

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 1: Palliative Care in der Geriatrie = Soins palliatifs en gériatrie = Cure palliative in geriatria

Artikel: Palliative Care und Geriatrie = Soins palliatifs et gériatrie (Résumé) = Cure palliative e geriatria (Riassunto)

Autor: Schmitt-Mannhart, Regula

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091871>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

In den nachfolgenden Ausführungen zeige ich auf, wo zwischen Palliative Care und Geriatrie die Gemeinsamkeiten liegen, wie wichtig die Kenntnis und Integration des andern Gebietes sowie der interdisziplinäre Erfahrungsaustausch ist, wo die Unterschiede liegen, und vor allem was, wenn es um Palliative Care in der Geriatrie geht, speziell ist und daher besonders beachtet werden muss, welche Fähigkeiten dementsprechend gefordert sind.

Dr. Regula Schmitt-Mannhart

Palliative Care und Geriatrie



Dr. Regula Schmitt-Mannhart

Es handelt sich um zwei Fachgebiete, die sich erst in den letzten Jahrzehnten und zwar unabhängig voneinander entwickelt haben, trotzdem aber sehr viel Gemeinsames enthalten. In den letzten Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, wie sehr sich die beiden Gebiete überschneiden, wie sehr der gegenseitige Austausch und das Erwerben von Fachwissen des andern Gebietes befruchtend und notwendig sind.

Qualifikation in Geriatrie erfordert auch

Kompetenz, Wissen, Fähigkeiten in Palliative Care, Qualifikation in Palliative Care erfordert auch Kompetenz, Wissen, Fähigkeiten in Geriatrie!

Gemeinsames

Haltung, Beziehungsaspekt

Eine Haltung der Wertschätzung und der Empathie sollte eigentlich in jeder Betreuungsbeziehung (Arzt-Patient, Pflegende-Patient, Therapeut-Patient) selbstverständlich sein – sie erhält aber dann, wenn es um so genannte Randgruppen kranker Menschen geht, wo keine spektakulären Heilungserfolge zu verzeichnen sind, eine ganz besondere Bedeutung. Sowohl in der Geriatrie wie auch in Palliative Care ist diese Haltung der Wertschätzung und Empathie Grundsatz, Prinzip und Basis jeglicher Betreuung.

Lebensqualität vor Lebensverlängerung

Geriatrische Patienten leiden an mehrfachen, chronischen, nicht heilbaren Krankheiten. Ziel kann nicht Heilung dieser Krankheiten sein, vielmehr geht es darum, Betagte zu einem möglichst selbständigen Leben zu befähigen, ihnen ein erfülltes, aktives Leben, also die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen, krankheitsbedingte Leiden zu behandeln oder ihnen vorzubeugen. Das Ziel von Palliative Care, nämlich Linderung von unheilbarem Leiden und Erhaltung der vom kranken Menschen definierten bestmöglichen Lebensqualität, stimmt damit überein. Es geht in beiden Gebieten primär um Lebensqualität und weniger um Heilung von Krankheiten; der Satz: «den Jahren (d.h. der noch verbleibenden Lebenszeit) Leben geben, nicht dem Leben Jahre», gilt für Palliative Care genauso wie für die Geriatrie.

Bio-psycho-sozial-spirituell

Die ganzheitliche Wahrnehmung, der multidimensionale Ansatz, nämlich die Kenntnis der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen, ferner auch kulturellen Aspekte in Bezug auf Entstehung, Erscheinungsbild und Auswirkungen von Krankheiten im Alter gehört zum geriatrischen Denken und Handeln. Palliative Care geht vom biopsychosozial-spirituellen Modell aus und berücksichtigt alle diese vier Dimensionen in der Betreuung von unheilbar kranken, leidenden Menschen.

