

HERZINSUFFIZIENZ IN DER PALLIATIVMEDIZIN

Christina Meusburger
Julian Metzler

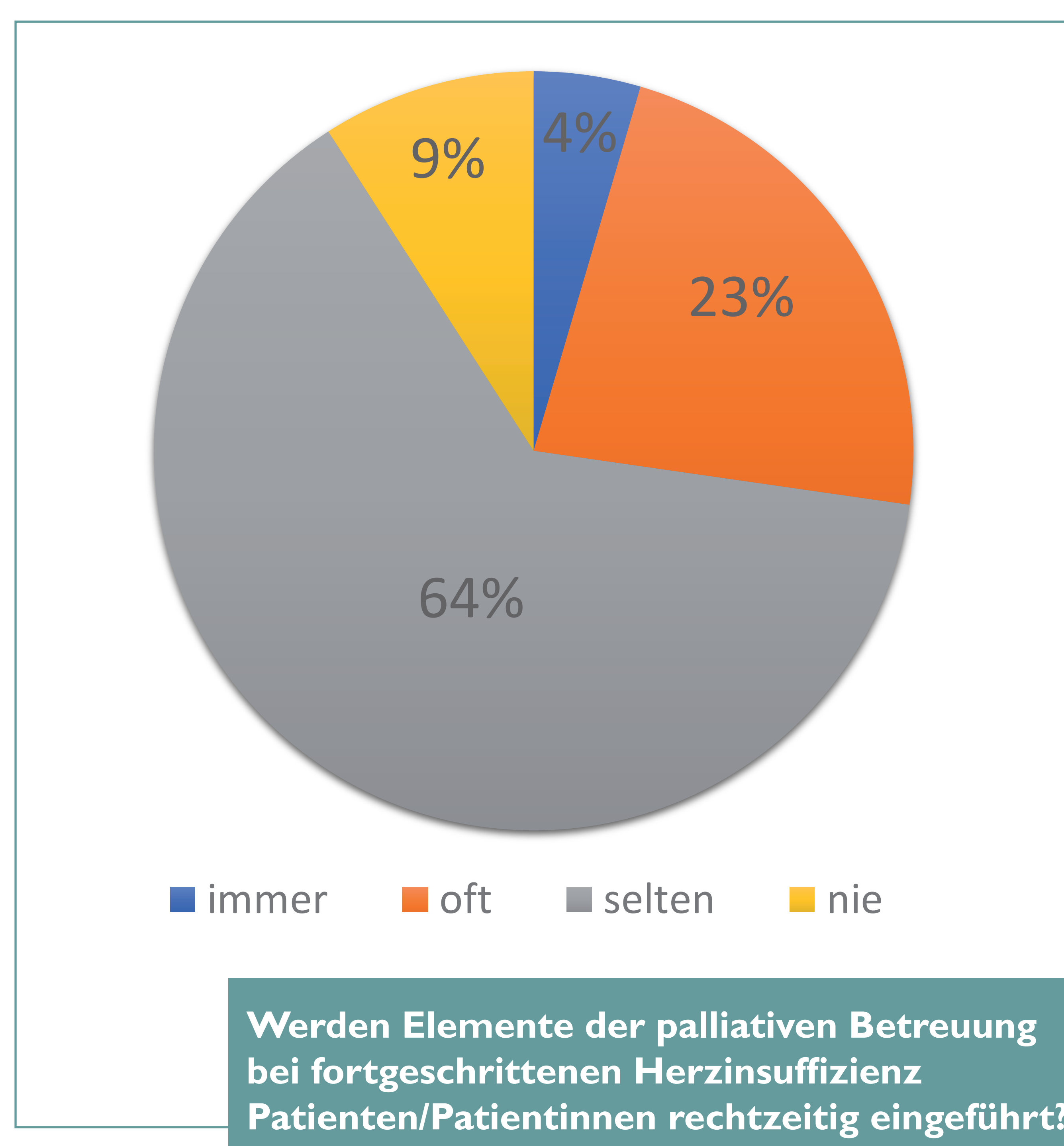
Interne Abteilung,
Landeskrankenhaus Hohenems

HINTERGRUND

Das Bewusstsein in der Ärzteschaft, dass Herzinsuffizienz eine Erkrankung ist, bei welcher eine palliative Betreuung wünschenswert ist, ist vorhanden. Leider werden aber Elemente der palliativen Betreuung bei fortgeschrittenen Herzinsuffizienz Patienten/Patientinnen nur selten rechtzeitig in die Behandlung miteinbezogen.

