

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2003-2004)

Heft: 81

Artikel: Grundlagenpapier Interdisziplinäre Palliation in Heimen und zu Hause in der Stadt Zürich

Autor: Amt für Altersheime / Stadtärztlicher Dienst / Verein Hausärzte Stadt Zürich

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790165>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Grundlagenpapier Interdisziplinäre Palliation in Heimen und zu Hause in der Stadt Zürich

Einführung

Unter Palliation wird die lindernde Behandlung von Leiden verstanden. Palliatives Vorgehen kann sehr unterschiedlich sein und hängt von vielen Faktoren ab. Zentrale Bedeutung kommt der Kommunikation zwischen Leidenden, Angehörigen, Pflegenden und Ärzteschaft zu. Ungeklärte Erwartungen, verdeckte Ängste und Unsicherheiten können zu Kommunikationsstörungen führen, die ein gemeinsames Handeln zum Wohle der Patientinnen und Patienten erschweren.

Im Rahmen der Zielsetzung 2002 des städtischen Gesundheits- und Umweltdepartements erarbeiteten die beteiligten Institutionen ein gemeinsames Grundlagenpapier zur **Interdisziplinären Palliation** in Heimen und zu Hause. Dabei sollen die guten Erfahrungen der vom Stadtärztlichen Dienst betreuten städtischen Krankenhäuser, wo Palliation 2001 Hauptfortbildungsthema war und Eingang in den Krankenhaushauptalltag gefunden hat, auch auf die von den vielen verschiedenen Hausärzten betreuten Heime und den Spitex-Organisationen zugänglich gemacht werden.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe² hat basierend auf persönlichen Erfahrungen das Grundlagenpapier erarbeitet. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist für die Anwendung in der täglichen Praxis gedacht.

¹ Dienstabteilungen des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

² Mitglieder

- Claire Bucher, Spitex Wipkingen
- Dr. med. Thomas Ermatinger, Verein Hausärzte Stadt Zürich (VHZ)
- Maria Hartmann, Zentralstelle SPITEX
- Maya Huber-Schöpfer, GL Amt für Altersheime
- Franziska Imfeld, Altersheim Sonnenhof
- Dr. med. Andreas Roose, Heimarzt Pfrundhaus, Vorstand Verein Hausärzte Stadt Zürich (VHZ)
- PD Dr. med. Albert Wettstein, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst

Ziel

Das Grundlagenpapier

- ist als Leitfaden für vernetztes Handeln gedacht,
- drückt die gemeinsame Haltung in der palliativen Medizin und Betreuung aus und ermöglicht so einen konstruktiven Diskurs zum Wohle der PatientInnen,
- soll zur optimalen Zusammenarbeit zwischen chronischkranken und/oder sterbenden Menschen, ihren Bezugspersonen, Pflegenden und ÄrztInnen beitragen und so unnötige Verlegungen in der terminalen Phase verhindern,
- dient als Grundlage für gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen.

Zielgruppen

- Heimleitungen und Pflegende von Alters- und Pflegeheimen,
- Trägerschaften und Pflegende von Spitexorganisationen (inkl. Spitex, Stiftung Alterswohnungen),
- Ärzteschaft – insbesondere die HausärztInnen, die mit den beteiligten Institutionen zusammenarbeiten.

Grundsätzliches zur Palliation

- 1) 80% der Betagten möchten zu Hause, das heisst in ihrer vertrauten Umgebung sterben. Nur bei ca. 40% geht dieser Wunsch in Erfüllung. Etwa 40% sterben im Spital und etwa 20% in einer anderen Institution.
- 2) Weniger der Tod macht den Betagten Angst, als die Aussicht auf ein langes, schmerzvolles Sterben in einer fremden, medizinisch-technisch bestimmten Umgebung.
- 3) Die Lebenserwartung nimmt nicht zu, wenn HeimbewohnerInnen zur Palliation ins Spital eingewiesen werden. Auch ihre Beschwerden werden in der Regel dadurch nicht besser gelindert. Es entstehen jedoch unnötige Mehrkosten.

