

PALLIATIVE CARE IM ALTER

EMPFEHLUNG



IMPRESSUM**Herausgeber**

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autorin: Claudia Schröter MAS in Palliative Care arbeitet seit vielen Jahren in diesem Bereich. Als Bildungsverantwortliche im Alterszentrum Bülach, Modulverantwortliche für Palliative Care an der Kalaidos Hochschule und freiberufliche Dozentin, ist sie für verschiedene Institutionen tätig.

Co-Autoren: Ursula Wiesli, MSN, Pflegeexpertin APN
Benno Meichtry, dipl. Gerontologe SAG

Fachlicher Beirat: Monika Eigler, MAS Palliative Care, Leiterin Pflegedienst
Gabi Hartmann, MAS Palliative Care
Veronika Hürlimann, Maltherapeutin IAC
Claudia Jaun, Seelsorgerin, MAS Palliative Care
Theres Meierhofer-Lauffer, Lic. iur. Familienmediatorin, Heimleiterin
Monika Pfulg, Aktivierungsfachfrau
Dr. med. Regula Schnitt, Geriaterin
Sandra Zingg, Pflegeexpertin, Bachelor of Science FH in Nursing, CAS Palliative Care

Anschrift: Palliative Care Beratungen, 8308 Illnau

Copyright Titelbild: CURAVIVA Schweiz

Layout: CURAVIVA Schweiz

Ausgabe: August, 2016

Aus Gründen der Verständlichkeit kann es vorkommen, dass im Text nur die männliche oder die weibliche Form gewählt wird. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage

1.1 besondere Herausforderungen

1.2 Ursachen

2 Der alte Mensch

2.1 Der alte und kranke Mensch

2.1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

2.2 Frailty – Gebrechlichkeit

2.2.1 Bedeutung der Frailty

2.2.2 Selbstbestimmung

2.3 Der ältere und hochbetagte Mensch in der Palliative Care

3 Fazit

4 Literaturverzeichnis

1. Ausgangslage

Bei Pflege, Therapie, Behandlung und Betreuung von alten und hochbetagten Menschen im Bereich der Palliative Care gilt es besondere Aspekte zu beachten. Diese kann man in spezifischen Empfehlungen beschreiben, welche für das interprofessionelle Team hilfreich sein können und in denen auch individuelle Fragen und Ansprüche der älteren und betagten Menschen formuliert werden.

Eine Empfehlung vorzulegen, bedeutet, sich der übergeordneten Themen bewusst zu sein und zu entscheiden, welche dieser Themen vertieft dargestellt werden und welche in einer anderen Empfehlung vertieft bearbeitet werden müssen.

Wenn es also darum geht, Konsens-Empfehlungen darzulegen, sehen die Inhalte vergleichbarer Dokumente oft folgendermassen aus:

- 1.1. Was ist das Problem, die Herausforderung (What)?
- 2.1. Warum besteht dieses Problem (Why)?
- 3.1. Ursachen
- 4.1. Massnahmen (Information, interprofessionelle Behandlungsansätze), Zusammenfassung, Referenzen

1.1. Besondere Herausforderungen

Alte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, an mehreren chronischen Krankheiten zu leiden. Deren kumulativer Effekt führt laut Davies & Higginson (2004), zu einer grösseren Beeinträchtigung und zu vermehrtem Betreuungs- und Pflegebedarf (Davies & Higginson, 2004). Der Palliative-Care-Empfänger der Zukunft ist der alte, mehrfach erkrankte Mensch (Eychmüller, 2014; Borasio, 2015).

In Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung ist anzunehmen, dass diese Patientengruppe in den kommenden Jahren sehr stark zunehmen wird. Dabei sind sich die betreuenden Teams der besonderen Herausforderungen oft nicht vollständig bewusst – oder sind dafür noch nicht ausreichend geschult.

Im Umgang mit betagten Menschen stellt sich auch die Frage, welchen Stellenwert der alte Mensch in unserer Gesellschaft eigentlich hat. Verstehen wir den alten Menschen grundsätzlich als Belastung für die Gesellschaft? Alter würde dadurch zu einem Zustand, den es eigentlich zu vermeiden gilt.

Oder ist der alte Mensch mit all seinen Erfahrungen und seinem Wissen ein wichtiger Pfeiler unserer Gesellschaft?

Daran schliesst sich die Frage an, welches Menschenbild wir leben und vertreten.

Ist das vorherrschende Menschenbild eher mechanistisch und auf Reparaturdenken ausgerichtet?

Oder sind wir gerade in der Palliative Care in einem Feld des Gesundheitswesens tätig, in welchem wir laut Maio folgendes Verständnis von Menschenbild und Kranksein haben?