Empowerment

Dieser Begriff meint: Befähigung, Verantwortung zu übernehmen, autonom zu handeln. Geriatrische Rehabilitation heisst, (nach Charles Chappuis) «jemanden befähigen, seinen Weg sehen, gehen, gestalten». Palliative Care «zeigt praktische Wege zur Rehabilitation in nicht heilbarer Situation mit dem Ziele des Lebens bis zum Tod»¹. Förderung der Selbständigkeit, Unterstützung in der persönlichen Entwicklung und von Beziehungen gehören dazu. Beide Formulierungen bedeuten Empowerment, d.h. Förderung und Unterstützung der Autonomie.

Sterbebegleitung

Palliative Care ist nicht gleichzusetzen mit Sterbebegleitung, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Sterbebegleitung. Begleitung von Sterbenden ist auch eines der geriatrischen Ziele.

Interdisziplinarität und Teamarbeit

Die vielschichtige und komplexe Problematik sowohl in der Altersmedizin wie in der Palliative Care erfordert Interdisziplinarität und ein qualifiziertes multidisziplinäres Team von Ärzten, Pflegenden und anderen in die Betreuung involvierten Berufsgruppen. In beiden Bereichen war diese Arbeitsweise von der Entstehung des Fachgebietes an eine wichtige Bedingung und gehört zum Selbstverständnis. Palliative Care und Geriatrie sind in dieser Beziehung wegleitend für andere medizinische Fachgebiete.

Abgrenzung

Geriatrie darf aber keineswegs mit Palliative Care gleichgesetzt werden; Geriatrie befasst sich mit noch ganz andern Aspekten von Gesundheit und Krankheit im Alter, so z.B. mit Risikoeerkennung und Prävention von Krankheiten, mit Diagnostik und Behandlung. Kurative Therapie und Lebensverlängerung sind durchaus auch Aspekte der Geriatrie, die je nach individueller Situation zur Anwendung kommen.

Palliative Care ist für alle an einer fortschreitenden unheilbaren Krankheit leidenden Menschen jeden Alters da; geriatrische Patienten sind nur ein Teil davon.

Besonderheiten in der palliativen Betreuung geriatrischer Patienten

Vieles ist gemeinsam in Geriatrie und Palliative Care, aber es gibt einige Besonderheiten in der palliativen Betreuung geriatrischer Patienten, die von dem betreuenden Arzt, den Pflegefachpersonen und TherapeutInnen hohe Kompetenz sowohl in Geriatrie wie in Palliative Care verlangen; erst durch das Ineinandergreifen von geriatrischem und palliativem Wissen wird eine qualifizierte Betreuung möglich, die dem schwerkranken alten Menschen gerecht wird. Es sind Besonderheiten, mit denen wir uns auch weiterhin intensiv befassen und daran arbeiten müssen, um in komplexen Situationen schwerkranker alter Menschen unsere Betreuung weiter verbessern zu können.

Der normale Tod

Weil der Tod im Alter – meist bei vorbestehenden Krankheiten – normal, «biologisch» ist, heisst es noch lange nicht, dass das Sterben einfacher, schmerz- oder angstfreier ist. Schwerkranken und sterbende alte Menschen benötigen genauso Begleitung und Unterstützung wie jüngere. Tatsache ist aber, dass der Begleitung schwerkranker und sterbender alter Menschen in unserer Gesellschaft weniger Beachtung geschenkt wird; es fehlt die Sensibilisierung dafür; es wird für weniger wichtig gehalten, weniger dafür investiert; die Gefahr der Diskriminierung und der (versteckten) Rationierung ist gross und ist vorhanden.

Gerade deshalb ist es umso wichtiger, dass wir alle, die alte schwerkranke Menschen betreuen – oft in Heimen, aber nicht nur dort – die Bedeutung und die Möglichkeiten von Palliative Care für diese Menschen erkennen, Palliative Care-Konzepte entwickeln und anwenden.

