

# Bedürfnisse von Bewohnern in der Langzeitpflege

## Schwierige Entscheidungen im letzten Lebensabschnitt

---

Markus Minder

Chefarzt Geriatrie/Palliative Care

Spital Affoltern

12.4.2019



**Spital Affoltern**

Akutspital • Psychiatrie  
Geriatrie • Palliative Care



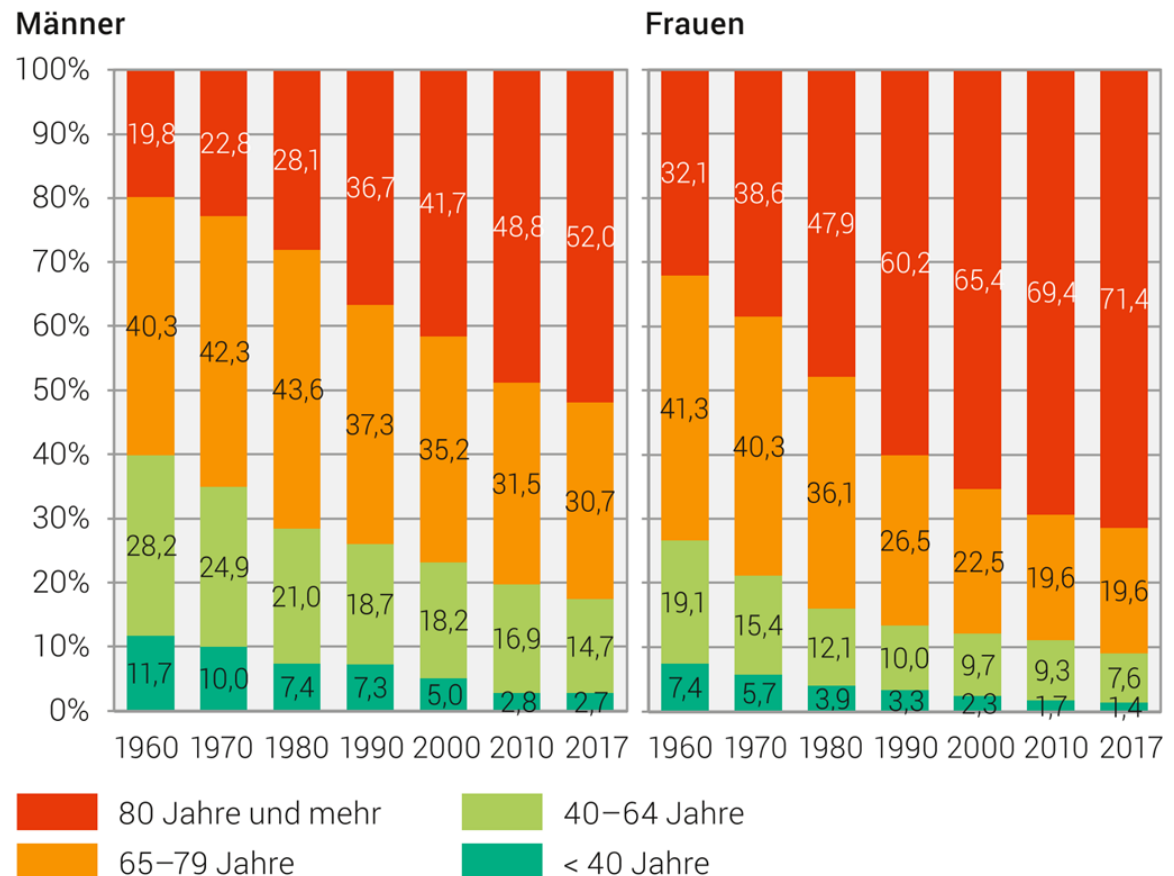
# Inhalte:

- Der typische Bewohner im Pflegeheim, was ist besonders, was sind die Herausforderungen in der Betreuung
- Anforderungen an das Behandlungsteam
- *Geriatrisches Assessment* → wichtiger Bestandteil für eine individuelle Versorgung
- Schwierige Entscheidungen im letzten Lebensabschnitt
- Notfallplan (Notfälle sollten möglichst antizipiert werden)

# Der typische Bewohner im Pflegeheim

- Hohes Alter (hochbetagt)

