




**ALTERS- UND
DEMENZZENTRUM
ST. MARTIN**

Palliative Care





Palliative Care entspricht einer Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt.

Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.



Vorwort

Die kirchliche Stiftung Altersheim St. Martin, welche das Alters- und Demenzzentrum St. Martin betreibt, legt der seelsorgerischen Begleitung bei der Palliative Care grosse Bedeutung bei. Das Alters- und Demenzzentrum St. Martin wurde 1969 als Stiftung der römisch-katholischen Kirche gegründet. Seit 1975 bietet es älteren, betagten und behinderten Menschen aus Olten und Umgebung ein kompetent geführtes, freundliches Zuhause. Heute wohnen 46 Bewohner in den drei Abteilungen des Alters- und Pflegeheims sowie 26 Bewohner in zwei spezialisierten Demenzabteilungen. Die Sterbekultur nahm schon immer einen wichtigen Platz im Pflegealltag ein, es fehlte jedoch ein strukturiertes Konzept mit den dazugehörigen Pflegestandards.

Inhaltsverzeichnis

5	Definition des Begriffs «Palliative Care»
7	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner
8	Palliative Care und Ethik
10	Symptommanagement
11	Symptom «Schmerz»
13	Symptom «Absoluter Schmerz / Total pain»
14	Symptom «Dyspnoe»
16	Symptom «Terminales Rasseln»
17	Symptom «Übelkeit und Erbrechen, Nausea»
18	Symptom «Dehydration»
19	Symptom «Fatigue»
20	Symptom «Angst und Depressionen»
21	Symptom «Pruritus, Juckreiz»
22	Palliative Care bei Menschen mit Demenz
24	Ethische Entscheidungsprozesse
25	Umgang mit Sterben und Tod, End of Life Care
26	Wenn der Bewohner nicht (mehr) will
27	Abschied und Trauer
28	Umgang mit den Angehörigen
29	Nach dem Eintritt des Todes
30	Migration in der Palliative Care
31	Weiterbildung
32	Schlusswort
33	Quellenangaben und Anhang

Definition des Begriffs «Palliative Care»

Der Begriff «Palliative» wird aus dem Lateinischen abgeleitet. Pallium bedeutet Mantel, palliare heisst so viel wie lindern. Care ist in der Übersetzung mit Achtsamkeit, Pflege, Sorgfalt, Umsicht, Zuwendung aufgelistet. «Palliative Care» wird als Begriff international verwendet und auch im nicht Englischen Sprachraum benutzt. Mit dem Ziel, die Palliative Care im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen zu verankern, haben 2009 Bund und Kantone die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet. Damit soll in Zukunft für schwerkranke und sterbende Menschen der Zugang zu angepasster Medizin, Pflege und Begleitung geschaffen werden.

Siehe Kurzfassung unter:

www.palliative.ch/de/palliative-care/nationale-strategie

Die WHO definiert Palliative Care wie folgt: Palliative Care entspricht einer Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.

Palliative Care

- Lindert Schmerzen und andere belastende Beschwerden.
- Unterstützt den Bewohner darin, so lange wie möglich aktiv zu bleiben.
- Integriert psychische und spirituelle Aspekte.
- Bejaht das Leben und erachtet das Sterben als normalen Prozess.
- Will den Tod weder beschleunigen noch verzögern.
- Unterstützt Angehörige, die Krankheit des Patienten und die eigene Trauer zu erarbeiten.
- Ist Teamarbeit, um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen möglichst gut gerecht zu werden.
- Kann frühzeitig in der Erkrankung angewendet werden in Kombination mit lebensverlängernden Massnahmen, wie beispielsweise Chemo- und Radiotherapie.
- Beinhaltet auch die notwendige Forschung, um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können.

Palliative Care setzt immer ein multiprofessionelles Team voraus. Die Pflege bildet hier die wesentliche Schnittstelle.

Palliative Care in der Altersmedizin

Die Bewohner einer Altersinstitution leiden häufig an verschiedenen chronischen Krankheiten. Man nennt dies Multimorbidität. Es gilt, den betagten Menschen nicht als Summe von Organstörungen zu betrachten und nicht jede Krankheit isoliert mit Medikamenten zu behandeln (was eine grosse Anzahl an Wirkstoffen mit allen Nebenwirkungen zur Folge hat). Die Indikation einer Intervention muss immer die Lebensqualität im Fokus behalten. Andererseits dürfen keine Behandlungsoptionen nur aufgrund des Alters eines Bewohners vorenthalten werden.

**Wann beginnt
Palliative Care?**

Prinzipiell dann, wenn eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird. In Pflegeheimen wird der Begriff vorwiegend in der «End of Life»-Phase angewendet. Wer kann oder soll palliative Leistungen als Mitglied eines Palliative-Care-Teams einbringen? Menschen welche sich dazu in der Lage fühlen oder eine entsprechende Ausbildung absolviert haben.

**Regelung
der organisierten
Sterbehilfe**

Die Frage, wie die medizinische Behandlung und Pflege des Menschen in der Endphase des Lebens aussehen soll, beschäftigt die Öffentlichkeit seit Jahren. Palliative Care lehnt den assistierten Suizid ab, mit dem Vorbehalt, dass es jedoch Situationen gibt, in denen die Autonomie des Menschen stärker gewichtet werden muss (SBK & FMH, 2001, S. 1ff). In den Statuten des Alters- und Demenzzentrums St. Martin sowie in den Richtlinien des Kantons Solothurn ist die aktive Sterbehilfe ausdrücklich untersagt. Sollte ein Bewohner diesen Wunsch äussern, liegt es in seiner Verantwortung und in der der Angehörigen mit einer Sterbeorganisation in Kontakt zu treten.

Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Patientenverfügung

Ethisch ist der Anspruch, den eigenen Willen mit einer Patientenverfügung für Situationen der Urteilsunfähigkeit festzuhalten, im Prinzip der Autonomie begründet. Dieses beinhaltet das Recht des Individuums, aufgrund persönlicher Wertungen und Vorstellungen, im eigenen Interesse Entscheidungen zu fällen. Eine Patientenverfügung wird in unserer Institution stets freiwillig, d.h. ohne äusseren Druck oder Zwang verfasst. Falls keine Patientenverfügung existiert, muss das Notfallblatt ausgefüllt werden.

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wird die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt (ZGB 360ff). Grundsätzlich gilt: Je klarer eine Patientenverfügung ist und je konkreter sie auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, desto gewichtiger ist ihre Rolle im Entscheidungsprozess. Ob es sich um eine individuelle oder um eine standardisierte, vorformulierte Patientenverfügung handelt, welche der Verfügende nur noch zu unterschreiben braucht, steht dabei nicht im Vordergrund.

