

## **GESKES-Empfehlung für Spitäler: künstliche Ernährung zu Hause (enteral und parenteral)**

*C. Weberhofer, P.E. Ballmer, S. Mühlebach, C. Pichard, M. Roulet, A. Sterchi, R. Meier*

### **1. Ausgangssituation**

Der Patient\* ist aufgrund seiner Erkrankung bzw. Therapie entlassungsfahig. Er ist jedoch nicht mehr, noch nicht oder nicht vollständig in der Lage, sich oral zu ernähren. Wenn immer möglich wird die orale Ernährung der enteralen und parenteralen Ernährung bevorzugt. Erst wenn dies nicht möglich ist, wird eine enterale/parenterale Ernährung eingeleitet.

Der Patient und/oder seine Angehörigen übernehmen die Verantwortung für die notwendige enterale/parenterale Ernährung zu Hause. Die enterale/parenterale Ernährung zu Hause ist mit Einschränkungen des gewohnten Lebens verbunden. Eine besondere Einschränkung kann auch in den psycho-sozialen Aspekten des Essens liegen, was zu Beeinträchtigungen im üblichen Alltagsleben führen kann, z.B. zeitlicher Aufwand, Beziehungen, Einladungen, Ferien, körperliche Aktivität.

### **2. Voraussetzungen zur künstlichen Ernährung zu Hause**

Die künstliche Ernährung zu Hause führt zu einer Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität. Der Patient ist kreislauf- und stoffwechselstabil. Er toleriert die täglich verabreichten Nährlösungen gut, die seinem Bedarf angepasst ist. Der Patient und/oder seine Angehörigen sind informiert und mit der künstlichen Ernährung zu Hause einverstanden. Sie sind geschult durch Fachpersonen des Ernährungsteams und fühlen sich sicher in der Verabreichung der Nährlösung sowie den damit verbundenen pflegerischen Handhabungen. Er/sie wissen, wie die Nährlösungen und das Behandlungsmaterial beschafft, gelagert und angewendet werden und wo sie bei Bedarf Hilfe anfordern können.

Patienten mit parenteraler Ernährung benötigen eine besondere Instruktion und Betreuung immer auch zu Hause durch Fachpersonen der Pflege, z.B. auch das Erlernen von aseptischen Arbeitstechniken und spezielle pflegerische Techniken. Bei Patienten mit enteraler Ernährung erfolgt die Unterstützung und Betreuung durch Ernährungsberatung und Pflegepersonen zu Hause nur bei Bedarf. Der Patient steht weiterhin unter ärztlicher Kontrolle und wird in der Regel auch vom verordnenden Zentrum aus mitbetreut.

### **3. Organisation der Entlassung**

Die Pflegeperson übernimmt die Verantwortung für die Koordination der Austrittsvorbereitungen und sorgt dafür, dass die zuständigen Fachpersonen eingeschaltet werden.

Idealerweise sind die Aufgaben klinikintern von einem Ernährungsteam (Arzt, Ernährungsberatung, Pflege, Apotheker) durch Standards geregelt.

Die Schulung des Patienten/der Angehörigen (Pkt 3-5) kann je nach Krankheitszustand und Situation auf ärztliche Verordnung auch zu Hause erfolgen, sofern die gleiche Qualität gewährleistet wird. Dazu sind die spezialisierten Fachpersonen (Home Care Organisationen oder spezialisierter Pflegedienst wie z.B. ambulante Onkologiepflege, Kinderspitex) frühzeitig beizuziehen.

### **4. Weiterbildung**

Mitglieder des Ernährungsteams und/oder die involvierten Fachpersonen besuchen geeignete Weiterbildungen in der praxisbezogenen Anwendung der enteralen/parenteralen Ernährung (z.B. GESKES Gesellschaft für Klinische Ernährung, GSASA Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker, ESPEN European Society of Enteral and Parenteral Nutrition). Spezialisierte Zentren bieten Weiterbildungen und Hospitationen für externe Fachpersonen an.

