

51. Alterskonferenz

Palliative Care

Am Dienstag, 6. Oktober 2015, um 14.00 Uhr, fand die 51. Alterskonferenz zum Thema "Palliativ Care" im Alterszentrum Gibeleich statt. Dr. med. Roland Kunz war als Referent anwesend.



Palliative Care

Lebensqualität auch im Alter

Dr. med. Roland Kunz

Chefarzt Geriatrie + Palliative Care



Spital Affoltern

Akutspital • Psychiatrie
Geriatrie • Palliative Care

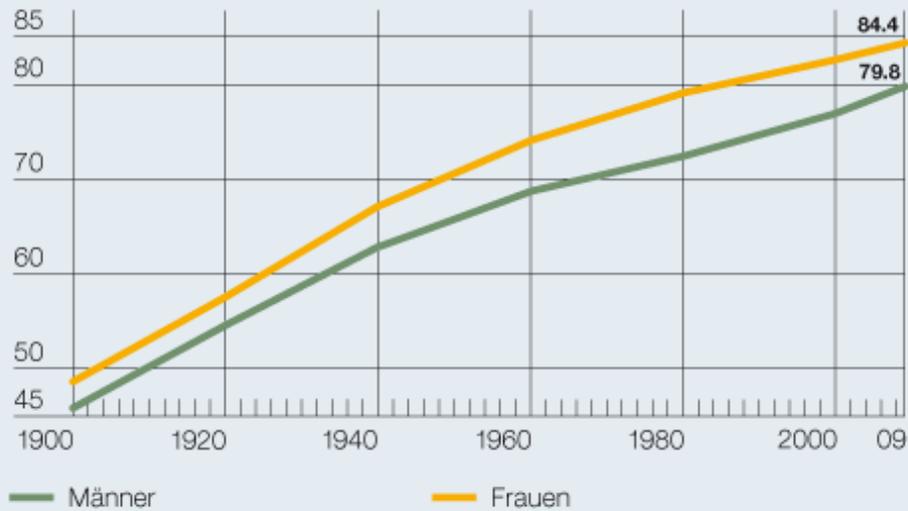


Das Paradox

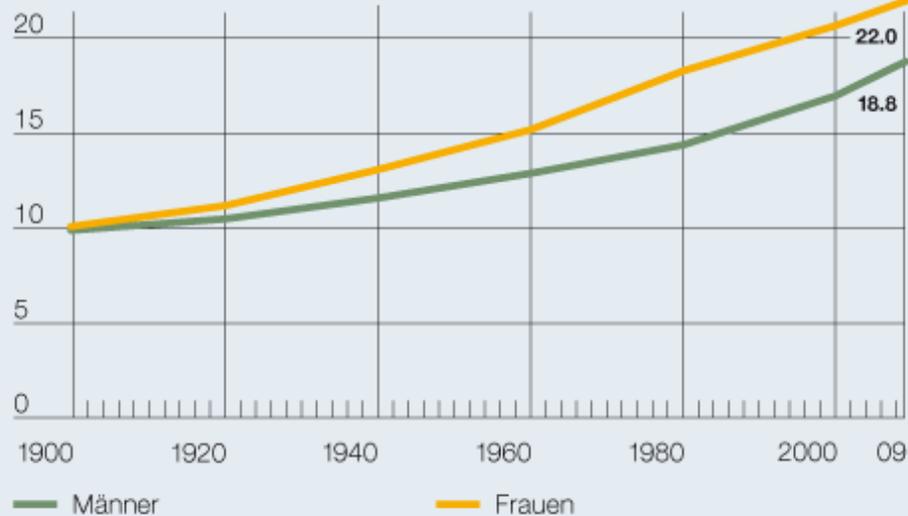
- Alle möchten alt werden, aber niemand möchte alt sein...
- Wie möchten wir alt werden, was ist uns wichtig, was möchten wir nicht?

Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht seit 1900

Lebenserwartung in Jahren bei Geburt

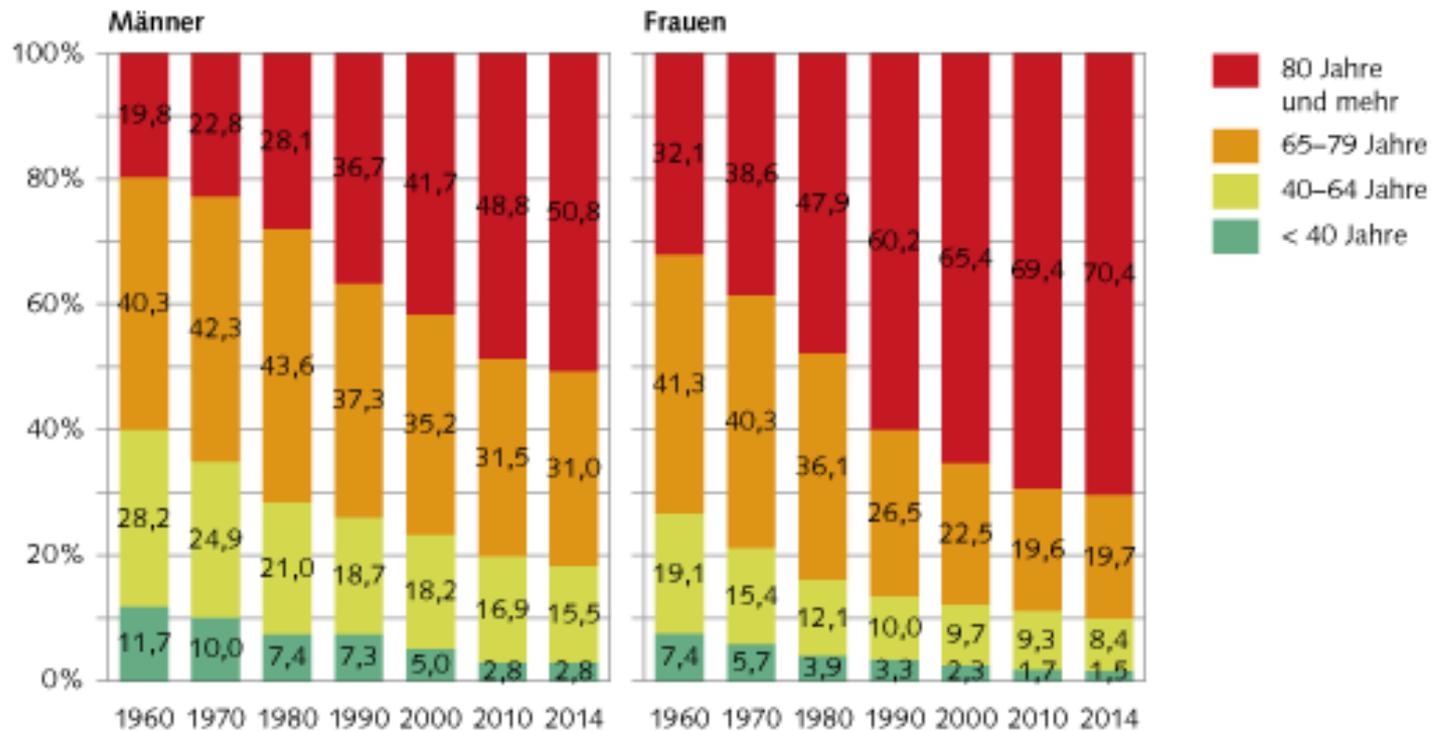


Lebenserwartung in Jahren im Alter von 65 Jahren



Sterben und Tod als Phänomen des hohen Alters

Todesfälle nach Alter

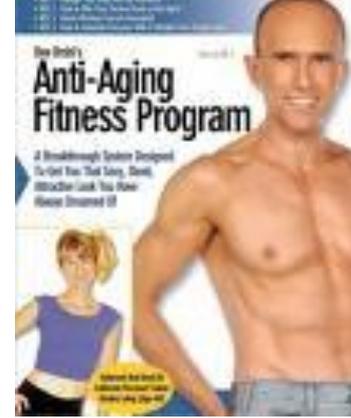


Wie möchten wir alt werden?

Was sind unsere wichtigsten Ziele? Was heisst Lebensqualität?



Spital Affoltern
Akutspital • Psychiatrie
Geriatric • Palliative Care



Mit 101 Jahren zum Marathon

LONDON. Im Alter von 30 wird ein Athlet in der Sportjournalistensprache zum Routinier, mit 35 zum Oldie und mit 40 zum Dinosaurier. Für den Briten Buster Martin lässt sich nach diesem Schema keine passende Bezeichnung finden: Der frühere Sportinstruktor der britischen Armee, der am 13. April zum London-Marathon starten will, ist 101 Jahre alt. «Im Ziel werde ich mich mit einem grossen Bier und einer Zigarette belohnen», sagt Martin. Das kann aber dauern. Für seinen letzten Halbmarathon benötigte er 5:13 Stunden. AK.



