



Deutsche PalliativStiftung | Am Bahnhof 2 | 36037 Fulda

Peter Hehl
Regierungspräsidium Wiesbaden

peter.hehl@rpda.hessen.de

Telefon: 0661 | 480 49 797
Telefax: 0661 | 480 49 798
E-Mail: thomas.sitte@palliativstiftung.de

Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Steuernummer: 01825057994

Fulda, 20.03.2020

Finaler Bericht PiPiP 2020

**Pilotprojekt 2018 bis 2020 zur
Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen
der Deutschen PalliativStiftung**

Inhaltsverzeichnis

Ergebniszusammenfassung	3
Ziele und Grundlagen	4
Konzept für die Praxis.....	5
Beteiligte Experten.....	6
Sondierung, Problemerkhebung.....	7
Beteiligte Einrichtungen	13
Umsetzung.....	15
1) Bedarfsanalyse.....	15
2) Informationsschreiben an alle.....	16
3) Impulsworkshops:.....	17
5) offene Sprechstunde	17
6) Halbtagesworkshop	18
7) Drohende Probleme bei Bewohnern	18
8) Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen	18
9) Option Poolmedikamente als Notfallvorrat in der Einrichtung	19
10) Option Notfalldose	20
11) Option Palliativ-Ampel	21
Evaluation, Umfragen	24
Anhang: Anschreiben Hausärzte	43
Anhang: Anschreiben Bewohner und Angehörige.....	44
Anhang: Anschreiben MitarbeiterInnen	45
Anhang: Essentielle Medikamente zur Begleitung am Lebensende	46
Anhang Module.....	47
Handout und Konzept.....	47
Anhang Vorschläge für Modulgestaltung.....	57
Modul 0: Vorstellung des Projekts/Bedarfserhebung	57
Modul 1: Fallbesprechung	58
Modul 2: Rechtliche Aspekte	60
Modul 3: Medikamente	62
Modul 4: Technik und Geräte	63
Modul 5: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co.....	64
Modul 6: Versorgungsplanung.....	66
Modul 7: Gesprächskultur.....	67
Modul 8: Symptome und Maßnahmen I.....	68
Modul 9: Symptome und Maßnahmen II.....	70
Modul 10: Selbstfürsorge.....	72
Modul 11: Netzwerke und Kooperationspartner/Abschluss.....	74

Ergebniszusammenfassung

Das Ziel des Projektes war Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen – und zugleich die Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte. Wichtigster Baustein war es dabei, dass jeder (!) Beteiligter für sich einen Mehrwert daraus ziehen kann. Sei es das Wissen der Bewohner, dass Ihre Behandlungswünsche umgesetzt werden, auch wenn sie sich dazu nicht mehr äußern können, die größere Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit. Die Gewissheit von Angehörigen, dass Ihre Verwandten bis zum Lebensende in der Einrichtung angemessen versorgt werden können, der Verwaltung, dass die Abläufe reibungsfreier gelingen oder der versorgenden Hausärzte, dass ihre Patienten mit größerer Kompetenz gepflegt und die Symptome angemessen gelindert werden.

Die Rückmeldungen der beteiligten Einrichtungen und insbesondere auch der Mitarbeiter aus den verschiedensten Berufsgruppen waren so hervorragend, dass wir mit der PalliativStiftung nun intensiv an Möglichkeiten der breiten Umsetzung arbeiten.

Wir erhielten solche Aussagen im persönlichen Gespräch, als Mail, WhatsApp Nachricht, aus Fragebögen und auch einer online-Befragung mittels Survey-Monkey. Immer wieder wurde auch der Wunsch nach „mehr“ geäußert. Wiederholung, Vertiefung, (ethische) Fallbesprechungen, weitere Themen und vielem mehr.

Als Fazit lässt sich deshalb zusammenfassen:

Wegen des großen Erfolges werden wir das Projekt PiPiP 2020 mit allen unseren Möglichkeiten fortführen und weiterentwickeln und hoffen auf entsprechende Unterstützung.

Ziele und Grundlagen

Ziel: Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen – Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte

Im Jahr 2013 bis 2015 wurde von uns eine größere Projektstudie in der Praxis durchgeführt, bei der es sich zeigte, dass ein enormes Potential zur verbesserten Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht, wenn ein Teil der Mitarbeiter in den Grundlagen der Palliativversorgung geschult wird und parallel die bestehenden Strukturen der palliativen Versorgung besser in die Heimversorgung eingebunden werden.

Es konnten **im Evaluationszeitraum die Klinikeinweisungen um über 60 %** gegenüber der Einweisungszahl der Vergleichs quartale der beiden Vorjahre gesenkt werden bei sehr hoher Zufriedenheit der Mitarbeiter, Bewohner und Angehörigen.

Optimiert werden kann das Ergebnis durch vier wesentliche Punkte:

1. Engagierte, kompetente und anerkannte **Kümmerer** (Palliative Care Fachkraft)
2. **umfassend geschulte Mitarbeiter** (Schwerpunkt Relevanz und Verständlichkeit. Angemessene Antworten auf alle Fragen)
3. **Zeitnahe und fachkompetente Lösung** auftretender Probleme
4. konkrete **medizinische und juristische (!) Sicherheit** der Mitarbeiter

Eines der häufigsten schwerwiegenden Probleme in Seniorenheimen sind medizinisch fraglich indizierte und/oder vom Bewohner bei gegebener medizinischer Indikation unerwünschte Krankenaufweisungen.

Die Optimierung einer (palliativ)medizinischen Versorgung soll und kann hier Abhilfe leisten. Die Grundlage dieser Versorgung ist der Zuwachs relevanten Wissens, der regelhaft zugleich zu einer Haltungsänderung beim einzelnen Mitarbeiter, wie auch der gesamten Einrichtung führt. Zugleich wird bei einer verbesserten Versorgung im Sinne des Bewohners der Durchführung von nutzlosen Maßnahmen (i.S. „Futility“) entgegengewirkt: damit wird Belastung und Einschränkung für den Bewohner gemindert und vorhandene Ressourcen werden bewohnergerechter eingesetzt.

Konzept für die Praxis

Die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten ist unerlässlich.

Gerade das sichere Management in Vorhaltung und Umgang speziell in Palliativsituationen notwendiger, sonst teils weniger üblicher Medikamente, bzw. Zubereitungen zur Symptomkontrolle führt in Pflegeeinrichtungen zu einem großen Zugewinn an Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten wie das System und zu größerer Handlungskompetenz. Hierbei ist es wichtig, das Wissen über die natürlichen Vorgänge der letzten Lebensphase besser zu verankern und in den praktischen Auswirkungen zu verdeutlichen. Unsicherheiten in juristischen wie auch ethischen Fragen prägen in der täglichen Praxis nach wie vor die Arbeit.

Zu den Ursachen von unvermeidbaren Einweisungen gehören die Folgen schwerer Stürze bei palliativen, wie nicht palliativen Bewohner, Nierenversagen, Infektionen wie Pneumonien und zerebrale Ischämien, wenn eine weitere Lebenserhaltung oder -verlängerung noch gewünscht wird, nicht jedoch bei fehlendem Behandlungswillen der Bewohner.

Die bessere Schulung des Personals insbesondere in der geriatrischen und palliativen Schmerztherapie soll dabei die Einschätzung von Krisensituationen bei allen Bewohnern deutlich verbessern. Hierdurch können die notwendigen weiteren Schritte wesentlich beeinflusst werden. Informationsveranstaltungen zu Betreuungsvollmacht, Bewohnerverfügung und individuellen Empfehlungen für das Vorgehen in Notfallsituationen sind ebenfalls Teil der Aufklärungsarbeit zum hospizlich-palliativen Wissen.

In den Einrichtungen werden vermittelt und zur Verfügung gestellt:

Grundlagenwissen zu hospizlich-palliativem Denken und Handeln, um im Sinne von „Advance Care Planning“ RisikoBewohner zu identifizieren,

Coaching im Umgang mit palliativen Fragestellungen

angemessenes, allgemeinverständliches Informationsmaterial,

Sprechstunden für Angehörige, Bewohner, Interessierte

Das Projekt wurde für jede Einrichtung mit einer Dauer von etwa einem Quartal veranschlagt.

Es erfolgte die Bewilligung des beantragten Projektes mit dem Förderbescheid des HMSI im April 2018. Danach konnten wir mit der strukturellen und inhaltlichen Arbeit beginnen. Parallel mussten qualifizierte Mitarbeiter gesucht und gefunden werden, die sich mit einem ausreichenden Zeitkontingent einbringen konnten.

Beteiligte Experten

Es wurden in die Umsetzung des Projektes dann insbesondere das folgende **Projektteam** eingebunden:

- Experte: Dr. med. Thomas PLAPPERT
Facharzt für Innere Medizin, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
- Expertin: Holle REDPATH
Krankenschwester, Supervisorin, Palliative Care Fachkraft
- Experte: Kristina SCHMIDT
Sozialarbeiterin, Hospizkoordinatorin, Palliative Care Fachkraft
- Projektleitung: Dr. med. Thomas SITTE
Palliativmediziner

Sowie das Büro-Team der Deutschen PalliativStiftung für den logistischen Support.

In der Findungsphase erfolgten zunächst erste Gespräche mit den Leitungen geeigneter Einrichtungen, die nicht immer zu einem positiven Ergebnis führten. Hierbei stellte sich die Startphase als erstaunlich schwierig dar. Die Resonanz am Ende hingegen war überwältigend gut.

Die Gründe, warum sich Einrichtungen (zunächst) gegen eine Beteiligung aussprachen, waren wohl salopp formuliert primär darin zu suchen, dass nichts taugt, was fremd ist. Interessant und sehr bezeichnend war es, dass mit dem Fortlauf der Umsetzung immer weniger Bedenken auch in den Erstgesprächen geäußert wurden und die Akzeptanz ganz enorm zunahm, so dass wir letztendlich mit PiPiP 2020 nur noch weit offen stehende Türen einrannten und wir nicht mehr alle Heime einschließen konnten, die es gerne gewollt hätten, da wir mit unseren Kapazitäten an die Grenze kamen!

Sondierung, Problemerkhebung

Außerdem gab es eine Vielzahl von kleineren und größeren Veranstaltungen im regionalen Umfeld um über die Möglichkeiten hospizlich-palliativer Versorgung aufzuklären und zugleich über PiPiP zu informieren:

Projektvorstellung in Workshops, Vorträgen, Impulsveranstaltungen

2018

- 24.04. Kloster Hünfeld für Altenpflegekurs des BerufsBildungsZentrums
- 27.04. Frankfurter Forum
- 02.06. Hofgeismar Diakonie
- 05.06. Wiesbaden HSM
- 11.07. Pflegeheim Schlitzerland
- 21.08. Industrie und Handelskammer, Arbeitskreis Gesundheit und Werte
- 31.08. Deutsche Bischofskonferenz, Wiesbaden
- 22.09. GesundheitsNetz Osthessen, Petersberg
- 26.09. Arbeitskreis Seelsorge der Evangelischen Kirche Deutschland
- 19.10. Mittelstandsvereinigung
- 26.10. Frankfurter Forum
- 28.11. HMSI und KASA, Wiesbaden
- 03.12. Fachtagung der KASA in Darmstadt

2019

- 16.01. Berufsbildungszentrum Fulda
- 18.01. Industrie- und Handelskammer in Fulda
- 13.02. AG Ethik am Lebensende der DBK in Frankfurt
- 20.03. Fuldaer Zeitung
- 22.03. Markt der Möglichkeiten, Fulda
- 05.04. Treffen mit dem Nuntius, Berlin
- 09.04. Ausschuss Gesundheit der DIHK, Treffen in Heidelberg
- 11.04. Runder Tisch Pflege, Gesundheitsamt Osthessen
- 07.05. AK Werte der IHK Osthessen
- 08.05. DRK Empfang
- 16.05. BBZ Fulda, Projektentwicklung
- 20.05.
- 22.05.
- 23.05. diverse Gespräche, Interviews, Pressearbeit Fulda, Wiesbaden, Berlin
- 11.06. Workshop mit Studierenden in Frankfurt
- 02.07. Workshop Verbraucherzentrale
- 10.07. Austausch mit BM Jens Spahn zu notwendiger Weiterbildung usw.
- 09.10. Workshop PiPiP Fulda, Weiterentwicklung
- 16.10. Workshop Prostata-SHG Bundesgruppe, Fulda
- 07.11. Ausschuss Gesundheit der DIHK, Sitzung in Berlin
- 27.11. AG Sterbebegleitung HSMI

Diese Fülle an externen Terminen ist sicher im Rahmen eines solchen Projektes eher unüblich. Durch die sehr intensive Netzwerkarbeit können aber die grundlegenden Gedanken, die Planungen, die Zwischenergebnisse in einer Weise in kleinen und großen persönlichen Begegnungen abgeglichen werden, die langfristig zu einer wesentlichen nachhaltigeren Umsetzung führt.

Dazu etablierten wir eine **Vortragsreihe** zum Thema Möglichkeiten der Vorsorge für das Lebensende. An jedem dritten Dienstag im Monat kommen bislang jeweils 30 bis 50 wechselnde Teilnehmer.

Eine zweite Vortragsreihe, die wir parallel zu PiPiP etablierten, ist der „**Tod Reden Stammtisch**“ der zweimonatlich etwas 20 Gäste anzieht.

Beide Reihen hatten ebenfalls nicht direkt mit PiPiP zu tun. Sie trugen aber ganz wesentlich zum Klima bei unter dem PiPiP besser gedeihen kann.

Im Nachgang zum Projekt wurde dann ab 2020 noch nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen der interdisziplinäre und multiprofessionelle Qualitätszirkel „Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“ gegründet, der sich nun an jedem ersten Dienstag im Monat in den Räumen der PalliativStiftung in Fulda trifft.

In verschiedenen **Sondierungsgesprächen** und auch weiteren Meetings konnten die Bedarfe und auch die Bereitschaft zu eigenem Engagement in den Einrichtungen mit jenen unseres Projektkonzeptes für den Start abgeglichen werden. Hierbei zeigte es sich, dass die unsere ursprünglichen Vorstellungen doch weitgehend jenen der Gesprächspartner übereinstimmend waren. Darüber hinaus bestanden vielfältige und noch deutlich stärkere Versorgungserschwernisse in der täglichen Arbeit der Pflegeeinrichtungen, die wir bei der Planung zunächst nicht im Fokus hatten. Auch im Verlauf der folgenden zwei Projektjahre konnten wir so immer wieder unsere Vorstellungen und Planungen an die Ansprüche der Versorgungsrealität anpassen.

