

Pflegeschwerpunkte in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum

(mit den Folgeerkrankungen HIV/AIDS und Hepatitis)



Abschlussarbeit Höhere Fachausbildung Stufe 1
Schwerpunkt Palliative Care am SBK Bildungszentrum Zürich

Verfasserin : Dominique Elmer
Fachberaterin : Andrea Tschopp
Lernbegleiterin : Rena Motzer

Strengelbach, den 22. August 2007

Zusammenfassung

In meinem beruflichen Alltag pflege ich immer wieder Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum. Ihre Folgeerkrankungen HIV/AIDS und Hepatitis machen sie zu Palliative Care –Patienten.

Diese Abschlussarbeit widmet sich in einem ersten Teil der Theorie von Sucht und den palliativen Aspekten einer Sucht.

Die Folgeerkrankungen HIV/AIDS und Hepatitis werden kurz beschrieben und in Bezug zu Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum und Palliative Care gebracht.

In einem zweiten Teil werden die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum aus Literatur und Praxis erarbeitet und zusammengeführt.

Als Raster dienen „die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens“.

Danach werden die Erkenntnisse erläutert, welche sich in Bezug auf den theoretischen Rahmen ergeben haben, sowie auf die Fragestellung und die Zielsetzungen dieser Arbeit. Viele Pflegeschwerpunkte, welche im Pflegealltag wichtig sind, finden auch in der Palliative Care ihren Platz. Weiter ergeben sich Pflegeschwerpunkte, bei welchen sich Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum in der Palliative Care klar von anderen Palliative Care- Patienten unterscheiden. Diese Unterschiede werden in den Ergebnissen genauer zum Ausdruck gebracht.

Beispielsweise erscheint die Bezugspflege bei dieser Patientengruppe als sinnvoll.

Wichtigste Erkenntnis ist, dass dem Thema Berührung bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Im Schlussteil findet eine kritische Evaluation zu dieser Abschlussarbeit statt und es werden weiterführende Ideen geschildert. So wird beispielsweise die Idee angemerkt, aus dieser Arbeit eine Art Katalog fürs Team zu kreieren.

Das erworbene Wissen in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum soll vertieft und weiterentwickelt werden.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG

1. Begründung der Motivation der Themenwahl	1
2. Zielsetzung	1
3. Fragestellung	1
4. Thematische Eingrenzung	2
5. Adressaten	2
6. Aufbau der Arbeit	2
7. Methode	2

HAUPTTEIL

1. Sucht

1.1 Definitionen von Sucht, beziehungsweise Abhängigkeit	3
1.2 Begriffe, welche in Zusammenhang mit Abhängigkeit oft verwendet werden	3
1.3 Suchtverhalten	5

2. Palliative Aspekte in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum

2.1 Aus der Literatur	6
2.2 Definition und Grundprinzipien in der Palliative Care	7
2.3 Gedanken der Verfasserin zum Thema Palliative care bei Erwachsenen Mit illegalem Drogenkonsum	7

3. Folgeerkrankungen

3.1 HIV/AIDS	8
3.1.1 Eckdaten der Erkrankung HIV/AIDS	8
3.1.2 Verlauf der Erkrankung HIV/AIDS	9
3.1.3 Therapie	10
3.2 Hepatitis	10
3.2.1 Hepatitis B	11
3.2.2 Hepatitis C	11
3.2.3 Therapie	11

4. Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

4.1 Sich bewegen	12
4.1.1 Aus der Literatur	13
4.1.2 Praxiserfahrung	13
4.1.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	14
4.2 Wach sein und schlafen	
4.2.1 Aus der Literatur	14
4.2.2 Praxiserfahrung	15
4.2.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	15

4.3 Sich beschäftigen	
4.3.1 Aus der Literatur	16
4.3.2 Praxiserfahrung	16
4.3.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	17
4.4 Atmen	
4.4.1 Aus der Literatur	18
4.4.2 Praxiserfahrung	18
4.4.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	19
4.5 Körpertemperatur regulieren	
4.5.1 Aus der Literatur	20
4.5.2 Praxiserfahrung	20
4.5.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	20
4.6 Ausscheiden	
4.6.1 Aus der Literatur	21
4.6.2 Praxiserfahrung	22
4.6.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	23
4.7 Essen und trinken	
4.7.1 Aus der Literatur	24
4.7.2 Praxiserfahrung	25
4.7.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	26
4.8 Sich waschen und kleiden	
4.8.1 Aus der Literatur	27
4.8.2 Praxiserfahrung	28
4.8.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	29
4.9 Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	
4.9.1 Aus der Literatur	30
4.9.2 Praxiserfahrung	30
4.9.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	31
4.10 Für Sicherheit sorgen	
4.10.1 Aus der Literatur	31
4.10.2 Praxiserfahrung	33
4.10.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	33
4.11 Sinn finden	
4.11.1 Aus der Literatur	34
4.11.2 Praxiserfahrung	35
4.11.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	36
4.12. Kommunizieren	
4.12.1 Aus der Literatur	37
4.12.2 Praxiserfahrung	38
4.12.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen	39

5. Ergebnisse	40
5.1 Ergebnisse zum theoretischen Rahmen	40
5.2 Ergebnisse zu Fragestellung und Zielsetzung	45

SCHLUSSTEIL

1. Kritische Reflexion von Zielsetzung, Fragestellung, theoretischem Rahmen, der Ergebnisse und der Vorgehensweise der Arbeit	46
2. Konsequenzen für die Praxis	49
3. Eigene Gedanken zur Berufsrolle	50
4. Weiterführende Ideen und/oder Fragestellungen	50

Literaturverzeichnis	51
----------------------	----

Anhang A	55
----------	----

Anhang B	58
----------	----

Anhang C/ Glossar	59
-------------------	----

Ich danke ...	62
---------------	----

Einleitung

1. Begründung der Motivation und Themenwahl

Seit fünf Jahren arbeite ich in einem Universitätsspital auf einer Abteilung der Allgemeinen Inneren Medizin mit Spezialgebiet Infektiologie. Auf dieser Abteilung sind ab und zu Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum¹ wegen Infektionen und/oder Folgeerkrankungen ihrer Sucht hospitalisiert. Da die Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum für mich ein Grund war auf dieser Abteilung zu arbeiten, die Pflege mit ihnen herausfordernd und spannend ist, war für mich schnell klar, dass ich meine Abschlussarbeit über diese Patientengruppe schreiben möchte.

An meinem Arbeitsort konnte sich das Pflegeteam im Laufe der Jahre viel Fach- und Erfahrungswissen im Umgang mit dieser Patientengruppe aneignen. Oftmals kennen wir die Patienten von mehreren Hospitalisationen und begleiten sie schliesslich im Sterben.

Hier habe ich bemerkt, dass viele meiner Fragen bei der Pflegeanamnese und viele Massnahmen in der Pflegeplanung „aus dem Bauch heraus“ gestellt und geplant werden und meistens auf Erfahrungswissen basieren.

In dieser Abschlussarbeit will ich die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum welche eine Folgeerkrankung haben, mit Hilfe der Literatur erfassen, den Fokus auf die Palliative Care setzen und schliesslich mit meinem Erfahrungswissen verknüpfen.

2. Zielsetzung

- Erkennen der Pflegeschwerpunkte/Massnahmen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum und den Folgeerkrankungen HIV/AIDS und/oder Hepatitis in der Palliative Care
- Die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen sind in allen zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) erfasst

3. Fragestellung

Wo setze ich in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum und den Folgeerkrankungen HIV/AIDS und/oder Hepatitis die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen in den „zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens“?

¹ Sämtliche Personenbezeichnungen in dieser Arbeit gelten sinngemäss für Frauen und Männer

4. Thematische Eingrenzung

Einschlusskriterien

- Hospitalisierte Erwachsene mit illegalem, meist intravenösem Drogenkonsum, welche sich durch die Folgeerkrankungen HIV/AIDS und/oder Hepatitis in einem schlechten Allgemeinzustand befinden und stationär behandelt werden müssen
- Hospitalisierte Erwachsene, welche in einem Heroin- oder Methadonprogramm sind

Ausschlusskriterien

- Hospitalisierte Erwachsene, welche ausschliesslich unter einer Alkohol- und/oder Nikotinsucht leiden
- Hospitalisierte Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum, die einen Entzug machen

5. Adressaten

Die Arbeit soll Pflegefachpersonen ansprechen, welche sich für das Thema „Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum“ interessieren.

Weiter möchte ich meinen Kolleginnen im Team eine Arbeit zur Verfügung stellen, welche ihnen beim Erfassen und Planen von palliativen Situationen bei dieser Patientengruppe dienen kann.

6. Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil dieser Arbeit wird das Thema Sucht bearbeitet und ein kurzer Einblick in das Suchtverhalten gegeben. Es folgt der Aspekt der Palliative Care in Bezug auf Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum und den zwei häufigsten Folgeerkrankungen HIV/AIDS und Hepatitis. Die Folgeerkrankungen werden kurz beschrieben.

Im zweiten Teil wird die bearbeitete Literatur in die zwölf ATL's aufgeteilt, Erfahrungswissen aus der Pflegepraxis angefügt und die daraus resultierenden Pflegeschwerpunkte/Massnahmen erarbeitet.

8. Methode

Die Literaturrecherche erfolgt vorwiegend aus Büchern in deutscher Sprache und wenigen, im Internet gefundenen Artikeln und wird mit Erfahrungswissen gekoppelt. So soll einerseits gezeigt werden, wie die Literatur in der Praxis beobachtbar ist, andererseits soll das Erfahrungswissen mit der Literatur erweitert werden. Die Praxiserfahrung definiert die Erfahrungen der Verfasserin, welche während fünf Jahren gesammelt wurden.

Die Fremdwörter dieser Facharbeit werden in einem Glossar (Anhang C) erklärt.

Hauptteil

1. Sucht / Abhängigkeit

Die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) empfahl 1964 den Begriff „Sucht“ durch den Begriff „Abhängigkeit“ zu ersetzen (Rutten und Loth, 2002). In der Pflegepraxis wird nach wie vor meist von Sucht gesprochen.

1.1 Definitionen von Sucht, beziehungsweise Abhängigkeit

Vieten und Schramm (2001, S. 439) definieren Sucht wie folgt:

„Unbeherrschbares Verlangen eines Menschen, sich eine bestimmte Substanz immer wieder zuzuführen oder eine bestimmte Tätigkeit immer wieder auszuführen, obwohl er sich oder anderen dadurch schadet.“

Diese Arbeit bezieht sich auf die Sucht nach Substanzen, welche vorwiegend intravenös konsumiert werden. Es geht um illegale Drogen, das heisst der Besitz, Gebrauch und Handel ist strafbar.

Im „Leitfaden zum Umgang mit hospitalisierten Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum“ vom Inselspital Bern (2005) werden die Symptome einer Sucht gemäss „Diagnostischem und statistischem Manual psychischer Störungen“(DSM-V) der WHO und der „International classification of Disease and Related Health Problems“ (ICD-10) wie folgt aufgezeigt:

- Der unwiderstehliche Drang die Substanz einzunehmen
- Verminderte Kontrollfähigkeit über Zeit und Menge des Konsums
- Toleranzentwicklung, welche zu höheren Dosiseinnahmen führt
- Zeit und Aufmerksamkeit gelten der Substanzbeschaffung
- Entzugssymptome
- Trotz schädlicher Folgen wird die Droge weiter konsumiert

1.2 Begriffe, welche in Zusammenhang mit Abhängigkeit oft verwendet werden

Polytoxikomanie

„Polytoxikomanie ist die veraltete Bezeichnung für Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen“ (Pschyrembel, 1994, Seite 1228). Laut Rutten und Loth (2002) geht es bei der Polytoxikomanie um die Wirkung der kombinierten Substanzen, oder darum, die Nebenwirkungen der einen Substanz mit der anderen zu überdecken. Eine kurze Übersicht der gebräuchlichsten Drogen und deren Wirkungen befindet sich in Anhang A.

Doppeldiagnosen

Vieten und Schramm (2001) beschreiben, dass Abhängige neben ihrer Drogensucht oftmals unter einer exogenen Psychose leiden. Besson (2005) beschreibt weiter, dass psychiatrische Störungen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum oft unterschätzt werden und schwer erfassbar sind. Vielmals ist schwer nachvollziehbar, ob die Sucht die psychische Störung ausgelöst hat, oder umgekehrt.

Toleranz

Vieten und Schramm (2001) beschreiben Toleranz als Gewöhnung des Körpers an die Droge. Um die gleiche Wirkung zu erzielen, braucht der Körper immer höhere Dosierungen. Ein langjährig Heroinabhängiger kann beispielsweise eine für einen „Einsteiger“ tödliche Menge der Droge zu sich nehmen.

Nach Rutten und Loth (2002) schafft der Körper die Gewöhnung durch drei Vorgänge:

1. Er verringert die Produktion von körpereigenen Substanzen, welche der Droge gleichen
2. Der Körper erhöht die Produktion der Enzyme, welche er braucht, um die Substanz abzubauen
3. Er fördert die Ausscheidung der Droge

Will der Abhängige den Drogenkonsum beenden, kommt es aus diesen Gründen zu körperlichen Entzugssymptomen.

Craving

Rutten und Loth (2002) verstehen unter Craving ein Symptom, welches die seelische Abhängigkeit beschreibt. Craving zeigt sich in der Gier nach der Droge.

Die Droge vermittelt dem Abhängigen zu Beginn ein Glücksgefühl, welches ihn gelöst macht und aus seiner Depression zieht. Auf längere Sicht gesehen, führt der Drogenkonsum aber immer mehr zu Problemen und das Glücksgefühl schwindet. Die Droge wird genommen, um die Probleme zu vergessen (Rutten und Loth, 2002).

1.3 Suchtverhalten

Gemäss Rutten und Loth (2002) verteilt sich das Suchtverhalten typischerweise immer mehr auf die verschiedenen Bereiche des Lebens. Liegt eine chronische Abhängigkeit vor, richten sich alle Aktivitäten darauf aus, die Substanz zu beschaffen und zu konsumieren.

Laut Linde et al. (2002) zeichnet sich das Suchtverhalten durch verschiedene Charaktere aus, welche sich bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum mal mehr und mal weniger zeigen. Unter anderem sind dies:

Leugnen

Abhängige Menschen leugnen oftmals ihre Sucht, spielen sie herunter oder sie geben anderen die Schuld für ihre Situation.

Projektion und Rationalisierung

Der Abhängige leugnet inakzeptables Verhalten und projiziert es auf andere.

Magisches Denken

Der Abhängige erklärt seine Sucht auf irrationale Weise. Er ist oft der einzige, der an seine Idee glaubt. Es ist beispielsweise der Abhängige, der glaubt, nach kurzer Therapie die Sucht besiegt zu haben.

Drop-out

Der Abhängige bricht die Behandlung ab, weil er das Craving grösser einstuft, als den Erfolg der Behandlung.

2. Palliative Aspekte in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum

2.1 Aus der Literatur

Berthel (2007) beschreibt, dass die verschiedenen Substitutionsprogramme von Methadon, Heroin und anderen Drogen, die kontrollierten „Fixerstübli“, die Abgabe von sauberen Spritzen und die Überlebenshilfe im Bereich der Suchthilfe, Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum überleben und älter werden lassen. Sie leiden an komplexen, chronischen Problemen, verfügen aber über wenige soziale Ressourcen. Viele von ihnen müssen laut Eidgenössischer Kommission für Drogenfragen (EKDF, 2006) als chronisch Abhängige betrachtet werden, weil es ihnen trotz mehrmaligen Entzugsversuchen nicht gelungen ist, sich von ihrer Sucht zu befreien. Das Ziel der Abstinenz tritt in den Hintergrund und wird durch eine eventuell lebenslange Substitution ersetzt.

In ca. zehn Jahren wird ein Altersproblem in der Suchthilfe erwartet, da spezifische Hilfsangebote in diesem Bereich fehlen (EKDF, 2006).

Laut Loth et al. (2002) wird die Gesundheit von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum durch Folgeerkrankungen wie HIV/AIDS und Hepatitis langsam schlechter und der Bedarf an professioneller Hilfe steigt.