«... Nur wenn das Krankwerden als zum Menschsein zugehörig akzeptiert wird, ist es möglich, auf diese Existenzformen nicht mit blindem technischen Aktionismus, sondern von einer verstehenden Grundhaltung aus zu reagieren, von einer Grundhaltung, die das Sosein erst einmal als ein in sich wertvolles und von sich aus grundsätzlich zu bejahendes Sein stehen lassen kann. Erst diese Haltung [...] und die Vermeidung eines ständigen Abgleichs der in sich schon wertvollen Wirklichkeit mit einem fiktiven Ideal ermöglichen es, dem Sosein einen Sinn abzugewinnen. [...] Diese Integration der körperlichen Veränderung durch Krankheit in das eigene Leben schliesst eine sinnvolle medizinische Behandlung der Veränderungen mit ein ...»
(Maio, 2012, S. 385)

Diese verstehende und wertschätzende Grundhaltung zeigt sich unter anderem in jeder respektvollen Begegnung mit einem anderen Menschen. Von der ersten Kontaktaufnahme über den Austausch – nonverbal oder verbal – bis hin zu dessen Dokumentation oder Reflexion im interprofessionellen Team ist diese Haltung jedes Einzelnen sichtbar.

1.2. Ursachen

Es geht in erster Linie darum, aufzuzeigen, dass in Zukunft eine zunehmende Anzahl alter und hochbetagter Menschen zu betreuen, zu pflegen und zu behandeln sind, die so lange wie irgendwie möglich im häuslichen Umfeld («daheim») leben möchten und dort von Spitex und Hausarzt betreut werden. Später wohnen diese Menschen in Alters- und Pflegezentren und hin und wieder werden sie eine Hospitalisierung benötigen, um akute Gesundheitseinbrüche oder Krisen behandeln zu lassen.

Das Alter und die Hochaltrigkeit sind Lebensphasen und keine Diagnosen. Deshalb muss die Frage lauten, welche Besonderheiten in Pflege, Behandlung, Therapie, Betreuung und Begleitung von älteren oder hochbetagten Menschen zu berücksichtigen sind und worin diese genau bestehen.

Der Betreuung dieser Menschen grössere Beachtung zu schenken, ist notwendig und bedeutet für alle Mitarbeitenden, jeweils auch an die besondere Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit zu denken, die vorliegen können, seien diese aufgrund einer Erkrankung entstanden oder Teil des natürlichen Alterungsprozesses.

2. Der alte Mensch

Eine Recherche ergab neben den eigentlichen Standardwerken der WHO («Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen») und «Palliative care for older people: better practices») nur sehr wenige Untersuchungen zum Umgang mit älteren erkrankten Menschen oder zum Management von Symptomen beim älteren Menschen. In der deutschen wie auch in der engli-

schen Literatur wiederholen sich verschiedene Aussagen. So wird international deutlich, dass differenzierte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Palliative Care bei gebrechlichen älteren Menschen noch weitgehend fehlen (Genz, Jenetzky, Hauer, Oster & Pfisterer, 2010), und dies, obwohl das Thema sehr aktuell ist. Es gibt bisher wenig erforschte, evidenzbasierte Vorgehensweisen in der Palliative Care für den fragilen, verletzlichen, gebrechlichen kranken alten Menschen.

Nicht zu vergessen sind im Umgang mit dem alten Menschen die ganz natürlichen Veränderungsprozesse, die uns alle im Alter betreffen. Dazu gehört die zunehmende Beeinträchtigung des Seh- und Hörvermögens, des Gleichgewichts, der körperlichen Kraft und eine eigentliche «Verlangsamung», die sich in Gesprächen äussern kann. Fragen werden beantwortet, aber in einer langsameren, für Junge manchmal vielleicht sogar umständlich wirkenden Art und Weise. Dieser Besonderheit wird im hektischen Betreuungsalltag nicht immer Rechnung getragen. Das zeigt sich auch, wenn es um das Vorbereiten von wichtigen Entscheidungen geht. Hier benötigen die Betroffenen ausreichende Informationen und ausreichend Raum für ausführliche Besprechungen. Gespräche und Entscheidungsfindungsprozesse benötigen Zeit in einer ruhigen Umgebung.

Die alten Menschen wissen oft, was sie wollen und was ihnen wichtig ist. Das gilt auch für Menschen mit einer Demenz und zwar in allen Stadien der Krankheit. Ältere Menschen müssen aber danach gefragt werden und ihre Überlegungen in Ruhe darlegen können. Das bedeutet auch, das Tempo aller Handlungen und Gespräche dem Rhythmus des alternden Menschen anzupassen und in jeder Betreuungssituation immer wieder ganz individuell vorzugehen. Die Betreuung alter Menschen braucht mehr Zeit.

Es gilt zu erkennen, dass ältere Menschen über sehr viele Ressourcen, vor allem auch Widerstandsressourcen, verfügen. Sie haben während ihres Lebens viele Krisen erlebt und gemeistert und sich verschiedenste Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) zurechtgelegt, die es ihnen ermöglicht haben, «auf den Beinen zu bleiben». Ebenso haben ältere Menschen ein riesengrosses Wissen, von dem auch Jüngere profitieren könnten.

Alte Menschen brauchen:

- eine ruhige Umgebung
- ausreichende Informationen
- Raum für ausführliche Besprechungen
- Menschen, die wissen, dass sie entscheiden können, was sie selber wollen
- in ihrem Rhythmus angepasstes Tempo aller Interventionen

DIE BETREUUNG ALTER MENSCHEN BRAUCHT ZEIT!

