

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2003)

Heft: 2

Artikel: Directives anticipées : application clinique en soins palliatifs gériatriques = Direttive anticipate (Riassunto) = Patientenverfügungen (Zusammenfassung)

Autor: Campana, Laurence / Bertineau, Pascal / Le Lous, Paulette

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091848>

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>

Depuis 1987 existe à Genève une loi permettant au patient d'exprimer ses volontés pour le jour où il ne sera plus capable de le faire. Deux projets d'équipes soignantes dans un Département de Gériatrie ont permis de réaliser des directives anticipées avec des patients âgés atteints d'une maladie évolutive. Les effets bénéfiques et les difficultés pour les patients et les soignants sont discutés.

Laurence Campana, Paulette Le Lous
Pascal Bertineau, Monique Jaquiéry, Dominique Turcas
Jacqueline Choulat, Francine Warmé

Directives anticipées

Application clinique en soins palliatifs gériatriques

Laurence Campana,
Paulette Le Lous
Equipe Mobile Antalgie
et soins palliatifs Dpt
Gériatrie, HUG

Pascal Bertineau,
Monique Jaquiéry,
Dominique Turcas
Unité 24 Hôpital de
Gériatrie, Dpt Gériatrie,
HUG

Jacqueline Choulat,
Francine Warmé
Unité 10, CESCO, Dpt
Gériatrie, HUG

Mots-clés

Directives Anticipées – Soins Palliatifs – Gériatrie

Introduction

« ...Si demain je ne suis plus apte à prendre de décision concernant les soins et les traitements en cas de maladie ou d'accident, je peux aujourd'hui exprimer mes volontés en établissant mes directives anticipées... »

C'est par cette introduction qu'une information médico-infirmière, portant sur les Directives Anticipées (DA), a permis en 2001 aux professionnels de la santé du département de gériatrie, de trouver une ressource pour le respect de l'autonomie du patient, lorsque celui-ci ne peut plus s'exprimer par lui-même et que ses volontés sont rédigées de manière anticipée¹.

En effet, dans le Canton de Genève, depuis 1987, la loi K 1 80 art. 5 al. 3, permet au patient²:

- de prendre part aux décisions médicales le concernant, au-delà de sa capacité d'expression;
- de prolonger dans le temps sa possibilité d'exercer valablement son droit à l'autodétermination en ce qui concerne sa santé jusqu'à la mort ainsi que son corps après la mort.

L'autodétermination contribue à la garantie du respect des choix du patient, dans les cadres déontologique et légal qui concernent les soignants³.

Deux équipes soignantes du Département de Gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), composé de l'Hôpital de Gériatrie à Thônex (HOGER)

et du Centre de Soins Continus à Collonge Bellerive (CESCO) y ont participé. Ces deux centres accueillent des patients âgés, qui peuvent être dans une phase avancée d'une maladie incurable évolutive, et pour lesquels une approche palliative est proposée.

Chacune de ces 2 équipes de soins s'est intéressée à développer des projets complémentaires en collaboration avec l'Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs du département (EMASP) :

- l'information systématique aux soignants, pour une équipe, et systématique aux patients, pour l'autre;
- le soutien au patient et à son entourage pour l'élaboration des DA, lorsque ce besoin est identifié, pour les deux équipes.

L'application clinique a permis de mettre en évidence quelques points d'observation de la pratique, ainsi que les effets auprès des patients et des personnes impliquées.

Méthode

Pendant l'année 2002, les effets bénéfiques et les difficultés rencontrés lors de la rédaction de directives anticipées ont été recensés. Sur 320 admissions au total dans les deux unités de soins, 15 patients atteints d'une maladie évolutive avancée ont rédigé leurs directives anticipées en collaboration avec l'EMASP.

Pendant la même période 24 questionnaires individuels anonymes composés de 6 questions ouvertes ont été adressés aux soignants des deux unités. Ces questionnaires anonymes comportaient des questions sur les rôles des soignants, leurs difficultés, les bénéfices et leurs besoins.