Insgesamt wurde und wird noch weiterhin ein **sehr hoher Beratungs- und Unterstützungsbedarf** von allen Mitarbeitern gesehen und ist und bleibt noch deutlich höher als erwartet. Dies zieht sich als roter Faden durch wirklich alle Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder. Zudem besteht gerade bei den Mitarbeitern, die von PiPiP subjektiv am meisten profitierten der größte Wunsch diesen Weg weiter zu gehen und PiPiP zu verstetigen.

Als grundlegenden und immer wiederkehrenden Probleme und Veränderungsbedarfe wurden von allen **Mitarbeitern aus der Pflege** gesehen, ...

... die medikamentöse Verordnung erfolgt in der Regel von und mit vielen verschiedenen Behandlern ohne ausreichende Abstimmung.

... insbesondere auch und gerade in nicht-palliativen Versorgungssituationen bestehen große Unsicherheiten, wenn interkurrente gesundheitliche Verschlechterungen auftreten, wie passageres Fieber oder Schwächezustände.

... es erfolgt häufig keine dokumentierte Therapiezieländerung bei nahendem Lebensende.

... Maßnahmen für die veränderte Überwachung, Dokumentation, Medikation bei einer Versorgung am Lebensende werden nicht präemptiv getroffen.

... Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden bei Aufnahme angesprochen, aber nicht besonders aktiv. Ausreichend durchsetzungsstarke Muster hierfür werden von den Einrichtungen oft nicht bereitgestellt.

... die Beratungsprozesse hierzu sind nicht ausreichend strukturiert.

... gesetzliche Betreuer sind oft schlecht über die Patienten informiert. Insbesondere über ihren (mutmaßlichen) Behandlungswunsch. Betreuer sind zur Unzeit und im Urlaub nicht erreichbar, es gibt keine Vertretungsregelung, obgleich diese gesetzlich vorgeschrieben ist.

... Angehörige können oftmals in ihrer Begleitung nicht ausreichend unterstützt werden. Dies gilt für die Entscheidungen für und gegen Therapien ebenso wie in der möglichen Symptomkontrolle und der allgemeinen Belastung durch das Versterben des Bewohners.

... die Hausärzte sind oft nicht mehr diejenigen, die vor der Aufnahme ins Pflegeheim seit Jahren die Ärzte des Vertrauens waren.

... Ärzte, die die Patienten bereits kennen, sind aus Sicht der Einrichtungen viel zu wenig erreichbar, insbesondere außerhalb der Sprechzeiten.

... ein zuständiger Hausarzt wäre zwar von Mitarbeitern und Verwaltung sehr erwünscht. Bislang gibt es aber keine Möglichkeiten durch die Einrichtungen Lösungen anbieten zu können und Niedergelassene damit anzusprechen. Hier werden nun seit 2020 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen innovative Lösungswege erarbeitet.

... muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, hat der diensthabende Arzt zu oft keine Betäubungsmittelrezepte, und dazu auch keine ausreichende Erfahrung in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Symptomkontrolle und des Sterben Zulassens und ganz besonders keine ausreichende Befähigung aus palliativmedizinisch fachlicher Sicht in Symptomkontrolle und der Begleitung bis zum Lebensende.

... im Krisenfall steht kein qualifizierter Ansprechpartner zur Verfügung.

... es findet kein regelhaftes Angebot für die Reflexion und Supervision statt.

Grundlegend gilt ...

... muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, wird der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit ins Krankenhaus eingewiesen.

Auch in der **Verwaltung in der Verantwortung stehende Mitarbeiter** sahen einen großen Bedarf. Dennoch gestaltete sich der Einstieg in die praktische Umsetzung schwieriger als vorher angenommen, denn ...

... die Mitarbeiter sind zeitlich hoch belastet. Die zeitliche Inanspruchnahme durch Schulungsmaßnahmen wie PiPiP kommt dazu.

... hierdurch entstehen den Einrichtungen intern Kosten für die Arbeitszeit der Mitarbeiter. Die Akzeptanz deshalb bei GF zunächst verhalten und erst im Verlauf der breit aufgestellten Aufklärungsarbeit konnte eine eindeutige Änderung hierbei erreicht werden.

... der Eigenanteil von 2.500 € an den Projektkosten wurde generell als sehr problematisch und als nicht durchsetzbar angesehen. Eine zeitliche Staffelung, z.B. in Form eines jährlichen Förderbeitrages für die Arbeit war eine wesentlich niederschwelligere Hürde.

... eine wie im Hospiz- und Palliativgesetz gemäß § 132g SGB V eingeführte Möglichkeit für die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ ist weitgehend unbekannt. Es wurde entsprechend bislang in keiner angesprochenen Einrichtung angedacht, wie hier ein neuer Ansatz zur Versorgungsverbesserung implementiert werden könnte.

Die **Muttersprachen** der Mitarbeiter waren neben dem Deutschen:

Albanisch

Arabisch

Dari/Farsi

Kroatisch

Mandarin

Mazedonisch

Moldawisch

Polnisch

Rumänisch

Russisch

Serbisch und verwandte Sprachen

Thailändisch

Türkisch

Vietnamesisch

Möglicherweise sind hier nicht einmal alle Sprachen erfasst worden. Die Muttersprache der Bewohner selber war in der Regel Deutsch. Zugewanderte Bewohner sind im Vergleich mit deren Repräsentanz in der Gesamtbevölkerung (noch) deutlich unterrepräsentiert.

Hier konnten wir bei der Zusammenstellung, Überarbeitung und Verteilung von Fortbildungs- und Unterrichtsmaterial gerade auch durch „Die Pflgetipps – Palliative Care“ in den einer großen Zahl der verschiedenen Muttersprachen doch eine erhebliche Erleichterung im Zugang zur Vermittlung von Haltungsänderungen erzielen. Die Effekte hierbei wurden allerdings nicht validiert und eine solide Validation dürfte auch sehr schwierig objektivierbar sein.

Beteiligte Einrichtungen

Im Jahre 2019 existierten in Stadt Landkreis Fulda in allen Einrichtungen insgesamt gut 2.200 Pflegebetten:

https://www.landkreis-fulda.de/fileadmin/service/Formulare/03_arbeit_soziales/vollstationaere_Pflege_Landkreis_Fulda_03.03.10.pdf

Es wurden vereinbarungsgemäß hiervon

20 Einrichtungen

mit 1.509 Bewohnern

ins Projekt eingeschlossen (wobei die Zahl natürlich etwas schwanken konnte), damit konnten deutlich mehr Bewohner erreicht werden als wir bei der Projektplanung erwartet hatten und insgesamt rund **65 % aller Pflegebetten im Versorgungsgebiet**.

Ein Anteil von 65 % entspricht einer sehr guten Durchdringung für die langfristige Etablierung der Projektziele. Auf der folgenden Seite findet man die detaillierte Übersicht über die Einrichtungen und Bewohnerzahlen.

Seniorenheim Schlitzerland gGmbH **77 Bewohner**

DRK Seniorenheime **428 Bewohner:**

Roter Rain, Petersberg 64 Bewohner

Heilig Geist, Fulda 87 Bewohner

St. Lioba, Fulda 165 Bewohner

St. Kilian, Hilders 56 Bewohner

Bruder Konrad, Weyhers 56 Bewohner

Mediana Pflegegruppe **712 Bewohner**

Seniorenresidenz Hünfeld 140 Bewohner

Neuro Care, Hünfeld 60 Bewohner

St. Ulrich, Hünfeld 126 Bewohner

Pflegestift, Fulda 203 Bewohner

Wohnstift, Fulda 183 Bewohner

Tanner Diakonie **167 Bewohner**

Haus Noah, Tann 36 Bewohner

Haus Elia, Tann 19 Bewohner

Haus Silberdistel, Tann 13 Bewohner

Haus Alte Schmiede, Tann 12 Bewohner

Seniorenzentrum Rhön, Gersfeld 66 Bewohner

Gersfeld 2 11 Bewohner

Gersfeld 3 10 Bewohner

Vitanas Fulda Galerie **125 Bewohner**

Umsetzung

Konkret wurden in Abstimmung an die Bedarfe der jeweiligen Einrichtung angeboten:

1) Bedarfsanalyse

In Gesprächen mit der Einrichtungsleitung, Mitarbeitern, Bewohnerfürsprecher und anderen Entscheidern erfolgte zunächst eine Erstellung der **Bedarfsanalyse**.

Folgende Fragen wurden dabei identifiziert, angesprochen und geklärt:

Problemfeld akute medizinische Hilfe

Wann und warum müssen Sie den Rettungsdienst alarmieren?

Wie trennen Sie, ob Sie den Hausarzt, den kassenärztlichen Notdienst oder den Rettungsdienst rufen?

Wie kann der Rettungsdienst den Bewohnern am besten helfen?

Was sind die Probleme mit dem Rettungsdienst?

Was sind die Probleme mit den Hausärzten?

Was sind die Probleme mit dem kassenärztlichen Notdienst?

Wie hoch ist der Anteil der Bewohner, die regelmäßig von ihrem Hausarzt besucht werden?

Wie gut ist die Erreichbarkeit der Hausärzte im Vergleich zum Rettungsdienst im Falle unerwartet auftretender Probleme?

Wer löst die Probleme besser im Sinne des Bewohners: Hausarzt oder Rettungsdienst?

Wer entscheidet über das Involvieren des PNO oder des Hospizdienstes?

Problemfeld Klinikeinweisungen

Welche Probleme führen üblicherweise zu einer Klinikeinweisung?

Wie häufig sind geplante Krankenhauseinweisungen?

Gibt es einen Unterschied zwischen geplanten Einweisungen und Notfalleinweisungen?

Wie reagieren die Bewohner, wie ihre Angehörigen auf geplante Klinikeinweisungen?

Wie reagieren die Bewohner, wie ihre Angehörigen auf Notfalleinweisungen?

Problemfeld Begleitung am Lebensende

Wird mit allen Bewohnern und allen Angehörigen regelhaft über das beabsichtigte Vorgehen bei plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes gesprochen?

Wird mit allen Bewohnern und Angehörigen über den gewünschten Umfang medizinischer Maßnahmen gesprochen (Reanimation, Intensivtherapie, ...?)

Wer initiiert, wer führt diese Gespräche?

Wie werden diese Gespräche dokumentiert?

Ist diese Information im Notfall für alle Mitarbeiter sofort zugänglich und verständlich?

Wie sieht das Dokument konkret aus?

Wer entscheidet über das Involvieren eines Palliativmediziners?

Ist die medizinische Versorgung der Bewohner in der Sterbephase ausreichend? Wie ist die pflegerische Versorgung?

Wer kümmert sich um die Bedürfnisse sterbender Bewohner und ihrer Familien?

Welche Möglichkeiten haben Sie, Luftnot, Schmerzen oder Übelkeit zu lindern?

Wen können Sie anrufen, wenn ein Bewohner in der Sterbephase Linderung seines Leidens braucht?

Wie wurden Sie bereits in der Ausbildung oder im Rahmen von Fortbildung auf die Begleitung Sterbender vorbereitet?

Was verunsichert Sie am meisten, wenn Sie sterbende Bewohner begleiten?

2) Informationsschreiben an alle

Erstellung und Versand von Informationsschreiben an alle Mitarbeiter, Bewohner, betreuenden Ärzte, Apotheker. Siehe Anhang. Alle Beteiligten wurden vorab über das geplante Projekt informiert und in die Umsetzung eingebunden.

3) Impulsworkshops:

Zwischen neun und zwölf kurze Impulsworkshops von je etwa 30 min Dauer wurden erarbeitet und im Anschluss oder vor der mittäglichen Übergabe in allen Einrichtungen umgesetzt.

Themen der Impulse umfassten in der Regel:

Notfallmanagement, Notfallpläne

SAPV

Bewohnerverfügung, Vollmachten, Advance Care Planning

Gesprächsführung mit Angehörigen

Umgang mit und Linderung von Schmerz, Angst, Atemnot, Fieber, Unruhe

allgemeine, palliative Pflegetipps,

Umgang mit Technik, z.B. Schrittmacher, Defibrillator, Schmerzpumpen

Freie Themen nach Absprache mit den jeweiligen Einrichtungen

Zu Beginn kann von den Mitarbeitern ein aktueller Fall vorgestellt werden

Als DIE Kern-Themen der Impulse wurden nach und nach herausgearbeitet:

- 1 Kollegiale Beratung – Fallbesprechung
- 2 Rechtliche Aspekte rund um Krankheit und Tod
- 3 Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung
- 4 Technik & Geräte
- 5 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co.
- 6 Versorgungsplanung & Palliativampel
- 7 Gesprächskultur
- 8 Symptome und Maßnahmen I
- 9 Symptome und Maßnahmen II
- 10 Selbstfürsorge

Hierzu wurden standardisierte 1seitige Kurzinformationen geschaffen und ein Lehrkonzept für Multiplikatoren. Beides findet sich im Anhang des Berichtes.

5) offene Sprechstunde

Vier- bis sechsmal wurde für jede Einrichtung eine Sprechstunde für Angehörige und Bewohner angeboten, die auch allen anderen Interessierten offenstand. Oft an einem Wochentag von 13:30 bis 15:00 und nach Vereinbarung. Hier ging es in der Regel primär um Fragen der Symptomlinderung, Vorsorgevollmacht und Bewohnerverfügung. Ein Schwerpunkt ist stets auch die Vertreterverfügung für die vielen Bewohner die noch nichts geregelt hatten und jetzt entscheidungsunfähig unter Betreuung stehen. Allerdings war die Nachfrage erstaunlich gering, wenn man einerseits nicht intensiv dafür warb und andererseits die Unsicherheiten und Berührungsängste reduzierte.

