

Hospizkultur & Palliative Care

Kooperation Spital & Heim

Projekt des Kaiserin Elisabeth Spitals der Stadt Wien mit dem Haus Rudolfsheim des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Ausgangssituation: Wir haben im Kaiserin Elisabeth Spital immer wieder die traurige Erfahrung gemacht, dass alte Menschen während ihrer letzten Lebenswochen gehäuft zwischen Heim und Spital „verschickt“ werden. In einer Studie von Gonzalo et al. (NEJM 2011) wird darauf hingewiesen, dass 20 % dementer PflegeheimbewohnerInnen während ihrer letzten 3 Lebensmonate in eine Klinik gebracht werden. Diese Transferierungen haben oft zur Leistung belastender und die Lebensqualität nicht verbessernder Maßnahmen geführt (PEG, Intensivtherapie).

Ursachenanalyse im Heim: Gerade im Pflegeteam gibt es eine große Bereitschaft, die BewohnerInnen am Lebensende nicht mehr zu verlegen. Allerdings gibt es bei mangelnder ärztlicher Präsenz und fehlenden schriftlichen Anordnungen ein beachtliches Maß an Rechtsunsicherheit. Die Kultur der Abhaltung von Palliativgesprächen mit BewohnerInnen und Angehörigen war noch nicht ausreichend entwickelt.

Ursachenanalyse im Krankenhaus: Im Krankenhaus gilt ein Akutversorgungsauftrag mit kurativer Zielsetzung. Auf palliative Situationen – besonders auch im Entlassungsbrief – wird aus mehreren Gründen wenig eingegangen: fehlende Informationen aus dem Heim über persönliche Lebensplanung, Zeitdruck und eine Kultur der vorrangigen Fehlervermeidung.

Maßnahmen: Nach Berücksichtigung aller Aspekte entwickeln wir für Verlegungen eine interdisziplinäre Dokumentation mit unterschiedlichen Prioritäten.

Dokumentation im Heim:

- biografische Daten und persönliche Lebenseinstellung
- Entwicklung der Lebensqualität während der letzten Monate

- Palliativgespräche mit BewohnerInnen und Angehörigen
- Dokumentation im Spital:
- Palliativmedizinische Stellungnahme
- Therapievorschläge für mögliche Akutsituationen
- Vorschlag für sinnvolle Therapieeinschränkungen

Projekterfahrungen: Innerhalb eines Jahres machten wir die Erfahrung, dass es auf beiden Seiten zu einer Sensibilisierung gegenüber palliativen und ethischen Fragestellungen kam. Entlassende SpitalsärztInnen und Pflegepersonal entwickelten verstärkt palliative Strategien über den Entlassungszeitpunkt hinaus und holten sich zusätzlich Expertisen des hauseigenen Palliativteams. Im Heim nahm das Pflegepersonal vermehrt Haus – und HeimärztInnen in die Pflicht, palliative Überlegungen zu dokumentieren und damit auch eine höhere Rechtssicherheit herzustellen. Außerdem kam es zu einem intensiveren telefonischen Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen der Institutionen.

Zusammenfassung: Belastende Spitalseinweisungen am Lebensende sind für alle Beteiligten nicht wünschenswert. Eine interdisziplinäre Dokumentation und Checkliste kann die Kommunikation zwischen Spital und Pflegeheim deutlich verbessern.

Informationen über das Projekt und die interdisziplinäre Dokumentation beim Autor.

Dr. med. Heinz Hanneschläger MSc

FA für Anästhesie, ehemaliger Leiter des Palliativkonsiliardienstes im Kaiserin Elisabeth Spital bis zu dessen Schließung im November 2012. Wahlarzt in NÖ
kontakt@hypnosepraxis.at

Inhalt

Seite 1 Verbesserte Kooperation Spital – Altenheim, Dr. med. Heinz Hanneschläger MSc

Seite 2 „Bei uns in besten Händen“, DGKS Susanne Pummer

Seite 3 Vorausschauende Krisen- und Notfallplanung im Pflegeheim, DGKS Angelika Feichtner
Schmerzbehandlung im hohen Alter, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Dr.ⁱⁿ phil. Marina Kojer

Seite 4 Palliativmedizin im Pflegeheim, Dr. med. Martin Doppelreiter



„Bei uns in besten Händen“

Hospizkultur und Palliative Care in der SeniorInnenresidenz Robert Stolz (vormals PWH Geidorf/SZ) der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ).

