmitteln zu benutzen.

*Frage 3: Falsch*

Laut Coyle et al. (1990) ist die Stärke der Schmerzen massgebend für die Dosierung. Massgebend für die Art der Medikamenteneinnahme sind folgende Faktoren: Die Fähigkeit der Kranken zu schlucken, das Vorhandensein eines Darmverschlusses, die Unfähigkeit orale Schmerzmittel zu handhaben oder eine völlig inadäquate Schmerzlinderung bei peroraler Verabreichung.

*Frage 4: Richtig*

Die «Oncology Nursing Society» (1990) betont die Wichtigkeit des Einsatzes von Adjuvantien (Antidepressiva, Antiemetika) und nicht-medikamentösen zusätzlichen Massnahmen wie zum Beispiel Aufklärung und Schulung der Kranken und Entspannungsübungen zur Schmerzbehandlung. Nicht-pharmakologische Techniken erhöhen die Wirksamkeit der Schmerztherapie, wenn sie zusammen oder zusätzlich mit Schmerzmitteln angewendet werden (Degner & Berkwell, 1991).

*Frage 5: Falsch*

Man kann die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Präsenz nicht verallgemeinern. Eine ständige Wache kann zu Erschöpfung führen. Familienmitglieder müssen die Erlaubnis erhalten, nicht da sein zu müssen

(Kaye, 1990). Es ist oft hilfreich, einen Ablöseplan vorzuschlagen, so dass alle Beteiligten abwechselungsweise ausruhen können. Es ist schwierig, abzuschätzen, wie lange eine zeitweise komatöse Person noch leben wird.

*Frage 6: Richtig*

Laut Fainsinger & Bruera (1989) wirken reduzierte Flüssigkeitszufuhr und Elektrolytverschiebungen als natürliche Schmerzmittel auf das zentrale Nervensystem. Dies führt zu einem verminderten Bewusstseinszustand, reduziertem Leiden und konsequenterweise zu einem verringerten Bedarf an Sedierung. (Anm. der Red.: Falsch: Fainsinger & Bruera zitieren eine Aussage anderer Autoren und führen gewichtige Argumente gegen diese Annahme an: Vermindertes Bewusstsein ist nicht unweigerlich mit geringeren Schmerzen und weniger Leiden verbunden. Wer nicht sprechen kann, leidet vielleicht trotzdem!)

*Frage 7: Falsch*

Kranke mit chronischen Schmerzen werden und können nicht süchtig werden auf Betäubungsmittel (Kaye, 1990). Dieser Autor berichtet, dass sogar bei Kranken, die über mehrere Monate mit hohen Dosen Morphin behandelt worden sind, das Morphin ausgeschlichen werden kann, falls die Schmerzen auf eine andere Art behandelt wurden, ohne dass Entzugssymptome auftreten. Es ist sehr wichtig, dass terminal kranken Menschen erklärt wird, dass sie durch korrekt angewendetes Morphin nicht süchtig werden. Diese Meinung wird bestätigt durch Twycross & Lack, (1983), McCaffery et al., (1990) und Haviley et al., (1992). Sucht ist eine psychische Abhängigkeit und wird durch den korrekten Gebrauch von Morphin vermieden. Körperliche Abhängigkeit tritt zwar bei Morphintherapie immer auf, stellt aber kein Problem dar, wenn man damit richtig umgeht. Nur die plötzliche, starke Dosisreduktion führt zu Entzugssymptomen.

*Frage 8: Richtig*

Crane und al. empfehlen, dass Kranke, die opiathaltige Schmerzmittel einnehmen, auch geeignete Abführmittel erhalten sollten. Grund dafür ist die Bindung der Narkotika an Rezeptoren im Magen-Darmtrakt, die bewirkt, dass Peristaltik und Sekretion vermindert werden (Haviley et al, 1992). «Die Hand, die die Verordnung für ein Opioid schreibt, sollte auch gleich eine Verordnung für ein Abführmittel notieren» (MacDonald, »Canadian palliative care curriculum«, 1991).

*Frage 9: Falsch*

Es gibt substantielle Beweise, dass Pflegepersonal, Kranke und Angehörige unter guter Pflege sowohl

technisches Wissen als auch Einfühlungsvermögen verstehen (Bowers 1987, 1988). Zeit mit den Kranken verbringen zu können, Zuhören und Gespräche führen werden vom Pflegepersonal als sehr wertvoll erlebt. Unterstützung, Beratung, und Ermutigung sind hochwertige Bestandteile der Pflege und können aus einer emotionalen Distanz heraus nicht wirkungsvoll angewendet werden.