6) Halbtagesworkshop

Als Mitarbeiternachmittag z.B. von 16:00 bis 19:00 mit ca 4 UE

3mal ähnlich strukturiert, damit prinzipiell jeder Mitarbeiter teilnehmen kann

Teils erfolgte eine Wiederholung und Vertiefung der vorgenannten Themen, teils wurden zusätzlich einige neue Inhalte vermittelt:

- Bewohnerverfügung: worauf sollte man achten, was heißt es übersetzt für die Pflege. (Notfallblatt für Notarzt?)
- Rechtliche Grundlagen: z. B. wenn der Bewohner etwas anders möchte wie die Angehörige (auch Menschen mit Demenz)?
- Wann ist eine Palliativversorgung durch das SAPV-Team empfehlenswert?
- Notfallmedikamente im Heim, wie kann die Vorhaltung und Versorgung gestaltet werden?
- Wie lassen sich akute Krisen (z.B. Atemnot) vorausschauend verhindern, wie minimieren?

7) Drohende Probleme bei Bewohnern

Von Beginn an und kontinuierlich begleitend erfolgte eine Evaluation von möglicherweise drohenden Problemen bei Bewohnern.

Anhand der Akten lassen sich meist leicht Bewohner identifizieren, bei denen ein Behandlungswille noch sehr undeutlich dokumentiert ist und/oder die nicht unbedingt nach ihrem Behandlungswillen behandelt werden und/oder bei denen aufgrund der bestehenden Krankheiten und der notwendigen Medikation plötzliche Schwierigkeiten auftreten werden.

8) Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen

Von Beginn an und kontinuierlich erfolgte gemeinsam mit den Einrichtungen eine Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen **für mehr Rechtssicherheit** im Pflegealltag. Primär wurden hier Vorschläge angeboten, die naturgemäß in diesem Projekt noch nicht umgesetzt werden konnten.

Hier gab und gibt es in allen Einrichtungen ähnliche und typische Schwachpunkte, die meist mit wenig Aufwand und großem Konsens verbessert werden können. Umgang mit BtM und anderen starken Medikamenten, Umgang mit Medikamenten am Lebensende, Dokumentation der Behandlungswünsche, fehlende Vollmachten bei nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohner, Umgang mit Nahrung und Flüssigkeit bei zunehmender Schwäche und/oder Verweigerung durch den Bewohner und vieles andere mehr und die notwendige Dokumentation dazu und vieles andere mehr.

9) Option Poolmedikamente als Notfallvorrat in der Einrichtung

Dies ist ein Punkt, der bei einer Umsetzung ein enormes Potenzial für eine Erleichterung der Symptomlinderung bringen würde. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind schwierig und definitiv verbesserungswürdig. Jedoch werden selbst die bestehenden Möglichkeiten letztlich nicht ausgeschöpft. Dies wohl in erster Linie, da sie Vorschriften kompliziert und die Verantwortung eines Zuständigen hoch sind.

Sinnvoll, möglich und fast nicht genutzt ist die Möglichkeit eines Medikamentenvorrates in Einrichtungen. Hier wäre für Palliativsituationen der Mindestbedarf:

- Haloperidol
- Metamizol,
- Diazepam,
- Lorazepam,
- Metamizol,
- Scopodermplaster,
- Fentanyl- oder Buprenorphinplaster,
- Morphin 2% Tropfen.

Eine rechtskonforme und zugleich einfach praktikable Lösung des Problems erscheint derzeit nicht möglich. Hier sind nach genauer Analyse eine grundlegende strukturelle Anpassung gerade der rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Dies ist ein für uns so deutlich nicht erwartetes Ergebnis unserer Evaluationen.

10) Option Notfalldose

Sinnvoll, möglich ist der Zugriff auf Basisinformationen beim Bewohner am Nachttisch. Hier gäbe es z.B. „Rettung aus der Dose“ als bekannteres Hilfsmittel, das anzupassen ist. „Rettung aus der Dose“ ist eine auffällige Plastikdose mit Schraubverschluss in die alle relevanten Unterlagen kommen. In der Häuslichkeit kommt sie in den Kühlschrank (!). An die Wohnungstüre kommt für den Rettungsdienst ein Aufkleber, dass sich die für sie relevanten Unterlagen im Kühlschrank befinden. So muss nicht lange danach gesucht werden.

Alle Beteiligten wurden und werden vor, bzw. zu Beginn und während der Projektphase mehrfach informiert. Dies erfolgte und erfolgt in Form von persönlichen Gesprächen, kurzen Präsentationen bei Veranstaltungen, Rundmails und postalischen Anschreiben.

Informiert wurden und werden mit einem Anschreiben

Alle Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen

Bewohner

Angehörige

Hausärzte

Apotheken

Das Prinzip „Rettung aus der Dose“ ist sicher sehr praktikabel in der Häuslichkeit. In Einrichtungen der Pflege auch möglich, aber nicht so relevant. Deswegen haben wir für Pflegeeinrichtungen die Palliativ-Ampel entwickelt.

11) Option Palliativ-Ampel

Aus den Erfahrungen wurde ein eigenes Ampelsystem mit den beteiligten Einrichtungen entwickelt, das nun im Nachgang im Jahre 2020 in fünf Einrichtungen für über 700 Bewohner etabliert werden wird. Es gibt dazu etliche Ansätze in den Fachpublikationen, die sich aber allesamt bislang nicht durchsetzen konnten.

Der Kerngedanke ist eine Maßnahme, die es in Notsituationen erlaubt, auch bei den Beteiligten relativ unbekanntem Bewohnern doch schnell und effektiv die Hilfe und die Maßnahmen zukommen zu lassen, die sie wünschen.

Dieses Ampelsystem besteht aus

- Einem **Infoplakat** für die Pflegestützpunkte und ev. auch die Patientenzimmer (z. B. auf eine Innenseite einer Schranktüre).
- Drei verschiedenen **Aufklebern** in den Ampelfarben rot, gelb, grün.

Die Ampel hat einen eindeutigen Symbolcharakter. Rot bedeutet „Halt“, grün „Freie Fahrt“. Wobei jedem Führerscheininhaber klar sein sollte, dass man auch bei grün darauf achten muss, dass kein anderer widerrechtlich die Vorfahrt nimmt und es zu einem für sich schuldlosen Unfall kommen kann.

In einem Notfall kann man bei jedem auch unbekanntem Patienten auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von grün für Freie Fahrt oder „Volles Programm“ über gelb, „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist, bis rot „bitte Innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.

Denn im Notfall ist es sonst nicht möglich ohne einen Schaden für den Patienten in Kauf zu nehmen vor lebenserhaltenden Erstmaßnahmen nach einem orientierenden Aktenstudium zu entscheiden wie weiter vorzugehen ist.

Mit dem Ampel-System ist im Idealfall eine Schulung aller Mitarbeiter verbunden, die im direkten Patientenkontakt stehen. Dazu reicht nach unseren Erfahrungen eine kurze schriftliche Information und eine Präsenzveranstaltung mit einer Dauer von 20 bis 30 Minuten aus, die aber jeder (!) Mitarbeiter mit Patientenkontakt durchlaufen sollte.

Infoplakat:

PALLIATIV-AMPEL



Therapieziel: Symptomlinderung

Ausreichende Schmerztherapie, Linderung von Unruhe, Angst, Übelkeit und Atemnot; Wenn möglich: Verbleib im gewohnten Umfeld

Therapie gut/einfach behandelbarer Zustände und Erkrankungen

Flüssigkeit/Nahrung s.c./i.v.	(ja/nein)
Antibiose	(ja/nein)
Blut (-Bestandteile)	(ja/nein)
Flüssigkeit/Nahrung über PEG	(ja/nein)
Dialyse	(ja/nein)
Beatmung	(ja/nein)
Reanimation	(ja/nein)

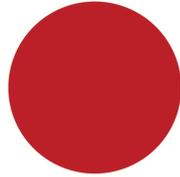
Therapieziel: Uneingeschränkte Maximaltherapie ambulant oder stationär



© www.palliativstiftung.de

Dazu kommen drei verschiedene „AmpelAufkleber“

- **Rot** („Halt! erst nachdenken, nachlesen, dann handeln“)

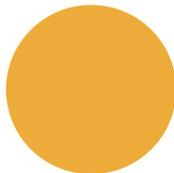


Therapieziel: Symptomlinderung

Ausreichende Schmerztherapie,
Linderung von Unruhe, Angst, Übelkeit und Atemnot;
Wenn möglich: Verbleib im gewohnten Umfeld

Ort, Datum, Unterschrift

- **Gelb** („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)

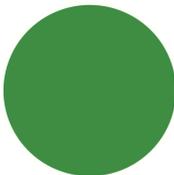


Therapie gut/einfach behandelbarer Zustände und Erkrankungen

Flüssigkeit/Nahrung s.c./i.v.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blut (-Bestandteile)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flüssigkeit/Nahrung über PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum, Unterschrift

- **Grün** („Sofort notwendige maximale Therapie gewünscht“)



**Therapieziel:
Uneingeschränkte Maximaltherapie
ambulant oder stationär**

Ort, Datum, Unterschrift

Evaluation, Umfragen

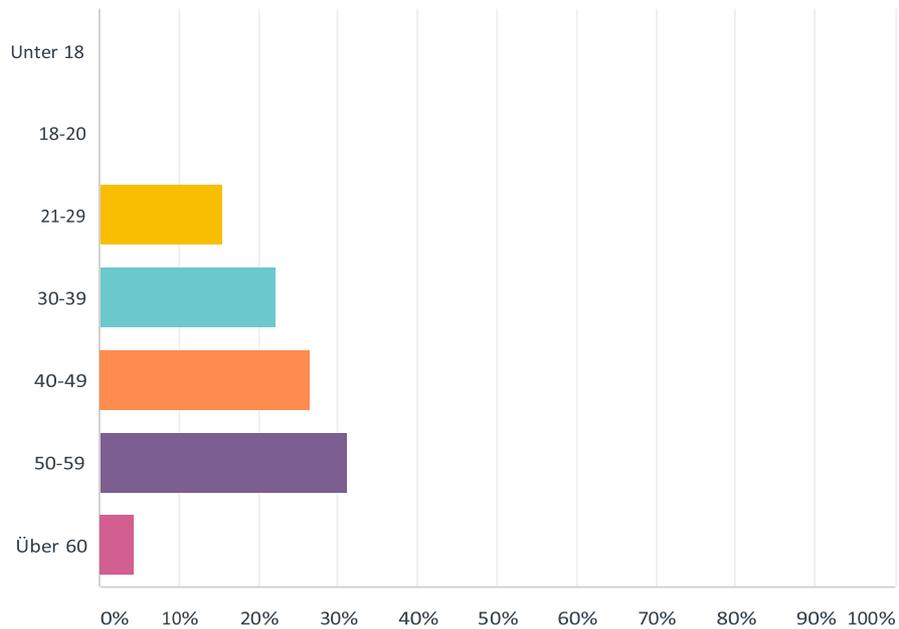
Wir evaluierten den Prozess und die Ergebnisse kontinuierlich. Da hierzu noch keine speziellen Empfehlungen bestanden, wurden Methodik und Fragen auch im Verlauf angepasst. Zunächst gab es eine Umfrage mit Fragebogen unter allen Teilnehmern. Hierbei war der Rücklauf sehr hoch. Später ergänzten und änderten wir die Fragen und entwickelten die Umfrage via Survey Monkey. Der Zeitaufwand für die Beantwortung betrug pro Teilnehmer im Durchschnitt weniger als sechs Minuten. Jedoch war der Rücklauf trotz mehrfacher Bitten nur relativ gering. Hier würden wir bei einer neuerlichen Runde die Beantwortung mit einem Incentive verbinden.

Wie eingangs beschrieben, waren die Rückmeldungen zu Projekt in jeder der durchgeführten Befragungsformen exzellent. Interessant in der online Befragung waren die beschriebenen Probleme in der Versorgung auf die nach der Übersicht gesondert eingegangen wird.

- 1) Wer ist der Träger Ihrer Pflegeeinrichtung?
- 2) Wie alt sind Sie?
- 3) Was ist Ihr Geschlecht?
- 4) Welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten Ihren aktuellen Beruf?
- 5) Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
- 6) Welche Unterstützungsangebote gibt es in Ihrer Einrichtung?
- 7) Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den Hausärzten in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)
- 8) Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)
- 9) Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)

- 10) Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem regionalen Palliativteam in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)
- 11) Welche Probleme führen in Ihrer Einrichtung zu einer ungeplanten Klinikeinweisung? (1=Trifft genau zu, 6= Trifft überhaupt nicht zu)
- 12) Wie wird mit den Bewohnern und/oder Angehörigen über den gewünschten Umfang lebensverlängernder Maßnahmen gesprochen?
(1=Trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 13) Wie ist Ihr Kontakt mit den anderen Versorgern?
(1=Trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 14) Nun wollen wir gerne im Rückblick wissen, wie Sie unsere Arbeit wahrgenommen haben und ob sie irgendwie geholfen hat?
(1=trifft genau zu, 6=trifft überhaupt nicht zu)
- 15) Wie waren Sie mit unserer Arbeit zufrieden?
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 16) Fühlten Sie sich selber mit Ihren Fragen und Problemen angemessen ernst genommen.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 17) Auf Ihre Fragen und Probleme konnte angemessen eingegangen werden.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 18) Sie hatten genügend Zeit und Raum für das Projekt.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)
- 19) Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? Gerne können Sie uns auch noch ergänzend anmailen oder anrufen. Auf Wunsch behandeln wir Ihren persönlichen Kontakt dann selbstverständlich STRENG vertraulich

Q 2 Wie alt sind Sie?



Q 3 Was ist Ihr Geschlecht?

