

Triage- und Ausschlusskriterien für Hospizbetten im Schönbühl

1. Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

Kriterien für die Überweisung für spezialisiertem Palliative Care/Hospizbetten

In Übereinstimmung mit den Nationalen Leitlinien Palliative Care gehen wir von einem umfassenden Menschenbild aus, welches die vier Dimensionen körperlich, psychisch, sozial und spirituell einschliesst. Die spezifischen Bedürfnisse unserer Patienten lassen sich so zusammenfassen, dass eine hohe Komplexität aktueller Probleme bei mehreren der genannten Kriterien besteht. Diese Komplexität hat ein Ausmass erreicht, zu deren Bewältigung die Pflege und die medizinischen Massnahmen zuhause oder im Heim nicht mehr genügen. Andererseits sind Massnahmen, welche zwingend ein Akutspital voraussetzen, zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung nicht mehr nötig. Die zugrunde liegende Krankheit kann nicht mehr kurativ behandelt werden, im Zentrum steht die Symptomlinderung und das Lebensende ist absehbar. Wir möchten den Patienten darin unterstützen, diese letzte Wegstrecke anzunehmen, wichtige Angelegenheiten in Ordnung zu bringen und so in einem umfassenden Sinne vor dem Sterben und im Sterben Heilung zu erfahren.

a) Körperlich

I. Belastende und komplexe Symptome oder Symptomgruppen⁸

wie komplexe Schmerzen, Atemnot, invalidisierende Müdigkeit, Verwirrungszustand, Übelkeit und weitere. Diese Symptome sind oft mit einer Behandlung im Rahmen der Grundversorgung nicht kontrollierbar oder erfordern spezialisierte (pflege-)technische Verrichtungen;⁹

⁸ Das Stadium einer Krankheit allein ist kein guter Prädiktor für eventuelle Bedürfnisse nach Palliative Care, sei es in der Grundversorgung oder in der spezialisierten Behandlung. Immerhin kann man davon ausgehen, dass ein Bedarf nach Palliative Care wahrscheinlich wird, wenn keine vernünftige kurative Therapie (mehr) zur Verfügung steht. Theoretisch könnte dies arbiträr bei einer Überlebensprognose von drei Monaten liegen. Die Zeit, die von der letzten (Chemo-)Therapie bis zum Tod verstreicht, ist in der Schweiz im Durchschnitt jedoch deutlich tiefer: Sie liegt bei wenigen Wochen oder Tagen.

⁹ Z.B. die Installation von Schmerzpumpen, palliative Sedation/Dormicumperfusor

II. Verschlechterung oder Instabilität

eines bereits vorbestehenden, deutlich eingeschränkten **Allgemeinzustands** bei Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen;

III. Notwendigkeit der Patienten- und Angehörigenberatung und/oder Schulung

zur Bewältigung von symptomatischen Krisen (z.B. Atemnot, Blutungen) oder bei besonderen Herausforderungen in der Behandlung; Erarbeitung von Patientenverfügungen und Handlungsanweisungen im Notfall; Unterstützung und Beratung der Familie

b) Psychisch:

IV. Psychische Störung oder Verletzlichkeit:

Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte, mit psychischen Störungen (Depression, Angst, Anpassungsstörungen, Alkoholismus oder andere Abhängigkeitssyndrome) oder mit ungenügenden Coping-Strategien; Kinder und Jugendliche (als direkt Betroffene oder bei einem schwerkranken Elternteil);

V. Psychische Krise:

z.B. durch das Erleben des Autonomieverlusts bei einem schnellen Krankheitsverlauf;

c) Sozial / familiär / kulturell / organisatorisch:

- VI. Schwierige Entscheidungsfindungen und/oder eingeschränkte Urteilsfähigkeit:**
z.B. Sterbewunsch oder Wunschnach Suizidbeihilfe; Entscheid in Bezug auf lebensverlängernde Massnahmen bzw. Therapieabbruch; erschwerte Willensbekundung bei fehlender Patientenverfügung; begrenzte Urteilsfähigkeit bei Behinderten mit Stellvertreterentscheiden durch Eltern oder andere gesetzliche Vertreter; Zielkonflikte zwischen Patientin, Patient und familiärem Umfeld; Konflikte innerhalb des Werte- oder Glaubenssystems; Konflikt zwischen einer medizinischen Massnahme und dem Werte oder Glaubenssystem;
- VII. Überlastung bei mitbetreuenden Angehörigen oder nahestehenden Personen;**
- VIII. Fehlende oder ungenügende Unterstützung:**
bei sozialer Isolation, Alleinstehenden, in prekärer Arbeitssituation, bei zerrütteten Beziehungen;
- IX. fremden kulturellen Hintergründen:**
Fragen oder Konflikte bei der Behandlung und Betreuung aufgrund von fremden kulturellen Hintergründen (Werthaltungen, Erwartungen, Rituale, Traditionen);
- X. Ungeklärte Fragen nach dem weiteren Lebens- und Betreuungsumfeld:**
Ungeklärte Fragen nach dem weiteren Lebens- und Betreuungsumfeld, insbesondere finanzieller Probleme
- XI. Konflikte bezüglich den Zielen therapeutischer Massnahmen**
Konflikte bezüglich den Zielen therapeutischer Massnahmen innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen dem Behandlungsteam und der Patientin, dem Patienten sowie den nahestehenden Bezugspersonen;¹⁰
10 Dies ist fast immer Ausdruck von Divergenzen im Abschätzen von Prognosen oder (un-)realistischen Erwartungen.
- XII. mehr als zwei Notfall-Hospitalisationen**
Mehr als zwei Notfallhospitalisationen innerhalb der letzten sechs Monate bei Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Leiden;¹¹
11 Dabei handelt es sich nicht um eine eigentliche Problembeschreibung, sondern um eine Operationalisierung/einen Indikator für eine komplexe, in der palliativen Grundversorgung nicht mehr bewältigbare Problematik. Diese Operationalisierung hat sich in verschiedenen Gesundheitssystemen bewährt.

d) Existentiell / spirituell / religiös:

- XIII. Ungelöste Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebenssinn:**
unbefriedigende oder unabgeschlossene Lebensbilanz; schwieriger Umgang mit dem Bewusstwerden einer kurzen verbleibenden Lebenszeit; existentielle Sorgen und Ängste betreffend Tod, Sterben und Leben nach dem Tod;
- XIV. Fragen im Zusammenhang mit Trauer, Verzweiflung / Hoffnungslosigkeit / Verlassenheit / Ärger / Wut / Schuld / Scham / Vergebung**
Fragen im Zusammenhang mit Trauer, Verzweiflung/Hoffnungslosigkeit/ Machtlosigkeit, Gefühl der Verlassenheit, Ärger/Wut und Schuld/Scham; Fragen nach Versöhnung und Vergebung;
- XV. Drängende spirituelle oder religiöse Bedürfnisse:**
Bedürfnis nach bestimmten religiösen Ritualen (z.B. Sakramenten oder Gebet); Glaubenskrisen.

2. Ausschlusskriterien:

- REA ja
- fortgesetzte Chemotherapie (Ausnahme, wenn Palliativer Effekt zu erwarten ist)
- fortgesetzte Thrombozyten oder EC Gabe (Ausnahme, wenn Palliativer Effekt wenn palliativer Effekt zu erwarten ist)
- Kinder und Jugendliche

Bedingte Ausschlusskriterien

- parenterale Ernährung (manchmal braucht jedoch ein spez. Palliative Care Team für die Entscheidungsfindung bzw. Abstellen solcher laufenden Massnahmen)
- Peritonealdialyse / Dialyse