

Richtlinie / LFD.-NR. 06

Leitlinie zur palliativen Betreuung am Lebensende

INHALTSANGABE

1. Einleitung	- 4 -
1.1. Zielsetzung der Leitlinie.....	- 4 -
1.1.1. Werterhaltung/Palliative Haltung/Kultur	- 4 -
1.1.2. Nachschlagewerk.....	- 5 -
1.1.3. Begriffsbestimmungen.....	- 5 -
1.2. Berufsrecht.....	- 5 -
1.2.1. § 22b. GuKG	- 5 -
1.3. Definitionen.....	- 6 -
1.3.1. Palliative Care (PC)	- 6 -
1.3.2. Ist Palliative Care (PC) gleichzusetzen mit End of life Care?	- 6 -
1.3.3. End of life Care.....	- 6 -
1.3.4. Terminalphase= Präfinalphase	- 7 -
1.3.5. Finalphase	- 7 -
Mögliche Anzeichen des bevorstehenden Todes:.....	- 8 -
2. Palliative Betreuung in den letzten Lebenstagen und Stunden	- 9 -
2.1. Plan für Krisen und Notfälle (Vorsorgedialog/Vorsorgegespräch/Anamnese).....	- 9 -
2.1.1. Ethischer Diskurs in Palliative Care.....	- 10 -
2.1.2. Multiprofessionelles Versorgungsteam	- 10 -
2.1.3. Kompetenz des gehobenen Dienstes im multiprofessionellen Versorgungsteam	- 10 -
2.1.4 Ergotherapeutische Angebote im Rahmen von „End of life Care“	- 11 -
2.2. Belastende Symptome am Lebensende	- 13 -
2.2.1. KÖRPERLICHE Beschwerden.....	- 13 -
2.2.1.1 Essen und Trinken.....	- 14 -
2.2.1.2 Erläuterungen zum Work Flow „Terminale Dehydratation“	- 16 -
2.2.1.3 Entscheidungsfindung mit Unterstützung des Workflow	- 17 -
2.2.1.4 Workflow.....	- 19 -
.....	- 19 -
2.2.2. BEWUSSTSEIN (psychosomatische Symptomatik)	- 20 -
2.3. Angehörigenbetreuung	- 20 -
2.3.1. Was brauchen Angehörige?	- 21 -
2.3.2. Kommunikationsratgeber/Praxistipps für das Pflegeteam	- 22 -

3. Wertehaltung/Unternehmenskultur im Zusammenhang mit Palliative Care	23 -
3.1. Betriebliche Unternehmenskultur	23 -
3.2. Die persönliche Haltung und Auseinandersetzung mit Palliative Care	23 -
3.2.1. Eigener Umgang mit Sterben und Tod	24 -
3.2.2. Spiritualität	24 -
3.2.3. Tod im Team	24 -
4. Umsorgen des Verstorbenen	27
5. Abschluss	27
6. Suizidassistentz	27
7. Literaturhinweis	28
7.1. Literaturhinweis Ergotherapie	28
8. Anhang	29
8.1. Standard „Vorgehensweise bei Todesfall“	29
8.2. Leitfaden zum standardisierten Reflexionsgespräch	29
8.3. Plan für Krisen und Notfälle	29
8.4. Standard „Ernährung am Lebensende“	29
8.5. Leitlinie und Verfahrensanweisung zum Assistierte Suizid	29
8.6. Workflow/Verfahrensanweisung „Terminale Dehydratation	29
8.7. Verfahrensanweisung Kommunikationsratgeber in palliativen Betreuungssituationen	29
8.8. Vorsorgegespräch im Rahmen der Anamnese	29

1. Einleitung

Sterben ist ein Teil des Lebens. Den Prozess in Würde und Selbstbestimmung zu erleben bedeutet für den Sterbenden Lebensqualität (Knipping, 2007).

Sterbeprozesse sind Lebensprozesse, die mit einer Vielzahl von Verlusten und Abschieden für die Sterbenden selbst und für ihre Angehörige verbunden sind. Sterbende verlieren ihre Gesundheit, ihre Autonomie, sie verlieren Fähigkeiten und soziale Rollen, sie verlieren aber auch Hoffnung und Ziele. Sie müssen sich auf den Abschied von allen und allem, was sie lieben und ihnen wichtig ist, einstellen.

Angehörige erleben die schrittweisen Abschiede ihrer sterbenden Angehörigen, Verwandten, Freunde bereits als Zeit des Trauerns, die jedoch oft bis zum Ende gemischt bleiben mit Hoffnung auf Besserung und Gesundheit (vgl. Knipping 2007, S. 411).

Was sich in den letzten Lebensstunden des sterbenden Menschen ereignet, kann sich für die Hinterbliebenen entweder als belastendes und oft schwer zu überwindendes Trauma manifestieren oder sich als heilende Quelle für den anschließenden Trauerprozess erschließen (vgl. Knipping 2007, S. 466).

Mit der vorliegenden Leitlinie zur palliativen Begleitung am Lebensende soll bestmöglich gesichert werden, dass der wohl schwierigste Prozess im Leben eines Menschen und seines psycho-sozialen Umfeldes, in der Einrichtung Wohn- und Pflegeheim Lienz, in Erhaltung der Lebensqualität bis zuletzt begangen werden kann.

1.1. Zielsetzung der Leitlinie

Die Leitlinie zur palliativen Betreuung am Lebensende soll einerseits

1. **die Werterhaltung** der professionellen Pflege im Umgang mit Sterben und Tod in der Einrichtung WPH Lienz widerspiegeln und andererseits
2. **als Nachschlagewerk** gelten, kontextbezogene Problemstellungen in der Praxis bestmöglich zu bewältigen, sowie
3. Klarheit über die Bedeutung und Anwendung von **Begriffsbestimmungen** im Kontext mit palliativen Verläufen schaffen.

1.1.1. Werterhaltung/Palliative Haltung/Kultur

Wir bejahen das Leben und betrachten das Sterben als normalen Prozess.

Alle unsere Pflegeangebote zielen darauf ab, den Tod nicht zu beschleunigen, aber den Sterbeprozess nicht gegen den Willen des Sterbenden hinauszuzögern.

Wir achten bei der Betreuung und Begleitung auf die Selbstbestimmung und die Würde des Menschen.

Wir (unter)stützen An- und Zugehörige in der Begleitung und Trauer.

1.1.2. Nachschlagewerk

Die Inhalte der Leitlinie beziehen sich auf alle Pflegeangebote und Standards zur Pflege und Betreuung von Menschen und deren Angehörigen in der letzten Lebensphase, welche derzeit im WPH Lienz zum Einsatz gelangen, insbesondere

- der Anwendung von Pflegeinterventionen bei chronischen Schmerzen
- dem Handbuch Palliative Care mit
 - der Empfehlung für die Betreuung schwerkranker Menschen am Lebensende (den TAKO Richtlinien)
 - der vorausschauenden Planung am Lebensende nach Vorgaben der Tiroler Hospizgemeinschaft und der Ärztekammer Tirol (Plan für Krisen und Notfälle)
 - dem Umgang mit belastenden Symptomen am Lebensende
 - dem Standard über die Umsorgung Verstorbener
 - der Reflexion von Sterbebegleitungsprozessen
 - dem interdisziplinären Gesprächsleitfaden
 - Ergebnissen zur MA Befragung

1.1.3. Begriffsbestimmungen

Um die wesentlichen Begriffe im Zusammenhang mit Palliative Care richtig zu deuten und zu bewerten wird unter Pkt. 1.3. eine Definition der Begriffe

- Palliative Care
- End of life Care
- Terminalphase
- Präfinalphase
- Finalphase

vorgenommen.

Die Zielsetzungen der Leitlinie basieren auf den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in der derzeit geltenden Fassung.

1.2. Berufsrecht

In der GuKG Novelle 2017 wurden die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege grundlegend neu geregelt und um Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen erweitert. Die Spezialaufgabe Hospiz- und Palliativversorgung wurde im § 22b GuKG geregelt.

1.2.1. § 22b. GuKG

Lt. § 22b. (1) umfasst die Hospiz- und Palliativversorgung die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung sowie die Betreuung von deren Angehörigen vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch

1. Identifikation des Bedarfs an Hospizversorgung und spezialisierter Palliativpflege,

2. vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning),
3. Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome,
4. Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung deren Wirkung,
5. Beratung und/oder Schulung der Palliativpatienten und –patientinnen sowie deren Angehörigen und sonstige nahestehende Personen im Umgang mit den Symptomen,
6. kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,
7. Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung im Zugang zu externen Ressourcen,
8. Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod (GuKG, 2017. S.185 – S. 187.).