Vorsorgeauftrag bei Urteilsunfähigkeit

Für den Fall einer Urteilsunfähigkeit ist im Erwachsenenschutzrecht der Vorsorgeauftrag mit Vorsorgevollmacht vorgesehen. Darin ist festgelegt, wer die Dinge des Alltags stellvertretend erledigen darf. Wird bei einem Bewohner die Urteilsunfähigkeit durch den Arzt festgestellt, sind wir bei den administrativen Aufgaben gerne beratend behilflich.

Multiprofessionelles Team

Das Kernteam besteht primär aus Pflegefachfrauen und Ärzten. Die medizinische Vertretung im Kernteam übernimmt der Hausarzt. Das professionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus allen weiteren Pflegemitarbeitenden mit unterschiedlichen Kompetenzen und Funktionen sowie fallbezogen ergänzenden Fachpersonen wie beispielsweise Seelsorgern und Therapeuten, Freiwilligen und Angehörigen. Das erweiterte interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus Mitarbeitenden der Küche, des Hausdienstes und der Administration.

Kommunikation

Das gesamte Behandlungsteam beachtet die wesentlichen Aspekte der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation. Die Grundvoraussetzungen für diese hohen Ansprüche sind Empathie und Wahrhaftigkeit sowie die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen offen zu legen. Dies gilt bei uns für die Kommunikation mit Bewohnern, aber auch untereinander im Kern- und Behandlungsteam sowie gegenüber externen Netzwerkpartnern.

Palliative Care und Ethik

Multidimensionalität	In der Palliative Care wird dem älteren Menschen in seiner Ganzheit begegnet. Dies gelingt unter Berücksichtigung der folgenden vier Dimensionen:
Körperliche Dimension	Alle körperlichen Symptome werden systematisch, regelmässig sowie kontinuierlich erfasst und behandelt. Zur Symptomkontrolle werden geeignete, valide Messinstrumente für die kontinuierliche Beurteilung des Verlaufs eingesetzt. Massgebend für den interprofessionellen therapeutischen Plan sind der individuelle Wille und die Bedürfnisse der Bewohner. Die Selbstständigkeit des kranken Menschen ist unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» zu fördern.
Psychische Dimension	Die psychischen Stressfaktoren der Bewohner sowie der betreuenden, nahestehenden Bezugspersonen werden systematisch erfasst. Die Bewältigungsressourcen des kranken Menschen, also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, seine belastenden Erlebnisse adäquat verarbeiten zu können, sollen stabilisiert und gefördert werden. Dabei ist das regelmässige Gespräch mit ihm und den nahestehenden Bezugspersonen zu suchen. Psychologische und oder psychotherapeutische Interventionen und Angebote sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Betreuung und Behandlung ist zu gewährleisten.
Soziale Dimension	Die soziale Dimension stellt die Lebenswelt der Bewohner in den Vordergrund. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und an den gewohnten Lebens- und Tagesstrukturen des älteren Menschen. Die bestehenden Ressourcen und die Eigenverantwortung werden gestärkt, sodass trotz Einschränkungen durch die Krankheit eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensalltags möglich ist. Von Bedeutung sind in dieser Dimension unter anderem die nahestehenden Bezugspersonen, der Freundes- und Bekanntenkreis, die finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten. Die vorhandenen lokalen Angebote und das soziale Helfernetz werden gestärkt und vernetzt. Der Zugang zu adäquaten Angeboten verschiedener Fachpersonen und die Zusammenarbeit mit den regionalen Organisationen und Gruppierungen der informellen und formellen Freiwilligenarbeit sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Betreuung ist zu gewährleisten. Auch kulturspezifische Aspekte sind im Rahmen der Behandlung und Betreuung mit einzu-beziehen.
Spirituelle Dimension	Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden oder der Wunsch danach vom Bewohner oder Angehörigen geäussert wird. Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung sind in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten (BAG, 2010, S. 13–14).

Aus dem Angebot der katholischen Kirche Region Olten:

- Die Seelsorge steht allen Bewohnern sowie ihren Angehörigen offen. Unser Anliegen ist es, den spirituellen und religiösen Fragen Raum zu geben. Dies tun wir achtsam und in Respekt ihrer Lebensauffassung und Glaubensüberzeugung.
- Der Pastoralraum Olten schult und betreut eine Gruppe freiwilliger Personen, welche zur Sterbebegleitung beigezogen werden können.
- Wir vermitteln auf Wunsch den Kontakt zu Seelsorgern anderer Konfessionen und Glaubensrichtungen. Die Flyer/Informationen können in der Administration bezogen werden.
- Seelsorgerische Notfall-Nummer: 079 922 72 73 (seelsorgerischer Beistand, Krankensalbungen). Sitzwachen: Frau Antonia Hasler, Telefon 076 388 50 75.

Im Wissen um diese Ganzheitlichkeit wird dies in unserem Leitbild unter folgenden Punkten angesprochen:

Wo Bewohner von schwierigen Lebensumständen, von Krisen und Abschiednehmen betroffen sind, können sie und ihre engeren Bezugspersonen jederzeit auf unsere volle menschliche und fachlich kompetente Unterstützung und Begleitung zählen. Als Mitarbeitende legen wir grossen Wert auf persönliche und berufliche Kompetenz. Wir bilden uns selber stets weiter und bieten Lernwilligen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten an. Die ethische Orientierung von Palliative Care basiert auf der Würde und dem Autonomieanspruch des Menschen. Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Sie ist abhängig vom Informationsstand, der aktuellen Situation und der Bereitschaft und Fähigkeit des Betroffenen Verantwortung für das eigene Leben und Sterben zu übernehmen. Autonomie beinhaltet auch Verantwortung anderen gegenüber.

Autonomie zu respektieren bedeutet für uns:

- Dem biografischen Hintergrund des älteren Menschen Rechnung zu tragen.
- Die Familiendynamik im Auge zu behalten.
- Den älteren Menschen und die Angehörigen so klar wie möglich zu informieren.
- Sich zu vergewissern, ob die Information verstanden wurde.
- Sich immer wieder zu vergewissern, ob der Wille des älteren Menschen richtig verstanden wurde und ihm im Rahmen des Möglichen entsprochen wird.
- Sich bei äusserungsunfähigen Bewohnern im Voraus an mündlich oder schriftlich formulierten dokumentierten Werte- und Willensäusserungen zu orientieren (SAMW, 2013, S. 8).

