



Foto: Kevin Sibley/BigStockPhoto.com

◀ *Wenn Menschen die Kraft für die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) ausgehen, ist eine aktivierende Pflege unangebracht. In den Niederlanden und in Belgien wurde für die Pflege dieser Menschen das Konzept der „Passivitäten des täglichen Lebens“ entwickelt. Es setzt dort an, wo die ATL aufhören.*

› Passivitäten des täglichen Lebens und palliative Pflege: Kraftlosigkeit anerkennen

GEA C. VAN DIJK UND ATE DIJKSTRA*

Die wachsende Anzahl alter Menschen bedeutet auch eine Zunahme der Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Diese Erkrankungen gehen oft mit einem unwiederbringlichen Verlust bestimmter Funktionen und Fähigkeiten einher und machen eine andauernde pflegerische Unterstützung erforderlich. Die Pflege von Patienten, die überhaupt keine Aussicht auf Genesung haben, unterscheidet sich jedoch deutlich von der von Menschen, bei denen zumindest die Chance einer teilweisen Heilung besteht.

Viele pflegerische Methoden sind darauf ausgerichtet, die Wiederherstellung beeinträchtigter Funktionen bzw. den Wiedergewinn von Fähigkeiten zu stimulieren sowie die Selbstpflegefähigkeiten der Betroffenen zu verbessern. Dies gilt auch für das Konzept der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Jedoch stellt eine solche Aktivierung für Patienten, die bereits viele Fähigkeiten verloren und keine Aussicht auf vollkommene Genesung haben,

sowie für Patienten mit einer fortgeschrittenen chronischen Erkrankung und für Menschen am Lebensende keine realistische Option dar.

Mehr und mehr Pflege-theorien nehmen daher das Wohlbefinden in den Blick, sowohl in körperlicher als auch in psychischer und sozialer Hinsicht. Die Selbst-pflegedefizit-Theorie nach Orem geht zum Beispiel davon aus, dass durch pflegerische Handlungen die Unfähigkeit von

Patienten, sich selbst zu pflegen, kompensiert wird (Orem 2003). An dieser Theorie setzt das Konzept der Passivitäten des täglichen Lebens (PTL) an. Es wurde in der Praxis entwickelt und wird bei Menschen mit Demenz, aber auch bei Menschen mit somatischen chronischen Erkrankungen angewandt. Aus Untersuchungen in den Niederlanden und in Belgien ist bekannt, dass es häufiger bei psychogeriatrisch als bei somatisch Erkrankten genutzt wird (van Dijk 2006a). Mit dem PTL-Konzept wird ein Pflegeansatz strukturiert und transparent gemacht, der darauf beruht, dass dauerhaft bestehende Einschränkungen eines Patienten als gegeben angesehen werden und der Verlust von Selbstpflegefähigkeiten akzeptiert wird. Sein Ziel ist es, einen angemessenen Umgang mit der „Passivität“ zu finden (van Eijle 1991).

* aus dem Niederländischen übersetzt von Katrin Balzer

Der Patient wird in den Mittelpunkt gestellt, seine Lebensqualität soll durch die Akzeptanz seiner Passivität verbessert werden. Im Übrigen schließt die Anwendung dieses Ansatzes die Nutzung des ATL-Konzeptes nicht aus, vielmehr können beide auch gemeinsam eingesetzt werden, etwa bei einem Patienten, dessen Fähigkeitseinschränkungen zum Teil behoben werden können. Oft besteht jedoch für die Betroffenen insgesamt wenig Aussicht auf Genesung, weshalb sorgfältig geprüft werden muss, welcher Ansatz der geeignetere ist, ATL oder PTL. Van Beelen (1996) beschreibt das Verhältnis zwischen beiden Konzepten so: „PTL beginnt da, wo ATL aufhört.“

Konzept PTL

Das Konzept PTL lässt sich wie folgt definieren: Es bedeutet eine Form der erlebensbezogenen Pflege, gerichtet auf Situationen im täglichen Leben von Patienten mit einem bleibenden Selbstpflege-defizit und einer dadurch bedingten starken Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung. Die Wahrnehmung und das Wohlbefinden des Betroffenen stehen im Mittelpunkt, seine Passivität wird akzeptiert, mögliche physische, psychische und soziale Aspekte der Passivität werden erkannt. Alle Handlungen, Maßnahmen und Versorgungsweisen werden strukturiert und multidisziplinär beschrieben und durchgeführt. Die Pflege erfolgt auf einer Eins-zu-eins-Basis und soll die Pflegenden gleichzeitig so gering wie möglich belasten (van Dijk 2006b).