1.3. Definitionen

1.3.1. Palliative Care (PC)

Palliative Care umfasst Palliativmedizin und Palliativpflege.

Palliativmedizin und Palliativpflege ist die umfassende (ganzheitliche) und interdisziplinäre medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen und mit begrenzter Lebenserwartung. Das Hauptziel der Betreuung ist der Erhalt der Lebensqualität. Dabei werden die verschiedenen Beschwerden, wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und seelische, soziale und spirituelle Nöte bestmöglich gelindert. Die Bedürfnisse des Kranken und dessen Familie werden gleichermaßen geachtet (Dachverband Hospiz Österreich 2014: „Begleiten bis zuletzt“. 7. Auflage).

1.3.2. Ist Palliative Care (PC) gleichzusetzen mit End of life Care?

Obwohl PC gemäß der aktuellen Definition ein Angebot für Patienten und deren Angehörige ist, die von einer lebensbedrohlichen Krankheit betroffen sind, ist dies nicht gleich bedeutend mit der letzten Lebensphase oder dem Lebensende. PC muss grundsätzlich in jeder Phase der unheilbaren Erkrankung möglich sein.

So z. B. während einer akut- medizinischen Behandlung auf einer Intensivstation oder bei einer fortschreitenden Demenzerkrankung in einem Pflegeheim. Da PC nach heutigem Verständnis nicht erst im terminalen Stadium einer Erkrankung eingesetzt werden sollte, ist sie nicht gleichbedeutend mit End-of-Life –Care (vgl. Knipping 2007, S.35).

PC kann nicht synonym mit End- of- life- Care verwendet werden!

1.3.3. End of life Care

bezieht sich auf die letzte Lebensphase und wird als sehr unpräziser Begriff beschrieben, der nicht genau beschreibt, wann das Lebensende beginnt. Während Palliative Care in jeder Phase der

unheilbaren Erkrankung eingesetzt wird, bezieht sich end of life care auf die Betreuung in der terminalen Phase (vgl. Knipping 2007).

1.3.4. Terminalphase= Präfinalphase

Die **Terminalphase** (lat. *terminus* = Grenze) ist eine noch nicht einheitlich definierte Bezeichnung für eine der letzten Lebensphasen eines Menschen mit einer unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankung. Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin werden mit dem Begriff die letzten Monate bis Wochen eines Schwerkranken vor seinem Tod bezeichnet.

Nach Jonen-Thielemann gehen der Terminalphase zwei andere Phasen voraus: Nach einer längeren Rehabilitationsphase mit einem weitgehend normalen Alltag folgt die Prä-Terminalphase, bei der die Aktivität des Kranken schon sehr eingeschränkt ist. Die anschließende Terminalphase ist gekennzeichnet von zunehmender Inaktivität, Rückzug oder Ruhelosigkeit.

Als Anzeichen für das Eintreten in die Terminalphase kann gelten, 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),
- zeitweise desorientiert erscheint,
- immer weniger Interesse für Essen und Trinken aufbringt,
- immer weniger Interesse für seine Umgebung und sein Leben zeigt,
- eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen entwickelt (z.B. eine Pneumonie) (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Terminalphase>).

Auf die Terminalphase folgt das endgültige Sterben, **die Finalphase**.

1.3.5. Finalphase

Finalphase= die eigentliche Sterbephase

Der Begriff (**Prä-**) **Finalphase** (lat. *finis* = Ende, Ziel) umschreibt die eigentliche Sterbephase und bezieht sich auf die letzten Stunden bis wenige Tage des Lebens (nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2003).

In dieser Phase steht bei der palliativen, pflegerischen Versorgung die Wahrnehmung der Bedürfnisse des Sterbenden im Vordergrund. Bei allen Tätigkeiten sollte abgewogen werden, ob sie überhaupt notwendig sind, ob sie eine Belastung für den Sterbenden sind oder ob sie ihm Erleichterung verschaffen. Oft benötigt der Sterbende in dieser Phase kaum noch pflegerische Intervention; es sind oft eher die anwesenden Angehörigen, die der Unterstützung bedürfen (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Terminalphase>).

Mögliche Anzeichen des bevorstehenden Todes:

Lt. Kern und Nauck (2006) können folgende Verhaltensveränderungen und Symptome bei Schwerkranken auf den nahen Tod hinweisen:

- Nesteln, Umhergreifen, Entkleiden oder das Wegschieben der Bettdecke; oder aber
- vermehrte Müdigkeit und Teilnahmslosigkeit, Apathie, zunehmende Somnolenz
- längere Schlafphasen bis hin zum Koma
- Reduzierung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bis hin zum vollständigen Verzicht
- Extreme motorische Unruhe: wiederholter Drang zum Aufstehen
- Reduzierung der Urinausscheidung, evtl. Inkontinenz oder Harnverhalten
- kalte Füße, Arme, Hände (schwache Durchblutung) oder übermäßiges Schwitzen
- dunkle, livide Verfärbung der Körperunterseite, Hände, Knie und/oder der Füße (Marmorierung)
- bleiche, "wächserne" Haut
- ausgeprägtes, bleiches Mund-Nasendreieck
- schwacher Puls
- Blutdruckabfall (an der Pulsqualität erkennbar - eine Messung des RR ist in dieser Situation nicht angemessen, zumal die Feststellung des Wertes keine Konsequenzen nach sich ziehen würde)
- reduzierte Wahrnehmung der Außenwelt (Zeit, Raum, Personen)
- veränderter Atemrhythmus (Cheyne-Stoke'sche Atmung, Schnappatmung)
- Atemgeräusche wie das präfinale Rasseln (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Terminalphase>)

2. Palliative Betreuung in den letzten Lebenstagen und Stunden

*Wenn mein Leben letztendlich gemessen wird
in Monaten, Wochen, Tagen, Stunden,
möchte ich frei sein von Schmerzen,
nicht unwürdig behandelt werden und nicht alleine sein.*

Gib mir deine Hand.

Gib mir dein Verständnis.

Gib mir deine Liebe.

*Und dann lass mich friedvoll gehen
und hilf meiner Familie es zu verstehen.*

(Autor unbekannt, Kinderhospiz Minsk)

Der o.a. Text zeichnet eindrucksvoll ein klares Bild über das, was am Ende des Lebens zählt:

- **Schmerzfreiheit**
- **Achtsamkeit und Wertschätzung**
- **Empathisches Begleiten des Sterbenden und dessen Angehörigen**
- **Verstehendes Verständnis**
- **Da sein**
- **Festhalten und loslassen**
- **Beratende Unterstützung der Angehörigen**
- **Trauerbegleitung**

In den einfachen Worten wird aber auch deutlich,

- wie **verantwortungsvoll** die Begleitung sterbender Menschen ist,
- wie schwer **das Privileg** der übertragenen Verantwortung wiegt
- und **welche Belastungen** für das interdisziplinäre Betreuungsteam damit verbunden sind, um allen Erwartungshaltungen gerecht zu werden.

Je vorausschauender die Planung der letzten Lebensphase gelingt, desto krisenreduzierter wird das interdisziplinäre Betreuungsteam rund um den Sterbenden und seinen An- und Zugehörigen begleiten, betreuen und pflegen.

2.1. Plan für Krisen und Notfälle (Vorsorgedialog/Vorsorgegespräch/Anamnese)

„Krisenhafte Situationen am Ende des Lebens führen oft zur Einweisung ins Krankenhaus, die den Betroffenen aus seiner gewohnten Umgebung reißt und die Sicherung von Betreuungskontinuität bedeutend erschweren kann. In vielen Fällen ist dies mit einer hohen Belastung des Patienten und einer Belastung des Notarztsystems verbunden, ohne dass ein erkennbarer Nutzen entstehen würde. Oft leiten diese Krisen den Sterbeprozess ein“(Homepage Tiroler Hospiz Gemeinschaft 2017).

Der Plan für Krisen und Notfälle (Vorsorgedialog) ist ein Instrument zur vorausschauenden

Planung am Lebensende mit der Zielsetzung Krisen, die die Lebensqualität des Betroffenen beeinträchtigen, zu vermeiden.

Der Plan für Krisen und Notfälle wird interdisziplinär erstellt und bezieht sich auf die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden und seiner An- und Zugehörigen.

Die **Evaluierung** des Planes für Krisen und Notfälle erfolgt individuell, zumindest aber halbjährlich.

