

Konzept Palliative Care

Leben und Sterben im dr Heimä – Leben im Alter

Version 1.0, 10.12.2018

Inhalt

1. Ziel	2
2. Definition.....	2
3. Gedanken	2
4. Behandlung und Betreuung	3
5. Symptommanagement.....	3
6. Schmerz.....	4
Absoluter Schmerz - total pain	5
7. Schmerzbehandlung: drei Therapieprinzipien	5
Therapieprinzip 1	5
Therapieprinzip 2.....	6
Therapieprinzip 3.....	6
8. Spiritualität und Seelsorge	6
9. Ethik.....	6
10. Angehörige	7
11. Mitarbeiter.....	7
12. Sterbebegleitung	8
13. Vorgehen nach dem Eintreten des Todes	9
14. Weiterbildung.....	9
15. Qualitätssicherung.....	9
16. Quellenangaben	10

1. Ziel

Wir ermöglichen unseren anvertrauten Menschen ein würdevolles Leben und Sterben in Normalität und selbstbestimmtem Alltag. Alle Bewohner haben Zugang zu Palliative Care.

Im vorliegenden Konzept unterstreichen wir unsere Haltung nach einem Leben und Sterben in Würde und Selbstbestimmung. Wir legen Wert auf eine interdisziplinär ausgerichtete Fortbildung aller Mitarbeitenden. Wir bieten eine fachspezifische Weiterbildung an. Die palliative care ist Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Wir sind überzeugt, dass wir gemeinsam mit unseren Mitarbeitenden, den unterstützenden Fachkräften und interdisziplinären Teams ein tragfähiges Betreuungsnetzwerk anbieten können.

2. Definition

Das Wort „palliative“ leitet sich vom lateinischen „pallium“, der Mantel, ab, bzw. von „palliare“: mit dem Mantel bedecken, lindern, wärmen.

Das englische Wort „care“ bedeutet: „Sorge“ und „Sorgfalt“.

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Menschen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Menschen sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.

Im Einzelnen heisst dies, Palliative Care:

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- achtet die Würde und Autonomie des Menschen und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- wird unabhängig vom Lebensalter jedem Menschen angeboten, der an einer fortschreitenden Krankheit leidet
- 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
- unterstützt Angehörige bei der Krankheitsbewältigung und der eigenen Trauer

3. Gedanken

Ältere, meist multimorbide Menschen äussern oft Sterbewünsche. Aufgabe des Behandlungsteams ist es in dieser Situation den Hintergrund des Wunsches zu ergründen, belastende Symptome zu lindern und allfällige Depressionen zu erkennen und zu behandeln. Sterbewünsche sind nicht primär als Suizidwünsche, sondern als Ausdruck existentieller Not zu betrachten.

Selbstbestimmung, Würde und Wohlbefinden, Lebensqualität und die Akzeptanz von Krankheit, Sterben und Tod als Bestandteile des Lebens sind Grundwerte, die wir in der Palliative Care umfassend achten.

Die Vorstellungen der Angehörigen und der Betreuenden spielen bei der Beurteilung mit, dürfen aber nicht entscheidend werden. Massgeblich sind die Willensäusserungen des Menschen. Ein gutes Sterben kann auch durch optimale Palliative Care nicht garantiert werden, da es eng mit der Lebensgeschichte verknüpft ist.

In unser Handeln werden die sozialen, physischen, psychischen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse des Bewohners einbezogen. In enger interprofessioneller Zusammenarbeit von Pflegenden, Angehörigen, Ärzten und anderen Diensten schaffen wir die Grundlage für eine erfolgreiche palliative Pflege und Betreuung.

Wir ermöglichen keine Beihilfe zum begleiteten Suizid, akzeptieren aber, wenn Bewohner diesen Weg wählen oder auf jegliche lebenserhaltende medizinische Massnahmen verzichten wollen (Regelung zur Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen, genehmigt durch den Stiftungsrat am 20.09.2016).

4. Behandlung und Betreuung

Mit Hilfe des Betreuungsplans (Checkliste im Anhang 1) werden frühzeitig mit dem Bewohner und den Angehörigen die Wünsche, Vorstellungen und Ängste hinsichtlich des Sterbens angesprochen und festgehalten.

Beim Heimeintritt wird mit jedem Bewohner die Wichtigkeit einer Patientenverfügung besprochen.