- 4) Optimale Altersmedizin bedeutet deshalb in der Regel, dass Betagte in der gewohnten Umgebung behandelt werden und dass auf Spitaleinweisungen aus pflegerischen Gründen verzichtet wird. Das Vorgehen soll sich vor allem auf Untersuchungen am Krankenbett und Vermutungsdiagnosen ohne Bestätigung durch aufwändige Diagnostik stützen.
- 5) Wünsche von trauernden Angehörigen betreffend Betreuung von Sterbenden:
 - 44% wünschen verbesserte Kommunikation mit Fachpersonen,
 - 17% wünschen verbesserten Zugang zur Ärzteschaft,
 - 10% wünschen verbesserte Schmerzbehandlung,
 - 10% wünschen bessere Finanzierung der Krankheitskosten.
- 6) Palliation betrifft immer 4 Gruppen:
 - die schwer kranke Person,
 - ihre Bezugspersonen (Familie und Bekannte),
 - die professionell Pflegenden und Betreuenden,
 - die behandelnde Ärzteschaft.
- 7) Idealerweise wird die palliative Betreuung gemäss den Vorgaben der schwer kranken Person gemeinsam zwischen Ärzteschaft, Pflegenden und Betreuenden, sowie den Angehörigen in aller Offenheit und in gegenseitigem Einvernehmen abgesprochen, durchgeführt und immer wieder den aktuellen Begebenheiten angepasst.

Palliative Behandlung

Als Grundsatz gilt: Optimale Palliation ist Pflicht bei allen nicht heilbaren Zuständen. Sie beschränkt sich **nicht** auf zum Tode führende Leiden oder die Sterbephase.

- 8) Bei Betagten sind Herzschwäche, Demenz, Lungenleiden oder Niereninsuffizienz oft ebenso bedrohlich, unheilbar und nur palliativ behandelbar wie ein metastasierendes Krebsleiden.
- 9) Es ist Pflicht der Ärzteschaft, den Kranken und bei Bedarf ihren Angehörigen wenn immer möglich die Diagnosen und Prognose

mitzuteilen. Behandlungsmöglichkeiten und ihre jeweiligen Nebenwirkungen müssen erläutert werden. Bei fehlenden Erfolgsaussichten ist von Therapien dringend abzuraten.

- 10) Kranke haben das Recht, Unangenehmes, wie eine schlechte Prognose, zu verdrängen. Die Umgebung muss sich danach richten, solange dadurch nicht das Prinzip der Wirtschaftlichkeit verletzt wird.
- 11) Das Ziel palliativer Behandlung ist das Lindern von körperlichen (Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, lästiger Harn- oder Stuhldrang, Mundtrockenheit, Unruhe, Halluzinationen) und seelischen Beschwerden (Angst, Verzweiflung, Freudlosigkeit, Sinnkrisen, Schuldgefühle, Scham, Gefühl, Dritte zu belasten, Abhängigkeit, Abschiedsschmerz, Trauer).

Dies verlangt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Spezialisten, Psychiatern, Pflegenden und der Seelsorge. Eine rein medikamentöse Behandlung wird dieser Aufgabe nie gerecht.

Palliative Situationen

- 12) Palliatives Vorgehen kann sehr unterschiedlich sein und hängt von zahlreichen Faktoren ab, insbesondere von der aktuellen Lebenssituation eines Menschen. Es ist daher sinnvoll, Palliation im Zusammenhang mit verschiedenen Lebensabschnitten zu beschreiben. Dabei hat der Wille von urteilsfähigen Kranken immer Priorität.
- 13) Palliation bei einem Menschen mit durchschnittlicher Lebenserwartung und Lebensqualität:
 - a) Gewisse Krankheiten können auch in diesen Lebensabschnitten zeitweise nur palliativ behandelt werden. Dies gilt z.B. für eine Kniegelenksarthrose, die über Jahre palliativ mit Physiotherapie und Rheumamitteln behandelt wird. Ziel: möglichst Beschwerdefreiheit.
 - b) Treten zusätzlich in diesen Lebensabschnitten heilbare Krankheiten auf, z.B. eine Lungenentzündung, werden diese kurativ behandelt. Ziel: Heilung.