Definition und Prinzipien

Diese Definition enthält mehrere Elemente: Zu allererst das Konzept PTL als eine Form der erlebensbezogenen Pflege. Eine solche Pflege hat ihre Grundlage im Individuum (Finnema 2000). Ihre Prinzipien lauten: Flexibilität, Bewusstmachen von Problemen in der Interaktion zwischen pflegender Person und Patient, Respektierung der Patientenautonomie sowie eine integrative Betrachtung und Behandlung von Gesundheitsproblemen, wobei sowohl die Gesundheit an sich als auch das individuelle Erleben und mögliche mentale Probleme in den Blick genommen werden (Egberts/Pool 1998). Das Konzept PTL richtet sich besonders auf Situationen, die von einem bleibenden Funktionsverlust, von andauernder Pflegeabhängigkeit geprägt sind (Dijkstra 1998). Seine Anwendung zielt darauf,

dass der Patient Energie sparen kann für Dinge, die ihm wichtig sind. Die Pflege soll stressfrei sein, für den Patienten, aber auch für die Pflegenden. Negative Auswirkungen der Pflegeabhängigkeit sollen so weit wie möglich vermieden werden, der Patient soll etwa weniger Schmerzen haben und keinen Dekubitus erleiden, während Pflegendе beispielsweise vor Rückenschmerzen oder einem Burn-out-Syndrom bewahrt werden sollen (Nijkamp 2000). Mit den PTL wurde eine Art der Pflege vereinheitlicht und strukturiert, die in der Praxis entwickelt worden ist, indem Handlungen, Maßnahmen und Vorgehensweisen beschrieben wurden (Loudon/Pelier 2001). Diese können auf verschiedene Situationen bezogen werden – auf das Liegen oder Sitzen ebenso wie auf den Transfer, das Kleiden, das Waschen oder das Essen. Hierfür sind zum einen spezifische Elemente erarbeitet worden, zum anderen sind auch Elemente anderer Methoden einbezogen und für den Umgang mit „Passivität“ angepasst worden.

(Erwartete) Auswirkungen

Der professionelle Charakter der PTL zeigt sich auch darin, dass es inzwischen Schulungsprogramme für die Anwendung des Konzeptes gibt, dass bereits eine große Anzahl verschiedener Angehöriger von Gesundheitsberufen das Konzept umsetzt, dass es in die individuelle Pflegeplanung einfließt und dass es den Patienten und seine Familie mit einbezieht, da es Informationen und die Zustimmung von ihnen erfordert.

In der Methodenbeschreibung werden als Ziel die Vorbeugung von Dekubitus und Kontrakturen sowie die Spannungsreduktion genannt (Nijkamp 2000). Die Auswirkungen, die bisher belegt werden konnten, deuten vor allem auf ein verbessertes Wohlbefinden des Patienten, seiner Familie und der Mitarbeiter. Zu nennen sind eine reduzierte Spannung, eine verbesserte körperliche und psychische Verfassung des Patienten, mehr Freude an der Arbeit bei den Mitarbeitern, auch weil sie einen besseren Bezug zu den Betroffenen finden, sowie eine zufriedenstellendere Kommunikation mit der Familie (van Dijk 2006a).

PTL und palliative Pflege

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die palliative Pflege zum Ziel, die Lebensqualität von

lebensbedrohlich erkrankten Menschen und ihren nahen Angehörigen zu verbessern. Sie soll Leiden vorbeugen und lindern, indem Schmerzen und andere körperliche, psychosoziale oder spirituelle Probleme frühzeitig erkannt sowie sorgfältig beurteilt und behandelt werden (WHO 2002). Wann immer davon auszugehen ist, dass die Lebenserwartung maximal noch drei Monate beträgt, wird von palliativer terminaler Pflege gesprochen.

