

Palliativ Konzept Städtische Seniorenheime Krefeld

1. Palliativversorgung

Unter Palliativ Care oder einer Palliativversorgung versteht man die aktive, ganzheitliche Behandlung von Bewohner/Kunden/Gäste mit einer fortschreitenden, einer weit fortgeschrittenen Erkrankung oder nicht mehr behandelbaren Erkrankung. Sie beinhaltet die Kontrolle von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden sowie die psychologische, soziale und seelsorgerische Begleitung der Betroffenen. Es geht vor allem, um die Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner/Kunden/Gäste und deren Angehörigen.

In Abgrenzung zur Palliativversorgung steht der Begriff der Sterbebegleitung. Dieser meint die Begleitung bei schon bestehenden Anzeichen des nahenden Todes. Allerdings ist die Abgrenzung der Begriffe aber vor allem die Unterscheidung in der Praxis oft wenig trennscharf.

2. Ziele der Palliativversorgung sind

- Die Beratung der Betroffenen und deren Angehörigen.
- Das Lindern von Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Unruhe und anderen Symptomen von nicht heilbaren Erkrankungen.
- Die beteiligten Berufsgruppen und die Angehörigen zu unterstützen.
- Das die Symptome weitestgehend behandelt werden.
- Die Betroffenen können am Gemeinschaftsleben teilnehmen soweit dies möglich und gewünscht ist.

3. Der Sterbeprozess ist eine Herausforderung für alle Beteiligten

Die Begleitung von Sterbenden stellt grundsätzlich an die betreuenden Personen hohe physische und psychische Anforderungen. Ein Grund für die hohe Belastung besteht darin, dass begleitende Personen durch ihre Arbeit/Begleitung mit dem eigenen Sterben konfrontiert werden. Diese Auseinandersetzung bedarf einer intensiven Begleitung der Betreuenden. Dies trifft auf Angehörige zu, deren Belastung viel persönlicher ist, aber auch zeitlich begrenzt. Unsere Mitarbeiter werden jedoch immer wieder mit palliativen Prozessen konfrontiert und sollen sich nach Möglichkeit immer professionell verhalten. Damit dieser hohe Anspruch eingelöst werden kann, müssen verschiedene Unterstützungsmaßnahmen erfolgen.

Unterstützungsmaßnahmen sollen in folgenden Bereichen aufgebaut werden:

- Das Erkennen von Menschen die eine palliative Begleitung benötigen.
- Gemeinsame Absprachen (multiprofessionell und mit Angehörigen) durch Fallbesprechungen und ethische Fallbesprechungen treffen und einhalten.
- Besondere Kenntnisse über Schmerzlinderungen erlernen.
- Schulungen zu Palliativ Care (Kurzschulungen und Fachkräfte mit Weiterbildung) anbieten.
- Perspektivisch sollen Palliative-Care-Teams gebildet werden.

4. Einen Palliativen Prozess erkennen

Wahrscheinlich ist es so, dass viele Betroffene nicht als unheilbar oder sterbend erkannt werden, dies trifft vielleicht im Besonderen auf Menschen mit Demenz zu. Oft entwickeln sich Situationen bei Hilfebedürftigen

und erst im Laufe der Zeit wird über Gespräche und Beobachtungen deutlich, dass ein kurativer Ansatz keine Verbesserung der Lebensqualität bewirken kann.

Welche Situationen, Informationen und Beobachtungen können Hinweise geben:

- Nicht mehr behandelbare Tumorerkrankungen,
- verschiedene Erkrankungen im Endstadium z.B. bei Nierenversagen, Multipler Sklerose, Parkinson, ALS (Amyotrophe Lateralsklerose), Pneumonie oder andere,
- die Betroffenen stellen Essen und Trinken ein,
- die Körperpflege wird abgelehnt,
- ein stark nachlassender Allgemeinzustand für den keine Erklärung gefunden wird,
- Rückzug, Unruhe und Ängste,
- eine weit fortgeschrittene Demenz,
- verbale und physische Ablehnung, die von dem Betroffenen als herausforderndes Verhalten geäußert wird.

5. Was bieten wir in den Quartieren an/Kooperation mit Ärzten

- a. Jedem Bewohner oder Kunden werden die möglichen palliativen Angebote und vor allem die Beratung durch eine Fachkraft und einem Arzt (mit palliativem Schwerpunkt) ermöglicht. Im weiteren Verlauf wird jedem Betroffenen, bei dem ein palliativer Prozess erkannt wird, eine Beratung direkt oder für die nächsten Angehörigen vorgestellt. In jedem Fall wird dem Betroffenen bzw. deren Angehörigen empfohlen, eine Vorsorge- oder Generalvollmacht zu erstellen, wenn dies noch möglich ist.
- b. In allen Quartieren werden die Leistungen von SAPV-Teams über eine Kooperation mit der Caritas Krefeld angeboten. Zurzeit ist der Caritas Verband der einzige zugelassene Anbieter dieser Leistungen in Krefeld.
- c. Eine enge Kooperation mit Ärzten APV / AAPV (mit palliativem Schwerpunkt allgemeine (ambulante) Palliativversorgung) in den Quartieren (stationär und ambulant) bieten wir an, hierzu liegen ergänzende Verträge mit den entsprechenden Ärzten vor (in Kopie als Anlage zu diesem Konzept).