- c) Treten lebensbedrohende Situationen wie Lungenembolie oder Herzinfarkt auf, erfolgt Reanimation. Ziel: Lebenserhaltung.
 - d) Vorsorgliche Massnahmen wie Antikoagulation oder Senkung des Lipidspiegels werden auf Dauer durchgeführt. Ziel: Prävention.
- 14) Palliation beim betagten Menschen oder bei eingeschränkter Lebenserwartung:
- a) Betagte Menschen leiden oft an zahlreichen, nicht heilbaren Krankheiten. In diesem Lebensabschnitt wird vorwiegend palliativ behandelt. Ziel: möglichst wenig Beschwerden bei möglichst wenig Nebenwirkungen.
 - b) Treten zusätzlich heilbare Krankheiten auf, können diese kurativ behandelt werden wie z.B. Harnwegsinfekt. Ziel: Heilung. Andere potentiell heilbare Krankheiten werden palliativ behandelt, wenn durch eine kurative Behandlung die Lebensqualität zu sehr leiden würde wie z.B. Prostatakrebs. Ziel: optimale Lebensqualität.
 - c) Treten lebensbedrohende Situationen auf, tragen zahlreiche Faktoren bei zur Entscheidungsfindung, ob wiederbelebt werden soll oder nicht.
 - d) Vorsorgliche Massnahmen wie Antikoagulation oder Blutdrucksenkung müssen ständig reevaluiert werden.
- 15) Palliation bei kurzer Lebenserwartung und schlechter Lebensqualität:
- a) Beschwerden und Krankheiten werden ausschliesslich palliativ behandelt. Ziel: möglichst wenig Beschwerden bei möglichst wenig Nebenwirkungen.
 - b) Zusätzliche heilbare Krankheiten werden in der Regel nicht kurativ behandelt. Ziel: möglichst wenig Beschwerden.
 - c) Treten lebensbedrohliche Situationen auf, soll keine Wiederbelebung, sondern nur palliative Behandlung erfolgen.
 - d) Alle präventiven medizinischen Massnahmen werden beendet.
- 16) Ärztliches und pflegerisches Handeln und damit auch die Palliation müssen immer davon abhängen, in welcher Situation sich Leidende befinden. Am Schwierigsten gestaltet sich das Handeln bei betagten Menschen oder eingeschränkter Lebenserwartung. Folgende Prinzipien sind von grösster Wichtigkeit:

- a) Wille der Kranken: Die betreuende Ärzteschaft und die Pflegenden müssen in geduldigen Gesprächen mit den Kranken herausfinden, was ihr Wille ist. Hilfreich sind dazu Langzeitpflege-Verfügungen (siehe Beilage 3).
 - b) Sind Kranke nicht in der Lage, ihren Willen zu äussern (z.B. bei Demenz), müssen sich Angehörige, Nachbarn oder das Pfllegeteam an ihrer Stelle äussern, um den mutmasslichen Willen festzustellen.
 - c) Wichtige Entscheide sind immer mit den Kranken, den Angehörigen und dem Pfllegeteam zu besprechen.
- 17) Die behandelnden Grundversorger sind dabei oft mit Situationen konfrontiert, die sie nicht allein bewältigen können. Soll z.B. bei einer betagten, deutlich dementen Patientin mit noch rechter Lebensqualität die Antikoagulation weitergeführt werden? Darf eine Patientin mit Ileus rein palliativ behandelt werden? Insbesondere sind Entscheide, die zum Tod führen können, in einer sonst noch offenen Situation sehr schwierig. Oft erscheint es attraktiv, den Entscheid zu vermeiden und die Kranken zu hospitalisieren. Hier gibt es eine bessere Lösung: sich den Konflikt einzugestehen, mit dem Pfllegeteam zu besprechen und gegebenenfalls eine erfahrene Kollegin oder einen erfahrenen Kollegen zuzuziehen.
- 18) Für ärztliches und pflegerisches Handeln genügen oft Fachwissen und technische Fähigkeiten. Für die oben beschriebenen Situationen braucht es ärztliche und pflegerische Kunst. Sie basiert auf Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten, Lebenswissen, innerer Freiheit und Intuition. Sie erfordert das ständige Abwägen von zahlreichen Faktoren und führt unablässig zu innerlichen Stellungnahmen, die mit oder ohne Auswirkungen nach aussen sein können. So können Medizinalpersonen Sterbende ruhig auf dem oft schwierigen Weg bis zum Tod begleiten.

Palliative Medikamente

- 19) Die wichtigen palliativen Medikamente sollen regelmässig in abgesprochenen Intervallen abgegeben werden. Bei ungenügender Wirkung sollen die Intervalle verkürzt oder die Dosen erhöht werden. Zusatzdosen sollen nur vorübergehend, bis zur Anpassung der Dosen oder Intervalle, eingesetzt werden.

- 20) Optimale palliative Behandlung von Schmerzzuständen ist mit dem Schmerzschema der Weltgesundheitsorganisation (siehe Beilage 5) in fast allen Fällen ohne technisch aufwändige Behandlung im Spital möglich, wenn stark wirksame opiumähnliche Medikamente in geeigneter Form (Retard Präparate oder Pflaster) angewendet werden. Bei therapieresistenten Schmerzen kann die notwendige Palliation nur mit Hightech-Therapien in einem Kompetenzzentrum erreicht werden.
- 21) In der Altersmedizin ist eine Zurückhaltung in der Verwendung hochwirksamer opiumähnlicher Medikamente sehr selten gerechtfertigt. Eine gute Schmerzstillung wirkt oft eher lebensverlängernd als lebensverkürzend. Nicht selten erholen sich Leidende unter guter Opiattherapie noch einmal und schöpfen neuen Lebensmut und Lebensfreude.