In den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen ist dies so formuliert: «Der Zugang zu palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ist allen älteren, pflegebedürftigen Menschen rechtzeitig zu garantieren, unabhängig vom Ort, wo sie leben. Sowohl in Institutionen der Langzeitpflege als auch in der ambulanten Krankenpflege oder im Spital kennen die Ärzte, Pflegenden und Therapeuten die Konzepte palliativer Betreuung und wenden sie an. Der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten nehmen insbesondere belastende Symptome wie Schmerzen, Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit wahr und behandeln sie umfassend, dies unter Einbezug der Angehörigen. Die palliative Betreuung ist ein interdisziplinärer Prozess; bei Bedarf und auf Wunsch der älteren pflegebedürftigen Person ist ein Seelsorger beizuziehen.»²

Um diesen Auftrag der Entwicklung und Anwendung eines Palliative Care-Konzeptes zu erfüllen, dürfen wir nicht zuwarten, bis uns mehr Finanzen, mehr Personal zur Verfügung stehen (was sowieso nicht der Fall sein wird), sondern wir können sofort beginnen, sei es nun mit der persönlichen Fortbildung, sei es mit der Implementierung eines Standards, der dann zu einer Sensibilisierung führt und die Entwicklung

und Umsetzung weiterer Standards auslösen kann, durch eine Art Schneeballeffekt. Dazu braucht es zweifellos die entsprechenden Ressourcen, vor allem personell; viel wichtiger aber ist die Sensibilisierung für die Notwendigkeit von Palliative Care auch für hochbetagte Menschen, eine Änderung in der Haltung, im Denken und im Handeln, also vielmehr eine Umlagerung von Ressourcen als neue Ressourcen.

Multimorbidität

Neben der zum Tod führenden Krankheit bestehen weitere, oft chronische Krankheiten, wie Arthrosen, Seh- und Hörstörungen, Diabetes, dementielles Syndrom usw. Dadurch wird das Leiden beschwerlicher und komplexer. Daher werden die Erfassung der Situation und die Betreuung noch anspruchsvoller. Um einer umfassenden Behandlung mit dem Ziel bestmöglicher Lebensqualität gerecht zu werden, müssen wir alle Krankheiten miteinbeziehen, oft abwägen, welches Problem prioritär angegangen werden muss; wir benötigen medizinisch und pflegerisch sehr viel geriatrisches Wissen und Können sowie Kreativität, um infolge mehrerer Krankheiten scheinbar unlösbaren Situationen und sich widersprechenden therapeutischen Optionen doch einen Weg zur Verminderung des Leidens zu finden.

In diesem Zusammenhang ist auch die altersbedingte Veränderung von Strukturen und Funktionen des Organismus zu erwähnen, die zum Beispiel dazu führt, dass die medikamentöse Schmerztherapie im Alter Anpassungen erfordert, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen häufiger und anders sein können. Es braucht das entsprechende Fachwissen, um auch bei alten Menschen eine optimale Schmerztherapie durchführen zu können.

Einsamkeit

Alte Menschen sind nicht grundsätzlich einsam, jedoch kann es gerade bei hochbetagten, schwerkranken und pflegebedürftigen Menschen zur Einsamkeit kommen: ihre Angehörigen sind Jahre vor ihnen gestorben, sie haben vielleicht keine Kinder, ihr soziales Netz ist verschwunden, sie haben niemanden, mit dem sie ihre Lebensgeschichte und ihre Erlebnisse teilen können, für andere Menschen scheinen sie keine Bedeutung mehr zu haben, und genau dies führt dazu, dass es für sie keinen Lebensinn mehr gibt: eine Einsamkeit von Sterbenden, wie sie Norbert Elias in seinem Essay sehr eindrucksvoll beschrieben hat³. Wie können wir dem begegnen, was entgegensetzen? Es ist eine Haltung der Wertschätzung, die in jeder Begegnung spürbar wird, eine Haltung, die Cicely Saunders so beschrieben hat: «Du bist wichtig, weil Du bist. Du bist in jedem Moment Deines Lebens wichtig und wir werden alles tun, dass Du nicht nur in Frieden sterben, sondern leben kannst bis zuletzt.» Die Beziehung zu den Betreuenden, den Pflegenden bekommt bei dieser Einsamkeit grosse Bedeutung, sie kann das Wichtigste werden. Vielleicht aber gibt es eine freiwillige Helferin, die begleitet, Wertvolles leistet, die Einsamkeit mildert.