Die ethischen Richtlinien des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner benennen die ethischen Prinzipien in der Pflege mit folgenden Begriffen:

- Autonomie:
Respekt vor Selbstbestimmung
- Nicht schaden:
Vermeidung von potenziellem Schaden
- Gutes tun:
Fördern von Wohlbefinden, Sicherheit und Lebensqualität
- Gerechtigkeit:
Gerechtigkeit bei der Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand (SBK, 2006, S. 10ff).

Symptommanagement

Symptome

Bei chronischkranken, multimorbiden älteren Bewohnern und am Lebensende können Symptome auftreten, die durch geeignete Massnahmen effektiv minimiert werden können. Um diese Leiden zu lindern, erfassen wir die häufigsten störenden Symptome der Bewohner mit dem ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) von Beginn, systematisch und regelmässig. Das ESAS besteht aus visuell analogen Skalen zur selbstständigen Beurteilung der Intensität der häufigsten Symptome (Neuenschwander, 2006, S. 249ff).

Dieses Instrument erlaubt uns, die Symptome zu benennen, welche dem Bewohner die grössten Probleme in Bezug auf seine Lebensqualität bereiten. Die am stärksten gewichteten Symptome versuchen wir als erstes zu lindern.

Für die Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität unserer Bewohner gestalten sich dadurch folgende fünf Herausforderungsfelder in der Pflege, Betreuung und Behandlung in der Langzeitpflege von älteren Menschen:

- Das Bedürfnis nach Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Das Bedürfnis über den Tod zu sprechen.
- Das Bedürfnis, nach angemessener Aufklärung und das Bedürfnis das Ausmass der medizinischen Intervention mitzubestimmen.
- Das Bedürfnis nach Begleitung beim Sterben.
- Das Bedürfnis Sterbezeit und Sterberaum zu gestalten (Heimerl, 2007, S. 134ff).

Um die Bedürfnisse und Symptome der Bewohner zu erfassen, stehen uns nebst dem ESAS eine Reihe weiterer evidenzbasierter Assessmentinstrumente zur Verfügung. Diese können einzeln abgerufen werden:

Desktopkonzepte, Pflegestandards, Palliative Konzeptanhänge. Es sind dies:

- NRS
Numerische Rating Skala
- VRS
Verbale Rang Skala
- VAS
Visuelle Rang Skala
- ECPA und BESD
Diese eignen sich besonders als Verhaltensprotokoll zur systematischen Schmerzerfassung bei dementen oder behinderten Bewohnern.
- Q-Sys
Schmerz Assessment im eP-Dok

Kontaktadressen bei nicht lösbaren Problemen mit den Hausärzten:

www.so-h.ch/kantonsspital-Olten/institute/medizinischeklinik/palliative-care.html

Telefon 062 311 53 24 (Mo. bis Fr. 08.00–17.00 Uhr)

Palliativecare.KSO@spital.so.ch oder manuel.jungj@spital.so.ch

Symptom «Schmerz»

Schmerz ist, was der Betroffene sagt und existiert, wann immer er es sagt (Mc Caffery 1976).

Ursachen

Verbale Schmerzäusserungen

- Sprechen: Ich habe Schmerzen
- Ausrufe wie aua, ihh, ahh, weh
- Schreien
- Stöhnen
- Jammern
- Wimmern
- Weinen

Nonverbale Schmerzzeichen

- Schonhaltung
- Verkrampfen
- Verzerrte Gesichtszüge
- Rückzug gewohnter Tätigkeiten
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen
- Eingeschränkte Mobilität

Pflegerische Massnahmen

Schmerzmedikamente

Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben, Pflaster, Suppositorien

Alternative Mittel zur Schmerzlinderung

- Wickel mit pflanzlichen Inhaltsstoffen, kühlende Umschläge, wärmende Umschläge, therapeutische Bäder, Massagen, Gymnastik, Physiotherapie, Lagerungen, Zuwendung, Verbände, Ruhigstellen, Aromatherapie
- Schmerzen erkennen (verbal und nonverbal)
- Schmerzursache ausschalten
- Schmerzen mittels Assessment ermitteln
- Therapieplan erstellen
- Initial engmaschige Erfassung und Dokumentation
- Reserven ausschöpfen
- Nebenwirkungen frühzeitig prophylaktisch mitbehandeln, z. B. Antiemetika, Laxantien, Erfolgskontrolle

Eine Umrechnungstabelle für Opiate befindet sich im Anhang

Mit der ersten Abgabe von Opioiden mit Laxantien beginnen (Paraffin nicht länger als zwei Wochen verabreichen). Kein Fentanyl bei kachektischen Bewohnern anwenden, es braucht Fettgewebe zur Resorption. Haare vor dem Aufbringen des Pflasters nicht mit dem Rasiermesser entfernen. Keine Wärmeapplikation in der Nähe von Schmerzpflaster anbringen. Kein Codein oder Tramal mit Morphin kombinieren, diese verstärken die Wirkung. Evtl. Lolli verwenden (Actiq® von Elan Pharma, München)

www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=pharm2_13_2002

Wirkungseintritt bei Morphinpräparaten

- Nasalspray LMA MAD*
- Mô i.v. innerhalb 5 Minuten
- Mô i.m. innerhalb 10 bis 15 Minuten
- Mô s.c innerhalb 30 Minuten
- Mô Tropfen per os nach 10 bis 15 Minuten durch Mundschleimhaut
- MST ab 4 bis 12 Stunden

* Nasalspray hat einen sehr schnellen Wirkungseintritt, vergleichbar mit einer i.m. Injektion. Wird durch den Nasenzerstäuber LMA MAD Nasal erzielt. Leider ist diese Applikationsart noch sehr wenig bekannt in der Ärzteschaft und wird deshalb noch kaum verordnet.

www.teleflex.com

Bigorio Schmerztherapie

www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E12_3_bigorio06_d.pdf

Symptom «Absoluter Schmerz / Total pain»

Unter «Total pain» versteht man nicht nur den körperlichen Schmerz, sondern ein Leiden an der ganzen Situation. Dies kann die Bereiche Physisch, Psychisch, Sozial und Spirituell betreffen.