In der letzten Lebensphase erwarten Patienten von Pflegenden vor allem, dass diese persönliche Anteilnahme und Respekt zeigen, sich um das Wohl des Betroffenen kümmern sowie ihm ein Leben in Autonomie und Würde ermöglichen (de Korte-Verhoef/de Lange 1998). Den Patienten ist es wichtig, dass sie so lange wie möglich selbst über ihr Leben und ihren Körper bestimmen können. Sie können es als sehr belastend empfinden, dass sie sich etwa nicht mehr selbstständig waschen oder nicht mehr allein die Toilette aufsuchen können (Francke 2000). Davies und Higginson (2004) zufolge zeichnet sich eine gute palliative Pflege durch folgende Elemente aus: Schmerz- und Symptomkontrolle, gelingende Kommunikation und Information, Unterstützung der Familienangehörigen und Pflegenden sowie Koordination und spezielle palliative Betreuung.

In einer Delphi-Befragung, die kürzlich im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung des PTL-Konzeptes durchgeführt wurde, gaben 21 von 22 mit der Anwendung des Konzeptes vertraute Pflegendе an, dieses auch in der palliativen Pflege am Lebensende zu nutzen und dass es hierfür sehr gut geeignet sei. Besonders merkten sie an, dass sich das Konzept mit einer auf das Erleben ausgerichteten Pflege und mit den Merkmalen der palliativen Pflege deckt. Dies ist nachvollziehbar, da es bei der palliativen Pflege nicht darum geht, eingeschränkte Selbstpflegefähigkeiten wiederzugewinnen, sondern diese Art der Pflege zum Tragen kommt, wenn ein unumkehrbarer Prozess des Verlustes von Selbstpflegefähigkeiten eingesetzt hat. Die Ausgangspunkte und Ziele des PTL-Konzeptes stimmen mit den erwünschten Effekten und Elementen der palliativen Pflege überein: Mit der Anwendung der PTL wird die Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden angestrebt, es wird viel Wert auf Kommunikation und Informationsvermittlung gelegt und

**Pflegeplanung – nach den ~~Aktivitäten des täglichen Lebens~~
Passivitäten des täglichen Lebens**

Name, Vorname: Jansen, Anne Zimmer: X Datum: 22.05.2006

Situation	Probleme/Bedürfnisse	Ziele	Maßnahmen
Liegen und Sitzen	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• fehlt die Kraft, um selbstständig aufzustehen und sich allein im Bett hin- und herzdrehen •• ist dekubitusgefährdet •• verspannt sich rasch bei Stress und Anstrengung •• sitzt gern für ein paar Stunden in ihrem Zimmer •• mag schaukelnde Bewegungen 	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• kann bequem, schmerzfrei und entspannt liegen und sitzen •• erleidet keinen Dekubitus 	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• erhält ein dynamisches Lagerungshilfsmittel (DLM), das sie im Liegen unterstützt und Lagewechsel erleichtert •• wird von der Physiotherapeutin hinsichtlich ihrer Haltungs- und Bewegungsmuster beurteilt, um herauszufinden, welche Handgriffe und Bewegungsweisen für sie am schonendsten sind •• wird regelmäßig schonend etwas anders gelagert, entsprechend den physiotherapeutischen Empfehlungen •• wird vormittags und nachmittags mit schonenden Handgriffen und mithilfe eines Hebelifters für zwei Stunden auf einen passenden Stuhl gesetzt und in regelmäßigen Abständen darin geschaukelt •• erhält nach Konsultation der Ergotherapeutin einen Stuhl, der auf ihre Bedürfnisse und Größe abgestimmt ist und mit Schaukelelementen versehen ist
Körperpflege	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• ist schnell erschöpft bei der Körperpflege •• reagiert mit Verspannung auf Kontakt mit kaltem Wasser und Pflege der Intimregion •• neigt zu trockener Haut •• ist harn- und stuhlinkontinent 	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• fühlt sich nicht stark belastet durch die Körperpflege •• ist meistens entspannt •• hat keine Hautläsionen 	Frau Jansen <ul style="list-style-type: none"> •• wird einmal täglich mit fertigen, angewärmten Waschtüchern (ohne Wasser) gewaschen •• wird bei der Körperpflege über jeden Schritt informiert •• wird in der Intimregion besonders behutsam gepflegt •• wird an trockenen Hautstellen mit der von ihr immer benutzten Lotion eingecremt •• wird mit passendem Inkontinenzmaterial versorgt, das lange Wechselintervalle ermöglicht, ohne die Haut zu gefährden •• wird bei der Körperpflege schonend und mithilfe physiotherapeutisch empfohlener Handgriffe nach Bedarf mit frischer Wäsche und frischer Bettwäsche versorgt