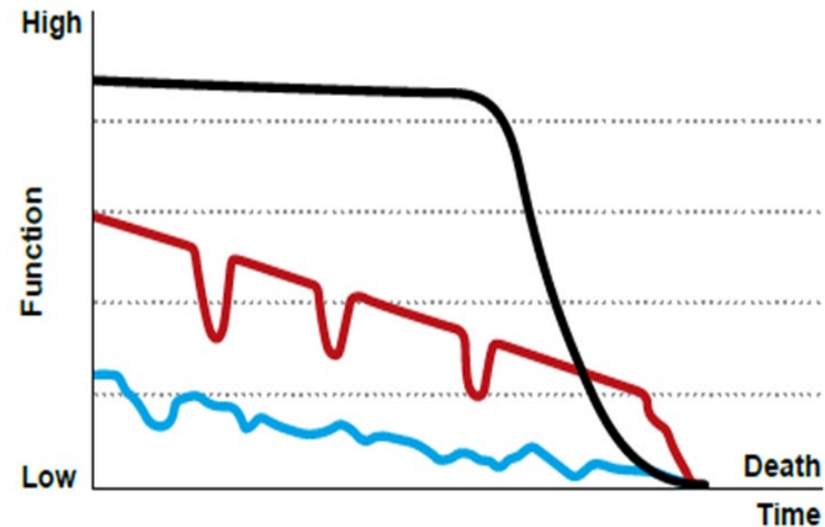
## Todesfälle nach Alter und Geschlecht



# Der typische Bewohner im Pflegeheim

Sie sind multimorbid und mehrdimensional krank; gebrechlich; sind in einem labilen Gleichgewicht  
→ Prognose herausfordernd, schwierig

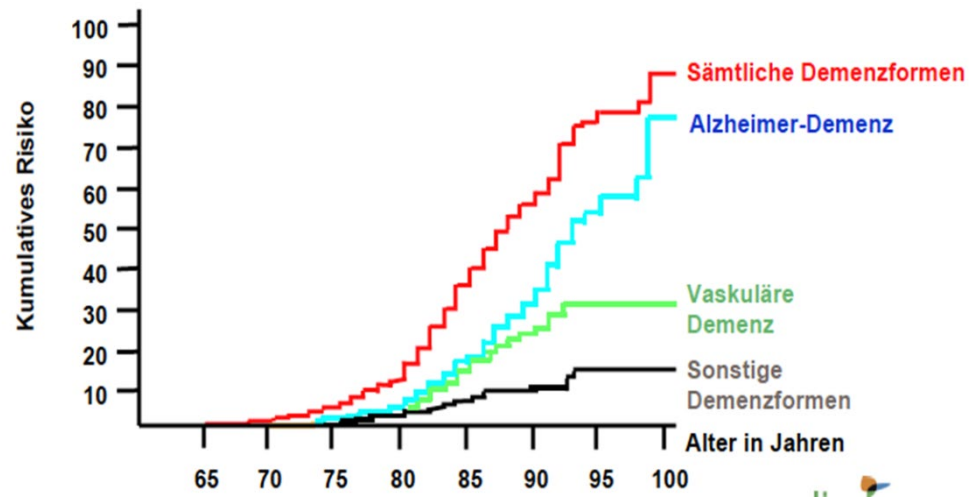
Betreuung über viele Wochen und Monate



Source: Murray, S.A. et al<sup>1</sup>

- Cancer (n=5)
- Organ failure (n=6)
- Physical and cognitive frailty (n=7)
- Other (n=2)

# Der typische Bewohner im Pflegeheim



-Sehr häufig demenzkrank

→ *Kommunikation und Urteilsfähigkeit zunehmend im Verlauf der Krankheit beeinträchtigt*

– Erschwerte Symptomerfassung

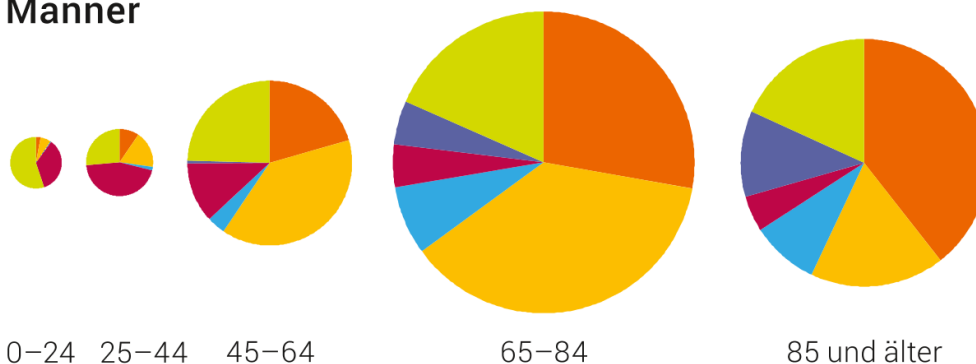
– Entscheidungsfindung → frühzeitige Vorausplanung, PV