Dankenswerterweise durfte unsere Einrichtung am steirischen Pilotprojekt HPCPH des Hospiz Vereins Steiermark in Zusammenarbeit mit dem Dachverband Hospiz Österreich und dem Land Steiermark teilnehmen.

Die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ), zu denen u.a. das Albert Schweitzer Hospiz, das Tageshospiz und die medizinische Geriatrie gehören, sind in der besonderen Lage alle abgestuften Formen der Palliativbetreuung anbieten zu können. Die Teilnahme am Projekt HPCPH ergänzte und vertiefte die Sensibilisierung des interdisziplinären Teams zum Thema Hospiz und Palliative Care. Das Team setzt sich aus dem Pflegepersonal, der Haustechnik, den Portieren und den Leitungen zusammen. Im Rahmen des Projektes wurden 80% aller MitarbeiterInnen je 36 Wochenstunden in Palliativer Geriatrie geschult. Das HPCPH Kernteam setzt sich aus der Pflegedienstleitung, der Heimleitung, der Leiterin des Sozialen Dienstes und 1 DGKS zusammen. Bewusst wurden die Führungskräfte aller Berufsgruppen als Kernteammitglieder gewählt, um so die Sensibilisierung aller Berufsgruppen nachhaltig zu gewährleisten. Es war ein großes Glück für uns, dass zeitgleich zum HPCPH Projekt auch das Projekt des Geriatrischen Konsiliardienstes (GEKO) der GGZ startete (siehe S. 12 in diesem Heft)

Der Runde Tisch

Aus diesen beiden Projekten HPCPH und GEKO konnten bestehende Synergien genutzt und neue gebildet werden. Es entstand ein „Runder Tisch“, durch den enge Kontakte zwischen den niedergelassenen HausärztInnen, dem GEKO Arzt, den Pflegepersonen, den Betroffenen, deren Vertrauenspersonen und ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen bestehen. Schwerpunktthemen sind Schmerz, Symptome, Ethik sowie der Umgang mit Demenz. Gemeinsam werden zum Wohle der Betroffenen Ziele formuliert und daraus Maßnahmen abgeleitet, z.B. werden PatientInnenverfügungen erstellt bzw. festgehalten, ob lebenserhaltende Maßnahmen erwünscht sind oder nicht. Diesen „runden Tisch“ sehen wir als besonderes Highlight, das aus den gemeinsamen Projekten entstand.

Ethischer Zirkel

Ebenso wurde in den GGZ ein Ethischer Zirkel eingerichtet, an dem interdisziplinär MitarbeiterInnen von allen Standorten der GGZ teilnehmen.

Bei Einzug wird den BewohnerInnen eine Informationsmappe mit unserem Betreuungsangebot überreicht und damit bereits zu Beginn unter anderem auf die Hospiz und Palliative Care Betreuung hingewiesen.

Da unsere Klientel aus hochaltrigen, multimorbiden BewohnerInnen besteht, sehen wir es als selbstverständlich, dass das Sterben auch Thema sein darf.

Entsprechend unserem Leitbild sind wir bemüht ein Leben in Würde, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche bis zum Schluss zu ermöglichen.

Damit das gesamte Team zum Hospiz sensibilisiert bleibt und auch Nachhaltigkeit zu diesem Thema gewährleistet ist, finden laufend hausinterne Schulungen mit verschiedenen Schwerpunktthemen wie z.B. ethische Fragestellungen, Hospiz im Alltag anwenden etc. statt. Weitere Highlights aus dem Projekt: Gedenkecken in allen Bereichen, Ankauf eines Gästebettes, um die Anwesenheit einer Vertrauensperson in der terminalen Phase zu ermöglichen. Eine große Herausforderung ist es, die erforderlichen Rahmenbedingungen und die Zeitressourcen für die Weiterführung und Entwicklung des Themas zur Verfügung zu stellen.