Résultats

1. Les patients

Quinze patients ont souhaité rédiger leurs directives anticipées. Leur âge moyen était de 73 ans, il y avait 11 femmes et 4 hommes. Les patients étaient tous en soins palliatifs, les diagnostics principaux relevant de pathologies rénale, artérielle, neurologique ou oncologique, à un stade d'évolution avancé. Les motivations pour la rédaction de leurs DA résumées dans le tableau 1 sont surtout en lien avec la peur et la volonté de garder leur autonomie.

Motivations des patients pour la rédaction des directives anticipées:

LIEES AUX PEURS	Evolution de la maladie 25% Douleur 13%
LIEES A L'AUTONOMIE	Regard sur les traitements et attitudes 30% Actualisation de directives 13% Refus d'amputation 13% Rite post-mortem 6%

A. Les peurs

Pour l'ensemble, la démarche a été motivée par la crainte de ne plus pouvoir exprimer leurs volontés, en perdant leur capacité de discernement au cours de l'évolution de leur pathologie: démence débutante, état confusionnel sur métastases cérébrales.

L'expérience difficile d'une exacerbation de leurs douleurs en priorité, la peur d'une grande souffrance à venir, une aggravation de leurs symptômes sont pour eux une atteinte à leur dignité et à leur qualité de vie, qui étayent la demande d'être soulagés de ces symptômes.

B. L'autonomie

Informés, ils veulent ainsi garder un contrôle, exercer une certaine maîtrise avec un droit de regard sur les traitements et les attitudes proposés.

Pour certains, qui déjà ont formalisé leurs directives, une actualisation en lien avec un cheminement personnel et à l'évolution de leur état de santé, a été demandée.

Quelques patients dont l'alternative thérapeutique mettait en question l'atteinte de leur intégrité corporelle, ont signifié par écrit leur refus, après information et compréhension des conséquences qui pouvaient en découler.

Les DA se caractérisent par une manifestation de volontés dans plusieurs domaines: «ce que je veux, ce que je ne veux absolument pas», portant sur: des valeurs de vie sous-tendues, des options médico-techniques qui se réfèrent à des expériences passées ou à celles de proches, ou encore des souhaits quant à certains rites et formalités post-mortem.

Les difficultés rencontrées

Emergence d'émotions: 54%. Anticiper leur situation dans une phase avancée de leur maladie n'a pas été sans conséquences émotionnelles pour ces patients. Cela représente une importante mobilisation d'énergie et une surcharge émotionnelle qui augmentent une

fatigue déjà présente. L'ambivalence, la souffrance globale, l'anxiété voire l'angoisse exprimées doivent d'être accueillies par les soignants.

Si les patients ne l'ont pas toujours initié, leur accord a été primordial pour aborder le sujet. L'information préalable et incontournable doit être réalisée par les soignants. Il est évident que si le patient se situe dans un stade de déni, le processus doit être reporté voire annulé.

Rédiger ses DA implique de se projeter dans une aggravation de son état de santé, vers un futur émaillé de complications qui pourraient survenir. Les patients doivent entrevoir et aborder les «possibles», mettre en mots l'évolution potentielle de leur maladie. Nous pouvons comprendre les difficultés que cette mise en situation de fin de vie projetée peut faire émerger. C'est à partir de leurs représentations, de leurs interrogations que les points essentiels ont été repris et abordés sur la base d'une écoute active, d'entretiens de soutien et de résolution de problèmes. Il est évident que tout ce qui peut arriver dans un avenir plus ou moins proche ne peut pas être abordé.

Expression: 33%. Aborder les DA permet d'affronter les sujets «tabous» dans notre culture, comme certaines maladies, leur évolution, la mort et tout ce qui l'entoure. Pourtant pour le patient dont la fin de vie se précise, il n'est pas rare, même si cela paraît difficile, qu'il parle de sa mort d'une façon plus ouverte.

Un patient a exprimé une de ses difficultés après la réalisation des DA: «qu'est-ce que je fais maintenant que tout est posé?». La mise en situation d'attente de cette mort «préparée» a été vécue comme trop longue, elle met ainsi en garde sur un désinvestissement possible lorsque le patient pense que tout a été réglé.

Communication: 13%. En lien direct avec l'émergence des émotions des patients, celles des membres de la famille, de l'entourage ne manquent pas d'influencer la communication.

L'expression de la souffrance des uns et des autres est difficile à entendre. La taire peut représenter une volonté de protéger l'autre, la dire peut faire émerger un sentiment d'impuissance susceptible d'être une source de grande souffrance.