-Nebeneinander von kurativen, rehabilitativen und palliativen Massnahmen



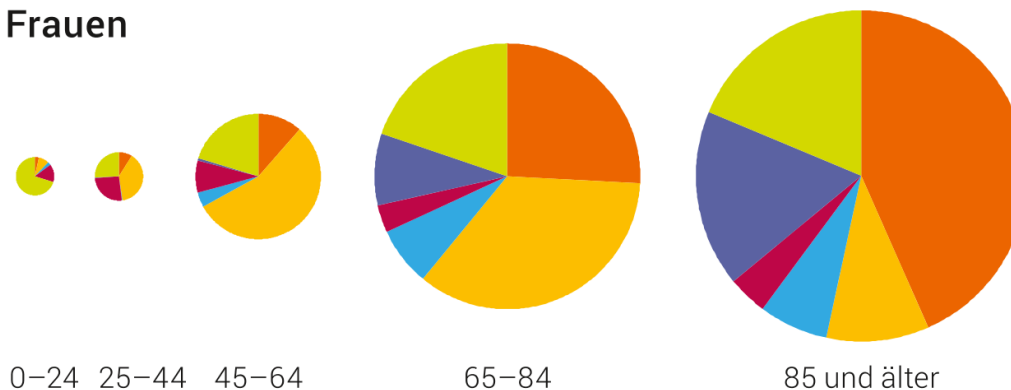
## Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2015

### Männer



- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Krebskrankheiten
- Atmungsorgane
- Unfälle und Gewalteinwirkungen
- Demenz
- alle übrigen Diagnosen

### Frauen



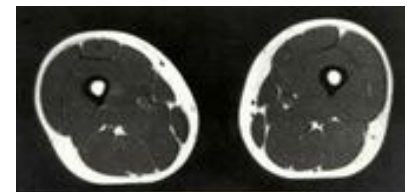
Die Flächen sind proportional zur absoluten Zahl der Todesfälle.

# Sarkopenie, alters-assoziierter Muskelschwund

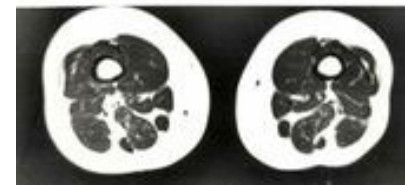
**Sarkopenie:** Abnahme der Muskelmasse, Muskelkraft oder Muskelleistung  
(= spontane Gehgeschwindigkeit  $< 0.8\text{m/sec}$ )  
führt zu Beeinträchtigung der Körperfunktion (körperliche Behinderung, verminderte Lebensqualität, erhöhtes Sturzrisiko, vermehrte Institutionalisierung)

(Rolland et al. Nutr Health Aging 2008)

normal



Sarkopenie



# Sarkopenie, alters-assoziierter Muskelschwund



- 80-jährige weisen noch rund 50-70 % ihrer früheren Muskelmasse auf, ab 40 J.: Muskelmasse  $\downarrow$  1%/Jahr
- bei Bettlägerigkeit bis zu 1,5%/Tag! → daher bei Krankheit/Unfall möglichst rasche Mobilisation (Immobilität=„Gift“ für geriatrische Patienten) wenn Therapieziel möglichst Erhalt der Funktionalität
- Sarkopenie ist eines der Hauptmerkmale für Frailty-Syndrom



# Intervention Sarkopenie

- Beste Resultate mit Bewegungstraining **und** Ernährungsinterventionen (Proteinsupplementation (1,2 g/kgKG, whs optimal Leucinreiche Ernährung)
- Optimal: Training und anschliessend **proteinreiche Mahlzeit**

(Burton LA et al Clin Interv Aging 2010/5)