Ursachen

Physisch

- Körperlicher Zerfall
- Schmerzen
- Müdigkeit
- Atemnot
- Übelkeit
- Appetitlosigkeit

Psychisch

- Einsamkeit
- Angst
- Wut
- Verzweiflung
- Trauer
- Depression

Sozial

- Verlust gewohnter Beschäftigungen
- Soziale Verluste
- Rollenverluste
- Trennung
- Kommunikationsprobleme

Spirituell

- Sinnkrise
- Glaubenskrise
- Sinnfindung

Pflegerische Massnahmen

Empfehlungen für den Umgang mit «Total pain»-Betroffenen

- Beziehungsaufbau
- Miteinbezug von Angehörigen
- Abklärung und Evaluation der Schmerzursache und entsprechende Therapie erstellen
- Wahrnehmen und akzeptieren der Auswirkungen des physischen und nicht-physischen Schmerzes auf das Verhalten des Betroffenen
- Erkennen von Zusammenhängen und gegenseitiger Beeinflussung der diversen Schmerzdimensionen, die verschiedenen Dimensionen als Leiden begreifen
- Anstreben einer mehrdimensionalen Behandlung, Zulassen und Akzeptanz der eigenen Gefühle in Bezug auf Machtlosigkeit
- Akzeptieren, dass das Leiden und der Schmerz eine subjektive Erfahrung ist und nie verglichen werden kann
- Einsetzen eines multiprofessionellen Teams zur Behandlung (Tschopp Andrea, 1.2013)

Symptom «Dyspnoe»

Dyspnoe kann verschiedene Ursachen haben. Man unterteilt diese in pulmonale und nicht-pulmonale Ursachen. Dyspnoe kann nur subjektiv erlebt werden. Es wird durch Betroffene unterschiedlich wahrgenommen.

Ursachen

Pulmonal

- Tumor/Atelektase
- Pleuraerguss
- Lymphangitis carcinomatosa
- Obere Einfluss-Stauung
- Lungenfibrose (Chemo- und Radiotoxizität)
- Status nach Lobektomie
- Pulmektomie
- Rezidivierende Lungenembolie
- Lungeninfekt, Aspiration, COPD, Asthma Aszites, Lebervergrößerung

Muskuläre

- Kachexie
- Myopathie
- Lähmung des Zwerchfells
- Lähmung der Stimmbänder

Zentral

- Medikamentös induzierte
- Atemdepression
- Stoffwechselstörungen (Fieber, Anämie, Hypoxämie, Azidose)
- Hirnverletzungen

Weitere

- Angst (besonders Panikattacken)
- Schlecht kontrollierte Schmerzen
- Infekte/Sepsis
- Husten

**Pflegerische
Massnahmen**

- Atemunterstützende Lagerung
- Bequeme Kleidung
- Basale Stimulation
- Atemtherapie
- Mund-, Nasen-, Lippenpflege
- Flüssigkeitszufuhr beachten
- Angepasste Aktivitäten
- Zimmer lüften
- O₂ 2 Liter oder nach Verordnung
- M^o nach Verordnung, schnellwirkende Applikation ist zu bevorzugen (siehe Kapitel Schmerz)
- Diuretika nach Verordnung
- Bronchospasmolytika bei Spasmen
- Codein bei Husten

Psychische Ebene

- Präsenz durch Pflegeperson
- Ruhige Umgebung
- Angst thematisieren
- Angehörige aufklären, einbeziehen

Bigorio

[www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/
E_Standards/E_12_6_bigorio_2003_Atemnot_de.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_6_bigorio_2003_Atemnot_de.pdf)

Symptom «Terminales Rasseln»

Ursachen Flüssigkeitsansammlung im Rachen und Bronchialbereich

**Pflegerische
Massnahmen**

- Buscopan s/c nach Verordnung
- Empfohlene Dosierung: 20 mg, 3–5 × pro 24 h
- Lagerung
- Angehörige aufklären, beraten, begleiten

Symptom «Übelkeit und Erbrechen, Nausea»

Ursachen

Tumorbedingte Ursachen

- Beeinträchtigung des autonomen Nervensystems (Gastroparese, Anorexie-Kachexie-Syndrom)
- Obstipation
- Erhöhter abdominaler Druck (Hepatomegalie, Aszites, peritoneale Karzinomatose)
- Ileus (akut oder chronisch, komplett oder inkomplett)
- Metabolische Ursachen (Leber-, Niereninsuffizienz, Hyperkalziämie, Hyponatriämie)
- Erhöhter Hirndruck (i.d.R. Erbrechen im Schwall ohne Nausea)

Therapiebedingt

- Chemotherapie (speziell als Spätwirkung)
- Radiotherapie
- Opiate (speziell bei Therapiebeginn, starker Dosissteigerung)
- Antidepressiva (speziell SSRI)
- Antibiotika
- Digoxin
- Orale Eisensubstitution

Pflegerische Massnahmen

Ruhige, geruchsfreie Umgebung, rasches Entfernen von Erbrochenem, bequeme Lagerung, häufige Mundpflege, Wunschkost, kleine, appetitliche Mahlzeiten, kohlesäurearme Getränke.

Medikamentöse Therapie

Wann immer möglich die Ursache behandeln, Antiemetika regelmässig nach Verordnung, Motilium, Paspertin, Zofran, Cortison bei zerebraler Ursache, Haldoltropfen zu den Mahlzeiten (2–3 gtts).

Bigorio

www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_5_bigorio_2003_Nausea_de.pdf

Symptom «Dehydration»

Ursachen

- Pathologie der Mundhöhle
- Infekt
- Dysphagie
- Tachypnoe
- Übelkeit
- Amphetamine
- Frühes Sättigungsgefühl, z. B. bei vegetativer Polyneuropathie (Gastroparese)
- Verwirrtheit
- Depression
- Vermindertenes Durstgefühl
- Andere ungenügend behandelte Symptome (z. B. Schmerzen)
- Übermässige Flüssigkeitsverluste
- Harnverluste (Diuretika)
- Harnwegsinfekt
- Polyurie bei endokrinen Störungen
- Hyperglykämie
- Fieber
- Vermehrtes Schwitzen
- Erbrechen
- Diarrhoe
- Verbrennungen
- Andere Medikamente wie Laxantien
- Hitze

Pflegerische Massnahmen

Mundpflege: siehe Standard im Anhang oder unter EFQM.

Parenterale Flüssigkeitszufuhr: siehe Standard im Anhang oder unter EFQM.

Sollte man sich nach sorgfältigem Abwägen für eine Flüssigkeitszufuhr entscheiden, so bietet sich die subcutane Infusion an. Vorteile: Einfache Handhabung, wenig invasiv und für den Betroffenen schmerzfrei.

s/c-Medikamente können über den gleichen Zugang verabreicht werden. Nachteile: mögliche Überwässerung, Lungenödem, Verflüssigung des Bronchialschleims, mehr Husten, Vermehrte Urinförderung, häufigeres Wechseln der Einlagen, Schmerzen beim Umlagern.

Bigorio

www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2009_Hydratation_dt.pdf

Symptom «Fatigue»

Unüberwindbares anhaltendes Gefühl der Erschöpfung.