Gütesiegel

Es ist uns gelungen, das Thema nachhaltig zu verankern und zu leben. Dafür haben wir im Oktober dieses Jahres das Gütesiegel vom steirischen Hospizverein erhalten, überreicht von der Landesrätin. Wir sind sehr stolz darauf, denn es zeigt uns, dass der eingeschlagene Weg für alle der Beste ist. „Bei uns in den besten Händen“

DGKS Susanne Pummer

Pflegedienstleitung
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
Theodor-Körner-Strasse 67 | 8010 Graz
Tel.: +43 316 7060-2808
Susanne.Pummer@stadt.graz.at
www.ggz.graz.at | www.graz.at

Vorausschauende Krisen- und Notfallplanung im Pflegeheim

DGKS Angelika Feichtner, Pflegefachfrau, nach langjähriger Pflegepraxis freiberufliche Dozentin und Trainerin im Bereich Hospizarbeit und Palliative Care

Die BewohnerInnen in Pflegeheimen leiden meist an mehreren, schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen. Das macht nicht nur eine umfassende Betreuung nach Palliative Care-Richtlinien erforderlich, es bedarf auch einer vorausschauenden Planung für krisenhafte Situationen.

Fehlt eine vorausschauende Planung mit entsprechenden Handlungsanweisungen und ärztlichen Verordnungen, kommt es häufig zur Aktivierung des Notarztsystems oder zur Krankenhaus-Einweisung. Für die alten und oft auch dementen Menschen bedeutet ein Krankenhaus-Transfer eine enorme Belastung, ohne dass sich daraus ein erkennbarer Nutzen für die PatientInnen erkennen lässt. Besonders für dementiell veränderte BewohnerInnen stellt eine Aufnahmen im Krankenhaus einen enormen Stressor dar und nicht selten verschlechtert sich ihre kognitive Situation dadurch nachhaltig.

Oft leiten solche Krisen auch den Sterbeprozess ein und es ist entscheidend, dass derartige Notfall- und Krisensituationen möglichst im Pflegeheim bewältigt werden können, damit die alten Menschen in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können.

Der Krisen- und Notfallplan wird von den behandelnden ÄrztInnen und den Pflegepersonen gemeinsam ausgefüllt. Damit können akut auftretende Probleme durch Maßnahmen durch die Pflege rasch und befriedigend gelöst werden. Wird trotzdem notärztliche Hilfe gebraucht, so kann sich das Notfallteam aufgrund der schriftlich vorliegenden Informationen rasch ein Bild über die aktuelle Lage verschaffen und an die Situation angepasst agieren.

Hinweis: Der österreichweite Beirat HPCPH wird 2014 unter der Leitung von Hospiz Österreich in Zusammenarbeit mit der OPG und anderen Institutionen einen österreichweiten „Notfallplan/Vorsorgedialog/ein Palliativblatt“ erarbeiten und für die Umsetzung in ganz Österreich empfehlen.

Schmerz- behandlung im hohen Alter

Prof.^h Dr.^h med. Dr.^h phil. Marina Kojer

Fachkundige Schmerztherapie hat für die Lebensqualität alter Menschen höchste Bedeutung. Die Behandlung erfolgt nach dem Stufenschema der WHO.

WHO-Stufe 1 (Nicht-Opioid-Analgetika): z.B. Metamizol, Paracetamol und NSAR wie Diclofenac oder Ibuprofen bei schwachen bis mittelstarken Schmerzen. NSAR wirken schmerzstillend und entzündungshemmend, haben aber Nebenwirkungen, die Gesundheit und Leben Hochbetagter gefährden können. Daher sollten sie nur für kurze Zeit gegeben werden.

WHO-Stufe 2 (schwache Opiode) mit dem Hauptvertreter Tramadol sollen in der Geriatrie nicht mehr verwendet, sondern durch die niedrigste Dosierung eines starken Opioids (WHO-Stufe 3) ersetzt werden.

WHO-Stufe 3 (starke Opiode): z.B. Morphin, Hydromorphon, Oxycodon bei starken Schmerzen. Für Hochbetagte hat sich Hydromorphon am besten bewährt. Die Kombination mit einem Stufe1-Präparat erhöht die Wirksamkeit. Schmerzpflaster (Fentanyl, Buprenorphin) werden von der alten, atrophen Haut nicht mehr verlässlich resorbiert und sind daher für sehr alte Menschen weniger gut geeignet.