# Gefahren/Probleme



- Krankheiten werden einzeln und nacheinander betrachtet (Verschärfung durch Fallpauschalen)
- Therapiemassnahmen werden umfangreicher
- Medikamentenliste wird immer länger
- Wirkung, Nebenwirkung, Interaktionen werden unüberschaubar
- Hochbetagte sehr inhomogene Gruppe:  
Therapieentscheide müssen daher immer individualisiert sein.
- Bedingungsloses Umsetzen von Behandlungsrichtlinien kann zu einer gefährlichen Polypharmazie führen  
( → ev. Gabe von Opioiden ohne Kombination mit Nichtopioidanalgetika bei geriatrischen Patienten sinnvoll)

# Gefahren/Probleme

- Grosser Teil vom medizinischen Wissen stammt von < 65-Jährigen Menschen → wird kritiklos auf Hochbetagte übertragen.  
Wichtig: Ganz alte Menschen sind anders und brauchen eine angepasste, vorsichtige Medizin. Bewusste Verzichts-Entscheidungen werden immer wichtiger.
- Wichtig gute Risiko-Nutzen-Abwägung bei einer medizinischen Massnahme → Guidelines versagen häufig bei Multimorbidität
- In der Art, wie wir heute Medizin betreiben, hat das Tun gegenüber dem Nichtstun einen markant einfacheren Stand: Nichtstun ist schwieriger zu rechtfertigen als Tun

# Bedürfnisse von Bewohnern in der Langzeitpflege → Anforderungen ans Behandlungsteam



- Behandlungsteam, welches die **Individualität** hochbetagter Menschen respektiert und ihrer individuellen **Lebensbiografien Wertschätzung** entgegen bringt  
→ im Zentrum steht **ganzer Mensch** mit seinem Umfeld, seinen Werten, seiner Zielen, seiner Ressourcen und seiner Bedürfnissen
- **Kommunikation und Beziehungsarbeiten** sind Kernkompetenzen
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit** ist Voraussetzung für eine ganzheitliche Behandlung und Begleitung → Haltung: Die Disziplinen sind grundsätzlich gleichwertig, eng miteinander verknüpft und bilden ein Team

Bedürfnisse von Bewohnern in der Langzeitpflege  
→ **Geriatrisches Assessment** wichtiger  
Bestandteil für eine individuelle Versorgung



- Definition : *standardisierter **multidimensionaler** und **interdisziplinärer** diagnostischer Prozess mit dem Ziel, die **medizinischen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen** Probleme und Ressourcen zu erfassen und einen umfassenden **Behandlungs- und Betreuungsplan** zu entwickeln.*
- → Verbesserung **diagnostischen Präzision**,  
Unterstützung bei **Formulierung von Therapiezielen**,  
Grundlage zur Erstellung **Prioritäten im Therapieplan**,  
**Entscheidungshilfe** bei Begründung pro oder contra  
Massnahmen (z.B. Operation)

# Entscheidungsfindung: bei jeder Massnahme (z.B. Operation, Antibiotikagabe parenteral u.s.w.) gute Risiko-/Nutzenabwägung wichtig



## *Risiko*

- Belastende Abklärungen
- Nur unter Zwangsmassnahmen möglich
- Medikamentennebenwirkungen
- Delir, Komplikationen, Sturz
- Unerwünschte Pflegemassnahmen
- Autonomieeinschränkung
- Verlust von Intimsphäre
- Ev. auch: Lebensverlängerung, Verlust von Lebensqualität

## *Nutzen*

- Gewinn Lebensqualität
- Gewinn Selbstständigkeit
- Symptomlinderung
- Zuwendung und Interesse
- Lebensverlängerung
- Auch für Angehörige: Hoffnung, Nicht-Aufgeben

# Beispiel: Behandlung Lungenentzündung bei Pat. mit schwerer Demenz

- Wichtig: Ursache häufig Schluckstörung resp. Aspirationspneumonie → mit Antibiotika behandeln wir Pneumonie, nicht aber Schluckstörung!
- Erhöhte Mortalität mit oder ohne Antibiotika.
- Datenlage nicht klar, ev. Sterblichkeit über kurzen Zeitraum reduziert, längerfristig aber kein Effekt!

Empfehlung: bei allen Bewohner ca. 1-2  
Monaten nach Eintritt ins Pflegeheim **runder  
Tisch** zusammen mit Pflege, Ärzte und Familie

- **Gemeinsame Standortbestimmung:**

- Rekapitulation Krankheitsgeschichte und aktueller Stand
- Welche Anliegen / Probleme stehen aus Sicht des Bewohners im Zentrum? Was ist wichtig für die kommende Zeit? Möchte er noch etwas bestimmtes erleben?
- Was haben wir bis jetzt erreicht?
- Was sind die aktuellen Ziele? ( z.B. Rückkehr nach Hause, Erhalt Funktionalität, gute Symptomkontrolle u.s.w.)
- Wie können wir diese erreichen?