MATERIAL UND METHODE

Es werden zwei Fragebögen mit Single-Choice, Multiple-Choice und offenen Fragen erstellt. Ein Fragebogen über die Herzinsuffizienz in der Palliativmedizin wurde auf Patienten/Patientinnen ausgerichtet, der andere auf Ärzte/Ärztinnen. Insgesamt wurden 10 Patienten/Patientinnen ab NYHA Stadium III sowie 22 Ärzte/Ärztinnen im unterschiedlichen Ausbildungsstand am LKH Hohenems, Interne Abteilung, befragt.



ERGEBNISSE

Die erste Hypothese, dass Patienten/Patientinnen mit Herzinsuffizienz nicht ausreichend über ihre Erkrankung sowie die Prognose ihrer Erkrankung Bescheid wissen, konnte ganz klar bestätigt werden (60 %). Kein Patient gibt an über die Prognose und die Konsequenz der Erkrankung Bescheid zu wissen. Eine Aufklärung der Angehörigen über die Erkrankung wird sogar nur in 30 % angegeben. Die Prognose wird allgemein überschätzt. Dazu im Widerspruch steht die Meinung der Ärzteschaft. Demnach erfolgt in beinahe der Hälfte der Fälle bei der Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz eine Aufklärung über die Schwere der Erkrankung.

Eine suffiziente, strukturierte Aufklärung des Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen sollte ähnlich einer onkologischen Erkrankung stattfinden.

Das Bewusstsein in der Ärzteschaft, dass Herzinsuffizienz eine Erkrankung ist, bei welcher eine palliative Betreuung wünschenswert ist, ist vorhanden. Eine Kommunikation über Inhalte der palliativen Betreuung mit dem Patient/der Patientin findet leider kaum statt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Zusammenfassend besteht das Wissen um die Wichtigkeit der palliativen Betreuung bei Patienten/Patientinnen mit Herzinsuffizienz, eine Integration in den klinischen Alltag besteht jedoch kaum, was sich im fehlenden Wissen der Patienten/der Patientinnen über die Erkrankung selbst, die Konsequenzen, die Prognose und Möglichkeiten der palliativen Betreuung widerspiegelt.

SCREENING – MANGEL-ERNÄHRUNG IM KRANKENHAUS

Claudia Brugger

Krankenhaus Dornbirn

HINTERGRUND

Die Gefahr einer Mangelernährung ist bei hohem Alter und akuter Erkrankung deutlich erhöht. Deren Erfassung sowie bedarfsgerechte Unterstützung gehören zum Verantwortungsbereich der Ärzteschaft, Pflege und Diätologie.

METHODE

Zusammen mit der Abteilungs- und Stationsleitung der Pflege auf der Internen Station im Krankenhaus Dornbirn wird ein Termin vereinbart, zu welchem die Erhebung bei einer täglichen Visite stattfinden soll. Im Vorfeld wurden die vorhandenen Daten, Body-Mass-Index und Diagnosen der Patient*innen aus der Krankenakte entnommen und vorbereitet.

ERGEBNISSE

Durch intensive Befragung der II erfassten Patient*innen liegt bei 64 % ein Ernährungsrisiko vor und die Einleitung einer Ernährungstherapie ist empfohlen. 46 % der Patient*innen gaben einen Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten an, bei 47 % war die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Mit der Erhebung konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz der Mangelernährung bei der stationären Aufnahme hoch ist. Das Wohlergehen der Betroffenen kann durch sofortige ernährungs-technische Maßnahmen signifikant verbessert werden (Effort-Studie). Es ist daher sinnvoll, das Screening auf Mangelernährung im Rahmen der Aufnahme zu standardisieren, um frühzeitig zu intervenieren und eine Ernährungstherapie einleiten zu können. Weiters ist aufgefallen, dass am Thema Mangelernährung mehrere Berufsgruppen beteiligt sind und diese gut zusammenarbeiten und kommunizieren müssen.

Die Installierung eines interdisziplinären Ernährungsteams wäre daher dringend empfohlen. Screening ist ein schnelles und einfaches Tool zur Erkennung von Risikopatient*innen. Im Krankenhaus der Stadt Dornbirn befindet sich die E-Pflegedokumentation gerade im Aufbau und steht kurz vor der Umsetzung. Ein Tool darin stellt auch der NRS 2002 dar, was sehr erfreulich ist. Unklar ist allerdings noch, wer die Daten erhebt und wie die Einleitung eines automatisierten Ernährungsassessments aussehen kann, zumal die personellen Ressourcen begrenzt sind. Die Vorteile für die Patient*innen und das Gesundheitssystem liegen allerdings klar auf der Hand.

Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus
Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421
Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m²? ja nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? ja nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? ja nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) ja nein

⇒ Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild	1
Gewichtsverlust > 5% / 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50-75% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Mäßig	2
Gewichtsverlust > 5% / 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 25-50% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Schwer	3
Gewichtsverlust > 5% / 1 Mo. (>15% / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI <18,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	

Krankheitsschwere

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild	1
z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	
Mäßig	2
z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	
Schwer	3
z.B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II >10)	

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
< 3 Punkte wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus
Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tajana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Matthias Plauth. Kontakt: tajana.schuetz@medizin.uni-leipzig.de, Tel. 0341-97 15 957

T. Schütz, L. Valentini, M. Plauth. Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN-Leitlinien 2002. *Aktuell Ernähr Med* 2005; 30: 99-103.

Bildungshaus Batschuns
Ort der Begegnung

Gesellschaft zur Förderung
von Palliative Care in Vorarlberg



TANZTHERAPIE UND BEWEGUNG MIT MUSIK IN DER PALLIATIVEN LANGZEITPFLEGE

Margit Baumgartner¹
Gebhard Mathis²

¹ Haus der Generationen, Götzis
² Bildungshaus Batschuns



Motivation:

- Tanzleiterin für Seniorentanz Plus seit 2017
- Leitung der wöchentlichen Bewegungsrunde mit Musik 2017–2020 im Haus der Generationen (Götzis)



Der Anfang

Ziel der Projektarbeit:

- Haben Bewegung und Tanz einen positiven Einfluss in der palliativen Langzeitpflege?
- Decken sich meine Beobachtungen mit Erkenntnissen aus der Fachliteratur?
- Wie sehen andere beteiligte Personen die Bewegungsrunden mit Musik?

Tanztherapie und Bewegung mit Musik in der palliativen Langzeitpflege ermöglichen es Menschen mit einer Bewegungseinschränkung sich gezielt zur Musik bewegen zu können. Es wird eine Möglichkeit angeboten, bei der die Teilnehmenden so lange wie möglich sowohl körperlich als auch geistig beweglich bleiben.

Vorgangsweise



Die Musikauswahl wird situationsabhängig und wenn möglich biografisch getroffen. Die Bewegungen zur Musik werden ausschließlich im Sitzen durchgeführt. Hier wird besonders auf die Sitzordnung beziehungsweise auf genügend Abstand zwischen den Teilnehmenden geachtet. Die Bewegungen zur Musik werden für den Körper langsam, schonend, behutsam und besonders wichtig schmerzfrei durchgeführt. Gezielt abgestimmte Gedächtnisübungen zwischen den Bewegungseinheiten bringen Erholungsphasen für den Körper und fördern die geistige Beweglichkeit. Dabei wird darauf geachtet, die körperliche und geistige Beweglichkeit in Balance zu bringen. Bei der wöchentlich angebotenen Bewegungsrunde mit Musik werden auch soziale Kontakte gepflegt. Fixe Rituale im Ablauf geben Sicherheit

und werden von den Teilnehmenden als angenehm empfunden. Die unterschiedlichen Rhythmen bringen Spaß und machen einfache und unkomplizierte Bewegungen möglich. Die Gedächtnisübungen zwischen den Bewegungseinheiten wirken auflockernd und bringen Abwechslung. Durch ein Erreichen des verbesserten Gleichgewichtes konnten die Teilnehmenden im täglichen Alltag wieder Sessel ohne Armlehne verwenden.



Beobachtungen

- Verbesserung Gangbild
- Verbesserung Gedächtnis
- Rituale sind wichtig



Aus der Literatur

- Positiver Einfluss durch Studien belegt
- Tangomusik reduziert bei Parkinson die Krankheitssymptome
- Tanzen stärkt das Immunsystem,



Interviews

- Wiedererkennung trotz Demenz
- Positive Rückmeldungen
- Verbesserungsvorschläge & Kritik
- Sehr berührend und emotional
- Sicht einer anderen Tanzleiterin deckt sich

Erkenntnisse

Diese Therapieform hat besonders im Bereich der palliativen Langzeitpflege ihre Berechtigung. Es zeigt sich, dass Bewegungstherapie mit Musik als multiprofessioneller Ansatz eine wichtige Rolle spielen kann. Eine regelmäßige Teilnahme an der Bewegungsrunde mit Musik fördert das Gleichgewicht, es vermindert Stürze, wirkt sich positiv auf das Gangbild bei Parkinsonpatienten*innen aus und verbessert das Immunsystem. Diese Erfahrungen zeigen, dass sich durch Bewegung mit Musik in vieler Hinsicht auch das Wohlbefinden beziehungsweise das Wohlfühlen der teilnehmenden Personen verbessert.