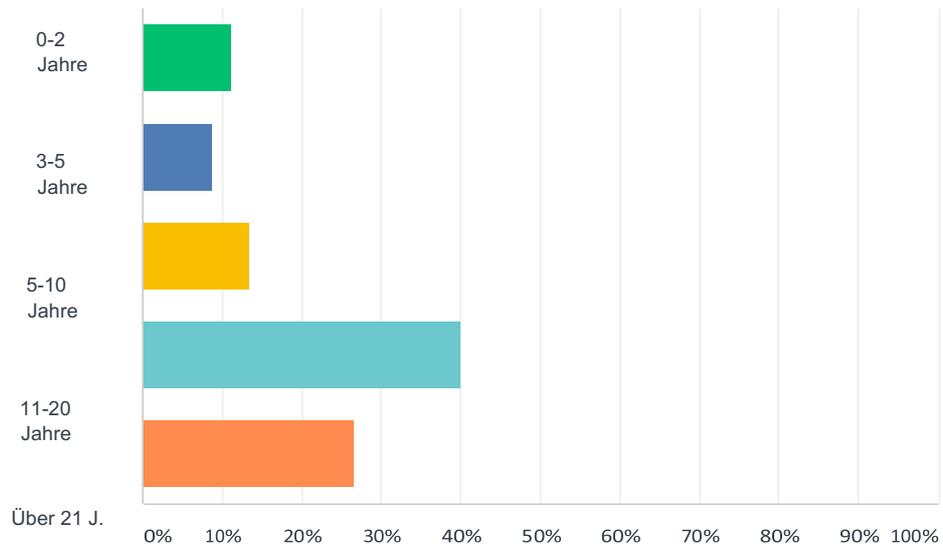
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ANSWER CHOICES	RESPONSES
Weiblich	77.78%
Männlich	22.22%
sonstiges, indifferent	0.00%
TOTAL	

Q 4 Welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten Ihren aktuellen Beruf? Bitte nur eine Antwort angeben

	RESPONSES
Altenpflegekraft	51.11%
Krankenpflegekraft	17.78%
Tätigkeiten in den Bereichen Lebensmittelzubereitung und Bewirtung	2.22%
Tätigkeiten in den Bereichen Gebäude- und Grundstücksreinigung und -wartung	2.22%
Tätigkeiten in den Bereichen Büro und Verwaltung	8.89%
Tätigkeiten in den Bereichen Installation, Wartung und Reparatur	0.00%
Tätigkeiten im sozialen Bereich	8.89%
Anderer Beruf (bitte angeben)	8.89%
TOTAL	

Q 5 Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?

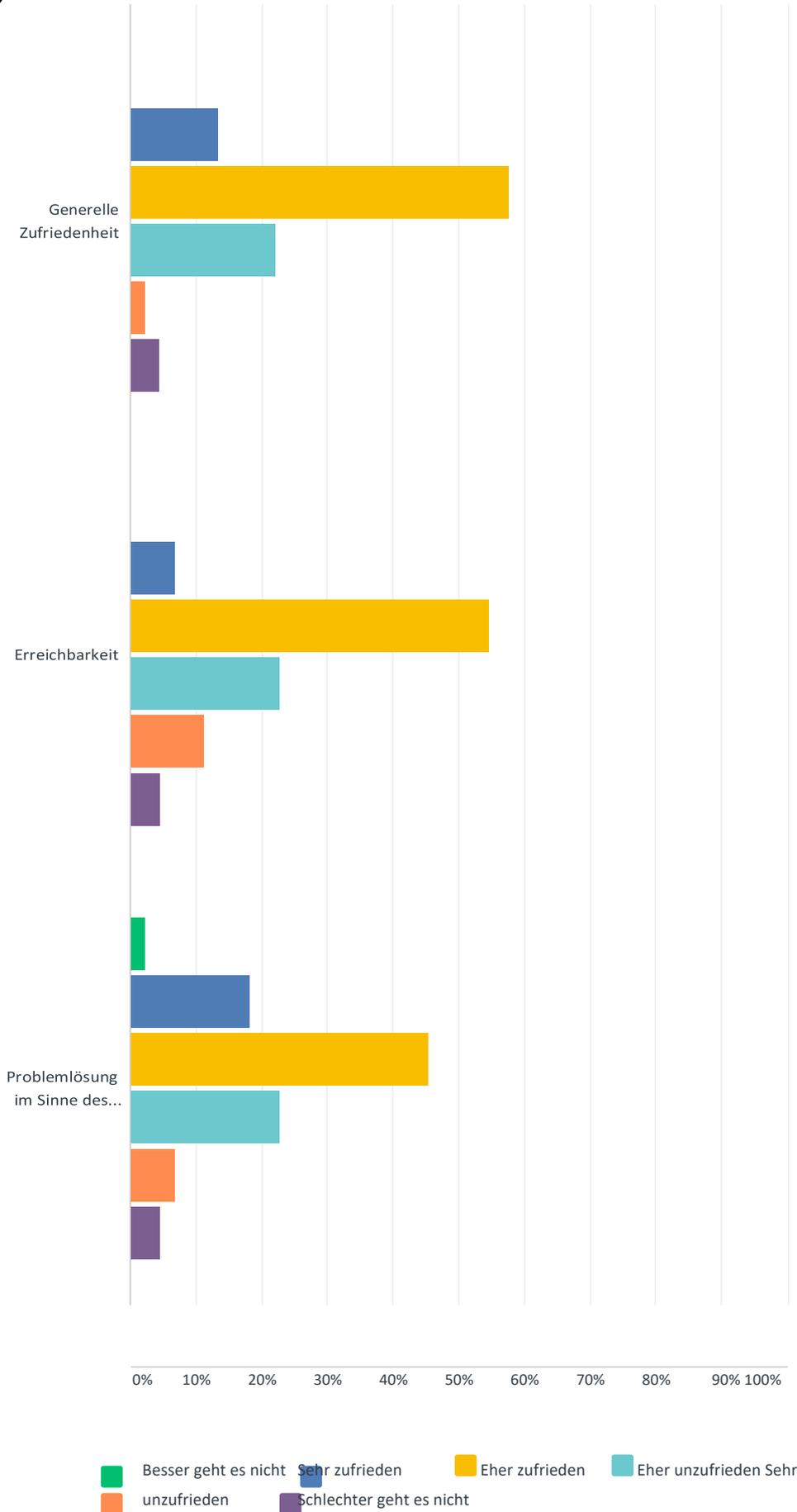


ANSWER CHOICES	RESPONSES
0-2 Jahre	11.11%
3-5 Jahre	8.89%
5-10 Jahre	13.33%
11-20 Jahre	40.00%
21Jahre und mehr	26.67%
TOTAL	

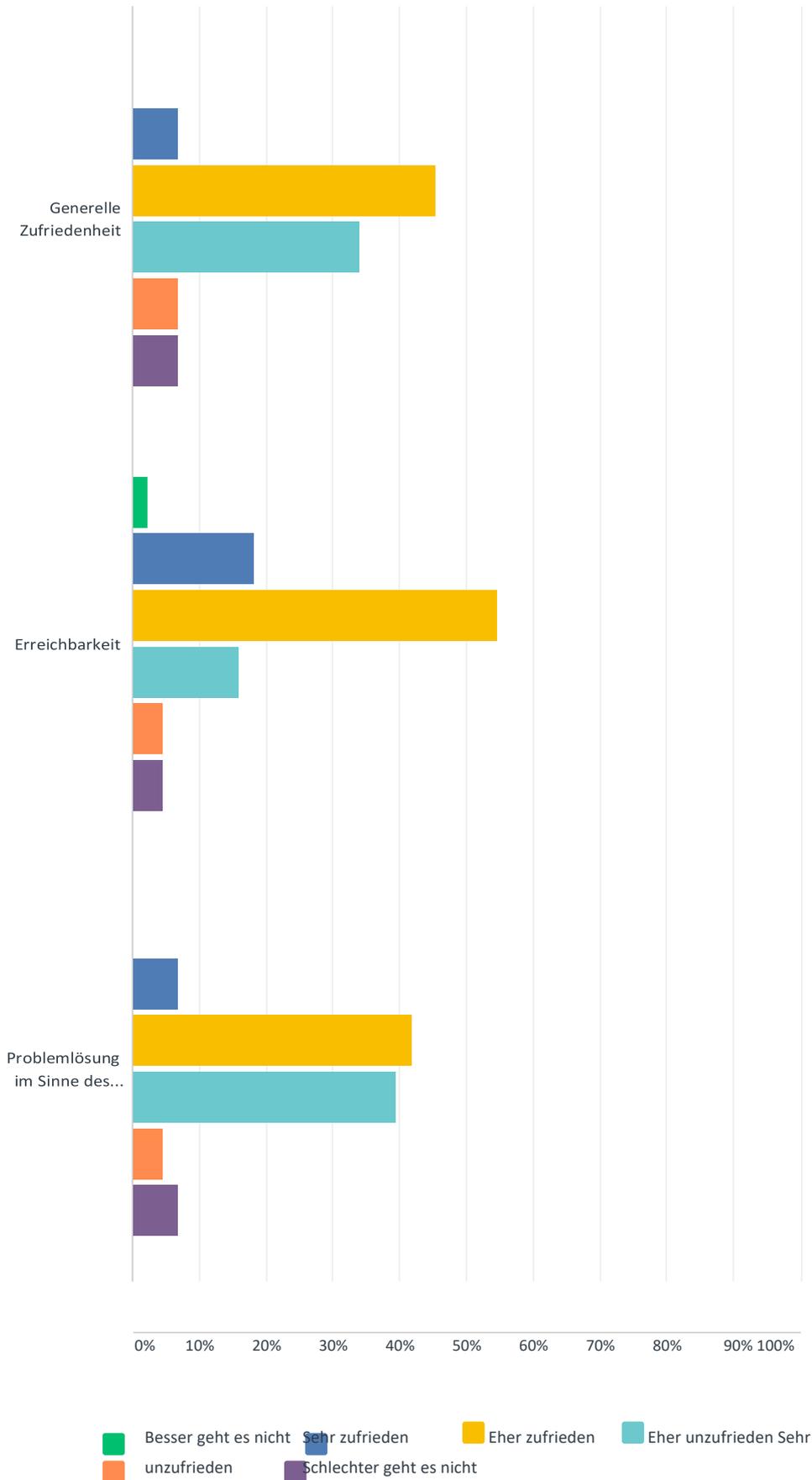
Q 6 Welche Unterstützungsangebote gibt es in Ihrer Einrichtung?

	VORHANDEN	NICHT VORHANDEN	WEIGHTED AVERAGE
Supervision	35.14%	64.86%	1.65
Fallbesprechungen	85.37%	14.63%	1.15
Regelmäßige Teamsitzungen	97.56%	2.44%	1.02

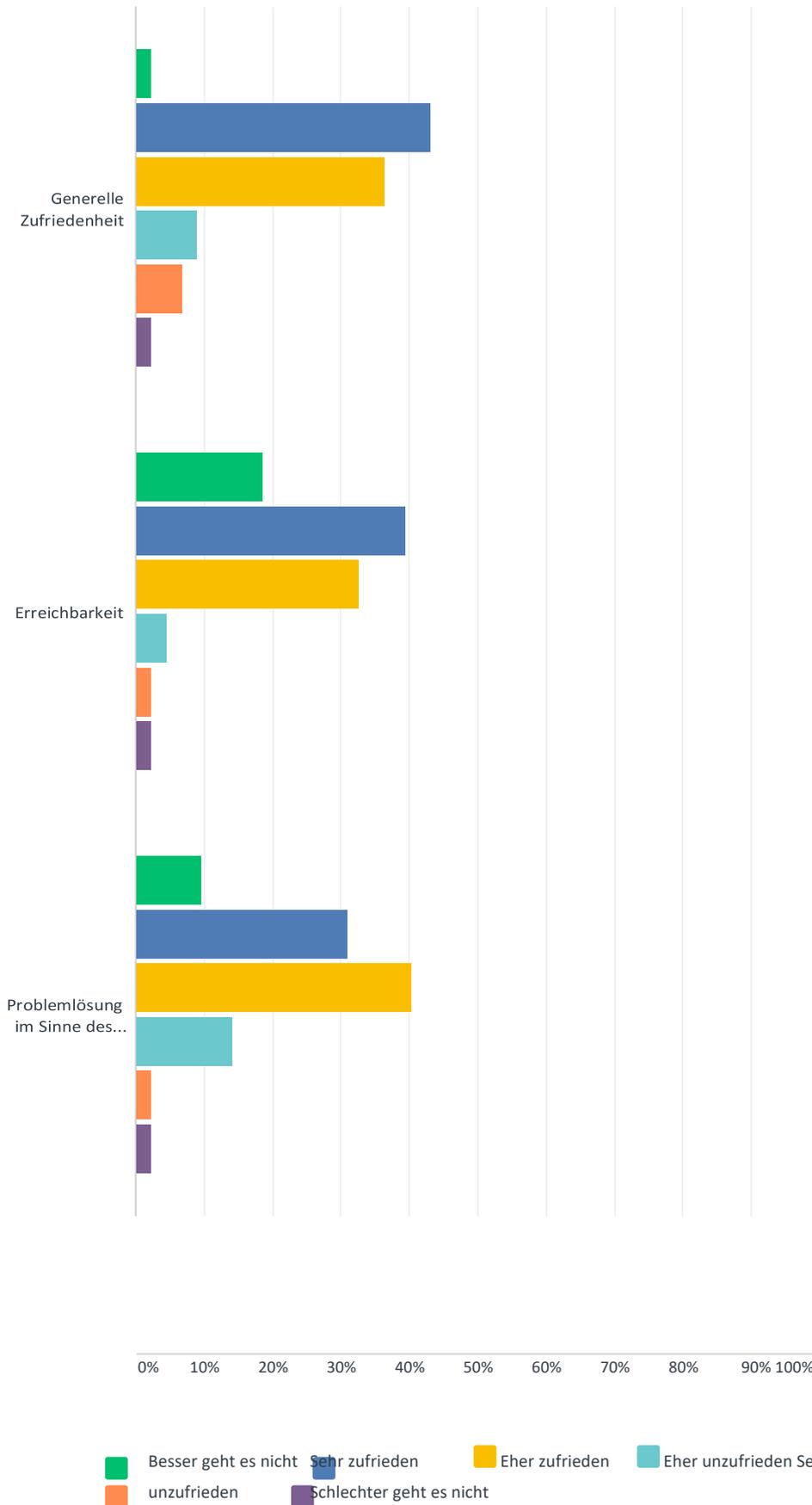
Q 7 Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den Hausärzten in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende? (1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)



