



Palliative Care Konzept



Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Definition des Begriffes Palliative Care	3
3. Umgang mit passiver, indirekter und direkter Sterbehilfe	4
4. Ziel von Palliativ Care	5
5. Sterbebegleitung	5
6. Abschiedskultur	5
7. Abläufe in der Palliative Care	5
7.1 Abklären mit Bewohner und Angehörigen	5
7.2 Abklären mit dem Arzt	5
7.3 Unterstützung in den täglichen Aktivitäten des täglichen Lebens	6
7.4 Knacknüsse	7

1. Ausgangslage

Weltweit werden die Menschen immer älter. Die chronischen Krankheiten, und speziell die onkologischen, nehmen zu, was die Entwicklung von Palliative Care notwendig macht. Um den Lesefluss nicht unnötig zu stören, wurde auf die weibliche Form verzichtet.

1. Definition des Begriffes Palliative Care

Pallium: aus dem lateinischen bedeutet so viel wie „weiter Mantel“

Care: aus dem englischen und bedeutet Sorge, Obhut, Sorgfalt, Pflege wörtlich übersetzt heisst Palliative Care also: ummantelndes Sorgen

Die WHO definiert Palliative Care folgendermassen:

Lindern eines weitfortgeschrittenen, unheilbaren Leidens mit begrenzter Lebenserwartung durch ein multiprofessionelles Team, mit dem Ziel einer hohen Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörige und möglichst am Ort der Wahl des Patienten.

Dies unabhängig davon wie alt der Patient ist und an welcher Krankheit er leidet.

*In der palliativen Betreuung geht es darum,

- Die Würde des Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, seine individuellen Prioritäten zu respektieren und mit ihm zu gemeinsamen Entscheidungen zu finden.
- Belastende Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Müdigkeit zu lindern.
- Soziale, psychologische und spirituelle Aspekte in die Betreuung einzubeziehen.
- Kranken Menschen und ihren Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Hilfsmöglichkeiten, deren Anwendung und regelmässigen Überprüfung zu helfen. Wobei gilt „High person, low technology“, d.h. das Menschliche kommt vor den technischen Begleithilfen.
- Die Angehörigen während der Krankheit und nach dem Tod der ihnen nahe stehenden Person zu unterstützen.
- Fachwissen und Fähigkeiten verschiedenen Berufsgruppen zu koordinieren.
- Der Unterstützung und Fortbildung aller Betreuenden besondere Beachtung zu schenken und so deren Erschöpfung vorzubeugen.

*Prioritäten der palliativen Betreuung:

Palliative Medizin und Betreuung sucht in erster Linie die den Betroffenen störendsten Symptome zu lindern. Nicht der Kampf gegen die Krankheit selber, sondern die Verbesserung der subjektiv belastenden Symptome (z. B. Schmerzen, Verdauungsprobleme, Atemnot oder Angst) steht im Mittel ihrer Aufmerksamkeit

Linderung ist möglich, denn es gibt zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten und unterschiedliche, den Bedürfnissen und Wünschen der erkrankten Person angepasste Massnahmen.

Die Massnahmen werden vom Betreuungsteam der erkrankten Person und ihren Angehörigen vorgeschlagen. Mit Hilfe aller notwendigen Fachpersonen wird gemeinsam der individuelle Behandlungsplan erarbeitet und schrittweise realisiert.

Oberstes Ziel aller Massnahmen ist die Lebensqualität des Bewohners.

2. Umgang mit passiver, indirekter und direkter Sterbehilfe

Passive

Sterbehilfe

liegt vor, wenn auf lebenserhaltenden Massnahmen verzichtet wird. Oft besteht in den letzten Lebenstagen kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit oder Nahrung. Durch eine gute Aufklärungsarbeit von Bewohnern und Angehörigen, können viele Ängste (z.B. vor dem Verdursten) genommen werden. Eine Entscheidung wird im gegenseitigen Einverständnis aller Betroffenen getroffen. Unser oberstes Ziel ist es, das Empfinden und den Willen des Sterbenden zu achten.