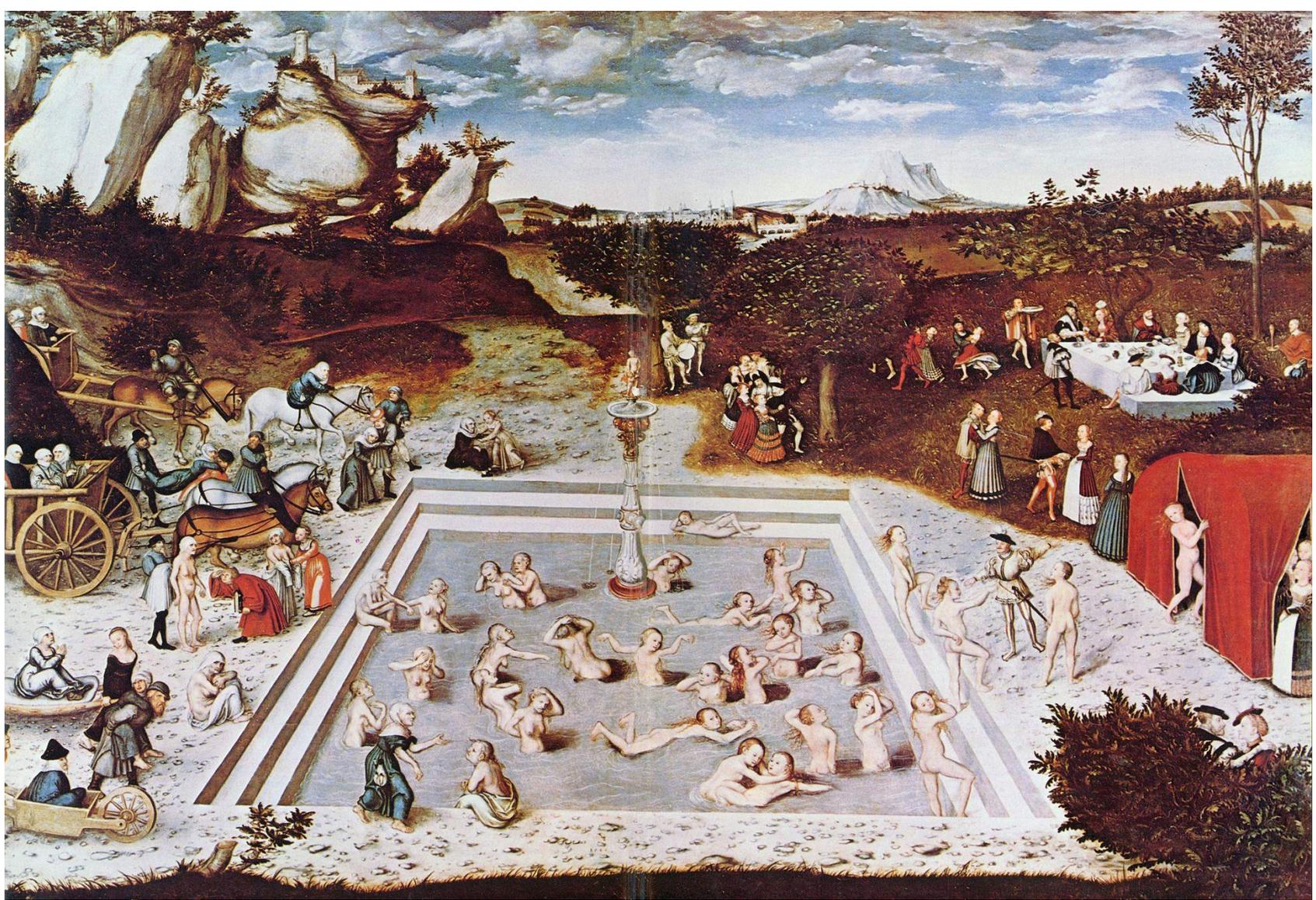
Senior auf Langstrecke:
Buster Martin. Foto: RTR

Erfolgreiches Altern:

Anti-Aging-Werbung und Spitzenmedizin schüren Erwartung

Vom Schicksal zur Machsal... wir haben den Tod im Griff (?)





Lucas Cranach d. Ältere 1546

Anti-Aging als alter Traum der Menschheit...

Pro-Aging statt Anti Aging...

Palliative Care als Haltung in der
Gesellschaft



Spital Affoltern
Akutspital • Psychiatrie
Geriatric • Palliative Care



Was kann Pro-Aging heissen?

- Das Älterwerden akzeptieren: sich am halbvollen und nicht am halbleeren Glas orientieren
- Krankheit ins Leben integrieren
- Sich mit den Grenzen des Lebens auseinandersetzen:
 - Was möchte ich, was nicht?
 - Wo setze ich für mich Grenzen im kurativen Ansatz, wann möchte ich Palliative Care in Anspruch nehmen?



Sterben heute

«mitten im Leben sind wir von der Gesundheitsindustrie umgeben»





Ans Lebensende denken wir nicht gern...

- Der Kampf gegen Krankheit und gegen das Sterben dominiert
- Die Grenzen verschieben sich immer weiter, die Möglichkeiten wachsen...
- Wer soll Grenzen setzen?



Palliative Care – ein anderer Ansatz

- „Pallium“ = Mantel, Umhang
„palliare“ = Mantel umhängen
- „Care“ = umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung, mehr als medizinische Behandlung
- Nicht Kampf gegen die Krankheit sondern möglichst gute Lebensqualität trotz Krankheit als Ziel



Definition Palliative Care

Nationale Leitlinien BAG 2010

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit **unheilbaren, lebensbedrohlichen und / oder chronisch- fortschreitenden Krankheiten**. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und **kein primäres Ziel mehr** darstellt.



Definition Palliative Care

Nationale Leitlinien BAG 2010

Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale **Lebensqualität** bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt **Leiden** und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.