Die Praxiserfahrung deckt sich mit den Äusserungen der Literatur. In den letzten Jahren war zu beobachten, dass vermehrt Pflegeheimplätze für Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum gesucht wurden, was sich als nicht einfach zeigte. Langzeitinstitutionen fühlen sich unsicher im Umgang mit dieser Patientengruppe, oder haben ein Mindestalter bei Eintritt. Die Folgeerkrankungen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum führen dazu, dass sie häufiger hospitalisiert werden müssen und nicht selten im Spital sterben. Für die Verfasserin ist aus diesen Gründen Palliative Care bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ein wichtiges Thema.

2.2 Definition und Grundprinzipien der Palliative Care

Die Definition von Palliative Care der WHO (2002) lautet:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, und zwar durch Prävention und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen sowie durch exzellentes Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.“ (WHO, 2002 in Knipping, 2006, S. 33)

Aus Unterrichtsunterlagen von Tschopp (2006) lassen sich folgende Grundprinzipien als zentrale Aspekte der Behandlung und Betreuung in der Palliative Care zusammenfassen:

- Die Lebensqualität des Patienten steht im Mittelpunkt
- Der Wille des Patienten, beziehungsweise sein mutmasslicher Wille ist Entscheidungsgrundlage und wird in alle Entschlüsse miteinbezogen
- Der Ort der Behandlung entscheidet über die Form der Behandlung
- Das Prinzip des Nicht Schadens wird berücksichtigt
- Schmerz- und Symptomkontrolle orientiert sich am Leidensdruck des Patienten
- Das behandelnde Team übernimmt eine Beraterfunktion, nicht eine Entscheidungsfunktion.

Im Kapitel 2.3 macht sich die Verfasserin Gedanken zur Definition und verknüpft sie mit dem Thema Palliative Care bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum.

2.3 Gedanken der Verfasserin zum Thema Palliative Care bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum

Aus Sicht der Verfasserin werden Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum durch Folgeerkrankungen wie HIV/AIDS und Hepatitis zu Palliative Care– Patienten. Mit der schweizerischen Drogenpolitik (siehe Anhang B) kann die Lebensqualität von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum klar verbessert werden und lebensbedrohliche Symptome können besser erfasst, gelindert und behandelt werden.

Im Sinne der Grundprinzipien und der Definition von Palliative Care ist es nicht immer einfach, die Sicht der Lebensqualität von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum zu verstehen und sie darin zu unterstützen. Oftmals sind ihre Wünsche und Bedürfnisse von ihrer Sucht geprägt. Diese bleibt bis zum Schluss allgegenwärtig und beeinflusst wiederum die Folgeerkrankungen, die sozialen und pflegerischen Möglichkeiten.

Aus Sicht der Verfasserin wird in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum viel Verständnis, Empathie, Respekt und Einfühlungsvermögen gefordert. Mit Hilfe der Broschüre „Ethik in der Pflegepraxis“ des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, 2005) hat sich die Verfasserin Gedanken zu den für sie wichtigsten ethischen Prinzipien in Zusammenhang mit dieser Patientengruppe gemacht.

- **Priorität hat die Autonomie.** Trotz der Sucht ist ein Mensch autonom. Das heisst, er ist für sein Tun verantwortlich und trägt die Konsequenzen für sein Handeln.
- **Gerechtigkeit:** Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum werden oft stigmatisiert und gemieden. Das Recht auf Behandlung kann hier ein Thema sein.
- **Das Gleichgewicht von „Gutes tun“ und „nicht schaden“ finden.** Der Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum schadet sich mit seiner Droge immer wieder aufs Neue und macht Therapien oftmals schwierig.

Zur Vervollständigung und zum besseren Verständnis werden in den beiden folgenden Kapiteln die Folgeerkrankungen HIV und Hepatitis kurz beschrieben.

3.Folgeerkrankungen

3.1 HIV/AIDS

In diesem Kapitel wird von einem Grundwissen über den Übertragungsweg und den Schutz vor HIV ausgegangen. Als vertiefende Lektüre zu diesem Themenbereich weist die Verfasserin auf das Nachschlagewerk der AIDS Hilfe Schweiz (2006) hin.

Die Kapitel 3.1.1 bis 3.1.3 entstammen diesem Nachschlagewerk.

3.1.1 Eckdaten der Erkrankung HIV/AIDS

1981 erkrankten in den USA mehrere homosexuelle Männer an seltenen Erkrankungen wie dem Karposi-Sarkom und der Pneumocystitis-carinii-Pneumonie.

Es wurde erkannt, dass es sich um ein neues Krankheitssyndrom handelte, welches heute AIDS genannt wird.

AIDS = **A**cquired **I**mmunodeficiency **S**yndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)

1983 entdeckte der Franzose Luc Montagnier das krankheitsauslösende Virus:

HIV = **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus.

Unter den HI-Viren gibt es verschiedene Typen und Subtypen, welche sich durch verschiedene Eigenschaften unterscheiden.

Bedingung für die Krankheit AIDS ist die Infektion mit dem HI-Virus, welches durch Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen wird.

Bei Patienten mit HIV wird mittels Blutprobe der CD4-Wert bestimmt. Die CD-4-Zellen sind die Helferzellen des Immunsystems, welche das HIV als Wirtszelle zur Vermehrung nutzt. Je tiefer der CD4-Wert ist, desto mehr hat sich das HIV im Körper ausgebreitet (Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz, 2006).

3.1.2 Verlauf der Erkrankung HIV/AIDS

Die Erkrankung verläuft in Phasen. Von der Ansteckung mit dem HI-Virus bis zum Vollbild AIDS.

Seit dem 1. Juli 1993 wird in der Schweiz der Krankheitsverlauf in Kategorien beschrieben, welche von den US-amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ eingeführt wurden.

Es werden zwei verschiedene Kategorien unterschieden:

A : HIV- Infektion ohne Beschwerden

B : Erkrankungen, welche auf eine Störung des Immunsystems hinweisen

C : AIDS

1 : 500 oder mehr CD4-Zellen pro Mikroliter Blut

2 : zwischen 200 und 499 CD4-Zellen pro Mikroliter Blut

3 : weniger als 200 CD4-Zellen pro Mikroliter Blut

Hat ein Patient das Stadium C3 erreicht, bleibt er in diesem, auch wenn die CD-4 Zellen aufgrund einer Antiretroviralen Therapie (ART, siehe 3.1.3) wieder steigen und die AIDS-definierte Erkrankung abklingt. Die Einteilung zeigt, wie weit die Immunschwäche fortgeschritten ist oder war (Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz, 2006).

Bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum können AIDS-definierte Krankheiten Grund für eine Hospitalisation sein. Im Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz (2006) wird diese wie folgt beschreiben: Erreger, welche für gesunde Menschen harmlos sind, nisten sich im immungeschwächten Körper ein und führen zu opportunistischen Erkrankungen, oder sogenannten AIDS-definierte Krankheiten. Dies sind Erkrankungen wie: Pneumocystitis-carinii-Pneumonie, wiederkehrende bakterielle Pneumonien, Karposi-sarkom, Toxoplasmose des Gehirns oder Mykobakterieninfektion, wie beispielsweise der Tuberkulose und mehr.

3.1.3 Therapie

Bis heute gibt es keine Heilung der HIV-Infektion. Durch die ART, welche seit 1996 besteht, kann der Verlauf hinausgezögert werden. Die ART bewirkt eine Hemmung der Virusvermehrung und damit eine Verbesserung der Abwehrkraft des Immunsystems.

Die Einnahme einer ART setzt eine hohe Adherence des Patienten voraus. Sie muss regelmässig, das heisst täglich ein- bis zwei Mal, zur immer gleichen Zeit eingenommen werden.

Nebenwirkungen der ART können zum Abbruch der Therapie führen. Nebenwirkungen können Stoffwechselstörungen (meist Hyperlipidämie), Störung der Leberfunktion, Schädigung von Nervenzellen (führt oft zu Neuropathie), Müdigkeit und mehr sein (Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz, 2006).

Die Praxiserfahrung zeigt, dass zu Beginn der Therapie viele Patienten an Übelkeit oder Durchfall leiden.

Gewisse Antibiotika können zur Vorbeugung einzelner opportunistischer Erkrankungen regelmässig eingenommen werden (Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz, 2006).

3.2 Hepatitis

Hepatitis ist eine Infektionskrankheit und führt zu einer Entzündung der Leber. Verursacht wird sie meist durch Viren, bestimmte Medikamente, Chemikalien oder Alkohol (Loth et al., 2002).

Gemäss Haltmayer (2007) ist Hepatitis die häufigste Begleiterkrankung bei intravenösen Drogenkonsumenten. Bei Hepatitis B besteht eine Häufigkeit von 48-59 %, bei Hepatitis C bis zu 80,3 %.

Es gibt mehrere Formen der Hepatitis. Bekannt sind die Formen A,B,C,D,E,F und G. Da in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum Hepatitis B und C im Vordergrund stehen, werden in den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 nur diese beiden Formen erwähnt.

3.2.1 Hepatitis B

Laut Haltmayer (2007) erfolgt die Übertragung des Hepatitis B-Virus parenteral, durch Kontakt mit Blut oder durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Hepatitis B stellt weltweit die häufigste Ursache für Leberzirrhose oder das Leberkarzinom dar. Hepatitis B hat einen akuten, sowie einen chronischen Verlauf.

In der akuten Phase finden sich Symptome wie Ikterus, leichtes Fieber, eventuell Schmerzen im Oberbauch, Übelkeit, sowie Muskel- und Gelenkschmerzen.

95 % der akuten Hepatitis B heilen innerhalb von sechs Monaten spontan ab. Nur 5% gehen in den chronischen Verlauf der Erkrankung über.

3.2.2 Hepatitis C

Die Übertragung des Hepatitis C-Virus erfolgt laut Haltmayer (2007) ebenfalls parenteral. Der intravenöse Drogenkonsum ist Hauptübertragungsweg der Hepatitis C. Eine Ansteckung durch sexuellen Kontakt ist geringer als bei Hepatitis B.

Die Symptome sind der Hepatitis B ähnlich.

In 15-50 % der Fälle heilt die Infektion ab. Geschieht dies innerhalb sechs Monaten nicht, spricht man von einer chronischen Hepatitis C.

Innerhalb 20-30 Jahren entwickelt sich in 2-20 % eine Leberzirrhose, bei 4-15 % ein Leberkarzinom. Das Risiko eines schnelleren Verlaufs der Erkrankung ist durch höheres Alter zum Zeitpunkt der Ansteckung, männliches Geschlecht, Übergewicht und Alkoholkonsum gegeben (Haltmayer, 2007).

3.2.3 Therapie

Laut Haltmayer (2007) ist eine Behandlung mit Interferon bei Hepatitis B und C ratsam. Interferon hemmt die Virusvermehrung im Körper und wird subcutan verabreicht.

Eine Impfung als Prophylaxe einer Hepatitis B existiert und ist bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum dringend ratsam.

Eine Impfung gegen Hepatitis C ist nicht bekannt.

4. Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

Die Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ist komplex. Daher ist es wichtig, Pflegeschwerpunkte früh zu erfassen, um Massnahmen einleiten zu können.

Im zweiten Teil werden diese Pflegeschwerpunkte und Massnahmen aus der Literatur herausgearbeitet. Als Raster dienen die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) sind: „Zwölf Elemente im Pflegemodell nach L. Juchli, das Ganzheitlichkeit strukturiert erfassen und den Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses eine Orientierungs- und Handlungshilfe gewähren soll“ (Pflege Heute, 2004, S. 136).

Die zwölf Elemente oder ATL sind:

- **Sich bewegen**
- **Wach sein und schlafen**
- **Sich beschäftigen**
- **Atmen**
- **Körpertemperatur regulieren**
- **Ausscheiden**
- **Essen und trinken**
- **Sich waschen und kleiden**
- **Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten**
- **Für Sicherheit sorgen**
- **Sinn finden**
- **Kommunizieren**

Es muss erwähnt werden, dass nur wenig Literatur zu pflegerischen Massnahmen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum gefunden wurde. Dies gilt auch für die Folgeerkrankung Hepatitis. HIV/AIDS wird hingegen in der Pflegeliteratur öfter erwähnt, jedoch wenig in Bezug zu Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum. Die Pflegepraxis zeigt, dass dort aufgeführte Massnahmen in die Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum übernommen werden können.

4.1 Sich bewegen

4.1.1 Aus der Literatur

In Zusammenhang mit HIV/AIDS schreiben Wierz und Kuhlenkamp (1997) zu Bewegung folgendes:

- Im Verlauf einer HIV-Erkrankung kann es immer wieder zu den Symptomen allgemeiner Schwäche kommen und körperliche Belastungen werden zu grossen Anstrengungen. Eine Erschöpfung tritt rasch ein und ist oft der erste Schritt in die Isolation. Grund für die Erschöpfung kann eine Depression sein
- Immobilität kann durch verordnete Bettruhe auftreten. Diese soll eine Überlastung des Patienten vermeiden
- Schmerzen führen zu Schonhaltungen, welche Bewegungseinschränkungen fördern
- Bei der Toxoplasmose kann es zu Ataxie, Paresen und Hemiplegien kommen, welche zu Gangunsicherheit führen
- Bei neurologischen Erkrankungen als Folge von HIV/AIDS oder als Nebenwirkung der ART kann es zu Polyneuropathie kommen. Mehrere oder alle peripheren Nerven erkranken und führen zu Sensibilitätsstörungen, Ausfallserscheinungen und Schmerzen
- Die Bewegungseinschränkung, kombiniert mit dem oftmals schlechten Ernährungszustand, sowie der Kachexie erhöht die Dekubitusgefahr

4.1.2 Praxiserfahrung

Die Praxis zeigt, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum aufgrund von Schwäche oder einer Überdosierung stürzen und oftmals lange liegen, bevor sie gefunden werden. Dies führt unter anderem zu Wunden und Infektionen.

Offene Wunden, zum Beispiel durch Abszesse, führen zu starken Schmerzen und immobilisieren den Patienten so stark, dass dies Grund für eine Hospitalisation sein kann.

Depression wird im Alltag nur bedingt erlebt. Es scheint, dass viele Äusserungen die zu einer Depression passen würden, bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ihrer Sucht zugeschrieben werden und weniger einer Depression als Folge von HIV/AIDS oder einer psychischen Erkrankung.

Verordnete Bettruhe gestaltet sich bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum meist schwierig. Die Erfahrung zeigt, dass diese selten bis nie eingehalten werden kann.

4.1.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Äusserungen bezüglich Schwäche ernst nehmen, erfassen und nicht als Lustlosigkeit des Patienten interpretieren
- Bei Bettruhe einen Mittelweg finden, welcher für den Patienten realisierbar ist und das interdisziplinäre Team verantworten kann
- Schmerzen erfassen, ernst nehmen und behandeln (-> siehe 4.10)
- Auf Gangunsicherheiten achten, allenfalls abklären und wenn nötig Hilfsmittel zur Verfügung stellen
- In einer terminalen Phase oder wenn der Patient bettlägerig ist, regelmässiges Lagern, nach Wohlbefinden des Patienten

4.2 Wach sein und schlafen

4.2.1 Aus der Literatur

Zwei Symptome dieser ATL konnten in der Literatur gefunden werden:

Die Störung des Wach-/Schlaf-Rythmus

Seidenberg und Honegger (1998) beschreiben, dass es opioidbedingt und vor allem bei regelmässigem Konsum von Methadon zu Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen kommen kann.

Ewers und Weicht (1995) beschreiben in einem Phasenmodell zu den Bedürfnissen von Drogengebern mit HIV/AIDS, dass nach der ersten Phase der Suchtbefriedigung, in der zweiten Phase ein Bedürfnis nach Ruhe in den Vordergrund tritt. Der Beschaffungsdruck schwindet und es kommt zu einem vorübergehenden Erschöpfungszustand.

Neuenschwander et al. (2006) betonen, dass bei Schlafstörungen Schmerzen, Depression oder hirnorganische Störungen als Ursache auszuschliessen sind. Laut Wierz und Kuhlenkamp (1997) sollen bei Patienten mit HIV/AIDS auch Fieber, Angst bezüglich Diagnose und Zukunft, Husten, Gedankenkreisen, oder hirnorganische Prozesse als Ursache von Schlafstörungen abgeklärt werden.

Fatigue/ Müdigkeit

Neuenschwander et al. (2006) beschreiben, dass Menschen mit HIV Fatigue als überwältigende Müdigkeit erleben, welche durch Schlaf und Ruhe nicht besser wird.