Palliation ohne künstliche Flüssigkeitszufuhr und ohne künstliche Ernährung

- 22) Hunger und Durst werden von schwer leidenden oder sterbenden Kranken meist nicht empfunden. Aufgedrängte oder künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung wird dagegen oft als subjektive Last und Ruhestörung erlebt und kann Symptome wie Rasseln und Atemnot verstärken.
- 23) Für Sterbende mit Mundatmung ist eine ausgetrocknete, verkrustete Mundhöhle sehr unangenehm, weshalb fachgerechte Mundpflege und Luftbefeuchtung zur unverzichtbaren palliativen Grundpflege gehören.
- 24) Eine kritische Schwelle in der Betreuung Schwerkranker ist der Verlust der Fähigkeit, die Notdurft entweder auf der Toilette oder mit Hilfe der Bettschüssel zu verrichten. Wenn mit geeignetem Inkontinenz-Pflegematerial das Problem nicht gelöst werden kann, kann das Einlegen eines Blasenkatheters optimale Linderung bringen.

Palliationshemmnisse

25) In der Palliation tätige Berufspersonen sind sich immer bewusst, dass gegenüber dem Sterben in allen vier Gruppen (siehe Punkt 6) starke Abwehrkräfte und Verdrängungsmechanismen in Erscheinung treten können. Ein optimales und professionelles Handeln kann dadurch erschwert werden. Häufig anzutreffen sind insbesondere:

- Vermeiden von Kontakt mit unheilbar Kranken, respektive deren Wegverlegung, weil diese an die eigene Sterblichkeit oder die Grenzen der Medizin erinnern,
- Beharren auf einem erfolglosen, leidvermehrenden kurativen Behandlungskonzept, weil das Loslassen schwerfällt,
- „Alles tun müssen, was möglich ist“ zum Ausgleich für frühere Versäumnisse oder aus Angst vor Vorwürfen Dritter.

26) Bei der Betreuung von schwer Kranken stehen oft sich widersprechende Strategien zur Auswahl: Einerseits die kurative Behandlung, Leben erhalten, einen Menschen nicht gehen lassen. Andererseits die palliative Betreuung, sich aufs Lindern beschränken, auf quälende Lebensverlängerung verzichten, den Tod als unumgänglichen Ausgang akzeptieren. Ein Hin- und Hergerissen-Sein zwischen diesen beiden Möglichkeiten ist bei allen Betroffenen in schwankender Ausprägung anzutreffen und oft ein nicht lösbarer Konflikt. Durch offenes Ansprechen kann dieser Konflikt oft gelindert werden. Manchmal ist das Beiziehen einer aussenstehenden Fachperson die beste Lösung. Dies kann z.B. eine Onkologieschwester, ein Besuch machender Facharzt oder ein Hausarztkollege/eine Hausarztkollegin für eine Zweitmeinung sein.

27) Wenn der eigentliche Sterbeprozess begonnen hat, wird die bevorstehende Dauer der Sterbephase oft überschätzt. Häufig werden wegen der sich abzeichnenden Belastung unnötige, belastende Schritte (zum Beispiel Spitaleinweisung aus pflegerischen Gründen) in die Wege geleitet.

Organisatorisches zur Palliation bei Sterbenden

- 28) Bei der Betreuung Sterbender ist zu unterscheiden zwischen
- Verrichtungen, für die professionelle Pflegende notwendig sind,
 - Verrichtungen, die von jeder engagierten Person gelernt werden können,
 - reiner Begleitung („anwesend sein“).

Selbst letzteres ist nicht immer während 24 Stunden pro Tag erwünscht. Oft genügt es, wenn jemand in Rufnähe ist, der für eine Handreichung oder ein Gespräch zur Verfügung steht, und allenfalls professionelle Hilfe rufen kann.

- 29) Betreuende aus dem Familienkreis sind meistens mehrmals täglich auf die Unterstützung durch Pflegefachkräfte angewiesen. Diese benötigen ihrerseits engmaschige Kommunikation mit der behandelnden Ärzteschaft. Wichtig ist hier auch das Kennen und die Vernetzung mit Organisationen, die bei Bedarf helfen oder unterstützen können (siehe Beilage 4).
- 30) Je unerfahrener und unsicherer die Betreuenden in Sterbebegleitung sind und je komplexer die Betreuungsaufgabe ist, desto häufiger sind die fachpflegerische und die ärztliche Präsenz nötig. Oft ist ein täglicher ärztlicher Besuch bei Sterbenden angezeigt und Teil der hausärztlichen Praxis.
- 31) Eine gute Sterbebegleitung ist der letzte Dienst, den Sterbende bekommen können. Alle Beteiligten sollten bereit sein, ihre Routine zu durchbrechen und Schwerpunkte bei der Betreuung zu setzen.
- 32) Einbezug der Angehörigen in die Pflege und Betreuung ist zu Hause sowie im Heim meist zwingende Voraussetzung für eine gute Sterbebegleitung.
- 33) Erfahrungsgemäss hilft ein Engagement von Familienangehörigen bei der terminalen Pflege in der späteren Trauerarbeit.