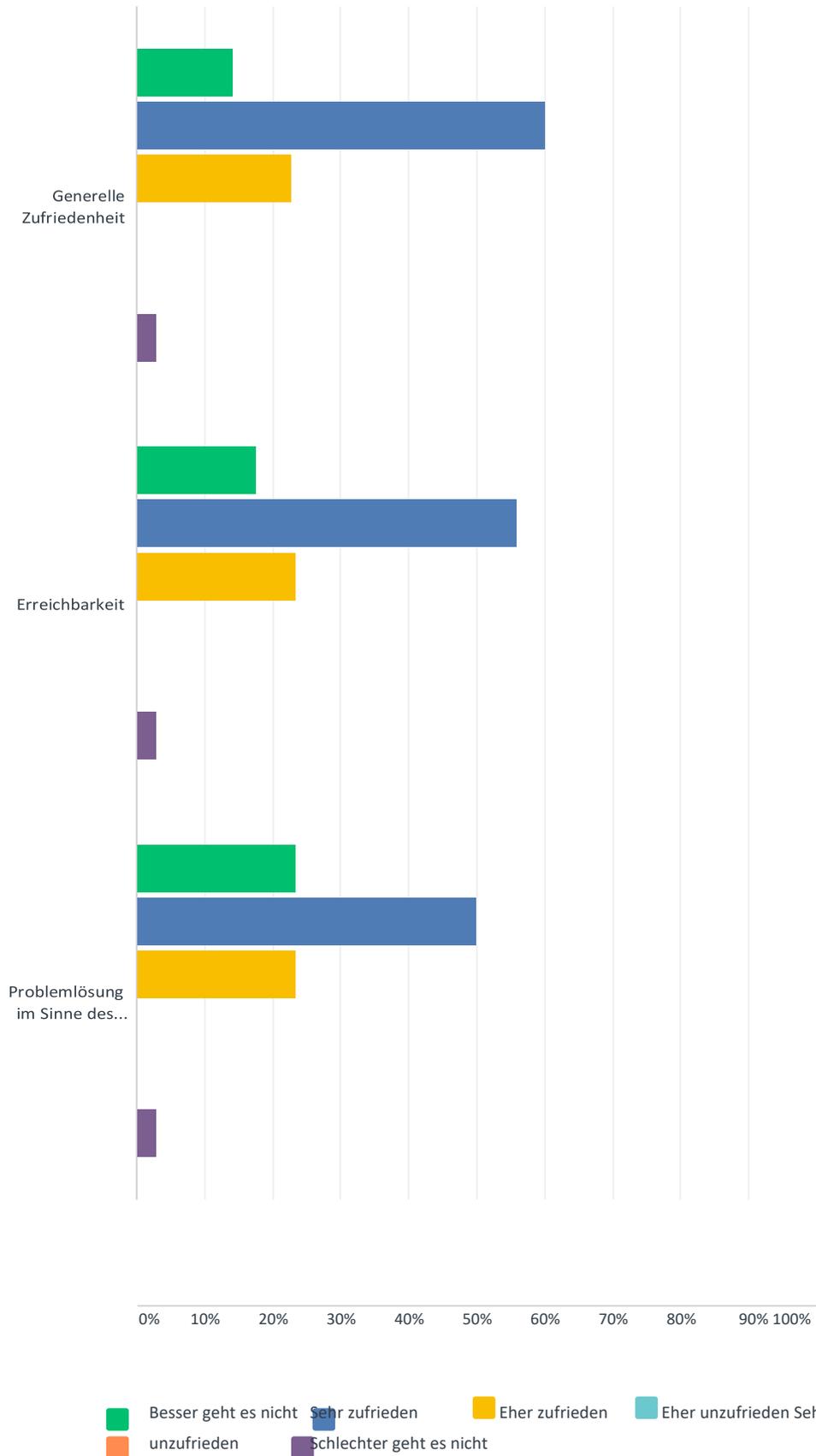
**Q 8 Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)**



**Q 9 Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)**



**Q 10 Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit dem regionalen Palliativteam in Bezug auf die Versorgung von Bewohnern am Lebensende?
(1=besser geht es nicht, 6=schlechter geht es nicht)**



**Q 11 Welche Probleme führen in Ihrer Einrichtung zu einer ungeplanten Klinikeinweisung?
(1=Trifft genau zu, 6= Trifft überhaupt nicht zu)**

	Trifft eher nicht zu		Trifft überwiegend nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU		
Verschlechterung Allgemeinzustand	13.95%	23.26%	25.58%	27.91%	4.65%	4.65%		3.00
Atemnot	18.18%	36.36%	38.64%	2.27%	2.27%	2.27%		2.41
Schmerzen	6.98%	25.58%	23.26%	32.56%	6.98%	4.65%		3.21
Unruhe	2.44%	7.32%	21.95%	43.90%	17.07%	7.32%		3.88
Fieber	7.14%	14.29%	30.95%	28.57%	14.29%	4.76%		3.43
Übelkeit	5.00%	15.00%	5.00%	50.00%	15.00%	10.00%		3.85
Austrocknung	7.14%	14.29%	23.81%	28.57%	9.52%	16.67%		3.69
Stürze, Verletzungen	24.44%	37.78%	17.78%	8.89%	8.89%	2.22%		2.47

**Q 12 Wie wird mit dem Bewohner und/oder Angehörigen über den gewünschten Umfang lebensverlängernder Maßnahmen gesprochen?
(1=Trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**

	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Diese Gespräche finden statt.	22.22%	28.89%	37.78%	6.67%	2.22%	2.22%		2.44
Diese Gespräche werden dokumentiert.	37.78%	24.44%	26.67%	4.44%	4.44%	2.22%		2.20
Diese Informationen sind im Notfall für alle zugänglich und verständlich.	33.33%	31.11%	26.67%	4.44%	0.00%	4.44%		2.20
Mir erscheint die Versorgung Ihrer Bewohner in den letzten Wochen ihres Lebens angemessen.	15.56%	53.33%	28.89%	0.00%	0.00%	2.22%		2.22
Ich fühle mich sicher im Umgang mit Bewohnern am Lebensende und deren Angehörigen.	24.44%	37.78%	31.11%	4.44%	0.00%	2.22%		2.24
Ich fühle mich heute sicher in den medizinischen und pflegerischen Maßnahmen der Palliativversorgung.	15.56%	46.67%	24.44%	8.89%	2.22%	2.22%		2.42

**Q 13 Wie ist Ihr Kontakt mit den anderen Versorgern?
(1=Trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**

	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Ich binde immer das Palliativteam in die Versorgung von Bewohnern am Lebensende ein.	18.18%	40.91%	27.27%	6.82%	4.55%	2.27%		2.45
Ich binde immer den ambulanten Hospizdienst in die Versorgung von Bewohnern am Lebensende ein.	11.36%	27.27%	15.91%	25.00%	13.64%	6.82%		3.23
Ich binde immer Seelsorger in die Versorgung von Bewohnern am Lebensende ein.	18.60%	32.56%	27.91%	9.30%	4.65%	6.98%		2.70

Q 14 Nun wollen wir gerne im Rückblick wissen, wie Sie unsere Arbeit wahrgenommen haben und ob sie irgendwie geholfen hat? (1=trifft genau zu, 6=trifft überhaupt nicht zu)

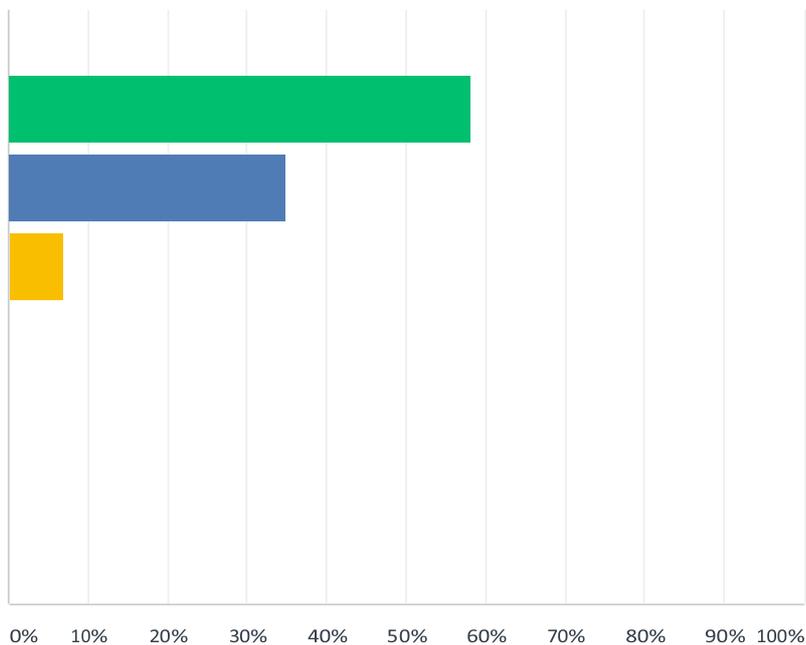
	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Ich war selber bei Fortbildungen und Veranstaltungen des Projektes.	51.11%	28.89%	6.67%	4.44%	0.00%	8.89%		2.00
Ich hatte Gespräche oder Kontakte darüber hinaus.	28.89%	31.11%	20.00%	13.33%	2.22%	4.44%		2.42
Ich habe mich an die PiPiPMitarbeiter mit konkreten Fragen gewendet.	31.11%	33.33%	24.44%	4.44%	0.00%	6.67%		2.29
Ich fühle mich selber durch PiPiP besser informiert.	42.22%	31.11%	17.78%	0.00%	2.22%	6.67%		2.09
Ich fühle mich jetzt danach sicherer im Umgang mit Bewohnern am Lebensende und deren Angehörigen.	42.22%	31.11%	15.56%	4.44%	2.22%	4.44%		2.07
Ich fühle mich jetzt nach PiPiP sicher in den medizinischen und pflegerischen Maßnahmen der Palliativversorgung.	35.56%	37.78%	15.56%	4.44%	2.22%	4.44%		2.13

**Q 15 Und nun als Ausblick folgen die letzten Fragen
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**

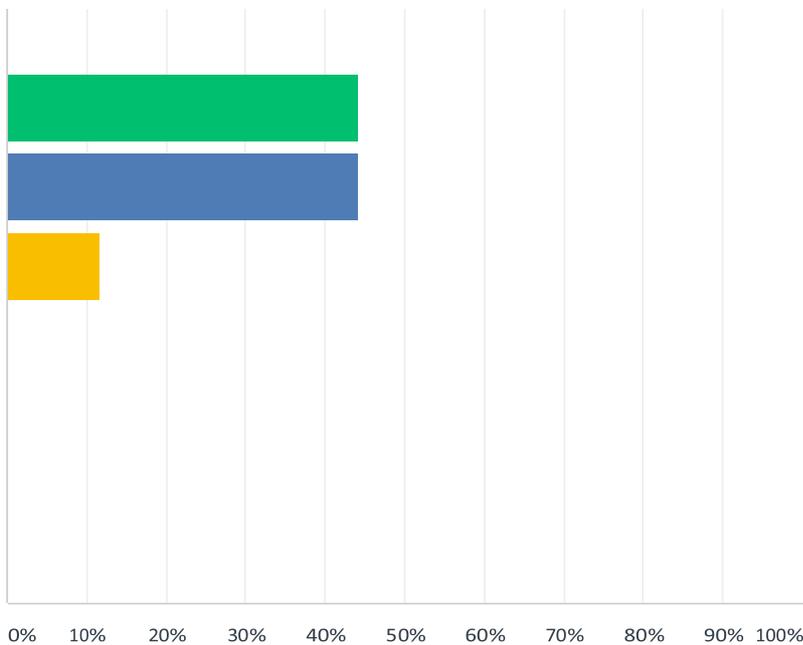
	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT WEITGEHEND ZU	TRIFFT ETWAS ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT FAST GAR NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Ich persönlich würde gerne noch eine weitere Begleitung durch dieses oder ein ähnliches Team erhalten.	51.11%	24.44%	17.78%	6.67%	0.00%	0.00%		1.80
Ich wurde für meine Einrichtung gerne noch eine weitere Begleitung durch dieses oder ein ähnliches Team erhalten.	51.11%	28.89%	17.78%	0.00%	0.00%	2.22%		1.76
Ich habe positive Rückmeldungen von den Bewohnern oder Angehörigen erhalten.	36.36%	25.00%	29.55%	2.27%	2.27%	4.55%		2.23

**Q 16 Wie waren Sie mit unserer Arbeit zufrieden? Sie fühlten sich selber mit Ihren Fragen und Problemen angemessen ernst genommen.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**

Durchschnitt: 1,49



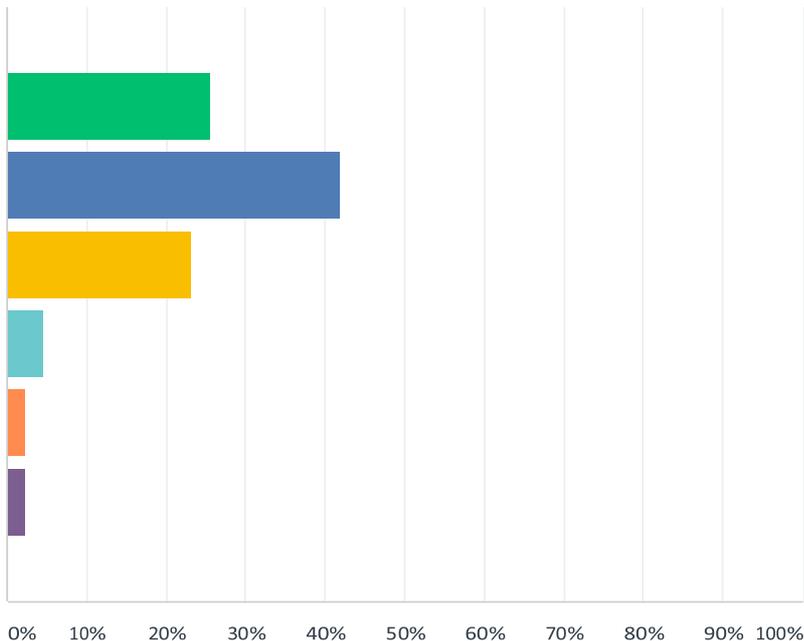
**Q 17 Auf Ihre Fragen und Probleme konnte angemessen eingegangen werden.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**



	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT WEITGEHEND ZU	TRIFFT ETWAS ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT FAST GAR NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
(no label)	44.19%	44.19%	11.63%	0.00%	0.00%	0.00%		1.67

**Q 18 Sie hatten genügend Zeit und Raum für das Projekt.
(1=trifft genau zu, 6=Trifft überhaupt nicht zu)**

Answered: 43 Skipped: 2



	TRIFFT GENAU ZU	TRIFFT WEITGEHEND ZU	TRIFFT ETWAS ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT FAST GAR NICHT ZU	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
	25.58%	41.86%	23.26%	4.65%	2.33%	2.33%		2.23

Q 19 Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? Gerne können Sie uns auch noch ergänzend anmailen oder anrufen. Auf Wunsch behandeln wir Ihren persönlichen Kontakt dann selbstverständlich STRENG vertraulich.