2.1. Der alte und kranke Mensch

Betagte Menschen leiden häufig nicht nur an einer einzigen Erkrankung, sondern an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Für den Einzelnen kann das bedeuten, dass er beispielsweise unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung leidet, die ihn rasch ermüdet, gleichzeitig unter einer muskuloskelettalen Erkrankung, die seine Mobilität so beeinträchtigt, dass er in seinem Leben stark eingeschränkt ist. Manche leiden zusätzlich an einer Depression, die unter Umständen durch den Verlust von sozialen Kontakten verstärkt werden kann. Diese Leiden betreffen alle Lebensdimensionen – körperlich, psychisch, sozial, spirituell. Die Multimorbidität zeigt sich in der geriatrischen und der gerontopsychiatrischen Praxis oft. Es muss keine Tumor-erkrankung vorliegen, um die Komplexität der Situation zu erhöhen.

- Genz et al. (2010) stellen dar, worin sich die onkologischen von den nicht onkologischen älteren Patienten/Bewohnern unterscheiden:
- Nicht onkologische Bewohner sind häufiger dement, haben einen höheren Pflegebedarf und eine höhere Mortalität.
- Onkologische Patienten leiden häufiger unter Schmerz, Obstipation, Unruhe, Wundproblemen, Anorexie, Diarrhö, Erbrechen und Übelkeit.
- Ethische Fragestellungen zu Ernährung und Flüssigkeit sind häufiger bei nicht onkologischen Bewohnern und Patienten.

(vgl. Genz et al., 2010, in Wiesli, 2015)

Meeussen, Van den Block et al. (2012) sind der Frage nachgegangen, wie alte demenzkranke Menschen sterben. Dabei haben sie u.a. entdeckt, dass demenzerkrankte alte Menschen häufiger Zugang zu Palliative-Care-Dienstleistungen bekommen, als nicht an Demenz erkrankte, was sich auch im Management der Symptome gezeigt hat (Meeussen et al. 2012, S. 1583). Ebenso beschreiben Meeussen et al. (2012, S. 1588) wie auch Kinley & Hockley (2012) die häufigen Symptome, die in den letzten Lebenswochen und -tagen des alten Menschen auftreten können:

Physische Symptome

- Appetitlosigkeit, Energielosigkeit, Schmerz, Schläfrigkeit, Obstipation, Xerostomie, Atembeschwerden

83% aller untersuchten nicht an Demenz erkrankten Menschen (n=770) litten in der letzten Lebenswoche unter mindestens einem dieser Symptome. Bei den Demenzerkrankten waren es 87%, bei denen der behandelnde Arzt eines der Symptome diagnostizierte.

Psychische Symptome

- sich traurig fühlen (Traurigkeit), sich sorgen, gereizt sein, sich nervös fühlen

Hier diagnostizierte der Hausarzt bei 41% der nicht an Demenz Erkrankten mindestens eines der Symptome. Bei 32% der Demenzerkrankten wurde mindestens eines identifiziert.

Bei dieser Symptom-Aufzählung wird deutlich, dass sich diese nicht von denjenigen Symptomen unterscheiden, unter denen auch andere sterbenskranke Menschen in jüngerem Alter leiden. Hieraus kann gefolgert werden, dass bei beiden Gruppen grundsätzlich dieselben Erkenntnisse gelten. Es gilt das jeweilige Symptom-Management individuell zu planen, vorsichtig zu starten und gut zu begleiten. Besonders zu beachten gilt nach Davies et al. (2008), dass bei älteren Menschen vor allem Schmerzen nicht gut erkannt und behandelt werden. Die Einschränkungen im täglichen Leben aufgrund der Schmerzen sind erheblich und führen ausserdem zu einem «weniger lebensbejahenden Befinden». Ältere Menschen tendierten dazu, ihre Symptome nicht umfassend zu schildern oder schildern zu können – im Gegenzug dazu neigten die Ärzte zu einer nicht ausreichenden Behandlung von Schmerzen, insbesondere dann, wenn keine maligne Erkrankung vorliege (Davies et al., 2008, S. 20).

Dem Erfassen und Behandeln von akuten und chronifizierten Schmerzen muss ein besonderes Gewicht beigemessen werden.

Kranke alte und betagte Menschen haben laut Davies et al. (2008) spezifische Bedürfnisse, denen ebenfalls Rechnung getragen werden muss.

- Sie leiden in der Regel häufiger unter multiplen medizinischen Problemen unterschiedlicher Schweregrade.
- Deren kumulativer Effekt ist viel grösser als derjenige einer einzelnen Krankheit.
- Sie weisen ein grösseres Risiko für Nebenwirkungen von Medikamenten und für iatrogen verursachte Erkrankungen auf.
- Leichte Beschwerden können bei alten Menschen eine grössere kumulative psychische Wirkung zeigen.
- Probleme akuter Erkrankungen können physische oder mentale Beeinträchtigungen, ökonomische Not und soziale Isolation überlagern.

(Davies et al., 2008, S. 15)

Die meist sehr komplexe Situation alter schwerkranker Menschen benötigt eine vorausschauende Planung und eine gut koordinierte Vorgehensweise (Advanced Care Planning). Ebenso erfordert sie zwingend das Ansprechen wichtiger Fragen rund um die Prognose, die eigenen Vorstellungen, die Therapieziele und die Wünsche für die Zukunft.