Folgende Ärzte mit Kooperationsverträgen sind aktuell:

Frau Dr. Rieger, Herr Dr. Storath und Herr Dr. Kaufmann.

Die APV und AAPV Versorgung soll ebenfalls die Versorgung der Betroffenen in der Nacht sicherstellen, soweit dies nicht bereits durch den Hausarzt erfolgt. Diese Leistungen soll in den Quartieren mit den jeweiligen Ärzten abgesprochen werden.

6. Umgang mit Sterbenden

Jeder von uns Betreute hat ein Recht auf Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird. Alle Entscheidungen müssen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen sind mit dem Bewohner oder dessen Betreuer abgestimmt. Im Mittelpunkt steht immer die Symptomlinderung die Begleitung und die Wahrung der Lebensqualität. Den Betroffenen werden psychosoziale, pflegerische und betreuerische Hilfestellungen angeboten die den fachlich und aktuellen Stand Widerspiegeln.

7. Pflegerische Aspekte in der Palliativversorgung

Fast alle Aspekte der Pflege spielen in der palliativen Begleitung eine Rolle. Die Ernährung bei Menschen am Ende des Lebens ist schwierig, da verschiedene Fragestellungen und Probleme zusammen kommen. So verändert sich oft die Schluckfähigkeit, der Appetit aber auch die Lust am Essen und Trinken. Diese und andere Umstände haben oft zur Folge, dass der Betroffene an Mangelerscheinungen leidet aber oft auch unterernährt ist. In diesen Situationen stellt sich dann oft die Frage, ob der Betroffene künstlich ernährt werden muss, eine andere Nahrungsform gewählt werden oder die Ernährung eingestellt werden sollte.

Eine künstliche Ernährung ist grundsätzlich immer dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Mensch keine Nahrung auf natürlichem Wege zu sich nehmen kann. In diesem Fall ist das Überleben davon abhängig, dass dem Betroffenen mittels Methoden der modernen Medizin, in ausreichendem Maß Flüssigkeit und Nährstoffe zugeführt werden. Eine künstliche Ernährung soll, soweit es seine Erkrankung zulässt, sein Überleben sichern und zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen. Es gibt aber auch Krankheiten und Situationen, in denen die künstliche Ernährung dem betroffenen Menschen keinen Vorteil bringt, sondern zur Belastung wird oder auch seinem Willen widerspricht. Gerade bei Menschen in der Sterbephase würde man von der Anlage einer Sonde absehen. In jedem Fall sollten die Beteiligten, nach einem vorsichtigen Abwägen der Vor- bzw. Nachteile einer künstlichen Ernährung, eine möglichst gemeinsame Entscheidung treffen. Parallel zu dieser Diskussion soll immer versucht werden, dem Betroffenen leckere Dinge zum Essen anzubieten (es geht vor allem um Genuss) und Hunger und Durstgefühle ggf. auch subjektiv zu stillen, z.B. durch Mundpflege.

Pflege bei Mund-, Nase- und Augenpflege etc.:

In der palliativen Begleitung von Bewohnern und Kunden geht es vor allem um das Wohlbefinden, somit wird bei der Mund- und Nasenpflege primär versucht, die physiologische Funktion der Schleimhäute zu erhalten und nach Möglichkeit zu verbessern. Hierzu müssen geeignete Materialien und Flüssigkeiten verwendet werden, wie z.B. saubere Tupfer, Bepanthenöl oder andere. Zu bedenken ist immer, dass die schwerstkranken Menschen oft eine sehr empfindliche Schleimhaut haben, die nur mit größter Vorsicht betupft werden darf, um unnötige Schmerzen und Verletzungen zu vermeiden. Jeden Tag sollten die Schleimhäute inspiziert werden, um Rhagaden und Verletzungen frühzeitig erkennen zu können und ggf. diese zu behandeln. Ebenfalls sollte überprüft werden, ob die Nasenschleimhaut geschwollen ist und der Betroffene vielleicht schlecht Luft bekommt. Dies führt oft dazu, dass mit offenem Mund geatmet wird der dadurch austrocknet. Abschwellende Tropfen sollten dann in Absprache aller Beteiligten regelmäßig verabreicht werden.