Sollte der schwerkranke Bewohner nicht mehr in der Lage sein, seinen Willen zu äussern, so wird an einem Rundtischgespräch mit allen Beteiligten (Angehörige und allen Berufsgruppen) der mutmassliche Wille des Bewohners eruiert und die entsprechende Behandlung festgelegt. Diese Behandlung muss im Verlauf bedarfsgerecht angepasst werden und erfordert eine empathische Kommunikation mit den Angehörigen.

Pflegerische und medizinische Regelungen und Massnahmen werden mit dem Hausarzt und dem Betreuungsteam im Betreuungsplan festgehalten. Somit sind die Pflegenden in der Lage, auch kurzfristig bei Beschwerden im Sinne des Bewohners zu reagieren. Die Pflege und Betreuung wird dadurch für alle Beteiligten ruhiger und stressfreier.

Die behandelnden Ärzte, die betreuenden Pflege- und andere Fachpersonen bleiben in der Verantwortung für Entscheidungen und Massnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich. Gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung sind Grundvoraussetzung für das Gelingen.

5. Symptommanagement

Die Lebensqualität kann durch Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall, Infektionen, Inkontinenz, Kräftezerfall, Schlaflosigkeit, Depression, Angst und weiteren Symptomen stark beeinträchtigt werden.

Die Symptomerfassung nach ESAS (Edmonton Symptom Assessment System / subjektive Symptombewertung) ist eine Methode, welche als Grundeinschätzung eingesetzt wird. Das Instrument beruht primär auf der Wahrnehmung des kranken Menschen und gibt Auskunft über verschiedene Bereiche seiner Lebensqualität. In Anbetracht der Multimorbidität können selten alle Probleme gelöst werden.

Falls die betroffenen Menschen dazu nicht in der Lage sind, erfolgt die Einschätzung durch Pflegemitarbeitende nach bestmöglichen gewählten, objektiven Kriterien wie zum Beispiel „Schmerzverhalten“ oder „beobachtbare Atemtätigkeit“.

Mittels einer Skala wird die Intensität eines Symptoms umschrieben.

Falls ein Symptom nicht klar definiert werden kann, soll es zum besseren Verständnis des Betroffenen umschrieben werden.

Der Zustand des Bewohners wird erfasst und dokumentiert; bei starken oder schlecht kontrollierten Symptomen häufiger.

6. Schmerz

SCHMERZ IST,
WAS DER BETROFFENE SAGT
UND EXISTIERT,
WANN IMMER ER ES SAGT.

Mc Caffery, 1997

TOTAL PAIN –
ICH HABE LEBENS-
SCHMERZEN

Urs Kalbermatten

Der Begriff total pain zeigt auf, dass kranke Menschen nicht nur unter körperlichen Schmerzen, sondern an der gesamten Situation leiden. Verlust des „normalen“ Lebens und Lebenssinns, Angst vor dem Sterben. Zusätzlich können starke physische Schmerzen die Angst vor der Zukunft, vor dem Leiden und dem Sterben verstärken.

Es kommt zu einem Teufelskreis, der zu Sinnverlust, Hoffnungslosigkeit und Depression führen kann.

Total Pain ist ein Modell, das den Schmerz nicht einfach als ein Ursache-Wirkungs-Phänomen (hier Körperschaden - dort Schmerzerleben) versteht, sondern als das komplexe Erleben eines individuellen Menschen in einer Grenzsituation.

Absoluter Schmerz - total pain



7. Schmerzbehandlung: drei Therapieprinzipien

Die nachfolgend aufgeführten Therapieprinzipien werden anhand der Verordnung und dem interdisziplinären Austausch verfolgt.

Therapieprinzip 1

- Schmerzen erkennen
- Schmerzursache ausschalten
- Schmerzen mittels VAS-Skala oder ECPA erfassen und schriftlich dokumentieren
- Schmerztherapieplan
- Perspektiven kommunizieren
- Engmaschige Erfassung und Dokumentation

Therapieprinzip 2

- Analgetika gemäss WHO Stufenschema
- By the mouth, by the clock
- Reserven entsprechend verordnen lassen
- Nebenwirkungen zuvorkommen und prophylaktisch mit behandeln
→ Bei Opioiden prophylaktisch geben: Antiemetika, Laxantien

By the mouth: oral vor parenteral / by the clock: pünktlich (Wirkungsdauer)

Therapieprinzip 3

- Zusatzfaktoren suchen, welche die Schmerzen beeinflussen:
- Schlaflosigkeit
- Angst, Sorgen, Trauer
- Depression
- Isolation
- Soziale Konflikte, Abhängigkeit, Langeweile

8. Spiritualität und Seelsorge

Wir sind offen gegenüber den spirituellen und religiösen Bedürfnissen der Bewohner. Wir bieten professionelle Seelsorge an. Diese ist strukturell in der Institution gut vernetzt. Auf Wunsch wird Kontakt zu Seelsorgern anderer Religionsgemeinschaften vermittelt. Wir respektieren die Meinungs- und Glaubensfreiheit der Bewohner.