Indirekte, aktive

Sterbehilfe

liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche Als Nebenwirkung bewusstseinsstrübend und atemdepressiv wirken können und dadurch eine eventuelle Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Der Einsatz solcher Mittel geschieht nur auf Verordnung des Arztes.

Direkte, aktive

Sterbehilfe

definieren wir als gezielte Tötung eines unheilbar Kranken zur Verkürzung des Leidensweges.

Im Alterszentrum Wehntal steht es jedem Bewohner und jeder Bewohnerin frei, direkte, aktive Sterbehilfe, durch eine zugelassene Organisation, in Anspruch zu nehmen.

Grundsätzlich verstehen wir unsere Aufgabe darin herauszufinden, weshalb ein Mensch den Wunsch zur Selbsttötung verspürt. Es gibt eventuell Wege, die ihm das Leben doch lebenswert erscheinen lassen können.

Respektiert das Leben und seine Endlichkeit

Achtet die Würde und Autonomie des Menschen und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt.

Strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an.

Ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

4. Ziel von Palliative Care*

Palliative Betreuung hat zum vorrangigen Ziel, kranken Menschen in der ihnen verbleibenden Lebenszeit eine von ihnen als bestmögliche definierte Lebensqualität zu erhalten.

Palliative Medizin und Betreuung richtet sich an alle, die an einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leiden. Viele ihrer Möglichkeiten sind schon zu einem frühen Zeitpunkt einer Erkrankung hilfreich und sinnvoll (z.B. Schmerzbekämpfung). Ihr Schwerpunkt aber betrifft die Zeit, wo Sterben und Tod näher rücken, also die Sterbebegleitung.

5. Sterbebegleitung

Jeder Mensch geht seinen eigenen, persönlichen Weg beim Sterben. Deshalb ist auch die Betreuung und Begleitung bei jedem Sterbenden und seinen Angehörigen verschieden, individuell deren Bedürfnissen angepasst.

Diese Punkte sind uns wichtig:

- Die Pflege ist den momentanen Bedürfnissen des Sterbenden angepasst. Es gibt kein „müssen“ – aber ein „können“.
- Eine „Rund um die Uhr“ Betreuung können wir nicht ermöglichen. In Zusammenarbeit mit freiwilligen Helferinnen und Angehörigen versuchen wir soviel Zeit wie möglich mit dem Sterbenden zu verbringen und wie es auch im Sinne des Sterbenden ist. Auch Sterbende brauchen und wollen ihre Ruhe. Es gilt herauszufinden, wie viel Ruhe ein Sterbender braucht oder wie viel Angst ein Sterbender hat alleine zu sein.
- Wenn es ein Anliegen des Sterbenden oder dessen Angehörigen ist, in der Betreuung mitzuhelfen schätzen wir das und unterstützen sie dabei. Wir beziehen die Angehörigen individuell ein und haben stets ein offenes Ohr für ihre Anliegen.

Auf Wunsch des Patienten ermöglichen wir im Alterszentrum Wehntal auch, hier im Heim eine eigens organisierte, externe Sterbehilfe beizuziehen.

6. Abschiedskultur

Das Sterben gehört zum Leben. In unserer Gesellschaft wird das leider oft verdrängt, auf die Seite geschoben. Im Alterszentrum Wehntal möchten wir dem Sterben auch seinen Platz geben. Wir pflegen Rituale, um auch den Mitbewohnern ein Abschied nehmen zu ermöglichen und Trauer zu verarbeiten.

7. Abläufe in der Palliative Care

Bei akuter, fortschreitender Verschlechterung den Arzt informieren. Wenn diese Entwicklung anhält und keine Heilung/Verbesserung mehr absehbar ist, mit dem Arzt absprechen, ob palliative Pflege offiziell begonnen werden soll. Ganz wichtig ist aber, dass wir vorher immer das Einverständnis des Bewohners (wenn noch möglich) und den Angehörigen einholen. Dies wird schriftlich dokumentiert.