Nicht selten sind auch die Augenschleimhaut und der Tränenkanal ausgetrocknet bzw. verstopft, auch hier sollte darauf geachtet werden, dass der Lidschluss immer möglich ist und es nicht zu Verklebungen und Entzündungen kommt. Diese Probleme sind mit NaCl oder mit Augensalbe gut zu bearbeiten.

Das Lagern in einer palliativen Situation oder in der Sterbebegleitung kann für den Betroffenen unangenehm sein, hier gilt es mit dem Betroffenen oder den Angehörigen zwischen Gesunderhaltung und dem erkennbaren Wunsch des Betroffenen abzuwägen. Lagern ist immer dann angezeigt und notwendig, wenn Wohlbefinden gefördert wird und dies den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Betroffenen entspricht. Sollte sich ein Betroffener oder deren Angehörige gegen Bewegung und Lagerung aussprechen, sollten sie über die Folgen eines Lagerungsverzichts gut informiert sein.

8. Fallgespräche

Fallbesprechungen im Rahmen der Palliativ Pflege und Betreuung sollen vor allem am Anfang der Palliativversorgung durchgeführt werden. Sie haben das Ziel, den mutmaßlichen Willen des

Hilfebedürftigen zu beschreiben und über das Vorgehen, der Möglichkeiten und Grenzen gemeinsame Aussagen zu treffen. Der Falleinbringer sollte nach Möglichkeit die Bezugspflegefachkraft sein, ebenfalls sollte immer ein Angehöriger und nach Möglichkeit der Arzt bei dem Fallgespräch eingebunden werden. Die Absprachen werden in einem Protokoll aufgeführt und von den Beteiligten abgezeichnet. Sollten ethisch brisante Fragen zur Diskussion stehen, ist ein Moderator hinzuzuziehen (im Unternehmen gibt es ausgebildete Moderatoren). Die Ergebnisse sind handlungsleitend.

9. Fortbildung der MitarbeiterInnen

Geplant ist es in jedem Quartier mindestens zwei Palliativfachkräfte mit 160 Stunden weiterzubilden (160 Std. initial). Damit diese Palliativfachkräfte ihre Qualifikation behalten, werden alle Fachkräfte an mindestens einem Tag im Jahr weiter qualifiziert. (Ausbildungsorte sind bis jetzt der Kaiserswerther-Seminar und Höher Management in Düsseldorf)

Für alle anderen Mitarbeitern aus der Pflege und der Betreuung stehen im jährlichen Fortbildungsprogramm einige ein- und/oder mehrtägige Fortbildungen zur Auswahl. Schulungen, Weiterbildungen und Hospitationen werden zentral und dezentral angeboten und organisiert.

10. Angehörige

Angehörige erleben eine veränderte Rolle die oft für Unsicherheit sorgt, in dieser Situation benötigen die meisten Unterstützung durch die Pflegenden oder den Sozialen Dienst. Es geht vor allem, um ein partnerschaftliches Miteinander. Oft reagieren Angehörige aber auch mit Rückzug manchmal auch mit Verdrängung. Diese normalen Reaktionen auf den nahen Verlust eines geliebten Menschen werden durch uns begleitet. Angehörige können natürlich über Nacht bleiben, sie werden mit Getränken ggf. auch mit Essen versorgt. Ebenfalls erhalten sie, wenn gewünscht eine Anleitung in den Dingen, die sie unterstützend für den Betroffenen tun können.

11. Dokumentation

Ein palliativer Prozess wird nach den Absprachen der Beteiligten in die Tagesstruktur der Maßnahmenplanung eingebracht. In kurzfristigen Prozessen kann die übliche Maßnahmenplanung auch in einer spezifischen Planung verfasst werden. Informationen und Wünsche die sich aus dem Beratungsprozess mit dem Bewohner/Kunden/ Gast ergeben, sollten in der SIS im Themenfeld „Leben in sozialen Beziehungen“ dokumentiert werden.

12. Kooperation

Die Bezugspflegefachkraft ist für die Koordination der Prozesse in der Palliativpflege verantwortlich und kann/soll sich jedoch Rat und Unterstützung bei den Palliativfachkräften einholen. Die Bezugspflegefachkraft organisiert bei palliativen Prozessen die Fallbesprechung, die Kooperation mit einem Arzt (mit palliativem Schwerpunkt). Zudem führt sie entweder eine Beratung durch oder lässt diese durch eine Palliativfachkraft durchführen. Die Ergebnisse der Beratung und das Protokoll werden immer in der Bewohnerdokumentation geführt.

Wird ein APV oder AAPV Ärztin / Arzt hinzugezogen kann dies nur in Absprache mit dem jeweiligen Hausarzt geschehen, der dann eine Überweisung für die APV oder AAPV ausstellen muss. Ohne eine Überweisung kann eine Palliativversorgung nicht durchgeführt werden.