Vorsorgegespräch im Rahmen der Anamnese:

Im Rahmen der fixen Heimaufnahmeplanung wird im Informationsgespräch mit der PDL zu den allgemeinen Informationen auch auf div. Vorsorgethemen Bezug genommen. Mit der Aufnahmebroschüre wird den Aufnahmewerbern oder deren bevollmächtigten An- und/oder Zugehörigen ein Formular zum Thema „**Vorsorgegespräch im Rahmen der Anamnese**“ ausgehändigt. Das, in drei Abschnitte unterteilte Formular (je nach Entscheidungsfähigkeit), wird im Zuge des Aufnahmegespräches erläutert und soll bei Heimeintritt unterfertigt mitgebracht werden. Somit kann bereits bei Heimeintritt mit einer, mit den Betroffenen abgestimmten, vorausschauenden Planung für die Zeit am Lebensende begonnen werden.

2.1.1. Ethischer Diskurs in Palliative Care

Der Wille des Patienten spielt eine entscheidende Rolle. Die Position der Angehörigen, aber auch rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen lassen sich bei der Entscheidungsfindung nicht vernachlässigen (vgl. Knipping 2007, S.546).

In den neuen Richtlinien der SAMW 2017 (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) zur „**Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende**“ heißt es dazu in einer Zusammenfassung:

„Patienten in der letzten Lebensphase haben ein Anrecht auf eine palliative Betreuung. Diese umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgliche Unterstützung von Patienten und Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten zu gewährleisten.“

2.1.2. Multiprofessionelles Versorgungsteam

Eine zentrale Aufgabe des Betreuungsteams besteht in einer wirksamen Symptomtherapie. Dazu gehören auch das Eingehen auf Nöte sowie die Verfügbarkeit und die Begleitung für den Patienten und seine Angehörigen. Alle potenziell hilfreichen technischen und personellen Ressourcen (z.B. Fachpersonen für psychische, soziale und seelsorgliche Begleitung) sollen bei Bedarf zugezogen werden. Wünsche nach einer persönlichen Gestaltung der letzten Lebensphase sollen unterstützt werden. Die Betreuung soll auch die Begleitung der Angehörigen in manchen Fällen über den Tod hinaus, umfassen (vgl. Knipping 2007, S.562).

2.1.3. Kompetenz des gehobenen Dienstes im multiprofessionellen Versorgungsteam

Lt. § 16. (1) und (2) GuKG, kommt dem gehobenen Dienst im Rahmen seiner Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam die Aufgabe zu, die pflegerische Expertise im Zusammenhang mit ethischen Entscheidungen zu treffen und die Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der Sicherstellung der Behandlungskontinuität zu

gewährleisten.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Plan für Krisen und Notfälle eine Einweisung in ein Krankenhaus **nicht** ausschließt! Er soll jedoch unnötige Einweisungen in ein solches nach Möglichkeit verhindern! **CAVE!** Ärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notarzt bereits am Telefon informieren, dass eine palliative Betreuungssituation vorliegt, jedoch ärztliche Hilfe benötigt wird.

2.1.4 Ergotherapeutische Angebote im Rahmen von „End of life Care“

„Nicht dem Leben Tage, sondern den Tagen Leben geben.“

Gibt es ein Recht auf Therapie, wenn eigentlich „nichts mehr zu machen ist?“

Ergotherapie kann die Lebensqualität von Menschen in der terminalen Lebensphase deutlich verbessern bzw. zur Linderung von auftretenden Beschwerden wie Atemnot, Schmerzen, Fatigue,... beitragen. Wahrnehmung, die Fähigkeit zur Kommunikation (verbal, non-verbal), sozio-emotionale Komponenten, Mobilität und Handlungsfähigkeit sind die Voraussetzungen dafür, bis zuletzt so autonom und würdevoll wie möglich am Leben teilhaben zu können.

Wichtige Grund- und Leitsätze für ergotherapeutische Angebote in der terminalen Phase:

- Erhaltung menschlicher Würde bis zuletzt
- Individuelle Anliegen der Bewohner:innen stehen im Mittelpunkt
- Holistische und nicht funktionell ausgerichtete Therapie
- betroffener Bewohner soll nicht nur des Tuns, sondern auch des Daseins wegen geschätzt und angenommen werden
- Erreichen eines erträglichen körperlichen Zustands durch gute Symptomkontrolle bei empathischer Begleitung
- multiprofessioneller Austausch zur Einschätzung der Bedürfnisse des betroffenen Menschen (Austausch mit LPK, Pflegekräften, ggf. Palliativteam,...)
- wenn Heimbewohner:in nicht mehr ansprechbar ist:
 - Ist eine genaue Beobachtung essentiell, um bei den angebotenen therapeutischen Maßnahmen sicherzustellen, dass diese Wohlbefinden und Linderung und NICHT Unwohlsein und Überforderung erwirken
- bestmögliche Begleitung und Beratung von Angehörigen bzw. Austausch mit ihnen

Angebotsspektrum ergotherapeutische Maßnahmen

- spezifische Aktivitäten
- Umweltsanpassung und
- Beratung

Konkrete ergotherapeutische Maßnahmen

- Unterstützung bei bedeutungsvollen Betätigungen v.a. aus den Bereichen Selbstversorgung und Freizeit (durch Adaption der Handlung), kompensatorische Maßnahmen / Hilfsmiteinsatz, Beteiligung an Betätigung also Fokus auf Engagement angelehnt an das CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) Assessment
- Aufgreifen biografisch relevanter Interessen des Klienten (Musik, Gerüche, Bilder und Fotos, Texte...) zur Steigerung des emotionalen Wohlbefindens und der Aufrechterhaltung der Identität
- Bewegungsfähigkeit bestmöglich fördern bzw. erhalten (Fazilitieren physiologischer Bewegungsabläufe, sanfte Gelenkmobilisation)
- Bewegungsübergänge / Transfers: Eruiere noch bestehender Ressourcen, möglicher alternativer Strategien ggf. unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln, begleiteten und unterstützten Transfers mit Fokus auf Gewährleistung größtmöglicher Autonomie (Bsp: Wechsel Rückenlage > Seitenlage, Bewegung ans Kopfende des Bettes, Aufsitzen an der Bettkante,...)
- gezielte Lagerungen als Intervention
 - zur Entlastung bei Atemnot und Schmerzen
 - zur Erhaltung von Körperwahrnehmung & Orientierung im Raum (wahrnehmungssteigernde Mikrolagerungen)
 - zur Steigerung des allg. Wohlbefindens (bevorzugte Liegepositionen)
 - zum Ermöglichen der Durchführung von ATL's, kreativen Tätigkeiten,...
 - zum Ermöglichen von Kommunikation / Teilhabe
- Körperwahrnehmungs- und entspannungssteigernde Angebote und Techniken (Maßnahmen nach dem Konzept der Basalen Stimulation, multisensorische Aktivierung, Massagetechniken)
- **taktile** Angebote: für verbesserte Koordination, angepassteren Muskeltonus und damit zur Kontrakturprophylaxe (dem Phänomen der „geschlossenen Hand“ entgegenwirken)
- **propriozeptive Angebote**: Verminderung von körperlicher Unruhe, Aufrechterhaltung der „inneren Landkarte“ des Körpers / des Körperschemas
- **vestibuläre Angebote**: zur Steigerung der Wachheit und Aufmerksamkeit
- die, bedingt durch zunehmende Immobilität und abnehmende Vigilanz stark beeinträchtigte Orientierung in Zeit und Raum durch Unterstützung in der Wahrnehmung der Umwelt verbessern (Umgebungsgestaltung, Liegeposition ausrichten,...)
- an den Zustand des Klienten angepasste **Kommunikation**: Basale Stimulation, Validation nach Naomi Feil als adäquate non-verbale Kommunikations- und Interaktionsmethoden (sich dem betroffenen Menschen intensiv zuwenden, um Bedürfnisse zu erfassen und zu vermitteln, dass er/sie noch dazugehört, „gehört“ wird) (vgl. Gattermayr 2023).

2.2. Belastende Symptome am Lebensende

Die Behandlung/Linderung belastender Symptome am Lebensende beeinflussen die Lebensqualität des Sterbenden, sowie die Begleitungsqualität des psychosozialen Umfeldes. Im palliativen Behandlungsplan wird frühzeitig (vorausschauende Planung am Lebensende) über mögliche Komplikationen beraten und Anordnungen für den entsprechenden Anlassfall getroffen. Somit können Krisen, vor allem in Zeiten der Nicht-Erreichung eines Arztes von vorne herein vermieden und unnötige Belastungen für den Betroffenen und sein soziales Umfeld, sowie des direkten Betreuungsteams verhindert werden.

Folgende Symptome können auftreten:

2.2.1. KÖRPERLICHE Beschwerden

Schmerzen:

Die Bedeutung und Herausforderung der Multidimensionalität von Schmerzen erkennen. Unterscheidung und Bewertung akuter und chronifizierter Schmerzen zu ermöglichen: Lokalisation, Schmerzqualität, Schmerzdauer, Schmerzverstärkung, vegetative Symptome und affektive Symptome (vgl. Knipping, S.156).