- Berechtigung als Therapieform in der palliativen Langzeitpflege gegeben
- Kann als multiprofessioneller Ansatz eine wichtige Rolle spielen
- Langzeitwirkung vorhanden
- Beobachtungen decken sich mit der Fachliteratur
- Positive Auswirkungen wissenschaftlich belegt (Gangbild, Immunsystem etc.)
- Fördert Wohlbefinden & soziale Kontakte
- Macht Spaß

EHRENAMTLICHE HOSPIZBEGLEITUNG – EINE TRAGENDE SÄULE VON PALLIATIVE CARE

Anja Rümmele-Peintner

Hospiz am See

HINTERGRUND

Seit 1,5 Jahren darf ich nun selber das ehrenamtliche Hospizbegleiter*innenteam im Hospiz am See als hauptamtliche Koordinatorin begleiten und unterstützen. Es sind dies zur Zeit 30 Frauen und Männer, die ehrenamtlich 7 Tage die Woche Einsätze auf der Station machen.

Ehrenamtliche Hospizbegleitung ist die tragende Säule in der Palliative Care.

Deshalb:

- früh genug ins Boot holen
- als gleichwertiger Teil des multiprofessionellen Teams sehen
- ihnen auf Augenhöhe begegnen
- ihre Aufgaben für alle sichtbar machen
- Weg der Anfrage klären
- ihre Kompetenzen verdeutlichen

Welche Motivation und welcher Benefit steckt hinter diesem Ehrenamt, wie man Hospizbegleiterin/Hospizbegleiter werden kann? Auch werden „Stolpersteine“ und Chancen in der Zusammenarbeit zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen beleuchtet und was es für eine gute Zusammenarbeit braucht.



UNTERSCHIED

Während sich die Hospizarbeit überwiegend den psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen der Betroffenen zuwenden und fachlich berät, zielt die Palliativversorgung in der Regel ärztlich wie pflegerisch darauf, starke körperliche Beschwerden zu lindern.

Hospizarbeit und Palliativversorgung sind mittlerweile unter dem Oberbegriff Palliative Care zusammengefasst. Sie sind zwei Seiten derselben Medaille.

BEDEUTUNG DES EHRENAMTES

Im Allgemeinen wird darunter selbstloses Handeln im Interesse des Gemeinwohls verstanden, bei der unentgeltliche Arbeit geleistet wird. Eine Aufwandsentschädigung kann gewährt werden. Freiwillige übernehmen gesellschaftliche Mitverantwortung und knüpfen zusammen mit hauptamtlichen Mitarbeiter*innen ein tragfähiges Netz der Solidarität.

Um die 230 ehrenamtliche und qualifizierte Hospizbegleiter*innen begleiten in Vorarlberg auf Anfrage Menschen, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit erkrankt sind. Therapie und danach, und falls die Therapie erfolglos ist, bis hin zum Abschied und in der Zeit der Trauer.

HUNGER UND DURST AM ENDE DES LEBENS?

Andrea Lässer

Hauskrankenpflege
Egg-Andelsbuch

HINTERGRUND

Pflegende An- und Zugehörige leisten den Großteil der ambulanten Palliativversorgung. Als große Belastung erweist sich immer wieder die Änderung des Ess- und Trinkverhaltens von Patient:innen. In fachlichen Fragen sind pflegende Laien auf professionelle Unterstützung angewiesen. Ziel der Projektarbeit ist es, fachliche Schulung und Beratung bei diesem speziellen Symptom zu vermitteln und Sicherheit zu geben.

METHODE

Mittels fachlicher Expertise kann auf die physiologischen Vorgänge im Körper beim Sterbeprozess eingegangen werden. Zudem kann durch Anleitung zu behutsamer Mundpflege die Angst vor dem Verdursten genommen und positive Aspekte eines Flüssigkeitsmangels in der letzten Sterbephase hervorgehoben werden.



ERGEBNISSE

Die Autorin weist darauf hin, dass Angehörige proaktiv und rechtzeitig auf Veränderungen hingewiesen werden und dass Erklärungen wiederholt stattfinden müssen, damit sie erfasst werden können.

Die für pflegende Laien besonders belastende Situation beim Sterben ihrer An- und Zugehörigen erfordert stets und geduldige Begleitung von den Pflegefachkräften, Anerkennung und Wertschätzung. Verschiedene Mittel zur Mundpflege werden abschließend vorgestellt sowie die Planung eines Leitfadens für An- und Zugehörige.

DISKUSSION

Aus Studien ist bekannt, dass eine Flüssigkeitssubstitution am Ende des Lebens keine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge hat, sondern sogar Komplikationen hervorrufen kann. Pflegende Angehörige und Mitarbeiterinnen der ambulanten Palliativversorgung tun sich schwer mit der Tatsache, dass Sterbende keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich nehmen wollen. Die Angst vor dem „Verdursten“ steht im Raum.

FAZIT

Ziel dieser Arbeit war die gründliche Auseinandersetzung mit der aktuellen Studienlage und die Aufarbeitung des Ergebnisses für das Pflegeteam und die An- und Zugehörigen.