Mitarbeiterinnen aus dem Palliativteam sollten sich nicht in Angelegenheiten der Einrichtung einmischen (die keinen Bezug zur Palliativversorgung haben)!

Sehr bereicherndes Projekt für die tägliche Arbeit im Umgang mit Bewohnern am Lebensende, Praxisnah, gut umsetzbar, vermeidet unnötige Krankenseinweisungen, gibt Sicherheit in der täglichen Arbeit, sehr gute Zusammenarbeit und sehr kompetente Ansprechpartner

Das Projekt PIPIP hat vielen Mitarbeitern mehr Sicherheit beim Handeln und im Umgang mit der Palliativ Pflege gegeben. Das Interesse und die Resonanz haben gezeigt das es hier viele Fragen und Bedürfnisse bei den Mitarbeitern gegeben hat und oder gibt. Die hohe Teilnehmer Zahl zeigt, dass dieses Thema die betroffenen beschäftigt und auch das die Vorträge sehr gut waren! Vielen Dank.

Vielen herzlichen Dank für diese super gute Fortbildungsreihe. Ich freue mich auf eine neue Reihe dieser Art.

Würde mich über weitere Seminarangebote freuen.

Anhang: Anschreiben Hausärzte

Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen 2018-2020

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seit einigen Jahren gibt es deutliche Erleichterungen für die Begleitung am Lebensende auch in Einrichtungen der Altenpflege, diese sind oft ein Ort des Lebens, der Gemeinschaft, der Würde geworden. Sie sollen es auch bleiben, wenn Bewohner immer hilfebedürftiger und immer kränker werden. Die Bewohner teilen mit ihren Familien oft die Vorstellung, auch das Sterben als die letzte Phase des Lebens in der neuen, nun vertrauten Umgebung zu verbringen. Deshalb bemühen wir uns alle, unerwünschte Einweisungen in eine Klinik zu vermeiden. Das ist manchmal schwierig umzusetzen, weil die Rahmenbedingungen nicht passen, Informationen und Fachwissen nicht verfügbar sind und Unsicherheit auftritt, wenn sich die Situation des Patienten verschlechtert.

Deshalb wird aktuell mit Unterstützung des Landes Hessen ein Pilotprojekt im Seniorenzentrum XXXXX durchgeführt, das Sie als betreuende Hausärzte entlasten soll. Wir würden deshalb auch gerne von Ihnen, was Sie für sinnvoll erachten, damit Wünsche und Wille der Patienten noch besser beachtet werden können.

Die Informationen und Wünsche wollen wir zusammenstellen. Daraus wird von uns ein Konzept für dieses Haus entwickelt, das auch mit den Hausärzten abgestimmt wird. Es wird in den nächsten Monaten dazu viele Gespräche und Umfragen, einige interne und externe Workshops, Handreichungen und eine bessere Vernetzung geben; immer mit dem Ziel unerwünschte Behandlungen, unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden. Für Fragen sind wir jederzeit ansprechbar.

Auf gar keinen Fall wird Ihre bisherige wichtige Rolle als Hausarzt des Patienten und seinem Lotsen durch das Gesundheitswesen angetastet werden! Aber nach unserer Erfahrung können wir Sie unterstützen und gerade in der Bürokratie entlasten.

Es freuen sich auf die Zusammenarbeit, Ihre

Anhang: Anschreiben Bewohner und Angehörige

Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen 2018-2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

Einrichtungen der Altenpflege sind ein Ort des Lebens, der Gemeinschaft, der Würde. Sie sollen es auch bleiben, wenn Sie als Bewohner immer hilfebedürftiger und immer kränker werden sollten. Wir hoffen, dass Sie hier nun auch gerne leben und, wenn es soweit ist, werden Sie dann wohl auch das Sterben als die letzte Phase des Lebens in der neuen, nun vertrauten Umgebung verbringen wollen. Deshalb bemühen wir uns alle, unerwünschte Krankenseinweisungen vermeiden. Das ist manchmal schwierig umzusetzen, weil die Rahmenbedingungen nicht passen, Informationen und Fachwissen nicht verfügbar sind und Unsicherheit bestehen.

Deshalb wüssten wir auch von den Patienten, welche Wünsche bestehen, wie Ihr Wille für den „Fall der Fälle“ ist, damit er noch besser beachtet werden kann. Die Informationen und Wünsche wollen wir ganz allgemein zusammenstellen. Aber auch für Sie persönlich soll ein Vorgehen nach Ihren persönlichen Wünschen abgesichert werden. Es wird in den nächsten Monaten viele Gespräche und Umfragen, einige Workshops und Handreichungen und eine bessere Vernetzung geben; immer mit dem Ziel unerwünschte Behandlungen, unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden. Für Fragen sind wir jederzeit ansprechbar.

Es freuen sich auf die Zusammenarbeit, Ihre

P.S. bei Bewohnern, die nicht mehr selber für sich sprechen können, werden wir selbstverständlich gerne auch mit dem Bevollmächtigten oder Betreuer sprechen.

Anhang: Anschreiben MitarbeiterInnen

Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen 2018-2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

Einrichtungen der Altenpflege sind ein Ort des Lebens, der Gemeinschaft, der Würde. Sie sollen es auch bleiben, wenn Bewohner immer hilfebedürftiger und immer kränker werden. Die Bewohner teilen mit ihren Familien oft die Vorstellung, auch das Sterben als die letzte Phase des Lebens in der neuen, nun vertrauten Umgebung zu verbringen. Deshalb bemühen wir uns alle, unerwünschte Einweisungen in eine Klinik vermeiden. Das ist manchmal schwierig umzusetzen, weil die Rahmenbedingungen nicht passen, Informationen und Fachwissen nicht verfügbar sind und Unsicherheit auftritt, wenn sich die Situation des Patienten verschlechtert.

Deshalb wollen wir gemeinsam überlegen, was jeder einzelne dafür braucht, dass Wünsche und Wille der Patienten noch besser beachtet werden können. Gleich, ob es die Einrichtungsleitung betrifft, die Pflegekräfte, die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft oder Verwaltung und alle anderen. Selbstverständlich ganz zuerst interessiert es uns, was die Bewohner, ihre Angehörigen oder Betreuer wünschen und brauchen.

Die Informationen und Wünsche wollen wir zusammenstellen. Daraus wird von uns ein Konzept für dieses Haus entwickelt. Es wird in den nächsten Monaten viele Gespräche und Umfragen, einige Workshops und Handreichungen und eine bessere Vernetzung geben; immer mit dem Ziel unerwünschte Behandlungen, unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden. Für Fragen sind wir jederzeit ansprechbar.

Die ersten Termine für möglichst ALLE (!) Mitarbeiter des Hauses haben wir nun bereits zusammen gehabt. Wir fanden die Gespräche sehr spannend und anregend. Im neuen Jahr werden es u.a. wöchentlich ein bis zwei weitere kurze, gemeinsame Termine folgen.

Es freuen sich auf die Zusammenarbeit, Ihre

Anhang: Essentielle Medikamente zur Begleitung am Lebensende

Sinnvolle und unverzichtbare Medikamente für Palliativsituationen

Die WHO empfiehlt für die Palliation folgende Medikamente eine größere Anzahl von Medikamenten von denen wir hier diejenigen herausgesucht haben, deren schnelle Verfügbarkeit die Versorgung in Pflegeeinrichtungen deutlich erleichtert!

Sinnvoll, prinzipiell mit Energie und Kreativität möglich ist die Möglichkeit, für die Patienten im Notfall die richtigen Medikamente auch in Einrichtungen verfügbar zu haben. Hier wäre aus unserer Sicht für Palliativsituationen der unbedingte Mindestbedarf sofort verfügbarer Medikamente. Die genannten Medikamente sind seit Jahrzehnten gut etabliert und in Indikation und Wirkung bekannt, sowie preiswert vorzuhalten:

Haloperidol	0,1 mg/Tropfen,	30 ml
	<i>Unruhe (3mal 3-5 mg) , Übelkeit (3mal 0,3-0,5 mg)</i>	
Diazepam	Rectiole 10 mg	20 Stück
	<i>Unruhe, Angst (Rektal, oral, per PEG möglich)</i>	
Lorazepam	expidet 1,0 mg,	50 Stück
	<i>Unruhe, Angst (Oral, per PEG möglich, NICHT sublingual)</i>	
Metamizol	500 mg/20 Tropfen	50 ml
	<i>Schmerzen, Fieber</i>	
Metoclopramid Lösung	1 mg/ml,	100 ml
	<i>Übelkeit</i>	
Morphin 2% 1,2 mg/Tropfen oder		
Morphin Ampullen 10 mg		20 Ampullen
	<i>Schmerzen, Atemnot, Unruhe</i>	
Scopolamin Pflaster	1 mg/3 Tage,	3 Pflaster
	<i>Atemnot mit Hypersekretion, Hypersalivation, bei RASSELATMUNG!!!</i>	

Ein großes Problem ist die praktische Verfügbarkeit, da fachlich völlig überholt und in der aktuellen Situation unverständlich in Einrichtungen der stationären Pflege anders als in Hospizen und Krankenhäusern keine Vorräte an Notfallmedikamenten angelegt werden dürfen!

Anhang Module

Handout und Konzept

1 - Kollegiale Beratung - Fallbesprechung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Palliative Fallbesprechungen sind eine große Hilfe, um gemeinsam im Team sich zum Wohl des Bewohners auszutauschen. Hier sollten auch Wertvorstellungen und Behandlungswünsche dokumentiert werden, um den Patientenwillen zu kennen. So kann die medizinische, pflegerische und psychosoziale Behandlung in einer bestimmten Situation später besser umgesetzt werden.



Verschiedenes Vorgehen ist möglich. Am besten geeignet ist für uns die „**Kollegiale Beratung**“, sie dauert nur 20 – 30 min und gelingt nach einem einfachen Schema. Es geht auch anders, immer braucht es Anleitung und Übung, z.B. für die Einbindung von Angehörigen oder des Hausarztes.



Kollegiale Beratung (der Bezugspflegekraft)

Phase 1: Vorstellung des Falles

Vorstellung durch die Bezugspflegekraft (einer spricht, alle hören zu)

Phase 2: Klärung

Fragen werden gestellt und durch die Bezugspflegekraft beantwortet.

Phase 3: Phantasie-Phase

Alle Teilnehmer entwickeln Ideen, Vermutungen und Ratschläge.

Die Bezugspflegekraft hört zu.

Phase 4: Ergebnis

Womit konnten Sie etwas anfangen?

Die Bezugspflegekraft spricht, alle hören zu.

Phase 5: Umsetzungsplanung

Was machen Sie konkret mit diesen Erkenntnissen?



Durch die Kollegiale Beratung bekommt das Team gemeinsam eine Vorstellung, welche Maßnahmen im Sinne des Bewohners sind.

Es hilft dabei strittige Punkte auch mit Angehörigen, dem Hausarzt und/oder anderen Behandlern zu besprechen.



Fallbesprechungen als Kollegiale Beratung entlasten oftmals sehr. Die Ergebnisse können einfach und gut dokumentiert und für Ihre Akte angepasst werden.

So kann der mutmaßliche Patientenwille auch in kritischen Situationen gut umgesetzt werden.

© www.palliativstiftung.de 02-2020

2 - Rechtliche Aspekte rund um Sterben und die „Hilfe“

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Wenn sich der Zustand eines Bewohners unerwartet verschlechtert, stellen sich immer Fragen: Was ist jetzt zu tun? Darf man Sterben zulassen? Das ängstigt Familien und Pflegende. Wie kann man helfen? Wann ist es „**Sterbehilfe**“? Wer darf entscheiden? Wie darf man Leiden lindern? Und wie können Sie rechtlich sicherer arbeiten?



Was lebt, das stirbt. Am Lebensende müssen Medikamente angepasst werden. Meist ist „weniger mehr“! Oft ist **Linderung** durch morphiumähnliche Medikamente sinnvoll. Lindern verbessert Lebensqualität, es verlängert das Leben auch eher, als es zu verkürzen!
Lindern ist also eine wunderbare Hilfe beim Sterben.



Am Lebensende darüber nachdenken:

- 1) Was will der Patient?
- 2) Gibt es **Vorsorgevollmacht (VV)** und **Patientenverfügung (PV)**?
- 3) Sind alle Beteiligten gut informiert?
- 4) Welche Beschwerden, welche Leiden liegen vor?
- 5) Will der Patient, dass sie gelindert werden?
- 6) Wie können wir Leiden und Linderung dokumentieren?



„**Sterbehilfe**“ meint in Deutschland meistens Lebensverkürzung durch (Selbst)Tötung.
Selbsttötung und die Beihilfe dazu sind in Deutschland erlaubt.
Eine **Tötung** auf Wunsch des Patienten ist aber eine Straftat.
Das gilt erst recht für eine Tötung z.B. aus Mitleid mit einem Bewohner, der sich nicht mehr klar äußern kann.



Beachte: Einigkeit zwischen Patient, Familie und Pflegeteam sind wichtig– rechtlich und menschlich.

Sterben zulassen ist richtig, wenn es dem Patientenwillen entspricht.
Lassen Sie sich nicht verleiten „ein paar Tröpfchen zu viel zu geben!“

Dokumentieren Sie, warum ein Medikament nötig ist und wie es wirkt!

