

Wer ist ein geriatrischer Palliativpatient ?



Marianne Kloke

Zentrum für Palliativmedizin KEM

Netzwerk Palliativmedizin Essen

Was kann **Palliativmedizin** für den geriatrischen Patienten leisten?



Palliativversorgung

dient der Verbesserung der

Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Dies geschieht durch

Vorbeugung und Linderung von Leiden

mittels frühzeitiger Erkennung,

hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von

Schmerzen und anderen Problemen

physischer, psychosozialer und spiritueller Natur

Geriatrische Patienten sind Patienten

- mit geriatrietypischer Multimorbidität
- mit höherem Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

oder

- Alter 80+ auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen
 - des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen
 - der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Palliativpatienten sind Patienten

- mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den Symptomen dieser Erkrankung leiden.
- Sie benötigen
 - Linderung von körperlichen Symptomen,
 - Respektierung ihrer Integrität und Würde,
 - psychosoziale Unterstützung sowie
 - Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod.
- Auch die Familien von Palliativpatienten benötigen oft Hilfe (z. B. Pflegeanleitung und psychosoziale Unterstützung).

Predictors of in-hospital mortality among older patients

Thiago J. A. Silva; Cláudia Szlejf Jerussalmy; José M. Farfel; José A. E. Curiati; Wilson Jacob-Filho 2009

- 856 Patienten
 - Alter 60 – 104
 - 16.4 % starben

 - Negative Prädiktoren
 - Delirium
 - Tumorerkrankung
 - Serumalbumin <3.3mg/dl
 - Serumkreatinin > 1.3mg /dl
 - Kardiale Vorerkrankung
 - Immobilität
 - Höheres Alter

 - Andere Studien: rez. Hypoglykämie, Anorexie, Kachexie, Tagesmüdigkeit, Ödembildung, rez. Infektionen
-

Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency Department for Chronically Ill Elderly Patients

Sean O' Mahony, Arthur et al 2008

- Significant proportions of older patients who visit the ED for complaints related to chronic illnesses can be expected to **have limited likelihood of survival**. Clinicians' assessment of limited prognosis and simple prognostic screening tools such as the PPS appear to have utility in older adults who use the ED.
 - There was some evidence to suggest that the provision of palliative care and case management services in an urban ED was associated with increased patient and family satisfaction with symptom relief and increased uptake of hospital-based palliative care services and hospice.
-

Palliative Performance Scale (PPS) a new tool.

Anderson, Fern et al. (1996) Journal of Palliative Care 12(1), 5-11

5 Kriterien

- Mobilität (ambulation)
- Aktivität (activity and evidence of disease)
- Nahrungsaufnahme (intake)
- Selbstversorgung (self care)
- Bewußtseinsgrad (conscious Level)

Graduierung

- 100% = voll erhalten
 - 0% = aufgehoben
-

Der Beginn der Terminalphase ist wahrscheinlich, wenn der Patient

- an einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose leidet,
- zunehmend bettlägerig und extrem geschwächt ist,
- neue Symptome beklagt (z.B. Unruhe, Dyspnoe, Angst, Schmerz, Somnolenz),
- unter zunehmender Schläfrigkeit mit zeitweiser Desorientiertheit leidet,
- immer weniger Interesse für Essen und Trinken aufbringt,
- immer weniger Interesse für seine Umgebung und sein Leben zeigt
- und eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen hat.

Typisches Patientenverhalten

„der Patient ist sehr schwach, zumeist bettlägerig, schläfrig für lange Perioden mit stark limitierter Konzentrationszeit.

Es besteht zunehmendes Desinteresse an Nahrung und an Flüssigkeit“

R. Twycross

Das Terminalstadium kann als jene Phase definiert werden,

in der bei dem Patienten eine tägliche Verschlechterung eintritt und der klinische Zustand von Tag zu Tag aufs Neue beurteilt werden muss.

Es kommt zum Auftreten von Schwäche (manchmal sehr ausgeprägt), Schläfrigkeit, Bettlägerigkeit, Appetitlosigkeit, Organversagen und schließlich zur peripheren Zyanose.

