

1 - Kollegiale Beratung - Fallbesprechung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Palliative Fallbesprechungen sind eine große Hilfe, um gemeinsam im Team sich zum Wohl des Bewohners auszutauschen. Hier sollten auch Wertvorstellungen und Behandlungswünsche dokumentiert werden, um den Patientenwillen zu kennen.

So kann die medizinische, pflegerische und psychosoziale Behandlung in einer bestimmten Situation später besser umgesetzt werden.



Verschiedenes Vorgehen ist möglich. Am besten geeignet ist für uns die „**Kollegiale Beratung**“, sie dauert nur 20 – 30 min und gelingt nach einem einfachen Schema.

Es geht auch anders, immer braucht es Anleitung und Übung, z.B. für die Einbindung von Angehörigen oder des Hausarztes.



Kollegiale Beratung (der Bezugspflegekraft)

Phase 1: Vorstellung des Falles

Vorstellung durch die Bezugspflegekraft (einer spricht, alle hören zu)

Phase 2: Klärung

Fragen werden gestellt und durch die Bezugspflegekraft beantwortet.

Phase 3: Phantasie-Phase

Alle Teilnehmer entwickeln Ideen, Vermutungen und Ratschläge.

Die Bezugspflegekraft hört zu.

Phase 4: Ergebnis

Womit konnten Sie etwas anfangen?

Die Bezugspflegekraft spricht, alle hören zu.

Phase 5: Umsetzungsplanung

Was machen Sie konkret mit diesen Erkenntnissen?



Durch die Kollegiale Beratung bekommt das Team gemeinsam eine Vorstellung, welche Maßnahmen im Sinne des Bewohners sind.

Es hilft dabei strittige Punkte auch mit Angehörigen, dem Hausarzt und/oder anderen Behandlern zu besprechen.



Fallbesprechungen als Kollegiale Beratung entlasten oftmals sehr.

Die Ergebnisse können einfach und gut dokumentiert und für Ihre Akte angepasst werden.

So kann der mutmaßliche Patientenwille auch in kritischen Situationen gut umgesetzt werden.

2 - Rechtliche Aspekte rund um Sterben und die „Hilfe“

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Wenn sich der Zustand eines Bewohners unerwartet verschlechtert, stellen sich immer Fragen: Was ist jetzt zu tun? Darf man Sterben zulassen? Das ängstigt Familien und Pflegende. Wie kann man helfen? Wann ist es „**Sterbehilfe**“? Wer darf entscheiden? Wie darf man Leiden lindern? Und wie können Sie rechtlich sicherer arbeiten?



Was lebt, das stirbt. Am Lebensende müssen Medikamente angepasst werden. Meist ist „weniger mehr“! Oft ist **Linderung** durch morphiumähnliche Medikamente sinnvoll. Lindern verbessert Lebensqualität, es verlängert das Leben auch eher, als es zu verkürzen!. **Lindern ist also eine wunderbare Hilfe beim Sterben.**



Am Lebensende darüber nachdenken:

- 1) Was will der Patient?
- 2) Gibt es **Vorsorgevollmacht (VV)** und **Patientenverfügung (PV)**?
- 3) Sind alle Beteiligten gut informiert?
- 4) Welche Beschwerden, welche Leiden liegen vor?
- 5) Will der Patient, dass sie gelindert werden?
- 6) Wie können wir Leiden und Linderung dokumentieren?



„**Sterbehilfe**“ meint in Deutschland meistens Lebensverkürzung durch (Selbst)Tötung.

Selbsttötung und die Beihilfe dazu sind in Deutschland erlaubt.

Eine **Tötung** auf Wunsch des Patienten ist aber eine Straftat. Das gilt erst recht für eine Tötung z.B. aus Mitleid mit einem Bewohner, der sich nicht mehr klar äußern kann.



Beachte: Einigkeit zwischen Patient, Familie und Pflegeteam sind wichtig– rechtlich und menschlich.

Sterben zulassen ist richtig, wenn es dem Patientenwillen entspricht.

Lassen Sie sich nicht verleiten „ein paar Tröpfchen zu viel zu geben!“

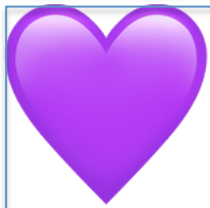
Dokumentieren Sie, warum ein Medikament nötig ist und wie es wirkt!