Meist gibt es keine Erklärung für Fatigue, wobei andere Ursachen wie Depressionen Infekte oder eine Anämie ausgeschlossen werden sollten.

Laut Neuenschwander et al. (2006) hat sich ein auf die Aktivitäten angepasster Rhythmus mit Ruhepausen als hilfreich erwiesen.

Gemäss Herkommer (2000) kann es als Nebenwirkungen der ART ein Gefühl von Abgeschlagenheit geben.

4.2.2 Praxiserfahrung

Es zeigt sich, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum in den ersten Tagen müde und schläfrig sind. Sie sind nur kurz weckbar und eine Pflegeanamnese oder das Besprechen des Tagesablaufes ist kaum möglich. Sie stehen nur zum Toilettengang oder für eine Zigarette auf. Ihr Körper holt Schlaf nach.

Nachts sind sie oft im Raucherraum anzutreffen, oder sie liegen im Bett und schauen bis tief in die Nacht Television (TV), was zu Spannungen mit Zimmernachbarn führen kann.

Dies erschwert es, tagsüber Aktivitäten durchzuführen, weil der Patient dann schlafen möchte und nicht selten gereizt reagiert.

4.2.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Schlafgewohnheiten erfassen und Möglichkeiten suchen, um diese berücksichtigen zu können
- Ursachen der Schlafstörungen eruieren, wenn der Patient dies als störend empfindet
- Dem Patienten in den ersten Tagen Ruhe gönnen
- Die „Nachtaktivität“ soweit möglich tolerieren, jedoch klare Abmachungen bezüglich TV, Lautstärke und Tagesablauf treffen
- Das Thema Fatigue mit dem Patienten besprechen, ein Energiemanagement erstellen und Angehörige für das Thema sensibilisieren

4.3 Sich beschäftigen

4.3.1 Aus der Literatur

Ewers und Weicht (1995) schreiben, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum „Schwerstarbeiter ohne geregelte Freizeit“ sind. Der ständige Beschaffungsdruck nimmt viel Zeit in Anspruch. Ist ein Erwachsener mit illegalem Drogenkonsum dann in einem Substitutionsprogramm, nimmt der Stress ab und es entsteht viel freie Zeit für andere Aktivitäten. Mit dieser Zeit können aber die wenigsten umgehen und so sieht man sie oft gelangweilt dasitzen, sie sind schwer motivierbar und finden sich dann in passiven Beschäftigungen ein, wie zum Beispiel TV schauen oder Musik hören.

Gemäss Ewers und Weicht (1995) haben Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum Mühe, sich aus ihrem regelfreien Leben in ein geregeltes Spitalleben einzufügen, was sich durch aggressives Verhalten äussern kann.

Ewers (1995) ist der Meinung, dass in der Infrastruktur der Spitalabteilung, ein Raucherraum, Fernseher und Radiogerät zur Verfügung stehen sollten.

In einer von Rezny und Haller durchgeführten, aber unveröffentlichten Studie (2006) unter dem Titel „Wenn ich mal älter werde.....Sichtweise älterer Langzeitsubstituierter auf ihre Wohnsituation im Alter“ antworteten sieben von 35 Personen auf Nachfrage nach Hobbys mit malen/basteln. Jeweils drei Personen nannten als Hobby Hund, Lesen und/oder Rätselspielen.

In Zusammenhang mit der Diagnose HIV/AIDS beschreiben Wierz und Kuhlenkamp (1997), dass der körperliche Abbau und die psychische Grundsituation dem Patienten in seiner Freizeitgestaltung Grenzen setzen können.

4.3.2 Praxiserfahrung

Die meisten Aussagen aus der Literatur zeigen sich auch in der Praxiserfahrung.

Viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum werden eher in einer passiven Rolle erlebt. Oft sind sie vor dem TV anzutreffen oder diskutieren mit Mitpatienten im Raucherraum.

Wenn sie basteln oder malen entsteht oftmals sehr interessante Kunst.

Viele äussern, dass ihr Hund „der einzig wahre und ehrliche Freund“ ist.

Äussert ein Erwachsener mit illegalem Drogenkonsum Entzugsmotivation, sollte dies ernst genommen werden und an den Sozialdienst verwiesen werden. Dieser kann dem Patienten geeignete Informationen geben und bei der Organisation helfen.

Im palliativen Kontext kann es von Vorteil sein, wenn der Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum bei Spitalaustritt an ein Substitutionsprogramm angegliedert ist. Einer Obdachlosigkeit kann so besser entgegen gewirkt werden.

4.3.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- In der Pflegeanamnese Freizeitaktivitäten und die Kreativität erfassen
- TV, Radio und Rauchen als ihre Freizeitaktivität erkennen. Dem Patienten zeigen, wo sich entsprechende Räume dafür befinden
- Bastelmaterial zur Verfügung stellen
- Bezugspersonenpflege. Die Kunst kann Zugang zum Patienten sein
- Den Patienten bei Entzugsmotivation unterstützen, dies aber nicht als gegebenes Ziel des Spitalaufenthaltes ansehen
- In Anbetracht der höher werdenden Abhängigkeit und der Obdachlosigkeit, eine Eingliederung in ein Substitutionsprogramm fördern
- Bei langem Spitalaufenthalt oder einer terminalen Phase ermöglichen, dass der Patient sein Haustier sehen kann, falls er dies möchte

4.4 Atmen

4.4.1 Aus der Literatur

Laut Seidenberg und Honegger (1998) erkranken Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum häufiger an Infektionen der Atemwege. Gründe dafür können die lokale Wirkung des Rauchens, die Wirkung der eingenommenen Droge (zum Beispiel die Hustendämpfung durch Heroin), das Einschleusen von Erregern durch unhygienische Handlungen bei der Injektion, geschwächtes Immunsystem durch Folgeerkrankungen oder eine chronische Bronchitis sein.

Wierz und Kuhlenkamp (1997) beschreiben die häufigsten Atemprobleme in Zusammenhang mit HIV/AIDS: Tachypnoe, Dyspnoe, Schonatmung und Husten.

Als pflegerische Massnahmen raten sie:

- Oberkörperhochlagerung und Druckentlastung der Atemfläche
- Atemtherapie, um Fehlataemungen zu beheben
- Aromaöle
- Vibrationsmassage, um Sekrete besser abhusten zu können
- Inhalationen
- Einreibungen
- Absaugen
- Sauerstofftherapie

4.4.2 Praxiserfahrung

Die Praxiserfahrung bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum zeigt in dieser ATL, dass die Behandlung nicht immer „nach Schule“ verläuft. Beispielsweise kann beobachtet werden, dass der Patient nach dem Inhalieren und auch mit einer schweren Pneumonie im Raucherraum anzutreffen ist.

Gute Erfahrungen bei Atemnot können in der Pflegepraxis mit der Atemstimulierenden Einreibung beobachtet werden. Diese pflegerische Massnahme ist jedoch nicht bei allen geeignet, da Berührung und Nähe zugelassen werden muss.

Bei Patienten mit Hepatitis kann Aszites die Atmung beeinflussen oder gar erschweren. Es wurde beobachtet, dass eine durchgeführte Punktion Linderung bringen kann. Im palliativen Kontext wird die Angst zu ersticken als grösste Angst wahrgenommen.

In der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum zeigt sich, dass bei Behandlungen mit Morphin oder Dormicum höhere Dosen erforderlich sind.

Die Praxiserfahrung zeigt, dass das Absaugen von Sekreten nicht immer Linderung bringt. Vielfach ist es eine unnötige Qual für den Patienten und fördert eine zusätzlich Sekretbildung. Vor allem in der terminalen Phase, wo es zum so genannten „Todesrasseln“ kommen kann, bringt das Absaugen wenig bis keinen Erfolg. Es zeigt sich als sinnvoll und wichtig, Angehörige dahingehend zu informieren.

In der Praxis ist beobachtbar, dass eine Sauerstoffgabe subjektiv gegen Dyspnoe wirkt. Es scheint, dass Sauerstoffmasken als beengend erlebt werden und die Atemnot teilweise sogar erhöhen.

4.4.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Genaues Erfassen der Atmung und der Atemnot -> Ängste als Ursache einbeziehen
- Bei Gabe von Morphin oder Dormicum auf Toleranzbildung achten und gegebenenfalls eine Dosiserhöhung verordnen lassen
- Atemstimulierende Einreibung anbieten
- Auf Schmerzen bei der Atmung achten und gegebenenfalls Schmerzreserve einsetzen
- Pro und contra des Absaugens genau abwägen. Die Angehörigen sollten einbezogen und informiert werden
- Sauerstoffgabe wenn nötig und wenn es dem Patienten gegen Dyspnoe hilft. Bei Sauerstoffgabe via Maske, den Patienten auf Angst hin beobachten

4.5 Körpertemperatur regulieren

4.5.1 Aus der Literatur

Laut Pelet et al. (2005) führen Virusinfektionen, Endokarditis, Entzug von Opiaten, Schüttelfrost (durch gestreckte Drogen), Zahnabszesse oder Tuberkulose bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum zu Fieber.

Wierz und Kuhlenkamp (1997) schlagen einige pflegerische Massnahmen vor, welche bei Fieber helfen können, so zum Beispiel:

- Wärmezufuhr mit Decken oder Wärmflasche bei Schüttelfrost
- Fiebersenkung durch Schwitzen. Den Patient danach erfrischen und seine Bettwäsche wechseln
- Kühle Wadenwickel
- Eisbeutel in der Leistengegend, wenn der Patient dies schätzt
- Auf Flüssigkeitszufuhr achten
- Lagerung nach Wohlbefinden
- Medikamentöse Unterstützung nach Verordnung

4.5.2 Praxiserfahrung

Die Praxis zeigt Hospitalisationen aufgrund von unklarem Fieber. Nicht selten ist eine Endokarditis Grund für das Fieber und mündet in eine langwierige Antibiotikatherapie. Für den Patienten ist diese Zeit schwer auszuhalten, da die Sucht und sein üblicher Lebensrythmus eine lange Hospitalisation erschweren.

Entzug von Opiaten als Auslöser von Fieber wird erfahrungsgemäss wenig bis keine Beachtung geschenkt.

Die Pflegepraxis zeigt gute Erfahrungen mit der Fieberwäsche, welche durch die Kombination der ätherischen Öle Lavendel, Bergamotte und Krauseminze erfolgt.

4.5.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Interdisziplinär eine Abklärung der Ursache des Fiebers vornehmen, wenn der Patient das Fieber als störend betrachtet
- Nachfrage über den letzten Konsum des Patienten, um einen eventuellen Entzug oder gestreckte Drogen zu erkennen
- Mögliche Massnahmen wie Wärmezufuhr oder Fieberwäsche etc. anbieten
- Auf Flüssigkeitszufuhr achten. Mag der Patient nicht mehr trinken, soll dies akzeptiert werden. Wenn gewünscht, kann eine Infusion die Flüssigkeit ersetzen

4.6 Ausscheiden

Um eine übersichtliche Darstellung zu behalten, ist diese ATL in vier Teile geteilt: Obstipation, Diarrhoe, Schwitzen und Wasser lösen.

4.6.1 Aus der Literatur

Obstipation

Seidenberg und Honegger (1998) beschreiben die Lähmung der Darmmuskulatur und die damit verbundene Verstopfung als Folge der Opioidaufnahme. Die Magenentleerung ist verlangsamt. Eine milde, aber dauerhafte Laxantieneinnahme ist empfehlenswert.

Pelet et al. (2005) erwähnen bei methadonsubstituierten Patienten Obstipation als Hauptursache für Schmerzen im Bauchraum. Neuroleptika und schlechte Ernährung können die Symptome verstärken.

Laut Wierz und Kuhlenkamp (1997) spielt Obstipation bei HIV/AIDS kaum eine Rolle und kann allenfalls als Symptom von mangelnder Bewegung, falscher Ernährung oder organischen Ursachen (zum Beispiel einer Stenose) auftauchen.

Diarrhoe

Neuenschwander et al. (2006) nennen bei HIV/AIDS-Patienten als Ursache von Diarrhoe infektiöse Gründe (zum Beispiel Salmonellen), Medikamente oder eine Laktoseintoleranz, welche bei HIV/AIDS gehäuft vorkommen kann. Herkommer (2000) fügt neben den Medikamenten und Milchprodukten auch fetthaltige Nahrungsmittel und Koffein als nahrungsspezifische Ursachen für Diarrhoe an.

Laut Wierz und Kuhlenkamp (1997) kann es durch das HI-Virus zu einer Schleimhautveränderung des Darms kommen, was zu einer HIV- assoziierten Diarrhoe führt. Diese besteht dann, wenn die Diarrhoe länger als vier Wochen anhält und sonstige Erreger ausgeschlossen werden können. Wierz und Kuhlenkamp (1997) beschreiben weiter, dass Diarrhoe durch den Flüssigkeitsverlust zu Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt führen kann. Dies zeigt sich in Hypokaliämie, Blutdruckabfällen, Tachykardie und Dehydratation.

Schwitzen

Laut Weicht (1995) kann schwitzen Symptom eines beginnenden Entzugs sein.

Seidenberg und Honegger (1998) führen aus, dass sich Patienten in opioidgeschützten Behandlungen durch Schweissausbrüche gestört fühlen können. Fieber als Ursache kommt vor und sollte im Vorfeld ausgeschlossen werden.

Wierz und Kuhlenkamp (1997) beschreiben, dass es bereits in einem frühen Stadium von HIV/AIDS zu störendem Schwitzen kommen kann. Als pflegerische Massnahmen empfehlen sie: Das Überprüfen der Raumtemperatur, wenn möglich das Tragen von nicht synthetischen Stoffen und ausreichende Flüssigkeitszufuhr.

Wasser lösen

Seidenberg und Honegger (1998) beschreiben, dass nephrologische und urologische Krankheiten bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum in Europa selten sind.

Laut Wierz und Kuhlenkamp (1997) soll bei HIV/AIDS-Patienten mit Inkontinenz ein Dauerkatheter nur nach reiflicher Überlegung und eindeutiger medizinischer Indikation erfolgen. Das Infektionsrisiko ist gross.

4.6.2 Praxiserfahrung

Obstipation: Die Praxis weist die gleichen Schwerpunkte wie die Literatur auf. Es werden wenige Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum beobachtet, welche regelmässig Laxantien einnehmen. In der Pflegeanamnese äussern die meisten, eine Obstipation zu haben, diese aber ohne Medikamente zu behandeln.

Bei Patienten mit Hepatitis, welche eine Leberzirrhose entwickelt haben, wird auf einen täglichen, weichen Stuhlgang geachtet. Dies zur Prophylaxe einer Ammoniakbildung im Körper, was zu Verwirrtheit führen kann.

Eine Irrigation zu machen ist schwer, da es ein grosser Eingriff in die Intimsphäre bedeutet und nicht selten vom Patienten verweigert wird.

Diarrhoe: Diarrhoe wird in der Praxis meist in Zusammenhang mit Infektionen beobachtet oder als Nebenwirkung von Medikamenten.

In der Pflegepraxis werden viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum beobachtet, die oft und gerne Milchprodukte und vor allem Kaffee zu sich nehmen, ohne unter Diarrhoe zu leiden. Viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum trinken im Alltag Alkohol oder süsse Getränke. Im Spital trinken sie meist genügend, oftmals vor allem Kaffee. Im Spital haben viele Patienten eine Infusionstherapie, welche zusätzlich einer Dehydratation entgegenwirkt.

Im palliativen Kontext und in Zusammenhang mit der Trinkmenge, wird in einer terminalen Phase das Abwägen von Hydratation/Dehydratation interdisziplinär ein Thema.

Schwitzen: Die Literatur entspricht der Praxiserfahrung. In der Praxis werden zusätzlich Waschungen mit ätherischen Ölen angeboten. Im palliativen Kontext und wenn der Patient zunehmend bettlägerig wird, sorgt eine Erfrischung/Waschung für Wohlbefinden.

Wasser lösen: Die Praxiserfahrung deckt sich mit der Literatur. Die Kathetereinlage wird als grosser Eingriff in die Intimsphäre des Patienten erlebt.