9. Ethik

In der Pflege ist man im täglichen Handeln immer wieder mit Normen und Werten konfrontiert, dem guten und richtigen Handeln. Wir sind uns über die moralischen Dimensionen des eigenen Handelns bewusst. Wir orientieren uns im Wesentlichen an den folgenden vier bio-ethischen Prinzipien:

- | | |
|-----------------|---|
| - Autonomie | Respekt vor Selbstbestimmung |
| - nicht schaden | Vermeidung von potentiellm Schaden |
| - Wohltun | Fördern von Wohlbefinden, Sicherheit und Lebensqualität |
| - Gerechtigkeit | Gerechte Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand |

Ethische Prinzipien tragen dazu bei, moralische Konflikte und ethische Dilemma zu umschreiben, einzuordnen und zu klären. Die Mitarbeitenden kennen diese ethischen Grundprinzipien und setzen sich damit auseinander. In einem Wertekonflikt helfen die Klärung und das sorgfältige Abwägen der beteiligten Werte, um im Dialog zu einer für alle Beteiligten tragbare Lösung zu kommen.

Hinter dem Gefühl stehen Werte und Normen. Daraus können begründbare Handlungsmöglichkeiten und Entscheidungen entworfen werden. Ein Raum dafür bietet der tägliche Pflegerapport. Die Wünsche und Entscheidungen der Bewohner werden respektiert. In sehr schwierigen Situationen mit einem ethischen Dilemma, welche nicht nur durch die Pflege entschieden werden können, geschieht die Entscheidungsfindung gemeinsam durch den Bewohner, den Angehörigen, dem Arzt, den Therapeuten und Pflegenden. Dabei werden die bioethischen Prinzipien berücksichtigt.

Keines dieser Prinzipien kann absolute Geltung für sich allein beanspruchen, sondern sie müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen und immer wieder neu bewertet werden.

10. Angehörige

Angehörige übernehmen einen sehr wichtigen Teil in der Begleitung von Sterbenden. Sie werden in dieser Aufgabe sehr herausgefordert. Der vertrauensvolle Kontakt zu den Angehörigen und die einfühlsame Kommunikation mit ihnen sind uns sehr wichtig.

Die Angehörigen werden auf ihren ausdrücklichen Wunsch nach Möglichkeit in die Pflege miteinbezogen. Die Privatsphäre des Bewohners muss trotzdem geschützt sein.

Die Angehörigen können den Bewohner während 24 Stunden begleiten, sofern der Bewohner und die Angehörigen dies wünschen.

Die Pflege klärt frühzeitig ab, wer bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes angerufen werden soll und wann telefoniert werden darf.

Die Pflegenden signalisieren den Angehörigen, dass sie Zeit haben und bieten Gespräche an. Sie sind kompetente Ansprechpersonen für die Fragen und Anliegen der Angehörigen.

11. Mitarbeiter

Wenn ich um mein ICH weiss, merke ich, dass es ein DU gibt und umgekehrt, dass dein DU nicht mein ICH ist.

Wenn ich diese Grenzen kenne und spüre, kann ich mich auf die Bewohner einlassen, ohne das Leid meines Gegenübers zu meinem eigenen zu machen.

Verena Kast, 2000

Die Anforderungen an die Pflege haben sich verändert: statt sich auf eine oft mehrere Jahre dauernde Beziehung einzulassen, ist heute ein immer neues Eingehen auf schnell wechselnde Bewohner mit ihrem sozialen Umfeld und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen gefordert. Gleichzeitig wird von den Pflegenden ein wiederkehrendes Abschiednehmen unter professioneller End-of-life-Care erwartet.

Die Respektierung der Belastungsgrenzen der Pflegenden ist wichtig. Pflegende sollen sich bewusst sein, dass sie nicht alle Probleme selber lösen können und müssen. Es gibt Fachkräfte, die nach Bedarf hinzugezogen werden können.

Eine Kultur des wertschätzenden Umganges miteinander, klare gemeinsam erarbeitete Richtlinien, angepasste Prioritätenordnungen, die von allen Mitarbeitenden getragen werden, Offenheit und Ehrlichkeit sind Voraussetzungen, dass Belastungen gemeinsam ge- und ertragen werden können. Dies hat für Mitarbeitende genauso Gültigkeit wie für Führungskräfte.