2.1.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Aufgrund der hohen Komplexität wird deutlich, dass in der Betreuung, der Behandlung, der Pflege und der Begleitung alter erkrankter Menschen alle Berufsgruppen, Freiwilligen, Angehörigen und Betroffenen gut zusammenarbeiten müssen.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und den Betroffenen muss gut geplant werden. Oft sind neben Pflegenden, Hausärzten, Angehörigen und Freiwilligen auch verschiedene Mitarbeitende aus den therapeutischen Berufen involviert (Physio- und Ergotherapeuten, Seelsorgende, Gerontopsychologen, Aktivierungstherapeuten, Sozialarbeitende, Mal- und Komplementärtherapeuten u.v.m.). Zu selten wird daran gedacht, die Gastronomie mit einzubeziehen. Ein Sprichwort sagt ja: «Liebe geht durch den Magen.» Die Art der Darreichung der Nahrung (fest, flüssig, in Geleeform, als Smooth-Food) und welche Menüs gereicht werden, ist sehr bedeutend. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist unabdingbar und das interprofessionelle Team wird für jede Situation neu, dem individuellen Bedürfnis der Betroffenen entsprechend, zusammengestellt.

In vielen Publikationen zu Palliative Care wird von Interprofessionalität als einem Grundprinzip der Palliative Care ausgegangen. Das trägt dem systemischen Ansatz Rechnung. Der betroffene Mensch und sein Bezugssystem erfahren durch das Altern und durch die unheilbare Krankheit eine gravierende Beeinträchtigung im alltäglichen Leben. Je nachdem, welche Lebensdimensionen der Betroffenen beeinträchtigt sind und welche Unterstützung sie und ihre Angehörigen benötigen, müssen unterschiedliche Fachpersonen zur Betreuung beigezogen werden.

Durch die in der Palliative-Care-Literatur beschriebene radikale Patientenorientierung wird deutlich gemacht, dass es das Bestreben aller Beteiligten sein muss, ihr Wissen und ihre Kompetenzen dem/der betroffenen Patienten/-in zur Verfügung zu stellen.

Gelebte Interprofessionalität ist geprägt vom Respekt gegenüber den anderen Professionen und Beteiligten. Dazu gehören auch der/die Betroffene selber, die Angehörigen, die freiwilligen Helfer bis hin zum Raumpflegepersonal.

Hinter diesem Konzept stehen Annahme und Haltung, dass die andere Person etwas kann, was ich selber nicht kann, und umgekehrt. Niemand von uns kann oder muss alles können. Im Rahmen einer optimalen Betreuung und Begleitung braucht es das Zusammenspiel verschiedener Menschen, Professionen und Disziplinen, und dies im Bewusstsein der eigenen Grenzen. Es braucht die Summe allen Wissens, damit die Betroffenen und ihr Bezugssystem den grösstmöglichen Nutzen daraus ziehen können. Eine solche optimale Betreuung möchten die in der Palliative Care Tätigen gewährleisten. Um die Summe dieses Wissens und aller Kompetenzen einem Menschen in seiner ganz individuellen Situation zur Verfügung stellen zu können, braucht es den Austausch zwischen allen Beteiligten, also eine Form des interprofessionellen Rapports (Schröter, 2006, S. 5).

Um die aktuelle Bewohnersituation in ihrer Komplexität gut erfassen zu können und um gemeinsame Ziele festzulegen, hat sich in den letzten Jahren das sogenannte «Rundtisch-Gespräch» etabliert. In diesem Gespräch zwischen Bewohner/-in, Pflegenden, Arzt/Ärztin und ggf. Sozialarbeiter oder Physio-/Ergotherapeut und (auf Wunsch des/der Bewohner/-in) mit den Angehörigen geht es darum, die folgenden Punkte zu klären:

Orientierung für Rundtisch-Gespräche:

- Wie ist die Situation heute? (Status quo)
- Wohin entwickelt sich diese Situation, die Erkrankung allgemein, das vorherrschende Symptom/Problem? (Quo vadis)
- Was oder welches Ziel soll erreicht werden?
- Was gilt es dafür zu tun – was gilt es zu unterlassen?
- Wer soll was tun – wer soll was unterlassen?

Diese Gespräche erfordern eine Offenheit, Schwieriges anzusprechen und auszuhalten. Bei Gesprächen mit alten Menschen benötigen die Teammitglieder einen ausreichenden Zeiträumen und die Möglichkeit, bald ein zweites oder drittes Gespräch durchzuführen, um die im Nachhinein auftretenden Fragen zu beantworten. Sind die Ziele der weiteren Betreuung, Behandlung und Therapie geklärt, können weitere Massnahmen geplant oder die bestehenden konkretisiert werden. Ganz im Sinne des Advanced Care Planning.

2.2. Gebrechlichkeit – Frailty

Menschen erfahren aufgrund des Alterns verschiedene Veränderungen. In den vergangenen zwanzig Jahren haben sich verschiedene Forschende mit dem Thema Altern auseinandergesetzt. Unter anderem wurde durch verschiedene Autorinnen der Begriff der Frailty geprägt. «... «frail» bedeutet gebrechlich, hilflos und beschreibt einen Zustand hochgradig reduzierter Reservekapazität und erhöhter Vulnerabilität. Der Patient verwendet die ihm verbleibenden Kapazitäten ausschliesslich dazu, die basalen Lebensfunktionen aufrecht zu erhalten ...» (Ding-Greiner & Lang, 2004, in Wiesli, 2014).