4.6.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Auf die Intimsphäre des Patienten achten
- In der Pflegeanamnese die Stuhlgewohnheiten erfassen und gegebenenfalls Laxantien verabreichen. Sich bewusst sein: Ausscheidung ist meist ein Tabuthema und das Sprechen darüber kann schwierig sein
- Bei Patienten mit Leberzirrhose auf täglichen, weichen Stuhlgang achten, damit einer Verwirrtheit vorgebeugt werden kann
- Bei Diarrhoe auf genügend Trinkmenge achten. Kommt der Patient in eine terminale Phase, die Flüssigkeitszufuhr den Wünschen des Patienten anpassen und im Sinne einer Symptomlinderung interdisziplinär das pro und contra einer Hydratation abwägen (-> Siehe auch 4.7)
- Erfassen, was Schwitzen für den Patienten bedeutet. Massnahmen gegen das Schwitzen anbieten. Ist der Patient immobil, den Patienten auf Wunsch eventuell mehrmals täglich erfrischen. Dies kann auch von Angehörigen übernommen werden. Beobachten wie der Patient auf Berührung reagiert (-> Siehe 2.9)
- Wenn nötig pro und contra eines Dauerkatheters besprechen. Ist der Patient immobil und ist jede Lageveränderung mit Schmerzen verbunden, kann die Schmerzfreiheit wichtiger sein, als eine drohende Infektion durch den Katheter

4.7 Essen und trinken

Diese ATL beinhaltet laut Juchli (1994) die Themen essen und trinken, sowie Übelkeit und Erbrechen. Dieses Kapitel ist entsprechend in drei Teile aufgeteilt.

4.7.1 Aus der Literatur

Essen

Rutten und Loth (2002), sowie Kupferschmid und Fattinger (2005) weisen auf die appetitanregende Wirkung von Cannabis hin.

Laut Seidenberg und Honegger (1998) erzeugt die Opioidaufnahme eine leichte Hyperglykämie, welche dazu führt, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum gerne süss essen und trinken.

Gemäss Ewers und Weicht (1995) sind die knappen finanziellen Mittel der Grund für die oftmals nicht gesunde und nicht ausgewogene Ernährung. Laut Herkommer (2000) ist die gesunde Ernährung bei einem Leben mit HIV/AIDS jedoch nötig, um dem drohenden Gewichtsverlust entgegen zu wirken.

Steven et al. (1999) weisen darauf hin, dass bei Störungen der Nahrungsaufnahme Pilzbefall, Rhagaden, Aphten oder andere Entzündungen an den Schleimhäuten im oberen Verdauungstrakt vorkommen können.

Als weitere Ursachen für eine veränderte Nahrungsaufnahme fügen sie Stimmungsschwankungen, Drogenkonsum, Medikamente oder neurologische Erkrankungen an.

Stute und Wittkowski (1997) beschreiben, dass in der asymptomatischen Phase der HIV-Erkrankung die ausgewogene Ernährung im Vordergrund steht. In der symptomatischen Phase ist der Erhalt des Körpergewichts wichtiger. Gegen Appetitlosigkeit geben sie folgende Tipps: sich der Appetitlosigkeit bewusst werden, während des Kochens lüften, Spaziergänge vor dem Essen, Essenszeiten nach Wunsch des Patienten, Atmosphäre schaffen, immer wieder kleine Portionen essen, den Druck, Essen zu müssen, wegnehmen und Vorräte für Heisshungerattacken zu haben.

Trinken

Laut Stute und Wittkowski (1997) sollte bei Flüssigkeitsverlust durch Diarrhoe auf eine Trinkmenge von drei Litern geachtet werden. Geeignete Getränke sind: Mineralwasser, Limonade oder verschiedene Tees. Ungeeignete Getränke sind: Alkohol, Kaffee und Milch, da diese die Darmtätigkeit anregen.

Übelkeit und Erbrechen

Laut Seidenberg und Honegger (1998) gibt es bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum verschiedene Ursachen für Übelkeit und Erbrechen. So zum Beispiel:

- Obstipation durch die opioidbedingte Lähmung der Darmperistaltik
- Alkohol. Er verstärkt die Nebenwirkung der Opiode
- Hepatitis
- Soorösophagitis bei HIV
- Schwangerschaft
- Methadon-Magenunverträglichkeit
- Medikamente

Neuenschwander et al. (2006) fügen bei HIV/AIDS-Patienten infektiöse oder neoplastische Prozesse im Zentralen Nervensystem (ZNS) an.

Laut Herkommer (2000) kann Übelkeit eine Nebenwirkung der ART sein. Herkommer (2000) äussert sich darüber, dass einige Patienten ihre Übelkeit mit Cannabis erfolgreich behandeln konnten. Die antiemetische Wirkung von Cannabis wird auch von Rutten und Loth (2002), sowie von Kupferschmidt und Fattinger (2005) beschrieben.

4.7.2 Praxiserfahrung

Essen: Viele Aspekte aus der Literatur lassen sich in der Praxis beobachten. Die appetitanregende und antiemetische Wirkung von Cannabis kann nicht beurteilt werden, da der Konsum von Cannabis in der Schweiz, also auch auf der Abteilung im Spital illegal ist.

Es ist beobachtbar, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum gerne süsse Speisen essen. Da sie in ihrem Alltag vermutlich am Essen sparen und dadurch wenig essen, benutzen sie im Spital die Gelegenheit, um grosse Mengen an Speisen zu sich zu nehmen. Bevorzugterweise in vielen kleineren Portionen.

Bei Patienten mit HIV/AIDS ist Soor oftmals ein Grund, dass Essen schmerzhaft ist.

Die Praxiserfahrung zeigt, dass Patienten mit Hepatitis zu Appetitlosigkeit neigen, oftmals verbunden mit Übelkeit.

Im palliativen Kontext wird beobachtet, dass Angehörige unbewusst Druck mit dem Essen auslösen, indem sie den Patienten zum Essen auffordern. Dies kann für den Patienten, aber auch für die Angehörigen eine Überforderung darstellen.

Trinken: Wie schon bei der ATL Ausscheidung erwähnt, trinken Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum im Spital meist genug. Die Trinkmenge erreichen sie oftmals durch Kaffeekonsum.

Übelkeit und Erbrechen: Die aufgeführten Ursachen aus der Literatur sind in die Praxis übertragbar. Am meisten werden Obstipation, Hepatitis, Soor, Medikamente (ART oder Antibiotika) oder Prozesse des ZNS beobachtet.

4.7.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Die Mahlzeitenbestellung besprechen. Entsprechende Portionen mit Zwischenmahlzeiten anfordern
- Mag der Patient nicht mehr essen, die Portionen den Wünschen des Patienten anpassen. Darauf achten, dass kein Druck ausgeübt wird. Angehörige anleiten und informieren
- Trinkgewohnheiten erfassen und dokumentieren, damit in einer terminalen Phase die Mundpflege mit den Lieblingsgetränken durchgeführt werden kann
- In einer terminalen Phase im Sinne einer Symptomlinderung interdisziplinär pro und contra einer Dehydratation abwägen
- Beobachten, ob der Patient die Getränke verträgt. Bei Gefahr einer Dehydratation oder Übelkeit auch die Getränke als Ursache in Betracht ziehen und besprechen
- Im Sinne einer palliativen Prävention regelmässig eine Mundinspektion durchführen und eventuelle Massnahmen einleiten, damit Patient schmerzfrei essen kann (->siehe 4.8)
- Ursachen der Übelkeit erfassen und interdisziplinär behandeln

4.8 Sich waschen und kleiden

Zur besseren Übersicht wird diese ATL in drei Teile geteilt: waschen und kleiden, Mundpflege und Hautpflege.

4.8.1 Aus der Literatur

Waschen und kleiden

Rutten und Loth (2002) und Ewers und Weicht (1997) beschreiben die Verwahrlosung und Ungepflegtheit des Körpers bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum. Ewers und Weicht (1997) beschreiben weiter, dass dieser Punkt zu Beginn einer Hospitalisation aus pflegersicher Sicht oftmals an erster Stelle steht, der Patient seinerseits aber ein Bedürfnis nach Ruhe hat. Das Bedürfnis nach Körperpflege tritt erst in einer späteren Phase (nach Suchtbefriedigung und Ruhe) in den Vordergrund. Laut Ewers und Weicht (1997) empfiehlt es sich, einen Fundus an Kleidungsstücken und Pflegeprodukten auf der Abteilung zu haben, welcher den Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum zur Verfügung steht. Laut Wierz und Kuhlenkamp (1997) sind die Wünsche, die Selbstpflegefähigkeiten, die Individualität und die Persönlichkeit des Patienten bei der Wahl der Kleidung zu beachten.

In Zusammenhang mit HIV/AIDS beschreiben Steven et al. (1999) die Wichtigkeit der Körperpflege, um die Haut und Schleimhäute vor Infektionen zu schützen.

Bei einer Dusche oder einem Bad bei Patienten mit zerebralen Erkrankungen soll beachtet werden, dass warmes Wasser Krampfanfälle und Kreislaufschwäche fördern kann. Steven et al. (1999) merken an, dass Berührungen durch das Pflegepersonal oft die einzigen Berührungen überhaupt sind. Die Patienten nehmen wahr, ob die Berührungen von Angst oder Distanz geprägt sind.

Mundpflege

Gemäss Wierz und Kuhlenkamp (1997) ist eine Infektion oftmals Ursache für eine Veränderung der Mundschleimhaut bei Patienten mit HIV/AIDS. Laut Steven et al. (1999) hinterlassen viele der verwendeten Mundspüllösungen einen unangenehmen Nachgeschmack, welcher den Appetit verdirbt oder den Geschmack von Lebensmitteln verändern kann. Schmerzen und Brennen an den offenen Stellen im Mund sind weitere Nebenwirkungen der Therapie und sollen von Pflegenden erfasst werden.

Gemäss Steven et al. (1999) soll die Mundpflege bei Sterbenden nicht zur Qual für den Patienten werden, sondern Schmerzfreiheit und Wohlbefinden sollen an erster Stelle stehen.

Seidenberg und Honegger (1998) beschreiben Karies, Zahnabszesse, Parodontose, Stomatitis, Aphten, Ulzeras, Herpes und Soor als die häufigsten Munderkrankungen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum.

Hautpflege

Gemäss Seidenberg und Honegger (1998) und Rutten und Loth (2002) kommt es bei Kokainkonsum zu Juckreiz, welcher zu Kratzspuren führen kann.

Laut Seidenberg und Honegger (1998) und Pelet und Favret (2005) führen unhygienische Injektionen zu Abszessen und Hautschädigungen. Pelet und Favret (2005) nennen weiter die Obdachlosigkeit und psychiatrische Begleiterkrankungen (zum Beispiel Selbstzerstümmelung) als Ursache von Hautproblemen bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum. Geschlechtskrankheiten und traumatische Läsionen durch sexuelle Übergriffe sind nicht zu vernachlässigen.

Steven et al. (1999) beschreiben die Wichtigkeit einer guten Hautpflege bei HIV/AIDS, um Infektionen vorzubeugen.

Laut Herkommer (2000) leiden 20 % der HIV/AIDS-Patienten an Hautausschlägen aufgrund von Medikamenten.

Steven et al. (1999) beschreiben die Bedeutung der Berührung als Kontaktaufnahme bei Patienten. Gerade bei Sterbenden nehme dies eine grosse Rolle ein.

4.8.2 Praxiserfahrung

Waschen und kleiden: Die Pflegepraxis zeigt hier ähnliche Erfahrungen wie die Literatur. Es hat sich bewährt, das Ziel einer täglichen Körperpflege auf ungefähr alle drei Tage zu reduzieren. Es erweist sich als sinnvoll, die Körperpflege auf den Nachmittag oder Abend zu schieben, da Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum zu dieser Tageszeit meist wacher und kooperativer sind.

Die Praxis zeigt gute Erfahrungen mit einem „Second-Hand-Schrank“. Dieser ist mit alter Kleidung vom Personal gefüllt. Auch Pflegeprodukte wie Zahnpasta, Zahnbürste oder einen Kamm in Reserve zu haben, erweist sich als sinnvoll. Für Pflegeprodukte kann auch der Sozialdienst beigezogen werden.

Dusche und Bad werden in der Praxis als entspannende Massnahme eingesetzt.

Gemäss Diskussionen mit Kolleginnen wird Berührung in der Pflege als positiver Aspekt gewertet.

Mundpflege: Die Pflegepraxis deckt sich mit der Literatur.

Ergänzend zeigt die Praxis, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum täglich zur Mundpflege aufgefordert werden müssen. Massnahmen, die eine häufige und korrekte Anwendung erfordern, gestalten sich bei dieser Patientengruppe schwierig. Eine, bis höchstens zwei Mundpflegen pro Tag können mit Aufforderung erfüllt werden.

Bei Patienten mit HIV/AIDS wird standartisiert eine Mundinspektion durchgeführt, um Infektionen vorzubeugen oder sie frühzeitig zu erfassen.

Im palliativen Kontext nimmt die Mundpflege in der terminalen Phase einen grossen Stellenwert ein und wird nach Möglichkeit mit den Lieblingsgetränken des Patienten durchgeführt.

Hautpflege: Die Haut von Erwachsenen mit illegalen Drogenkonsum ist meist trocken und mit Kratzspuren, alten Abszessnarben, und Schürfungen versehen. Verheilte Schnitt- und Stichverletzungen sind beobachtbar.

Es zeigt sich als sinnvoll, bei der Wundversorgung die Patienten aktiv, unter Berücksichtigung der hygienischen Regeln, einzubeziehen. Das Lösen des Verbands, was nicht selten mit Schmerzen verbunden ist, oder das Säubern der Wunde kann gemeinsam gemacht werden. Die Erfahrung zeigt, dass diese Massnahme die Compliance fördern kann. Im palliativen Kontext kann es sein, dass nicht die vollständige Wundheilung im Vordergrund steht. Vielmehr haben Infektionsprävention und Schmerzfreiheit Priorität.

Das Einreiben des Rückens kann mit einer Massage verknüpft werden, was das Wohlbefinden steigern kann und die Haut pflegt.

4.8.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Körperpflege mit dem Patienten besprechen und zum voraus planen
- Einen „Second-Hand-Schrank“ zur Verfügung haben, wo Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum saubere Kleider erhalten können
- Im Sinne einer palliativen Prävention regelmässige Mundinspektion
- Mundpflege an die Patientensituation angepasst wählen
- In einer terminalen Phase regelmässige Mundpflege mit den Lieblingsgetränken des Patienten
- Bei einer Wundversorgung den Patienten miteinbeziehen. Sich bewusst sein, dass vollständige Wundheilung bei dieser Patientengruppe ein unerreichbares Ziel bleiben kann

- Sich der Berührung und Nähe bei der Körper- und Hautpflege bewusst sein. Ist ein nahe stehender Angehöriger da, kann dies eventuell von ihm übernommen werden. Wenn möglich das Thema Berührung im Vorfeld thematisieren oder den Patienten gut auf Unbehagen beobachten (-> Siehe 4.9)

4.9 Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

4.9.1 Aus der Literatur

Laut Loth et al. (2002) gelten Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum als Risikogruppe, was die Übertragung von HIV oder sexuell übertragbare Krankheiten betrifft. Loth et al. (2002) zeigen auf, dass sich viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum prostituieren müssen, um die Drogen zu finanzieren. Gemäss Wierz und Kuhlenkamp (1997) ist es nicht selten erzwungene Beschaffungsprostitution, um den Bedarf an Drogen zu decken. Nigg (1997) meint: „Sie prostituieren sich, um die Drogen zu finanzieren, und brauchen Drogen, um Prostitutionstätigkeit zu bewältigen“ (Nigg, 1997, in Seidenberg und Honegger, 1998, S. 182).

Laut Ewers und Weicht (1995) ist dem Aspekt der Berührung im Pflegealltag bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da viele Prostitutions- und Missbrauchserfahrungen haben. Es soll überprüft werden, welche Pflegenden im Einzelfall bestimmte Pflegemassnahmen durchführen kann.

4.9.2 Praxiserfahrung

Es zeigt sich, dass in der Pflegeanamnese zum Thema Sexualität meist Fragen zu einer Partnerschaft gestellt werden oder in Zusammenhang mit den Folgeerkrankungen das Thema des Safer-Sex angesprochen wird. Das Thema der Prostitution wird, wenn überhaupt mit Frauen thematisiert. Beobachtbar ist, dass das Thema Prostitution bei späteren Hospitalisationen in der Pflegeanamnese angefügt wird. Vermutlich weil dies ein Thema ist, das beim Erstkontakt nicht angesprochen wird.