- 34) Ein aktives Anlernen der Angehörigen durch professionelle Pflegende soll wenn möglich angeboten werden, ein Ablehnen ist jedoch zu akzeptieren.
- 35) Zeichnet sich eine Überforderung des Betreuungssystems zu Hause ab und ist eine palliative Strategie angezeigt, soll eher eine Krankenheimplatzierung als eine Hospitalisation angestrebt werden. Eine gute Palliationsbetreuung ist in den städtischen Krankenhäusern möglich. Meist lässt sich innerhalb weniger Tage ein freier Platz finden.
- 36) Als nützliche Instrumente bei einer palliativen Betreuung eignen sich unter anderem zwei Fragebögen: SISC (Symptome und Sorgen, siehe Beilage 1) und ECPA (Schmerzen bei Personen, die nicht sprechen können, siehe Beilage 2).

Den Sterbenden ihren Tod lassen

- 37) Nicht jede sterbende Person braucht ein Betäubungsmittel. Nicht jede Unruhe oder jeder Schmerzenslaut muss zwingend medikamentös therapiert werden. Die sterbende Person hält möglicherweise mehr aus als ihre Umgebung und wünscht, ihre letzten Tage und Stunden trotz Leiden bei vollem Bewusstsein zu erleben.
- 38) Gute Sterbebegleitung muss ganz auf die Sterbenden ausgerichtet sein und akzeptieren, dass Sterben Abschied nehmen und deshalb meist Leid bedeutet, das mit allen Willensbezeugungen und Palliation nicht vermieden werden kann. Dies gilt auch für Sterbende, die den nahen Tod begrüssen und scheinbar "leicht" sterben.

Strukturiertes Interview für Symptome und Sorgen (Concerns) SISC

SISC wurde vom Institut für palliative Pflege der Universität von Ottawa entwickelt (Erstautor Keith G. Willson, Übersetzung AW 25.3.02) <http://www.pallcare.org/download.htm>

Wichtiger als die vollständige Anwendung des SISC bei allen palliativ zu betreuenden Kranken ist, sich – illustriert am SISC – bewusst zu sein, wie viele Dimensionen bei einer guten Palliation zu beachten sind. **Palliation ist weit mehr als „nur“ Schmerzbekämpfung.**

Das SISC kann beantwortet werden durch direktes Befragen von Kranken, durch Befragen von Angehörigen oder aufgrund von Beobachtungen der Pflegenden.

Teil 1, Schmerz- und Symptombeurteilung:

1. Schmerz

Haben Sie irgendwelche Schmerzen? (Wie schlimm ist es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es die Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es? Helfen Medikamente?)

2. Schläfrigkeit

Fühlen Sie sich schläfrig oder müde? (Wie schlimm ist es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es?)

3. Übelkeit

Fühlen Sie sich übel oder haben Sie das Gefühl, als müssten Sie erbrechen (Wie schlimm ist es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es?)

4. Schwäche

Fühlen Sie sich schwach? (Wie schlimm wird es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es?)

5. Atemlosigkeit

Fühlen Sie Atemlosigkeit oder haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung? (Wie schlimm ist es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es?)

6. Andere Symptome

Haben Sie irgendwelche andere physische Beschwerden, die Sie beeinträchtigen? (Wie schlimm wird es? Ist es ein Problem für Sie? Beeinträchtigt es Aktivitäten, die Sie durchführen möchten? Kommt es und geht es?)

(Mögliche Beschwerden, wenn sie nicht selber geäußert werden:

- a) karchelnde Atmung,
- b) trockener Mund,
- c) Beschwerden beim Wasserlösen,
- d) Verstopfung, respektive Stuhldrang, der nicht entlastet werden kann),
- e) Anderes, nämlich.....

Teil 2, Sorgen über das Lebensende:

7. Gefühl von Kontrolle

Unter Berücksichtigung aller Probleme, die Sie haben, haben Sie das Gefühl, weiterhin in Kontrolle über sich selber zu sein und dass Sie die Situation im Griff haben? (Auch wenn Sie sich nicht wohl fühlen, können Sie Dinge weiterhin kontrollieren? Fühlen Sie, dass Sie die Dinge trotz allem managen? Haben Sie das Gefühl, manchmal überwältigt zu werden bis zum Punkt, dass Sie Angst haben, die Kontrolle zu verlieren? Kommt es und geht es? Wie stark belastet Sie das?)