Bei den Diskussionen über die Definition von Frailty geht es hauptsächlich um die Abgrenzung zum Altern und «... um die Frage ihrer Unabhängigkeit von anderen gesundheitlichen Gegebenheiten wie Komorbidität oder funktioneller Hilfebedürftigkeit, aber auch um den Einfluss psychosozialer Faktoren ...» (Santos-Eggimann & Davide, 2013, S. 248).

Santos-Eggimann & Davide (2013) beschreiben Frailty weiter als ein

«... durch verschiedene Einflüsse entstehendes Syndrom mit verminderten physiologischen Reserven verschiedener Organe, was zu vermehrter Verletzlichkeit bei Stress führt. Eine fraile Person gewinnt nach innerem (z.B. einer Krankheit) oder äusserem Stress (z.B. dem Verlust einer nahestehenden Person) ihre funktionellen Fähigkeiten weniger rasch und weniger vollständig zurück als ein gleichaltriger NotFrailer. Frailty ist ein geriatrisches Syndrom [...] Sie wird als fortschreitender Prozess betrachtet, der durch multiple chronische Begleiterkrankungen begünstigt wird und seinerseits die Entstehung einer funktionellen Hilfebedürftigkeit fördert. Sie hängt aber nicht mit spezifischen Krankheiten zusammen, ähnlich wie andere geriatrische Syndrome, und obschon sie Vorstufe eines funktionellen Niedergangs sein kann, muss das nicht in jedem Fall eintreten ...»

(Santos-Eggimann & Davide, 2013, S. 249)

Nicht jeder hochaltrige Mensch leidet unter Frailty. Man geht von etwa 12% der alten Menschen aus, bei denen eine Frailty festgestellt wird. Bei etwa 35% der restlichen alten Menschen kann man bereits Anzeichen einer Gebrechlichkeit (pre-frailty) identifizieren (Klindtworth et al., 2016).

Frailty – Phänotyp nach Fried (2003)

- Gewichtsverlust (unbeabsichtigter)
- Erschöpfung (exhaustion, poor endurance)
- Schwäche (weakness)
- erniedrigte körperliche Aktivitäten (low activity)
- reduzierte Ganggeschwindigkeit (slowness)

(Fried et al., 2003; Schmitt & Kressig, 2008, in Wiesli, 2014)

Der Phänotyp nach Fried gehört zu einem Konzeptmodell (Frailty-Zyklus), das diese fünf Dimensionen untereinander verbindet und eine Beziehung zu Krankheit, funktionellen Defiziten und äusseren Einflüssen herstellt. Häufig wird kritisiert, dass das Konzept sich hauptsächlich auf physische Merkmale stützt. Es enthält aber doch mehrere Kriterien (Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringe körperliche Aktivität), die auch vom psychischen Gesundheitszustand beeinflusst werden können oder diesen beeinflussen.

2.2.1. Bedeutung der Frailty

Frailty ist laut Santos-Eggimann von grossem Interesse, weil diese ein Indikator für das Risiko einer ungünstigen Weiterentwicklung und ein möglicher Vorläufer einer funktionellen Hilfsbedürftigkeit ist. Die Beobachtung, dass sie – vor allem im Frühstadium – spontan reversibel sein kann, eröffnet die Möglichkeit individueller oder kollektiver Präventivmassnahmen mit dem Ziel, die Weiterentwicklung zu schwererer Frailty und funktioneller Hilfsbedürftigkeit zu verhüten. Solche Interventionen müssen aber erst konzipiert und evaluiert werden. Klinische Prüfungen im Bereich Frailty sind noch sehr selten (Santos-Eggimann & Davide, 2013, S. 250).

Aus Perspektive des alten Menschen wird von Klindtworth et al. das Erleben der Gebrechlichkeit folgendermassen beschrieben:

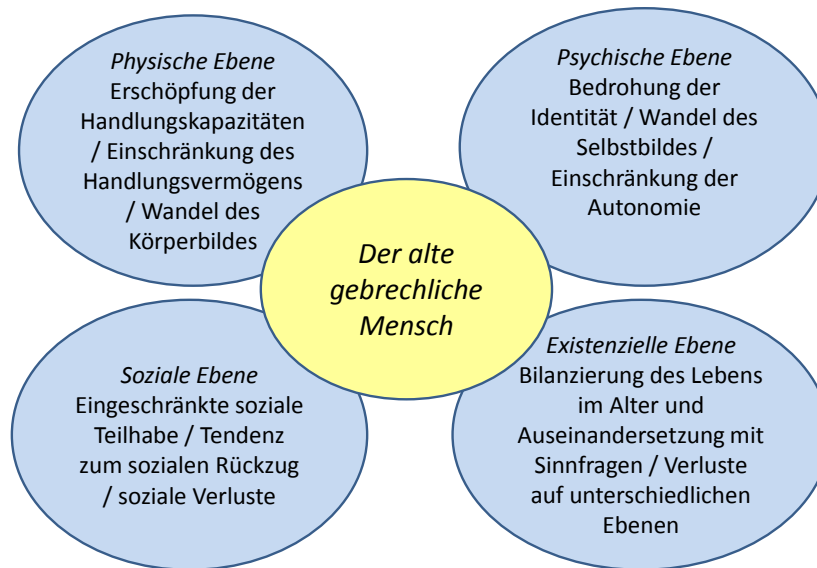


Abb. 1: Dimensionen des Erlebens von Gebrechlichkeit (Klindtworth et al., 2016)