3 – Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Damit Bewohner auch bis zum Lebensende bei Ihnen bleiben können, sollte frühzeitig mit dem Hausarzt eine **Bedarfsmedikation** festgelegt werden. Die WHO empfiehlt für die Palliation Medikamente vorrätig zu halten, von denen hier die Wichtigsten genannt werden. Sie sind leicht erhältlich, einfach zu handhaben und preisgünstig.



Unabhängig von der Grunderkrankung treten in der Sterbephase oft **Unruhe, Schmerzen, Übelkeit und Atemnot** auf.

Für die Symptombehandlung sind neben richtiger Pflege oft einige der folgenden, anwendungssicheren Medikamente nötig.



Unruhe: **Haloperidol** (0,1 mg/Tropfen, 30 ml)
Übelkeit: 3x 3-5 Trpf, **Verwirrung/Unruhe:** 3x 15-50 Trpf.
Diazepam (Rectiole 10 mg, 20 Stück) oral, PEG, rektal
Lorazepam expidet (1,0 mg, 50 Stück) oral, PEG
wirkt nicht durch die Mundschleimhaut!

Schmerzen: und Fieber: **Metamizol** (500 mg/20 Tropfen, 50 ml)
u/o **Unruhe/Atemnot:** **Morphin 2 %** (1,2 mg/Trpf)
und **Morphin Ampullen 10 mg** (20 Ampullen)

Übelkeit: **Metoclopramid** Lösung (1 mg/ml, 100 ml)
Speicheln: **Scopolamin** Pflaster (3 Pflaster) auch gegen **Übelkeit**



Ein **Vorrat dieser Medikamente** für alle Bewohner macht die Arbeit viel sicherer. Nachts und am Wochenende können sonst die Rezepte nicht schnell genug vorliegen, Medikamente fehlen und Patienten leiden.

Engagement und Kreativität sind gefragt!



Zur Vorbereitung für Notfälle sind Planung und Absprachen nötig:

Gerade nachts und an Wochenenden, wenn der Hausarzt nicht erreichbar und die Apotheke geschlossen ist, wird bei Krisen sonst oft (!) wegen Unterversorgung in die Klinik eingewiesen.

4 – Technik und Geräte

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Auch am Lebensende gibt es Maschinen und Geräte. Welche sind **(lebens)wichtig**, welche **verzichtbar**, welche können **schaden**?
Und wann?

Was muss ich vorher schriftlich festlegen?
Was muss ich vielleicht für den Gebrauch vorhalten?



Geräte lenken durch die Technik vom Patienten ab!

Will der Patient gut umsorgt sterben dürfen, sind alle lebenswichtigen Geräte verzichtbar. Die Weiterbenutzung darf Leiden nicht vermehren oder verlängern. Der Nicht-Gebrauch ist meist nötig!



Kurz aufgelistet, man sollte im Vorfeld schriftlich klären, was tun mit:

- 1) PEG-Sonden,
- 2) Infusionen, Port,
- 3) Intravenösen Medikamenten,
- 4) Absauggeräten,
- 5) Drainagen,
- 6) Herzschrittmacher,
- 7) Defibrillator,
- 8) Überwachung von Sauerstoffsättigung, EKG, Blutdruck?



Hier ist oft Expertenwissen wichtig, fragen Sie ein SAPV-Team oder auch unsere Spezialisten.

Will man einen Schrittmacher Defibrillator vor Ort inaktivieren, braucht man dazu z.B. einen passenden Magneten. Den kann man über PiPiP bekommen und leicht vorhalten.

Rechtzeitig umprogrammieren ist besser!



Alles was elektrisch ist und piepen kann und ist störanfällig.
Leiden lindern, gelingt nahezu immer ohne Technik.
Defis und Herzschrittmacher können in manchen Fällen sehr (!) belasten, künstliche Nahrung und Infusionen ebenso.
ACHTUNG: Schnell kommt der Vorwurf, dass der Patient ja umgebracht würde. Da braucht es starken Rückhalt. **Der Rückhalt ist gut möglich!**

5 – Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung & Co.

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Kann ein Bewohner unerwartet nicht mehr verständlich sprechen, werden Familien, auch Pflegende unsicher über die richtige Behandlung. Darf man Sterben zulassen? Soll der Notarzt kommen? Soll der Bewohner ins Krankenhaus – auch wenn er eigentlich nicht will? Wer darf da eigentlich was entscheiden? Über Patientenwünsche rechtzeitig reden entlastet uns alle!