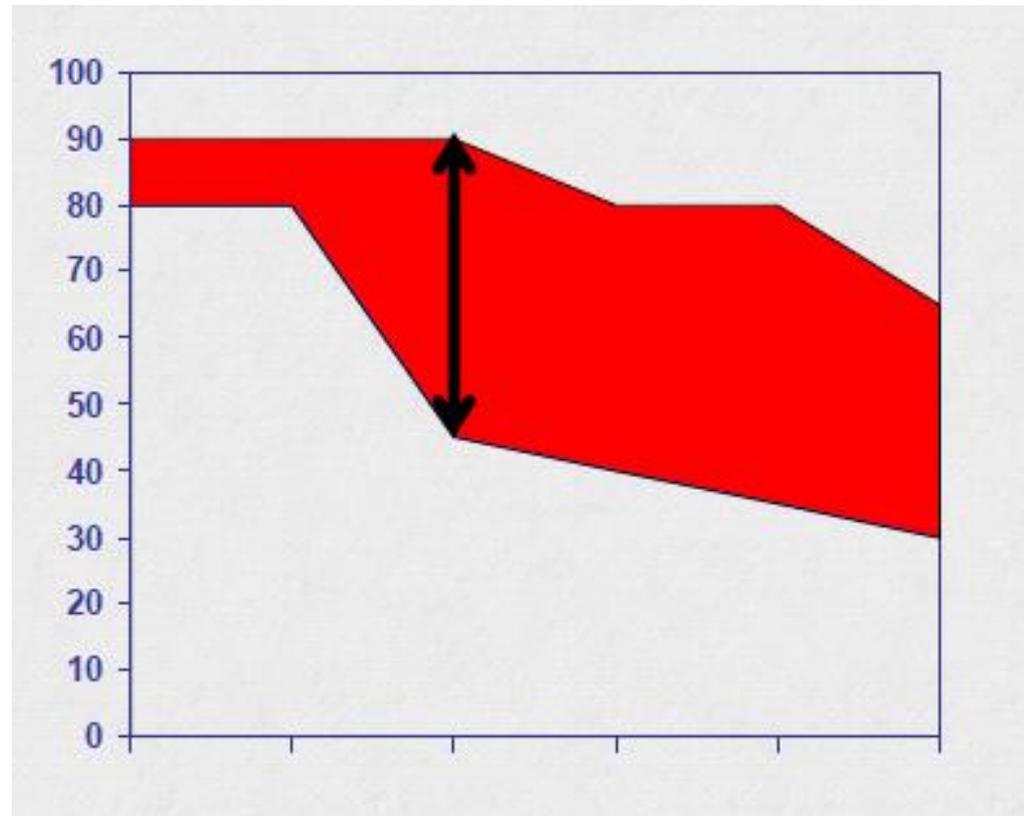
Was ist Lebensqualität?

„Lebensqualität kann nicht primär medizinisch definiert werden, sondern ist im lebensgeschichtlichen Kontext zu verstehen; das heisst die Sicht des Patienten ist entscheidend...“