Die Praxiserfahrung zeigt die Wichtigkeit der Bezugspersonenpflege. Für ein Gespräch zum Thema Sexualität braucht es Vertrauen.

4.9.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Das Thema Sexualität in der Pflegeanamnese in Zusammenhang mit Safer-Sex und Partnerschaft aufnehmen. Themen wie Prostitution, Missbrauch oder Vergewaltigung vermeiden, ausser der Patient erwähnt sie von sich aus. Erfassen ob Hilfe von Experten nötig ist. Dem Patienten die Information geben, dass er Hilfe beanspruchen kann
- Bezugspersonenpflege
- Bei der Pflege und insbesondere in einer terminalen Phase auf die Intimsphäre acht geben

4.10 Für Sicherheit sorgen

Aus Sicht der Verfasserin bestehen in der Schmerzbehandlung viele Unsicherheiten seitens des betreuenden Teams, aber auch seitens der Patienten. Da Juchli (1994) das Thema Schmerz nicht in eine ATL zugeordnet hat, dies aber in der Palliative Care und in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum als wichtig erachtet wird, hat sich die Verfasserin die Freiheit genommen, das Thema in diese ATL zu integrieren. Die ATL ist in zwei Teile aufgeteilt: Schmerz und sonstige Aspekte zur Sicherheit.

4.10.1 Aus der Literatur

Schmerz

Jaksch (2007) zeigt auf, dass man bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum akute und chronische Schmerzen beobachten kann. Beim akuten Schmerz handelt es sich meist um Spritzenabszesse, beim chronischen Verlauf handelt es sich um Schmerzen des Bewegungsapparats, neuropathische Schmerzen durch Mangelernährung oder HIV/AIDS.

Pelet (2005) zeigt die Schwierigkeit der Schmerzbehandlung bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum auf. Die Patienten sind mit dem Vorurteil behaftet, die Schmerzen nur vorzutäuschen, um an starke Medikamente zu gelangen. Bei einem Patienten, der einen Entzug hinter sich hat, kann aber das Unterlassen von Schmerzlinderung durch Opiate sogar einen Rückfall in die Drogensucht provozieren. Gemäss Pelet (2005) werden Schmerzen bei drogenabhängigen HIV/AIDS-Patienten unterschätzt und bei 30-80 % zu wenig behandelt.

Laut Pelet (2005) gibt es vermeidbare Fehler in der Schmerzbehandlung von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum, welche Methadon einnehmen.

So soll beispielsweise das zu Substitutionszwecken verabreichte Methadon nicht als Schmerzmedikation verwendet werden. Es soll nicht reduziert werden, um Opiate als Schmerztherapie einsetzen zu können. Morphinantagonisten (zum Beispiel Pethidin) soll vermieden werden, da diese ein Entzugssyndrom auslösen können. Auf eine angemessene Opiatdosierung soll geachtet werden, da Methadon eine Opiattoleranz bilden kann. Weiter soll der Patient im Falle von schmerzbedingter Unruhe nicht mit Sedativa behandelt werden.

Pelet (2005) rät bei der Schmerzbehandlung:

- Bei mässigen Schmerzen nicht opioidhaltige Schmerzmedikamente einsetzen
- Nicht-medikamentöse Massnahmen wie zum Beispiel Kälteanwendung unterstützen
- Die Methadondosis beibehalten
- Wenn dies nicht ausreicht, mit Opiaten beginnen. Das Opiat ist der Situation anzupassen, wobei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum oft eine höhere Schmerzschwelle haben und grössere Opiatmengen benötigen
- AIDS- Patienten sind bezüglich Schmerz wie Krebspatienten zu behandeln und benötigen eventuell über längere Zeit Opiate
- Regelmässig eine Schmerzbeurteilung durchführen

Sonstige Aspekte zur Sicherheit

Laut Seidenberg und Honegger (1998) muss dem Thema Epilepsie in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum Beachtung geschenkt werden. Ursachen können Opioidantagonisten, ein Entzug, HIV-assoziierte Hirnerkrankungen (zum Beispiel Toxoplasmose), Embolien oder Ischämien sein.

Laut Maset (2007) kann durch Intoxikation oder Entzug ein Delir ausgelöst werden, welches meist kurze Zeit andauert. Bleibt es jedoch unbehandelt, kann ein Delir zum Tode führen. Der Patient soll auf Symptome wie Zittern, Schlaflosigkeit, Angstzustände und epileptische Anfälle beobachtet werden.

Bezüglich Sicherheit in der Sexualität und im Drogengebrauch – nämlich zu Safer-Use und Safer-Sex bei HIV/AIDS oder Hepatitis, verweist die Verfasserin auf das Kapitel 2 dieser Arbeit und auf das Nachschlagewerk der AIDS-Hilfe Schweiz (2006).

Laut Ewers (1995) muss bei HIV/AIDS gewährleistet sein, dass Angehörige und Mitpatienten nicht ohne Einwilligung über die Erkrankung informiert werden dürfen. Wegen des diskriminierenden Charakters sind Kennzeichnungen an Türen oder an der Pflegedokumentation (zum Beispiel gelbe Punkte) zu unterlassen.

4.10.2 Praxiserfahrung

Schmerzen: Schmerz und Schmerzeinstellung ist in der Praxis ein wichtiges und oft auch schwieriges Thema.

Wenn die Schmerzen schnell behandelt werden, geht es dem Patienten rasch besser und das Vertrauen wird gefördert. Dies kann den Verlauf der Hospitalisation positiv beeinflussen. Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum nehmen in ihrem Alltag oftmals höhere Dosen Heroin, um den Schmerz zu verringern und kommen erst ins Spital, wenn auch das nicht mehr nützt.

Bei starken Schmerzen zeigt es sich vorteilhaft, durch den Arzt ein professionelles Schmerzteam zuziehen zu lassen, wenn vorhanden.

Die Praxiserfahrung zeigt die Wichtigkeit, körperlichen Schmerz von Entzugsschmerz zu unterscheiden. Entzugsschmerz ist komplex und soll anders behandelt werden, wie zum Beispiel durch eine vorübergehende Gabe von Benzodiazepinen.

Der akute Schmerz ist zum Beispiel beim Verbandswechsel gut beobachtbar. Es bewährt sich, den Patienten die Zeit für den Verbandswechsel wählen zu lassen und ihm zuvor ein Schmerzmittel zu verabreichen.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum können höhere Dosen an Opiaten benötigen bis sie schmerzfrei sind. Die Toleranz ist beobachtbar und im Verlauf zu beachten. Vor allem in einer terminalen Situation soll der Patient gut darauf hin beobachtet werden.

Bei Patienten in einem Substitutionsprogramm zeigt sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem ambulanten Betreuungsteam als vorteilhaft.

Sonstige Aspekte zur Sicherheit: Epilepsie wird in der Praxis selten erlebt. Ist Alkohol zusätzlich zu den anderen Drogen ein Thema, wird der Patient vermehrt auf Entzugszeichen beobachtet. Eine Reservemedikation ist meist verordnet.

Es ist wichtig und sinnvoll, den Patienten in der Pflegeanamnese zu fragen, wer über welche Erkrankung informiert ist und wer wie informiert werden darf.

4.10.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Schmerzen genau erfassen, differenzieren und interdisziplinär behandeln. Darauf achten, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum rasch Toleranzen entwickeln
- Das Ziel der Schmerzfreiheit verfolgen und den Patienten in seinem Schmerzerleben ernst nehmen
- Die Schmerzeinstellung regelmässig evaluieren und anpassen

- Auf Entzugszeichen achten und gegebenenfalls Massnahmen einleiten
- Abklären, wer wie informiert werden darf

4.11 Sinn finden

Da Juchli (1994) das Thema Angehörige nicht in eine ATL einordnet, dies aber in der Palliative Care und in der Pflege von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum wichtig ist, hat sich die Verfasserin die Freiheit genommen, das Thema in diese ATL zu integrieren.

4.11.1 Aus der Literatur

Angehörige

Laut Ewers und Weicht (1995) besteht bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum oft eine gespannte Situation zur Ursprungsfamilie, die durch Konflikte geprägt ist und sogar zum vollständigen Abbruch der Beziehung führen kann. Wegen Folgeerkrankungen sind einige darauf angewiesen, in ihre Familie zurückzukehren, was zu erneuten Konflikten und psycho-sozialen Belastungen führen kann. Ewers und Weicht (1995) empfehlen Angehörigen, die Hilfe von Fachkräften anzufordern.

Gemäss Steven et al. (1999) ist es bei sterbenden Menschen mit HIV/AIDS wichtig zu besprechen, wie der Kontakt zu den Angehörigen ist und wen sie als Besuch empfangen möchten und wen nicht. Weiter ist die Frage zu klären, wer Informationen über die Erkrankung hat. Da Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum und HIV/AIDS oft gespannte Familienverhältnisse haben, raten Steven et al. (1999) Pflegenden, sich nicht in das Familiengeflecht hineinziehen zu lassen.

Laut Steven et al. (1999) muss die Zusammenarbeit von Pflegenden und pflegenden Angehörigen beobachtet und reflektiert werden. Angehörige laufen Gefahr, ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen und ihre Grenzen zu überschreiten.

Loth et al. (2002) beschreiben die so genannte Co-Abhängigkeit. Das heisst, Angehörige von Suchtpatienten können „mit-süchtig“ sein, indem sie das Suchtverhalten des anderen tolerieren. Vielfach braucht ein Partner auch lange, um die Sucht des Partners herauszufinden. Die Sucht wird vor der Öffentlichkeit geheim gehalten und es wird versucht, den Partner aus der Sucht zu befreien.

Laut Ewers und Weicht (1995) gehen viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum Partnerschaften mit anderen Abhängigen ein. Wenn sie Kinder haben, ist die Angst

angesichts eines bevorstehenden Todes eines oder beider Elternteile erheblich. Wierz und Kuhlenkamp (1997) beschreiben intensive soziale Bindungen innerhalb der Drogenszene, die durch Misstrauen geprägt sind, weil der beste Freund zum Feind werden kann, wenn er Drogen benötigt.

Sterben und Tod

In Zusammenhang mit HIV/AIDS empfehlen Steven et al. (1999) die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten in Bezug auf Palliative Care bereits im Vorfeld zu besprechen.

In der gelesenen Literatur über Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum, taucht das Thema Sterben und Tod meist in Zusammenhang mit Suizid auf.

Laut Ewers und Weicht (1995) ist bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum die Angst vor qualvollem Sterben mit Schmerzen grösser als der Tod selbst. Der so genannte „goldene Schuss“ ist für sie oft der einzige Ausweg, dem Leidensweg zu entgehen. Pflegende sollen, so Ewers und Weicht (1995), auf Suizidgedanken des Patienten vorbereitet sein. Die Frage nach der Mitschuld an der Erkrankung kann in diesen Momenten stark vorhanden sein.

Laut Lomier Viret und Gothuey (2007) begehen Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum vier Mal häufiger Suizidversuche als nicht drogenabhängige Menschen. Gründe hierfür können in psychischen Störungen, einer Depression oder einer Borderline- Persönlichkeit gefunden werden. Suizid ist eine häufige Todesursache bei Heroinabhängigen, welche nicht bagatellisiert werden soll. Die Nachfrage bezüglich Suizidgedanken kann einen Suizidversuch verhindern und ist nicht Auslöser für einen Suizidversuch.

In Zusammenhang mit HIV/AIDS fügen Wierz und Kuhlenkamp (1997) als weitere Gründe für einen Suizid soziale Isolation, Ablehnung von Eltern und Freunden oder Veränderungen am Körper an.

4.11.2 Praxiserfahrung

Angehörige: Die Praxiserfahrung zeigt, dass wenn noch Kontakt zur Familie besteht, es meist männliche Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum sind, welche noch Kontakt zu ihrer Mutter haben. Diese Beziehungen scheinen oftmals sehr eng zu sein und eine Co-Abhängigkeit der Mütter wird diskutiert. Das Verhältnis zum Vater wird von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum oftmals als gespanntes Verhältnis geschildert.

Sind Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum in einer Partnerschaft, ist meist auch der Partner drogenabhängig. Es kommt vor, dass der Partner den Patienten mit Drogen versorgt.

Wenn Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum Kinder haben, sind diese meist in Pflegefamilien untergebracht und es besteht, wenn überhaupt, nur sporadischer Kontakt. Die Beziehung zum Kind, zu den Eltern und den Geschwistern kann in palliativen Situationen Gefühle von Trauer oder Scham auslösen.

Angehörige nehmen in der Palliative Care einen wichtigen Platz ein. Auch Partner mit illegalem Drogenkonsum können in einer terminalen Situation im Zimmer des Patienten übernachten und werden einbezogen.

Sterben und Tod: In der Pflegepraxis zeigen sich zwei verschiedene Patientengruppen: Jene Patienten, die immer wieder kommen, die man über Jahre kennen lernt und die man schliesslich im Sterben begleitet. Oder die Patienten, die in schlechtem Allgemeinzustand hospitalisiert werden und nach kurzer Zeit auf der Abteilung sterben. Es wird beobachtet, dass die Wünsche bezüglich Sterben und Tod in der Pflegeanamnese bei „Immer-wiederkehrenden“ Patienten vermehrt erfragt werden. In einigen Fällen besteht sogar eine Patientenverfügung.

In Gesprächen über Sterben und Tod wird der „goldene Schuss“ als Möglichkeit genannt. Die Patienten deklarieren es meist als „Notfallplan“.

Spiritualität wurde in der gefundenen Literatur nicht erwähnt. Bei der Frage nach dem Glauben, antworten viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum in der Pflegeanamnese, an eine höhere Macht zu glauben. So wurde beispielsweise der Glaube an Voodoo schon erwähnt.

4.11.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- In der Pflegeanamnese den Kontakt zu Angehörigen erfassen und diese wenn möglich einbeziehen. Süchtige Partner mit klaren Abmachungen einbeziehen
- Bei familiären Konflikten neutral bleiben
- Dem Thema Suizid aufmerksam gegenüberstehen. Aussagen des Patienten ernst nehmen und an den Arzt weiterleiten
- Gespräche über Sterben und Tod führen. Bedürfnisse bezüglich Spiritualität in der Pflegeanamnese erfassen und Möglichkeiten (wie zum Beispiel die Seelsorge) anbieten
- Nach einer Patientenverfügung fragen. Bei Bedarf Hilfestellung bieten

4.12 Kommunizieren

Diese ATL beinhaltet zwei Themen: Umgang mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum und die Compliance.

4.12.1 Aus der Literatur

Umgang mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum

Pelet et al. (2005) beschreiben den Umgang mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum im Spital als schwierig. Das betreuende Team befürchtet, manipuliert zu werden, hat ungenügende Kenntnis im Umgang mit dieser Patientengruppe und reagiert mit Vorurteilen und Misstrauen. Der Patient hat Angst vor diesen Vorurteilen und Angst auf Entzug zu kommen und zu leiden. Im schlimmsten Fall hat der Patient in früheren Hospitalisationen Ablehnung und Verachtung erlebt. Pelet et al. (2005) raten deshalb:

- Aufbau einer Beziehung
Der Patient soll wissen, dass er als Mensch respektiert wird und seine Bedürfnisse und Fragen anbringen darf. Es ist wichtig, dem Patienten die Verhaltensregeln der Abteilung weiterzuleiten
- Einfühlsame und unvoreingenommene Betreuung
- Substitutionsbehandlung
Ist der Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum nicht in einem Substitutionsprogramm, so soll direkt nach dem Eintritt mit einer Substitution (meist Methadon) begonnen werden, um Entzugerscheinungen vorzubeugen. Ist der Patient bereits in einem Substitutionsprogramm muss ihm die gewohnte Dosis zugesichert werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem spitalextern betreuenden Team soll so rasch als möglich erfolgen. Kokain braucht keine Substitution, kann aber zu Craving führen und soll, wenn möglich ohne Medikamente behandelt werden
- Konsum illegaler Drogen
Der Konsum illegaler Drogen ist verboten. Aus Sicherheitsgründen ist es wichtig, den Patienten für das Problem gebrauchter Spritzen zu sensibilisieren. Besser er entsorgt seine Spritzen in einen Spritzenbehälter, als dass er die Spritze im Bett versteckt
- Einen Vertrag abschliessen
Dies kann unter gegebenen Umständen sinnvoll sein. Hier ist wichtig, die Anforderungen eindeutig zu definieren und realistische Sanktionen festzuhalten.