7.1 Abklären mit Bewohner/Angehörigen

- Ist eine Patientenverfügung vorhanden?
Nein: soll jetzt eine verfasst werden?
Ja: Soll sie erneuert werden?
- Wie und wo möchte der Bewohner beigesetzt werden?
- Wird Seelsorge, Pfarrer gewünscht?
- Angehörige bei Verschlechterung/Tod jederzeit informieren?
- Sind alle notwendigen Telefonnummern dokumentiert

Diese Punkte werden zum grössten Teil mit dem Assessment erfragt. Trotzdem ist es wichtig sich dieser Punkte zu vergewissern, ob wir alle Antworten auf diese Fragen haben.

*aus: „Palliative Betreuung aus Verantwortung für schwer kranke Menschen“, von der schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung

Diese Entscheidungen sind solange gültig, wie von den Betroffenen keine anderen Entschlüsse gefasst werden!

Es ist jedoch zu beachten, dass sich in belastenden Situationen, wie dem bevorstehenden Sterben, die Wünsche jederzeit ändern können!

Niemand kann vorher sagen, wie der Bewohner selber im Sterben oder dessen Angehörige nach dem Ableben reagieren, deshalb braucht es sehr viel Verständnis, Einfühlungsvermögen und Unterstützung!

7.2 Abklären mit dem Arzt

- Können Medikamente reduziert werden?
- Soll die Präparatform geändert werden? Zum Beispiel Tropfen, Pflaster oder Injektionen, wenn der Bewohner Schluckbeschwerden hat oder schläfrig ist.
- Hat der Bewohner genügend Schmerzmedikamente? Muss ein gezieltes Schmerzmanagement durchgeführt werden?
- Sind Reservemedikamente für Schmerzen, Unruhe, Übelkeit, Atemnot und Angstzustände verordnet?
- Ist die Vitalzeichenkontrolle plus Gewichtskontrolle noch notwendig? Haben Abweichungen noch Konsequenzen?

7.3 Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens

Der individuelle Wunsch des Bewohners hat oberste Priorität! Jeder Bewohner ist anders!

a. Körperpflege

Der Bewohner muss nicht jeden Tag von Kopf bis Fuss gewaschen werden. Das kann für den Bewohner sehr belastend sein. Es gilt abzuwägen was empfindet er subjektiv als eine Verbesserung seines Wohlbefindens und was als eine Belastung.

Es kann auch vollauf genügen den Bewohner etwas frisch zu machen. Natürlich sind die Gefahren einer langanhaltenden Bettlägrigkeit nicht ausser Acht zu lassen (Dekubitusgefahr, Windeldermatose etc.)

Die Körperpflege kann auch am Nachmittag, am Abend oder in der Nacht gemacht werden, sollte es der Wunsch des Bewohners sein und die Möglichkeit dazu besteht. Die Körperpflege soll in einer ruhigen und angenehmen Atmosphäre gemacht werden können. Auf Wunsch auch die Angehörigen mit einbeziehen.

b. Essen und Trinken

Kann und möchte der Bewohner noch Nahrung zu sich nehmen? Wenn ja, hat er spezielle Gelüste und Wünsche? Können wir diese mit der Heimküche erfüllen? Wenn nein Angehörige bitten diese Speisen von zu Hause mitzubringen. Wenn nein herausfinden warum der Bewohner die Nahrung verweigert. Ist es ihm übel oder hat er Schmerzen beim schlucken? Je nachdem die Symptome behandeln. Wenn es aber der Wille des Bewohners ist, muss dieser akzeptiert werden

Kann und möchte der Bewohner noch trinken? Wenn ja, möglichst seine Lieblingsgetränke anbieten! Wenn nein, muss Mundpflege durchgeführt werden. Die Mundpflege kann auch mit den Lieblingsgetränken des Bewohners gemacht werden. Es muss nicht immer Mundwasser oder ähnliches sein. Sollte der Bewohner nicht mehr trinken ist auch der Kaltvernebler ins Zimmer zu stellen.