LQ = Realität - Erwartungen

Calman Gap



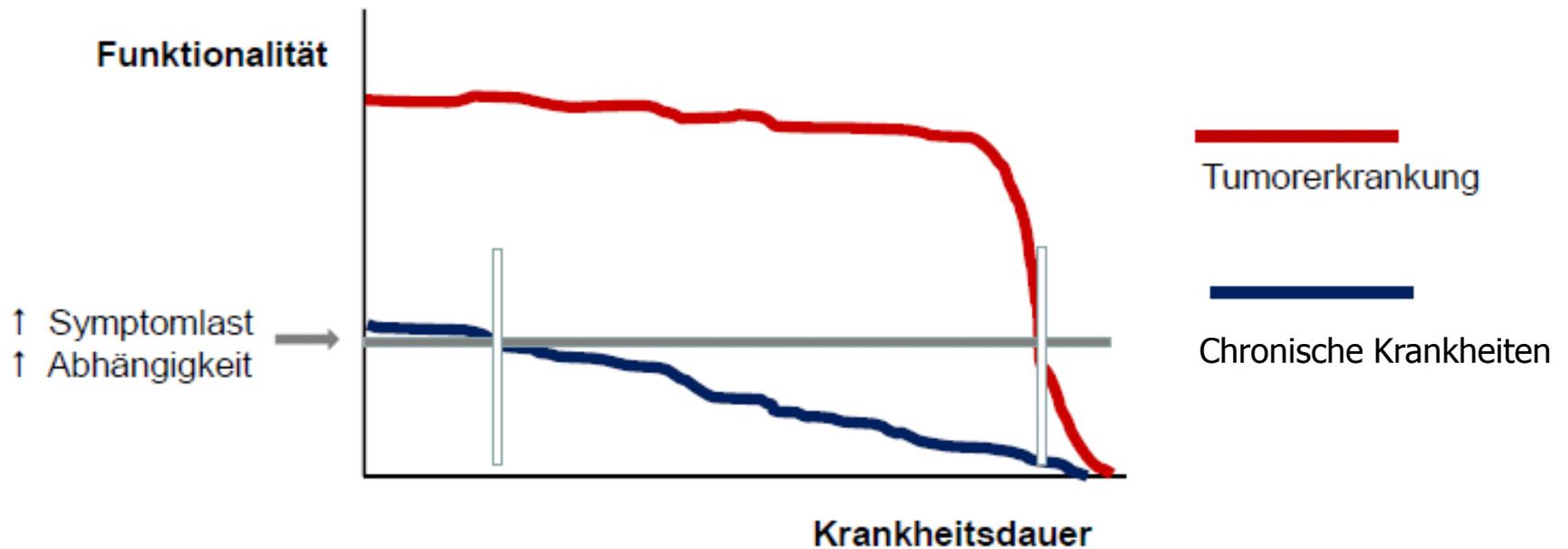


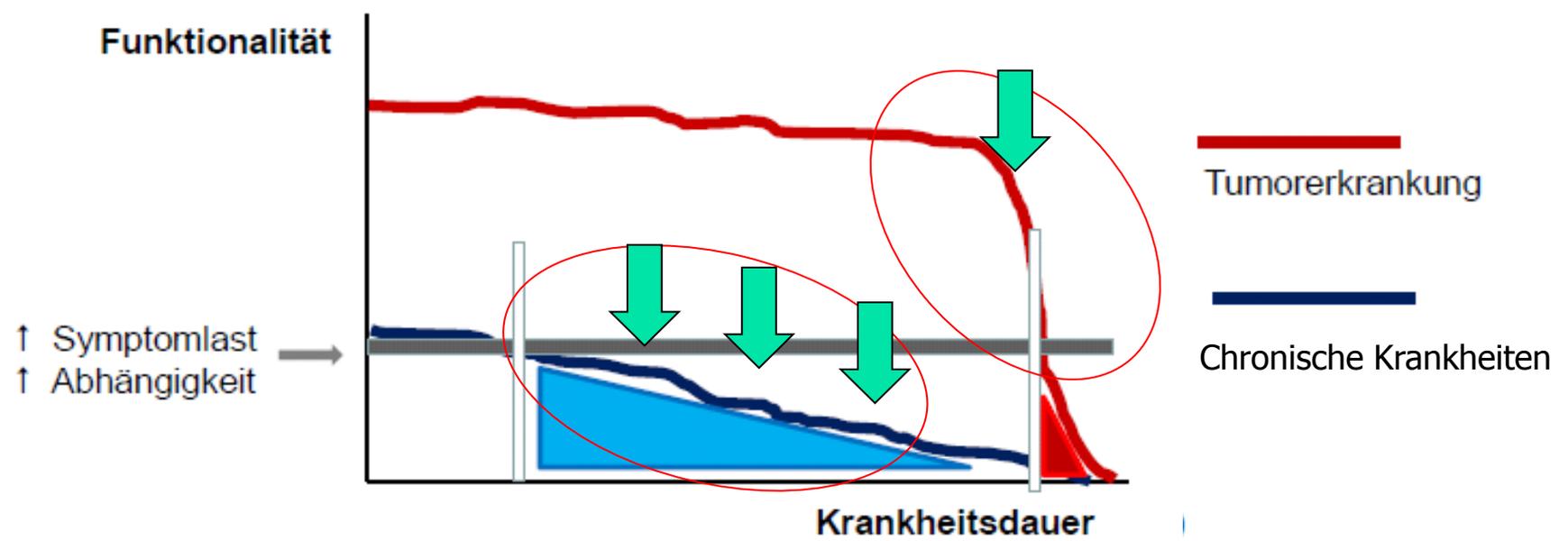
Was bedeutet Leiden?

- Leiden ist eigentlich kein medizinischer Begriff, es betrifft nicht primär den Körper, sondern den ganzen Menschen.
- „Körper, Seele und Geist sind eine Einheit, sie lassen sich weder beim gesunden noch beim kranken Menschen trennen“
(Modell Affoltern)



Wann beginnt Palliative Care?





Was beinhaltet Palliative Care im engeren Sinne?

Wenn man nichts mehr machen kann ist noch viel zu tun...



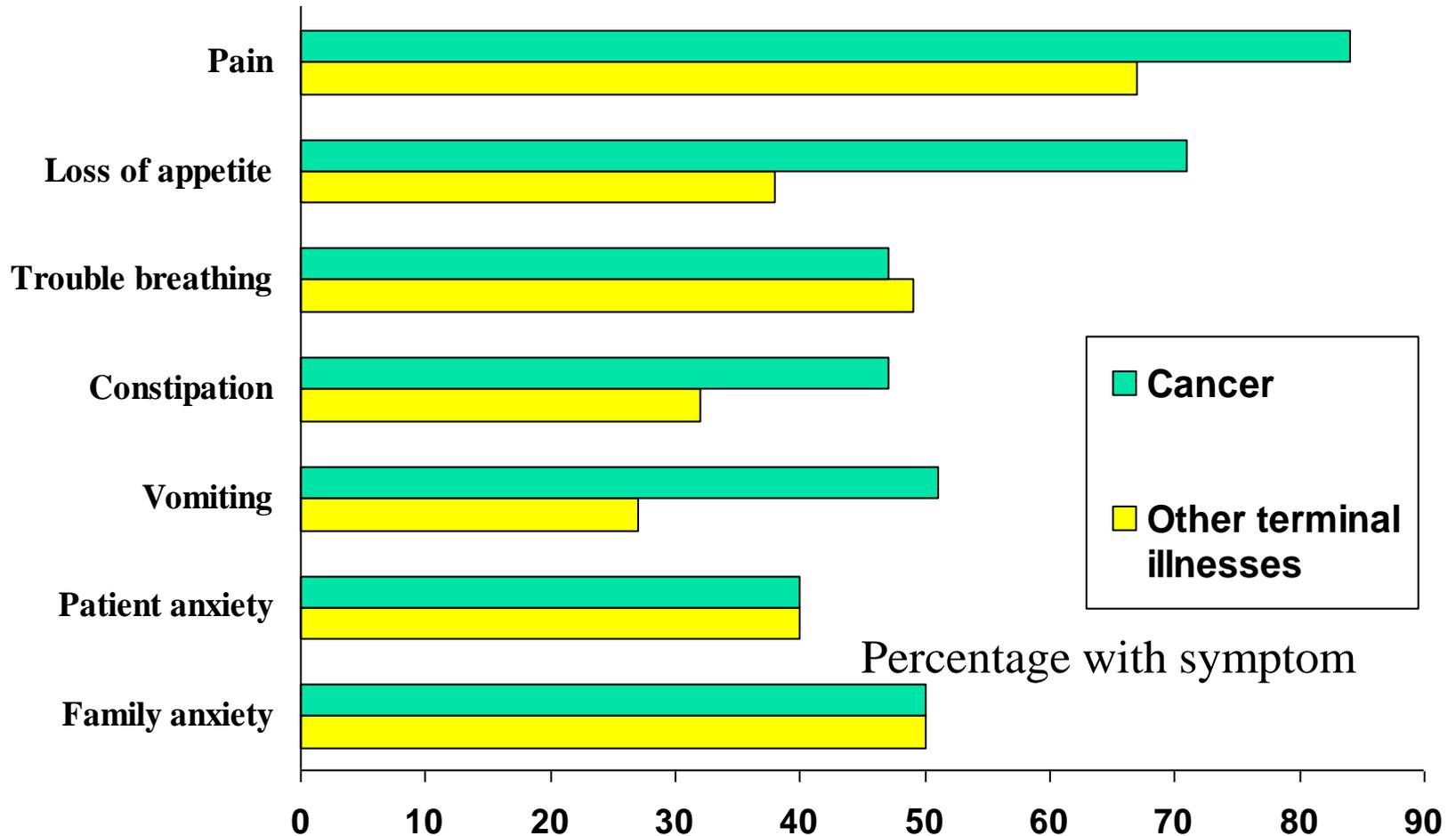
Spital Affoltern
Akutspital • Psychiatrie
Geriatric • Palliative Care