02-2020
© www.palliativstiftung.de
PiPiP

3 – Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Damit Bewohner auch bis zum Lebensende bei Ihnen bleiben können, sollte frühzeitig mit dem Hausarzt eine **Bedarfsmedikation** festgelegt werden. Die WHO empfiehlt für die Palliation Medikamente vorrätig zu halten, von denen hier die Wichtigsten genannt werden. Sie sind leicht erhältlich, einfach zu handhaben und preisgünstig.



Unabhängig von der Grunderkrankung treten in der Sterbephase oft **Unruhe, Schmerzen, Übelkeit und Atemnot** auf.

Für die Symptombehandlung sind neben richtiger Pflege oft einige der folgenden, anwendungssicheren Medikamente nötig.



Unruhe: **Haloperidol** (0,1 mg/Tropfen, 30 ml)
Übelkeit: 3x 3-5 Trpf, **Verwirrung/Unruhe:** 3x 15-50 Trpf.
Diazepam (Rectiole 10 mg, 20 Stück) oral, PEG, rektal
Lorazepam expidet (1,0 mg, 50 Stück) oral, PEG
 wirkt nicht durch die Mundschleimhaut!
Schmerzen: und Fieber: Metamizol (500 mg/20 Tropfen, 50 ml)
 u/o **Unruhe/Atemnot: Morphin 2 %** (1,2 mg/Trpf)
 und **Morphin Ampullen 10 mg** (20 Ampullen)
Übelkeit: **Metoclopramid** Lösung (1 mg/ml, 100 ml)
Speicheln: **Scopolamin** Pflaster (3 Pflaster) auch gegen **Übelkeit**



Ein **Vorrat dieser Medikamente** für alle Bewohner macht die Arbeit viel sicherer. Nachts und am Wochenende können sonst die Rezepte nicht schnell genug vorliegen, Medikamente fehlen und Patienten leiden.

Engagement und Kreativität sind gefragt!



Zur Vorbereitung für Notfälle sind Planung und Absprachen nötig:

Gerade nachts und an Wochenenden, wenn der Hausarzt nicht erreichbar und die Apotheke geschlossen ist, wird bei Krisen sonst oft (!) wegen Unterversorgung in die Klinik eingewiesen.

02-2020
© www.palativstiftung.de
PiPiP

4 – Technik und Geräte

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



	<p>Auch am Lebensende gibt es Maschinen und Geräte. Welche sind (lebens)wichtig, welche verzichtbar, welche können schaden? Und wann?</p> <p>Was muss ich vorher schriftlich festlegen? Was muss ich vielleicht für den Gebrauch vorhalten?</p>
	<p>Geräte lenken durch die Technik vom Patienten ab!</p> <p>Will der Patient gut umsorgt sterben dürfen, sind alle lebenswichtigen Geräte verzichtbar. Die Weiterbenutzung darf Leiden nicht vermehren oder verlängern. Der Nicht-Gebrauch ist meist nötig!</p>
	<p>Kurz aufgelistet, man sollte im Vorfeld schriftlich klären, was tun mit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) PEG-Sonden, 2) Infusionen, Port, 3) Intravenösen Medikamenten, 4) Absauggeräten, 5) Drainagen, 6) Herzschrittmacher, 7) Defibrillator, 8) Überwachung von Sauerstoffsättigung, EKG, Blutdruck?
	<p>Hier ist oft Expertenwissen wichtig, fragen Sie ein SAPV-Team oder auch unsere Spezialisten.</p> <p>Will man einen Schrittmacher Defibrillator vor Ort inaktivieren, braucht man dazu z.B. einen passenden Magneten. Den kann man über PiPiP bekommen und leicht vorhalten. Rechtzeitig umprogrammieren ist besser!</p>
	<p>Alles was elektrisch ist und piepen kann und ist störanfällig. Leiden lindern, gelingt nahezu immer ohne Technik. Defis und Herzschrittmacher können in manchen Fällen sehr (!) belasten, künstliche Nahrung und Infusionen ebenso. ACHTUNG: Schnell kommt der Vorwurf, dass der Patient ja umgebracht würde. Da braucht es starken Rückhalt. Der Rückhalt ist gut möglich!</p>

02-2020
www.palliativstiftung.de
© PiPiP

5 – Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung & Co.

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Kann ein Bewohner unerwartet nicht mehr verständlich sprechen, werden Familien, auch Pflegende unsicher über die richtige Behandlung. Darf man Sterben zulassen? Soll der Notarzt kommen? Soll der Bewohner ins Krankenhaus – auch wenn er eigentlich nicht will? Wer darf da eigentlich was entscheiden? Über Patientenwünsche rechtzeitig reden entlastet uns alle!



Sie kennen den Bewohner gut! Helfen Sie, den **Patientenwillen** zu ermitteln, damit danach gehandelt werden kann! Bewohner, Angehörige, Betreuer und Ärzte sollten Festlegungen **möglichst rechtzeitig und gemeinsam und IMMER schriftlich** treffen. Übrigens: Verfügung und Vollmacht gelten auch über den Tod hinaus!



Beim Einzug und später regelmäßig:

- 1) Regen Sie zum Nachdenken und Reden an.
- 2) Erfragen Sie nach etwa zwei Wochen ob für **Patientenverfügung (PV)** und **Vorsorgevollmacht (VV)** Hilfe gebraucht wird.

Beim einer Gesundheitskrise überlegen Sie:

- 1) Gibt es schon Festlegungen für die möglichen Behandlungen?
- 2) Passen die Festlegungen jetzt für diese Situation?
- 3) Ist die Familie über die Verschlechterung des Zustandes informiert?
- 4) Was denkt die Familie zum Patientenwillen in DIESER Situation?
- 5) Leidet der Bewohner? Benötigt er jetzt (schnell) ärztliche Hilfe?
- 6) Welche Erleichterung bringt eine Krankenhauseinweisung JETZT für den Bewohner? Was kann auch in der Einrichtung geleistet werden?



Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder **Vertreterverfügung** helfen im Notfall. Dokumentieren Sie sauber und verständlich. Unterlagen und unabhängige Beratung gibt es bei der PalliativStiftung und in Palliativversorgung und rechtlichen Fragen erfahrenen Experten.

Unterlagen sollten schnell verfügbar, verständlich und übersichtlich sein.



Beachte: Die Umsetzung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens ist das oberste Ziel. Einigkeit zwischen Bewohner, Angehörigen und Pflege sind eine gute Grundlage für die gelungene Umsetzung. Sie sollten mögliche **Bedenken** und, was Sie als problematisch ansehen oder nicht verantworten können **frühzeitig offen ansprechen!**

6 – Gesundheitliche Versorgungsplanung

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Das Hospiz- und PalliativGesetz empfiehlt nach § 132g SGB V ausdrücklich, dass Bewohnern in Pflegeeinrichtungen unterstützt werden in gesünderen Tagen ihre (Behandlungs)Wünsche für die letzte Lebensphase zu planen. Hier finden Sie eine Übersicht über mögliche Themen und Probleme.



Diese Versorgungsplanung ist mehr als eine Patientenverfügung. Es sollen frühzeitig konkrete Probleme angesprochen werden. Es sollen auch konkrete Lösungswünsche besprochen werden. Die **möglichen Lösungen für DIESEN Bewohner** sollen verständlich dokumentiert werden.



Es sollten z. B. folgende Fragen bearbeitet werden:

- 1) Sind Vorsorgevollmacht (VV) und PatientenVerfügung (PV) vorhanden?
- 2) Sind VV und PV verständlich und gültig?
- 3) Welche besonderen Behandlungswünsche gibt es noch?
- 4) Wer soll und wer darf über den Patienten informiert werden?
- 5) Wie können weitere Wünsche dokumentiert werden?
- 6) Welche Anordnungen muss ein Arzt jetzt treffen, um die Versorgung später für die Mitarbeiter angemessen zu ermöglichen?
- 7) Welche Medikamente müssen vorgehalten werden?
- 8) Sind diese Medikamente schon für den Bewohner verfügbar?
- 9) Welche Maßnahmen sollten nicht fortgeführt werden?



Ein Teil der Beratung muss von jedem abgedeckt werden. Ein Teil braucht mehr Wissen. Sie können es bei uns erwerben. Sie können Vordrucke, Bücher und Ratgeber der PalliativStiftung gut für den Einstieg und besondere Probleme nutzen. Viele Fragen brauchen besondere palliative Kenntnis, zusammen mit langer Erfahrung im Umgang mit rechtlichen Problemen. Dann fragen Sie die Experten.



Achtung, oft gibt es verschiedene Auffassungen und dadurch verborgene Konflikte, was für den Patienten angemessen wäre. **Benennen Sie solche Probleme, wenn Sie davon erfahren.** Dokumentieren Sie die Probleme. Und holen Sie sich einen Experten als Vermittler dazu.

Gerne können Sie uns ansprechen.

7 – Gesprächskultur

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Mit dem Einzug in ein Pflegeheim beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Es gibt für Angehörige und Bewohner viel zu regeln. Die Grundlage sind zahlreiche Gespräche. Dabei bietet sich eine gute Gelegenheit, zu zeigen, dass Sie bei Fragen der Begleitung am Lebensende kompetent unterstützen können.



In sachlichen Gesprächen mit Bewohnern und Angehörigen werden die Fragen zur Versorgung am Lebensende besprochen und Wünsche dazu dokumentiert. Gute Zeitpunkte sind die Aufnahme, immer bei Gesprächsbedarf und jede Verschlechterung des Zustands.



S: Setting: ausreichend Zeit einplanen; Unterbrechungen vermeiden, Bezugspersonen und Angehörige mit einbeziehen;
P: Patientenwahrnehmung: Was wird wahr genommen? Was wissen der Bewohner/Angehörige? Bereitschaft, mehr zu erfahren.
I: Individuell: Sind wir eingeladen, jetzt und hier über unangenehme Themen (Krankheit, Tod) zu reden?
K: Know How: Wissen an den Gesprächspartner angepasst vermitteln!
E: Emotion: Wie geht es dem Bewohner? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er jetzt verkraften? Sollte man später weiterreden?
S: Summe: Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Behandlung aussehen? Dokumentation der Ergebnisse!



Erfassen Sie Weltbild und Wünsche des Bewohners. Binden Sie frühzeitig Experten mit ein. Hausärzte, Palliative-Care-Fachkräfte, ambulanter Hospizdienst und das PalliativNetz oder auch wir können hilfreiche Ansprechpartner für Sie sein.



Ein Gespräch darf nicht zu lange dauern. Dann dreht es sich im Kreis. Das Wichtigste sind die ersten Minuten und die letzten Sätze. Manchmal habe Sie oder der Gesprächspartner auch nicht viel Zeit. Sprechen Sie die Dauer zu Beginn ab. Signalisieren, dass „Tod und Sterben“ und die Wünsche am Lebensende für uns zum Leben gehören und darüber gesprochen werden darf und soll.

8 – Symptome und Maßnahmen I

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Am Lebensende leiden Menschen meist unter **ähnlichen Beschwerden**. Eine Behandlung ist gut möglich. Doch ist es zu wenig bekannt, so kommt es gerade „nach Feierabend“ oft zur Einweisung in die Klinik.
Also:
Also: Jeder muss wissen, wie Beschwerden behandelt werden können.



Fast jeder möchte sterben, wo er lebt.

Auch bei hoher Symptomlast ist Linderung durch gute Palliativpflege und einfache Palliativmedizin möglich. Mit wirksamer Behandlung kann die unerwünschte Klinikeinweisung vermieden werden.



Durst, Hunger: Verschwinden im Sterbeprozess.

Sterbende wollen und müssen nichts mehr essen oder trinken.

Künstliche Ernährung: Im Sterbeprozess belastet sie.

Erbrechen und Atemnot sind die Folge.

Künstliche Ernährung deshalb nicht bis zum Ende fortführen.

Schwäche, Müdigkeit: Gehören zum Sterben dazu.

Schlafen am Tag und Wachphasen nachts sind normal.

Mundpflege: Wichtigste Maßnahme!

Hier sollte sich liebevoll Zeit genommen werden. Erkundigen Sie sich, was der Patient gerne mochte. Passen Sie Ihre Maßnahmen an.

Konkret: Mindestens alle zwei Stunden nach dem Patienten sehen.

Mund befeuchten (Sprühflasche mit Lieblingsgetränk möglich!).

Danach Mundpflege mit z. B. mit Oliven- oder Mandelöl oder Butter.



Borken im Mund sind die für den Patienten sehr unangenehm!

Sie können gut mit Sahne, Butter, kleinen Stückchen Brause, Ananas- oder Kiwi-Stücken abgelöst werden, die der Patient zum Kauen bekommt.

Der Speichel durch kleine, gefrorene Fruchtstücken (Ananas, Orange, Kiwi) angeregen. Viele Patienten finden gefrorene Getränke (in kleinen Eiswürfelformen) als sehr angenehm.



Bei der **Mundpflege** immer von hinten nach vorne wischen!
Immer den Zustand des Patienten beachten:

Material und Methode anpassen, um eine Aspiration zu vermeiden.

9 – Symptome und Maßnahmen II

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Hier wollen wir Ihnen als Teil II in ganz kurzer Form hochwirksame Hilfen zeigen.

DENN:

Alle Beschwerden am Lebensende sind gut und sicher zu behandeln.



Sie müssen keine Angst vor Erstickung oder unerträglichen, unbehandelbaren Schmerzen haben..

Mit wirksamer Behandlung kann bei schwersten Symptomen die unerwünschte Einweisung vermieden werden.



Atemnot: Ist das, was der Patient empfindet! Häufige Ursache: zuviel Flüssigkeit, Aspiration, Angst. Lösung: Lagerung, Beruhigung, leichter Luftzug als erste Schritte. **Sauerstoffmangel macht KEINE Atemnot!!!**

Medikamente der ersten Wahl sind Opioide (z.B.: Fentanyl nasal, Morphintropfen) oder Benzodiazepine (z.B. Lorazepam oral oder PEG).

Angst, Unruhe: sind beim Sterben normal. Zuwendung, Seelsorge, vertraute Personen sind dann 1. Wahl.

Lorazepam (Angst) oder Haldol (Unruhe) sind oft erforderlich.