Die verschiedenen Aspekte spielen in alle Lebensdimensionen hinein, die wir auch in der Palliative Care kennen und folgendermassen benennen: physisch, psychisch, sozial, spirituell/kulturell (existenziell).

Der Mensch hat sich aufgrund seines Alterungsprozesses mit diesen vielfältigen Veränderungen auseinanderzusetzen. Damit umzugehen, fällt auch den gesunden Menschen nicht immer leicht. Der alte oder betagte Mensch greift dabei auf seine Ressourcen und Copingstrategien zurück.

Laut Perrig-Chiello (1997, zit. in Wiesli, 2011, S. 200) gibt es im Verlauf des Lebens auch in den Lebensdimensionen unterschiedliche Gewichtungen. So verändert sich beispielsweise das soziale Wohlbefinden aufgrund des eingeschränkten Aktionsradius vermehrt ins häusliche Umfeld. Der alte, betagte Mensch bleibe häufiger zu Hause. Dadurch verringert sich auch die gesellschaftliche Einflussnahme und sie verliert ausserdem an Bedeutung. Das psychische Wohlbefinden fokussiere vermehrt auf den Sinn des Lebens, der neu formuliert werden müsse. «... Wesentlich ist es, die Kontrolle über das eigene Denken und Tun zu bewahren, denn dies führt zu Zufriedenheit in diesem Lebensabschnitt ...» (Perrig-Chiello, 1997, in Wiesli, 2011, S. 200).

Beim physischen Wohlbefinden liege die Bedeutung stärker im Verkräften und Handhaben von zunehmenden Beschwerden, Gebrechen und den damit verbundenen Schmerzen (ebd.).

2.2.2. Selbstbestimmung

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Umgang mit alten und gebrechlichen Menschen ist deshalb das Respektieren der Selbstbestimmung. Denn dies ist für den alten Menschen das wichtigste Anliegen. Hinter diesem Wunsch steht nach Klindtworth et al. (2016) das Bestreben «... wenn nicht autonom, so doch in Eigenregie» den Alltag bis zum Lebensende gestalten sowie Alltagsroutinen und Aktivitäten aufrechterhalten zu können ...» (Klindtworth et al., 2016). Eigenregie, ein Wort, das den Wunsch nach Selbstbestimmung und Entscheidungswille zum Ausdruck bringt, auch wenn der eigene Zustand von Gebrechlichkeit gezeichnet ist. Über den Ort bestimmen zu können, an dem man lebt, krank ist und stirbt, ist vielen Menschen ein zentrales Anliegen. In der folgenden Darstellung sieht man, welche Ursachen vorliegen, welche Rahmenbedingungen und Ressourcen für die Selbstbestimmung nötig sind, wie die Handlungsstrategien der Betroffenen aussehen und welche Konsequenzen daraus entstehen können.

Dieses zentrale Bedürfnis kann folgendermassen dargestellt werden:

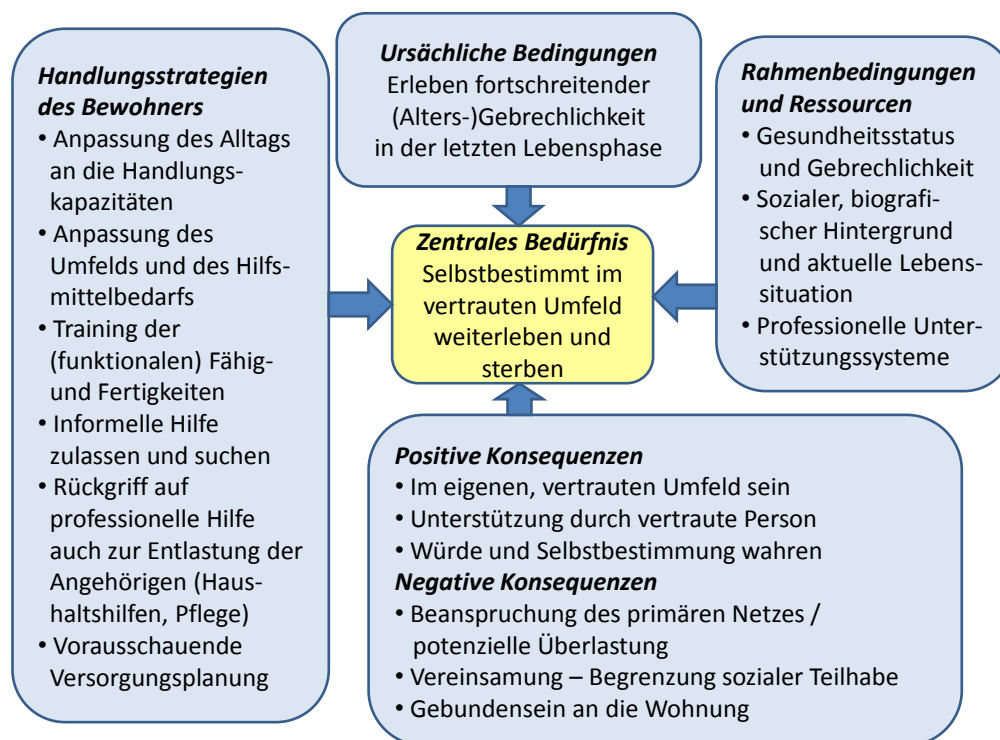


Abb. 2: Selbstbestimmt im vertrauten Umfeld weiterleben und sterben (Klindtworth et al, 2016)

2.3. Der ältere und hochbetagte Mensch in der Palliative Care

Grundsätzlich kann man neben den Palliative-Care-Fachkenntnissen in den einzelnen Professionen «fordern», dass den nachfolgenden Aspekten grundsätzlich – und unbedingt – Rechnung zu tragen ist, wenn wir mit alten erkrankten Menschen arbeiten. Dass

- eine Haltung voller Respekt und Wertschätzung gegenüber dem alten, betagten erkrankten Menschen und seinen Angehörigen gelebt wird;
- diese Haltung von einem Menschenbild zeugt, das den Menschen als vulnerabel und angewiesen erkennt und auf Ganzheitlichkeit fusst (vgl. Nestor, 2016);
- Individualität, Bedürfnisse und Wünsche ebenso zwingend zu berücksichtigen sind wie die vorhandenen Ressourcen;
- es die eigenen Kompetenzen zu stärken und die Ressourcen zu fördern gilt;
- Selbstbestimmung zu wahren bzw. zu ermöglichen ist (Autonomiefähigkeit stützen);
- die besondere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und Gebrechlichkeit (Frailty) alter, betagter Menschen berücksichtigt werden muss.

In der Palliative Care beim alten und betagten Menschen gilt es diese Aspekte zu berücksichtigen und den damit verbundenen Herausforderungen und Aufgaben Rechnung zu tragen. Meussen et al. (2012) beschreiben einen weiteren wichtigen Aspekt:

«... Unsere Resultate mögen die Profis aus dem Gesundheitswesen inspirieren, rechtzeitig vorausschauende Planung (Advanced Care Planning) anzuwenden [...] Es gilt Vorlieben der Patienten für Therapieentscheide in der letzten Lebensphase zu erkunden [...] ausserdem gilt es noch häufiger Angehörige als Entscheidungsträger zu benennen ...» [sinngemässe Übersetzung Schröter] (Meussen et al., 2012, S. 1589)

Nicht nur die frühzeitige Planung aller Betreuungsansätze, sondern auch der frühzeitige Einbezug von Fachpersonen aus dem Palliative-Care-Team oder den mobilen Palliative-Care-Diensten ist neben dem Einsatz der Geriatrie- oder Gerontopsychiatrieteams wichtig für die individuelle ganzheitliche Betreuung und Behandlung der Betroffenen.

3. Fazit

Es gibt keine Rezepte in der Betreuung alter und hochbetagter kranker Menschen. Die WHO hat 2004 Empfehlungen für die Betreuung von alten chronisch kranken Menschen formuliert, die dem multiprofessionellen Team eine gute Grundlage geben:

- exzellente Schmerzlinderung und Linderung anderer Symptome
- gute Kommunikation und Informationsvermittlung zwischen Fachpersonen und Betroffenen als Unterstützung bei Entscheidungen
- Wahrnehmen von und Begleiten bei der Erfüllung von spirituellen und psychischen Bedürfnissen
- komplementärmedizinische Therapien
- Informationsfluss und Koordination zwischen Fachpersonen unterschiedlicher Settings und Unterstützungsangebote
- Unterstützungsangebote für Angehörige
- multiprofessionelle Behandlungsteams und spezialisierte Palliative-Care-Teams oder -Zentren
- spezialisierte Pflegefachpersonen als Care Manager
- Trauerbegleitung
- Berücksichtigung von Patientenverfügungen

(Davies&Higginson, 2008)

Deutlich zeigt sich auch hier, dass es ein Zusammenspiel zwischen geriatrischer und palliativer Betreuung/Pflege/Behandlung und Therapie braucht. Das enge Zusammenarbeiten zum Wohle des alten Menschen ist essenziell, um allen Besonderheiten dieser Betroffenenengruppe begegnen zu können. Dazu benötigen die betreuenden interprofessionellen Teams Fachwissen im Umgang mit alten und hochbetagten Menschen, genauso wie Fachwissen aus der Palliative Care.

Das Einbeziehen der meist ebenfalls betagten Angehörigen – also das systemorientierte Vorgehen – ist auch bei dieser Bewohner- und Patientengruppe von grosser Wichtigkeit (familienzentrierte Pflege und Betreuung). Die betreuenden Teams benötigen hoch spezialisierte Pflegenden. Diese müssen nicht nur im Symptom-Management, sondern auch in verschiedenen anderen Konzepten wie Systemtheorie, basaler Stimulation, Kinästhetik, Lagerungen etc. fit sein. Es braucht also ein breit ausgebildetes und dennoch spezialisiertes Betreuungsteam. Sicher ist, die Betreuung und Behandlung alter und betagter Menschen erfordert zwingend ein vorausschauend geplantes Vorgehen im Einzelfall. Es erfordert eine strukturierte Versorgung mit einem gut umgesetzten Qualitätsmanagement.