In der Beratung wird der Bewohner/Kunde/Gast nach einer möglichen Verfügung gefragt bzw. wird ihm vorgeschlagen eine solche zu verfassen, soweit dies noch in Frage kommt. Mit Einverständnis des Betroffenen sollte die Verfügung auch dem Hausarzt bzw. dem APV / AAPV im Kopie vorliegen. Dies scheint sinnvoll um die Absprachen und Wünsche der Betroffenen berufsgruppenübergreifend besser umsetzen zu können.

13. Qualität

Im Unternehmen wird eine Prämisse vertreten, die den Betroffenen eine personelle Begleitung in der letzten Lebensphase zusichert. Diese Zusicherung ist ein Angebot das angenommen aber auch abgelehnt werden kann. Der Qualitätsindikator Sterben wird retrospektiv geführt, hierbei wird nach dem Tod des Betroffenen überprüft, ob in der Sterbephase die personellen Ressourcen zur Begleitung angemessen sowie umgesetzt wurden. Durch die so angelegte Statistik erhalten die Einrichtungen auch einen Überblick wie viele Betroffene im Krankenhaus verstorben sind.

Pflegedienstleitungen und auch stichprobenhaft die MitarbeiterInnen der Abt. Q, überprüfen die Anwendung der Expertenstandards der akuten und chronischen Schmerzen.

Verknüpfung zu anderen Aspekten aus dem QMH, wie z.B. die HA akuter Schmerz, chronischer Schmerz oder aber die HA Kontrakturenprophylaxe.

Beratung (SGB ...)

Das Beratungsgespräch zur Palliativversorgung von Bewohner/Kunden/Gäste, wird zu Beginn des Pflegeauftrags Pflegefachkräften oder ggf. von Palliativfachkräften durchgeführt.

Das Gespräch wird mit dem Betroffenen selbst, mit Angehörigen, dem Bevollmächtigten oder dem rechtlichen Vertreter geführt. Palliative Pflegesituationen sind komplex und nicht selten überraschend, nicht weil es nicht genügend Hinweise auf eine schwere Krankheit gibt, sondern weil man es sich nicht vorstellen konnte, in eine solche Situation zu kommen. In diesem Gespräch geht es um den behutsamen Austausch und um die Klärung wichtiger Fragen zur Begleitung der Betroffenen.

Das Beratungsprotokoll wurde vor dem „Normaleinsatz“ in einem Pretest getestet und dauert ca. 20 Minuten.

Mitgeltende Dokumente:

- SIS (Strukturierte-Informationen-Sammlung)
- Spezifische Planung
- Maßnahmenplanung
- HA Zahn/Mundpflege
- HA Schmerz

Quelle:

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG)
Drucksache 18/5170 12.06.15
Deutscher Bundestag, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland Drucksache 18/6585 04.11.15
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2010): Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Beratungsprotokoll

Eine Beratung wird bei jedem Einzug bei dem es einen Hinweis auf eine „Palliativversorgung“ gibt durchgeführt. Wenn dies zu diesem Zeitpunkt unangebracht erscheint, kann die Beratung auch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Unter Umständen ist die Folge eines Beratungsgespräches eine Fallbesprechung mit allen wichtigen, am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Umgekehrt kann eine Fallbesprechung Auslöser für eine palliative Beratung sein.

- **Gibt es eine Patientenverfügung oder kann noch eine erstellt werden?** ja nein
- **Wenn ja, welche Information auf Wünsche in einer palliativen Begleitung werden vorgestellt?**

- **Welche konkreten medizinischen Interventionen sind gewünscht und welche nicht?
(Unter welchen Bedingungen möchte der Betroffene noch ins Krankenhaus und unter welchen nicht?)**

- **Welche Begleitung wünscht der Betroffene (Biografie, Umfeld, Spiritualität, Personen...)?**

- **Wünschen sie eine Betreuung durch bestimmte Personen?**

- **Wünscht der Betroffene offene Gespräche über seine Situation?**
- **Wenn ja, gibt es besondere Regelungen?**

- **Wir können Ihnen im Rahmen der palliativen Begleitung folgende Zeiten und Inhalte anbieten:**

- **Welche Versorgung mit Essen und Trinken ist gewünscht?**

Qualitätshandbuch

- **Wird eine seelsorgerische Begleitung gewünscht?
(Kontakt zu einem Geistlichen/verschiedene Konfessionen)**

- **Wie soll die Schmerzbehandlung stattfinden? In jedem Fall Verwendung der HA Schmerz, Aufklärung über Schmerzerfassung und die Kooperation mit einem „Palliativ Mediziner“.**

Gespräch am _____ Berater _____ Bewohner/Angehöriger/Betreuer _____

Wann Evaluation _____

Soll eine erneute Fallbesprechung stattfinden? _____