

PFLEGELEICHT AKADEMIE – DÖRTE RODE



Ausbildung:

- Krankenschwester
- Fachweiterbildung
 Anästhesie & Intensivpflege
- Praxisanleiterin
- Moderatorin Palliative Praxis
- Palliative Care Fachkraft
- Kursleitung Palliative Care
- Bodymotion Pilatestrainerin



Beruflicher Werdegang:

- 11 Jahre Interdisziplinäre Intensivstation Klinikum Bremen Nord
- Einige Semester Pflegewissenschaft
 Universität Bremen
- Ambulante Intensivpflege
- Aufbau einer kleinen Akademie für pflegerische Weiterbildung
- PflegeLeicht Akademie seit 2019

ADRESSATEN VON PALLIATIVE CARE



Wer benötigt eine Palliativversorgung?

Menschen mit einer lebensbegrenzenden und chronischen Erkrankung:

Onkologische Erkrankungen

Neurologische Erkrankungen wie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), M. Parkinson



Terminale Niereninsuffizienz

Alte, multimorbide Menschen

Kleinkinder mit Mukoviszidose

Schwermehrfachbehinderte Menschen unterschiedlichen Alters

Menschen mit illegalem Drogenkonsum und deren Folgeerkrankungen

Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz



BEGINN DER PALLIATIVVERSORGUNG



Wann ist der "richtige" Zeitpunkt?

Zum Ende des Lebens?

Definiere Ende?

Wenn eindeutig klar ist, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist?

Wer definiert das und was ist vorher?

Wenn dem Patienten die Lebensqualität wichtiger ist als die Heilung oder Lebensdauer?

Können wir das immer akzeptieren?

Wenn eine lebenslimitierende Diagnose gestellt wird?

Darf der Patient nicht trotzdem Hoffnung auf Heilung haben?

Sollte jeder schwerkranke Patient sofort in das SAPV-Team aufgenommen werden?

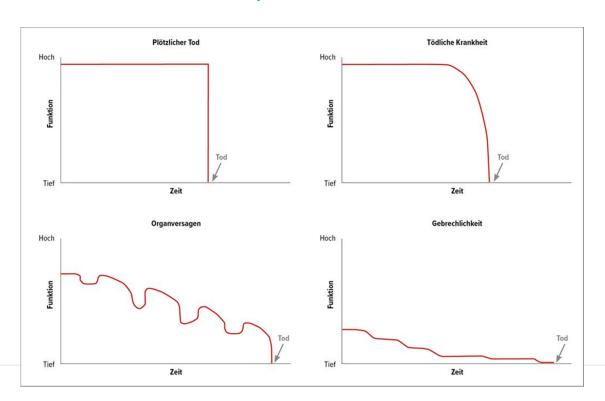
Wer definiert die Schwere der Symptome?



UNTERSCHIEDLICHE KRANKHEITSVERLÄUFE

8

(NACH LUNNEY JR ET AL.13)



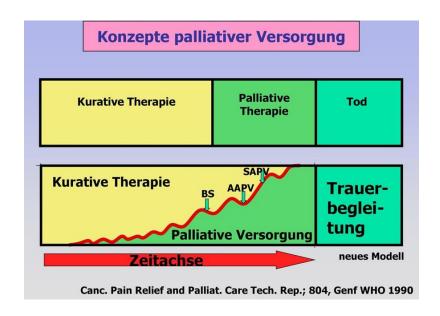
https://www.universimed.com/de/article/onkologie/das-konzept-integration-vonpalliativmedizin-onkologie-46029

FRÜHZEITIGE INTEGRATION VON PALLIATIVMEDIZIN



als zusätzlich eingebrachte Ressourcen und Expertise

- Niederschwellige Kontaktaufnahme
- Information über begleitende Unterstützungsangebote
- Angebote für die An- und Zugehörigen
- Frühzeitiges und regelmäßiges Symptom- und Behandlungsassessment
- Vermittlung eines besseren Krankheits- und Prognoseverständnisses
- Unterstützung bei Therapie (-ziel) entscheidungen
- Koordinative Aufgaben
- Vorausschauende Versorgungsplanung (ACP)