Ursachen

- Krebserkrankung
- Gewichts- und Appetitverlust
- Fieber
- Schmerzen
- Emotionaler Stress
- Schlafstörungen
- Anämie
- Niereninsuffizienz
- Medikamente und Nebenwirkungen

Pflegerische Massnahmen

- Bewohner und Angehörige informieren und beraten.
- Massnahmen wie Infusionen, Transfusionen usw. im multiprofessionellen Team besprechen.
- Pflegemassnahmen aufteilen, Ruhepausen einplanen

Bigorio

[www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/
E_Standards/Bigorio_2013_Fatigue_D.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2013_Fatigue_D.pdf)

Symptom «Angst und Depressionen»

In der terminalen Phase der Bewohner bezieht sich die Angst meistens auf die eigene Sterbesituation. Oft können Wesensveränderungen wie Verwirrtheit, Aggressivität, Abwendung, versagende Stimme oder ein leerer Blick beobachtet werden.

Ursachen

- Schmerzen
- Atemnot
- Alleinsein
- Kontrollverlust
- Existentielle Angst
- Spirituelle Angst

**Pflegerische
Massnahmen**

- Ursachen wo möglich bekämpfen
- Gespräche anbieten für Bewohner und Angehörige
- Seelsorge beiziehen
- Medikamente z. B. Temesta nach Verordnung

Bigorio

[www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/
E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf)

Symptom «Pruritus, Juckreiz»

Pruritus ist ein klassisches Symptom bei einzelnen systemischen Erkrankungen. Pruritus kann eine deutlich erkennbare und/oder nachvollziehbare Ursache haben, aber auch ohne Ursache auftreten. Er kann lokalisiert, auch im Epithel der Bindehaut, im Mund, im Pharynx, in der Nase und im Urogenitaltrakt auftreten. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit eines Pruritus zu. Dauerhafter Pruritus ist für den Patienten oft schwerer zu ertragen als starke Schmerzen. Schlafstörungen und Reizbarkeit sind häufige Belastungen in Verbindung mit Pruritus. Durch Kratzen entstandene grossflächige Hautläsionen können zu Superinfektionen führen, welche das Leben der Betroffenen zusätzlich belasten (Knipping).

Ursachen

- Lebererkrankungen
- Niereninsuffizienz
- Hauttrockenheit durch Dehydration
- Medikamente
- Alkalische Pflegeprodukte
- Kleidung

Pflegerische Massnahmen

- Medizinische Bäder mit Ölen oder Sojamilch.
Wassertemperatur nicht >35 °C
- Haut abtupfen, nicht abtrocknen
- Mandelöl auftragen
- Atmungsaktive Kleider, Naturfasern
- Lokale Massnahmen
- Kalte Waschungen
- Kühle Waschungen mit Lavendel- oder Kamillenzusätzen
- Pfefferminzöl 0,5% zur Einreibung der juckenden Hautareale
- Umschläge mit Quark
- Waschung mit dünnem Schwarztee
- Essig 1:20 verdünnt
- Medikamente: Emla-Creme, Creme mit Menthol 2%, Capsaicin, Antihistaminika, Antiphlogistika, Steroide, Aktivkohle (Knipping 2007)

Palliative Care bei Menschen mit Demenz

Wir betreuen in unserer Langzeitpflegeinstitution Menschen mit Demenz. Einerseits auf zwei geschlossenen, spezialisierten Abteilungen, andererseits aber auch auf den drei offenen Pflegestationen. Menschen mit Demenz erhalten palliative Pflege, Betreuung und Behandlung. Sie unterscheiden sich durch ihr Erleben und Verhalten von anderen Bewohnern in folgenden Aspekten:

Gedächtnis

Durch den zunehmenden Verlust des Frischgedächtnisses leben Menschen mit Demenz oft in einem früheren Teil ihres Lebens. Informationen verstehen sie zwar im Moment, vergessen sie jedoch während einer Handlung wieder und wehren sich oft gegen für sie unverständliche Massnahmen. Mit der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten ist auch die Orientierungsfähigkeit in Raum und Zeit, aber auch bezüglich des eigenen sozialen Umfeldes und der eigenen Personen verbunden. Dies kann zu Angst und Unruhe führen.

Abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit

Der Verlust des abstrakten Denkens lässt das Verstehen von Zusammenhängen zunehmend unmöglich werden. Trotz Informationen können sich Menschen mit Demenz kaum mehr entscheiden. Deshalb ist in dieser Situation die Bestimmung der bevollmächtigten Vertrauensperson unerlässlich.

Kommunikation

Es fällt Menschen mit Demenz zunehmend schwer, Wünsche, Bedürfnisse aber auch Beschwerden sowie ihr subjektives Erleben verbal auszudrücken. Unsere sorgfältigen Verhaltensbeobachtungen helfen, aus Mimik, Körperhaltung und Reaktionsweisen auf mögliche störende Symptome zu schliessen.

Körperempfindung

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers kann zunehmend verlorengehen. Dies zeigt sich manchmal in einer völlig veränderten Körperhaltung oder darin, dass der Mund für die Nahrungsaufnahme nicht mehr gefunden wird. Die Lokalisation von Schmerzen kann dadurch verunmöglicht werden, weil die Person nicht mehr anzeigen kann, wo es wehtut. Eine volle Harnblase kann zu einer zunehmenden Unruhe und Aggressivität führen.

Emotionen

Die Erlebnisfähigkeit für Gefühle bleibt bis zuletzt erhalten. Wir sind überzeugt, dass unser positiv gestaltetes Umfeld den Menschen mit Demenz das Gefühl von Geborgenheit und Verständnis vermittelt und dass Gefühle bei uns ausgeliebt werden dürfen. Damit verbessern wir die Lebensqualität. Die biografiebezogenen Aktivitäten ermöglichen Freude und positive Empfindungen, Rituale vermitteln Ruhe und Geborgenheit, Musik und Tanz lassen das Bewegungsbedürfnis positiv erleben (Kunz & Wilkening, 2005, S. 95ff). Die Schmerzerfassung und -behandlung bei Menschen mit Demenz beruht, wie bei allen anderen Bewohnern auch, auf Schmerzerkennung, Schmerzerfassung und Schmerztherapie. Im Alltag werden Schmerzen oft durch Verhaltensveränderungen erkannt. Unruhe, Aggressivität, verminderter Appetit oder Schlafstörungen, wie auch Veränderungen der Mimik, der Körperhaltung und Mobilität können beobachtet werden. Für die Erfassung der Schmerzen wenden wir eines der Assessmentinstrumente an, welche spezifisch für dementielle Menschen entwickelt wurden. Im Demenzzentrum wird zusätzlich folgende Methode angewendet: Dementia Care Mapping (DCM, Beobachtungsverfahren zur Einschätzung des Wohlbefindens [Müller-Hergl/Riesner 2008]). In diesem Zusammenhang beto-

nen wir nochmals die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder anderen wichtigen Personen der betroffenen Bewohner. Vor allem bei der Biographie Arbeit, bei der Informationen aus dem früheren Leben des Betroffenen erfasst werden, benötigen wir das Wissen der Lebenspartner, Kinder, Freunden und Bekannten, da sich die Menschen selber meist nicht mehr genügend verbal ausdrücken können (Kostrezewa, 2005, S. 124).