Übelkeit, Erbrechen:

Die Auswirkungen von Übelkeit und Erbrechen auf die Lebensqualität des Betroffenen und sein Umfeld erkennen. Mögliche Ursachen abklären: tumorbedingt, therapiebedingt, metabolisch bedingt, infektiös- oder entzündungsbedingt, ernährungsbedingt oder psychisch bedingt (vgl. Knipping, S. 272).

Dyspnoe:

Die ausgeprägte Dyspnoe wird vom Betroffenen als akute lebensbedrohliche Situation erlebt, die mit der Hilflosigkeit und Todesangst einhergeht. Pflegepersonen und Begleitpersonen stellt dies vor eine große Herausforderung. Ursachenklärung: pulmonal-obstruktiv, pulmonal-restriktiv, neuromuskulär, kardial, renal, neurologisch, schmerzbedingt, stoffwechselbedingt oder psychosozial (vgl. Knipping, S.324).

Terminales Rasseln:

Bezieht sich auf eine Rasselatmung in der präfinalen oder terminalen Lebensphase, auch Todesrasseln genannt. Es handelt sich hierbei um eine geräuschvolle Atmung von Sterbenden in den letzten Stunden oder Tagen vor ihrem Tod. Es entsteht, wenn beim Sterbenden der Schluck- und Hustenreflex erlischt. Im Hypopharynx und in der Trachea sammeln sich Speichel- und Bronchialsekret. Dieses Flüssigkeitsansammlung wird beim Ausatmen in Schwingung versetzt und erzeugt das rasselnde Atemgeräusch. Es wird angenommen, dass diese Rasselatmung von Sterbenden nicht als belastend wahrgenommen wird (vgl. Pflege heute, S. 489).

Gastrointestinale Symptome:

In den letzten Lebenstagen leiden viele Sterbende an Mundtrockenheit, Schluckstörungen, Obstipation oder Diarrhö. Die Klärung der Ursachen bestimmt auch hier die lindernde Therapie. Mögliche auslösende Faktoren sind: Grunderkrankungen, akute Infektionen, Therapienebenwirkungen, Umgebungsfaktoren, Stress, Angst, Schmerz oder Depression.

Wunden, Dekubitus:

Die Ziele in der Wund- und Dekubitusbehandlung umfassen eine Linderung von Schmerzen, Geruch, Blutungen, Juckreiz, Nekrotisierung, Infektion, Fistelbildung und Schädigung der umgebenden oder weiteren Hautareale. Die Versorgung soll einen kosmetisch akzeptablen Verband integrieren, der eine bestmögliche Alltags- und Beziehungsgestaltung ermöglicht (vgl. Knipping, S.350).

Asthenie, Frailty, Fatigue:

Die altersbedingte Gebrechlichkeit, Multimorbidität, Schwäche, Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörung, Erschöpfung, Apathie, Antriebslosigkeit, Mattigkeit, Depression und eine unübliche belastende Form von Müdigkeit. Weitere mögliche auslösende Faktoren sind Dehydratation, Inappetenz, Infektion, chronifizierter oder nicht erkannter Schmerz, Kachexie oder pharmakologische Ursachen (vgl. Knipping, S. 247).

Fieber:

Im Kontext der Palliative Care ist Fieber oft ein Begleitsymptom des Sterbeprozesses. Grundsätzlich richtet sich die Behandlung nach der Ursache, die durch die Grunderkrankung, Infektionen, Schmerzen oder Krisenmomente wie Angst oder Dyspnoe ausgelöst sein können.

Krämpfe:

In der Palliativen Situation kann es zu Akutsituationen kommen, die durch Hirndrucksymptome spinaler Kompression, epileptische Anfälle oder Myoklonien ausgelöst sind. Der Anfall wird von dem Betroffenen und seinem Umfeld als außerordentliche belastende Situation erlebt. Die vorausschauende Planung entlastet durch vorsorgende Begleitung und Erklärung (vgl. Knipping, S.331).

Blutungen:

Mögliche terminale Blutungen stellen ein bedrohliches Ereignis für den Betroffenen und die Begleitpersonen dar. Ursachen für wahrscheinliche Blutungen sind: HNO- und Lungentumore, Varizen, gastrointestinale Tumore, urologische Tumore, Thrombopenie oder disseminierte intravasale Gerinnung. Ein umfassend geplantes Unterstützungsangebot, dient der bestmöglichen Lebens- und Sterbequalität (vgl. Knipping, S.350).

Notfall im Palliative Care:

Notsituationen bei fortgeschrittener und lebensbegrenzender Krankheit sind meist vorsehbar. Eine vorausschauende Planung und Besprechung der Krisensituation, hilft lindernde Maßnahmen in der verbleibende Lebenszeit zu ermöglichen. Als häufige Notsituation werden folgende Krisen beschrieben: Durchbruchschmerz bei Tumoren, spinale Kompression, Blutung, obere Einflusstauung, Hyperkalzämie, schwere Atemnot und Obstruktion, sowie der epileptische Anfall.

2.2.1.1 Essen und Trinken

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Essen und Trinken“ am Lebensende ist auch immer eine Frage nach dem Tod und Sterben an sich. **„Essen und Trinken halten Leib und Seele zusammen.“ Im Sterbeprozess wollen sich Leib und Seele aber trennen!**

Die Ernährung in der Terminalphase konzentriert sich auf die unmittelbare Linderung von Beschwerden des Sterbenden sowie auf die Begleitung und Beratung von Angehörigen. Die (bewusste) Verweigerung von Essen kann auch Ausdruck der Würde und Autonomie des Patienten sein. Eine künstliche Ernährung ist sehr selten indiziert.

Siehe dazu Standard „Ernährung am Lebensende.“

Die Aufrechterhaltung einer minimalen Hydrierung (500-1000ml/d s.c. ist oft indiziert, insbesondere zur Erhaltung der kognitiven Fähigkeiten (vgl. Knipping, S.263).

In der letzten Lebensphase

- Besteht eine katabole Stoffwechsellage, an der selbst hyperkalorische Ernährung nichts mehr ändern kann
- Ist daher ein Gewichtsverlust nicht mehr zu verhindern
- Können „normale“ Nahrungsmengen nicht mehr verarbeitet werden
- Reichen kleinste Mengen aus um den Hunger und Durst zu stillen. (M. Kojer 2006)

Der Sterbeprozess fängt bereits an, bevor körperliche Veränderungen wahrgenommen werden. Je zeitiger dies erkannt wird, desto eindeutiger können pflegerische Interventionen abgeleitet und die Bedürfnisse des Sterbenden in Hinblick auf Körper, Geist und Seele unterstützt werden.

Terminalphase / Finalphase / Dehydratation

Wie bereits unter Pkt. 1.3.2. – 1.3.5. beschrieben, werden die verbleibenden Tage und Stunden im Leben als Terminalphase bezeichnet. Der Fokus legt sich auf die Bedürfnisse des Sterbenden, da es nicht mehr um eine Verlängerung des Lebens geht, sondern dass sich der Bewohner bis zum letzten Atemzug begleitet und wohl fühlt. Nimmt der Sterbende sein Umfeld verschwommen wahr, schläft er viel und ist seine Ausrichtung nach Innen gewandt, so spricht man von der Finalphase.

Unter **Dehydratation** versteht man die Reduzierung von Flüssigkeit im Körper. Ursache dafür kann eine erhöhte Flüssigkeitsausscheidung (Diarrhöe, Erbrechen) oder eine verminderte Flüssigkeitszufuhr (Appetitlosigkeit, Schluckbeschwerden, entzündliche Veränderung der Mundschleimhaut) sein. In den letzten Tagen und Stunden verändert sich das Bewusstsein. Der Sterbende ist dadurch oft nicht mehr in der Lage, Flüssigkeit anzunehmen.

2.2.1.2 Erläuterungen zum Work Flow „Terminale Dehydratation“

Wie wirkt sich die Dehydratation in der Terminalphase auf den Sterbenden aus?

Zu den Zeichen des Flüssigkeitsmangels zählen unter anderem Durstgefühl, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Verwirrheitszustände, Schwindel und kognitive Störungen. Veränderung des Hautturgors, Ödeme, Aszites, erhöhte Temperatur, Obstipation, Oligurie, Myoklonien und eine Veränderung des Bewusstseins werden ebenso beobachtet.

In Bezug auf die Mobilität kommt es zu Bewegungseinschränkung bis hin zur vollständigen Immobilität (vgl. Knipping, 2007).