# Runder Tisch

Ganz wichtig auch Thema: **Patientenverfügung/Advance Care Planning**

- aktualisierte Patientenverfügung, die Bezug nimmt auf die aktuelle Krankheitssituation und mögliche Verläufe
  - laufende Evaluation / Anpassung
- Wertehaltung von Bewohner wichtig!

Was möchte ich, was nicht? Was ist mir sehr wichtig, was weniger? Was macht Ihr Leben lebenswert? Wann hat Ihr Leben aus Ihrer aktuellen Perspektive keinen Sinn mehr? Wo ist meine persönliche Grenze?

# Schwierige Entscheidungsfindungen im letzten Lebensabschnitt

- Operation? Intensivstation?
- Welche lebensverlängernde Massnahmen sind erwünscht? → Cardiopulmonale Reanimation?, maschinelle Beatmung?, Ernährungssonde? Antibiotika?
- Hospitalisation zurückhaltend? Wenn Hospitalisation notwendig, wo?
- Aktuelle Medikamente überdenken?
- Fokus Symptomkontrolle? Kontinuierliche Sedation?
- Assistierter Suizid? Sterbefasten?

→ Im Krankheitsverlauf immer wieder evaluieren und anpassen

# Entscheidungsfindung/ Advance Care Planning



- Zentral für Behandlungsplanung
- Erfordert umfassende Information des Bewohners/der Angehörigen (Zentrale Aufgabe des Behandlungsteam!)
- Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Verschlechterung der Symptome
- Es gibt keine richtige Entscheidung!
  - Willen (oder mutmasslicher Willen) des Bewohners zählt.
- Frühzeitige Ansprechen von möglichen Komplikationen und das Vorwegnehmen von Entscheidungen kann helfen, Überforderung in Akutsituationen, unnötige Hospitalisationen zu verhindern

# Notfallplan



- Notfälle sollten möglichst antizipiert werden !!!  
-damit nicht im Falle des Eintretens der Notfallsituation eine Hektik, Unsicherheit entsteht.
- Notfall-Vorausplanung, um unerwünschte Massnahmen, z.B. Hospitalisationen zu vermeiden (Sicherheit für Bewohner, Angehörige und Behandlungsteam)
- Um rasche Symptomlinderung gewährleisten zu können

## Notfallplan für zu Hause

Name/Vorname:

Schmerzen

1. Stündlich bis Schmerzen nachlassen
  - Minalgin 20 Trpf. max. 2x pro Tag
  - Morphin 5 Trpf. alle 60min
  - Morphin 2,5 mg s.c., alle 60min
2. Lagewechsel versuchen (aufsetzen, in Lehnstuhl, umlagern)
3. Telefon gemäss Liste unten

Atemnot

1. Fenster und Kleider öffnen, aufsetzen, wenn möglich beruhigen
2. Halbstündlich bis Atemnot nachlässt
  - Morphin 5 Trpf. alle 30min
  - Morphin 2,5 mg s.c., alle 30min
3. Bei Angst:  Temesta 1mg exp. max. 4x pro Tag
4. Telefon gemäss Liste unten

Unruhe, Angst

1. Beruhigen, ruhige Atmosphäre, gedämpftes Licht
2. Medikament einsetzen:
  - Temesta 1mg exp. max. 4x pro Tag
3. Evtl. Atemnot oder Schmerzen gemäss Schema behandeln
4. Telefon gemäss Liste unten

Übelkeit, Erbrechen

1. Frische Luft, Fenster öffnen
2. Medikament einsetzen
  - Haldol: 3 Trpf. max. 6x pro Tag
  - Haldol: 0.5mg s.c., max. 6x pro Tag

Delir

1. Haldol: 10 Trpf. max. 6x pro Tag
2. Haldol: 1mg s.c., max. 6x pro Tag

Epianfall

1. Dormicum: 2.5mg nasal oder s.c., alle 5min

Telefonnummern für den Notfall:

1. Hausarzt Dr.
2. Spitex
3. Notfallspitex
4. Villa Sonnenberg 044 714 38 20
5. Pallifon Notfalltelefon 0844 148 148

# Ende

## Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