c. Wach sein und schlafen

Den individuellen Rhythmus des Bewohners in den Alltag integrieren.

d. Ausscheiden

Das Legen eines Dauerkatheters soll nach Möglichkeit vermieden werden. Es ist ein grosser Eingriff in die Intimsphäre. Nur wenn es nicht anders geht, soll einer gelegt werden. Stuhlentleerung ist bei Sterbenden reduziert. Bei dauerhafter Obstipation kann jedoch milde, dauerhafte Laxantiengabe sinnvoll sein.

e. Mobilisation/Lagerung

Wie belastend ist die Lagerung für den Bewohner? Wäre es sinnvoll die Twincare Matratze einzubetten? Angehörige darüber informieren (Vorteile dieser Matratze) und auch mitteilen dass das etwas kostet.

f. Wohlbefinden

Es ist wichtig, dass wir herausfinden, ob der Bewohner Angst vor dem alleine sein hat, oder ob er das Alleine sein bevorzugt. Nicht jeder Sterbende möchte rund um die Uhr betreut werden. Sollte es jedoch der Wunsch des Sterbenden sein Angehörige, freiwillige Helferinnen mit einbeziehen.

Reinigungsarbeiten im Zimmer des Sterbenden auf ein Minimum reduzieren.

7.4 Knacknüsse**a. Schmerzen**

Der Schmerz, den der Bewohner äussert ist individuell und subjektiv. Das Schmerzempfinden muss auf alle Fälle ernst genommen werden. Der Sterbende soll keine Schmerzen haben. Um dieses Ziel zu erreichen muss ein gutes Schmerzmanagement durchgeführt werden (Schmerzskala zur Einschätzung der aktuellen Schmerzintensität nutzen). Wie merken wir aber das ein Sterbender Schmerzen hat sich aber nicht mehr äussern kann? Nervosität, Aggressivität, Schonhaltung, Schwitzen, Veränderung der Atmung und erhöhter BD und Puls können Zeichen für Schmerzen sein.

Natürlich muss die Schmerzmedikation regelmässig mit dem Arzt besprochen und allenfalls angepasst werden. Es sollten Reservemedikamente gegen Schmerzen verordnet und auch auf der Abteilung sein. Die Reservemedikamente sollen grosszügig eingesetzt werden. Je nachdem macht es auch Sinn ca. eine halbe Stunde vor pflegerischen Tätigkeiten etwas zu verabreichen. Denkt auch an alternative Methoden, wie Wickel, Massagen etc. Auch das kann zur Schmerzlinderung beitragen.

b. Morphin

Tatsachen zur Behandlung mit Morphin

- Morphin macht nicht süchtig. Wenn die Schmerzursache behoben ist, kann man wieder gut ohne Morphin leben
- Morphin ist kein *Sterbemedikament*. Es ist einfach ein starkes Schmerzmittel, das in vielen Situationen gute Dienste leistet.
- Einer Person, die richtig mit Morphin behandelt wird, merkt man dies nicht an.
- Morphin ist, richtig verwendet, eines der ungefährlichsten Mittel. Viele andere Opiate, Rheumamittel usw., haben weit mehr Nebenwirkungen.
- Einzige, immer auftretende und bleibende Nebenwirkung von Morphin ist Verstopfung. Andere Nebenwirkungen sind selten oder gehen nach einigen Tagen vorbei.

c. Atemnot

Auch hier handelt es sich um ein subjektives Empfinden. Allgemein gilt, dass der Sterbende angemessen gelagert wird, die Kleidung bequem (nicht einschneidend) ist. Das Zimmer soll gut durchlüftet sein und es soll eine wohnliche Atmosphäre im Zimmer sein. Die

pflegerischen Tätigkeiten sollen gut über den Tag verteilt sein, damit der Sterbende immer wieder Ruhephasen hat. Auch die Besuche sollten gut verteilt sein. Lieber wenige Besucher für kürzere Zeit und das über den ganzen Tag verteilt, als einmal eine riesen Menge von Besuchern.

