Dauerhaft zu Hause leben

Bedingungen einer sicheren und koordinierten ambulanten Palliativ-Versorgung

Symposium Essen 14.11.2015

Udo Kratel/Dormagen

Dauerhaft zu Hause leben...
...und sterben dürfen

Bedingungen einer sicheren und koordinierten ambulanten ***Hospiz- und Palliativ-Versorgung***

Symposium Essen 14.11.2015

Udo Kratel/Dormagen

3 Fragen: Was bedeutet...

- ***Dauerhaft*** zu Hause leben?
- ***Sichere*** ambulante (Hospiz- und) Palliativ-Versorgung?
- ***Koordinierte*** ambulante (Hospiz- und) Palliativ-Versorgung?

Wer bietet hier was an– und für wen ?

„Angebot und Nachfrage“

- Leistungserbringer, Politik, Krankenkassen, Verbände, Institutionen, Kommunen uvm. entwerfen umfassende Programme und Konzepte zur „Behandlung am Lebensende“
- Ca. 900.000 Todesfälle/Jahr in Deutschland (2014), davon ca. 225.000 Tumorpatienten
- Davon ca. 600.000 (?) mit palliativem Behandlungsbedarf
- Was wünschen sich die Menschen/Betroffenen?

Was wünschen sich die Betroffenen?

- DHPV-Umfrage 2012-

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Wo wünschen Sie sich, in Anbetracht einer lebensbegrenzenden/lebensbedrohlichen Erkrankung (bis zuletzt) medizinisch-pflegerisch betreut zu werden?

66%	**zu Hause im vertrauten Milieu**
18%	in einer stationären Einrichtung
16%	unentschieden/ambivalent

Wo leben (bis zuletzt)/sterben Palliativpatienten derzeit?

(Quelle: AOK-Rheinland/Hamburg-Vorstand Mohrmann 12.9.15/Palliativkongress der KVNO)

Sterbeort Krebspatienten	Quote Bund	KVNO AAPV	KVNO SAPV
Klinik	**50%**	28%	16%
Zu Hause	**28%**	25%	56%
Pflegeheim	**13%**	34%	15%
Hospiz	**7%**	13%	12%

Dauerhaft zu Hause leben

- Möglichst im **vertrauten häuslichen Milieu** bleiben dürfen, umgeben von An-/Zugehörigen
- Möglichst **„gute Lebensqualität"** bewahren: Symptomkontrolle, Schmerzlinderung etc.
- Gute Versorgung durch **kompetente „Akteure"** aus Medizin, Pflege, Hospiz, Seelsorge uvm.
- Möglichst **keine stationäre Einweisung**...
- ...auch nicht **„im Notfall"**, außerhalb der Sprechzeiten, am Wochenende
- Dann auch: **in Frieden und Würde zu Hause sterben dürfen**

Sichere ambulante Versorgung

- **Qualitativ** gesicherte und empathische Versorgung
- **Gute, solide Kooperation und Kommunikation** der Hospiz- und Palliativakteure untereinander und mit dem Betroffenen/der Familie
- **Verlässlichkeit** (Vertrauen)
- **Erreichbarkeit** der Ärzte, Pflegenden et al. zu jeder Zeit und an jedem Ort (24/7)
- **Notfall-Vorsorge**/Krisen-Intervention (Göttinger Palliativbogen")
- Notfall-Medikation für den „palliativen Notfall" bzw. die Sterbephase

PALLIATIVNOTFALLBOGEN („Do Not Attempt Resuscitation")

Name:
Geb.datum:
Adresse:
Diagnosen:
Aktuelle Probleme:
Besonderheiten:

WICHTIGE KONTAKTPERSONEN:
Nächster Angehöriger:
Betreuer: O Ja O Nein
( ) Palliativteam:
( ) Hausarzt:
( ) Pflegedienst:
( ) Ärztlicher Notdienst:
( ) Notarzt: 112
( ) Seelsorge:
( ) Hospizdienst/Hospiz:

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht? O Ja O Nein
Krankenhauseinweisung gewünscht? O Ja O Nein
Aufklärung Prognose/Diagnose?
Patient: O Ja O Nein
Angehörige: O Ja O Nein
Patientenverfügung: O Ja O Nein
Vorsorgevollmacht: O Ja O Nein
Hinterlegung der Dokumente:

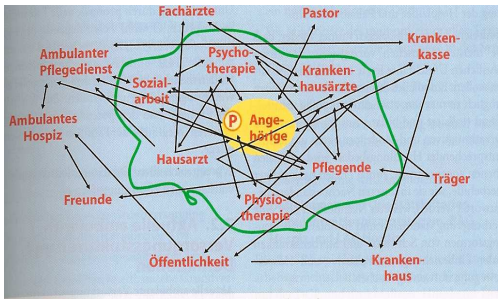
Datum Name Unterschrift Patient/Betreuer

Ablehnung weiterer Maßnahmen:
Letzter Klinikaufenthalt:
Klinik/Einrichtung:
Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum Name des Arztes Unterschrift

Koordinierte ambulante Versorgung:

Nur im hospizlich-palliativen Netzwerk



Coco vs. KoKoKo

<1883-1971>

Barmherzigkeitsschülerin im Pensionat *Notre-Dame* der Stiftsdamen von Saint Augustin in Moulins in der Auvergne

- **Ko**mmunikation
- **Ko**operation
- **Ko**ordination

Koordination

- Zentrale Koordinationsstelle
- Strukturierte Zusammenarbeit
- Koordinatorin: „Gesicht des Teams"
- Infrastruktur (Büro, Hard-/Software)
- Erreichbarkeit für Patienten, Angehörige, Teammitglieder
- Gemeinsame Dokumentation
- Schnittstellen (sektorübergreifende Versorgung)

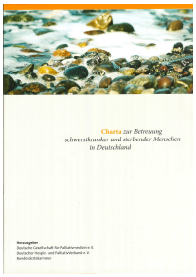
AAPV	SAPV
Allgemeine Ambulante Palliativ-Versorgung	Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung

Weitere Kernelemente eines AAPV/SAPV-Teams

- Integrationsfähigkeit
- Aufgeschlossenheit
- Selbstkontrolle
- Durchsetzungsvermögen
- Konfliktfähigkeit
- Hierarchie-Abbau
- Wechselseitiger Respekt...und viel Geduld!

<Wahren 1994>

Die Charta: Hospiz- und Palliativversorgung vom Patienten her gedacht---und für ihn gemacht!



Kernbotschaften der Charta

- „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat **ein Recht** auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungs-bedarf Rechnung trägt“

- **Leitsatz 2: „Zugangsgerechtigkeit“**

→ s.a. Programm dieses Symposiums!

Das Palliativteam Dormagen

Und wofür/für wen das alles?

- **Für Ursula P, 72 Jahre, metastasiertes Blasen-Ca:**

- Juni 2015: Z. n. multiplen Ops, Chemotherapie, Radiatio
- „Ich will das alles nicht mehr“
- „Ich kann nicht mehr“
- „Ich will nach Hause, zu meinen Töchtern, in meinen Garten“
- „Ich weiß, dass ich bald sterben werde“

1. Kommunikation

- Gemeinsamer Besuch der Hausärztin, des QPA, der Koordinatorin und einer Palliative Care-Pflegekraft des PCT
- „Was wünschen Sie sich?“
- Intern: „Was können wir leisten, wer, wann, wie?“
- Gemeinsame Entscheidungen über weiteres Vorgehen, Besuchsfrequenz, Medikation (v.a. bzgl. Schmerztherapie bei WS-Metastasen)
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?

2. Kooperation

- Wer besucht die Patientin zu welchem Zeitpunkt
- Abgestimmtes Vorgehen Pflege/ärztliche Betreuung
- Erreichbarkeit 24/7 Pflege&QPA
- Krisenintervention
- Vorausschauende Planung
- Transparenz über Symptomkontrolle, Befinden, aktuelle Probleme, Maßnahmen durch gemeinsames Doku-System
- Immer wieder: gemeinsame Besuche, Absprachen vor Ort unter Einbeziehung Patientin/Töchter...bis zuletzt!

3. Koordination: Einzelfall- und Systemebene

- Erreichbarkeit der Koordinatorin
- Überleitung stationär/ambulant
- Teilnahme an Klinik-Palliativkonferenzen
- Verordnung SAPV
- Dokumentation
- Absprachen im Team
- Teamsitzungen
- Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, Ethische Fallbesprechungen

Hospiz-Palliativ-Gesetz 5.11.2015: Neue Impulse?

- Stärkung der allgemeinen ambulanten Hospizkultur und Palliativ-Versorgung = **Teil der Regelversorgung**
- Förderung der **Vernetzung** v.a. auch in „strukturschwachen Regionen“ i.S. eines flächendeckenden Angebotes
- Verbesserung der **AAPV in den Pflegeheimen** in Ergänzung zur SAPV
- Obligate „**Versorgungsplanung** für die letzte Lebensphase“
- Bessere **Finanzierungsgrundlagen** (ambul./stat.)

Zusammenfassung:

- **„Dauerhaft zu Hause leben unter den Bedingungen einer sicheren und koordinierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung“ gelingt (auch nach dem HPG) m.E. nur durch:**
- **Gesprächskultur** unter allen Beteiligten auf der System- und der Einzelfallebene
- **Kooperationskultur** zwischen den „Akteuren“ der Hospiz- und Palliativversorgung, darüberhinaus aber auch zwischen Organen der Selbstverwaltung, den Krankenkassen, den Leistungserbringern in Pflege und Medizin und deren Verbänden
- **Sorgekultur** (Aachen, Januar 2015) für die Patienten und ihre Angehörigen, v.a. auch für Patienten in den Pflegeheimen!

Zum Thema Kultur
eine Einladung zum
Hospizkonzert in Dormagen:

„Frag nicht lang!“

Oliver Steller singt und spricht:
„Christian Morgenstern“

- Samstag, 28.11.2015
- Baptistenkirche Dormagen
- Veranstalter: Hospizbewegung Dormagen e.V.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

© U. Kratel Dormagen 2015