Sie kennen den Bewohner gut! Helfen Sie, den **Patientenwillen** zu ermitteln, damit danach gehandelt werden kann! Bewohner, Angehörige, Betreuer und Ärzte sollten Festlegungen **möglichst rechtzeitig und gemeinsam und IMMER schriftlich** treffen. Übrigens: Verfügung und Vollmacht gelten auch über den Tod hinaus!



Beim Einzug und später regelmäßig:

- 1) Regen Sie zum Nachdenken und Reden an.
- 2) Erfragen Sie nach etwa zwei Wochen ob für **Patientenverfügung** (PV) und **Vorsorgevollmacht** (VV) Hilfe gebraucht wird.

Beim einer Gesundheitskrise überlegen Sie:

- 1) Gibt es schon Festlegungen für die möglichen Behandlungen?
- 2) Passen die Festlegungen jetzt für diese Situation?
- 3) Ist die Familie über die Verschlechterung des Zustandes informiert?
- 4) Was denkt die Familie zum Patientenwillen in DIESER Situation?
- 5) Leidet der Bewohner? Benötigt er jetzt (schnell) ärztliche Hilfe?
- 6) Welche Erleichterung bringt eine Krankenhauseinweisung JETZT für den Bewohner? Was kann auch in der Einrichtung geleistet werden?



Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Vertreterverfügung

helfen im Notfall. Dokumentieren Sie sauber und verständlich. Unterlagen und unabhängige Beratung gibt es bei der PalliativStiftung und in Palliativversorgung und rechtlichen Fragen erfahrenen Experten.

Unterlagen sollten schnell verfügbar, verständlich und übersichtlich sein.



Beachte: Die Umsetzung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens ist das oberste Ziel. Einigkeit zwischen Bewohner, Angehörigen und Pflege sind eine gute Grundlage für die gelungene Umsetzung.

Sie sollten mögliche **Bedenken** und, was Sie als problematisch ansehen oder nicht verantworten können **frühzeitig offen ansprechen!**

6 – Gesundheitliche Versorgungsplanung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Das Hospiz- und PalliativGesetz empfiehlt nach § 132g SGB V ausdrücklich, dass Bewohnern in Pflegeeinrichtungen unterstützt werden in gesünderen Tagen ihre (Behandlungs)Wünsche für die letzte Lebensphase zu planen.
Hier finden Sie eine Übersicht über mögliche Themen und Probleme.



Diese Versorgungsplanung ist mehr als eine Patientenverfügung. Es sollen frühzeitig konkrete Probleme angesprochen werden. Es sollen auch konkrete Lösungswünsche besprochen werden. Die **möglichen Lösungen für DIESEN Bewohner** sollen verständlich dokumentiert werden.



Es sollten z. B. folgende Fragen bearbeitet werden:

- 1) Sind Vorsorgevollmacht (VV) und PatientenVerfügung (PV) vorhanden?
- 2) Sind VV und PV verständlich und gültig?
- 3) Welche besonderen Behandlungswünsche gibt es noch?
- 4) Wer soll und wer darf über den Patienten informiert werden?
- 5) Wie können weitere Wünsche dokumentiert werden?
- 6) Welche Anordnungen muss ein Arzt jetzt treffen, um die Versorgung später für die Mitarbeiter angemessen zu ermöglichen?
- 7) Welche Medikamente müssen vorgehalten werden?
- 8) Sind diese Medikamente schon für den Bewohner verfügbar?
- 9) Welche Maßnahmen sollten nicht fortgeführt werden?



Ein Teil der Beratung muss von jedem abgedeckt werden. Ein Teil braucht mehr Wissen. Sie können es bei uns erwerben. Sie können Vordrucke, Bücher und Ratgeber der PalliativStiftung gut für den Einstieg und besondere Probleme nutzen. Viele Fragen brauchen besondere palliative Kenntnis, zusammen mit langer Erfahrung im Umgang mit rechtlichen Problemen. Dann fragen Sie die Experten.



Achtung, oft gibt es verschiedene Auffassungen und dadurch verborgene Konflikte, was für den Patienten angemessen wäre. **Benennen Sie solche Probleme, wenn Sie davon erfahren.** Dokumentieren Sie die Probleme. Und holen Sie sich einen Experten als Vermittler dazu.

Gerne können Sie uns ansprechen.