Aufgrund der reduzierten Flüssigkeit kommt es zu einer Erhöhung der im Körper vorhandenen Glückshormone. Schmerzen werden schwächer wahrgenommen und es kommt zu einem geringeren Einsatz von Schmerzmedikamenten. Flüssigkeitsreduktion bedeutet ebenso, geringere Urinausscheidung. Ein Wechsel des Inkontinenzproduktes ist weniger oft erforderlich und es wird verhindert, dass der Sterbende einen Blasenverweilkatheter benötigt.

Die Lunge produziert nicht mehr viel Sekretion und so wird die Schleimbildung vermindert und der Hustenreiz gelindert.

Im Magen werden weniger Verdauungssäfte gebildet, dadurch kommt es seltener zum Erbrechen. Aufgrund des Flüssigkeitsmangels bilden sich weniger Ödeme und einem Aszites wird vorgebeugt (vgl. Feichtner, 2014).

Rehydrierung - Versuch

Es ist bekannt, dass eine angepasste Reduzierung der Flüssigkeit am Lebensende die belastenden Symptome lindert und trotzdem ist es von der Haltung und dem ethischen Ermessen des Umfeldes abhängig, ob für oder gegen eine Flüssigkeitssubstitution entschieden wird.

Zum gegebenen Zeitpunkt ist es unmöglich für jeden Sterbenden die gleiche Vorgehensweise zu wählen, da jede Situation einzeln zu bewerten ist und die Sinnhaftigkeit der Maßnahme zum Vorteil des Sterbenden ausfallen muss.

Es ist abzuklären, ob ein Durstgefühl auf den Flüssigkeitsmangel zurück zu führen ist oder ob sich die Mundtrockenheit als Ergebnis einer vernachlässigten Mundpflege präsentiert.

Ist der Sterbende verwirrt, erbricht er, treten Muskelkrämpfe auf und ist das Bewusstsein eingetrübt kann dies eine Indikation für eine Verabreichung einer Infusion sein. Stehen keine ethischen oder rechtlichen (Patientenverfügung) Zweifel im Vordergrund, sollte ein „Rehydrierungsversuch“ erfolgen, jedoch sofort gestoppt werden, wenn sich keine Besserung zeigt (U. Suchner, et al, 2018).

2.2.1.3 Entscheidungsfindung mit Unterstützung des Workflow

In die Entscheidungsfindung muss der Sterbende mit einbezogen werden, da sich diese an seinen Wünschen und Bedürfnissen zu orientieren hat. Ist dies nicht mehr möglich, sollen die An- und Zugehörigen ihr Wissen dazu äußern. Die Praxis zeigt, dass es sinnvoll ist, die Vorstellungen des Bewohners, wenn dieser dazu bereit ist, zu einem früheren Zeitpunkt zu hinterfragen und zu dokumentieren.

Das Ziel des Workflow ist es, die Mitarbeiter in der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Flüssigkeitssubstitution im Rahmen der terminalen Dehydratation zu unterstützen. Anhand der systematischen, einheitlichen Vorgehensweise soll der Workflow Orientierungs- und Richtungsweisend sein, um gemeinsam die bestmögliche Entscheidung im Sinne des betroffenen Heimbewohners zu erlangen.

Eine strukturierte Informationssammlung ist Voraussetzung um gemeinsam ein, an den Sterbenden orientiertes Ziel festzulegen. Damit die Intervention eine lindernde Wirkung hat, muss der Zweck vor setzen der Maßnahme genau definiert sein!

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden um die Entscheidungsfindung klar zu strukturieren und effizient zu gestalten:

1. In welcher Sterbephase befindet sich der Bewohner?
Es soll von den Beteiligten klar beurteilt werden, ob sich der Sterbende in der Terminal- oder bereits in der Finalphase befindet.
2. Ist die trockene Mundschleimhaut Folge eines Flüssigkeitsmangels oder Folge einer schlechten Mundhygiene?
Hier ist festzustellen, ob der Sterbende z. B. kognitiv in der Lage ist Flüssigkeit auf oralem Wege zu sich zu nehmen, ob der Schluckakt intakt ist, ob eine Mundatmung erkennbar ist;
3. Ist der Sterbende in der Lage, seine Wünsche verbal zum Ausdruck zu bringen? Wenn ja, wie lauten diese?
4. Ist der Sterbende nicht mehr in der Lage, seine Wünsche verbal zum Ausdruck zu bringen, wissen An- und Zugehörige darüber Bescheid? Wenn ja, wie lauten diese?
5. Zeigt der Sterbende plötzlich auftretende Verwirrheitszustände/Kopfschmerzen/Muskelkrämpfe oder sind Zeichen eines fieberhaften Infektes erkennbar?
Zu dieser Fragestellung soll der Hausarzt hinzugezogen werden um diese aus medizinischer Sicht fachgerecht beantworten zu können.
6. Zeigen sich Beinödeme, Aszites oder ist eine erschwerte/rasselnde Atmung hörbar?
Die Beteiligten sind angehalten, sich Zeit zu nehmen und den IST-Zustand fachlich und sachlich festzustellen und daraus Interventionen zu setzen die den Sterbenden Erleichterung bringen; auf keinen Fall dürfen sie eine zusätzliche Belastung darstellen; der Palliative Behandlungsplan kommt dabei ebenfalls zum Tragen!

Wichtig ist, zu erkennen in welcher Phase sich der Sterbende befindet um nach besten Wissen und Gewissen den Sterbenden mit Einbezug seiner An- und Zugehörigen, unter Berücksichtigung der Wünsche und Möglichkeiten, Unterstützung zu bieten. Gemeinsam den Sterbenden zu begleiten

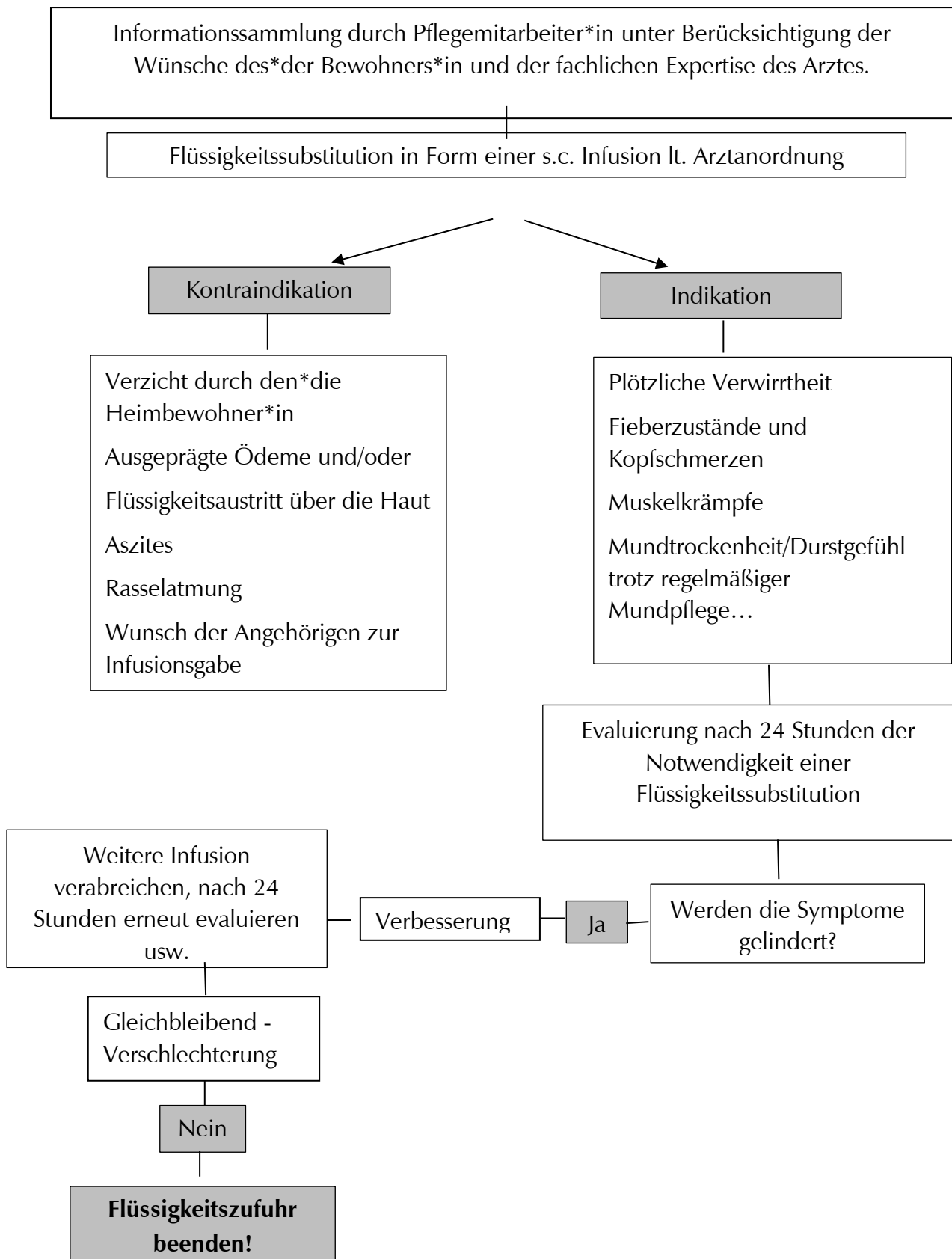
und ihn das höchste Maß an Lebensqualität bis zum eintreten des Todes zukommen zu lassen hat oberste Priorität.