Dazu muss im häuslichen Umfeld, in den Zwischenstrukturen (betreutes Wohnen, Wohnen mit Serviceleistungen), in den Alters- und Pflegeheimen und in den Spitälern zwingend hoch qualifiziertes Personal in allen Bereichen eingesetzt werden.

Es gilt in Zukunft auch die Rolle der Palliative-Care-Expertin in den verschiedensten Professionen rund um Palliative Care zu klären. In der Pflege ist man derzeit daran, die Rolle der ANP (Advanced Nursing Practitioners) in der Palliative Care zu diskutieren und zu definieren.

4. Literaturverzeichnis

- Beck, I; Törnquist, A.; Broström, L.; Edberg, AK.: *Having to focus on doing rather than being – Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings*. International Journal of Nursing Studies, 49 (2012) 455–464
- Davies, E. & Higginson, I. (Hrsg.) (2008): *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. WHO, Palla Med Verlag, Bonn
- Genz, H.; Jenetzky, E.; Hauer, K.; Oster, P.; Pfisterer, M.H.: *Palliative Geriatrie. Wie unterscheiden sich onkologische von nichtonkologischen geriatrischen Palliativpatienten im Krankenhaus*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 6 (2010) 369–375
- Gott, M.; Small, N.; Barnes, S.; Payne, Sh.; Seamark, D.: *Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision*. Social Science & Medicine, 67 (2008) 1113–1121
- Hall, S.; Petkova, H.; Tsouros, A.D.; Costantini, M.; Higginson, I. (Hrsg.) (2011): *Palliative care for older people: better practices*. WHO, Kopenhagen
- Kinley, J. & Hockley, J.: *Managing symptoms for frail older people at the end of life*. Nursing & Residential Care February 2012, Vol. 14, No 2, 82–85
- Klindtworth, K.; Müller-Mundt, G.; Geiger, K.; Bleidom, J.; Schneider, N.: *Patienten mit fortgeschrittener Altersgebrechlichkeit: Hintergrund, Methoden und erste Ergebnisse einer qualitativen Studie*. Palliativmedizin 2012; 13 – KT_53
- Koppitz, A.: *Sterben mit Demenz im Pflegeheim*. Pflegewissenschaft. 1 (2014), 28–40
- Maio, G. (2012): *Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin*. Schattauer, Stuttgart
- Meeussen, K.; Van den Block, L.; Echteld, M.; Boffin, N.; Bilsen, J.; Van Casteren, V.; Deliëns, L.: *Older people dying with dementia: a nationwide study*. International Psychogeriatrics, 24:10 (2012), 1581–1591

- Müller-Mundt, G.; Bleidorn, J.; Geiger, K.; Klindtworth, K.; Pleschberger, S.; Hummer-Pradier, E.; Schneider, N.
End of life care for frail older patients in family practice(ELFOP) – protocol of a longitudinal qualitative study on needs, appropriateness and utilisation of services. BMC Family Practice, 14:52 (2013), 5–9
- Perrig-Chiello, P.: *Das Paradox des Wohlbefindens.* Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. SozialAktuell, AvenirSocial, Nr. 3, März 2007
- Santos-Eggimann, B. & Davide, S.: *Soll man in der klinischen Praxis Frailty abschätzen.* Schweiz Med Forum 2013; 13 (12): 248–252
- Sharp, T.; Moran, E.; Kuhn, I.; Barclay, St.: *Do elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals.* British Journal of General Practice, October 2013, 657–668
- Rexach, L.: *Palliative care in dementia.* European Geriatric Medicine, 3 (2012), 131–140
- Van Echoud, I.J.; Piers, R.D.; van Camp, S.; Grypdonck, M.; van den Noorgate, N.J.; Deveugle, M.; Verbeke, N.C.; Verhaege, S.: *Perspectives of Family Members on Planning End-of-Life Care for Terminally Ill and Frail Older People.* Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 47, 5. May 2014

unveröffentlichte Unterlagen

- Borasio, G.-D. (2015): Referat Protokoll, Palliative-Care-Tage, Bern
- Eychmüller, St. (2014): Referat Protokoll, Palliative-Care-Tagung, Biel
- Nestor, K. (2016): unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen, Palliative-Care-Kurs, Thema Menschenbild, ZHAW
- Schröter, C. (2006): *Reflexionskompetenz in der Palliative Care.* Masterthesis an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF), Alpen Adria Universität, Wien
- Wiesli, U. (2014): Referat, Frailty – Gebrechlichkeit. Eine Herausforderung in der Pflege hochaltriger Menschen von Gesundheitsförderung über Rehabilitation bis zu Palliative Care. Luzerner Geriatrieforum
- Wiesli, U. (2015): unveröffentlichte Schulungsunterlagen: Besonderheiten beim geriatrischen Palliativpatienten.