Die Bedürfnisse des Palliativpatienten stehen im Zentrum: 4 „S“

- **S**ymptombehandlung
- **S**elbstbestimmung
- **S**icherheit
- **S**upport

1. Symptombehandlung



Prevalence of 'symptoms' in the last year of life. Higginson I. Radcliffe Medical Press



Angst vor Schmerz und Ersticken und die Antwort von Palliative Care

- Viele Menschen fürchten das Sterben mehr als den Tod: unbehandelbare Schmerzen, ersticken zu müssen
- Schmerzen können in nahezu allen Fällen wirksam gelindert werden
- Atemnot kann wirksam gelindert werden
- Das Leiden kann durch einfühlsame Begleitung und med. Massnahmen wirksam gelindert werden



2. Selbstbestimmung

- Erfordert umfassende Information des Patienten: Prognose, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung
- Laufende Vorausschauende Planung : was möchte ich, was nicht? Was ist mir sehr wichtig, was weniger? Persönlich die Grenzen setzen. Wo möchte ich sterben?
 - aktualisierte Patientenverfügung, die Bezug nimmt auf die aktuelle Krankheitssituation und mögliche Verläufe
 - laufende Evaluation / Anpassung



3. Sicherheit

- Vertrauen, dass mein Wille bis zuletzt geachtet wird, dass ich ehrliche Antworten erhalte
→ offene Kommunikation, PV diskutieren
- Abrufbares Unterstützungsnetz: Hausarzt, Spitex, Pflegepersonal, Spezialisten, Freunde und Familie, Nachbarn, Freiwillige, Notfall-Tel. (pallifon, wichtig für Pat. + Angeh.)
- Notfall-Vorausplanung, um unerwünschte Massnahmen, z.B. Hospitalisationen zu vermeiden (Sicherheit für Pat. + Angehörige)
- Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Verschlechterung der Symptome



4. Support

- Selbständigkeit fördern / erhalten
- Unterstützung und Begleitung inkl. der Angehörigen, auch nach dem Tod
→ **Integration von Freiwilligen**
- Support in finanziellen Sorgen, Regelung offener Fragen
- Psychologische und seelsorgerliche Unterstützung, soweit gewünscht