Rückmeldung über die letzten Stunden des Verstorbenen können uns nur die An- und Zugehörigen geben. Ist es uns gelungen ihnen ein Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, drücken sie Dankbarkeit aus, dass sie das Abschiednehmen gelöst und entspannt erlebt haben, ist dies für uns die Zustimmung auf den richtigen Weg in der Begleitung von Sterbenden zu sein.

Das Ziel der Pflege im WPH Lienz ist es, das Leben zu bejahen und trotzdem den Tod als natürlichen Prozess anzunehmen. Nehmen alle Beteiligten in der Entscheidungsfindung in Bezug auf die Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase, eine palliative Grundhaltung ein und werden belastende Symptome frühzeitig erkannt und entkräftet, dann ist dieses Ziel erreicht!

Dr. Cicely Saunders sagt dazu: *„Der Mensch stirbt nicht, weil er nicht isst; sondern er isst nicht, weil er stirbt!“*

2.2.1.4 Workflow



2.2.2. BEWUSSTSEIN (psychosomatische Symptomatik)

Orientierung, Delir, Halluzinationen, Unruhe:

Um die multidimensionalen Aspekte zu erkennen, bedarf es einer empathischen Grundhaltung und Beobachtung, in der der Betroffene in seiner individuellen Situation wahrgenommen wird. Alle möglichen Ursachen und Auslöser sollten in die Einschätzung mit einbezogen werden, diese betreffen physische, psychische, soziale oder pharmakologische Faktoren (vgl. Knipping, S.316).

Das hyperaktive Delirium kann sich in Form von Agitationen, Halluzinationen, und eventueller Hyperalgesie darstellen. Im Unterschied zum hypoaktiven Delir, das mit einem hohen Leidensdruck verbunden sein kann. Die Unterscheidung zu einer Depression oder Demenz ist sehr schwer zu erkennen (vgl. Knipping, S.338).

Reaktionen auf das Umfeld, Depressivität:

Die Todesnähe oder das Sterben, werden meist nicht kommuniziert, bzw. macht die Thematik: „ Sterben und Tod “, Angst. Der natürliche Prozess, das Lebensende, vermittelt eine Bedrohung, Unsicherheit, Ungewissheit, Verlust und Trauer. Eine positive Aufarbeitung des Lebens, die Akzeptanz der Vergänglichkeit oder die Hoffnung können nicht erlebt werden (vgl. Knipping, S.307).

Angstzustände, Anspannung:

Angst, Anspannung und Schmerz haben eine biologische, physiologische und kognitive Ursache, in der Terminalphase beziehen sie sich meist auf die eigentliche Sterbesituation. Der Leidensdruck und die Symptome sollten für den Betroffenen und die Pflegenden kontrollierbar und mit bestmöglicher Linderung gestaltet werden (vgl. Knipping, S.307).

☺ weitere Informationen:

TAKO; Palliative Care, Symptombehandlung

TAKO; Palliative Care, Symptombehandlung am Lebensende

Ratgeber/ HOSPIZ Österreich: „ begleiten bis zuletzt “

Handbuch „Palliative Care“

Leitlinie „Pflegeinterventionen bei chronischen Schmerzen“

Standard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

Standard „Dekubitus Prophylaxe“

2.3. Angehörigenbetreuung

In Palliative Care wird besonderer Wert auf die Einbeziehung der Angehörigen gelegt, allerdings nur, wenn sie es wünschen. Die Angehörigen erleben dabei oft große Belastungen. Eine Bewältigung dieser Situationen und Krisen kann durch

- einfühlsame,
- wahrhaftige und
- kompetente Gespräche

deutlich erleichtert werden. Eine sorgfältige Anleitung und Unterstützung kann zu einer entspannten Atmosphäre und damit zu einer besseren Lebensqualität bei allen Beteiligten führen (vgl. Knipping 2007, S. 200).

Patienten und Angehörige wollen von kompetenten Fachleuten betreut werden. Sie wünschen sich aber auch, dass diese Fachleute ihnen als Menschen begegnen und sie als Person wahrnehmen.

Sie wünschen sich

- sorgende Zuwendung,
- Einfühlungsvermögen und
- Anteilnahme

Sie schätzen Betreuende,

- die sich vorstellen,
- sie begrüßen,
- ihnen freundlich begegnen (Unfreundlichkeit wird als verletzend empfunden)

Um von Patienten und Angehörigen positiv erfahren zu werden, müssen

- Freundlichkeit,
- Fröhlichkeit
und
- gute Umgangsformen
fest in
- Einfühlungsvermögen,
- Rücksichtnahme
und
- Respekt verwurzelt sein

Betreuende zeigen Verständnis und versetzen sich gedanklich in die kritische Situation, sie sind gute Zuhörer und haben die Fähigkeit Ungesagtes zu spüren und adäquat mit dem Patienten und den Angehörigen zu besprechen (vgl. Knipping 2007, S. 461).

2.3.1. Was brauchen Angehörige?

- Wiederholte Informationen (Fachausdrücke vermeiden)
- Miteinbeziehen in die Pflege (wenn erwünscht)
- Unterstützung (z. B. Überforderung erkennen und ansprechen)
- Geduldige GesprächspartnerInnen
- Aktive ZuhörerInnen
- Vorausplanung (mögliche Situationen erklären- was kann passieren?)
- Anerkennung
- Verständnis (der drohende Verlust stellt einen enormen Stress dar)
- Zuwendung
- Selbstschutz

(Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Care 2011: Skriptum: „Kommunikation mit Angehörigen von PatientInnen am Lebensende“ S.3).

Sorgen, Ängste, Bedenken der Angehörigen werden auch in den „**Erläuterungen zum Gesprächsleitfaden für herausfordernde Gespräche im Rahmen des palliativen Behandlungsplanes**“, nachfolgend beschrieben.

Die Pflege und Begleitung eines sterbenden Menschen ist eine große Herausforderung. Angehörige sind oft unsicher und ängstlich, ob sie „wohl“ alles richtig machen. Die Broschüre „**begleiten bis zuletzt**“ kann Angehörigen zusätzliche Informationen, Hilfe und Rat bieten, damit sie sich trotz einer schwierigen Zeit auf ein „gutes Ende“ vorbereiten können.

2.3.2. Kommunikationsratgeber/Praxistipps für das Pflorgeteam

In palliativen Betreuungssituationen kann es, unabhängig von der jeweiligen Profession, immer wieder zu herausfordernden Fragestellungen-und/oder Gesprächen kommen. Was ist dabei zu beachten:

1. Nimm dir Zeit. An- und/oder Zugehörige sind oft in einer Ausnahmesituation. Manchmal wollen sie einfach nur reden, manchmal aber auch eine klare Antwort. In jedem Fall ist die Frage/das Gespräch wertschätzend und respektvoll zu begehen!

2. Überprüfe deine Kompetenz. Bin ich der richtige Ansprechpartner?

Fragen wie: *Übersteigt die Frage meine Kompetenz? Bin ich dazu fähig und darf ich die Frage beantworten?*

2.a.) Ist dies nicht der Fall, dies auch gleich klar kommunizieren und An-und/oder Zugehörige zu einer zuständigen, kompetenten Person bringen (z.B. leitende Pflegekraft) oder dies zumindest anbieten.

2.b.) Verfüge ich über die nötige Kompetenz die Fragen zu beantworten, soll dies klar und sicher passieren. An- und/oder Zugehörige sind selbst häufig unsicher genug! Die Antwort soll Sicherheit vermitteln.

3. Gespräch auf derselben Ebene. Kommt es zu einem Gespräch, ist es sehr wichtig zu wissen, wie der An-und/oder Zugehörige die Situation wahrnimmt. Dies beugt Missverständnissen vor und kann am besten mit einer Frage geklärt werden: Z.B.: „Wie nehmen Sie den Zustand wahr.....“? „Wie sehen Sie die Situation....“?

4. Das Gespräch soll in geschütztem Rahmen stattfinden.

Niemals ein Gespräch „zwischen Tür und Angel“ stattfinden lassen! Suche einen geeigneten Raum auf um Ruhe und Sicherheit zu vermitteln!