### **5. Qualitätssicherung**

Die Dokumentation beinhaltet sämtliche Massnahmen, die zur Verbesserung und dem Erreichen einer qualitativ guten und mit entsprechenden Standards korrelierenden Behandlungs- und Produktequalitat führen. Diese umfassen den ganzen Prozess von der Entlassungsvorbereitung bis zur erfolgreichen Behandlung zu Hause und umfassen Mitarbeiter und technische Vorrichtungen. Die Mitglieder des Ernährungsteams unterziehen sich den entsprechenden Qualitatssicherungsmerkmalen. Für die Zubereitung von parenteraler Ernährung gilt die Richtlinie der GESKES über „Home Care künstliche Ernährung zu Hause“.

Unter einem Standard wird eine Übereinkunft guter Praxis, die erreichbar und messbar ist und regelmässig überprüft wird, verstanden. Die Ursachen von nicht geplanten Spital-Wiedereintritten innerhalb von vier Wochen werden evaluiert.

*(\*alle Personenbezeichnungen beziehen sich auf beide Geschlechter)*

### **Literatur**

- ◊ Pflegestandards enterale Ernährung, Inselspital Bern, Direktion Krankenpflege, 1999
- ◊ Enterale Ernährung, Sondenernährung in der Pflegepraxis, Ullstein Medical 1998
- ◊ Standards for Nutrition Support: Hospitalized Patients. Nutrition in Clinical Practice 1995; 10:208-219
- ◊ Standards for Home Nutrition Support; Nutrition in Clinical Practice; 1999;14:151-162
- ◊ Normal leben mit ambulanter enteraler Ernährung, J. Stein, Klinikarzt; 2000 Nr. 8+9/29
- ◊ Normal leben mit ambulanter parenteraler Ernährung, J. Stein Klinikarzt; 2000 Nr. 10/29
- ◊ Sondenernährung zu Hause – Patienteninformation; Fachgruppe Enterale Ernährung 1998 (zu beziehen bei Home Care Service Bichsel, Interlaken und Fresenius Kabi, Stans)
- ◊ Kalde S, Kolbig N, Vogt M; Enterale Ernährung; Gustav Fischer Verlag 1999
- ◊ Hackel; Leitfaden Künstliche Ernährung, Fresenius, Zuckschwert Verlag 1999
- ◊ Richtlinien der GSASA: Parenterale Nahrmischungen zur Heimernahrung 1994, resp. 2001 (<http://www.gsasa.ch>)
- ◊ Richtlinie der GESKES über „Home Care künstliche Ernährung zu Hause“, Juni 2001

**GESKES-Empfehlung:****Schulung und Organisation der Entlassung von Patienten mit künstlicher Ernährung zu Hause (enteral und parenteral)**