Im Leitfaden des Inselspitals (2005) werden Empathie, Ehrlichkeit und eindeutiges Verhalten als Haltungen und Massnahmen beschrieben. Sie empfehlen weiter, die Sucht nicht zu tabuisieren. Regeln sollen von beiden Seiten eingehalten werden.

Compliance

Stöver et al. (2005) beschreiben, dass eine Untersuchung zur Compliance von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum gezeigt hat, dass die mangelnde Therapietreue bei Medikamenten mit geringer Motivation, aktivem Drogenkonsum, einer symptomlosen Erkrankung, nicht zum Leben passenden Einnahmeschemen, aber auch mit Depression und Angst zusammenhängt.

Laut Knipping (2006) braucht es bei Patienten mit HIV/AIDS eine 95 %-ige Compliance über die ganze Dauer der Therapie, um eine gute Wirksamkeit der ART zu gewährleisten. Laut Seidenberg und Honegger (1998) sind die Anforderungen einer ART für Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum meist zu hoch und es muss eine Therapie mit einfacherem Profil angeboten werden. Gemäss Herkommer (2000) kann der Schaden einer Therapie bei Non-Compliance überwiegen, da Therapiepausen in der ART die Entstehung von viralen Resistenzen fördert.

4.12.2 Praxiserfahrung

Umgang mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum: Die Praxiserfahrung zeigt, dass Bezugspflege in der Pflege dieser Patientengruppe sinnvoll ist. Es erleichtert den Umgang auf beiden Seiten. Der Patient fasst nach einigen Tagen Vertrauen und weiss, wer für ihn zuständig ist. Die Pflegenden kann die professionelle Beziehung aufbauen und durch das gewonnene Vertrauen auch heiklere Themen ansprechen.

Es empfiehlt sich, nicht alles am ersten Tag der Hospitalisation erreichen zu wollen. Weiter ist klar, dass der Patient nicht für einen Entzug ins Spital kommt, sondern wegen einer Krankheit behandelt wird.

In der Kommunikation mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum muss man sich des Suchtverhaltens (siehe Kapitel 1) bewusst sein.

Dem Patienten wird mit Empathie und Respekt begegnet.

Die Praxiserfahrung hat gezeigt, dass es sinnvoll ist, ein Informationsblatt abzugeben, auf dem die wichtigsten Umgangsregeln und Fixzeiten der Abteilung vermerkt sind. Das Blatt wird mit dem Patienten möglichst schnell nach Eintritt besprochen. Bei Bedarf kann der Patient auf das Blatt hingewiesen werden. Wird ein Vertrag nötig, beinhaltet er durchführbare Konsequenzen und wird von Patient, Pflege und Arzt unterschrieben.

Compliance: Die Praxis zeigt, dass die Compliance individuell ist. Ist der Patient substituiert, ist die Compliance meist gut. Der Alltag eines Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ist meist anders als der Spitalalltag und an erster Stelle steht die Suchtbefriedigung.

Die Eingliederung in ein Substitutionsprogramm kann bezüglich Medikamenteneinnahme sinnvoll sein, da der Patient dort täglich seine Medikamente einnehmen kann. Hier ist eine frühe interdisziplinäre Zusammenarbeit von Vorteil.

4.12.3 Pflegeschwerpunkte/Massnahmen

- Bezugspersonenpflege
- Dem Patienten empathisch, respektvoll und einfühlsam begegnen
- Sich Zeit nehmen für Gespräche, um die Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen
- Ein Informationsblatt mit Fixzeiten und Abteilungsregeln abgeben und besprechen. In einer späten palliativen Phase können die Zeiten im Sinne der Lebensqualität angepasst werden
- Interdisziplinär nach Möglichkeiten suchen, wie der Patient Massnahmen in seinen Alltag integrieren kann

5. Ergebnisse

5.1 Ergebnisse zum theoretischen Rahmen

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die im Hauptteil erarbeiteten Pflegeschwerpunkte/Massnahmen bereits einen Teil der Ergebnisse darstellen.

In diesem Kapitel wird aufgeführt, wo in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum der Unterschied zu anderen Palliative Care- Patienten ist.

Im ersten Teil werden die Ergebnisse pro ATL aufgeführt.

Im zweiten Teil werden die zentralen Aspekte/Pflegeschwerpunkte in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum aus allen ATL's als Fazit erläutert.

Sich bewegen

Auch in oftmals jungem Alter können Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum diagnosebedingt eine starke Schwäche und Kraftlosigkeit verspüren. Dies darf nicht als „Faulheit“ des Patienten deklariert werden.

Strukturen (siehe auch Kommunikation) wie zum Beispiel „die Abteilung nicht verlassen“ müssen im Sinne der Grundprinzipien der Palliative Care je nach Stadium evaluiert und angepasst werden.

Wach sein und schlafen

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum brauchen in den ersten Tagen im Spital vielfach mehr Ruhe als andere Patienten.

Die „Nachtaktivität“ ist Teil ihres Lebens und soll im Sinne ihrer Lebensqualität akzeptiert werden. Regelungen in Bezug auf Lautstärke und Zusammenleben mit Mitpatienten müssen stattfinden.

Fatigue kann, wie bei anderen chronisch erkrankten Menschen, in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum mit Folgeerkrankungen HIV/AIDS und Hepatitis ein Thema sein.

Bei Pflegeschwerpunkte/Massnahmen wie „Schlafgewohnheiten erfassen“ und „eventuelle Ursachen von Schlafstörungen eruieren“ unterscheiden sich Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum nicht von anderen Palliative Care- Patienten.

Sich beschäftigen

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum sind oftmals sehr kreativ. Dies kann als Zugang/ Aufbau von Beziehung genutzt werden.

Substitutionsprogramme sollen im Sinne von Lebensqualität und Symptombehandlung, gefördert werden.

Ein Entzug soll nicht als Ziel eines Spitalaufenthalts verfolgt werden, ausser der Patient äussert den Wunsch, es zu versuchen.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum definieren Lebensqualität oftmals anders als andere Palliative Care- Patienten. Dies soll akzeptiert werden.

Atmen

Akzeptieren, dass Rauchen ein Teil ihrer Lebensqualität sein kann, auch wenn dies eventuell ein störendes Symptom verstärkt.

Wird bei Atemnot Morphin eingesetzt, muss der Patient auf Toleranzbildung hin beobachtet werden. Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum benötigen höhere Dosierungen an Opiaten.

Bezüglich Ängste bei Atemnot und Behandlung bei Atemnot unterscheiden sich Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum nicht von anderen Palliative Care- Patienten.

Körpertemperatur regulieren

Drogen können Ursache von Fieber sein. Während eines Spitalaufenthalts kann ein Nebenkonsum nicht ausgeschlossen werden. Im Sinne einer Symptomkontrolle kann die Frage gestellt werden, ob nicht ausreichende Substitution oder Schmerzen den Nebenkonsum verursacht haben.

Eventuelle Abklärungen von Fieber, sowie eine Erwägung von Hydratation/Dehydratation in einer terminalen Phase unterscheiden sich nicht von anderen Palliative Care-Patienten.

Ausscheiden

Beim Thema Obstipation muss beachtet werden, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum schon seit Jahren Opiate konsumieren. Sie sind sich Obstipation, wenn vorhanden, gewohnt und empfinden dies eventuell nicht als störend.

Massnahmen bei Obstipation, Diarrhoe oder Schwitzen sind zu behandeln, wenn sie der Patient als störend erachtet. Hier unterscheiden sich die Behandlungen nicht von anderen Palliative Care- Patienten.

Essen und trinken

Sich bewusst sein, dass Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum keine geregelten Esszeiten haben. Sie essen mehrere kleine Portionen und oftmals auch nachts.

Heroin fördert die Lust nach süßen Speisen. Eventuell süsse Speisen bei der Bestellung bevorzugen.

Milchprodukte können in Zusammenhang mit der Diagnose HIV/AIDS Übelkeit und Durchfälle auslösen. Sind diese Symptome für den Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum störend, sollten Milchprodukte, wenn möglich vermieden werden.

Wenn der Zeitpunkt gekommen ist, wo Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum nicht mehr essen mögen, so sind die Massnahmen nicht anders als bei anderen Palliative Care- Patienten.

Sich waschen und kleiden

Mundpflege kann im Sinne einer palliativen Prävention wichtiger sein als die Körperhygiene. Infektionen im Mundraum und Abszesse sind bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum nicht selten und führen zu Symptomen wie Schmerzen oder Übelkeit.

Im palliativen Aspekt kann das Ziel der vollständigen Wundheilung in den Hintergrund treten. Wichtiger ist es, eine Infektion zu verhindern oder eine Schmerzfreiheit anzustreben. Da Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum ambulante Termine nur schwer einhalten, kann es sich lohnen, sie im Verbandswechsel anzuleiten.

Mit zunehmender Pflegeabhängigkeit werden immer mehr Berührungen nötig. Da dies bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ein Problem sein kann, sollte das Thema im Vorfeld angesprochen werden (-> Siehe Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten).

Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

In der Vergangenheit und Gegenwart finden sich bei vielen Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum Missbrauchs- oder Prostitutionserlebnisse. Dies lässt sie gegenüber Berührungen ängstlich sein. Im Gegensatz zu anderen Palliative Care- Patienten muss noch mehr auf Intimsphäre und Reaktion bei Berührung geachtet werden.

Wenn möglich sollten Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum immer dieselben Bezugspersonen haben.

Für Sicherheit sorgen

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum benötigen meist höhere Dosierungen an Opiaten oder Sedativas, um schmerzfrei zu werden oder eine beruhigende Wirkung zu verspüren. Sie müssen auf Toleranzbildung hin beobachtet werden.

Drogen- oder Alkoholkonsum können epileptische Anfälle und Verwirrtheit auslösen, was im Sinne von Symptomkontrolle und Lebensqualität behandelt werden muss.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum haben vielfach Bezugspersonen, welche nicht zu ihrer Ursprungsfamilie gehören. Manchmal stehen sie unter Vormundschaft. Es sollte daher abgeklärt werden, wer wie informiert werden darf.

Sinn finden

Suizid kann ein gewählter Weg bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum sein. Äusserungen in diese Richtung müssen ernst genommen werden.

In der Familiengeschichte von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum finden sich oft Konflikte und Spannungen. Die Pflegende hat die Aufgabe neutral zu bleiben, jedoch wichtige Punkte für den Patienten zu erkennen und zu besprechen, beziehungsweise dem Patienten beratend zur Seite zu stehen.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum leben vielfach eine andere Art Spiritualität als andere Palliative Care- Patienten. Da ihre Spiritualität sehr individuell ist, ist es schwer, ihnen geeignete Unterstützung zu geben. Am sinnvollsten erscheint es, ihre Wunsch zu erfragen.

Kommunizieren

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum brauchen, im Gegensatz zu anderen Palliative Care- Patienten, bis in eine späte palliative Phase, Struktur im Spitalalltag. War ein Vertrag nötig, sollte dieser aber zu gegebener Zeit angepasst, beziehungsweise gelockert werden.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum haben oftmals einen raueren und lauterem Umgangston. Ihre Toleranzschwelle bei Konflikten ist vielfach niedriger als bei anderen Patienten.

Ansonsten unterscheidet sich im Thema Kommunikation in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum nichts von anderen Patienten.

Zusammenfassend zeigen sich folgende Aspekte als die Wichtigsten in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum:

- Bezugspersonenpflege ist notwendig und sinnvoll bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum
- Schmerzen müssen ernst genommen und behandelt werden. Speziell auf die Toleranzbildung achten. Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum benötigen höhere Dosierungen an Opiaten und Sedativas
- Berührungen, welche in der Palliative Care immer mehr Wichtigkeit und auch Notwendigkeit fordern, können bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum Ängste oder unangenehme Gefühle auslösen. Deshalb sollte das Thema im Vorfeld an- und besprochen werden
- Die Kommunikation mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum nicht scheuen. Auch sie haben Ängste, Bedürfnisse, Gewohnheiten und Wünsche, welche die Pflege in der Palliative Care erfüllen kann.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum brauchen im Spital bis hin zu späten palliativen Stadien Struktur. Ausnahmen sollen deklariert und erlaubt werden

Als wichtigstes Ergebnis erachtet die Verfasserin das Thema Berührung. Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum leben lange ein unabhängiges Leben und brauchen in frühen palliativen Stadien eher verbale Anleitung und Struktur, als Berührungen. Werden diese dann mit zunehmendem Pflegedefizit nötig, so muss die Pflegenden besonders auf die Reaktion des Patienten achten. Im Berufsalltag geht dies oftmals „vergessen“.

Die Schwerpunkte/zentralen Aspekte sollten bei einem Spitalaufenthalt so früh wie möglich erfasst, besprochen und angewandt werden. Je früher eine klare Struktur und Symptomkontrolle stattfindet, desto einfacher gestaltet sich der Umgang mit Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum.

Eine Pflegeanamnese zur Erfassung sollte deshalb in den ersten Tagen stattfinden.

Ergebnisse, sowie eine kritische Reflexion zur verwendeten Literatur finden sich im Schlussteil dieser Arbeit.

5.2 Ergebnisse zu Fragestellung und Zielsetzung

Die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen wurden in allen 12 ATL`s erfasst und soweit möglich, aus der Literatur erkannt.

Die Fragestellung setzt sich aus vielen Teilbereichen zusammen. Im Hauptteil wurden Teilbereiche wie Sucht, HIV/AIDS, Hepatitis und die palliativen Aspekte bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum herausgearbeitet. Die Pflegeschwerpunkte/Massnahmen wurden in allen 12 ATL`s erfasst. Einige Pflegeschwerpunkte/Massnahmen unterscheiden sich in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum klar von anderen Palliative Care- Patienten. In den Ergebnissen werden diese Unterschiede deutlich ersichtlich.

Fragestellung und Zielsetzung können als erfüllt betrachtet werden und werden im Schlussteil kritisch beurteilt.

Schlussteil

1. Kritische Reflexion von Zielsetzung, Fragestellung, theoretischem Rahmen, der Ergebnisse und der Vorgehensweise der Arbeit

Ich bin immer noch froh, dieses **Thema** gewählt zu haben, auch wenn es nicht immer leicht war und viele Hürden zu meistern hatte. Beispielsweise die Fülle an Büchern und Artikeln, welche nach pflegerischen Schwerpunkten „durchforstet“ werden musste.

Die **Ziele** wurden realistisch gesetzt und waren erfüllbar. Sie stimmen mit der Fragestellung überein.

Die **Fragestellung** barg viele grosse Themenbereiche, welche während der Literaturbearbeitung oftmals schwer eingrenzbar waren. Dadurch, dass viele Schwerpunkte/Massnahmen auch in der alltäglichen Pflegepraxis ihren Platz finden, musste der palliative Aspekt immer wieder überprüft werden. Im Verlauf der Arbeit wurde bemerkt, dass die Pflegeschwerpunkte schwer von dazu gehörenden Massnahmen zu trennen sind. Deshalb wurden Fragestellung und Zielsetzung angepasst und den Pflegeschwerpunkten wurden Massnahmen angefügt. Als Beispiel dient der Pflegeschwerpunkt Mundpflege: Im palliativen Kontext sind nur einige Massnahmen relevant und werden so zu Schwerpunkten.