5. Setze deine Empathie und dein Wahrnehmungsvermögen ein.

An-und/oder Zugehörigen, wie auch BewohnerInnen, muss feinfühlig begegnet werden! Beobachte dein Gegenüber. Nimm wahr, wie der Gesprächsverlauf sich auf dessen emotionalen Zustand auswirkt (beruhigend, emotional...).

6. Was ist außerdem zu empfehlen:

- Einheitlichkeit im Team. Alle im Team müssen auf dem gleichen Wissenstand sein.

- Regelmäßige Besprechungen
 - zur palliativen Betreuungssituation
 - zur vorausschauenden Planung am Lebensende (auch außerhalb einer direkten Sterbesituation), z.B. palliative Betreuung und Ernährung, uvm.
- Eine klar ausgerichtete Haltung des Teams gibt allen Beteiligten Sicherheit! *„Haltung, um zu halten....“*

3. Wertehaltung/Unternehmenskultur im Zusammenhang mit Palliative Care

Es wird natürlich vorausgesetzt, dass Wissen, Kompetenz und professionelle Handlungs- und Reflexionsfähigkeit, die sich ständig interprofessionell weiter entwickeln, eine unverzichtbare und auch selbstverständliche Ausprägung palliativen Handelns und Unterlassens sind. Natürlich braucht es auch die Fachexpertise, das Aufnehmen von Wissensbeständen des beruflichen Handelns, die Auseinandersetzung mit internationalen Entwicklungen. All diese Bemühungen helfen nichts, wenn sie nicht von einer menschlichen Haltung der Solidarität, einer Kultur mitleidenschaftlichen Helfens getragen sind (vgl. Knipping 2007, S. 41).

Dabei sind die **betriebliche Unternehmenskultur** und der **eigenen Umgang** mit Sterben und Tod gleichermaßen essentiell, wenn es um gelungene Begleitung bis zuletzt geht.

3.1. Betriebliche Unternehmenskultur

Die Entwicklung einer menschlichen Haltung wird im WPH Lienz auf vielfältige Weise gefördert und unterstützt.

Ein achtsames Reflektieren von Sterbebegleitungsprozessen soll im Sinne der lernenden Organisation dazu dienen, Standards laufend zu aktualisieren und den sich verändernden Bedürfnissen von HeimbewohnerInnen und An- und Zugehörigen anzupassen (siehe Verfahrensanweisung „Reflexionsgespräch nach einem Todesfall“).

Ein breites Fort- und Bildungsangebot,

sowie die Aufarbeitung von belastenden Situationen im Umgang mit Sterben und Tod im Rahmen von **Entlastungs- u. Dialogräumen oder Einzelcoachings** sollen der konstanten Qualitätssicherung dienen.

Die Bereitstellung von **Pflegehilfsmitteln** soll die Anwendung von zeitgemäßen Pflegeangeboten gewährleisten (Aromaöle, Bewegungshilfen, Relaxliegen, Pflegeprodukte, Prophylaxehilfen, etc.).

Die **Förderung der Zusammenarbeit** mit den Ärzten, Psychologen und ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen soll Belastungsfaktoren reduzieren.

3.2. Die persönliche Haltung und Auseinandersetzung mit Palliative Care

Die betrieblichen Vorgaben und Entwicklungsangebote tragen zum Gelingen guter Begleitungen am Lebensende bei. Jedoch ist die persönliche Haltung und Auseinandersetzung jedes Einzelnen im interdisziplinären Betreuungsteam mit Palliative Care ebenso maßgeblich für ein gutes Sterben.

3.2.1. Eigener Umgang mit Sterben und Tod

Die Konfrontation mit dem eigenen Tod wird möglichst lange hinausgeschoben, selbst bei Personengruppen, die aus beruflichen Gründen mit dem Sterben und Tod anderer in Berührung kommen. Es ist oft leichter, die Aufgabe der Sterbebegleitung zu zweit zu übernehmen, was sicher daran liegt, dass Sterben und Tod etwas mit dem Gefühl der Einsamkeit, des Verlassen seins zu tun haben - Gefühle, die leichter in der Nähe eines anderen ertragen werden.

Die palliative Behandlung, Pflege und Begleitung von Kranken und Sterbenden kann auch für die professionelle Pflege belastend sein. Daher sollte jedes Teammitglied seine Eindrücke, Belastungen und Betroffenheit im Team rückmelden, um sich zu entlasten oder rechtzeitig Unterstützung zu finden und dadurch dem Patienten und dessen Angehörigen besser gerecht zu werden.

In Entlastungs- und Dialogräumen und im Einzelcoaching können schwierige Situationen aufgegriffen und widergespiegelt werden, Konfliktsituationen bearbeitet und deren Lösungen im Team herbeigeführt werden.

Auch der Besuch von Fort- und Weiterbildungen kann über eine Wissenserweiterung und die Förderungen der Kompetenzen (z. B. Reflexionskompetenz, Sozialkompetenz, Kommunikationskompetenz ...) zu einer größeren Sicherheit und damit zu einer Erleichterung der Arbeitssituation führen (vgl. Knipping 2007, S. 201).

3.2.2. Spiritualität

Die Erfahrungen der Praxis zeigen, dass Menschen am Ende ihres Lebens die Einstellung zu Glaube und Spiritualität mitunter ändern, vor allem wenn bis dahin ein atheistischer Ansatz Gültigkeit hatte. Pflegende müssen sich diesbezüglich Achtsamkeit beibehalten, denn passt eine „Haltung“ bis zum Schluss?

Das „Nichts“ ist schwer zu ertragen und so wird die Einstellung zum Glauben bzw. die spirituelle Haltung oftmals in den letzten Lebenstagen neu überdacht.

Beispielsweise gewinnen Symbole, die Zeit des Lebens keine Bedeutung hatten, in den letzten Lebenstagen an Bedeutung (Besuch eines Seelsorgers/Priesters, die Sterbesakramente, Gebete, etc.). Für Angehörige ist dieser Wandel der Einstellung entweder schwer zu verstehen oder aber tröstlich. In jedem Fall ist die vermittelnde Unterstützung durch das Pflege- und Betreuungspersonal der Garant für eine Erfüllung letzter Wünsche.

3.2.3. Tod im Team

Der Tod einer Kolleg:in/Mitarbeiter:in oder enger Angehöriger erschüttert Teams in vielfältiger Art- und Weise. Einerseits ist jeder Einzelne höchst persönlich betroffen, immer abhängig von der Intensität der Beziehung, andererseits wirken sich die einzelnen individuellen Betroffenheiten auf die kollektive Trauer des Teams aus.

Der Nachfolgende Workflow soll als Leitlinie dienen, mit der eigenen Betroffenheit achtsam umzugehen, aber auch als Team den Trauerprozess geschlossen und strukturiert gut verarbeiten und begehen zu können.

Tod einer Kollegin/eines Kollegen

Woran ist zu denken

Wohn- und Pflegeheim als Dienstgebern	Station/Bereich
Information an die restliche Stationen/Bereiche durch HL (Betriebsrat, Funktionsbereiche) PDL (Pflegebereich) in Absprache mit betroffener Station/Bereich bzw. Einberufen einer Sitzung (mit Schweigeminute) oder ein einfühlsames Mail an die nicht unmittelbar betroffene Belegschaft Abklärung des weiteren Procedere...	<u>Führungskraft/Vertretung</u> <ul style="list-style-type: none"> • rasche Info an alle Teammitglieder • möglichst persönlich Führungskraft/Vertretung nimmt Kontakt HL oder PDL auf, um zu klären, wer mit den Angehörigen Kontakt aufnimmt <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung anbieten • Klären, ob es erwünscht ist, dass ein Gedenktisch im öffentlichen Bereich gerichtet werden darf oder Diskretion erwünscht ist
...Kontaktaufnahme mit Angehörigen in Absprache mit betroffenen Station - s. d. <ul style="list-style-type: none"> • Kondolenzschreiben, Bukett, Spende,... • Abklären, ob Anwesenheit der oberen Führungsebene am Begräbnis erwünscht ist (Mitgestaltung, Grabrede) 	Aufteilen der Tätigkeiten im Team: <ul style="list-style-type: none"> • Organisieren von Kerze • Kondolenzschreiben • Kranz, Bukett oder Spende Bei Bewohnerinnen und Bewohner den Tod der Kollegin oder des Kollegen ansprechen evt. gemeinsames Gebet
Persönliche Kontaktaufnahme der oberen Führungsebene mit betroffenem Bereich/Station	Gedenktisch auf Station/Bereich gestalten
Dienstrechtliche Angelegenheiten	
Gedenkschreiben an Verstorbenen bei der Gedenk-Angehörige zum Jahrtausendmesse zu Allerheiligen Einladung zur Jahrtageeinbeziehen der Heimkapelle	Messe mit Priester oder Gedenkfeier (auch ohne Priester) in der Heimkapelle für alle MA die nicht die Möglichkeit hatten, am Begräbnis teilzunehmen. Evt. auch Angehörige einladen
Entfernen der Gedenkgegenstände im Eingangsbereich - Wann?	
<u>Arbeitsplatz- bzw. Spindauflösung - wann?</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mit oder ohne Angehörige? • In welcher Form werden persönliche Gegenstände übergeben? • Wer übernimmt den Part? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Einrichten der Todesnachricht auf dem E-Mail Account • Im Intranet als Verstorben bezeichnen • Nach angemessener Zeit löschen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Homepage aktualisieren • Nachruf in Absprache mit den Angehörigen 	
Vor Neuausschreibung der Stelle die unmittelbar betroffenen Kolleginnen und Kollegen informieren	