< So könnte eine **Pflegedokumentation** für einen Bewohner aussehen, bei dem die PTL genutzt werden (s. Fallbeispiel im Text). In den Niederlanden und in Belgien wird das Konzept **multiprofessionell** angewandt, etwa beim **regelmäßigen Austausch** aller, die an der **Betreuung eines Betroffenen** beteiligt sind. Die sich aus den PTL ergebenden Aspekte werden in das bestehende System der **multiprofessionellen Dokumentation** integriert.

sowohl die Familie als auch die Pflegenden erfahren Unterstützung. Die pflegerischen Aktivitäten werden durch eine festgelegte Struktur koordiniert, von einem multidisziplinären Team werden, wenn erforderlich, Spezialisten hinzugezogen. Die mit dem PTL-Konzept verfolgte Verbesserung der Lebensqualität – durch maximal mögliche Behaglichkeit, Verminderung körperlicher Probleme und durch Entspannung – stimmt überein mit den Zielen der palliativen Pflege. Die PTL werden als eine besonders geeignete Methode gesehen, um Menschen in der letzten Lebensphase auf eine angenehme, ruhige und würdevolle Art und Weise zu pflegen. Um das Konzept vollends für die palliative Pflege nutzen zu können, müssen gemäß der WHO-Definition neben den körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten auch spirituelle Bedürfnisse der Betroffenen beachtet werden. Wie die PTL in die palliative Pflege am Lebensende integriert werden können, zeigt folgendes Fallbeispiel:

Frau Jansen (Name fiktiv), 84 Jahre alt, lebt in einem Pflegeheim für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, in einem Zimmer, das speziell für die palliative Pflege eingerichtet ist. Sie ist völlig pflegeabhängig und leidet an fortschreitender Demenz. Es wird erwartet, dass sie innerhalb des nächsten Monats stirbt. Ihre Tochter weiß das und verbringt viel Zeit mit ihr.

Um Frau Jansen beim Liegen bestmöglich zu unterstützen und das Drehen im Bett zu erleichtern, wurde ihr Bett mit einem dynamischen Lagerungshilfsmittel (DLM), einer Matratze bestehend aus Polyesterkörnern, versehen. Bei allen pflegerischen Handlungen wird aufmerksam auf die – meist nonverbalen – Reaktionen der Bewohnerin geachtet. Auch die Tochter wird mit einbezogen, um herauszufinden, was Frau Jansen gern hat und was sie als weniger angenehm empfindet. Vor einer pflegerischen Maßnahme werden alle dafür benötigten Utensilien vorbereitet, um ein Hin- und Herlaufen zu vermeiden. Die Körperpflege, das Frischmachen des

