

PALLIATIVSTATION. 2013

NEWSLETTER



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at

Dr. Hanna Lohmer



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Wenn die kurative Medizin an ihre Grenzen kommt und sich die Patienten der Endlichkeit ihres Daseins bewusst werden, ändern sich die Wertvorstellungen. Nach einem Therapieabbruch bleiben Zeit und Raum für andere Dinge, wie dem Aussöhnen mit sich selbst, mit seinem Leben und seiner Familie. **Wenn die letzte Lebensphase so verläuft, wie es dem tiefen Inneren eines Menschen entspricht, kann vieles von einem zuvor unglücklich verlaufenen Leben geheilt werden.** Hierfür bedarf es jedoch der Unterstützung durch psychotherapeutische, pflegerische und natürlich medizinische Maßnahmen. Das Krankenhaus, der betreuende niedergelassene Arzt, mobile Palliativteams, Patienten und Angehörige müssen eng zusammenarbeiten, damit ein Annehmen der aktuellen Situation für alle gelingen kann. Dies birgt immer wieder neue Herausforderungen, denn meist fällt es leichter, ETWAS zu tun – als etwas NICHT MEHR zu tun.

Was sage ich einem Menschen, dessen Zukunft begrenzt ist? Darf das Unvermeidliche angesprochen werden? Wie Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden gelingen kann, darauf möchten wir auf Seite 3 näher eingehen. Unsere Erfahrung zeigt, dass Patienten für Kleinigkeiten wie Sonnenschein, eine wohlthuende Fußmassage oder ihren Lieblingsduft zutiefst dankbar sind. Diesbezügliche Erfahrungen möchten wir Ihnen auf Seite 4 gerne näherbringen. **Eine wesentliche Säule der Palliativbetreuung stellt die Schmerztherapie dar.** Sie wirft immer wieder Fragen auf, daher möchten wir Ihnen gerne Basiskonzepte vorstellen.

Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren.

Herzlichst Ihr

OA Dr. Johann Zoidl
Leiter der Palliativstation St. Louise



AB WANN SPRICHT MAN VOM PALLIATIVPATIENTEN?

Trotz des wissenschaftlichen Fortschritts kommt die Medizin regelmäßig an ihre Grenzen, sodass eine Heilung nicht mehr möglich ist. **Bei nahezu 50 % aller Krebspatienten liegt bei der Erstdiagnose bereits eine fortgeschrittene und nicht mehr heilbare Krebserkrankung vor.** Wir sprechen von einer primär palliativen Situation. Nach intensiver Diagnostik werden palliative Maßnahmen wie Chemotherapie, Strahlentherapie und chirurgische Eingriffe in unterschiedlicher Kombination angeboten. Ziel ist es, das Leben zu verlängern oder Beschwerden zu lindern. Oft gibt es jedoch keine sinnvolle spezifische Therapiemöglichkeit, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen könnte.

Palliative Care kann in jeder Phase eines palliativen Krankheitsverlaufs frühzeitig angeboten werden. Die vielfältigen Symptome und Beschwerden aufgrund der fortschreitenden Tumorerkrankung benötigen ein mehrdimensionales Betreuungsangebot, um die körperlichen, psychosozialen und spirituellen Probleme zu lindern und die Lebensqualität in dieser belastenden Situation zu stabilisieren. **In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass ein frühzeitiges unterstützendes Angebot für Palliativpatienten die Lebensqualität verbessert und auch die Lebenszeit verlängern kann.**

Wir sprechen heute aber nicht mehr „nur“ bei Krebs von einer palliativen Situation. Mehr und mehr erkennen wir den Betreuungsbedarf bei chronischen, unheilbaren Erkrankungen wie COPD, terminale Herzinsuffizienz oder neurologischen Erkrankungen. Auch der alte, multimorbide Mensch mit seinen vielfältigen Problemen darf als Palliativpatient gesehen werden.