8. Gefühl von Würde:

Fühlen Sie, Sie seien weiter in der Lage, Ihre Würde und Ihren Selbstrespekt aufrecht zu erhalten? (Auch wenn Sie in manchen Dingen Hilfe brauchen, ist Ihre persönliche Würde im Prinzip intakt? Machen Ihre medizinischen Probleme, dass Sie sich schämen, heruntergewürdigt oder blossgestellt vorkommen? Kommt es und geht es? Wie stark beeinträchtigt Sie das?)

9. Gefühl einer Last

Haben Sie das Gefühl, dass Sie durch ihre gegenwärtige Krankheit für ihre Familie zu einer körperlichen und emotionalen Last geworden sind? (Haben Sie das Gefühl, dass Sie das Leben für andere Menschen schwierig machen? Wie stark fühlen Sie diesbezüglich? Kommt es und geht es, oder fühlen Sie sich als Last die ganze Zeit? Wie stark belastet Sie dies selber?)

10. Angst

Fühlen Sie sich nervös, ängstlich, oder am Rande? (Wie schlimm wird es? Kommt es und geht es? Fühlen Sie so die ganze Zeit? Ist es ein Problem für Sie?)

11. Depression

Fühlen Sie sich niedergeschlagen, traurig oder depressiv? (Wie schlimm ist es? Kommt es und geht es? Fühlen Sie so die ganze Zeit? Ist es ein Problem für Sie?)

12. Interessens- und Freude-Verlust

Haben Sie kein Interesse oder keine Freude mehr, etwas zu unternehmen oder an Dingen? (Wie schlimm ist es? Kommt es und geht es? Haben Sie Interesse an allen Aktivitäten oder nur an einzelnen verloren? Ist es ein Problem für Sie?) Dabei denke ich nicht so sehr daran, ob Sie fähig sind, etwas zu unternehmen, sondern ob Sie überhaupt noch Interesse daran haben. Dabei denke ich auch an Dinge, die kaum physische Anstrengungen benötigen, wie Freude haben an der Familie, an Freunden, am Lesen oder am Fernsehen.

13. Hoffnungslosigkeit

Fühlen Sie sich entmutigt, bis hin, die Hoffnung zu verlieren? (Erscheint die Zukunft bedeutungslos und ohne Hoffnung oder können Sie die Dinge nehmen, wie sie kommen? Sind Sie überwältigt mit einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit über ihre Situation? Wie schlimm ist es? Kommt es und geht es? Ist es ein Problem für Sie?)

14. Sterbewunsch

Haben Sie je den Wunsch, dass Ihre Krankheit schneller fortschreiten möge, so dass Ihr Leiden schneller vorüber ist? (Wünschten Sie sich je den Tod? Wie oft fühlen Sie dies? Kommt es und geht es? Ist es regelmässig oder gibt es Zeiten, wo Sie nicht so fühlen? Beten Sie für einen baldigen Tod?)

15. Unerledigtes

Haben Sie sonst noch etwas, das Sie plagt? Gibt es noch etwas, das zu erledigen ist?

ECPA

Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (Morello R., Jean A., Alix M., Groupe Regates 1998, deutsche Version Kunz R. 2000)

Datum :		Patient/in	
vis. :		Geb.:	Zimmer:

Dimension 1: Beobachtungen ausserhalb der Pflege

1 – verbale Äusserungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien	
0	Patient/in macht keine Äusserungen
1	Schmerzäusserungen, wenn Patient/in angesprochen wird
2	Schmerzäusserungen, sobald jemand beim Patienten/der Patientin ist
3	Spontane Schmerzäusserungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äusserungen

2 – Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Blick
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter u./o. ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick / Ausdruckslosigkeit

3 – Spontane Ruuehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung einer bestimmten Position, Haltung
2	Patient/in wählt eine Schonhaltung (aber kann sich bewegen)
3	Patient/in sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	Patient/in bleibt vollständig immobil

Dimension 2: Beobachtungen während der Pflege

4 – ängstliche Abwehr bei Pflege

0	Patient/in zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient/in reagiert mit Unruhe
3	Patient/in reagiert aggressiv
4	Patient/in schreit, stöhnt, jammert

5 – Reaktionen bei der Mobilisation

0	Patient/in steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient/in hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient/in klammert mit den Händen / macht Gebärden während Mobilisation und Pflege
3	Patient/in nimmt während Mobilisation / Pflege Schonhaltung ein
4	Patient/in wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege

6 – Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen

0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktion beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zone zu nähern

7 – verbale Äusserungen während der Pflege

0	keine Äusserungen während der Pflege
1	Schmerzäusserung, wenn man sich an den Patienten/die Patientin wendet
2	Schmerzäusserung, sobald Pflegende beim Patienten/bei der Patientin ist
3	spontane Schmerzäusserung oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	spontanes Schreien bzw. qualvolle Äusserungen