Anhand von Patientenbeispielen konnte aufgezeigt werden, wie mittels dieser Wissenskompetenz An- und Zugehörige in ihrer Sorge beruhigt werden konnten und daraus großes Vertrauen und Zuversicht erfolgten. In einem zweiten Schritt wird das Team unterrichtet und ein Folder zur Information erstellt.

PFLEGERISCHES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH BEI CHEMOTHERAPIE-(NEBEN)WIRKUNGEN ZUR FÖRDERUNG VON LEBENSQUALITÄT

Magdalena Berchtel¹
Katharina Rizza²

¹ Landeskrankenhaus Bludenz
² Bildungshaus Batschuns

EINLEITUNG

Eine gute Lebensqualität ist oberstes Therapieziel. Lebensrettende Chemotherapien gehen oft mit belastenden Symptomen einher. Unseriöse Informationen aus den Medien überfordern Patienten und schüren Ängste. Was können Pflegefachkräfte auf onkologischen Stationen zur Verbesserung der Lebensqualität bei bestehender Therapie beitragen?

METHODE

Pflegefachkräfte informieren Patienten in einem Gespräch bei professionellem Setting über vor- aussehbare Symptome und zeigen Möglichkeiten der Selbsthilfe auf. Dazu wird eine Broschüre in einfacher Sprache ausgehändigt.

Themen sind: Haut- und Mundpflege, Übelkeit und Erbrechen, Durchfall und Verstopfung, Fatigue, Haarausfall, Nervenschädigung, Schmerzen.

Es wird auf salutogenetische Gesprächsführung geachtet.

ERGEBNISSE

Die proaktive Hinwendung zu Patienten und die ruhige Atmosphäre beim Gespräch schaffen Vertrauen. Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit wird Patienten bewusst. Sie werden bestärkt in ihrem Wissen über Körperpflege und Symptom- linderung. Die geschaffene Beziehung erleichtert den Kommunikationsfluss. Komplikationen und auftretende Symptome können schneller erkannt und beachtet werden. Interventionen setzen rascher ein. Die Lebensqualität bei bestehender Chemotherapie wird erhalten oder verbessert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Strukturiertes und standardisiertes Vorgehen der „Aufklärungs“-Gespräche mindert Angst bei Patienten, schafft Vertrauen zu Gesundheits- personal und fördert die Selbstheilungskräfte.

Pflegekräfte können sich gezielt auf Gespräche einlassen und erleben höhere Empathiefähigkeit.



DER EINSATZ EINER VIRTUELLEN BRILLE AUF DER PALLIATIVSTATION

Katharina Widmann
Natalie Meusburger
Otto Gehmacher

Palliativstation LKH Hohenems

EINLEITUNG

Die moderne Technik gewinnt immer mehr an Bedeutung. Es gibt neue Entwicklungen, die auch in der Medizin zunehmen Relevanz erlangen. Als wir von der Virtuellen Brille hörten, wurden wir neugierig, ob diese Brille bei bestimmten Pflegehandlungen hilfreich sein kann. Mit dem Einverständnis der Pflegeleitung und der ärztlichen Leitung konnten wir an das Projekt herangehen.

METHODEN

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden qualitative Methodik und eine intensive Literaturrecherche vorgenommen. Die Literatur stammt aus verschiedenen Institutionen und musste festgesetzte Kriterien erfüllen. Es wurden jeweils zwei Fragebogen ausgefüllt. Ein Fragebogen wurde vor der Verwendung der Virtuellen Brille ausgefüllt und ein Fragebogen wurde nach der Verwendung ausgefüllt. Die Patient*innen wurden während der Verwendung der Brille nicht alleine gelassen. Es war permanent eine Pflegeperson anwesend so dass auch jederzeit ein Abbruch möglich ist. Vor der Verwendung wird von den Patient*innen eine Einverständniserklärung unterzeichnet.



ERGEBNISSE

Insgesamt konnten in fünf Monaten 16 Fragebögen ausgewertet werden. Keine der Patient*innen, die an unserem Projekt teilgenommen haben, haben negative Auswirkungen angegeben. Die Mehrheit würde eine Virtuelle Brille nochmals verwenden. Für die Anwendung der Virtuellen Brille und für die Beantwortung der Fragebögen wurden nur Palliativpatient*innen ausgewählt, welche körperlich, emotional und kognitiv dazu in der Lage waren. Die meisten Teilnehmer*innen waren zwischen 61 und 70 Jahre alt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Viele der befragten Patient*innen gaben nach der Verwendung der Virtuellen Brille an, schöne Eindrücke erlebt zu haben. Vor allem können sich Patient*innen den Einsatz der Virtuellen Brille zur Entspannung, Ablenkung, virtuellen Reise aber teilweise auch zur Symptomkontrolle vorstellen. Bei der Frage nach der Anwendung zur Schmerzlinderung waren sich die Patient*innen teilweise etwas unsicher. Im Gegensatz dazu, können sich die meisten Teilnehmer*innen den Einsatz bei pflegerischen Maßnahmen wie zum Beispiel beim anstecken eines Ports, sehr gut vorstellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Einsatz der Virtuellen Brille von den Patient*innen der Palliativstation gut angenommen wurde und positive Assoziationen weckte.