OA Dr. Johann Zoidl



Buchtip



Buchtip

SYMPTOMTHERAPIE IN DER LETZTEN LEBENSZEIT – EIN GRUNDKONZEPT

In der letzten Lebenszeit von Palliativpatienten stehen Lebensqualität und Symptomlinderung im Vordergrund. Appetitlosigkeit, Schwäche und Kachexie sind meist kaum mehr zu ändern. Die Medikamentenanzahl muss gerade jetzt so niedrig wie möglich gehalten werden. Wir versuchen deshalb in Rücksprache mit dem Patienten schon im Krankenhaus die Medikation entsprechend anzupassen. **Antihypertensiva, Antidiabetika, Lipidsenker oder Antikoagulantien können zumeist gut begründet abgesetzt werden.** Zur Basissymptomtherapie fügen wir enterale und parenterale Bedarfsmedikationen hinzu, um vor Ort den Betreuenden die Möglichkeit zu geben, bei Veränderungen zu reagieren.

Basierend auf unseren Erfahrungen möchte ich einen kleinen Überblick über Medikamente für die wichtigsten Symptome der letzten Lebensphase – in der Patienten oft nicht mehr gut schlucken können – geben:

Schmerzen, Atemnot: Viele Patienten sind mit einer retardierten Opiattherapie sowie einer adäquaten Schmerzspitzenmedikation versorgt. Dank der erhältlichen Fentanyl und Buprenorphin TTS ist bei schwieriger oraler eine parenterale Gabe gut möglich. Äquipotenztabellen geben Anhaltspunkte für eine Umstellung. **Bei Steigerung der Basis sollte die Bedarfsmedikation adäquat (ca. 1/10 bis 1/6 der 24-Stunden-Dosis) angepasst werden.**

Angehörige werden bei Bedarf schon im Krankenhaus auf die subkutane Verabreichung von Opiaten eingeschult. Damit kann die Atemnot auch zuhause rasch gelindert werden – bei nicht ausreichender Wirksamkeit ist eine kurzfristige Wiederholung notwendig. Bei höheren parenteralen Dauerdosen ermöglicht eine PCA-Pumpe die Entlassung. Transmucosale Fentanylpräparate müssen zwar vorsichtiger titriert werden, können aber ein einfaches Konzept unterstützen.

Übelkeit, Erbrechen: Metoclopramid und Haloperidol können ebenfalls gut subkutan verabreicht werden. Ein breiteres antiemetisches Spektrum hat Levopromazin, das in Tropfenform

sublingual (z. B. 2–3 gtt = 2–3 mg) gut und rasch resorbiert wird. In höheren Dosen (ab 7–10 gtt) kann dieses Neuroleptikum titriert zur **Beruhigung/Schlafförderung/Anxiolyse** verwendet werden. Lorazepam 1–2,5 mg Tbl. können in dieser Indikation buccal/sublingual gut angefeuchtet ebenso verwendet werden.

Atemnot: Neben der erwähnten Morphin- oder Levopromazingabe sind Benzodiazepine bei stärker verspürter Atemnot bis zur Erstickungs-/Todesangst unverzichtbar. Midazolam ist mit 2,5 mg subkutan oft schon hilfreich – im „Notfall“ aber wenn möglich i. v. titriert sinnvoll. Falls in der Sterbephase längere Gaben notwendig sind, können anstatt einer Motorspritze zu Hause z. B. adäquat dosierte Morphin-/Midazolammischungen langsam tropfend in einer Infusion subkutan gegeben werden. Bei belastender **Ras-selatmung** vermindert Butylscopolamin subkutan die Speichel-/Sekretproduktion.

Hunger und Durst werden in der Sterbephase meist nicht als belastend empfunden. Die **Mundtrockenheit** wird durch Infusionen zudem kaum gut gelindert. Anstatt „künstlicher“ Flüssigkeitsgabe, die eventuell Ödeme, Lungensekretion, Ergüsse oder Aszites verstärkt, ist das Zulassen der „natürlichen“ Exsikkose am Lebensende für den Sterbenden eher hilfreich. Ein klärendes Gespräch mit den Angehörigen ist aber sinnvoll, da dadurch das gemeinsame, bewusste Einlassen auf den Abschied besser möglich wird. Nach Anleitung können sie dem Sterbenden mit behutsamer Mund-/Lippenpflege noch Linderung, Zuwendung und Nähe geben und diese auch selbst spüren.