AUSWIRKUNGEN DER FRÜHEN INTEGRATION



PALLIATIVER BETREUUNG

	Gesamt- überleben	Lebens- qualität	Psychologische Belastung	Patienten- zufriedenheit	"End of life care"	Symptome	Kosten
Gade et al. ⁴³ : "Inpatient palliative care model"	Kein Unterschied	Kein Unter- schied	Kein Unter- schied	Höher mit Betreuung (p = 0,04) und Kommunikation (p = 0,0004)	Mehr Patienten- verfügungen (p < 0,001)	Kein Unterschied	Geringere Spitalskosten
Brumley et al. ⁴⁴ : "Home based palliative care model"	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,06)	Nicht gemessen	Verbessert (p < 0,05)	Verbessert (p<0,001)	Nicht gemessen	Weniger Notaufnahmen (p=0,01) und Aufnahmen (p<0,001)
Bakitas et al. ^{15, 16} ; "Outpatient clinic palliative care model ENABLE II and ENABLE III"	ENABLE II 14 versus 8,5 Monate (p > 0,05); ENABLE III 18 versus 11,8 Monate (p = 0,003)	Verbessert (p=0,02)	Weniger Depression (p=0,02)	Nicht gemessen	Kein Unter- schied	Verbessert (p=0,06)	Weniger
Temel et al. ¹⁷ : "Early palliative care upon diagnosis in patients with metastatic NSCLC"	11,6 versus 8,9 Monate (p = 0,02)	Verbessert (p=0,03)	Weniger Depression (p=0,01)	Nicht gemessen	Mehr Patienten- verfügungen (p=0,05)	Verbessert (p=0,04)	Weniger aggressive Therapie (p=0,05)
Zimmermann et al. 45: "Early palliative care for patient with advanced cancer: a cluster-random- ized controlled trial"	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,007)	Nicht gemessen	Verbessert (p < 0,001)	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,05)	Nicht gemessen
Higginson et al. 46: "Randomized fast track trial to test timing of palliative care referral and how long the effect is maintained for patients with multiple sclerosis"	Nicht gemessen	Verbessert	Nicht gemessen	Nicht gemessen	Nicht gemessen	Verbessert	Weniger

https://www.universimed.com/de/article/onkologie/das-konzept-integration-vonpalliativmedizin-onkologie-46029

AUSWIRKUNGEN DER FRÜHEN INTEGRATION



- Die Überlebenszeit kann gesteigert werden
- Die Lebensqualität wird verbessert
- Die Wahrscheinlichkeit einer Depression ist reduziert
- Höhere Patientenzufriedenheit
- Anzahl der verfassten Patientenverfügungen steigt
- Die Symptomlast sinkt
- Die Kosten für die Behandlungen sinken, da es weniger Notaufnahmen, Krankenhaustage und aggressive Therapie gibt

	Wissenslücken in Bezug auf palliativmedizini- sche Maßnahmen und Betreuungskonzepte sowie Ressourcen von Strukturen	Palliativmedizin in Lehre und Ausbildung integrieren Pflichtrotation auf Palliativabteilungen während der onkologischen Zusatzausbildung etablieren Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung	
WARUM IST DIE UMSETZUNG SO	Fehlender Enthusiasmus für Palliativmedizin	Information über evidenzbasierte Studien, Forschungsergebnisse, Konzepte Mehr Information über Betreuungskonzepte für Onkologen, Patienten und Angehörige	
SCHWIERIG UND WELCHE STRATEGIEN	Fehlende Kommunikation mit Patienten über palliative Betreuungsangebote		
ZUR BEWÄLTIGUNG GIBT ES?	Zu wenig verfügbare Palliativmediziner bzw. Betreuungsteams, um das Potenzial der frühen Integration voll auszuschöpfen	Mehr Ausbildungsplätze für Palliativmediziner schaffen Ressourcen für die Neubildung von Palliativteams unterstützen	
	Vorbehalte von Patienten und Angehörigen bzw. der Gesamtbevölkerung gegenüber der Bedeutung palliativer Betreuung, Angst und Vorbehalte am Lebensende	Öffentlichkeitsarbeit, Gespräche	
	Verwechslung von Hospizbetreuung und Palliativbetreuung	Aufklärungsgespräche	
	Angst, vom Onkologen im Stich gelassen zu werden, wenn palliative Betreuung in Anspruch genommen wird	Aufklärungsgespräche	
	Fehlende Richtlinien für das Konzept der frühen Integration	Implementierung von nationalen Richtlinien für das Konzept der frühen Integration	
https://www.universimed.com/de/article/onkologie/das-konzept-	Fehlende Forschungsförderung	Verstärkte Forschungsförderung	

integration-vonpalliativmedizin-onkologie-46029

Barrieren

Bewältigungsstrategien

WER SIND DIE AKTEURE



Palliative Care findet in verschiedenen Organisationsformen statt.

