

Implementierung von **Hospizkultur in der** **Eingliederungshilfe**

20.10.2017 Dresden

Einführung in Palliativmedizin

- Bedeutung des Begriffs
 - lateinisches Wort pallium (=Mantel)
- Tumore in Pall-Med am häufigsten, aber auch z.B. Pulmonale Erkrankungen, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz
- Personelle Anforderungen

Wann ist ein Bewohner ein Palliativ-Patient

Manchmal merkt man gar nicht, daß man sich bereits in einer Palliativversorgung befindet

Ändert sich das Verhalten der Mitarbeiter, wenn ein Patient zum Palliativ-Patient wird?

- Je nach Weiterbildungsstand Bedenken oder gar Angst bzgl. Erkennen und korrekter Therapie der Symptome eines Palliativpatienten
- Überlegung: Ist ausreichend Rückendeckung von der Hausleitung und den Ärzten vorhanden ?
- Unsicherheit bzgl. Einschaltung eines Notarztes oder Krankenhauseinweisung bei akuter Problematik
 - Vorschlag:
 - » Vorgabe, keinen Notarzt zu rufen
 - » wenn MA doch verunsichert kann er den NOA rufen ohne Ärger befürchten zu müssen
 - » dann aber unverzüglich Hausarzt, Palliativmediziner oder SAPV-Team benachrichtigen, daß bei Eintreffen des NOAs das Procedere mit diesem besprochen werden kann
 - » **Immer Druck von den Mitarbeitern wegnehmen !!!**

Hausarzt kennt Patient, Umfeld und meist auch Mitarbeiter in Wohneinrichtung

- Weitergabe wichtiger Informationen
- Versorgung entsprechend Weiterbildungsstand und Interesse mit den entsprechenden Grenzen
- Grenze ist auch die Frage nach der Leistbarkeit einer 24-Std-Rufbereitschaft

einzelner Palliativmediziner, z.B. entsprechend weitergebildeter Hausarzt muß alles alleine stemmen

SAPV-Team

- arbeitet im Team
- Rufbereitschaft kann aufgeteilt werden auf mehrere Mitarbeiter des SAPV-Teams
- SAPV-Team kann MA der Einrichtung wahrscheinlich besser unterstützen als ein Hausarzt
 - nichtärztliche MitarbeiterInnen des SAPV-Teams verstehen die Problematik der MitarbeiterInnen der Wohngruppen wahrscheinlich besser
 - » Beispiel Spengelhof – Betreuung GG

Wo sind die Grenzen ?

- z.B. Vorhalten von Betäubungsmitteln
- ist hier alles geklärt ?
- Fortbildungsstand der Mitarbeiter in der Senioren- oder Behinderteneinrichtung, was aber im wesentlichen den Rahmenbedingungen im häuslichen Umfeld entspricht
 - CAVE unterschiedliche Anforderungen / Richtlinien zu Hause versus Einrichtung durch Heimaufsicht und Medizinischen Dienst
- weitergebildetes Personal in palliative Care bzw. Fachpersonal sollte rund um die Uhr zur Verfügung stehen, auch nachts
- was darf das Personal
 - subcutane Infusionen anlegen ?
 - subcutane Medikamentengabe ?

Was kann die Palliativmedizin, was kann sie nicht

- mittlerweile sehr hoher Standard bzgl. Wissen und auch technischer Möglichkeiten
 - z.B. Schmerzpumpen
- ABER: nicht jedes Symptom ist immer zu 100% in den Griff zu bekommen – muß es wahrscheinlich auch nicht
 - Schmerz – Nebenwirkung Medikamente
 - » Morphin
 - » Morphinmythos
- CAVE: man soll nie glauben, alles zu können oder alles besser zu wissen als z.B. vermeintlich weniger Qualifizierte
- Ehrlichkeit !!! nie lügen !!
- Humor in Palliativversorgung

Medizinische Probleme bei Palliative Care 1

- Durst, Flüssigkeitsgabe, Hunger, Schluckstörung, Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, Schlafstörung, Unruhe, Angst, Panik
- Schmerz
 - verschiedene Schmerzarten
 - Morphinmythos
 - Therapie
 - Opiatrotation

Medizinische Probleme bei Palliative Care 2

- palliativmedizinische Notfälle (z.B. akute Blutung, akute Atemnot, Panik...)
- PEG
 - Indikation
 - Dauer der Verwendung einer PEG
 - » PEG muß nicht bis zum Schluß verwendet werden
 - Ablauf-PEG

Auswahl palliativmedizinischer Notfälle

- akute Blutung
- akute Atemnot
- Panik
 - kann man nachts Mitarbeiter einer Einrichtung mit diesen Problemen alleine lassen ?
 - genügt telefonische Erreichbarkeit des Hausarztes, Palliativmediziners bzw. des SAPV-Teams ?