Dimension 3: Auswirkungen auf Aktivitäten

8 – Auswirkungen auf den Appetit

0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung

9 – Auswirkungen auf den Schlaf

0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Patient/die Patientin ausgeruht
1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf

10 – Auswirkungen auf Bewegungen

0	Patient/in mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Patient/in bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltene / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe

11 – Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit

0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient/in vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	totale Indifferenz

Total Punkte (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)

Zusätzlich gegebenenfalls relevante Informationen über Schmerzen bei bestimmten Verrichtungen an kommunikationsunfähigen Personen:

12 – Pupillendilatation

0	keine
1	leicht
2	stark

13 – Pulsanstieg

0	kein
1	leicht
2	deutlich
3	stark

Langzeitpflege Patientenverfügung

Zuhanden des betreuenden Arztdienstes, des betreuenden Pfllegeteams

Mein Name, Vorname, Geburtsdatum:

Für den Fall, dass ich als urteilsunfähige Patientin oder urteilsunfähiger Patient nicht in der Lage wäre, meinen Willen bezüglich meiner medizinischen Behandlung zu äussern, bestimme ich heute, im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit, was folgt:

- Mein persönliches Wohlbefinden bzw. das Lindern von Leiden steht im Vordergrund.
Im Falle einer lebensgefährlichen Erkrankung (wie z.B. einer Lungenentzündung) ist auf jede künstliche Lebensverlängerung zu verzichten. Ich wünsche keine Hospitalisation, und es sollen keine rein der Lebensverlängerung dienende Massnahmen (wie z.B. Gabe von Antibiotika) durchgeführt werden.

Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei der ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll jede lebenserhaltende Therapie eingestellt werden.

Unter den oben genannten Bedingungen sollen die medizinische Hilfe und die Pflege auf palliative (d.h. lindernde) Massnahmen ausgerichtet werden. Insbesondere sollen schmerzbekämpfende Mittel ausreichend dosiert, sowie Angst und Atemnot gelindert werden.

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität, Wohlbefinden und des Gesundheitszustandes besteht.

Oder

- Das Erhalten meines Lebens steht im Vordergrund, es soll jedoch nur das getan werden, was im vertrauten Umfeld möglich ist, z.B. Antibiotikagabe, starke Herzmedikamente.

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität, Wohlbefinden und des Gesundheitszustandes besteht.

Oder

- Das Erhalten und wenn möglich die Verlängerung meines Lebens stehen im Vordergrund.

Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der heutigen Medizin sollten bei allen gesundheitlichen Störungen möglichst ausgeschöpft werden.

Spezielle Anliegen:

Bei Vorhandensein einer Ernennung einer Vertrauensperson als Patientenvertreter oder Patientenvertreterin:

- Falls die Meinung der Vertrauensperson als Patientenvertreter oder Patientenvertreterin im Widerspruch stehen sollte zu meiner Patientenverfügung, gilt
 - meine Meinung, so wie sie in dieser Verfügung zum Ausdruck kommt
 - die Meinung der Vertrauensperson als Patientenvertreter oder Patientenvertreterin

Nach meinem Tod bin ich mit der Obduktion meines Körpers einverstanden, bzw. nicht einverstanden (*bitte das Nichtgewünschte durchstreichen*).

Über diese Verfügung haben Angehörige / persönliche Bezugspersonen durch mich Kenntnis erhalten:

Ja, nämlich: Name, Vorname, Beziehungsgrad, Unterschrift der persönlichen Bezugsperson(en) Ober

Nein

Ort, Datum (handschriftlich), Unterschrift der betroffenen Person:

Name, Vorname, Unterschrift der die Verfügungen zur Kenntnis nehmenden Ärztin/des Arztes:

Diese Patientenverfügung wurde erneuert:

Ort/Datum: Unterschrift:

.....
.....
.....

Bei Vorhandensein einer Patientenverfügung:

- Falls die Meinung der Vertrauensperson als Patientenvertreter oder Patientenvertreterin im Widerspruch stehen sollte zu meiner Patientenverfügung, gilt
 - meine Meinung, so wie sie in der Verfügung zum Ausdruck kommt
 - die Meinung der Vertrauensperson als Patientenvertreter oder Patientenvertreterin

Ort, Datum (handschriftlich):

Unterschrift der betroffenen Person:

Name, Vorname, Unterschrift der/des zur Kenntnis nehmenden Ärztin/Arztes:

Diese Ernennung der Vertrauensperson als PatientenvertreterIn wurde erneuert:

Ort/Datum:

Unterschrift:

.....
.....
.....