Parler de la mort avec un proche qui est en train de mourir peut être profondément apeurant.

Cela peut mettre en évidence un décalage notable entre les choix du patient et les souhaits que l'entourage a pour lui.

Les DA permettent de mettre en mots l'écart entre ces aspirations. L'incompréhension et la non-acceptation ont ainsi représentés des freins à la communication entre les personnes concernées.

Les bénéficiés

Les avantages liés aux DA sont observables auprès de tous.

Relation de confiance avec l'équipe et l'entourage: pour 18% des patients la réalisation des DA permet de développer un langage plus authentique et d'aller à l'essentiel. La relation de confiance avec les soignants et avec l'entourage, indispensable à la qualité du lien thérapeutique, est ainsi renforcée, et au plus juste avec les aspirations que le patient a pu préciser. Le projet de vie rend le projet de soins plus pertinent.

Le représentant thérapeutique s'engage à faire respecter les volontés telles qu'elles sont exprimées dans les DA. Pour la majorité, il s'agit d'un membre de la famille proche: enfant (4), conjoint (3), frère (1), nièce (1), gendre (2), rarement un professionnel, infirmière du domicile (1). Pour 3 situations, aucun représentant thérapeutique n'a pu être désigné.

Apaisement: 18% constatent un apaisement émotionnel global lié à leur situation de fin de vie, une fois qu'ils ont pu exprimer leurs attentes et être entendu dans l'expression de leurs valeurs et de leurs choix. L'anxiété, la peur que peut générer le silence à des questions pourtant sous-jacentes, sont atténuées aussi par des échanges plus conséquents et argumentés.

Expression des attentes: 28% des patients voient une garantie dans le fait de mentionner par écrit leurs choix, leurs souhaits, une protection en quelque sorte qui les conforte dans l'expression de leurs difficultés et les rassure sur leur soulagement à venir. Des possibilités sont entrevues, «il y aura encore des choses à faire», même si leur situation de santé s'aggrave.

Parole libérée: 28% ont souligné que les DA constituent un moyen d'aborder des sujets délicats et de pouvoir transmettre leurs volontés surtout auprès de personnes de leur entourage. Par ce support la parole s'est libérée dans le cercle où elle était souvent tue.

Rôle actif: Pour 15% des patients les DA confortent le partenariat quant aux décisions. Elles peuvent être un moyen utilisé à l'aboutissement du principe du consentement éclairé. Le patient est un interlocuteur responsable de sa santé, et au travers de cette rédaction, l'expression de son autonomie est valorisée.

2. Les soignants

15 infirmières, 7 aides-soignantes, 2 médecins ont répondu aux 6 questions ouvertes (taux de réponse: 100%).

Le rôle

Les niveaux d'implication dans la démarche varient selon les personnes et les fonctions.

Les infirmières sont majoritairement actives dans cette action, ce sont elles qui ont initié les projets. Ce sont elles également qui vont jusqu'à la rédaction avec le patient et l'entourage.

L'entretien:

Chaque DA a nécessité 3,2 entretiens en moyenne (1-4), d'une durée de 1h, soit un investissement de temps de 3 heures (5-1). Ceux-ci étaient menés par deux soignants le plus souvent: l'infirmière de l'unité avec l'infirmière de l'EMASP, ou encore l'infirmière de l'unité et le médecin.

Les aides-soignant(e)s sont présent(e)s pour l'observation et l'écoute des patients, leur rôle contribue à augmenter la qualité de l'information donnée. Les médecins adhèrent aux projets et soutiennent ces actions. S'ils sont peu présents dans l'action directe, leur rôle participe à l'adaptation du contenu des directives dans le contexte clinique du patient.

À l'initiation des projets, l'implication de l'EMASP permet de soutenir et former les infirmières des unités. Ce relais est rapidement pris par les infirmières des unités elles-mêmes, qui acquièrent à ce jour une autonomie pour transmettre ces connaissances dans leur équipe.

Les difficultés rencontrées

L'implication personnelle: 32%. Elle est liée à la communication sur des thèmes difficiles avec le patient, à l'approche de «la sphère intime du patient», à la difficulté de se situer dans l'échange, la crainte d'influencer le patient, enfin à l'énergie spécifique ajoutée aux autres actions de soins.