PSYCHIATRISCHE SYMPTOME UND DEREN BEHANDLUNG BEIM PALLIATIVPATIENTEN. EINE ORIENTIERUNGSHILFE.

Jennifer Baeuml¹
Justina Dich²
Otto Gehmacher³

¹ Landeskrankenhaus Bludenz

² Krankenhaus Dornbirn

³ Palliativstation Hohenems

EINLEITUNG

„ ... Tod (...) du bist das Ende und der Hoffnungsstrahl“. Der Tod und das Sterben sind im Krankenhaus allgegenwärtig und stellen v. a. für junge Mediziner:innen immer wieder eine große Herausforderung dar. Insbesondere auch psychiatrische Symptome am Lebensende werden zu wenig erkannt und oft nicht oder nur unzureichend behandelt.

METHODEN

Zunächst wurden in 2 Vorarlberger Krankenhäusern (Stadtkrankenhaus Dornbirn, LKH Bludenz) die aktuellen Leitlinien/SOPs zur Patientenversorgung gesichtet. Zusätzlich wurde eine explorative Literaturrecherche (Medline, Pubmed, Google Scholar) durchgeführt, um aktuell gültige Leitlinien zur Behandlung der häufigsten psychiatrischen Symptome am Lebensende zu erheben.

ERGEBNISSE

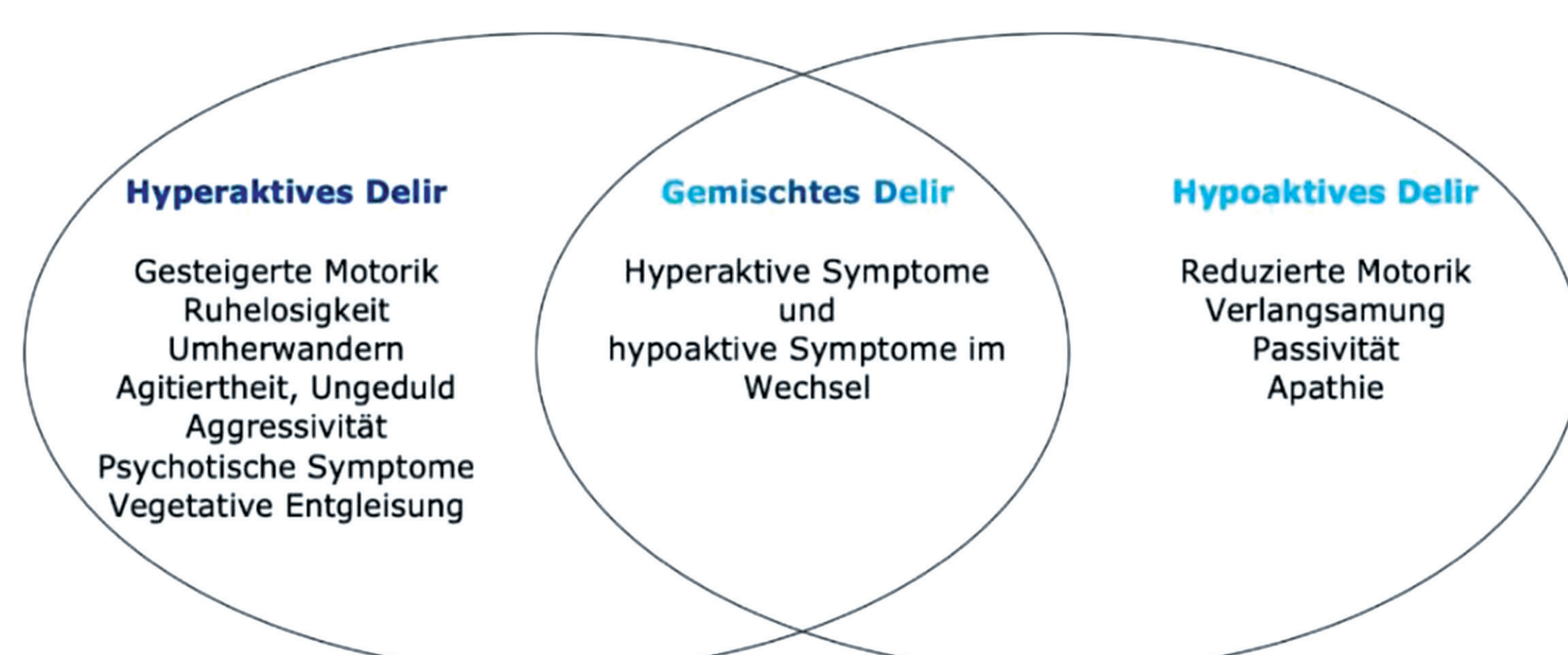
Es zeigte sich, dass es in keinem der Krankenhäuser eine SOP zum Umgang mit psychiatrischen Symptomen vorlag.