7 – Gesprächskultur

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Mit dem Einzug in ein Pflegeheim beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Es gibt für Angehörige und Bewohner viel zu regeln. Die Grundlage sind zahlreiche Gespräche. Dabei bietet sich eine gute Gelegenheit, zu zeigen, dass Sie bei Fragen der Begleitung am Lebensende kompetent unterstützen können.



In sachlichen Gesprächen mit Bewohnern und Angehörigen werden die Fragen zur Versorgung am Lebensende besprochen und Wünsche dazu dokumentiert.

Gute Zeitpunkte sind die Aufnahme, immer bei Gesprächsbedarf und jede Verschlechterung des Zustands.



S: Setting: ausreichend Zeit einplanen; Unterbrechungen vermeiden, Bezugspersonen und Angehörige mit einbeziehen;

P: Patientenwahrnehmung: Was wird wahr genommen? Was wissen der Bewohner/Angehörige? Bereitschaft, mehr zu erfahren.

I: Individuell: Sind wir eingeladen, jetzt und hier über unangenehme Themen (Krankheit, Tod) zu reden?

K: Know How: Wissen an den Gesprächspartner angepasst vermitteln!

E: Emotion: Wie geht es dem Bewohner? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er jetzt verkraften? Sollte man später weiterreden?

S: Summe: Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Behandlung aussehen? Dokumentation der Ergebnisse!



Erfassen Sie Weltbild und Wünsche des Bewohners. Binden Sie frühzeitig Experten mit ein. Hausärzte, Palliative-Care-Fachkräfte, ambulanter Hospizdienst und das PalliativNetz oder auch wir können hilfreiche Ansprechpartner für Sie sein.



Ein Gespräch darf nicht zu lange dauern. Dann dreht es sich im Kreis. Das Wichtigste sind die ersten Minuten und die letzten Sätze. Manchmal habe Sie oder der Gesprächspartner auch nicht viel Zeit. Sprechen Sie die Dauer zu Beginn ab. Signalisieren, dass „Tod und Sterben“ und die Wünsche am Lebensende für uns zum Leben gehören und darüber gesprochen werden darf und soll.

8 – Symptome und Maßnahmen I

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Am Lebensende leiden Menschen meist unter **ähnlichen Beschwerden**. Eine Behandlung ist gut möglich. Doch ist es zu wenig bekannt, so kommt es gerade „nach Feierabend“ oft zur Einweisung in die Klinik.

Also:

Also: Jeder muss wissen, wie Beschwerden behandelt werden können.



Fast jeder möchte sterben, wo er lebt.

Auch bei hoher Symptomlast ist Linderung durch gute Palliativpflege und einfache Palliativmedizin möglich. Mit wirksamer Behandlung kann die unerwünschte Klinikeinweisung vermieden werden.



Durst, Hunger: Verschwinden im Sterbeprozess.

Sterbende wollen und müssen nichts mehr essen oder trinken.

Künstliche Ernährung: Im Sterbeprozess belastet sie.

Erbrechen und Atemnot sind die Folge.

Künstliche Ernährung deshalb nicht bis zum Ende fortführen.

Schwäche, Müdigkeit: Gehören zum Sterben dazu.

Schlafen am Tag und Wachphasen nachts sind normal.

Mundpflege: Wichtigste Maßnahme!

Hier sollte sich liebevoll Zeit genommen werden. Erkundigen Sie sich, was der Patient gerne mochte. Passen Sie Ihre Maßnahmen an.

Konkret: Mindestens alle zwei Stunden nach dem Patienten sehen.

Mund befeuchten (Sprühflasche mit Lieblingsgetränk möglich!).

Danach Mundpflege mit z. B. mit Oliven- oder Mandelöl oder Butter.



Borken im Mund sind die für den Patienten sehr unangenehm!

Sie können gut mit Sahne, Butter, kleinen Stückchen Brause, Ananas- oder Kiwi-Stücken abgelöst werden, die der Patient zum Kauen bekommt.

Der Speichel durch kleine, gefrorene Fruchtstücken (Ananas, Orange, Kiwi) angeregen. Viele Patienten finden gefrorene Getränke (in kleinen Eiswürfelformen) als sehr angenehm.



Bei der **Mundpflege** immer von hinten nach vorne wischen!
Immer den Zustand des Patienten beachten:

Material und Methode anpassen, um eine Aspiration zu vermeiden.

