

Empfehlung zur Anwendung von pflegerischen Maßnahmen **in der Betreuung von Patient*innen mit COVID-19 in einer palliativen Situation**

Angelehnt an das Positionspapier der Österreichischen Palliativgesellschaft zu COVID-19 vom 20.3.2020, soll diese Empfehlung vor allem Pflegepersonen im Akutbereich unterstützen. Diese werden durch die zu erwartende Zunahme an Patient*innen, die an COVID-19 erkrankt sind und palliative Betreuung brauchen bzw. im Sterben liegen, gefordert sein.

Entsprechend dem Positionspapier orientiert sich die vorliegende Empfehlung vor allem an den Leitsymptomen einer fortgeschrittenen COVID-19 Infektion, wie Dyspnoe, Angst und Unruhe. Sie soll außerdem Unterstützung in der Sterbephase bzw. im Umgang mit An- und Zugehörigen bieten.

Die Empfehlung ist auch im herausfordernden Pflegealltag überwiegend rasch und unkompliziert umsetzbar.

Sie wurde von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Palliativpflege in einer informellen Konsensfindung erarbeitet. Als Hauptquellen dienen die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und die zurzeit in Arbeit befindlichen Österreichischen Palliativpflegeleitlinien (AG Palliativpflege OPG; geplante Veröffentlichung Anfang 2021).

Allgemeine Maßnahmen:

Abklärung und Evaluation:

- Laufende Abklärung und Evaluation der Maßnahmen im Krankheitsverlauf mit den behandelnden Ärzt*innen
- Klar definierte Therapieziele
- Reevaluierung ärztlich angeordneter Interventionen in Bezug auf mögliche Therapiezieländerungen, wie:
 - Routinemäßiges Erfassen von Blutzucker und Vitalzeichen
 - Intravenöse Therapien und Flüssigkeitszufuhr
 - Parenterale Ernährung
 - Sauerstofftherapie
 - Implantierter Kardioverter-Defibrillator

Vorausschauende Planung:

- Einholung einer Verordnung für krisenhafte Situationen bezüglich der im Bedarfsfall erforderlichen Medikation zur Linderung von Atemnot, Schmerz, Angst, Unruhe und gesteigerter Bronchialsekretion (s. auch Empfehlungen Positionspapier der OPG)
- Schriftliche Verordnung und Dokumentation nach gesetzlichen und hausinternen Regeln: Medikamentenname, Dosierung, Dosierung der Einzelgabe, Verabreichungsform, klare Angabe der Indikation, zeitliche Intervalle, max. Tagesdosis

- Bsp.: Vendal 10mg Amp., ½ Amp. sc. (=5mg), bei Schmerzen und Atemnot, max. 6x pro Tag, Pause zwischen zwei Gaben mind. 3 Stunden
- Kontrolle der Kontaktdaten und –wünsche von/zu An- und Zugehörigen
- Dokumentation der von den Patient*innen erhaltenen Informationen hinsichtlich Glauben, Werte und Familiensystem, um rechtzeitig darauf reagieren zu können

Medikamentenmanagement:

- Medikation nach AVO (s. auch Empfehlungen Positionspapier der OPG)
- Zeitgerechte Evaluation bezüglich Wechsel der Verabreichungsform
- bei Medikamenten die sublingual/buccal verabreicht werden (z.B. Temesta Expidet®, Zyprexa Velotab®, Risperdal Quicklet®, Zofran Zydis®) auf eine befeuchtete Mundschleimhaut achten (trinken, Mundpflege)

Kommunikation:

- Proaktive, offene Kommunikation über den aktuellen Krankheitszustand und die daraus abgeleiteten Therapiezieländerungen und -maßnahmen erweist sich sowohl für die Patient*innen als auch die An- und Zugehörigen als enorm entlastend
- Datenschutzgerechte Möglichkeiten der Telekommunikation rechtzeitig abklären, einrichten und anwenden
- Nach schwerwiegenden Aufklärungsgesprächen bzw. Entscheidungsgesprächen durch das Behandlungsteam sollen die Patient*innen nicht alleine gelassen oder zumindest engmaschig betreut werden – soweit organisierbar, Kolleg*innen anderer Professionen als Unterstützung holen
- Zusammenschluss mit allen verfügbaren Diensten einer ganzheitlichen Betreuung (wie Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen, Seelsorger*innen, Sozialarbeiter*innen, ehrenamtliche Mitarbeiter*innen)
- Deeskalierende Kommunikation in kritischen Situationen (SPIKES Kommunikationsmodell)