*Frage 10: Richtig*

Morphin reduziert den unangepassten und übermässigen Reiz zur schnellen Atmung, der ein Teil der Atemnot darstellt (Kaye, 1990). Laut MacDonald (1991) sollten Opiate bei Atemnot auf ähnliche Weise eingesetzt werden wie bei der Schmerzbehandlung. Twycross & Lack berichten, dass Morphin per os ein sicheres Schmerzmittel bei chronischen Krebschmerzen ist, auch bei Patienten mit vorgängigen Lungenkrankheiten. (Anm. der Red.: Es gibt Studien, die zeigen, dass es nicht die Atemdepression ist, die zur Linderung der Atemnot führt, sondern die Wirkung der Opiate auf den Sauerstoffbedarf der Atemmuskulatur).

*Frage 11: Falsch*

Die Heftigkeit der Trauer ist abhängig von Ausmass und Auswirkungen des Verlustes. Obschon Frauen scheinbar verletzlicher sind, da ihr Leben herkömmlicherweise mehr beziehungsorientiert ist, kann gerade dieses Eingebundensein in Beziehungen zu ihrem Vorteil dienen während der Trauerzeit. Verarbeitung von Trauer ist ein vom Geschlecht unabhängiger Prozess, der das Bedürfnis nach Kontinuität einschliesst und danach trachtet, sich und sein Schicksal, ja die Welt neu zu deuten, um einen bleibenden Sinn darin zu finden (Marris, 1974). Es wird auch berichtet, dass andere Faktoren, nicht das Geschlecht, wichtig sind, um abzuschätzen, wie auf Trauer reagiert wird: Die Art der Beziehung, Alter, Gesundheit und frühere Verhaltensmuster in Krisensituationen (McHorney & Mor, 1988).

*Frage 12: Richtig*

Palliative Pflege ist nicht unbedingt unvereinbar mit einer aggressiven Therapie. Da es ein Ziel der palliativen Pflege ist, eine bestmögliche Lebensqualität für Kranke und deren Familien zu erreichen (McDonald), sind die Kontrolle der Schmerzen und anderer Symptome und die Berücksichtigung der psychologischen, sozialen und spirituellen Probleme äusserst wichtig (Doyle et al., 1993). Für die Schmerz- und Symptomkontrolle können Massnahmen nötig sein, die viel aggressiver sind als die Unterstützung, die man sich gemeinhin unter palliativer Pflege vorstellt. Viele Massnahmen können schon früh in die Behandlung eines Patienten integriert werden.

*Frage 13: Falsch*

In der Literatur findet man genügend Grundlagen, die darauf hinweisen, dass Placebo zur Schmerzbehandlung nicht verwendet werden sollen (McCaffery & Beebe, 1990, Twycross & Lack, 1983).

*Frage 14: Richtig*

McCaffery & Beebe (1990) beschreiben, dass Codein in hohen Dosen vergleichsweise toxischer ist als Morphin. Es verursacht mehr Übelkeit und Erbrechen und beträchtliche Verstopfung.

*Frage 15: Falsch*

Es ist wichtig, dass man sich bewusst ist, dass Leiden nicht ausschliesslich auf das Vorhandensein von Schmerzen beschränkt ist, sondern mit allen erlittenen Symptomen und Veränderungen in anderen Dimensionen des Lebens zusammenhängt, die mit einer terminalen oder nicht terminalen Krankheit einhergehen.

*Frage 16: Richtig*

Crane et al. (1990) warnen davor, Pethidin (Merperidin) für chronische Schmerzen zu brauchen. Es hat eine kurze Wirkungszeit und führt zur Akkumulation des toxischen Metaboliten Normeperidin. Ausserdem führt es zu Hautreizungen, wenn es in einer kontinuierlichen s/c-Infusion angewendet wird (Kaye, 1990). Es gibt Zusammenhänge zwischen Normeperidin und einem hohen Risiko von neurologischer Toxizität, (Muskelzuckungen, epileptische Anfälle) falls das Medikament länger als 3 Tage verabreicht wird.

*Frage 17: Falsch*

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass der breite Einsatz, aber auch die Spezialisierung sowie Spannungen innerhalb des Pflegeberufs zum Burnout und hohem Stellenwechsel beitragen (Grove, 1991). Nicht die Häufigkeit der Verluste, die im Zusammenhang mit der Pflege von Sterbenden auftreten, führen zum Burnout, sondern, realistischer betrachtet, das arbeitsbedingte Umfeld, das zunehmend eine Ideologie von Produktivität, Effizienz und Kosten sparen verlangt (Baines et al., 1991). Eine solche Ideologie ist schwer vereinbar mit einem Ideal und einer Pflegeethik, welche die Professionalität der Pflegenden ausmacht.