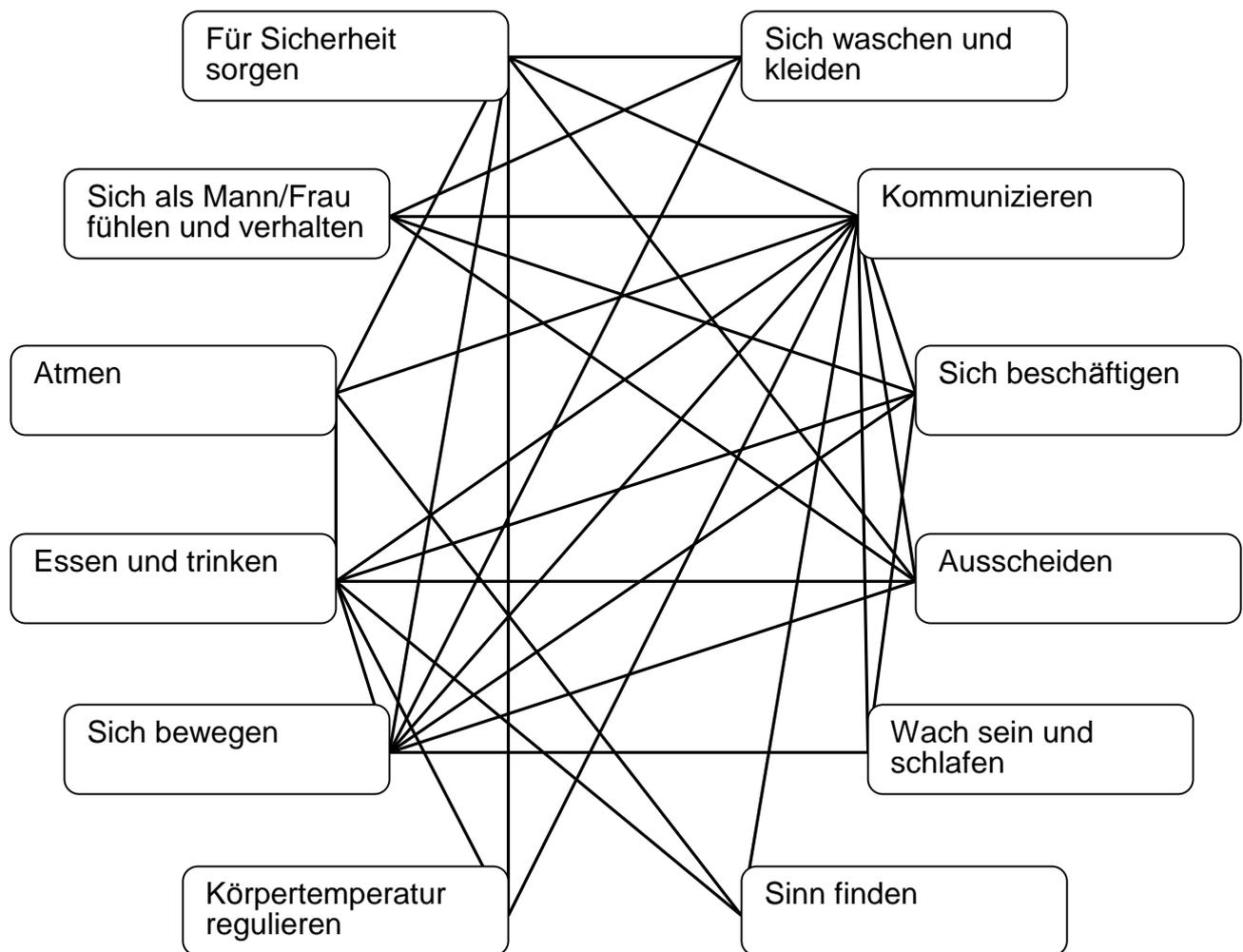
Weiter stehen die zwölf ATL`s für sich schon als Pflegeschwerpunkte. Durch die Massnahmen werden sie differenzierter.

Die Folgeerkrankung HIV/AIDS hätte von der Menge der Bücher her als Teil der Fragestellung ausgereicht. Hepatitis gab in pflegerischer Hinsicht kaum Ergebnisse, trotzdem war es sinnvoll, sie in der Fragestellung vermerkt zu haben. Es wurde ersichtlich, dass diese, nicht nur in der Suchtkrankenpflege weit verbreitete Erkrankung in der Pflege wenig beschrieben ist und ausser Krankheits- und Symptombeschreibung kaum Massnahmen auf pflegerischer Seite zeigt.

Zu Beginn der Arbeit hatte ich das Gefühl, mir mit den ATL`s einen zu unstrukturierten und zu offenen Rahmen gesetzt zu haben. Jetzt zeigt sich, dass es sinnvoll war, ein Modell eingesetzt zu haben. Es hat geholfen, eine Gliederung in die Arbeit zu bringen.

Im Nachhinein könnte die Frage gestellt werden, ob ein anderes Raster der Arbeit die Wiederholungen und die Schwerfälligkeit genommen hätte. Teilweise fiel es schwer, Pflegeschwerpunkte am korrekten Ort einzugliedern, da sich viele ATL`s untereinander stark beeinflussen, wie die Abbildung auf der nächsten Seite deutlich zeigt.

Abbildung : Beeinflussung der ATL's untereinander



Teils musste entschieden werden, wo ein Pflegeschwerpunkt am meisten Sinn macht, oder wo er am stärksten vertreten ist.

Die **Ergebnisse** verdeutlichen den Unterschied der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum im Gegensatz zu anderen Palliative Care- Patienten. Die zusammenfassenden Aspekte zeigen dies noch klarer. Sie geben Antwort auf die Fragestellung.

Allgemein wurde erkannt, dass Hepatitis zwar als häufigste Folgeerkrankung bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum gilt, in der **Pflegeliteratur** aber noch wenig beschrieben ist. Die Pflege bei HIV/AIDS ist mehr dokumentiert, jedoch oftmals in Literatur, welche schon einige Jahre zurückliegt.

In neuer Literatur, wie beispielsweise dem „Lehrbuch Palliative Care“ von Knipping (2006) wird der palliative Aspekt bei HIV/AIDS in Bezug auf Chronischkrankheitsmanagement thematisiert. Pflegerische Schwerpunkte in den zwölf ATL's, wie sie in meiner Fragestellung gesucht wurden, sind nicht vorhanden. Vieles, was in der älteren Literatur beschrieben ist, findet in der Praxis aber weiterhin Anwendung. Die Suche nach Literatur zeigte auf, dass mit dem Beginn der ART 1996, die Pflege bei HIV/AIDS in den Hintergrund getreten zu sein scheint. Jetzt, zehn Jahre später, können wieder erste Artikel zu diesem Thema gefunden werden. Zum Thema Sucht besteht zwar eine Fülle an neuen Büchern und Artikeln, diese beschreiben aber vor allem den ärztlichen Handlungsbereich. In der Pflegeliteratur zum Thema Sucht wird meist der Entzug thematisiert, was nicht meiner Fragestellung entspricht. Die nicht abstinenzorientierte Suchtkrankenpflege wird in der Literatur wenig aufgezeigt. Die Praxis zeigt aber, dass hier in den nächsten Jahren pflegerisches Handeln gefordert sein wird. In der Zusammenarbeit mit Drogenanlaufzentren sind erste Massnahmen in diese Richtung erkennbar.

Ich würde mir wünschen, dass es mehr deutschsprachige Pflegeliteratur zum Thema Drogensucht geben würde.

Der theoretische Rahmen war gross. Es ist schwer gefallen, sich nicht in der Literatur zu verlieren, da es einige, nicht pflegerelevante, aber doch sehr spannende Themen gab. Durch die vielen und kurzen Kapitel, die Aufteilung in zwölf Teilthemen, welche sich gegenseitig beeinflussen und Wiederholungen nötig machen, wirkt der Hauptteil dieser Arbeit teilweise abgehackt und nicht flüssig lesbar. Auch das viel verwendete Wort „Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum“ macht den Text schwerfällig. Eine Abkürzung hätte aber noch starrer gewirkt.

Ich meine, meine Arbeit ist sinnvoll aufgebaut und übersichtlich. Die Praxiserfahrung aus dem theoretischen Teil herauszunehmen und separat zu beschreiben, hätte der Arbeit die Lebendigkeit geraubt. Weiter zeigt sich so die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis besser.

2. Konsequenzen für die Praxis

Eine Konsequenz wird sein, dass ich den Pflegeschwerpunkten bereits in der Pflegeanamnese mehr Aufmerksamkeit schenken werde, um allfällige Probleme früh zu erfassen und Massnahmen einzuleiten.

Ich werde die Pflegeschwerpunkte vermehrt in der Praxis sichtbar machen und sie in die Pflegeplanung mit den entsprechenden Massnahmen integrieren.

In meiner Praxis gibt es Fallbesprechungen und interne Weiterbildungen, welche von der Pflegeexpertin oder von Mitarbeitern geleitet werden. Diese Angebote werde ich nutzen, um das erworbene Wissen weiterzugeben. Eine Weiterbildung zu den Ergebnissen meiner Abschlussarbeit ist bereits in Planung. Ich werde auch meine Arbeit auflegen, damit sie bei Interesse gelesen werden kann.

Mit diesen Massnahmen möchte ich erreichen, dass mein erworbenes Wissen nicht bei mir alleine bleibt, sondern an andere Teammitglieder weitervermittelt werden kann. Das bereits vorhandene Erfahrungswissen der Abteilung kann so erweitert werden und die Pflegequalität kann weiterhin verbessert werden.

Wie in den Ergebnissen und in der kritischen Reflexion sichtbar wird, gibt es in der Palliative Care von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum klare Unterschiede zu anderen Palliative Care- Patienten. In der Zukunft werden diese Aspekte immer mehr Gewicht bekommen, da Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum zunehmend auf Pflege angewiesen sein werden. Meine Abschlussarbeit ist ein Teil in Richtung Zukunft, diesem Thema mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum sollen nicht als Randgruppe in der Palliative Care betrachtet werden, sondern als Teilbereich, der sich in den Grundprinzipien der Palliative Care nicht von anderen Patienten unterscheidet, aber doch Themen beinhaltet, welche genauer betrachtet werden müssen.

Es wäre sinnvoll, Pflegenden vermehrt im Bereich Suchtkrankenpflege zu schulen.

3. Eigene Gedanken zur Berufsrolle

Das Wissen zu Palliative Care konnte in der Weiterbildung und durch die Arbeit stark erweitert werden. Das Wissen, wie ich Gruppen beraten und schulen kann, möchte ich in der Praxis nutzen. Im Team werde ich die Themenverantwortliche zur Palliative Care und so Ansprechperson für allfällige Fragen und Probleme sein. So werde ich mein erworbenes Wissen umsetzen können und die Rolle der Pflegefachfrau HöFa 1 mit Schwerpunkt Palliative Care ausfüllen können. Die Rolle wird von mir fordern, mich stetig mit Neuerungen und Entwicklungen in diesem Themenbereich auseinander zu setzen. Meine Berufsrolle wird sich dahingehend ändern, dass ich bewusst Thementrägerin für Palliative Care sein werde und durch das erworbene Wissen, gekoppelt mit der Erfahrung, mehr Sicherheit bei der Entscheidungsfindung und dem Symptommanagement haben werde.

4. Weiterführende Ideen und/oder Fragestellungen

Durch die Arbeit wurden zwei Interessen besonders geweckt. Einerseits möchte ich pflegerisches Wissen in der Suchtkrankenpflege in Zusammenhang mit Palliative Care vertiefen und weiterentwickeln. Andererseits möchte ich versuchen, diese Abschlussarbeit weiter auszubauen und positiv zu nutzen. Die Pflege im Suchtbereich beginnt sich in der Palliative Care zu entwickeln und sucht nach Lösungen für die Zukunft. Zweitens möchte ich das Thema Hepatitis und Pflege beobachten. Versuchen zu erkennen, wo denn die pflegerischen Handlungsebenen sind und wo genau der palliative Kontext stattfindet.

Ich könnte mir auch vorstellen, dass aus meiner Arbeit eine Art Katalog mit den Pflegeschwerpunkten bei Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum entstehen könnte. Dazu müsste eine Arbeitsgruppe gegründet werden.

Literaturverzeichnis

- AIDS-Hilfe Schweiz (2006). Leben mit HIV und AIDS. Ein Nachschlagewerk zu Grundlagen, Gesundheitsvorsorge und Therapiealltag (7. Auflage). Zürich: AIDS-Hilfe Schweiz.
- Berthel, T. (2007). Agieren und Mitagieren in der Behandlung von Substanzabhängigen. In: Beubler E.; Haltmayer H. und Springer A. (Hrsg.) (2007). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis (2. Auflage). Wien: Springer, S. 99-106.
- Besson, J. (2005). Sucht und psychiatrische Störungen: Wie kann man sie gemeinsam behandeln? In: Fink, A. und Hämmig, R. (Hrsg.) (2007). Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme. Basel: Karger, S. 17-23.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] (Hrsg.) (2006). Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Huber.
- Ewers, M. (1995) Organisation ambulanter und stationärer Pflege. In: Ewers M. und Weicht, W. (Hrsg.) (1995). Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 128-143.
- Ewers, M. und Weicht, W. (1995) Patientenprofil. In: Ewers, M. und Weicht, W. (Hrsg.) (1995). Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 103-115.
- Ewers, M. und Weicht, W. (1995) Pflegebedürfnisse. In: Ewers, M. und Weicht W. (Hrsg.) (1995). Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 116-127.
- Haltmayer, H. (2007). Prophylaxe und Therapie der Hepatitis A, B und C. In: Beubler, E.; Haltmayer H. und Springer, A. (Hrsg.) (2007). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis (2. Auflage). Wien: Springer, S. 106-124.
- Herkommer, H. (2000). Kompass HIV und AIDS. Handbuch für Betroffene und Berater (2. Auflage). Frankfurt am Main: Bremm.
- Hosek, M. (2006). Substitutionsbehandlung in der Schweiz: Fortsetzung einer Erfolgsgeschichte. SuchtMagazin 1/2006, S.3-9.
- Inselspital, Direktion Pflege, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche (2005). Leitfaden zum Umgang mit hospitalisierten Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum. Bern: Autor.
- Jaksch, W. (2007). Opiatabhängigkeit und Schmerztherapie. In: Beubler, E.; Haltmayer, H. und Springer A. (Hrsg.) (2007). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis (2. Auflage). Wien: Springer, S. 251-257.

- Juchli, L. (1994). Pflege-Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege (7. Auflage). Stuttgart; New York: Thieme.
- Knipping, C. (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Palliative Care (1. Auflage). Bern: Huber.
- Kupferschmidt, H. und Fattinger, K. (2005). Medizinische Probleme beim Konsum illegaler Drogen. In: Sektion Klinische Pharmakologie der Schweizerischen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie (Hrsg.) (2005). Grundlagen der Arzneimitteltherapie (16. Auflage). Basel: Documed, S. 274-283.
Verfügbar unter: www.toxi.ch/upload/pdf/Documed2005DrogenD.pdf
- Linde, L., Rutten, R., Huson-Anbeek, D. und Loth, C. (2002). Pflegerische Aspekte des Suchtverhaltens. In: Loth C.; Rutten R.; Huson-Anbeek D. und Linde L. (Hrsg.) (2002). Professionelle Suchtkrankenpflege (1. Auflage). Bern: Huber, S. 69-94.
- Lomier Viret, C. und Gothuey, I. (2007). Drogenabhängigkeit und Suizidalität. In: Fink A. und Hämmig R. (Hrsg.) (2007). Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme. Basel: Karger, S. 55-59.
- Loth, C., Rutten, R. und Huson-Anbeek, D. (2002). Die gesundheitlichen Folgen der Sucht. In: Loth C.; Rutten R.; Huson-Anbeek D. und Linde L. (Hrsg.) (2002). Professionelle Suchtkrankenpflege (1. Auflage). Bern: Huber, S. 47-67.
- Marset, M. (2007). Drogenabhängigkeit und psychoorganisches Syndrom. In: Fink A. und Hämmig R. (Hrsg.) (2007). Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme (S. Karger AG, Übers.). Basel: Karger, S. 87-93.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). Palliativmedizin bei HIV-Infektion. In: Krebsliga Schweiz (Hrsg.) (2006). Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte (2. Auflage) Bern: Krebsliga Schweiz, S. 233-248.
- Nigg, L. (1997) In: Seidenberg, A. und Honegger, U. (1998). Methadon, Heroin und andere Opioide. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Bern: Huber, S.182
- Pelet, A. (2005). Schmerz und Methadon. In: Broers B.; Pelet A.; Monnat M.; Favrat B. und Hämmig R. (Hrsg.) (2005). Drogenabhängigkeit. Geläufige somatische Probleme. Basel: Karger, S. 107-111.
- Pelet, A.; Broers, B. und Monnat M. (2005). Rahmenbedingungen und Betreuung: ein ganzheitlicher Ansatz. In: Broers B.; Pelet A.; Monnat M.; Favrat B. und Hämmig R. (Hrsg.) (2005). Drogenabhängigkeit. Geläufige somatische Probleme. Basel: Karger, S. 13-18.
- Pelet, A. und Favrat B. (2005). Hautprobleme. In: Broers B.; Pelet A.; Monnat M.; Favrat B. und Hämmig R. (Hrsg.) (2005). Drogenabhängigkeit. Geläufige somatische Probleme. Basel: Karger, S. 55-59.