Symptomlinderung bei Atemnot:

Atemnot ist grundsätzlich ernst zu nehmen „Atemnot ist immer das, was Patient*innen sagen“, zur Einschätzung eignen sich VAS, NRS und die modifizierte BORG-Skala

Können sich Patient*innen nicht äußern, erfolgt die Einschätzung durch die Pflegeperson, nach:

- Atemgeräusch (Husten, Stridor, Rasselgeräusch)
- Farbe von Haut, Fingernägel bzw. Lippen (blass oder zyanotisch)
- Gesichtsausdruck (angespannt, ängstlich, panisch – Augen weit geöffnet)
- Erhöhte Körperspannung
- Motorische Unruhe, wiederholte Versuche den Oberkörper aufzurichten
- Erhöhte Atemfrequenz

- Identifikation von Atemveränderungen in der Sterbephase (Cheyne-Stokes-Atmung, präfinale Seufzer-Atmung, längere Atempausen, Schnappatmung, terminale Rasselatmung)

Grundsätzliches:

- Atemnot löst Angst aus: Patient*innen nicht alleine lassen (soweit organisierbar Kolleg*innen anderer Professionen zur Unterstützung holen)
- Erforderliche Nähe – Distanz soweit als möglich berücksichtigen
- Vermittlung von Ruhe und Sicherheit
- Angstreduktion durch ruhiges Sprechen und Erklären der Maßnahmen und des Geschehens
- Auf eigenen ruhigen Atemrhythmus achten

Nicht-medikamentöse Maßnahmen:

- Zimmer gut lüften, Luftbefeuchtung (besonders bei trockenem Husten)
- Kühlung des Gesichtes (feucht-kühle Kompressen auflegen)
- **Atemunterstützende Maßnahmen:**
 - Kontaktatmung – Hand auf den Brustkorb des/r kurzatmigen Patient*in legen und zum bewussten Atmen auffordern
 - Hände der Pflegeperson umfassen beide Fersen oder Fußsohlen – mit der/m Patient*in bewusst atmen, mit Konzentration auf das Ausatmen
 - Reduktion der Atemfrequenz – tief einatmen und durch aufeinanderliegende oder zugespitzte Lippen langsam ausatmen
 - Atemstimulierende Einreibung
- **Atemerleichternde Positionierung:**
 - Sitzende/r Patient*in – nach vorne abstützen, mit Kissen oder Tisch unterstützen
 - Liegende/r Patient*in – Oberkörper hoch, Arme unterstützen, Rutschbremse mittels Rolle oder Kissen (Königsstuhllagerung)
 - Positionsänderungen vorwiegend durch Mikro-Positionierungen
 - Bei terminaler Rasselatmung Halb-Seitenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper
- **Aromapflege:**
 - Die angegebenen Aromapflegemaßnahmen dürfen nur in Einrichtungen verwendet werden, in denen die Anwendung von Aromapflege durch den jeweiligen Krankenanstaltenträger bzw. die Anstaltsleitung/kollegialen Führung offiziell freigegeben wurde
 - Hausinterne Aromapflegestandards beachten
 - Angebotene Aromaölmaßnahmen zuvor mit den Patient*innen abklären, Duftvorlieben eruieren und dokumentieren

- Werden einzelne Aromapflegemaßnahmen von den Patient*innen abgelehnt (verbal und nonverbal), dokumentieren und beenden
- Raumbeduftung zur Beruhigung:
 - Mittels elektrisch betriebenem Gerät (mit Filter) – max. 1-5gtt je nach Raumgröße
 - Aromapad – 1gtt 100% naturreines ätherisches Aromaöl auf einen Wattepad oder Tupfer geben und in der Nähe des Kopfpolsters platzieren
 - Geeignet sind Lavendelöl, Mandarinenöl, Neroliöl, Rosenöl, bei Übelkeit Zitronenöl
- Einreibungen bzw. Streichungen mit hauseigenen Mischungen, von:
 - Brust- und Rückenbereich, zur Entspannung der Muskulatur
 - Handflächen, Fußsohlen und Unterschenkel, zur Beruhigung und Entspannung
 - Bei terminaler Rasselatmung ist Lavendelöl zu empfehlen (fertige Ölmischung auf Brust-, Schulter- und Halsbereich mit ruhigen Bewegungen gleichmäßig verteilen)

Symptomlinderung bei Angst und Unruhe:

Die notwendigen hygienischen Maßnahmen (Isolation, Schutzkleidung des Personals,...) sowie das weitgehende Besuchsverbot für An- und Zugehörige haben das Potential, Angst und Unruhe zu verstärken

- Körperliche Ursachen wie Harnverhalten, Obstipation, Schmerz, Juckreiz,...abklären und behandeln
- Auf Blickkontakt achten
- Proaktive, offene Kommunikation
- Für Ruhe sorgen
- Achtsamer Umgang (ernst nehmen)
- Nestlagerung, Halten beider Fersen
- Aromapflegemaßnahmen (s. oben)

Symptomlinderung in der Sterbephase:

- Alle Maßnahmen in Hinblick auf Wohlbefinden und Ruhebedürfnis evaluieren und anpassen
- Beurteilung von Mimik und Körperspannung (besonders bei Atemveränderungen und Lautäußerungen) und Einschätzung der Intensität des Leidens, um notwendige Maßnahmen adäquat einzuleiten
- Patient*innen nach Möglichkeit nicht alleine lassen, erforderliche Nähe bzw. Distanz soweit als möglich berücksichtigen
- Terminale Rasselatmung: Halbseitenlage mit leicht erhöhtem Oberkörper, parenterale Flüssigkeitszufuhr nach AVO reduzieren und subkutan verabreichen oder absetzen, Mundpflege, Aromapflege, Angehörige proaktiv informieren und begleiten, Reduktion der Symptomatik durch Medikation nach AVO (s. auch Empfehlungen Positionspapier der

OPG). Absaugen kann Sterbevorgang stören und Sekretion durch Irritation der Schleimhäute verstärken.

- Sorgfältige Mundpflege (parenterale Flüssigkeitszufuhr kann Mundtrockenheit nicht lindern)
- Aromapflegemaßnahmen (s. oben)

Abschließende Informationen:

- Hausinterne Hygienerichtlinien und Pflegestandards beachten
- Weitere Informationen zu palliativen Maßnahmen können in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin nachgelesen werden (Quelle am Ende des Dokuments)
- Hausinterne Palliativteams bzw. Palliativteams aus der Region können für Support bzw. telefonische Unterstützung herangezogen werden – Kontakte finden sie auf der Homepage des Dachverbands Hospiz Österreich www.hospiz.at (Einrichtungsübersicht)
- In Anlehnung an das Positionspapier der OPG weisen wir darauf hin, dass auch die vorliegende Empfehlung nur in der COVID-19-Krise gültig ist

In dieser herausfordernden Zeit wünschen wir allen Kolleg*innen, dass sie gut für sich selbst sorgen können, sich bestmöglich schützen und sich auch die Zuversicht erhalten, dass es eine Zeit nach COVID-19 geben wird.

„Wir werden durch Corona unsere gesamte Einstellung gegenüber dem Leben anpassen – im Sinne unserer Existenz als Lebewesen inmitten anderer Lebensformen.“ Slavo Zizek, März 2020

für den Inhalt verantwortlich: Arbeitsgruppe Palliativpflege OPG

*Autor*innen: Desiree Amschl-Strablegg, Angelika Feichtner, Notburga Hammerschmid, Elisabeth Höpperger, Manuela Klee, Hilde Kössler, Christiane Krainz, Christiane Kreyer, Eva Kürbisch, Maria Lechner, Gabriele Pachschröll, Rosemarie Roier, Gerda Schmidt, Regina Schönböck, Philipp Schöpf, Manuela Wasl, Renate Welleschitz, Monika Widhalm, Helga Zellhofer*

Wien, am 26.3.2020

Wichtige Links:

www.palliativ.at - Österreichische Palliativgesellschaft

www.hospiz.at - Dachverband Hospiz Österreich

www.dgpalliativmedizin.de - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Positionspapier der OPG:

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1587645170&hash=e0b0e4360bc37cd528b5db241fdee93d2b6e22a5&file=/fileadmin/redakteur/images/news/OPG.DokumentCOVID19.final.2020.03.20.pdf -

Handlungsempfehlung der Tiroler Hospizgemeinschaft:

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1587645329&hash=b6046c63595062e3d48d545613779d8c0acae9de&file=/fileadmin/redakteur/images/news/Handlungsempfehlungen_Sterbephase_Covid-19_2020_03_Medicus.pdf

S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html>

COVID-19 kompatible Kommunikation der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/COVID_ready_communication_German-DEUTSCH_V01.pdf