Hat der Bewohner Atemnot selber ruhig bleiben und ruhig atmen. Eventuell hilft etwas Sauerstoff oder Opiate. Auch dies gilt es vom Arzt verordnen zu lassen und allenfalls neu anzupassen.

Auch mit der Atemlagerung oder durch Vibration und Massage kann die Atmung fördern.

d. Terminales Rasseln

Dieses Rasseln ist nicht schön anzuhören und bewirkt Ängste vor allem auch bei Angehörigen. Da gilt es die Angehörige aufzuklären. Aber auch pflegerische Hilfskräfte und Lernende müssen gut informiert werden.

Auch hier kann durch die angepasste Lagerung (Seitenlage oder sitzende Lagerung) schon etwas Linderung verschafft werden. Die Flüssigkeitszufuhr sollte man aufs nötigste beschränken. Damit der Bewohner nicht einen trockenen Mund hat regelmässig Mundpflege machen. Absaugen nur in äussersten Notfällen. Hat man einmal damit begonnen, wird es nur noch schlimmer.

Auch medikamentös stehen uns einige Hilfsmittel zur Verfügung. Zuerst sollte man eine Testdosis Lasix gespritzt werden um nicht allfällige Wasseransammlungen zu verpassen. In 80% der Fälle hilft sonst ca. 20mg Buscopan

e. Übelkeit

Allgemeine Massnahmen wären:

- Ruhige geruchsfreie Umgebung
- Rasches Entfernen von Erbrochen
- Bequeme Lagerung,
- Regelmässige Mundpflege
- Wunschkost (kleine häufige Mahlzeiten mit Liebe zubereitet)
- Medikamente von per os auf s.c , rektal oder transdermal umstellen
- Antiemetika (Medikament gegen Übelkeit und Brechreiz)

f. Delir

Definition: (entnommen:www.calsy.com/lexikon)

Unter einem Delirium oder Delir (lat.: *delirium* Irresein) versteht man eine akute psychische Störung die eine organische Ursache hat (also eine Form des akuten Hirnorganischen Psychosyndroms). Kennzeichnend für das Delir ist eine Bewusstseinstörung. Hierunter versteht man eine Verminderung der Klarheit des Bewusstseins, Verminderung der Fähigkeit die Dinge der Umgebung und der Person selbst zu verstehen und einzuordnen. Damit einher geht eine mehr oder weniger ausgeprägte Desorientierung, d.h. der Betroffene ist nicht richtig orientiert was Ort, Zeit, seine eigene Person oder Situation betrifft.

Es ist wichtig, dass genau angeschaut wird, ob es sich um eine Demenz, Psychose, Depression, Angstzustände oder medikamentöse Ruhigstellung handelt. Die Symptome sind nämlich fast identisch.

Allgemeine Massnahmen:

- In kurzen einfachen Sätzen sprechen
- Geduld, Ruhe, Einfühlungsvermögen
- Bewohner zuhören ohne auf Inhalte des Deliriums einzugehen
- Bewohner trotzdem bestmöglich mit in die Pflege mit einbeziehen.

- Vertraute Umgebung schaffen, Uhr in Sichtweite
- Tage strukturieren
- Schlafgewohnheiten und Rituale fortführen

Die Angehörigen müssen genau über den Zustand des Bewohners und die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

Angehörige sind aufgefordert:

- Äusserungen des Bewohners nicht zu wörtlich zu nehmen
- Ruhige Atmosphäre entstehen zu lassen
- Besuche einzuteilen

Wenn der Verwirrheitszustand andauert, ist es sinnvoll mit den Angehörigen regelmässige Gespräche zu führen.

Erarbeitet: Juli 2010/Pflege/AG Palliative Care

Überarbeitet: Februar 2019 cv

Ergänzt: April/Sept 2023 vg