Ungewissheit des Verlaufs und der Prognose

Im Alter sind es oft Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die letztlich zum Tode führen. Bei diesen Erkrankungen ist es aber – anders als z. B. bei Krebserkrankungen – viel schwieriger, eine Prognose zu stellen. Es kann einem alten Menschen so schlecht gehen, dass man mit seinem baldigen Tod rechnet, plötzlich aber erholt er sich wieder ganz unerwartet. Oft ist es nicht vorauszusagen, ob eine Krankheit oder eine Komplikation erfolgreich behandelt werden kann, ob ein Rehabilitationsversuch oder eine Therapie oder eine Abklärung Besserung bringt, ob eine Intervention tatsächlich Sinn macht oder nur Leidensverlängerung bedeutet oder ob der Verzicht darauf ein Vorenthalten einer Verbesserung bedeutet. Kurative, rehabilitative und palliative Aspekte vermischen sich nicht nur, sondern sie wechseln oft stark und unberechenbar. Fachkompetenz, Erfahrung und sorgfältiges Assessment und interdisziplinärer Austausch sind besonders nötig, um in diesen schwierigen, nicht genau voraussehbaren Situationen vernünftige Entscheidungen zu finden.

Gerontopsychiatrische Erkrankungen

Gerontopsychiatrische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz oder auch Depression, werden im Alter häufiger; sie beeinträchtigen die Kommunikations- und die Entscheidungsfähigkeit. Wie können wir dem Anspruch der Patientenautonomie in dieser Situation gerecht werden? In den bereits erwähnten Richtlinien der SAMW steht: «Der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und der Autonomie gilt uneingeschränkt für alle Menschen. Das Recht materialisiert diesen Grundanspruch als das Recht auf «Respektierung der Menschenwürde», auf «Schutz der Persönlichkeit» und auf «Selbstbestimmung». Die Einschränkung der Autonomiefähigkeit, die mit zunehmendem Alter grösser wird und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stört, hebt den Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Autonomie nicht auf.»

Wie können wir das Recht auf Selbstbestimmung erfüllen, das heisst, den mutmasslichen Willen in Erfahrung bringen, wenn jemand vielleicht schon jahrelang an einer Demenz leidet? Sehr selten liegt eine Patientenverfügung vor, noch seltener eine aktuelle. Meist sind diese Patienten nicht in der Lage, dass mit ihnen diese Frage eingehend besprochen werden kann. Manchmal allerdings äussern sie sich durchaus dazu, vielleicht spontan in einer bestimmten Situation, vielleicht in anderer Weise, nonverbal. Aber wie sind solche Äusserungen richtig zu verstehen? Welchen Stellenwert haben Aussagen von Angehörigen? Oft ist es auch sehr schwierig zu beurteilen, ob jemand für diese komplexe Fragestellung entscheidungsfähig ist oder nicht; die Entscheidungsfähigkeit kann auch stark schwankend sein. Nützlich ist deshalb, vor allem in Institutionen der Langzeitpflege, wo die Betreuenden in der Regel den Patienten über lange Zeit begleiten, ein standardisiertes Vorgehen zu entwickeln: wer spricht wann mit dem Pati-

enten über seine Wünsche und Vorstellungen betreffend medizinischer Behandlungen und Lebenserhaltung? Wer beurteilt – sorgfältig und kompetent – seine Entscheidungsfähigkeit? Wo wird das Gesagte schriftlich festgehalten? Werden auch spontane Äusserungen, die im Laufe der Zeit gemacht werden, schriftlich festgehalten? Solche Aufzeichnungen sind, analog einer schriftlichen Patientenverfügung, eine wertvolle Hilfe für zukünftige medizinische Entscheidungen. Mit dieser Vorgehensweise wird die Patientenautonomie so gut wie möglich respektiert.