La mobilisation de compétences spécifiques: 25%. Les soignants nomment l'évaluation (dépression, ambivalence, capacité de discernement des patients) et la transmission fidèle des volontés du patient.

Faire émerger des sentiments et des émotions difficiles: 13%. Les soignants craignent de faire apparaître ou d'augmenter l'anxiété, voire l'angoisse, en parlant de la mort, ou encore en projetant le patient dans une situation difficile anticipée. Cette difficulté est influente sur leur propre ressenti lors des entretiens. Ces craintes mobilisent pour les soignants une énergie spécifique et unanimement ressentie.

Absence de «cadre»: pour 30%, le cadre de référence recouvre différentes difficultés d'ordres institutionnel et fonctionnel: l'aval institutionnel non explicite

pour cette action et dans ce rôle «le flou institutionnel», le manque de temps, la rédaction et enfin le mode de transmission des DA élaborées afin qu'elles soient respectées.

Les bénéfiques

Réflexion personnelle: 31% nomment l'augmentation de leurs compétences sur le non-jugement, l'acceptation de l'autonomie du patient. Ils sont amenés à réfléchir sur leur pratique, remettant en question des approches: «critique du paternalisme dans le rôle du corps médical».

Relation avec le patient: 19% évaluent une amélioration de la relation avec le patient. Celui-ci est plus en confiance et les échanges sont enrichis: «les attentes du patient sont clarifiées», «partenariat avec le patient».

Qualité des soins: 50% identifient une augmentation de la qualité des soins. Les sens humain et éthique sont aiguisés. L'expérience permet d'affiner le processus d'anticipation vers les attentes du patient: «l'adaptation progressive pour un contenu des DA lié au stade de réflexion du patient et/ou de la maladie». Enfin, la qualité de la communication interdisciplinaire est améliorée: «les DA sont un support dans l'argumentation en équipe interdisciplinaire», le projet de soins est précisé.

Les besoins

A la question sur leur vécu dans l'apprentissage des DA, les soignants mettent en avant les besoins qu'ils ont ressentis et les attentes qu'ils ont pour progresser dans leurs projets.

Le rôle: pour 24%, la validation des DA par l'institution serait une référence utile pour légitimer leurs actions et pour décrire des limites de rôle et de responsabilité selon les fonctions des acteurs de soins. Un cadre de référence pour la rédaction serait une ressource pour pallier aux difficultés de la mise en mots des volontés des patients.

Pour 8%, les difficultés liées aux craintes (cf. difficultés rencontrées) trouvent une aide dans les échanges et le soutien entre professionnels. Ce temps devrait être intégré pleinement, voire enrichi par une supervision.

La formation: pour 40% des soignants, si l'assurance augmente avec la pratique, l'expérience met en lumière des domaines de compétences et de connaissances à améliorer: la relation d'aide, les connaissances légales et éthiques notamment. La for-

mation est souhaitée en-dehors des temps de travail dans les soins.

Les aspects fonctionnels: pour 18% le temps nécessaire pour réaliser les DA est à considérer dans l'organisation des soins.

Conclusion

Une minorité des patients hospitalisés ont souhaité rédiger leurs directives anticipées. Par ailleurs, l'ensemble des patients présentaient une maladie avancée au moment de la rédaction de celles-ci. La rédaction des DA éveille des émotions pour le patient, l'entourage et les soignants. Elle implique l'expression autour de sujets «tabous», tels que: l'évolution de la maladie, la dépendance, la mort. Les difficultés ressenties par chacun des acteurs et les processus d'adaptation opérés favorisent la «rencontre» au niveau personnel. Les DA donnent un sens commun au projet d'accompagnement en Soins Palliatifs, basé sur l'autonomie du patient et l'intégration de l'entourage.

Pour l'avenir, les projets visent la diffusion de l'information aux patients, à leur entourage, la formation des soignants, mais aussi l'analyse de l'impact des directives anticipées dans la suite de la prise en charge des patients.