Stationäre und Teilstationäre Organisationsformen

- Palliativstation
- Hospiz, Tageshospiz, Kinderhospiz
- Pflegeheim

Ambulante Organisationsformen

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Hospizdienst, Trauerbegleitung, Beratungsdienste
- Zuhause z. B. Wohngemeinschaften

WER SIND DIE AKTEURE



Verschiedene Berufsgruppen sind beteiligt:

- Pflegekräfte
- Mediziner*innen
- Sozialarbeiter*innen
- Theolog*innen
- Psycholo*innen
- Physiotherapeut*innen
- Logopäd*innen
- Orthopädie-Mechaniker*innen
- Apotheker*innen
- und viele mehr

NEBEN DEN AKTEUREN IM ANGESTELLTENVERHÄLTNIS HABEN DIE EHRENAMTLICHEN EINE BESONDERE BEDEUTUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG

WAS KANN DIE INTEGRATION VON PALLIATIVE CARE VERÄNDERN?



- Die Aufklärung erfolgt auf Augenhöhe
- Die Patienten und ihre An und Zugehörigen fühlen sich gesehen und gut aufgehoben
- Schmerzen werden früher erkannt und adäquat behandelt
- Andere Symptome wie z.B. Atemnot, Juckreiz, Übelkeit, Obstipation, (Ex)ulcerierende Wunden, Mundschleimhautprobleme werden früher erkannt und behandelt
- Psychosoziale Probleme werden erkannt und thematisiert
 - Kontakt zu einer wichtigen Person wieder herstellen
 - Wer versorgt meinen Papagei?
- Raum für Spirituelle Bedürfnisse

BEDÜRFNISBLUME T. KITWOOD





FALLBEISPIEL HR. MÖLLER



- Liebender Partner von Helga
- Vater von Ralf, der ihm einige Sorgen bereitet
- Inhaber eines Malerbetriebs
- Vorsitzender im Kaninchenzüchterverein
- Begnadigter Sudokolöser
- Heinz hat in seinem Leben Dinge getan, die er jetzt bereut
- Heinz wollte im Ruhestand mit Helga viel Reisen
- Heinz hat die Lebensversicherung vor einigen Jahren gekündigt weil sein Betrieb schlecht lief

Heinz Möller, 63 Jahre COPD

Seit 4 Jahren Tracheotomiert und PSV beatmet

> Viele Krankenhauseinweisungen

BEDÜRFNISSE VON HEINZ



- Liebe zu Helga spüren und ausleben
- Trauern dürfen und Trost finden ob dieser Situation
- Als Heinz Möller wahrgenommen und auch angesprochen werden
- Klärung wie es mit seiner Firma weitergeht
- Wird sein Sohn die Firma in seinem Sinne weiterführen und ihn nach Rat fragen solange er noch helfen kann?
- Anspruchsvolle Sudokos lösen
- Kontakt zu seinen Freunden vom Verein halten
- Dinge aussprechen, die in den letzten Jahren nicht gesagt wurden
- Finanzielle Sicherheit für sich und Helga
- Seelsorgerischer Beistand



BIENCHENDIENSTE



- Nähe mit Helga ermöglichen
- Aktives Zuhören
- Trauer aushalten
- Über vergangene Malerarbeiten sprechen
- Biographiearbeit
- Soziale Kontakte ermöglichen am Telefon assistieren (Videoanruf)
- Bedürfnisse sehen und handeln
- Ernsthafte Sudokos anbieten
- Neue, andere Logikrätsel vorstellen
- Authentisch sein



STERBEWÜNSCHE WERDEN...



- meistens nicht öffentlich oder den Angehörigen gegenüber geäußert
- selten Ärzten mitgeteilt sondern meistens den Pflegenden
- häufiger bei hoher Symptomlast geäußert
- geäußert wenn der Klient in der aktuellen Situation sein Leben als unerträglich empfindet. Demnach drückt der Wunsch vor allem aus, so nicht weiterleben zu wollen
- auch bei bester palliativer Versorgung vorkommen

- Was ist es, das Sie so verzweifeln lässt, was halten Sie nicht mehr aus?
- Was belastet Sie am meisten?
- Warum ist dieser Wunsch gerade jetzt so deutlich?

TE Quill, 2012

PATIENTENVERFÜGUNGEN



Ich unochle Sound lebensverløinger unde Maßmahmen wenn es seine Chance auf Heileng gibt. Minchen, OF M. ZZ

- Rechtlich verbindlich?
- Aussagekräftig?
- Entscheidungshilfe für die Personen, die handeln müssen?

KRISENPLAN



Was soll bei welchem Symptom getan werden?

Bei Atemnot: Oberkörperhochlagerung, Handventilator

Morphin 5mg s.c. maximal 4x/Tag

Bei starken Schmerzen: Morphin 20mg s.c. maximal 4x/Tag

- Unruhe
- Fieber
- Krampfanfall
- Krankenhauseinweisung
- Reanimation
- Intubation
- PEG
- Diagnostik

VIELEN DANK

für Ihre Aufmerksamkeit!