Es ist sehr schwer vorauszusagen, wann die terminale Phase beginnen wird. **In diesen letzten Lebenstagen hat das Wohlfühlen die höchste Priorität.“**

P. Kaye

Palliative and End-of Life Care for Older People

British Geriatrics Society (Best Practice Guide 2009)

- Umfassendes geriatrisches Assessment
- + erweiterte Kommunikation
- + redliches (honest) Prognostizieren
- + Prioritätensetzung
- + klinische Entscheidungen treffen
- + vorausschauendes Planen
- + Integration von Behandlungspfaden

Empfehlung: LPC

„Liverpool Care Pathway (LPC)

- In den 90er-Jahren an der Royal University Liverpool in Zusammenarbeit mit dem Marie Curie Institut “ (LCP) erarbeitet.
- Autorisierte Deutsche Version in St Gallen Kantonsspital erarbeitet Okt. 2007
- Lizenz ist kostenlos, muss aber angemeldet werden.
 - www.mcpcil.org.uk (Marie Curie Institut in Liverpool, Großbritannien)
 - www.palliativ-sg.ch (Deutschsprachiges LCP-Referenzzentrum, St. Gallen, Schweiz)

LPC

Zielgruppen

- der sterbende Patient
 - seine Angehörigen
 - das multiprofessionelle Team
-

LPC

Ziele

-
- ❑ Schaffung einer gemeinsamen Grundlage zur Betreuung und Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen
 - ❑ Praxisorientiertes Vorgehen in der oft komplexen und schwierigen Situation des Sterbens mit Hilfe einer einheitlichen Dokumentation
 - ❑ Klare Abmachungen und die Klärung der Zuständigkeiten sollen die Kommunikation zwischen Sterbenden, den Angehörigen und dem Behandlungsteam erleichtern
 - ❑ Die Kooperation verschiedener Professionen soll dem Sterbenden und seinen Angehörigen ein Netz bieten, damit sie sich in ihrer Situation getragen wissen
-

LPC

Ziele

- best mögliche umfassende Betreuung
 - des Sterbenden
 - seiner Angehörigen

 - Haltungsbildung
 - bei den Betreuenden
 - in der Institution
 - In der Öffentlichkeit
-

LPC

Struktur

□ Teil I

- Ausgangslage (Diagnose „sterbend“)

□ Teil II

- Weiterführende Betreuung

□ Teil III

- Betreuung nach dem Tode
-

LPC

Bereiche

Medizinisch

Psychologisch

Sozial

Spirituell

Kriterien für den Beginn des LPC

- der Patient ist bettlägerig
- das Bewusstsein ist eingeschränkt
- er kann nur noch schluckweise Flüssigkeit zu sich nehmen
- er kann keine Tabletten mehr zu sich nehmen

Wichtig: Entscheidung im Team!

Teil I Ausgangslage

Ziel 1 – 3: Maßnahmen zum Wohlbefinden

- Beurteilung der Ausgangslage
- Konzeptentwicklung

Beispiele

- Beendigung unangebrachter medizinischer und pflegerischer Maßnahmen/Interventionen
 - Verordnung einer Bedarfsmedikation
 - Festlegung der Therapiebegrenzung
-

Ziel 1

Überprüfung der aktuellen Medikation

Wichtige Fragen:

- Medikamente mit körperlicher Abhängigkeit
- Medikamente ausschließlich p.o. verfügbar

- Medikamente zur Symptomprophylaxe
- Medikamente zur Symptomkontrolle

Geeignete Applikationswege:

- rectal buccal s.c. i.v.
-

Ziel 2: vorausschauende Planung

Medikamente sind verordnet für:

- Schmerzen
 - Agitation
 - Bronchiale Sekretion
 - Übelkeit und Erbrechen
 - Dyspnoe
-

Ziel 3:

Beendigung unangebrachter medizinischer
Maßnahmen/Interventionen

- Diagnostik nur bei Therapiekonsequenz!

 - Ernährung / Hydrierung

 - DNR Anordnung geklärt (AND ??)