Bibliographie

- 1.** Olmari-Ebbing M, Zumbach CN., Forest MI, CH. Rapin . Les directives anticipées, vers un outil d'humanisation des soins. Rev Med Suisse Rom. 2000 ;120 :581-584
2. Loi K 1 80, 6 décembre 1987 ; art. 5.3. 1996. Genève.
- 3.* Fischer GS, Arnold RM, Tulsy JA. Talking to older adult about advance directive. Clin Geriatr Med. 2000; 16 : 239-253

Laurence Campana, Paulette Le Lous
 Pascal Bertineau, Monique Jaquiéry, Dominique Turcas
 Jacqueline Choulat, Francine Warmé

Direttive anticipate

(Riassunto)

Introduzione

«...Se domani non sono più in grado di prendere decisioni riguardanti le cure ed i trattamenti in caso di malattia o di infortunio, posso oggi esprimere le mie volontà stabilendo le mie direttive anticipate...»

Una informazione medico-infermieristica concernente le Direttive Anticipate (DA) ha permesso agli operatori sanitari del dipartimento di geriatria di disporre di uno strumento per il rispetto dell'autonomia del paziente quando questi non sia più in condizione di esprimersi e le sue volontà siano state redatte in anticipo.

In effetti, nel Cantone Ginevra, a partire dal 1987 la legge K 1 80 art.5 paragrafo 3 permette al malato di:

- partecipare alle decisioni mediche che lo riguardano al di là della sua capacità di espressione.
- prolungare nel tempo la possibilità di esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione per quello che concerne la sua salute fino alla morte ed il suo corpo dopo la morte.

L'autodeterminazione contribuisce alla garanzia del rispetto delle scelte del paziente nei quadri deontologico e legale che riguardano i curanti.

Due équipes di cure, in collaborazione con l'Equipe Mobile di Antalgia e Cure Palliative (EMASP), hanno sviluppato progetti complementari che hanno i seguenti scopi:

- per una équipe l'informazione sistematica dei curanti, per l'altra l'informazione sistematica dei pazienti.
- per entrambe le équipes il sostegno al paziente ed alla sua cerchia familiare per l'elaborazione delle DA quando se ne presenti la necessità.

Metodo

Nel corso del 2002, 15 pazienti affetti da malattia evolutiva in stadio avanzato hanno redatto le loro direttive anticipate nelle due unità di cure (su un totale di 320

ammissioni) in collaborazione con l'Equipe Mobile di Antalgia e Cure Palliative (EMASP). Sono stati registrati gli effetti benefici e le difficoltà riscontrate durante e dopo la redazione delle DA.

Nello stesso periodo, 24 questionari sono stati completati da operatori sanitari delle due unità interessate: 15 infermiere, 7 aiuti di cura, 2 medici.

Risultati e discussione

I vantaggi delle DA sono stati constatati in 15 pazienti (età media 73 anni, 11 donne, 4 uomini). Essi rafforzano il rapporto di fiducia con i curanti e la cerchia familiare, permettono libertà di parola e di espressione delle aspettative, ripristinando un ruolo attivo e di partenariato. Per contro, le DA mettono in evidenza le difficoltà della verbalizzazione nei temi affrontati e delle emozioni che suscitano.

Per i curanti, i vantaggi anzidetti si situano sul piano professionale ma anche su quello personale. Essi toccano la qualità del rapporto sia con il paziente che fra gli operatori stessi. In questo approccio le difficoltà variano a seconda della funzione e dell'esperienza dei singoli.

Conclusione

Solo una minoranza di pazienti ha desiderato scrivere le proprie direttive anticipate. Tutti peraltro erano affetti da malattia evolutiva in stadio avanzato. In queste situazioni rare, le DA hanno permesso di attribuire un significato comune al progetto di accompagnamento in cure palliative basato sull'autonomia del paziente e l'integrazione della cerchia familiare. Nell'avvenire, i progetti si prefiggono la diffusione dell'informazione dei pazienti, della loro cerchia familiare, la formazione dei curanti e l'analisi dell'impatto delle direttive anticipate nel prosieguo della presa a carico dei pazienti.

Si può accedere alla versione integrale di questo testo sotto www.med-pal.ch/periodici a partire dal 15 luglio.