Ethische Entscheidungsprozesse

Bei schwierigen Entscheidungen kann eine strukturierte ethische Fallbesprechung oder Beratung hilfreich sein (SAMW, 2013, S. 9). Beim Erkennen von ethischen Dilemmata findet die ethische Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kern- und Behandlungsteam statt. Der erarbeitete Konsens wird nachvollziehbar dokumentiert. Dies erfolgt in der eP-Dok «Alltagsrelevante Pflegeprobleme».

Umgang mit Sterben und Tod, End of Life Care

Ältere Menschen sind in besonderem Masse auf Palliative Care angewiesen. Palliative Care soll eine möglichst gute Unterstützung bis zum Lebensende ermöglichen. Was unter einem «guten Sterben» verstanden wird, kann nicht durch objektive Kriterien festgelegt werden, sondern ist stets von Mensch zu Mensch von sehr unterschiedlichen Vorstellungen abhängig. Frühere Äusserungen sind für uns wegleitend.

Die Vorstellungen der Angehörigen und unserer Mitarbeitenden des Kern- und Behandlungsteams spielen bei der Beurteilung mit, sind jedoch nicht entscheidend. Ein «gutes Sterben» ist auch durch optimale Palliative Care nicht garantiert, da es eng mit der Lebensgeschichte der Bewohner und dem Verlauf der Krankheit(en) verknüpft ist. Medikamentöse und pflegerische Massnahmen setzen wir mit dem Ziel der Symptomlinderung ein, belastende Massnahmen unterlassen wir möglichst. Schmerzen und Leiden sollen gelindert werden, auch wenn dies in Einzelfällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen kann (SAMW, 2013, S. 15–16).

Während der End of Life Care berücksichtigen wir folgende Aspekte:

- Wir nehmen den Menschen in seiner Ganzheit (physisch, psychisch sozial und spirituell) und unter Einbezug seiner Lebensgeschichte wahr.
- Wünsche und Bedürfnisse thematisieren und erfassen wir frühzeitig.
- Wir schaffen eine würdige Umgebung und Atmosphäre.
- Wir gehen auf die Religion, Spiritualität und Kultur ein.
- Wir gewährleisten eine empathische Begleitung während des Sterbens (Pleschberger et al., 2005, S.137ff).

Wenn der Bewohner nicht (mehr) will

Im Pflegealltag unserer Langzeitpflegeinstitution kommt es vor, dass ein Bewohner Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen verweigert. Beispielsweise lässt sie oder er nicht zu, dass Mundpflege gemacht wird, will die Medikamente nicht einnehmen oder isst und trinkt nicht mehr. Nach der Abklärung behandelbarer Ursachen erachten wir eine Verweigerung als Willensäußerung. Immer wieder bieten wir die Massnahmen an, akzeptieren jedoch, wenn sie nicht angenommen werden können (SAMW, 2013, S. 14). Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes (ZGB, 360–456) werden eingehalten, indem die Angehörigen oder die bevollmächtigte Vertrauensperson umgehend informiert und in die weiteren Entscheidungsprozesse integriert werden. Es gibt bis anhin noch keine wissenschaftlichen Studien, die belegen, ob die Zufuhr von Flüssigkeit oder eine Dehydratation (Austrocknung) für den Betroffenen angenehmer sind. Fest steht, wenn die Nieren und das Herz nur noch bedingt arbeiten, würde eine Flüssigkeitszufuhr den Organismus unnötig belasten. In erster Linie zählt der Wille des Sterbenden. Idealerweise liegt eine Patientenverfügung vor. Je nach Auftreten der Symptome muss die Situation laufend neu evaluiert werden.

In der letzten Lebensphase nehmen Menschen oft nur noch wenig oder gar keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich. Für Angehörige und Pflegende kann dies eine sehr belastende Situation sein. Es gehört zu den elementarsten Dingen im Leben, Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können. Der Betroffene stirbt jedoch letztendlich an seiner Krankheit und nicht weil er verdurstet. Das Ablehnen von Speisen und Flüssigkeit kann verschiedene Ursachen haben, welche gründlich abgeklärt werden müssen. Ein paar der häufigsten Ursachen: Appetitlosigkeit, fehlendes Hunger- oder Durstgefühl durch eine Krankheit, Nebenwirkung von Medikamenten, Schluckstörungen, Mundtrockenheit, Schmerzen im Mund oder der Speiseröhre, Schwäche, Somnolenz oder Bewusstseinsbeeinträchtigung, Abgabe von Sauerstoff usw. Das Durstgefühl wird beim Menschen von dem limbischen System, einer Region im Gehirn gesteuert. Im Sterbeprozess schaltet dieses Zentrum auf «Standby», was bedeutet, dass der sterbende Mensch kein oder nur noch ein sehr geringes Durstgefühl wahrnimmt. Für Angehörige, aber auch für die Pflegenden ist dies oft nur schwer zu verstehen und auszuhalten. Sie möchten etwas tun, damit der geliebte Mensch nicht verhungert oder verdurstet. Ein Gefühl der Hilflosigkeit und der Angst macht sich breit, im Bewusstsein, dass der endgültige Abschied naht.

In der Sterbephase gibt es mit wenigen Ausnahmen kaum noch Gründe, um eine parenterale (nicht über den Verdauungstrakt eingenommene) Flüssigkeitszufuhr zu beginnen (Knipping 2007). Diese würde die Bildung von Ödemen in der Peripherie wie auch ein Lungenödem mit zunehmender Atemnot und Hustenreiz begünstigen. Durch eine Dehydratation kann manchmal auch die Menge an benötigtem Schmerzmittel reduziert werden. Weil sterbende Menschen häufig eine Mundatmung aufweisen, kann dies zu Mundtrockenheit führen. An dieser Stelle ist eine gute Mundpflege besonders wichtig (Broschüre «Ein Leben geht zu Ende»).