Tod eines engen Familienmitgliedes einer Kollegin/eines Kollegen (Elternteil, Partner, Kind)

Information an das Team, HL, PDL und Betriebsrat

Im Team besprechen, wer die Karte organisiert und schreibt bzw. Vorschlag zur
(Kerze, Spende, Messe in der Heimkapelle zahlen,...)

- Anteilnahme aussprechen
- Unterstützung/Beistand aussprechen
- Freundschaften im Team berücksichtigen und Diensttausch anbieten

MA die Teilnahme am Beten bzw. Begräbnis ermöglichen - Dienste im Team absprechen

Aufhängen einer Karte vor der Heimkapelle oder im Dienstzimmer in angemessenem Rahmen,
wenn dies mit MA abgesprochen

4. Umsorgen des Verstorbenen

Die würdevolle, zugewendete Begleitung des Sterbenden geht nach unserer Pflegephilosophie über den Tod hinaus und beinhaltet auch ein respektvolles hin Begleiten vom Leib zum Leichnam sowie ein mitfühlendes Überbringen der Todesnachricht.

Siehe dazu Pflegestandard „Vorgangsweise bei Todesfall“

Organisatorisch ist anzumerken, dass das Zimmer des Verstorbenen binnen 3 Werktagen bis max. 1 Woche nach Versterben geräumt werden muss.

5. Abschluss

„Was bedeutet es, das eigene Sterben zu akzeptieren“, war die Fragestellung einer qualitativen Studie mit 62 PalliativpatientInnen, deren Ergebnisse 2017 publiziert wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben auf höchst individuelle Weise passiert. Vom Akzeptieren bis hin zum nicht-Akzeptieren setzt sich der Sterbende je nach persönlicher Lebenseinstellung und Werthaltung mit der eigenen Vergänglichkeit auseinander. Eine der Kernaussagen der Studie lautet, dass unabhängig, ob das Sterben verdrängt oder akzeptiert wird, es vielmehr notwendig ist eine achtsame und respektvolle Betreuung und Pflege vorzuhalten, um trotz des (verdrängten) Wissens um den nahen Tod Lebensqualität, Achtung und Würde bis zum Schluss zu bewahren (vgl. Medicus, 2018).

6. Suizidassistenz

...Jeder (assistierte) Suizid hat soziale und emotionale Folgen und weist zurück in die Gesellschaft, auf die Qualität unseres sozialen Lebens.....(A. Heller, Praxis Palliative Care, 56/2022).

Wer Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen will, kann seit Jänner 2022 eine Sterbeverfügung nach dem Sterbeverfügungsgesetz errichten. Wir stehen grundsätzlich für eine würdevolle und Lebensqualität erhaltende Begleitung und Betreuung bis zum Lebensende gemäß den Grundsätzen von Palliative Care. Dabei zollen wir dem Selbstbestimmungsrecht der uns anvertrauten Menschen höchsten Respekt und schließen nichts aus, wenngleich der assistierte Suizid per se nicht Teil unseres pflegerischen Auftrages ist.

Mit der Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung, eröffnen sich moralisch/ethische Fragen, die eine Darstellung grundlegender Prinzipien zum Schutz der Bewohner:innen, der Mitarbeiter:innen und des Rechtsträgers erfordern.

Daraus resultierend wurde für den GV Bezirksaltenheime Lienz eine Leitlinie zum „Assistierten Suizid“ erstellt, die allen Beteiligten Hilfestellung im Anlassfall bieten soll. Die davon abgeleitete Verfahrensweisung wird im Einzelfall aktuell an das betroffene Pflegeteam unterwiesen. Die Unterweisung erfolgt durch die Pflegedienstleitung und die leitende Pflegekraft der jeweiligen Station.

7. Literaturhinweis

„Begleiten bis zuletzt“, Ratgeber für Angehörige und schwerkranke Menschen, Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH, 7. Überarbeitete Auflage, August 2014, Wien

Feichtner, Angelika (2014). Palliativpflege – für Pflege und andere Gesundheitsberufe. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Facultas Verlag.

Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Care, 2011. Skriptum: „Kommunikation mit Angehörigen von PatientInnen am Lebensende“ S.3)

Knipping, Cornelia (2007). Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage, 2007, Verlag Hans Huber, Bern.

Medicus, Elisabeth (2018). „Sonnenblume“. Zeitschrift der Tiroler Hospizgemeinschaft. Ausgabe 1/Februar 2018. Druck: Alpina Druck Innsbruck.

Menche, Nicole (2019). „Pflege Heute“. Lehrbuch für Pflegeberufe. 7. Auflage, 2019, Verlag Elsevier.

U.Suchner, D. Reudelsterz, C.Gog (2018). „Terminale“ Dehydratation“, Teil 2. Medizinische Indikationsstellung und therapeutisches Vorgehen, Springer Verlag.

TAKO, Palliative Care, Empfehlungen für die Betreuung schwerkranker Menschen am Lebensende in Tirol, Tiroler Hospizgemeinschaft, Version 1.0 Copyright: pdl 2011

M. Rogner (2018). „Reflexionsgespräch nach einem Todesfall“. Zeitschrift Praxis Palliative Care. Ausgabe 41/2018. Verlag Brinkmann – Meyhöfer GmbH&Co.KG. Hannover

(<http://www.pflegewiki.de/wiki/Terminalphase>)

7.1. Literaturhinweis Ergotherapie

Bahr S., Gätz N., Hartmann E., Rievers St., Wildhage V.. Ergotherapie in der Geriatrie. 1. Auflage, 2020, Schulz-Kirchner Verlag;

Von dem Berge, Ellen; Förster, Anika; Kirsch, Gaby. Ergotherapie in der Palliative Care. 1. Auflage, 2018, Schulz-Kirchner Verlag;

Kojer, Marina; Schmidl, Martina; Heimerl Katharina. Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. 3. Auflage, 2022, Springer Verlag;

Fortbildung über den Berufsverband „Ergotherapie Austria“, 2022. Skriptum: „Ergotherapie in der Palliative Care“;

Jäger, S. (2017, 13. November). Ergotherapie in der Geriatrie.

<https://www.handlungsplan.net/reihe-basiswissen-fuer-ergotherapeutinnen-und-ergotherapeuten-ergotherapie-in-der-geriatrie/>

Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. Geriatrie. <https://www.ergotherapie.at/geriatrie>, 2024

8. Anhang

8.1. Standard „Vorgehensweise bei Todesfall“

Abgelegt in der Mappe „Allgemeine Pflegestandards“

8.2. Leitfaden zum standardisierten Reflexionsgespräch

Abgelegt im Handbuch Palliative Care

8.3. Plan für Krisen und Notfälle

Abgelegt im Handbuch Palliative Care

8.4. Standard „Ernährung am Lebensende“

Abgelegt in der Mappe „Allgemeine Pflegestandards“

8.5. Leitlinie und Verfahrensanweisung zum Assistierte Suizid

Abgelegt in der Mappe „Verfahrensanweisungen“

8.6. Workflow/Verfahrensanweisung „Terminale Dehydratation

Abgelegt in der Mappe „Verfahrensanweisungen“

8.7. Verfahrensanweisung Kommunikationsratgeber in palliativen Betreuungssituationen

Abgelegt in der Mappe „Verfahrensanweisungen“

8.8. Vorsorgegespräch im Rahmen der Anamnese

Ersteller: Wohn- und Pflegeheim Lienz/PDL 2018	Freigegeben: April 2018
Verteiler: 1.AB, 2.AB, 3.4. AB, NBS, App, NB1, NB2, 3.4. NB, Stabstellen	Übermittelt: 15.03.2018
V:/Palliative Care/ Richtlinie zur Betreuung am Lebensende	Version 6
Evaluierung	Oktober 2025