Eine der anspruchsvollsten Aufgaben in der palliativen Betreuung alter Menschen ist es, die richtige medizinische und pflegerische Entscheidung in schwerwiegenden, meist lebensbedrohlichen Situationen zu finden. So geht es zum Beispiel um die Frage, ob eine antibiotische Therapie, eine Infusion sinnvoll ist, ob eine PEG-Sonde zur Ernährung eingelegt werden soll, ob eine aufwändige und belastende Abklärung Sinn macht usw. Solche und ähnlich gelagerte Fragen sind weichenstellend, mit Konsequenzen für Leben und Tod verbunden. Sie sind bei geriatrischen Patienten besonders schwierig zu beantworten, da es hier, wie bereits erwähnt, besonders schwierig ist, eine medizinische Prognose zu stellen, da Willensäusserungen und Entscheidungsfähigkeit infolge gerontopsychiatrischer Erkrankungen oft schon seit langem fehlen, da die Frage der Lebensqualität besonders heikel ist. Um auch in dieser Situation dem Anspruch der Autonomie gerecht zu werden, ist ein strukturiertes interdisziplinäres Entscheidungsfindungsverfahren nötig:

- Strukturiert: ein definierter Ablauf, definierte Schritte, um alle Aspekte zu berücksichtigen
- Interdisziplinär: die Ansichten aller Betreuenden, die in direkter Beziehung zum Patienten stehen, und alle Wertvorstellungen können einfließen
- Entscheidungsfindung: Güterabwägung, Konsensfindung der Beteiligten

Eine ausgezeichnete Grundlage zur Entwicklung eines solchen Verfahrens können vorhandene Verfahrensmodelle, wie z.B. das Konzept «Sieben Schritte ethischer Urteilsbildung» von Ruth Baumann-Hölzle bieten⁴:

Sieben Schritte ethischer Urteilsbildung (nach Ruth Baumann-Hölzle)

Schritt 1:

Identifikation eines Sachverhaltes als ethisches Problem: was ist unser Problem bei diesem Patienten?

Schritt 2:

Kontextanalyse: Wie hat sich das Problem entwickelt und wie war sein Verlauf? Gibt die Lebensgeschichte des Patienten wichtige Hinweise? Wo findet das Problem statt? Wer ist beteiligt?

Schritt 3:

Wertanalyse: Welches ethische Dilemma steht zur Debatte? (Bioethische Prinzipien: Autonomie, Gutes tun, nicht schaden, Gerechtigkeit)

Schritt 4:

Entwurf von drei (oder mehr) Verhaltensmöglichkeiten

Schritt 5:

Analyse der Verhaltensmöglichkeiten: Wie ist die Rechtslage? Welche Ethikentwürfe stehen dahinter?

Schritt 6:

Verallgemeinerung, Konsensfindung, Entscheid: Was für ein moralisches Klima wollen wir? Welche Verhaltensmöglichkeiten lassen sich verallgemeinern? Hierarchie der Verhaltensmöglichkeiten, Konsensfindung, Entscheid

Schritt 7:

Überprüfen des Entscheides: ist der Entscheid noch angemessen? Welche Konsequenzen ziehen wir daraus für die Zukunft?

Diese Vorgehensweise entlastet Einzelpersonen von zuviel Verantwortung, befreit aber nicht von Verantwortung; bei medizinischen Entscheiden bleibt die letzte Entscheidung immer beim Arzt. Das Verfahren erfordert von allen Beteiligten Fähigkeit zur ethischen Reflexion, Kommunikationsfähigkeit, gegenseitigen Respekt und Offenheit, palliatives und geriatrisches Fachwissen.

Palliative Care und Geriatrie haben viel Gemeinsames, überschneiden sich. Man könnte sagen: «Gemeinsam sind wir stark.» Wenn wir voneinander lernen, Wissen und Erfahrungen austauschen, miteinander weiter forschen, können wir damit unsere Kompetenz ständig erweitern auf das Ziel hin, alten schwer leidenden Menschen die von ihnen definierte Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten. Dazu braucht es Haltung, Wissen, Fähigkeiten in Geriatrie und in Palliative Care.