 - ICD deaktiviert
-

Ziel 3:

Beendigung unangebrachter pflegerischer Maßnahmen/Interventionen

Beispiele

- Lagerung zur Dekubitustherapie
- Kein Monitoring von O₂, Puls, Blutdruck etc
- Keine High-Tech Verbände

Start der Terminalphasenbetreuung

Teil I Beurteilung des Ausgangslage

Ziel 4 – 5: psychologische Einsicht

Abklären des

- Verständnisses des Patienten über die Sterbesituation
 - Verständnisses seiner Angehörigen über die Sterbesituation
 - Des Bedarfs an weiteren Informationen besteht.
-

Teil I Beurteilung des Ausgangslage

Ziel 6: Religiöse / spirituelle Unterstützung

- Konfession
 - Religion
 - Glaube
 - Spiritualität
-
- Wo sind die Bedürfnisse?
-

Teil I Beurteilung des Ausgangslage

Ziel 7 – 8:

Kommunikation mit den Angehörigen

- Überprüfen der Angaben zu Telefonnummern und Erreichbarkeit.

 - Erfragen, ob noch weitere Personen wichtig sind.

 - Wer soll, wer will benachrichtigt werden.
-

Teil I Beurteilung des Ausgangslage

- Ziel 9:

Kommunikation mit dem Hausarzt

- Ziel 10 – 11:

Zusammenfassung

Teil II Weiterführende Beurteilung

Alle 4 Stunden werden beurteilt:

- Schmerzen
 - Agitation
 - Übelkeit und Erbrechen
 - Bronchiale Sekretion
 - Atemnot
-

Ziel: Patient ist schmerzfrei

- Verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist
 - Schmerzfrei bei Bewegung
 - Scheint friedlich
 - Lagewechsel in Betracht ziehen
-

Ziel:

Patient leidet nicht unter Agitation

- Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängste, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken)

 - Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen

 - Lagewechsel in Betracht ziehen
-

Ziel: ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar

- Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Medikamente verabreicht werden
 - Lagewechsel in Betracht ziehen
 - Symptome werden mit der Familie / Anderen besprochen
-

Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit
und erbricht nicht

Verbale Äusserung, falls Patient bei
Bewusstsein ist

??????

Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot

- Verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist
 - Lagewechsel in Betracht ziehen
-

Teil II Weiterführende Beurteilung

Alle 4 Stunden werden beurteilt

- Mundpflege
 - Miktion
 - korrekte Gabe der Medikation
-

Ziel:

Der Mund ist feucht und sauber

- Mundpflegerichtlinien beachten
 - Mundkontrolle mindestens alle 4 Stunden durchführen
 - Häufigkeit Mundpflege ist an Bedürfnis des Patienten angepasst
 - Familie / Andere in die Pflege miteinbeziehen
-

Ziel: Der Patient fühlt sich wohl

- Katheter bei Retentionsproblemen
 - Katheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz
-

Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht

Auch bei Pumpen- Perfusoreneinsatz mindestens alle 4 Stunden kontrollieren

??

Ziel: Der Patient fühlt sich wohl und in einer sicheren Umgebung

Klinische Erfassung von:

- Hautzustand (Verletzungen, Druckstellen)
 - Bedürfnis/Bedarf von Lagewechsel
 - Bedarf von Spezialmatratze
 - Bedarf an Körperpflege
-

Ziel: Der Patient ist nicht agitiert oder belastet durch Obstipation oder Diarrhoe

?????

Ziel: Der Patient ist sich der Situation
in **angemessener** Weise bewusst

- Patient ist über das Vorgehen informiert worden

 - Berührungen und Kommunikation (verbal / nonverbal) werden fortgesetzt
-

Teil III Betreuung nach dem Tode

- Bestätigung des Todes
 - Kontakt mit dem Hausarzt
 - Information der Angehörigen über die nächsten Schritte
 - Durchführung der notwendigen Dokumentation
-