Abschied und Trauer

Der Umgang mit Verstorbenen erfolgt in unserer Langzeitpflegeinstitution in der gleichen wertschätzenden Haltung, wie der Umgang mit dem lebenden älteren Menschen. Dies bedeutet für uns insbesondere, dass im Umgang mit dem Verstorbenen die familiären, soziokulturellen und spirituellen Bedürfnisse soweit als möglich berücksichtigt werden; unsere Institution den Angehörigen und den Mitarbeitenden ermöglicht, in angemessener Art und Weise Abschied zu nehmen. Den Angehörigen wird Unterstützung in ihrer Trauer angeboten oder vermittelt. Obwohl die Arbeit mit älteren, chronisch-unheilbar- und sterbenden Menschen von den Mitarbeitenden des Kernteam als äusserst befriedigend beschrieben wird, ist sie mit Leid und Tragik überschattet (Ramirez et al., 1998, S. 209). Die Ansprüche bei der Umsetzung von Palliative Care in den Dimensionen physisch, psychisch, sozial und spirituell sind hoch und können zu Arbeitsunzufriedenheit, beruflichem Stress, physischer und psychischer Belastung führen.

Psychische Belastungsfaktoren ergeben sich aus

- Dem Umgang mit Sterben und Tod der Bewohner und mit den Angehörigen.
- Der Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam.
- Der eigenen/persönlichen Lebensgeschichte und Lebenserfahrung.
- Durch betriebliche Rahmenbedingungen (Zingg, 2012, S. 3ff).

Die Funktion 2 in Gesundheits- und Krankenpflege wird folgendermassen definiert:

Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens: Die Pflegefachperson begleitet schwerkranke und sterbende Menschen und deren Bezugspersonen. Sie ermuntert die Angehörigen ihre Trauer mitzuteilen. Sie unterstützt und begleitet die Angehörigen umfassend und einfühlsam. An einer anderen Stelle wird formuliert: «Beziehungen aufbauen, aushalten und beenden können.»

Die Klientel in den Pflegeheimen hat sich in den letzten Jahren zum Teil verändert. Öfters kommen Bewohner erst in einer fortgeschrittenen palliativen Situation. Konnte man sich früher auf eine jahrelange Beziehung einlassen, heisst es heute kurzfristig eine Beziehung aufzubauen, um schnell die Bedürfnisse der Kranken und deren Angehörigen zu erfassen. Die Phasen des Abschiednehmens folgen in kürzeren Abständen, was von vielen Mitarbeitenden als belastend empfunden wird.

Umgang mit den Angehörigen

Trauer von Angehörigen betrachten wir als komplexes und intensives emotionales, somatisches, kognitives, soziales und kulturelles Geschehen während der Reaktion auf einen Verlust (Paul & Müller, 2007, S. 411).

Der Einbezug der nahestehenden Angehörigen oder andere dem Bewohner wichtigen Personen ist uns ein Anliegen. Diese Personen sind bei der Planung von Pflege, Betreuung und Behandlung als Partner zu betrachten. Dabei achten wir trotzdem auf die Selbstbestimmung des betroffenen älteren Menschen (BAG, 2010, S. 12). Die Angehörigen betrachten wir demnach als Angehörige des Behandlungsteams, sie benötigen in belastenden Situationen jedoch ebenso Zuwendung, Begleitung und Erklärungen vom Kernteam. Wir ermöglichen ihnen während 24 Stunden den Zugang in unserer Langzeitpflegeinstitution oder zu den Mitgliedern des Kernteams. Auf Wunsch wird ermöglicht, dass sie auch während der Nacht beim betroffenen Menschen sein können. Möglichkeiten für Verpflegung und Übernachtung werden angeboten. Lehnstuhl oder Klappbett können auf Wunsch ins Bewohnerzimmer gestellt werden.

Nach dem Eintritt des Todes

Die vorgegebenen Arbeitsschritte findet man auf der Checkliste «Austritt Todesfall im EFQM» sowie im Anhang.

Leitfaden Trauerarbeit

Der Trauerprozess beginnt bereits während der Krankheits- und Sterbephase. Es wird den Angehörigen sowie dem Pflegepersonal bewusst, dass ein unwiderruflicher Abschied naht. Häufig begleiten Angehörige während vielen Stunden diesen Prozess. Manche fühlen sich hilflos und finden keine Worte. Um diesen Zustand zu überbrücken haben wir eine «Gedankenbox» vorbereitet. Sie enthält diverse christliche und weltliche Utensilien. Die Besucher dürfen sich je nach Stimmung etwas aussuchen und sich damit befassen. Es kann sowohl als Anregung wie auch als Ablenkung dienen.

Das durch uns gestaltete Heft mit Gebeten, Versen und Bildern dürfen die Angehörigen nach dem Todesfall mitnehmen. Nachdem ein Verstorbener zur letzten Ruhe gebettet wurde, werden auf dem Nachttisch oder dem Pflagetisch ein paar Devotionalien arrangiert (nur bei christlichem Glauben). Vor der nächsten Mahlzeit stellt ein Mitarbeiter eine Kerze (LED), einen persönlichen Gegenstand des Bewohners sowie ein Bild des Verstorbenen an seinen Platz. Die Tagesverantwortliche oder eine delegierte Pflegekraft informiert die Bewohner über den Todesfall und liest aus dem Heft einen schönen Spruch oder ein kurzes Gebet vor. Danach erfolgt eine Gedenkminute. Der Abschiedstisch im Parterre wird mit einem Bild des Verstorbenen, Kerze und Engel gestaltet. Während das Bestattungsunternehmen auf der Abteilung weilt, um den Verstorbenen einzusargen und ihn zur Aufbahrung mitzunehmen, spielen wir eine CD mit drei Musikstücken ab. Wenn wir Kenntnis über eine Trauerfeier oder Beisetzung haben, wird diese durch die Bezugsperson besucht. Ist die Bezugsperson verhindert, soll eine Stellvertretung die Feier besuchen. Wenn die Zimmerräumung durch die Angehörigen erledigt und der Austrittsprozess abgeschlossen ist, werden die Angehörigen durch eine Pflegefachperson noch einmal darauf angesprochen, wie sie die palliative Betreuung und Pflege erlebt haben, ob sie zufrieden waren oder was wir ihrer Meinung nach verbessern können. Die Antwort wird in der elektronischen Pflegedokumentation protokolliert. Einmal jährlich findet in der Kapelle eine Gedenkfeier für die Verstorbenen statt. Die Angehörigen werden dazu ebenfalls eingeladen. Fotos mit Kondolenzbuch werden in der Kapelle aufgestellt.