Laurence Campana, Paulette Le Lous
Pascal Bertineau, Monique Jaquiéry, Dominique Turcas
Jacqueline Choulat, Francine Warmé

Patientenverfügungen

(Zusammenfassung)

Einleitung

«...Wenn ich morgen nicht mehr in der Lage bin, mich zu Pflege und Behandlungen im Falle von Krankheit oder Unfall zu äussern, so kann ich heute meinen Willen ausdrücken, indem ich meine Patientenverfügung erstelle...»

Eine pflegerisch-medizinische Informationsschrift zum Thema «Patientenverfügungen» erlaubt den Behandelnden der Geriatrieabteilung, die Autonomie des Patienten zu respektieren, auch wenn dieser sich nicht mehr ausdrücken kann, sein Wille aber zuvor aufgezeichnet wurde.

Im Kanton Genf erlaubt das Gesetz (K 1 80 Art. 5 al. 3) dem Patienten seit 1987

- sich an den medizinischen Entscheidungen, die ihn betreffen, zu beteiligen, und zwar unabhängig von seiner Ausdrucksfähigkeit;
- es gibt ihm die Möglichkeit, sein Recht auf Selbstbestimmung sowohl was seine Gesundheit bis zum Tod als auch was seinen Körper nach dem Tod betrifft, länger rechtsgültig auszuüben.

Im Rahmen der deontologischen und gesetzlichen Bestimmungen hilft die Patientenverfügung mit, den Respekt vor den Entscheidungen des Patienten, so weit sie die Behandelnden betreffen, sicherzustellen.

Zwei Pflgeteams haben in Zusammenarbeit mit der «Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs (EMASP)» zwei komplementäre Projekte entwickelt. Diese haben folgende Ziele:

- beim einen Team die systematische Information der Pflegenden, beim anderen die systematische Information der Patienten;
- bei beiden Teams, sobald dieses Bedürfnis erkannt wird, die Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Ausarbeitung der Patientenverfügung.

Methode

Im Jahre 2002 haben in den zwei Pflegeeinheiten 15 Patienten, die von einer fortschreitenden und weit

fortgeschrittenen Krankheit betroffen waren, in Zusammenarbeit mit der «Equipe Mobile Antalgie et de Soins Palliatifs (EMASP)» ihre Patientenverfügung abgefasst (gegenüber insgesamt 320 Zulassungen). Die positiven Auswirkungen und die Schwierigkeiten, die anlässlich der Verfassung der Patientenverfügung und danach beobachtet wurden, sind dokumentiert worden.

Innerhalb der gleichen Periode sind 24 offene Fragebögen von Fachleuten der zwei betreffenden Einheiten ausgefüllt worden: 15 Pflegefachfrauen, 7 Pflegehilfen, 2 Ärzte.

Resultate und Diskussion

Die Vorteile der Patientenverfügung sind bei den 15 Patienten zu beobachten (Durchschnittsalter 73 Jahre, 11 Frauen, 4 Männer). Sie verstärken die Vertrauensbeziehung zu den Pflegenden und zur Umgebung, ermutigen zu offenem Reden und erlauben es, Erwartungen auszudrücken, indem sie den Betreffenden eine aktive und partnerschaftliche Rolle zurückgeben. Andererseits machen die Patientenverfügungen auch Schwierigkeiten sichtbar. Sie betreffen das Verbalisieren der angesprochenen Themen und die dadurch hervorgerufenen Gefühle.

Für die Pflegenden liegen die genannten Vorteile sowohl auf der professionellen als auch auf der persönlichen Ebene. Die Schwierigkeiten variieren je nach Funktion und Erfahrung jedes einzelnen mit dieser Tätigkeit.

Schlussfolgerung

Nur eine Minderheit von Patienten hat gewünscht, ihre Patientenverfügung zu schreiben; sie waren übrigens alle von einer fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit betroffen. In diesen seltenen Situationen haben die Patientenverfügungen es erlaubt, eine gemeinsame Palliative Care-Betreuungsstrategie zu definieren, die auf der Selbstbestimmung des Patienten und der Integration der Umgebung basiert. Zukünftige Projekte betreffen die Information an die Patienten und ihre Umgebung, die Ausbildung der Pflegenden, aber auch die Analyse des Einflusses der Patientenverfügung auf die weitere Betreuung der Patienten.

Den vollständigen Text dieses Artikels finden Sie ab Mitte Juli unter www.med-pal.ch/Zeitschriften