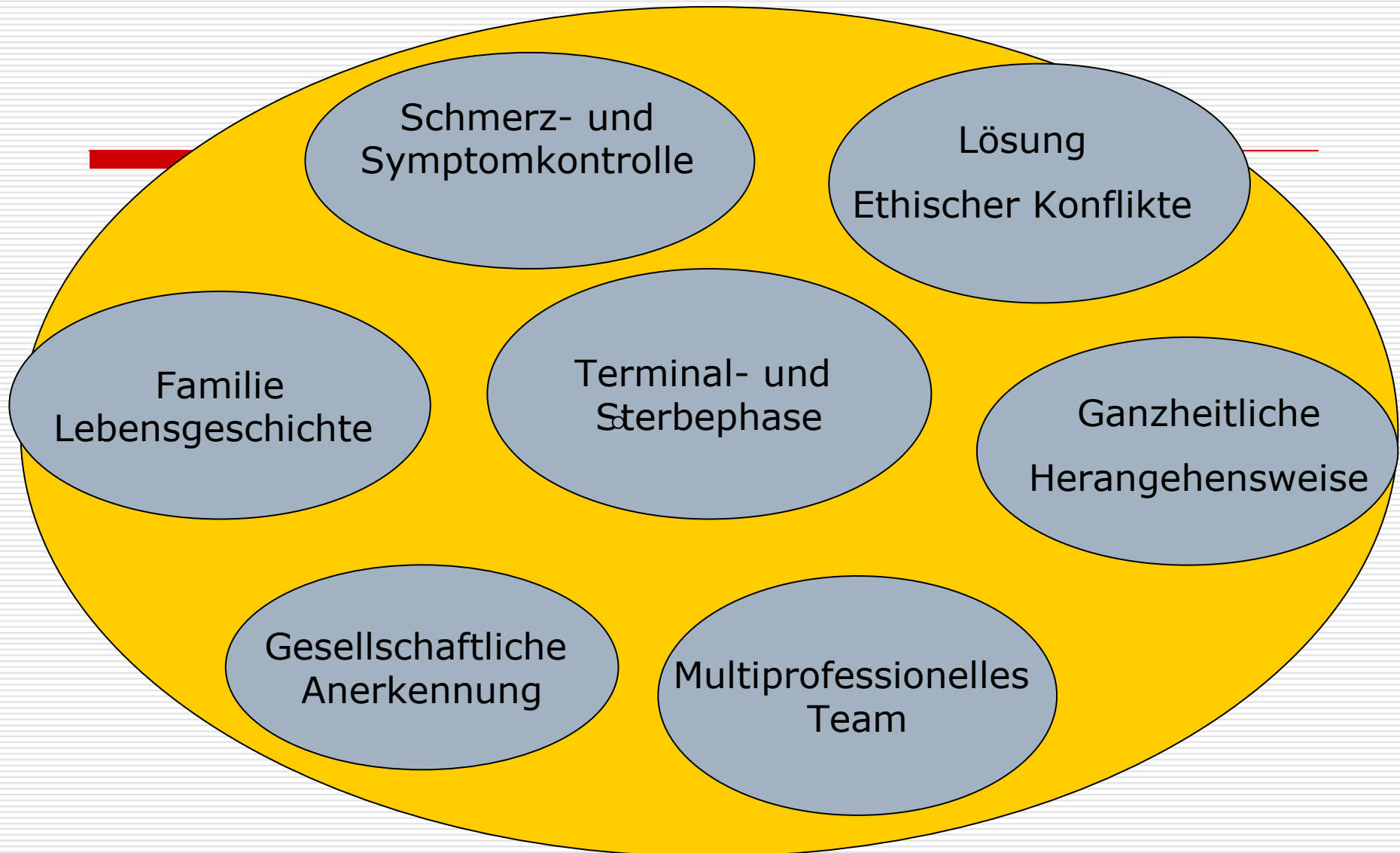
Behandlungspfade für wichtige Symptome

- Schmerzen
 - Agitation
 - Bronchiale Sekretion
 - Übelkeit und / oder Erbrechen
 - Dyspnoe
-

Was kann eine Palliativmedizin für
den geriatrischen Patienten
für die Gesellschaft leisten?



Die Würde des Menschen ist unantastbar.



Deklaration der Menschenrechte Sterbender

Workshops unter dem Thema „Der Todkranke und der Helfer“
in Lansing, Michigan USA

Ich habe das Recht,

.....

von fürsorglichen, empfindsamen und klugen Menschen umsorgt zu werden, die sich bemühen, meine Bedürfnisse zu verstehen und die fähig sind,

innere Befriedigung daraus zu gewinnen, daß sie mir helfen, meinem Tod entgegen zu sehen.