Bettes und das Ankleiden werden in einem Zuge durchgeführt. Für die Körperpflege werden Waschtücher verwendet, die ein Waschen ohne Wasser und anschließendes Abtrocknen ermöglichen. Die Kleidung von Frau Jansen ist so angepasst, dass das An- und Ausziehen leicht vonstatten geht. Die pflegerischen Maßnahmen erfolgen mit speziellen, festgelegten Handgriffen. Sie werden in Ruhe durchgeführt, von einer Pflegenden, die Frau Jansen dabei ruhig erklärt, was gerade passiert, und stets Augenkontakt mit ihr hält. Die Bewohnerin hat einen extra für kraftlose Menschen entwickelten Stuhl, der entsprechend ihren Maßen angepasst worden ist und sie unterstützt. Für den Transfer zwischen Stuhl und Bett wird ein Hebelifter benutzt. Es wird viel mit schaukelnden Bewegungen gearbeitet, da sie Frau Jansen entspannen. Auch unter dem Stuhl befinden sich Schaukelelemente. Die Tochter will ihr gern selbst zu essen und zu trinken geben. Ihr wird hierfür erklärt, wie sie das Schlucken bei ihrer Mut-

Zusammenfassung

In der Pflege von Menschen mit ernsthaften chronischen Leiden findet in den Niederlanden und in Belgien seit den 90er Jahren das Konzept der Passivitäten des täglichen Lebens (PTL) Anwendung. Es beruht zum einen darauf, dass der Patient in den Mittelpunkt gestellt wird, zum anderen darauf, den Verlust von Selbstpflegefähigkeiten zu akzeptieren, wenn diese nicht mehr wiedergewonnen werden können. Das Konzept ist ausgerichtet auf die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, durch seine Anwendung erhöht sich das Wohlbefinden sowohl des Patienten als auch der Angehörigen und Pflegenden. Inzwischen wird es auch in der palliativen Pflege am Lebensende eingesetzt – mit großer Zufriedenheit bei allen Beteiligten.

Schlüsselwörter: *Passivitäten des täglichen Lebens (PTL), Selbstpflegedefizit-Theorie, palliative Pflege*

ter unterstützen und einem Verschlucken vorbeugen kann. Frau Jansen wird das zu essen und zu trinken angeboten, wovon die Tochter weiß, dass sie es mag. Die Tochter plaudert mit ihrer Mutter, ohne von ihr tatsächlich eine Antwort zu erwarten. Ab und zu liest sie ihr aus einem Buch vor oder sie hören gemeinsam Musik, die sie beide schön finden, oder sie schauen zusammen fern. Im Zimmer wird für einen Lavendelgeruch gesorgt, den beide beruhigend finden.

Die beschriebene Anwendung des PTL-Konzeptes ist in einem Pflegeplan festgelegt. Dazu gehören auch die Art und Weise, wie die Handlungen durchgeführt werden. Sie sind abgestimmt auf die Situation der Betroffenen. Die jeweils zuständige Pflegekraft kennt diese Festlegungen, wenn sie mit der Pflege beginnt. An der Betreuung sind Angehörige verschiedener Berufe beteiligt. Der Arzt führt Regie über die multiprofessionelle Versorgung und verschreibt die notwendigen Medikamente zur Schmerzlinderung und zur Entspannung. Der Physiotherapeut beurteilt, welche Körperhaltungen für die Betroffene am angenehmsten, welche Handgriffe und Bewegungen am besten geeignet sind. Er leitet die Pflegenden und die Tochter bei der Anwendung dieser Handgriffe und Bewegungen an. Aufgabe des Ergotherapeuten ist es zu prüfen, welche Hilfsmittel für das Liegen, Sitzen, Essen und Trinken notwendig sind, und sich darum zu kümmern, dass die Betroffene sie bekommt. Der Logopäde gibt Unterstützung und Anleitung in Bezug auf das Essen und Trinken. Ein Seelsorger begleitet die Bewohnerin und ihre Tochter mit Blick auf das nahende Ende. Der Aktivitätenbegleiter trägt, wenn nötig, dazu bei,

dass im Zimmer eine angenehme Atmosphäre herrscht. Diese verschiedenen Formen der Unterstützung werden durch Überlegungen aller Beteiligten im gemeinsamen Austausch aufeinander abgestimmt und zusammengeführt. In diese Überlegungen wird die Tochter mit einbezogen.