Migration in der Palliative Care

Rund ein Viertel der Schweizer Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Dies wird zunehmend in den Alters- und Pflegeheimen spürbar. Sterberituale anderer Religionen sind im Anhang aufgeführt. Nebst den verschiedenen Sprachen gibt es auch grosse kulturelle und religiöse Unterschiede. Hinzu kommen Faktoren wie Hierarchie in der Familie, Lebensstil, Kommunikation und Verhalten. Die Schwierigkeit transkulturelle Situationen zu managen besteht häufig darin, dass sich die Akteure verbal nicht verständigen können und der Tatsache, dass auch Gesten innerhalb der Sprachkultur nicht das Gleiche bedeuten. Atemnot oder Schmerzen sind ein hindernder Faktor, um konkrete und schnelle Massnahmen ergreifen zu können. Des Weiteren muss beachtet werden, dass der offene Umgang und das direkte An- und Aussprechen bestimmter Bereiche (Ausscheidung, Sterben, Tod) in vielen Kulturen nicht üblich ist und von Migranten dann als Konfrontation erlebt werden. Alltagsfragen können durch Angehörige übersetzt werden, medizinische Aspekte müssen durch geschulte Übersetzer vermittelt werden (z.B. www.inter-pret.ch).

Die katholische Kirche der Region Olten vermittelt gerne auch Priester anderer Konfessionen. Telefon 062 287 23 18 oder Notfallnummer 079 922 72 73.

Diese Fragen sollten für eine angepasste Pflege vorab beantwortet werden:

- Tägliche Gewohnheiten und Rituale.
- Religion und Praxis (wer könnte für uns diese Rituale übernehmen).
- Was hat ihnen schon geholfen in ähnlichen Situationen (Coping, Spiritualität).
- Umgang mit Medikamenten, Schmerzen und anderen Symptomen.
- Was ist ihnen wichtig, was gibt ihnen Halt, was tröstet sie.

Weiterbildung

Zur Umsetzung dieses Konzeptes wird von allen Mitarbeitenden eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt. Sie werden mit den Grundlagen der Palliative Care in internen Weiterbildungen vertraut gemacht und geschult. Das Ziel ist, dass mindestens ein Mitarbeitender pro Station eine A1-Ausbildung und eine Pflegefachfrau eine B1-Ausbildung absolviert haben.

Schlusswort

Das hier vorliegende Konzept zur palliativen Pflege ist das Ergebnis eines langen Prozesses zur Implementierung von Rahmenbedingungen und Verfahrensweisen zur adäquaten Versorgung und Begleitung von Heimbewohnern, die eine palliative Versorgung benötigen und deren Angehörigen. Zusätzlich dient es als Leitlinie einer «lernenden Organisation», um sich an ständig neu ergebende Situationen anzupassen. Das Konzept soll auch der Trägerschaft und den Mitarbeitenden des Alters- und Demenzzentrums St. Martin eine ständige Orientierung sein, dem Leitgedanken eines würdevollen Sterbens nachzukommen. Die hier formulierten Standards, Massnahmen und Handlungsweisen sind zum Teil schon umgesetzt, zum Teil in Diskussion oder in der konkreten Planung. Den Verfassern dieses Konzepts ist klar, dass die letztendliche Verwirklichung ein mehrjähriger Prozess ist, der einem ständigen Wandel unterliegt. Dieser Wandel ergibt sich aufgrund von sich ändernden Rahmenbedingungen (Finanzierung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Wandel der Bewohnerklientel usw.), aber auch aus innovativen Erkenntnissen der Palliativmedizin und der Palliative Care. Als Grundlage zur Erstellung dieses Konzeptes diente der Leitfaden für Pflegeheime PPM PRO Pflege Management, Verlag Bonn, 2011, sowie die Vorlage der Curaviva Thurgau. Dieses Konzept dient als Arbeitsinstrument des Pflegeteams in der Palliative-Care-Pflege.

Quellenangaben und Anhang

Quellenangaben

- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2010): Nationale Strategie 2010–2012. Bern: BBL
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2012). Nationale Strategie 2013–2015, Bilanz Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: BBL
- Heimerl, K. (2007). Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende in C. Hospizdienst Thurgau (2013). Zugriff am 05.02.2013 auf www.hospizdienst-thurgau.ch/index.php/hospizdienst.
- Knipping, C. (2007). Subkutantherapie und Dehydration in der letzten Lebensphase. In: Knippin, C. (Hrsg.). Lehrbuch für Palliative Care. p. 293–305. Bern: Huber
- Kunz, R. & Wilkening, K. (2005). Sterben im Pflegeheim, Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH
- Neuenschwander, H. et al. (2006). Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte Bern: Krebsliga Schweiz.
- Paul, C. & Müller (2007). Trauerprozesse verstehen und begleiten. In C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 410ff). Bern: Huber
- Pereira, S., Fonseca, A&Carvalho A. S. (2011). Burnout in Palliative Care: A Systematic Review. Nursing Ethics, 18(3) 317–326
- Pleschberger, S., Heimerl, K.& Wild, M. (Hrsg.). (2005). Palliativpflege-Grundlagen für Praxis und Unterricht (2. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of Palliative Care. The Carers. BMJ Journals, 316 (7126), 208–211
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK (2006). Ethik in der Pflegepraxis, Bern
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013)
- Steudter, E. (2013). Palliative Pflege-Alltag Careum Unterlagen
- Steudter, E. (2013). Palliative Pflege komplexe Situationen Careum Unterlagen
- Tschopp, A. (2013). Palliative Pflege-Alltag gestalten/ Careum Unterlagen
- Zingg, S. (2012). Psychische Belastungen bei der Umsetzung von Palliative Care in Langzeitpflegeinstitutionen. Nichtveröffentlichter Leistungsnachweis. Zürich: Kalaidos Fachhochschule
- www.inter-pret.ch
Zugriff 02.10.2015
- Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung
www.palliative.ch Zugriff 27.04.2013, 14.00 Uhr
- www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/
Zugriff 27.04.2013
- www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=pharm2_13_2002/
Zugriff 12.12.15
- www.teleflex.com. Zugriff 15.12.15
- http://oncomedical.ch/index.php?main_page=product_info&cPath=34_35&products_id=40
Zugriff 15.12.15

Anhang

- Assessment ECPA
- Assessment BESD mit Anleitung
- Assessment ESAS
- Assessment NRS/VRS/VAS
- Pflegestandard Mundpflege
- Checkliste Mundinspektion
- Pflegestandard s.c Infusion anlegen
- Leitfaden Trauerarbeit
- Sterberituale anderer Religionen
- Broschüre «Ein Leben geht zu Ende»
- Umrechnungstabelle Opiate (Luzerner Kantonsspital)



**ALTERS- UND
DEMENZZENTRUM
ST. MARTIN**

Erstellt	Datum Visum	20.12.2015 Brigitte Nadler
Geprüft	Datum Visum	22.2.2018 Dieter Schöni
Freigegeben	Datum Visum	26.2.2018 Stiftungsrat