9 – Symptome und Maßnahmen II

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Hier wollen wir Ihnen als Teil II in ganz kurzer Form hochwirksame Hilfen zeigen.

DENN:

Alle Beschwerden am Lebensende sind gut und sicher zu behandeln.



Sie müssen keine Angst vor Erstickung oder unerträglichen, unbehandelbaren Schmerzen haben..

Mit wirksamer Behandlung kann bei schwersten Symptomen die unerwünschte Einweisung vermieden werden.



Atemnot: Ist das, was der Patient empfindet! Häufige Ursache: zuviel Flüssigkeit, Aspiration, Angst. Lösung: Lagerung, Beruhigung, leichter Luftzug als erste Schritte. **Sauerstoffmangel macht KEINE Atemnot!!!** Medikamente der ersten Wahl sind Opiode (z.B.: Fentanyl nasal, Morphintropfen) oder Benzodiazepine (z.B. Lorazepam oral oder PEG). **Angst, Unruhe:** sind beim Sterben normal. Zuwendung, Seelsorge, vertraute Personen sind dann 1. Wahl. Lorazepam (Angst) oder Haldol (Unruhe) sind oft erforderlich. **Fieber:** Wadenwickel (bei warmen Beinen) und Metamizol **Schmerz:** eine angemessene Schmerzbehandlung ist möglich – und Menschenrecht! Stark + schnell wirksame Medikamente für die Spitzen (z.B. Fentanyl nasal) PLUS als Grundlage z.B. Metamizol, Ibuprofen PLUS Opioid retard, bzw. Pflaster sind eine häufige Kombination.



Sprechen Sie mit Angehörigen über deren Sorgen.

Leiden die Angehörigen oder der Patient?

Hier kann der ambulante Hospizdienst Sie sehr gut unterstützen.

Wichtig: **Immer vorbeugend Bedarfsmedikation anordnen lassen!**

Der Hausarzt kann die wichtigsten Fragen klären, wie die Unterstützung durch PalliativNetz, vermeiden von Klinikeinweisung, Einweisung ins stationäre Hospiz. Sprechen Sie ihn konkret an. Bei speziellen Fragen sind auch wir für Sie erreichbar.



Statt Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung **am Lebensende** regelmäßig

Unruhe + Schmerzen + Atemnot + Atemfrequenz dokumentieren.

Frühzeitig vom Arzt Bedarfsmedikation anordnen und verordnen lassen!

10 – Selbstfürsorge

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Als Pflegekraft leisten Sie eine großartige Arbeit. Bewohner und Angehörige sind sehr dankbar. Sie sind rund um die Uhr für Menschen da. Sie helfen, wo die Not am größten ist. Sie heben, tragen und ertragen, was anderen unerträglich ist. Manchmal ist es schwer, das alles zu meistern. Merken Sie, dass wir im Dienst für die anderen vergessen, uns um uns selbst zu kümmern?



Gerade in der Betreuung schwer kranker oder sterbender Patienten ist es wichtig, neben Fachwissen und guten Arbeitsbedingungen auch für sich selber gut vorbereitet zu sein.

Um für andere stark zu bleiben, müssen wir für uns selber sorgen!



Selbstfürsorge für den Körper:

- Schlafe ich genug?
- Esse und trinke ich regelmäßig und „gut“, nicht zu wenig oder zuviel?
- Kann ich essen und trinken in Ruhe genießen?
- Sorge ich für Ruhepausen an der Arbeit und im Alltag?
- Sorge ich für körperlichen Ausgleich? Bewege ich mich angemessen?

Selbstfürsorge für die Seele:

- Nehme ich mir Zeit für das, was mir wirklich wichtig ist?
- Pflege ich Kontakte oder ziehe ich mich von anderen zurück?
- Gestatte ich anderen mir nahe zu kommen?
- Bin ich selbst „gut“ zu mir?



Notieren Sie es nur für sich alleine oder tauschen Sie sich darüber aus.

Das tut mir an der Arbeit gut:

Das tut mir im Alltag gut:

Überlegen Sie sich, wie Sie das, was IHNEN gut tut, vermehren können.



Gerade in „helfenden Berufen“ ist der Weg ins Burn-out kurz und wird lange verdrängt.

Deshalb ist es wichtig, dass **Sie auf sich und Ihre Kollegen achten**. Mit der gleichen Fürsorge, die Sie Ihren Bewohnern schenken, sollten Sie sich selbst und Ihren Kollegen begegnen.