Wo steht die Schweiz

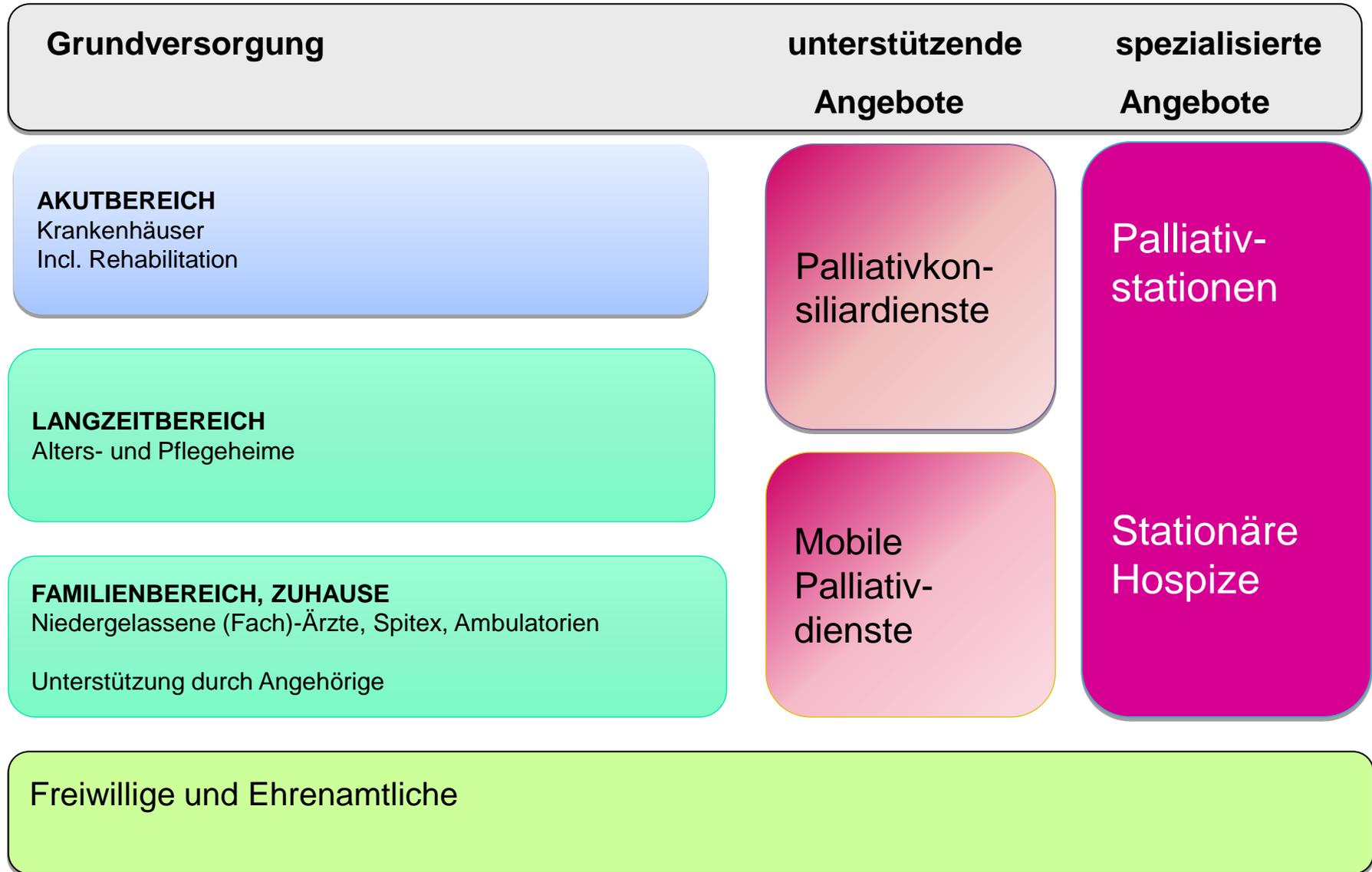
- Von Anfang an breiter Fokus
- Eines der ersten Länder Mitteleuropas mit nationaler Strategie
- Problem: Föderalismus und Dualismus in der Finanzierung
- Umsetzung regional sehr unterschiedlich
- Thema aktuell durch Sterbehilfediskussion

Das Versorgungsnetz



Spital Affoltern
Akutspital • Psychiatrie
Geriatric • Palliative Care

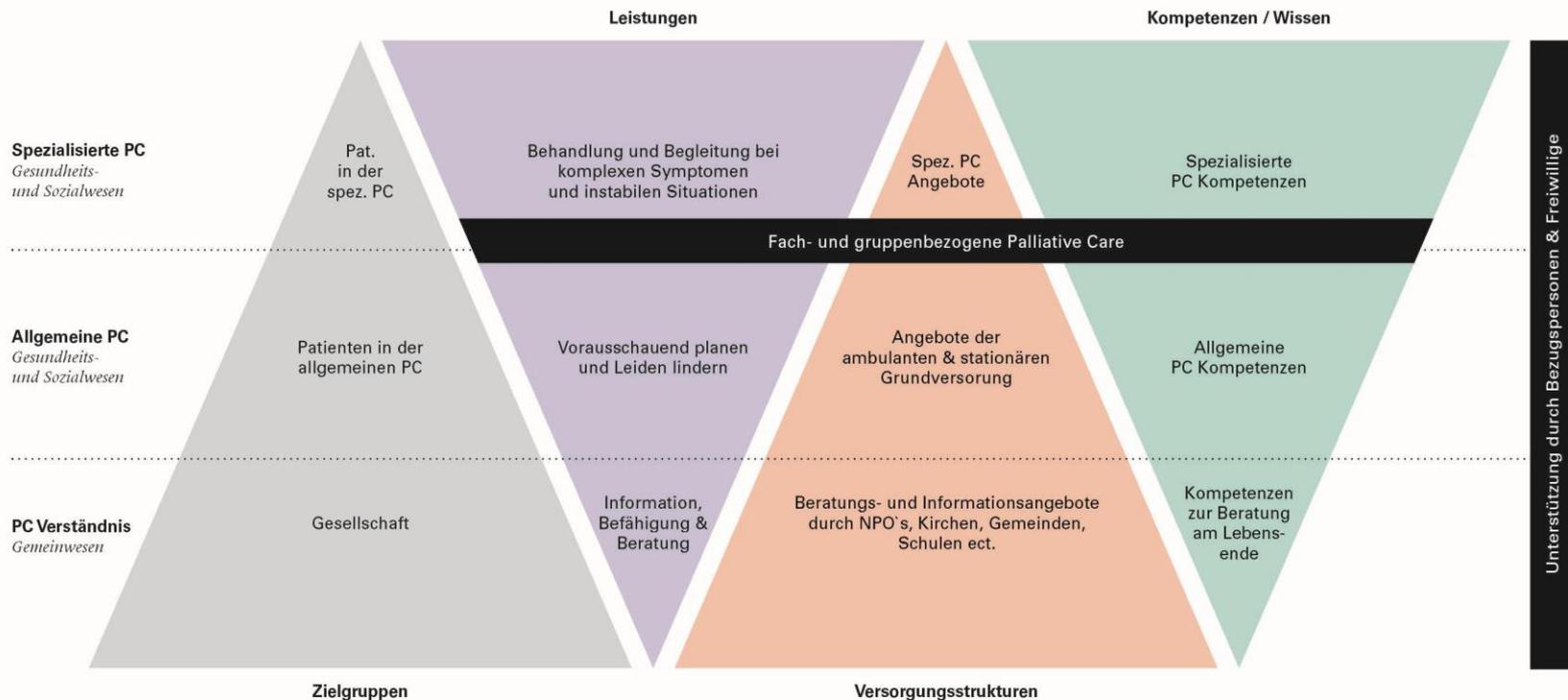
Palliativ – Versorgungsstrukturen Schweiz