OA Dr. Bernhard Mossbauer



ERGÄNZENDE ANGEBOTE, WENN DIE MEDIZIN AN IHRE GRENZEN KOMMT

Wenn die Diagnose einer schwerwiegenden, unheilbaren Krankheit das bisher in ruhigen Bahnen verlaufende Leben grundlegend verändert und vieles in Frage stellt, ist die Hoffnung meist ungebrochen, dass die kurative Medizin vielleicht doch noch Heilung oder zumindest Lebensverlängerung bieten kann. Der medizinische Fortschritt hat die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten weit hinausgeschoben, aber das Ziel der Lebenszeitverlängerung kann nicht mehr gehalten werden. **Es braucht auch vom behandelnden Arzt eine tiefe Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den existentiellen Fragen des Krankseins, des Leidens und der Begrenztheit des Lebens.**

„Therapiezieländerung“ nennen wir diesen Prozess, auf den wir uns gemeinsam mit dem Patienten einlassen dürfen. Dieser erfordert von uns als Arzt den punktuellen Abstand von unserer so selbstverständlichen „Heilerrolle“, um eine empathische, einfühlsame Begleiterrolle einnehmen zu können. Dieser Übergang von kurativer zu palliativer Intention und Haltung ist eine Herausforderung an das Arzt-Patientenverhältnis. **Ehrliche, verständnisvolle und respektvolle Kommunikation ist das tragende Element für die weitere Betreuung.** Über die kommenden Ereignisse (Tod, Sterben) darf offen gesprochen werden. Patienten vereinsamen, wenn aus falscher Rücksichtnahme nicht ehrlich mit ihnen gesprochen wird.

Das Leben mit einer fortschreitenden Krebserkrankung ist geprägt von Verlusten an körperlicher Leistungsfähigkeit, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit. Existentielle Ängste, Sorgen, verworfene Hoffnungen und Pläne belasten das familiäre und soziale Beziehungsnetz. Unser Zugang zum Patienten in der palliativen Situation bleibt das Leben, das nun nicht mehr so gelebt werden kann wie vorher und in dieser Zeit der Verunsicherung volle Unterstützung in der körperlichen, psychischen und spirituellen Dimension braucht. **Palliativbetreuung achtet auch ganz besonders auf das soziale Umfeld.** Angehörige und Nahestehende brauchen die Möglichkeit, klare Informationen über den Verlauf der Krankheit zu erhalten. Hier ist das gemeinsame Gespräch mit dem betroffenen Menschen besonders wichtig.

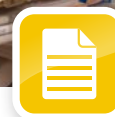
Es ist die Hilflosigkeit und das Ohnmachtsgefühl, welches Angehörige oft blockiert und lähmt und letztendlich zur Überforderung führt. **Wichtig ist, den Wünschen und Bedürfnissen des schwerkranken Menschen Gehör zu verschaffen, aber auch eine Verbindung zu den Ängsten und Belastungen der Angehörigen herzustellen.** Durch Erstellung eines klaren medizinischen und pflegerischen Konzeptes zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Schwäche und anderer belastender Symptome sowie durch Organisation eines Betreuungsnetzwerks aus mobilen Diensten, mobilem Palliativteam und Hausärzten, soll auch Entlassung und Betreuung im gewohnten häuslichen Umfeld möglich werden. **Der Hausarzt ist in dieser Betreuungskonstellation ein wichtiger Kooperationspartner.** Er kennt den Patienten und sein Umfeld über lange Zeit und kann im gewohnten Umfeld gut auf Probleme und Wünsche reagieren. Angehörige sind in dieser Situation oft extrem gefordert und auch leicht überfordert. Betreuende des mobilen Palliativteams und der Hausarzt nehmen dies wahr und können unterstützend reagieren. Bei schwer lösbaren Anforderungen und beim Erreichen von Betreuungsgrenzen kann auch eine stationäre Aufnahme auf der Palliativstation notwendig werden.