Nach dem Tode des Bewohners und dem Ende einer mehr oder weniger langen Betreuungszeit von Bewohner und Angehörigen soll eine Fall- und Schlussbesprechung im Team stattfinden. Alle Beteiligten sollen nach Möglichkeit daran teilnehmen.

12. Sterbebegleitung

Bei jeder Sterbebegleitung müssen wir uns immer wieder die Frage stellen: Was braucht der schwerkranke sterbende Mensch?

Linderung der Symptome, die IHN stören. Wir dürfen uns nicht auf die Behandlung von Symptomen konzentrieren, welche uns stören, aber für den Bewohner eine untergeordnete Bedeutung haben. Diese Autonomie des persönlichen Willens gilt auch bei Kommunikationsunfähigkeit. In diesem Falle sind nonverbale Willensäußerungen zu beachten wie die Verweigerung von Essen, Trinken oder Medikamenteneinnahme. Auch übereilte, oft überflüssige Einweisungen in ein Spital müssen immer wieder überdacht werden.

„Dasein“ statt in Aktivismus zu verfallen. Leiden und Sterben auszuhalten ist oft schwieriger, als dem Reflex nachzugeben, eine Massnahme zu ergreifen. Jede verordnete Abklärung muss überprüft werden bezüglich ihres Nutzens für die individuelle Lebensqualität des Bewohners.

Bis zuletzt mit Achtsamkeit als Lebender wahrgenommen zu werden. Sterben ist ein Teil des Lebens, Schwerkranke sollen bis zuletzt Pläne machen, am Leben teilhaben können und nicht durch Absonderung davon getrennt werden.

Angehörigen und Mitbewohnern bieten wir die Möglichkeit, auf der Gruppe Abschied nehmen zu können. Nach Wunsch werden sie in die Versorgung Verstorbener miteinbezogen. Wir unterstützen Abschiedsrituale und kümmern uns um Angehörige auch über den Tod des Bewohners hinaus.

Verantwortlichkeit auf den Pflegegruppen bei Sterbebegleitung

- Koordination der Sterbebegleitung, auch Teamübergreifend, durch die Teamleitung
- Bei Dienstwechsel klare Rapportierung an die Tages- oder Schichtverantwortliche
- regelmässige Besuche des Sterbenden und dessen Angehörigen, je nach Situation halbstündlich oder stündlich oder nach Absprache mit den Angehörigen durch die Teamleiterin, Tagesverantwortliche oder Schichtverantwortliche

13. Vorgehen nach dem Eintreten des Todes

Das Konzept „Begleiten im Sterben und Tod“ vom 20.02.2018 gibt Auskunft über das Vorgehen beim Eintreten des Todes.

Die nachfolgenden Themen sind in Bearbeitung (Stand 10.12.2018)

- Verabschiedung des Toten durch den Haupteingang unter Teilnahme des Personals und der Bewohner?
- Teilnahme an der Beerdigung von den Pflegenden?
- Kontakt mit den Angehörigen nach dem Todesfall?

14. Weiterbildung

Zur Umsetzung dieses Konzeptes wird von allen Mitarbeitenden eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt.

Die Mitarbeitenden werden mit den Grundlagen der palliative care in internen Weiterbildungen vertraut gemacht und geschult.

Mehrere Mitarbeitende besuchen vertiefende externe Weiterbildungen.

Zudem sind die Mitarbeitenden dazu verpflichtet, sich die nötigen Informationen anzueignen und ihre fachliche Kompetenz kontinuierlich zu reflektieren.

„Was uns alle angeht, müssen wir miteinander angehen“

Andreas Heller

15. Qualitätssicherung

Die Einhaltung der Vorgaben und die Wirksamkeit auf die Leistungserbringung werden in regelmässigen Schulungen und Rapporten sichergestellt und überprüft.

16. Quellenangaben

- „Der Runde Tisch“, Unheilbar krank! Wie weiter? Information für Betroffene und Angehörige, palliative Obwalden (Kanton OW), 2018
- Betreuungsplan Palliative Care, palliative Obwalden (Kanton OW), 2018, 14. Literaturverzeichnis
- Sterben im Pflegeheim, Roland Kunz und Karin Wilkening (2003), Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- Medizinisch ethische Richtlinien des SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften) Betreuung von Patienten am Lebensende (2004), Palliative Care (2004)