Versorgungskonzept 2014

Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz





Fach- und gruppenbezogene PC

- Querschnittsbereich, der teilweise der Grundversorgung, teilweise der spezialisierten PC zuzuordnen ist.
- Umfasst Bereiche wie
 - Geriatrie allgemein
 - Demenzbetreuung
 - Neurologische Erkrankungen
 - Psychiatrische Erkrankungen usw.



«Querschnittsbereiche»

- Richten sich nicht ausschliesslich, aber auch an Patienten in palliativen Situationen
- Übergang meist fliegend
- Erfordern spezifisches Knowhow für diesen Bereich + Palliativfachwissen
- Die Kompetenzen müssen für jeden Bereich einzeln definiert werden



«Allgemeine Palliative Care» 2015

- Im Vordergrund stehen nicht die Diagnosen, sondern die Bedürfnisse und Sorgen des betroffenen Menschen und seiner Angehörigen
- Zielgruppe: vor allem betagte Menschen, die an «Frailty», Demenz und Multimorbidität leiden



Was zeichnet diese Gruppe aus?

- Oft jahrelanger Verlauf
- Häufige Verschlechterungen
- Schwierige Prognose
- Das Ende ist «latent» und doch nicht sicher voraussehbar
- Das Betreuungskonzept umfasst immer ein palliatives Grundverständnis, aber wechselnde Phasen von kurativen, rehabilitativen und palliativen Therapiezielen



„Cure and Care“

Cure:

Kausale Therapie
von Störungen,
Rehabilitation

End-of-life Care

= PC i.e.S.

Care:

Palliative Betreuung,
Symptomlinderung

Eintritt

Tod



Palliative Care in der Geriatrie: Welche Kompetenzen braucht es?

1. «Symptom»erfassung:
 - Nicht nur klassische Palliativsymptome
 - Auch Geriatisches Assessment:
funktionelle Einschränkungen können die LQ genau so einschränken!
 - Spirituelle «Symptome»

ESAS beim multimorbiden alten Menschen

Symptom	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gehbehinderung					x						
Depression									x		
Angst						x					
Hörstörung				x							
Sehstörung										x	
Abhängigkeit				x							
Atemnot								x			
Sinnverlust						x					
Schmerzen									x		





Kompetenzen

2. Gestaltung des letzten Lebensabschnittes (Begleitung rund um die Lebensbilanz). Ziele, Wünsche, Sinnfindung. Psychosoziale und spirituelle Begleitung.
3. Advance Care Planning. Entscheidungsfindung



Kompetenzen

4. Angehörigenbegleitung
5. Begleitung in der Trauer: Abschiedskultur, religiöse Rituale
6. Bedarf an Unterstützung durch spezialisierte Palliative Care erkennen
7. Spezifische Geriatriische Kompetenzen:
 - Geriatriisches Assessment
 - Demenz (inkl. Schmerzerfassung etc.)

Die Idee: wie zu Hause, mit den Möglichkeiten eines Spitals





Patientenbeispiel

- 52j. Patient mit Pankreas-Ca, ausgedehnter Peritonealkarzinose
- Eintrittsgrund: starke Schmerzen, Ascites, Fatigue
- Schmerzeinstellung mit PCA und Methadon. Ascitespunktion. Aufputscher. Organisation Behandlung zu Hause mit Onko-plus und HA. Reise nach Deutschland mit Jägerkollegen (mit Notfallplan)
- Ascitespunktion ambulant
- Weiterbehandlung zu Hause durch HA, Palliativstation, Onko-plus, Spitex bis zum Tod



Patientenbeispiel

- 57j. Patient mit stenosierendem Colon-Ca (inoperabel)
- Primär Übelkeit und Schmerzen, Schwäche, Angst → PCA, Symptomlinderung, nächtliche Sedation
- Wichtigster Lebensinhalt neben Familie: sein Pferd

„Ich wird no richtig zur Gnüsseri,
anstatt dass ich stärke..“

Aussage einer Patientin in der
Palliativstation



Spital Affoltern
Akutspital • Psychiatrie
Geriatric • Palliative Care



Fallbeispiel Langzeitpflege

- Herr M., 85-jährig, fortgeschrittene Demenz
 - Rundtischgespräch bei Eintritt: bisheriger Verlauf, aktuelle Situation, Ziele, Grenzen
 - Fieber und Pneumonie: behandeln?
 - Was wissen wir über die Prognose?
 - Was sind die Ziele des Patienten?
 - Symptomlinderung und Begleitung des Patienten und der Angehörigen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