OA Dr. Johann Zoidl



Buchtipp



Buchtipp

PALLIATIVPFLEGE: HILFE AUF NICHT-MEDIZINISCHER EBENE

Im Zuge einer progredienten Erkrankung und des Sterbeprozesses treten meist charakteristische körperliche und krankheitsbedingte Symptome auf. Dennoch ist es ein wichtiges Ziel in der palliativen Betreuung, den Patienten zu ermöglichen, dass sie auch unter erschwerten Bedingungen viel Zeit zu Hause verbringen können. Hierfür ist eine engmaschige Zusammenarbeit mit den Angehörigen notwendig, um sie über Pflegehandlungen entsprechend zu informieren und zu begleiten.

Die palliative Pflege geht sowohl auf die körperliche als auch auf die psychosoziale Problematik des Sterbenden ein. Es wird besonders darauf geachtet, pflegebedingte Schmerzen zu vermeiden. Ist ein täglicher Verbandswechsel notwendig? Möchte der Patient täglich gewaschen werden? Kann durch eine spezielle Auflage oder eine Antidekubitusmatratze häufiges Umlagern vermieden werden?

Es ist empfehlenswert, die Grund- und Behandlungspflege zeitgleich durchzuführen, sodass der Patient anschließend Zeit zum Ruhen hat. Hierfür eignen sich Aromaöle wie Lavendel, Rosenholz und Bergamotte. **Eine beruhigende Waschung ist oftmals besser als aufwendiges und belastendes Duschen.** Bei der Verwendung von Aromaölen kann anschließend eine wohltuende Massage durchgeführt werden. Wichtig ist, auf die Reaktion des Patienten zu achten und flexibel auf seine Wünsche einzugehen. „Ausstreichende“ Fuß- oder Armmassagen lösen vorhandene Anspannungen. Der Patient wird nach seiner Lieblingslage und der gewünschten Blickrichtung gefragt, er sollte bequem, weich und schmerzfrei liegen. Die duftenden Aromaöle wirken wärmend und entspannend. Eine leichte, kreisende Bauchmassage im Uhrzeigersinn mit Rosmarin oder Zedernholz hilft bei Obstipation, alternativ dazu können auch warme Kompressen und Abführtees (z. B. Fenchel- oder Holunderblüten) Linderung bringen.

Tritt Atemnot auf, ist es wichtig, den Patienten nicht alleine zu lassen, ihn zu berühren und zu beruhigen. Ein hochgelagerter Oberkörper erleichtert das Einatmen. Frischluft, ein Tischventi-

lator, feuchte Tücher oder ein Vernebelungsgerät mit ätherischen Ölen bzw. Kochsalzlösung schaffen ebenfalls Linderung. **Atemstimulierend wirken zudem Einreibungen mit Lotions und Ölen.** Ein freier Blick durchs Fenster schafft Weite und beruhigt. Wichtig ist, dass der Patient nicht in den Kreislauf aus Atemnot und Angst gerät. Dadurch wird die Atemnot verstärkt, der Patient wird immer unruhiger und hat Panik, zu ersticken.

Viele Patienten leiden unter Übelkeit und Erbrechen. Beide Symptome erhöhen den Leidensdruck des Schwerkranken. **Unangenehme Gerüche vor und nach den Mahlzeiten sollten daher möglichst vermieden werden, ebenso wie fettreiche und stark gewürzte Gerichte.** Bewährt haben sich Suppen oder weiche Speisen wie Pudding und Eis. Oft hilft es auch, den Patienten nach seinen Vorlieben oder Abneigungen zu fragen und ihm seine Wunschkost zuzubereiten. Säfte oder Früchte in Form von Eiswürfel werden gerne gelutscht und lindern zudem die Mundtrockenheit und das Durstgefühl. Die meisten Sterbenden können bis zuletzt schlucken oder kleine Flüssigkeitsmengen zu sich nehmen, z. B. durch tröpfchenweise Flüssigkeitsgabe in den Mund per Spritze oder Sprühfläschchen.