Korrespondenz

Dr. Regula Schmitt-Mannhart
Geriatlerin
Leitende Ärztin Pflegezentrum tilia,
CH-3063 Ittigen
regula.schmitt@bluewin.ch

Tabelle 1

Literatur

- Standards. Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz, herausgegeben von der SGPMP, Lausanne, 2001.
- Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW, 2004. www.samw.ch
- Elias N: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp 1995
- Baumann-Hölzle R: Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik, Immanuel Kant und Karl Barth, Alber-Verlag, Freiburg/München 1999, 320-330

Si cercano**persone bilingui****disposte a tradurre articoli nella loro lingua madre**

palliative-ch, rivista della SSMCP, si prefigge di rendere la maggior parte degli articoli accessibile ai lettori di altre regioni linguistiche. Per consentirci di mantenere i costi in limiti accettabili, vi saremmo grati se voleste partecipare gratuitamente ai nostri lavori di traduzione.

Vi preghiamo di annunciarvi a Claude Fuchs, tel 01 466.26.61, E-mail: claud.fuchs@triemli.stzh.ch.

Au cours de ces dernières décennies, les soins palliatifs et la gériatrie se sont développés chacun de leur côté, comme deux disciplines séparées alors même qu'elles ont un grand nombre de points communs. Il semble nécessaire que la poursuite de leur développement ait lieu dans un contexte d'échanges réciproques et d'acquisition de compétences partagées.

Dr. Regula Schmitt-Mannhart

Soins palliatifs et gériatrie

(Résumé)

Pour qu'une formation en gériatrie soit reconnue, il est nécessaire de disposer de compétences, connaissances et capacités en soins palliatifs! Pour qu'une formation en soins palliatifs soit reconnue, il est nécessaire de disposer de compétences, connaissances et capacités en gériatrie!

Points communs

Parmi tous les points communs de ces deux disciplines, nous soulignerons:

- Une attitude empreinte de respect, d'empathie et de prise en compte des valeurs individuelles
- Un objectif de soins qui est la meilleure qualité de vie possible et non pas une prolongation de la vie ou une guérison
- Une prise en charge fondée sur le modèle bio-psycho-social
- La volonté de respecter et d'encourager l'autonomie du patient
- L'accompagnement des mourants
- Le travail en interdisciplinarité

Différences

La gériatrie englobe encore d'autres aspects très différents de la prise en charge de personnes âgées comme la détection des risques, la prévention, le diagnostic, les traitements curatifs.

Les soins palliatifs sont offerts à toute personne souffrant d'une maladie progressive incurable, sans distinction d'âge.

Particularités

- La prise en charge de personnes âgées gravement malades ou en fin de vie requiert exactement les mêmes ressources en termes d'accompagnement et de soutien que celle de personnes plus jeunes. Mourir à un âge avancé relève certes de la normalité, mais ne garantit pas que la fin de vie soit plus facile ni moins affectée par la douleur ou la peur. Il existe un grand danger que les personnes âgées soient victimes de discrimination à cet égard, alors qu'elles sont déjà victimes d'un rationnement implicite. C'est pourquoi il est important que les patients âgés

bénéficient d'une prise en charge intégrant la sensibilisation à la philosophie des soins palliatifs et le développement et la mise en pratique de ces derniers.