Ziele	Massnahmen	wer / wann
1. Der Patient/seine Angehörigen kennen Sinn und Ziel der künstlichen Ernährung zu Hause. Sie sind mit dieser Therapie einverstanden und unterstützen sie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Arzt informiert den Patienten und seine Angehörigen über Sinn und Ziel der künstlichen Ernährung. Unterstützt wird er durch Pflegepersonen und Ernährungsberaterin.</li> <li>- Fragen und Probleme werden mit Patient/Angehörigen besprochen</li> <li>- Lösungsmöglichkeiten werden mit den zuständigen Fachpersonen gesucht</li> </ul>	
2. Die Selbständigkeit des Patienten wird gefördert und erhalten. Die Angehörigen können den Patienten zu Hause unterstützen und begleiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lern- und Handlungsfähigkeit einschätzen, entsprechende angepasste Schulungsinhalte vermitteln</li> <li>- Angehörige werden nach Möglichkeit vollumfänglich oder je nach Situation mindestens teilweise in die Schulung mit einbezogen</li> </ul>	
<p>3. Patient / Angehörige kennen die Vorbereitung und Verabreichung der künstlichen Ernährung sowie die Pflege der Sonde und der Sondenaustrittsstelle (PEG-Perkutan endoskopische Gastrostomie, Button, FKJ-Feinkatheter-Jejunostomie oder nasale Sonde), respektive die Katheter-Pflege.</p> <p>Bei enteraler Ernährung über eine Sonde sind in der Regel mindestens 3 – 5 ausführliche Besprechungen mit Üben, bei parenteraler Ernährung mindestens 5 Schulungstage mit An- und Abschluss der Infusion notwendig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitung der Nährlösung gemäss den Hygienevorschriften, Aufbewahrung, Haltbarkeit</li> <li>- Handhabung des Materials (Anwendung von Tropfbesteck, Ernährungspumpe, Spritzen, etc.)</li> <li>- Verabreichung der künstlichen Ernährung, Spülen</li> <li>- Handhabung des individuell erstellten Ernährungsplanes: Nährlösung (parenteral auch Zusätze), Flüssigkeit und eventuell ergänzende orale Ernährung</li> <li>- Pflege der Sondeneintrittsstelle, resp. des Katheters</li> <li>- Medikamentenverordnung und -verabreichung</li> <li>- vorbeugende Massnahmen gegen Sonden- resp. Katheterverschlebung</li> <li>- Reinigung und Entsorgung des Materials</li> <li>- Zusätzlich schriftliche Unterlagen abgeben: z.B. Sonden-ernährung zu Hause PEG Patienteninformation; parenterale Ernährung: situativ angepasste Pflegestandards</li> </ul>	
4. Patient/Angehörige kennen die Pflegeschwerpunkte und wenden sie selbständig an.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mundpflege, Zahnhygiene, Erhaltung der physiologischen Funktion des Kauapparates, trockener Mund</li> <li>- Nasenpflege bei Nasensonde</li> <li>- Körperpflege, Duschen, Baden</li> </ul>	
5. Patient/Angehörige kennen prophylaktische Massnahmen zur Vorbeugung von Komplikationen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstopfung der Ernährungssonde/des Katheters,</li> <li>- Materialdefekte,</li> <li>- Erbrechen, Bauchschmerzen, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Wundinfekt, Fieber etc.</li> <li>- Lagerung, falls Sondenernährung im Liegen (Aspirationsgefahr)</li> </ul>	
6. Die Entlassung des Patienten ist vollständig vorbereitet. Der Patient/seine Angehörigen wissen, an wen sie sich bei Fragen und Problemen wenden können.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Patient hatte mehrmals Gelegenheit, unter Anleitung und Aufsicht zu üben und fühlt sich sicher in der Handhabung des Ernährungssystems</li> <li>- allfällig notwendige bauliche und technische Einrichtungen zu Hause sind installiert (parenteral)</li> <li>- finanzielle Regelung (Kostengutsprache SVK oder andere Kostenträger) ist mit Patient/Angehörigen besprochen und eingereicht/akzeptiert.</li> <li>- Nährlösungen, Material und Zubehör sind für den ersten Monat (parenteral 2 Wochen) für den Austrittstag bestellt (ggf. Pumpe bereits ins Spital liefern lassen)</li> <li>- Instruktion über die Nachbestellung der Nährlösungen und weiteren Materialbezug ist erfolgt</li> <li>- Besprechen der Vorgehensweise bei Fragen und Problemen zu Hause (Adress- und Telefonliste)</li> </ul>	
7. Mitbeteiligte Dienste sind informiert, wenn nötig Termine organisiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betreuender Arzt,</li> <li>- Gemeindepflege/Spitex, Sozialdienst, Logopädie</li> <li>- Home Care Service, etc.</li> </ul>	