Chronische Schmerzen müssen kontinuierlich durch die regelmäßige Gabe nach fixem Zeitschema behandelt werden. Das Intervall zwischen 2 Dosen ist von der Wirkungsdauer des Präparats abhängig. Bekannte Nebenwirkungen (vor allem Obstipation bei Gabe eines Opioids) müssen von Anfang an mitbehandelt werden.

Diese Beilage erscheint mit freundlicher Unterstützung des BMASK.

Sie können die Einlageblätter zu Hospizkultur & Palliative Care der Hefte 59-62 auch auf den Websites www.lebensweltheim.at und www.hospiz.at „Alten- und Pflegeheime“ herunterladen.

Palliativmedizin im Pflegeheim

Modell einer gelungenen Kooperation



Dr. med. Martin Doppelreiter
Arzt für Allgemeinmedizin mit
Additivfach Geriatrie, Wahlarzt
für Palliativmedizin und Palliative
Geriatrie, Medizinethische Be-
ratung in der Geriatrie, Multiplikator
des Dachverband Hospiz für
„HPCPH“, Tutor für Medizinethik
an der MUW
E: info@palliativmediziner.at
W: www.palliativmediziner.at

Palliativmedizinische Betreuung im Pflegeheim ist weit mehr als nur Schmerztherapie und Finalphasenbetreuung hochbetagter oder dementer BewohnerInnen. Vor allem in Heimen, in denen die ärztliche Präsenz auf die Visiten der umliegenden Hausärzte beschränkt ist, führt diese begrenzte Zeitressource mitunter rasch zur Reduzierung des Palliativgedankens auf eine Sterbebegleitung. Im Gegensatz dazu geht die Definition von Palliativer Geriatrie nach Marina Kojer jedoch von „umfassender interprofessioneller Fürsorge von Hochbetagten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien“ aus.

Nach dreijähriger Tätigkeit im Hospiz- und geriatrischen Palliativbereich bot ich meine Erfahrungen in einigen Wiener Pflegeheimen an. Dabei trat ich dort, bezugnehmend auf eine ursprüngliche Idee der Caritas Socialis, für die Implementierung einer kontinuierlichen palliativmedizinischen Betreuung ein. Binnen weniger Monate konnte ich mit fünf verschiedenen Einrichtungen eine Vereinbarung auf Honorarnotenbasis erzielen und die Zusammenarbeit aufnehmen. Die Visitenintervalle wurden dabei wöchentlich bzw. zweiwöchentlich festgelegt.

Bereits nach kurzer Zeit wurde mir rückgemeldet, dass die palliativärztliche Konsiliartätigkeit eine Entlastung für Pflegekräfte in vielerlei Hinsicht darstelle. Eine tagsüber bestehende telefonische Erreichbarkeit meinerseits, die Ernennung von Palliativbeauftragten, wiederholter Austausch mit

den betreuenden Hausärztinnen und -ärzten sowie regelmäßige Treffen mit den Leitenden tragen nun zur gelingenden Kommunikation bei.

Das palliativgeriatrische Arbeitsfeld im Pflegeheim umfasst oftmals medizinethische Schwerpunkte, wie z.B. die Erhebung eines BewohnerInnenwillens, die Beratung zur Patientenverfügung, die Durchführung von ethischen BewohnerInnenbesprechungen sowie die Erstellung von palliativen Behandlungsplänen. Des Weiteren scheinen Dialoge mit allen Betroffenen über rechtliche Aspekte in der Betreuung sowie über sinnvolle und weniger sinnvolle medizinische Maßnahmen in der Geriatrie notwendig. Palliativärztliche Präsenz fördert und fordert eine palliative Grundhaltung



Bild: Im Dialog in den Hausgemeinschaften Erdbergstraße des Diakoniewerk

der Betreuenden in Form von aufrichtiger Empathie gegenüber den BewohnerInnen und ihren Angehörigen. Fachspezifische Fortbildungen sollen MitarbeiterInnen diesbezüglich unterstützen. Zukünftige Herausforderungen wären strukturierte Austauschmöglichkeiten mit Angehörigen oder auch die Einführung einer geriatrischen Ethikberatung.

Genauere Informationen zum Gesamtprojekt, seiner Struktur und zum Ablauf erhalten Sie unter www.hospiz.at „Alten- und Pflegeheime“