- Les situations de soins palliatifs sont souvent complexes, en raison de la polymorbidité qui leur est fréquemment associée. Seules des connaissances et des compétences à la fois en gériatrie et en soins palliatifs permettent de réaliser une prise en charge optimale de ces situations.
- La progression en âge impose une adaptation des traitements, comme de l'antalgie par exemple, aux altérations des tissus et des fonctions
- Les personnes dont l'autonomie est gravement altérée ont souvent perdu leur réseau social et vivent dans une grande solitude, avec le sentiment de ne plus trouver de sens à leur existence. Dans de telles situations, le regard respectueux porté par les soignants sur leur personne et leurs valeurs revêt une importance significative.
- Il est la plupart du temps beaucoup plus difficile et sujet à caution de donner un pronostic médical pour les patients âgés. Leur prise en charge intègre des aspects curatifs, palliatifs et de réadaptation qui sont intriqués et dont les proportions relatives changent de manière imprévisible; cette particularité rendant d'autant plus délicate la prise de décisions.
- Avec l'âge, les maladies psychogériatriques sont de plus en plus fréquentes et affectent la capacité de discernement. Comme l'on est souvent confronté à l'absence de directives anticipées, il faut déterminer quelle est la volonté présumée du patient. Pour cette raison et les raisons citées plus haut, il est souvent difficile de prendre des décisions tranchées sur le plan médical. C'est grâce à un processus décisionnel interdisciplinaire et structuré que l'on sera le mieux à même de respecter l'autonomie du patient.

Negli ultimi decenni le cure palliative e la geriatria si sono sviluppate come discipline indipendentemente l'una dall'altra. Questi due ambiti hanno tuttavia molto in comune. Lo scambio reciproco e l'acquisizione di conoscenze dell'altra disciplina è fondamentale per lo sviluppo ulteriore della geriatria e delle cure palliative.

Dr. Regula Schmitt-Mannhart

Cure palliative e geriatria

(Riassunto)

Qualificazione in geriatria richiede anche competenza, sapere, capacità nelle cure palliative. Qualificazione in cure palliative richiede anche competenza, sapere, capacità in geriatria

In comune

Da rilevare in particolare quali aspetti in comune:

- L'atteggiamento di rispetto, di stima e di empatia
- L'obiettivo della cura: la migliore qualità di vita possibile e non il suo prolungamento o la guarigione
- Il modello bio-psico-socio-spirituale
- L'impegno a rispettare e a conseguire l'autonomia del paziente
- L'accompagnamento dei morenti
- Il lavoro interdisciplinare

Differenze

La geriatria si occupa anche di altri aspetti dell'assistenza di persone anziane: identificazione del rischio, prevenzione, diagnostica, trattamento curativo.

Le cure palliative si occupano delle persone di ogni età che sono affette da una malattia evolutiva inguaribile.

Particolarità

- Le persone anziane gravemente malate e morenti necessitano di altrettanto sostegno e accompagnamento. Il morire nella vecchiaia è normale, ma non per questo è più facile, senza dolore o senza ansia. Il pericolo di discriminare le persone anziane è grande. Un celato raziocinamento si manifesta già. Per questo motivo, la sensibilizzazione, lo sviluppo e la realizzazione dei concetti delle cure palliative sono importanti nei pazienti geriatrici.

- La multimorbilità rende l'approccio palliativo più difficile ed impegnativo. Per trovare le soluzioni ottimali in situazioni complesse sono necessarie conoscenze e capacità in cure palliative e in geriatria.
- I cambiamenti di strutture e funzioni dell'organismo dovute all'età richiedono adeguamenti delle terapie, per esempio della terapia del dolore.
- Le persone molto anziane hanno sovente perso i loro legami sociali, sono sole e hanno l'impressione che non vi sia più un senso alla loro esistenza. Ecco che la loro valorizzazione da parte dei curanti assume tutta la sua importanza.
- Nei pazienti geriatrici è spesso molto difficile e incerto porre una diagnosi. Gli aspetti curativi, riabilitativi, e palliativi si mescolano e mutano in modo imprevedibile; prendere delle decisioni diventa perciò molto più difficile.
- Le malattie gerontopsichiatriche aumentano con l'età e pregiudicano la capacità di decisione. Sovente mancano le direttive del paziente e le volontà presumibili devono quindi essere ipotizzate. Le decisioni mediche sono frequenti e difficili da adottare per i motivi sopra evocati. Un procedimento decisionale strutturato e interdisciplinare consente di garantire il più possibile il diritto all'autonomia del paziente