*Frage 18: Richtig*

Akute und chronische Schmerzen sind völlig verschiedene Entitäten (Twycross & Lack, 1983). Akute Schmerzen führen zu einer «Flucht oder Kampf» Reaktion. Bei chronischen Schmerzen sind vegetative Merkmale im Vordergrund. Chronische Schmerzen äussern sich umfassend und greifen in das psychologische Wohlbefinden der Kranken ein (Dicks, 1990).

**Frage 19: Falsch**

Es ist schwierig, vorauszusagen, wie ein Verlust verarbeitet werden wird. Trauerarbeit verkörpert eine persönliche Krise, welche die grundsätzliche Notwendigkeit der dauernden Anpassung an das Leben bedingt. Man kann jedoch ungefähr voraussagen, wie schwer die Trauer sein wird, die durch den Verlust einer Beziehung entsteht, wenn man in Betracht zieht, welche Bedeutung die Gesellschaft verschiedenen Beziehungen zuordnet. Nach Marris (1974) bedeutet der Tod eines Ehepartners, Kindes, Elternteils, Bruder oder Schwester oder Freund ungefähr eine absteigende Reihenfolge, was die Heftigkeit der Trauer betrifft. McHorney & Mor (1988) berichten, dass Blutsverwandtschaft, Alter, geschwächte körperliche oder psychische Gesundheit, Spannungen in der Familie und Unzufriedenheit über eigene Fähigkeiten, den Angehörigen im Endstadium zu pflegen, die wichtigsten Faktoren sind, die die Trauerarbeit erschweren.

**Frage 20: Richtig**

In der Literatur wird auf die Wichtigkeit hingewiesen, dass den Faktoren, die das Schmerzempfinden beeinflussen, wie Angst und Müdigkeit, genügend Beachtung geschenkt wird (Twycross & Lack, 1983, Kaye, 1990).

**Wissenschaftliche Referenzen**

- Baines C., Evans P., Neysmith S.: *Caring: its impact on the lives of women. In Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*, McClelland & Stewart, Toronto, 1996, S. 11–35.
- Bowers B.: *Intergeneration caregiving: adult caregivers and their aging parents. Advances in Nursing Science* 9, 2, 1987, S. 20–31.
- Bowers B.: *Family perceptions of care in a nursing home. The Gerontologist* 28, 3, 1988, S. 361–368.
- Coyle N., Adelhard J., Foley C.: *Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. Journal of Pain and Symptom Management* 5, 2, 1990, S. 83–93.
- Crane R., Wilson P., Behrens G.: *Pain control in hospice home care: management guidelines. American Journal of Hospice and Palliative Care* 7, 6, 1990, S. 39–42.
- Denger L., Berkwell D.: *Programmed instruction: nonanalgesic approaches to pain control. Cancer Nursing*, 14, 2, 1991, S. 105–111.
- Dicks B.: *Programmed instruction: cancer pain. Cancer Nursing* 13, 4, 1990, S. 256–261.
- Doyle D., Hanks G., McDonald N.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford Medical Publishers, London, 1993.
- Fainsinger R., Bruera E.: *Hypodermoclysis for symptom control versus the Edmonton injector. Journal of Palliative Care*, 7, 4, 1991, S. 5–8.
- Grove S.J.: *Who Cares? The Crisis in Canadian Nursing*, McClelland & Stewart, Toronto 1991.

Haviley C., Gagnon J., MacLean R. et al.: *Pharmacologic management of cancer pain: a guide for the health care professional, Cancer Nursing*, 15, 5, 1992, S. 331–346.

Health and Welfare Canada, *Palliative Care Services Guidelines*, Health Service Directorate, Ministry of Supplies and Services, Ottawa, 1989.

Kaye L.: *Notes on Symptom Control in Hospice and Palliative Care*, Hospice Education Institute, Essex, Connecticut, 1990.

Marris P.: *Loss and Change*, Routledge & Kegan Paul, London, 1974.

McCaffery M., Ferrel B., O'Neill-Page E., et al.: *Nurses knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence, Cancer Nursing* 13, 1, 1990, S. 21–27.

McCaffery M., Beebe A., *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*, Mosby, St Louis, 1990.

McHorney C., Mor V.: *Predictors of bereavement depression and its health services consequences, Medical Care*, 26, 9, 1988, S. 882–893.

MacDonald N.: *The Canadian Palliative Care Curriculum*, The Canadian Palliative Care Association, Ottawa, 1991.

Oncology Nursing Society: *Position Paper on Pain Control*, Spross 17, 4, 597–614, 1990.

Twycross R., Lack S.: *Symptom Control in far advanced Cancer: Pain Relief*, Pitman, London, 1983.