Bei Übelkeit sollten auch Pflegehandlungen, die mit Geruchsbildung einhergehen, vermieden werden. Häufiges Lüften und Duftlampen mit dem gewünschten Öl (Zitrone, Pfefferminze, Lavendel) schaffen ebenfalls Linderung.



DGKS Claudia Fuchs, M. Sc.



ERREICHBARKEIT UND ORGANISATORISCHE HINWEISE

Die durchgängige Betreuung der uns anvertrauten Menschen ist uns ein wichtiges Anliegen. Ziel ist es, gemeinsam mit den betreuenden niedergelassenen Ärzten sowie den mobilen Palliativteams die beste Qualität in der letzten Lebensphase unserer Patienten sicherzustellen. Immer öfter kann der Wunsch nach dem Sterben zuhause erfüllt werden. Dies ermöglicht nicht zuletzt die gute intra- und extramurale Zusammenarbeit.

Treten in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender Fragen auf, unterstützen wir Sie gerne. **Auf unserer Station ist montags bis freitags von 08.00 bis 18.00 Uhr unter der Durchwahl 7110 ein Arzt erreichbar**, am Wochenende haben wir einen Bereitschaftsdienst eingerichtet.

Aufnahme auf die Palliativstation:

Für Patienten, die primär in unserem Krankenhaus betreut werden, regeln wir die Übernahme auf die Palliativstation intern mit den entsprechenden Fachabteilungen. Befindet sich der Patient bereits in häuslicher Pflege, bitten wir um vorherige Terminvereinbarung in der Palliativambulanz (0732/7677-7110).

Schwerkranke und Sterbende, **die primär nicht bei den Barmherzigen Schwestern behandelt wurden**, nehmen wir ebenfalls auf unserer Station auf, allerdings ist hierfür ein ambulantes Vorgespräch mit dem Patienten und den Angehörigen notwendig.

Für wen sind wir zuständig?

Palliativ Care betrifft ergänzend zu den onkologischen Patienten zunehmend nicht maligne Erkrankungen wie die terminale Herzinsuffizienz, COPD oder neurologische Erkrankungen (z. B. Alzheimer).

Folgende Kriterien gelten als Richtlinien für eine stationäre Aufnahme:

- Patienten mit einer weit fortgeschrittenen und aktiv fortschreitenden unheilbaren Erkrankung und dadurch begrenzter Lebenserwartung.
- Medizinische Indikation bei starken, nicht beherrschbaren Schmerzen oder anderen quälenden Symptomen (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Atemnot ...) oder psychosoziale Indikation bei Überlastung des betreuenden Umfeldes.
- Der Patient und seine Angehörigen sollten über die fortgeschrittene und unheilbare Erkrankung aufgeklärt sein.
- Die Aufnahme erfolgt nur nach freier Zustimmung des Patienten.
- Eine Aufnahme ist unabhängig von Religionszugehörigkeit, Weltanschauung und finanzieller Situation möglich.

Besuchszeiten:

Unsere Station ist rund um die Uhr für Besuche offen. Angehörige werden gerne in die Pflege und Betreuung miteinbezogen und können jederzeit auch auf der Station übernachten.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677-0

E-Mail: office.linz@bhs.at

Zertifiziert gemäß



Impressum gem. § 24 Mediengesetz:

Medieninhaber und Herausgeber: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft m. b. H., Palliativstation; Anschrift von Medieninhaber und Herausgeber: Seilerstätte 4, 4010 Linz; Redaktion: OA Dr. Johann Zoidl, OA Dr. Bernhard Mossbauer, DGKS Claudia Fuchs, M. Sc.; Organisation, Koordination und Abwicklung: Sigrid Miksch, M. Sc.; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Werner Harrer, BHS Linz; Auflage: 800 Stück; Erscheinungsweise: 1 x jährlich.

Wir bitten im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit um Verständnis, dass auf die geschlechterspezifische Formulierung teilweise verzichtet wird. Selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen. Die im Medium etwaig angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.