Diskussion

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Ziele und Methoden des PTL-Konzeptes denen der palliativen Pflege entsprechen, auch der Pflege unmittelbar am Lebensende. Die Entscheidung, PTL anzuwenden, ist bewusst zu treffen, je nachdem, welche Wiederherstellungsmöglichkeiten bestehen. Das Konzept passt zur Leitidee der patientenbezogenen Pflege und Betreuung sowie zu den heutigen Bemühungen um mehr Mitspracherecht für die Betroffenen und deren Familie. Die bisher belegten positiven Auswirkungen sowohl für die Patienten als auch deren Bezugspersonen und die Pflegenden haben dazu geführt, dass PTL in den Niederlanden und in Belgien tatsächlich in der palliativen Pflege am Lebensende angewandt werden. Wie bereits verdeutlicht, muss dabei auch ein Augenmerk auf die Spiritualität gelegt werden. Diese wird international mehr und mehr als eine eigenständige Komponente neben körperlichen, psychischen und sozialgesellschaftlichen Belangen gesehen. Auf spezielle spirituelle Bedürfnisse können ein Seelsorger oder andere psychosoziale Unterstützungspersonen eingehen, die nachdrücklich in den Pflegeprozess einzubeziehen sind.

Bisher wird das PTL-Konzept nur in den Niederlanden und in Flandern genutzt. Es ist jedoch kein pflegerisches Prinzip,

das an die niederländische oder flämische Kultur gebunden ist. Vielmehr wird angestrebt, es durch wissenschaftliche Fundierung und methodische Entwicklung, durch Publikationen in anderen Sprachen und durch Übersetzung des Arbeitsbuches „PDL“ auch in anderen Ländern bekannt zu machen, sodass es dort mit Erfolg angewandt werden kann. <<



Literatur

BEELEN, A.V.: *Zorg bij passiviteiten. PDL in het ziekenhuis.* Verpleegkunde Nieuws, 9 (1996) : 14–17

DAVIES, E./HIGGINSON, I.J.: *The solid facts.* World Health Organization, Geneva, 2004

DIJK, G.C.V.: *Wetenschappelijk onderzoek naar PDL.* In: Stichting Postuniversitair Onderwijs: PDL 2006 „Een ontmoeting“. Tricht, 2006a

DIJK, G.C.V.: *The concept of Powerlessness in Daily Living: Empowerment of the patient by accepting powerlessness in the care process.* In submission, 2006b

DIJKSTRA, A.: *Care Dependency: an assessment instrument for use in long-term care facilities.* Academisch proefschrift. Regenboog, Groningen, 1998

EGTBERTS, J./POOL, A.: *Verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken.* NIZW, Plantijn/Casparie, Heerhugowaard, 1998

EIJLE, J.V. (ED.): *Werkboek PDL.* Middelhamis, Mobicare, 1991

FINNEMA, E.J.: *Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach.* Regenboog, Groningen, 2000.

FRANCKE, A.L./WILLEMS, D.L.: *Palliatieve zorg vandaag en morgen: feiten, opvattingen en scenario's.* Elsevier gezondheidszorg, Maarsen, 2000

KORTE-VERHOEF, R. DE/LANGE, J. DE.: *Sterven in het verpleeghuis. Verpleegkundigen kunnen terminale bewoners helpen hun wensen te vervullen.* Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 3 (1998) : 70–75

LOUDON, S./JELIER, B.: *Positively Passive.* Nursing Times, 31 (1993) : 71–72

NIJKAMP, H.: *Introductie van het PDL-cijfer.* Vakblad NVFG, 6 (2000) : 21–29

OREM, D.E.: *Selfcare theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem.* Springer, New York, 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.* 2nd ed. World Health Organization, Geneva, 2002

Zu den Autoren:

Gea C. van Dijk, BA, Dr. Ate Dijkstra, MEd, RN, beide tätig in der Altenpflegeeinrichtung Noorderbreedte in Leeuwarden sowie im Nördliches Zentrum für Gesundheitsversorgungsforschung am Universitätsmedizinischen Zentrum Groningen (UMCG), Niederlande, **Kontakt:** G.v.Dijk@znb.nl