- Pelet, A.; Monnat, M. und Broers, B. (2005). Fieber und Infektionen. In: Broers B.; Pelet A.; Monnat M.; Favrat B. und Hämmig R. (Hrsg.) (2005). Drogenabhängigkeit. Geläufige somatische Probleme . Basel: Karger, S. 35-39.
- Pelet, A., Monnat, M. und Favrat B. (2005). Bauchschmerzen. In: Broers B.; Pelet A.; Monnat M.; Favrat B. und Hämmig R. (Hrsg.) (2005). Drogenabhängigkeit. Geläufige somatische Probleme. Basel: Karger, S. 67-71.
- Pflege Heute (2004). Lehrbuch für Pflegeberufe. (3. Auflage) München: Urban & Fischer.
- Pschyrembel (1994). Klinisches Wörterbuch. (257. Auflage) Berlin: Walter de Gruyter.
- Rezny, L. und Haller, D. (2006). Wenn ich mal älter werde.... Die Sicht älterer Langzeitsubstituierter auf ihre Wohnsituation im Alter. Unveröffentlichte Studie, Contact Netz, Bern.
Verfügbar unter: Bei Contact Bern anfragen. Wurde privat mit Erlaubnis abgegeben
- Rutten, R. und Loth, C. (2002). Fakten und Mythen über Suchtmittel. In: Loth C.; Rutten R.; Huson-Anbeek D. und Linde L. (Hrsg.) (2002). Professionelle Suchtkrankenpflege (1. Auflage). Bern: Huber, S. 11-46.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (2005). Ethik in der Pflegepraxis. Ethik. [Broschüre]. Bern: Autor.
- Seidenberg, A. und Honegger, U. (1998). Methadon, Heroin und andere Opiode. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Bern: Huber.
- Steven, B.; Weiss, R. und Arasteh, K. (1999). Menschen mit Aids. Stationäre und ambulante Pflege. Heidelberg: Springer.
- Stöver, H.; Leicht, A. und Engelhardt J. (2005). „Living with the daily dose“-Medikamentöse Therapie HIV-positiver Drogenabhängiger. SuchtMagazin 4/2005, S. 26-31.
- Stute, A. und Wittkowski, S. (1997). In: Wierz V. und Kuhlenkamp A. (1997). Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS. Bern: Huber, S. 265-286.
- Tschopp, A. (2006) Grundprinzipien, Einführung in die Palliative Care. Unterrichtsunterlagen HöFa 1, SBK Bildungszentrum, Zürich
- Vieten, M. und Schramm, A. (Hrsg.) (2001). Neurologie, Psychiatrie-Pflege konkret (1.Auflage). München: Urban & Fischer.
- Welt-Gesundheits-Organisation (2002). In: Knipping, C. (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Palliative Care (1. Auflage). Bern: Huber. S. 33

- Weicht, W. (1995). Krankenbeobachtung. In: Ewers M. und Weicht W. (Hrsg.) (1995). Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 169-172.
- Wierz, V. und Kuhlenkamp, A. (1997). Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS. Bern: Huber.

ANHANG A

Die illegalen Drogen und ihre Wirkung

Es wird hier nur auf die vier gängigsten Drogen eingegangen, welche erfahrungsgemäss auch bei Spitaleintritt von Erwachsenen mit illegalem Drogenkonsum ein Thema sein können.

1. Heroin

„Auf der Gasse“ meist Suger oder Puder genannt

Wirkung:

Übermittelt ein Wohlgefühl, wirkt analgetisch, wirkt sedierend, dämpft Hustenreize, fördert Herzrhythmusstörungen, Obstipation und Myosis

Entzugssymptome:

Emotionale Labilität, Unruhe, schwitzen, Müdigkeit, Depression, Übelkeit/Erbrechen, Schlaflosigkeit, Angst, erhöhter Blutdruck; Schüttelfrost.

Komplikationen:

Gefässentzündungen, Leber- und Herzentzündungen , Überdosierung mit Atemdepression und Koma zu Folge, grosse Gefahr der HIV und Hepatitisübertragung, Vitaminmangel, Tuberkulose, Verwahrlosung

Gebrauch:

Meist intravenös gespritzt oder auf Folie geraucht/gesniff

2. Kokain

„Auf der Gasse“ meist Cola/Goggi genannt

Wirkung:

Pulssteigerung, Blutdrucksteigerung, wirkt stimulierend und euphorisierend, fördert Störungen des Sexualverhaltens, Aggressivität, und Psychosen. Die Hemmung des Dopamins im Körper löst nach der Wirkung ein Gefühl der Depression aus. Bei Langzeitkonsumenten führt Kokain zu Unsicherheit, Eifersucht und Argwohn

Entzugssymptome:

Erregung, Benommenheit, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Übelkeit, Steigerung des Appetits, Suizidgedanken

Komplikationen:

Perforationen der Nasenscheidewand, Phlebitis und Abszesse, Kachexie, Atrophie des Dünndarms , Kratzspuren aufgrund des Juckreizes, paranoide Psychosen

Gebrauch:

Meist wird Kokain geschnupft oder auf Folie inhaliert. Gelegentlich geraucht oder intravenös injiziert

Kokain und Heroin werden von Abhängigen vielfach zusammen als so genannter „Cocktail“ oder „Speedball“ intravenös injiziert. Viele behaupten sie nähmen Heroin, um sich nicht krank zu fühlen und Kokain, um sich wohl zu fühlen.

3. Benzodiazepine, Anxiolytika und Sedativa

Meist Temesta, Rohypnol oder Dormicum. Dies sind rezeptpflichtige Medikamente, welche zur Überbrückung gegen Entzugssymptome genommen werden und auf der Gasse gehandelt werden.

Wirkung:

Angstlindernd, muskelrelaxierend, beruhigend

Entzugssymptome:

Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, Herzklopfen, Mundtrockenheit, Angst, Schlaflosigkeit, Epileptische Anfälle

Komplikationen:

Es kann die Wirkung anderer Substanzen verstärken, enthemmt und macht aggressiv. Bei Überdosierung führt es zu Verwirrtheit und Atembeschwerden.

Gebrauch:

Oral, intravenös injiziert, oder es kann geraucht werden

4. Cannabis

Wirkung:

entspannend, sedierend, appetitanregend, fördert Fröhlichkeit oder es verstärkt Angst und Paranoia, schwächt den Augeninnendruck, wirkt antiemetisch

Entzugssymptome:

Nervosität, Unruhe, Unwohlsein

Komplikationen:

Grosses Risiko der psychischen Abhängigkeit, wirkt ungünstig auf das Kurzzeitgedächtnis, schädliche Wirkung des Rauchens wird gefördert.

Gebrauch:

meist geraucht, selten durch Essen oder Trinken.

Quelle: Wirkung und Komplikationen: Rutten und Loth (1999/2002)

Entzugssymptome und Gebrauch: Leitfaden Inselspital (2005)

ANHANG B

Kurzer Einblick in die schweizerische Drogenpolitik

Aus einem Artikel von Martin Hosek, welcher 2006 im Suchtmagazin publiziert wurde, lässt sich folgende geschichtliche Abfolge zusammenfassen:

Die heutige schweizerische Drogenpolitik entstand vor allem durch die AIDS-Epidemie und die zunehmende Verelendung der Drogenabhängigen in der zweiten Hälfte der 80-iger Jahre. Das Abstinenzziel wich dem Ziel der Überlebenshilfe und Schadensminderung.

So basiert die heutige Drogenpolitik auf vier Säulen:

Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression.

Dies hatte eine Zunahme der Drogenabhängigen in der Methadonsubstitution zur Folge.

Ab 1994 kam die Heroingeschützte Behandlung dazu. Erst nur als klinische Studie, wurde es ab 1999 als medizinische Anwendung in Kompetenzzentren erlaubt.

Seit 2000 ist Buprenorphin Subutex dazu gekommen.

Auch heute sind viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum einem dieser drei Substitutionsprogramme angeschlossen.

Die Schadensminderung und die Prävention haben zum Ziel, die Folgeerkrankungen zu reduzieren oder besser behandeln zu können. Die Substitution zählt zur Säule der Therapie, obschon sie auch schadensmindernde Aspekte beinhaltet.

Der grösste Teil der substituierten Patienten sind in einer Arztpraxis angeschlossen. In der deutschsprachigen Schweiz gibt es 52 ambulante Behandlungszentren, wobei 20 Zentren die heroingeschützte Behandlung durchführen.

Substitutionsbehandlungen sind meist von langer Dauer und bergen die Gefahr der Chronifizierung.

Der Beikonsum konnte bis anhin noch nicht gelöst werden, denn die Substitution ersetzt nur das Heroin, nicht aber das Kokain, den Alkohol oder die Benzodiazepine, welche viele Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum neben dem Heroin konsumieren.

Trotz der besseren Drogenpolitik sterben immer noch 180-200 Menschen an den Folgen von Drogenkonsum.

ANHANG C / Glossar

Abszess:	Ansammlung von Eiter in einem Gewebehohlraum
Adherence:	Therapietreue
Analgetisch:	schmerzlindernd
Antiemetika:	Medikamente gegen Übelkeit und Erbrechen
Aphthen:	Von einem entzündlichen Randsaum umgebene Erosionen der Mundschleimhaut mit weisslichem Fibrinbelag
Aszites:	Ansammlung von Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle
Ataxie:	Störung der Koordination
Atemstimulierende Einreibung:	Aus der basalen Stimulation stammende Rückenmassage zur Atemförderung
Atrophie:	Rückbildung eines Organs oder Gewebes
Auf der Gasse:	Umgangssprache für den Ort, wo sich Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum aufhalten, teilweise auch wohnen
Benzodiazepine:	Psychopharmaka aus der Gruppe der Tranquilizer (Beruhigungsmittel)
Compliance:	Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen
Contact Bern:	Drogenanlaufstelle in Bern
Dehydratation:	Abnahme des Körperwassers durch gesteigerte renale, gastrointestinale, pulmonale bzw. perkutane Wasserabgabe ohne entsprechende Zufuhr
Dekubitus:	durch äussere Druckeinwirkung mit Kompression von Gefässen und lokaler Ischämie hervorgerufene Störung von Geweben / Umgangssprache: Wundliegen
Delir:	Form der akuten organischen Psychose mit Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Halluzinationen, vegetativen Störungen, Tremor und motorischer Unruhe
Diarrhoe:	Durchfall
Dyspnoe:	Mit subjektiver Atemnot einhergehende Erschwerung der Atemtätigkeit. In der Regel mit sichtbar verstärkter Atemarbeit
Empathie:	emotionale Einfühlung in die Erlebensweise einer fremden Person
Embolie:	Verschluss eines Gefässes durch einen Embolus

- Endokarditis:** Entzündung der Herzinnenhaut, die durch entzündliche Veränderungen der Klappensegel zu Herzklappenfehlern führen
- Epilepsie:** Funktionsstörungen des Gehirns infolge exzessiver Entladung von Neuronen
- Exogen Psychose:** ausserhalb des Organismus entstandener Wahn
- Fieberwäsche:** Erfrischung des Körpers mit ätherischen Ölen zur Fiebersenkung
- Fixerstübli:** Ort/Treffpunkt, wo sich Erwachsene mit illegalem Drogenkonsum im geschützten Rahmen treffen können und saubere Spritzen erhalten
- Gestreckte Drogen:** Drogen, welche mit anderen (billigen) Substanzen gestreckt wurden.
- Goldener Schuss:** Gespritzte, tödlich verlaufende Überdosierung
- Hemiplegie:** Halbseitenlähmung
- Herpes:** Viruserkrankung verschiedener Auswirkungen
- Hyperglykämie:** Erhöhter Gehalt an Glucose im Blutserum
- Hyperlipidämie:** Erhöhung von Serumlipiden (Fette)
- Hypokaliämie:** Häufige Form einer Elektrolytstörung mit tiefem Kalium
- Ischämie:** Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung eines Organs
- Ikterus:** Gelbsucht
- Injektion:** Einspritzung
- Intoxikation:** Vergiftung
- Intravenös:** In die Vene verabreichte Injektion
- Irrigation:** Einlauf
- Kachexie:** Abnahme des Körpergewichts um mehr als 20 % des Sollgewichts
- Karies:** Entkalkung des Zahnschmelzes durch Säuren
- Karposi Sarkom:** Tumorform, welche Bindegewebe, Schleimhäute und Organe befällt
- Laxantien:** Abführmittel
- Leberzirrhose:** Diffuse, chronische Lebererkrankung
- Leberkarzinom:** Leberkrebs
- Myosis:** Enge Pupillen
- Neuroleptika:** Psychopharmaka mit beruhigender Wirkung
- Neuropathie:** Nervenleiden
- Neoplastisch:** Im Gewebe neu bildend
- Obstipation:** Verstopfung des Darms

Opioidantagonisten: Gegenspieler von Opioiden (zum Beispiel Pethidin)

Paranoide Psychose: Wahn mit strukturellem Wandel des Erlebens

Parese: Unvollständige Lähmung

Parenteral: Unter Umgehung des Darms

Parodontose: Nicht entzündliche Zahnbetterkrankung

Phlebitis: Venenentzündung

Pneumonie: Lungenentzündung

Polyneuropathie: Erkrankung der peripheren Nerven aus nichttraumatischer Ursache

Prävention: Vorbeugung

Rhagaden: Meist narbenlos abheilender, spaltförmiger Einriss der Haut

Safer-Sex: Geschützter, sicherer Geschlechtsverkehr

Safer-Use: Sauberer Umgang bei der Verabreichung von Drogen

Schonatmung: Wegen Schmerzen wird tiefes Durchatmen vermieden

Sedierend: Beruhigend

Soorösophagitis: Mit dem Pilz Soor befallene Entzündung der Speiseröhre

Stenose: Verengung

Stomatitis: Entzündung der Mundschleimhäute unklarer Ursache

Subcutan: In die 3.Hautschicht verabreicht

Substitution: Behandlung mit Ersatzsubstanzen

Suizid: Selbstmord

Tachykardie: Schneller Puls

Tachypnoe: Schnelle Atmung

Terminale Phase: Letzte Phase des Menschen vor dem Tod

Todesrasseln: Der Sterbende kann das produzierte Sekret nicht mehr schlucken oder abhusten. Das Sekret bewegt sich in der Luftröhre auf und ab und klingt bei jedem Atemzug wie ein Rasseln

Ulzera: Geschwür

Ich danke ...

Meiner Lernbegleiterin Rena Motzer

Du hast mich während meiner Ausbildung und vor allem in den letzten Monaten, während der Abschlussarbeit, sehr unterstützt und begleitet. Deine Inputs und Feed-backs waren immer sehr hilfreich und wertvoll.

Danke für Deine Zeit und Geduld, Deine Unterstützung und Dein Fachwissen.

Meiner Fachberaterin Andrea Tschopp

Du warst bei Fragen immer da und hast geholfen. Die Genauigkeit in der Disposition erleichterte die Arbeit.

Danke für Deine Unterstützung und die wertvollen Hilfestellungen.

Meinem Partner Andreas Brem

Du hast meine Launen ertragen und mir immer wieder Arbeit abgenommen, damit ich mich auf die Ausbildung konzentrieren konnte. Mit kleinen Aufmerksamkeiten hast Du mir immer wieder Freude gemacht.

Deine Computerkenntnisse waren oft meine Rettung.

Vielen Dank für Deine Geduld, Dein Verständnis und Deine Unterstützung.

Meinen Eltern Gunther und Liliane Elmer

Ihr habt meine Wege immer unterstützt und begleitet. Ihr habt mir so manche Hürde erleichtert.

Danke dafür! Ihr seid die Besten!

Meinem Team und meinen Freunden

Danke an euch alle, für die moralische Unterstützung die ich erfahren durfte.