SOP Delir

Definition

- Delir ist ein multifaktorielles, komplexes hirnormales Syndrom und zählt zu den sogenannten organischen Psychosyndromen (OPS).
- Störung des qualitativen Bewusstseins, eine Störung der Aufmerksamkeit und der kognitiven Funktionen (Wahrnehmung, Denkprozesse, Gedächtnisstruktur).
- Ursachen: post-operativ, kardiovaskulär, homöostatische und metabolische Störungen, systemische Inflammation und Infektionen, exogene toxische Ursachen (Drogen, Medikamente), Schmerzen, Isolation und Schlaflosigkeit.

Klassifikation



In dieser Arbeit wurden die 4 am häufigsten berichteten psychiatrischen Symptome am Lebensende (Angst, Delir, Schlaflosigkeit, Depression) betrachtet und die derzeit gültigen Behandlungsempfehlungen verschiedener Fachgesellschaften und Experten kritisch beleuchtet und zusammengefasst. Es zeigt sich, dass es in diesem Bereich keine einheitlichen Empfehlungen gibt. Meist besteht die Akuttherapie aus einer Kombination von nicht-medikamentösen, meist präventiven/pflegerischen Maßnahmen und medikamentösen Therapien wie Anxiolytika, Antidepressiva, Antipsychotika und Antikonvulsiva. Es erfolgte die Erstellung von 4 SOPs sowie die Gestaltung von Übersichtstabellen für Medikamente, inklusive Dosierungen, Indikationen und Kontraindikationen als Nachschlagewerk für junge Mediziner:innen im Dienst.

SCHLUSSFOLGERUNG

Psychiatrische Symptome und deren Behandlung sind und bleiben eine Herausforderung, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Kombination von Prävention und Akuttherapie erfordert. Die Erstellung und Implementierung von SOPs für die Behandlung psychiatrischer Symptome am Lebensende ist für die Patientenversorgung unerlässlich, um den Patienten einen würdevollen Tod zu ermöglichen. Grundsätzlich bleibt jedoch die Frage offen, was ein „gutes Sterben“ ist, denn auch dieses kann von Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst und Unwohlsein begleitet sein. Ob dies als störend oder belastend empfunden wird, ist höchst individuell und wir werden es nicht vorher erfahren, denn die „Ars moriendi“, die Kunst des Sterbens, ist ein Prozess, den man nicht vorher üben kann.

Palliative Care goes School

Wie erleben Schüler*innen die Auseinandersetzung mit Palliative Care?

O. Gehmacher¹, A. Moosbrugger¹, F. Rebitzer²

¹Palliativstation LKH Hohenems, ²Fachhochschule Vorarlberg, Dornbirn

Idee

Die Durchführung des assistierten Suizids ist in Österreich seit 2022 erlaubt. Um Schüler*innen Alternativen aufzuzeigen entstand die Idee, Schulbesuche an höher bildenden Schulen in Vorarlberg anzubieten.



Methode

Im Zeitraum von Jänner – Juni 2023 wurden 13 allgemeine höhere Schulen und 9 berufsbildende höhere Schulen in ganz Vorarlberg durch ein multiprofessionelles Palliativteam, bestehend aus Arzt/Ärztin und Pflegeperson, besucht. Bei insgesamt 44 Schulbesuchen konnten ca. 800 Schüler*innen einen Einblick in die Palliativarbeit erhalten.

Ablauf der Besuche

- Vorstellung der Palliativstrukturen im Land
- Was bedeutet Palliativpflege?
- Diskussionsrunde
- Patientengeschichte
- Trauerposter
- Abschluss Quiz

Jugendliche wollen über Palliativarbeit informiert werden. Die frühzeitige Auseinandersetzung mit Themen wie Trauer, Krankheit und Sterben hilft Vorurteile gegenüber Palliative Care abzubauen.

Schlussfolgerung

Ergebnisse

776 T0 und 516 T1 Fragebögen wurden ausgefüllt.

62 % der Schüler*innen gaben an, dass im Familienkreis jemand schwer erkrankt oder gestorben ist.

82,1% der Jugendlichen empfinden es als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ über Palliative Care informiert zu werden.

Die Vorstellung durch das Palliativteam bewerteten 92% mit „sehr gut“ und „gut“.