Organisationen, die im Bereich palliative Pflege und Betreuung Hausärzte, Spitex und Altersheime unterstützen können

Organisation/ Institution	Angebot	Adresse	Telefon
Stiftung Pflegedienst für Krebskranke	Pflege, Behandlung und Betreuung von onkologisch Erkrankten	Postfach 254 8042 Zürich	079 665 23 64
Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker ZVBS	Betreuung und Begleitung von Schwerkranken zur Entlastung von pflegenden Angehörigen	Zürichbergstr. 86 8044 Zürich	079 670 51 50
Schrittweise, Hilfe für Helfer	Beratung, Abklärungen von Unterstützungsmassnahmen, Vermittlung von Pflege- und Betreuungspersonen	Döltschiweg 16 8055 Zürich	01 463 13 10
Lungenliga Kanton Zürich	Beratung und Apparatedienst (Ausleihe von Sauerstoffgeräten und Verneblern)	Wilfriedstrasse 7 8032 Zürich	01 268 20 00
palliative care Netzwerk Zürich	Foren, Interdisziplinäre Fallbesprechungen (Das Netzwerk ist erst im Aufbau)	Seebahnstr. 231 8004 Zürich	01 240 16 20
Zürcher Lighthouse	Pflegeheim für Aidskranke und Hospiz für Palliativpflege	Carmenstr. 42 8032 Zürich	01 265 38 11
Anmeldestelle für Krankenhäuser in der Stadt Zürich	Sozialdienst SAD vermittelt auch dringende Pflegeheimplätze zur stationären palliativen Pflege	Walchestr. 33 8035 Zürich	01 216 43 58
Schweiz. Gesellschaft Palliative Medizin und Pflege	Information über Palliation Fortbildung für Fachkräfte in Palliation	Dr. F. Stiefel Service Psychiatrie de Liaison CHUV 1011 Lausanne	021 314 10 90

Medikamentöser Stufenplan bei chronischen Schmerzen

1. Stufe

nichtsteroidale Antiphlogistika:

nicht selektive COX-Inhibitoren

Paracetamol (z.B. benuron) 500 – 1000 mg alle 8 h; Ibuprofen (z.B. Brufen) 400 mg alle 8 h; Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin) 500 mg alle 8 h

oder selektive COX-2-Inhibitoren

z.B. Rofecoxib (z.B. Vioxx) 12,5 – 25 mg oder Celecoxib (z.B. Celebrex) 100 – 200 mg 1 x tägl.

oder spasmolytisch wirksames Analgetikum

z.B. Scopolamin-Butylbromid (z.B. Buscopan) 10 mg alle 4 – 6 h;
Metamizol (z.B. Minalgin, Novalgin) 500 – 1000 mg 3 x tägl. als Tabl.,
Supp. oder Tropfen

evtl. zusätzlich Antidepressivum

z.B. Citalopram (z.B. Seropram) 10 – 20 mg alle 24 h; Mianserin (z.B. Tolvon, Tolvin) 30 – 60 mg abends

2. Stufe

nichtsteroidale Antiphlogistika:

plus zentral wirksames Analgetikum (Hemmung der Schmerzwahrnehmung)

– nicht Btm-pflichtig – schwach wirksam

z.B. Tramadol (z.B. Tramal) 50 mg alle 4 – 6 h; Tilidin (z.B. Valoron) 50 mg alle 6 h

evtl. plus Antidepressivum (siehe oben)

evtl. plus H₂- oder Protonenpumpenblocker

z.B. Ranitidin (z.B. Zantic) 300 mg abends oder Omeprazol (z.B. Antra) 20 mg morgens

evtl. zusätzlich Gabapentin (z.B. Neurontin) bis 300 mg alle 8 h

3. Stufe

nichtsteroidales Antiphlogistikum plus Opioid (stark wirksam, Betäubungsmittelrezept)

z.B. Morphinsulfat (MST) 10 (- 100) mg alle 8 h; Levomethadon HCl (z.B. Polamidon) 5 mg alle 6 h

evtl. plus Neuroleptikum

z.B. Haloperidol (z.B. Haldol) 1 mg alle 8 h

evtl. plus Antidepressivum (siehe oben)

evtl. plus H₂- oder Protonenpumpenblocker

evtl. plus Lactulose (z.B. Bifiteral) 15 (-40) ml alle 24 h

evtl. zusätzlich Gabapentin (z.B. Neurontin) bis 300 mg alle 8 h

evtl. zusätzlich Calcitonin (z.B. Miacalcic) 100 (- 200) IE s.c. alle 24 h

evtl. zusätzlich Kortikosteroid (z.B. Dexamethason) 2 – 6 mg 6 – 8 stdl.