- Eingliederungshilfe vs. "Allgemeine" Senioreneinrichtungen
 - derzeit in Senioreneinrichtungen vielleicht etwas mehr Erfahrung im Umgang mit Sterbenden, aber auch neutralere Atmosphäre
- "familiärer" Betrieb in Behindertenhilfe
 - Edith: Gespräch sehr gut möglich, Erfassen der Finalsituation durch Patient
 - Jutta: Gespräch nicht erwünscht
- Ausbildung zur Palliative-Care-Fachkraft speziell für Behindertenhilfe
 - Förderung durch die Paula-Kubitschek-Vogel-Stiftung
www.pkv-stiftung.de
- Teamsitzungen vor einer Palliativversorgung
- Nachbesprechung
- Offenes System wer mitmachen will und kann
- Wechsel in das Team oder Auszeit während der Begleitung ermöglichen

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Tanzen mit dem Lieben Gott

Verhungern, Verdursten

- diese Begriffe setzen das subjektiv empfundene Gefühl des Hungers und Durstes voraus, wie man es aus der “Mitte“ des Lebens kennt
- der alte oder sterbende Mensch hat aber sehr oft Abneigung gegen Essen oder Trinken
- Essen strengt an, Essen und Trinken können Verschlucken und Aspiration auslösen
- der Demente “vergisst“, wie das Kauen oder Schlucken abläuft und wozu es gut sein soll
- oft wird Durst durch trockene Mundschleimhaut verursacht

Bewohner kann nicht schlucken

- Überprüfung dieser Aussage
- Achten auf richtige Körperposition
 - sitzend oder Oberkörper weiter aufrichten
 - Kopf nicht nach hinten überstrecken, sondern leicht nach vorne neigen
 - erster Schluck oder Bissen ganz klein zum “eingewöhnen“
 - kleine Löffel oder Gabel bevorzugen
 - ein ausgetrockneter Mund k a n n keinen reibungslosen Schluckakt einleiten, er muß erst “geölt“ werden !!!
 - dann evtl. auch größere Schlucke versuchen, um Aspirationsrisiko abzuschätzen

Problematik der Ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung am Beispiel **Durst**

- Das uns bekannte Durstgefühl existiert mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht mehr
- Das Schlucken von Flüssigkeit wird abgewehrt oder führt zu "Verschlucken"
 - Aspiration mit Beeinträchtigung des Patienten
- Befeuchtung der Mundschleimhaut wird als angenehm und durstlöschend empfunden
 - Beruhigung des Patienten
 - schwieriger zu beurteilen bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit
- Cave Infusionen !
 - i.v. bei zunehmendem Kreislaufversagen evtl. -> Lungenstauung -> Zunahme Atemnot !!!
 - m.E. besser subcutan
 - bei Resorption Kreislauf noch einigermaßen intakt
 - bei persistierendem Ödem an Infusionsstelle Resorption nicht mehr möglich -> Zeichen für Beendigung dieser Maßnahme

Vorgehen am Beispiel Durst

- Frage nach Durst -> Antwort Ja -> Zunge und Mundschleimhaut befeuchten -> erneute Frage nach Durst -> Antwort wieder Ja -> Testinfusion i.v. oder s.c. -> erneute Frage nach Durst -> ggf 2. Infusion -> CAVE Kreislaufüberlastung !!!
- Frage nach Durst -> Antwort Ja -> Zunge und Mundschleimhaut befeuchten -> erneute Frage nach Durst -> Antwort Nein -> Wiederholung dieses Procedere nach kurzer Zeit -> wenn erneut Durst durch Befeuchtung der Schleimhaut erfolgreich zu bekämpfen ist, steht die Mundpflege im Vordergrund
- CAVE: Situationen und Beschwerdebilder können sich im Verlauf ändern -> regelmäßige Überprüfung, ob das gewählte Vorgehen noch zutrifft

Vorgehen am Beispiel Hunger

- Bei Abwehr gegen Verabreichung von fester Nahrung Forschung nach Verletzungen oder Entzündungen/Infektionen der Mundschleimhaut oder lockeren/schmerzhaften Zähnen
- Eruiieren der geeigneten Nahrungsform
 - fest, breiig, passiert
- Auch Essen will geübt sein
- wenn trotz ausreichend Zeit für die Nahrungsverabreichung weiter Abwehr gegen dieselbe besteht, darf man davon ausgehen, daß der Bewohner nicht mehr essen will

Problematik der Ärztlichen Betreuung Sterbender am Beispiel **Atemnot**

- Wie ist Dyspnoe bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erkennbar ?
 - Unruhe, schnelle Atmung / Puls, Cyanose, Blässe <-> Anämie, Schwitzen,
 - Perkussion, Ultraschall: Pleuraerguß ?
 - evtl. Pleurapunktion unter Ultraschallkontrolle
 - » ambulant möglich !!!
 - Aszites ?
 - Entlastungspunktion ?
 - Labor
 - (Bluttransfusion ??)
 - (Erythropoetin ??)