Das „Palliative Care goes School“ Projekt in Vorarlberg

O. Gehmacher¹, A. Moosbrugger¹, F. Rebitzer²

¹Palliativstation LKH Hohenems, ²Fachhochschule Vorarlberg, Dornbirn

Idee

Palliative Care wird oft mit negativen Begriffen wie Hoffnungslosigkeit, Angst und vor allem Sterbebegleitung assoziiert. Im Rahmen des Schulprojekts an höher bildenden Schulen in Vorarlberg wurde evaluiert, ob sich die Einstellung zur Palliativarbeit, aber auch zum assistierten Suizid durch den Besuch eines multiprofessionellen Palliativteams (Ärzt*in, Pflegeperson) verändert.

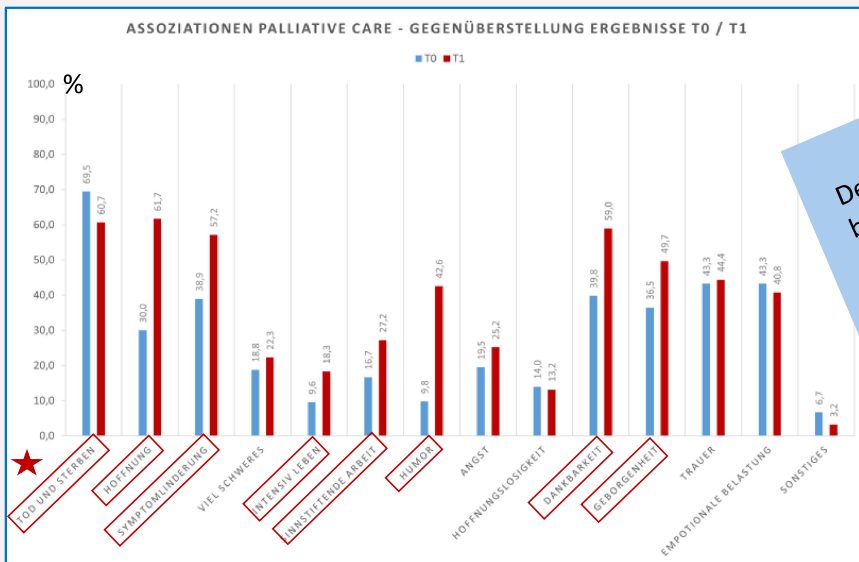
Methode

- T0 Fragebögen (1 Woche vor dem Schulbesuch ausgefüllt) n= 776
- T1 Fragebögen (1 Woche nach dem Schulbesuch) n= 516

„Es ist ein positiverer Ort als gedacht“

Zitat Schülerin, 17 a

Ergebnisse

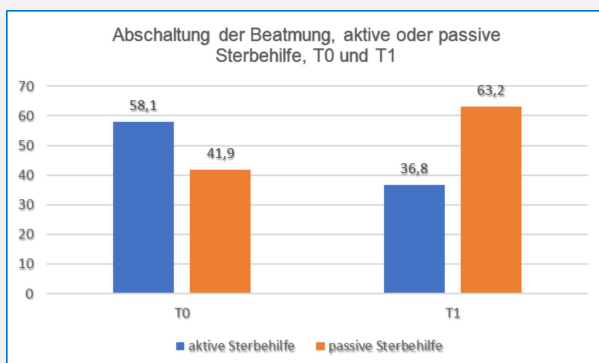


Der Besuch eines Palliativteams bewirkt deutlich positivere Assoziationen der Schüler*innen zu Palliative Care und hilft frühzeitig Vorurteile gegenüber der Palliativarbeit abzubauen. Eine differenziertere Sichtweise zum Thema „Sterbehilfe“ ist erkennbar.

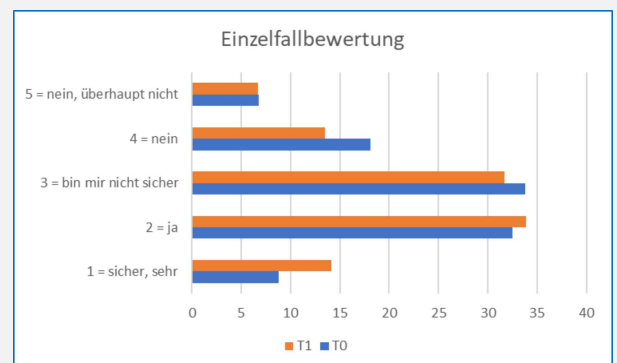
Schlussfolgerung

Assoziationen zu Palliative Care

★ Die Ergebnisse für die rot markierten Begriffe sind statistisch signifikant



Frage zu Abschaltung der Beatmung: Ist das „aktive oder passive“ Sterbehilfe?



Frage, ob „Sterbehilfe“ nur im Einzelfall erlaubt sein soll.