8. Kontaktaufnahme nach Entlassung, um Sicherheit in der kritischen Übergangsphase zu bieten.	- Dem Patienten am Entlassungstag und in den ersten Tagen nach der Entlassung telefonische Unterstützung durch das verordnende Zentrum gewährleisten.	
9. Die Nachbetreuung ist gewährleistet, durch betreuenden Arzt und/oder verordnenden Arzt aus spezialisiertem Zentrum sowie Spitex.	<p>Wichtige Parameter der Nachbetreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewichtsverlauf (wenn möglich)</li> <li>- notwendige Laboruntersuchungen</li> <li>- Zustand der Ernährungssonde/Katheter</li> <li>- Sondeneintrittsstelle/Kathetereintrittsstelle und Nadelwechsel</li> <li>- Stuhlgang</li> <li>- Hunger-, Durstgefühle</li> <li>- Zustand der Haut und Schleimhäute</li> <li>- Art und Menge der Nährlösung, Flüssigkeitsmenge</li> <li>- Möglichkeiten der oralen Nahrungsaufnahme</li> <li>- psychische Belastung, soziale Situation</li> <li>- Laufende Anpassung des Ernährungsplanes, Überprüfung der Notwendigkeit und ggf. Abbruch der künstlichen Ernährung. Bei Fortführung muss vor Ablauf von 6 Monaten eine erneute Kostengusprache eingeholt werden</li> </ul>	
10. Datenerhebung und Evaluation	- Erstellen einer jährlichen Statistik der künstlich ernährten Patienten zu Hause (Spitalregister mit Angaben zu Geschlecht, Alter, Indikation, Art der künstlichen Ernährung, Start und Ende, Grund für Beendigung der künstlichen Ernährung)	

### GESKES-Empfehlung:

#### Schulung und Organisation der Entlassung von Patienten mit oraler sondenfreier Ernährung

Ziele	Massnahmen	wer / wann
1. Der Patient/seine Angehörigen kennen Sinn und Ziel der künstlichen oralen sondenfreien Ernährung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Arzt informiert den Patienten und seine Angehörigen über die Probleme und Risiken, die mit der Malnutrition/Kachexie verbunden sind und den Sinn und das Ziel der oralen sondenfreien Ernährung.</li> <li>- Der Patient erhält eine Basisinformation über den Nährstoffbedarf (Energie, Protein, Mikronährstoffe).</li> </ul>	
2. Der Patient erhält künstliche orale Ernährung, die seinen Bedürfnissen angepasst ist, er weiss wann und wieviel und wie lange er diese einnehmen soll.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ernährungsberaterin erfasst die Ernährungsgewohnheiten des Patienten, diskutiert Verbesserungen der oralen Ernährung. Entsprechend der individuellen Situation des Patienten wählt sie Produkt und Menge der oralen sondenfreien künstlichen Nährlösungen.</li> <li>- Die finanzielle Regelung (Kostengusprache) ist mit Patient / Angehörigen besprochen und eingereicht / akzeptiert.</li> <li>- Die Nährlösungen sind für den ersten Monat bestellt, Information über die Nachbestellung der Nährlösungen ist erfolgt</li> </ul>	
3. Die Nachbetreuung ist gewährleistet, durch betreuenden Arzt und Ernährungsberaterin.	<p>Wichtige Parameter der Nachbetreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewichtsverlauf</li> <li>- notwendige Laboruntersuchungen</li> <li>- Stuhlgang</li> <li>- Hunger-, Durstgefühle</li> <li>- Zustand der Haut und Schleimhäute</li> <li>- Art und Menge der Nahrungszufuhr, Flüssigkeitsmenge</li> <li>- Möglichkeiten der oralen Nahrungsaufnahme optimieren</li> <li>- psychische Belastung, soziale Situation</li> <li>- Laufende Anpassung des Einsatzes von oralen Nährlösungen, Überprüfung der Notwendigkeit und ggf. Abbruch. Bei notwendiger Fortführung muss vor Ablauf von 6 Monaten eine erneute Kostengutsprache eingeholt werden</li> </ul>	
4. Datenerhebung und Evaluation	- Erstellen einer jährlichen Statistik der künstlich ernährten Patienten zu Hause (Spitalregister mit Angaben zu Geschlecht, Alter, Indikation, Art der künstlichen Ernährung, Start und Ende, Grund für Beendigung der künstl. Ernährung)	