Problematik der Ärztlichen Betreuung Sterbender am Beispiel **Schmerz**

- Wie ist Schmerz bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erkennbar ?
 - Unruhe, Gesten, schnelle Atmung / Puls, Schwitzen
 - Perkussion, Ultraschall: Harnstau, große Blase ?
 - evtl. transurethraler / suprapubischer Katheter
 - Obstipation ??
 - evtl. Klistier, Einläufe
 - » meist jedoch nicht erforderlich
 - wie verhält man sich bei Patienten mit schon immer geringem Schmerzempfinden ??
 - **im Zweifel pro Schmerztherapie !!!**
 - Faustregel: Nach C. Bausewein sollen Medikamente, die zur Schmerz- / Symptomlinderung erforderlich waren auch in der letzten Sterbephase weitergegeben werden

Ursachen von Schmerz

- Entzündung, Infektion
- Minderdurchblutung = Ischämie
- Raumforderung
 - Tumor
 - gutartig
 - z.B. Meningeom, Zyste
 - bösartig
 - Blutung
- Verletzung

- Der Ort der Schmerzlokalisierung muß nicht identisch mit dem Ort der Schmerzursache sein
 - z.B. Bandscheibenschaden

- Bei Abklärung von Schmerzen ggf. den ganzen Körper vom Kopf bis zur Fußsohle gedanklich durchgehen und dann jeweils obige Ursachen von Schmerz mit einbeziehen

Problematik der Ärztlichen Betreuung Sterbender am Beispiel **Angst**

- Alle oben geschilderten Symptome können auf Angst hindeuten
- Angst wiederum kann alle Symptome verstärken
 - Atemnot -> Angst -> Anspannung -> schnellere Atmung -> erhöhter Sauerstoffbedarf, der nicht gedeckt werden kann -> Verstärkung der Atemnot -> Verstärkung der Angst
- beruhigen, da sein !
- Bekämpfung möglicher Ursachen
 - Schmerz, Atemnot, Übelkeit
- Lorazepam (Tavor ®)
- Midazolam (Dormicum ®)

Problematik der Ärztlichen Betreuung Sterbender am Beispiel **Übelkeit, Erbrechen**

- Ursache im Magen-Darm-Trakt
 - z.B. Tumor, Metastasen, Verwachsungen, Entzündung
 - Erbrechen bringt Linderung der Übelkeit
- Ursache cerebral
 - z.B. Tumor, Metastasen -> Hirndruck; Entzündung
 - Erbrechen bringt keine oder allenfalls kurzfristige Linderung der Übelkeit

ÜBELKEIT								
Lokalisation von Rezeptoren	D ₂ -Rez.	H ₁ -Rez.	Ach-Rez.	5HT ₂ -Rez	5HT ₃ -Rez	NK-1-Rez.	5HT ₄ -Rez	D ₂ -Rez.
Vestibularapparat			X	X				
Chemorezeptoren-Triggerz CTZ	X				X	X		
Brechzentrum		X	X	X		X		
Magen-Darm-Trakt	X				X	X	X	
	D ₂ -Rez.Ant.	H ₁ -Rez.Ant.	Ach-Rez.Ant	5HT ₂ -Rez-Ant	5HT ₃ -Rez-Ant		5HT ₄ -Rez-Ag	D ₂ -Rez.Ant.
	zentral				zentral und peripher		peripher	
MCP	++	0	0	0	+	0	++	++
Domperidon	0	0	0	0	++	0	0	++
Scopolamin	0	0	+++	0	0		0	0
Dimenhydrinat	0	++	+	0	0		0	0
Ondansetron	0	0	0	0	+++	0	0	0
Haloperidol	+++	0	0	0	0		0	0
Levomepromazin	++	+++	++	+++	0		0	0
Aprepitant = Ement®						+++		

Rez = Rezeptor, Ant = Antagonist, Ag = Agonist

Neurotransmitter: D₂ = Dopamin, H₁ = Histamin, Ach = Acetylcholin, 5HT_{2/3/4} = Serotoningruppe_{2/3/4}, NK-1 Neurokinin-1-Rez.

20. und 21.10.2017

Beate und Jörg Augustin,
München