Fieber: Wadenwickel (bei warmen Beinen) und Metamizol

Schmerz: eine angemessene Schmerzbehandlung ist möglich – und Menschenrecht! Stark + schnell wirksame Medikamente für die Spitzen (z.B. Fentanyl nasal) PLUS als Grundlage z.B. Metamizol, Ibuprofen PLUS Opioid retard, bzw. Pflaster sind eine häufige Kombination.



Sprechen Sie mit Angehörigen über deren Sorgen.

Leiden die Angehörigen oder der Patient?

Hier kann der ambulante Hospizdienst Sie sehr gut unterstützen.

Wichtig: **Immer vorbeugend Bedarfsmedikation anordnen lassen!**

Der Hausarzt kann die wichtigsten Fragen klären, wie die Unterstützung durch PalliativNetz, vermeiden von Klinikeinweisung, Einweisung ins stationäre Hospiz. Sprechen Sie ihn konkret an. Bei speziellen Fragen sind auch wir für Sie erreichbar.



Statt Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung **am Lebensende** regelmäßig

Unruhe + Schmerzen + Atemnot + Atemfrequenz dokumentieren.

Frühzeitig vom Arzt Bedarfsmedikation anordnen und verordnen lassen!

10 – Selbstfürsorge

Dr. Thomas Sitte – Holle Redpath – Kristina Schmidt – Dr. Thomas Plappert



Als Pflegekraft leisten Sie eine großartige Arbeit. Bewohner und Angehörige sind sehr dankbar. Sie sind rund um die Uhr für Menschen da. Sie helfen, wo die Not am größten ist. Sie heben, tragen und ertragen, was anderen unerträglich ist. Manchmal ist es schwer, das alles zu meistern. Merken Sie, dass wir im Dienst für die anderen vergessen, uns um uns selbst zu kümmern?



Gerade in der Betreuung schwer kranker oder sterbender Patienten ist es wichtig, neben Fachwissen und guten Arbeitsbedingungen auch für sich selber gut vorbereitet zu sein.

Um für andere stark zu bleiben, müssen wir für uns selber sorgen!



Selbstfürsorge für den Körper:

- Schlafe ich genug?
- Esse und trinke ich regelmäßig und „gut“, nicht zu wenig oder zuviel?
- Kann ich essen und trinken in Ruhe genießen?
- Sorge ich für Ruhepausen an der Arbeit und im Alltag?
- Sorge ich für körperlichen Ausgleich? Bewege ich mich angemessen?

Selbstfürsorge für die Seele:

- Nehme ich mir Zeit für das, was mir wirklich wichtig ist?
- Pflege ich Kontakte oder ziehe ich mich von anderen zurück?
- Gestatte ich anderen mir nahe zu kommen?
- Bin ich selbst „gut“ zu mir?



Notieren Sie es nur für sich alleine oder tauschen Sie sich darüber aus.

Das tut mir an der Arbeit gut:

Das tut mir im Alltag gut:

Überlegen Sie sich, wie Sie das, was IHNEN gut tut, vermehren können.



Gerade in „helfenden Berufen“ ist der Weg ins Burn-out kurz und wird lange verdrängt.

Deshalb ist es wichtig, dass **Sie auf sich und Ihre Kollegen achten**. Mit der gleichen Fürsorge, die Sie Ihren Bewohnern schenken, sollten Sie sich selbst und Ihren Kollegen begegnen.

Anhang Vorschläge für Modulgestaltung

Modul 0: Vorstellung des Projekts/Bedarfserhebung

Zeitumfang: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Einstieg 2 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erarbeitung 25 Min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellung der durchführenden Personen/Ansprechpartner/Erreichbarkeiten ▪ Darstellung der Inhalte und Ziele des PiPiP2020 Projekts <ul style="list-style-type: none"> - Wünsche von Menschen am Lebensende - Bedürfnisse von Menschen am Lebensende - Ziele des Projekts (bessere Versorgung von Menschen am Lebensende; Reduktion der unerwünschten Krankenhauseinweisungen) - Darstellung der genauen Inhalte und Klärung des individuellen Bedarfs in der jeweiligen Einrichtung ▪ Erörterung der Erwartungen des Personals an das Projekt ▪ Themenwünsche des Personals werden erfragt und in der Gesamtkonzeption berücksichtigt ▪ Klärung offener Fragen ▪ Fragebögen zur Evaluation zum Ausfüllen 	Plenum	Flip Chart Stifte Präsentation PiPiP2020 (PowerPoint) Fragebogen Stifte
Zusammenfassung/Ausblick 3 Min	Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Übersicht über alle Termine und Themen (Handout)

Modul 1: Fallbesprechung

Zeitungsumfang: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele	Methode	Material
Einstieg 2 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erarbeitung 25 Min	<p>I. Darstellung des Settings/Ab- laufs eines Gesprächs mit Be- wohnern und Angehörigen:</p> <p>SPIKES-Empfehlung Setting (Vorbereiten der Situation/Um- gebung in der das Gespräch stattfinden soll; ausreichendes Zeitfenster einpla- nen; Bezugspersonen ggf. mit einbezie- hen; Unterbrechungen vermeiden) Perception (Kenntnisstand des Bewoh- ners/der Angehörigen bezüglich der Si- tuation/des Gesundheitszustands erfra- gen) Invitation (Einschätzung der Bereit- schaft, über Punkte der Gesundheitspla- nung/Vorsorge zu sprechen; Fragen wieviel Information im Moment gegeben werden soll) Knowledge (Vermittlung von Wissen entsprechend den Bedürfnissen des Ge- genübers; kurze verständliche Sätze; keine Fachwörter; Verständnis abfra- gen) Emotions (Wie geht es dem Bewohner während/nach dem Gespräch? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er/sie jetzt verkraften? Muss man das Ge- spräch ggf. abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführen?) Summary (Planen und Zusammenfas- sen: Wie soll/kann die Festlegung in Ge- sundheitsfragen aussehen? Wie geht es nun weiter?)</p>	Plenum	<p>Flip- chart</p> <p>Begriffe: <i>SPIKES</i> auf Modera- tions- karten</p> <p>Stifte</p>

	<p>II. Vorstellung des Ablaufs einer Fallbesprechung im Rahmen der kollegialen Beratung</p> <p>Kollegiale Beratung Phase 1: Vorstellung des Falles Vorstellung durch die Bezugspflegekraft (einer spricht, alle hören zu) Phase 2: Klärung Fragen dürfen gestellt und durch Bezugspflegekraft beantwortet werden Phase 3: Phantasie-Phase Alle Teilnehmer entwickeln Ideen, Vermutungen und Ratschläge, Bezugspflegekraft hört zu Phase 4: Ergebnis Womit konnten Sie etwas anfangen? Bezugspflegekraft spricht, alle hören zu Phase 5: Umsetzungsplanung Was machen Sie konkret mit diesen Erkenntnissen?</p> <p>Ziel: Sensibilisierung und Darstellung der Wichtigkeit regelmäßiger Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen und im Team zur fachlichen Abstimmung und Erarbeitung möglicher Vorgehensweisen zum Wohle des Bewohners. Grundlage hierfür ist immer die Ermittlung des (mutmaßlichen) Bewohnerwillens aufgrund seiner bisherigen Lebenseinstellung sowie seiner Werte und Normen. Neben der konkreten Ausarbeitung und Planung medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Maßnahmen für den Bewohner ist auch die mögliche Entlastung jedes Mitarbeiters durch die Fallbesprechung in der Gemeinschaft ein wichtiger Aspekt. Diskussion über die Umsetzungs- und Anwendungsmöglichkeiten im Plenum Klärung offener Fragen</p>	Plenum	Flipchart Stifte
Zusammenfassung/Ausblick 3 Min	Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

Modul 2: Rechtliche Aspekte

Zeitumfang: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele	Methode	Material
Einstieg 5 Min	Hinführung zum Thema: jeweils einen der Oberbegriffe (siehe Inhalte Erarbeitungsphase) auf Moderationskarten austeilen und zum gemeinsamen Austausch in der Murmelgruppe bitten	Murmelgruppe	Oberbegriffe auf Moderationskarten
Erarbeitung 22 Min	<p>Jeder der ausgeteilten Oberbegriffe wird nun gemeinsam im Plenum erarbeitet: („Was sind Ihre Gedanken zu Oberbegriff xy?“)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenverfügung („Was will ich für mich?“ Wille des Bewohners/Patienten wird abgebildet? Nach Vorlage? Vom Rechtsanwalt? Vom Hausarzt? Festlegung für die Situation zutreffend? Klar genug formuliert?) - Vorsorgevollmacht („Wer vertritt mich/meinen Willen wenn ich es nicht mehr kann?“ Wille des Patienten bekannt? Geschäftsfähigkeit? Liegt Patientenverfügung vor? Umfang und Inhalt?) - Gesetzliche Betreuung („Was darf wer entscheiden?“ Wann nötig und gültig? Definierte Betreuungsbereiche? Wille des Patienten bekannt? Angehörige oder unabhängige Dritte?) - Vertreterverfügung („Wenn nichts festgelegt ist nach mutmaßlichem Patienten/Bewohnerwillen verfasst.“ Von wem und wie erarbeitet? Wille des Patienten glaubhaft 	Plenum	<p>Oberbegriffe auf DIN-A 4 Blättern Flipchart</p> <p>Glossar für die Diskussion zur Suizidassistenz (Hrsg: DPS)</p>

	<p>erkannt? Festlegung für die Situation zutreffend?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis auf eigenen Workshop zum Thema Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Vertreterverfügung und Betreuungsverfügung - - Unterlassene Hilfeleistung („Was wollte der Patient/Bewohner?“ Verpflichtung Hilfe zu leisten im Kontext der Bewohner/Patientenwünsche) - Körperverletzung (Welche Maßnahmen sind nötig und im Sinne des Bewohners? Welche Maßnahmen sind in Patientenverfügung gewünscht/abgelehnt?) - Freiheitsberaubung (Bettgitter: ja/nein? RTW-Transport gegen Patientenwillen ja/nein?) - Aktive Sterbehilfe (VERBOTTEN! Jedoch Analgesie und Sedierung bei entsprechender Symptomlast in palliativer Situation unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung sind KEINE aktive Sterbehilfe.) <p>Diskussion über die Wichtigkeit standardisierter Vorgehensweisen innerhalb der Einrichtung in Punkto Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Vertreterverfügung.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>		
<p>Zusammenfassung/Ausblick</p> <p>3 Min</p>	<p>Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit</p>	<p>Plenum</p>	<p>Handout</p>

Modul 3: Medikamente**Zeitumfang: 30 Min**

Phase	Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele	Methoden	Material
Ein- stieg 2 Min	Individuelle Hinführung zum Thema	Plenum	
Erar- beitung 25 Min	<p>Sammlung aller, in der letzten Lebensphase evtl. wichtigen - und dem Personal bekannten- Medikamente im Plenum. Zuordnung zu den jeweiligen Symptomen. Vorstellung der analog WHO Liste empfohlener Medikamente zur Palliativversorgung, Medikamente:</p> <p>Unruhe: Haloperidol Diazepam Lorazepam</p> <p>Schmerzen: + Fieber: Metamizol + Unruhe/Atemnot: Morphin 2% oder Morphin Amp. 10 mg</p> <p>Übelkeit: Metoclopramid</p> <p>Salivation: Scopolamin Pflaster</p> <p>Hinweis auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Festlegung der Bedarfsmedikation in Absprache mit dem behandelnden Arzt (SAPV-Versorger oder Hausarzt).</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Flipchart Moderationskarten</p> <p>Stifte</p> <p>Medikamententipps (Hrsg: DPS)</p> <p>Muster SAPV Verordnung</p>
Zu- sam- men- fas- sung/A usblick 3 Min	Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

Modul 4: Technik und Geräte

Zeitumfang: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele	Methode	Material
Ein- stieg 2 Min	Individuelle Hinführung zum Thema. KERNAUSSAGE: Geräte weiter zu benutzen braucht eine fortwährende Einwilligung!	Plenum	
Erar- beitung 25 Min	Angst vor der Technik abbauen. Wer ist zuständig, was kann geschehen? Welche Technik ist (lebens)wichtig, welche verzichtbar, welche könnte schaden? Kurz anreißen: 1) PEG-Sonden, 2) Infusionen, Port, 3) Intravenöse Medikamente, 4) Absauggeräten, 5) Drainagen, 6) Herzschrittmarker, 7) Defibrillator, 8) Überwachung Sauerstoff- sättigung, EKG, Blutdruck? Was kann wie vorher schriftlich festgelegt werden? Was muss ich vielleicht für den Gebrauch vorhalten Klärung offener Fragen	Plenum	Flipchart Moderati- onskarten Stifte Muster: Defibrillator Schrittma- cher Med.Pumpe Magnet
Zu- sam- men- fas- sung/A usblick 3 Min	Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

Modul 5: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co

Zeitungsumfang: 30 Min

<i>Phase</i>	<i>Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele</i>	<i>Me- thode</i>	<i>Material</i>
Ein- stieg 2 Min	Individuelle Hinführung zum Thema	Plenum	
Erar- bei- tung 25 Min	<p>Vorstellung der Vorsorgemappe der Deutschen PalliativStiftung als Grundlage für Gespräche zur Klärung möglicher Vorgehensweisen im Falle akuter Krankheit und gesundheitlichen Verschlechterung.</p> <p>Kurze Darstellung der inhaltlichen Unterschiede und Besonderheiten folgender Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenverfügung („Was will ich für mich?“ Wille des Bewohners/Patienten wird abgebildet? Nach Vorlage? Vom Rechtsanwalt? Vom Hausarzt? Festlegung für die Situation zutreffend? Klar genug formuliert?) + Wertevorstellung - Vorsorgevollmacht („Wer vertritt mich/meinen Willen wenn ich es nicht mehr kann?“ Wille des Patienten bekannt? Geschäftsfähigkeit? Liegt Patientenverfügung vor? Umfang und Inhalt?) - Betreuungsverfügung („Wer soll meine Betreuung übernehmen?“ Wann nötig und gültig? Wille des Patienten bekannt? Angehörige oder unabhängige Dritte?) - Vertreterverfügung („Wenn nichts festgelegt ist nach mutmaßlichem Patienten/Bewohnerwillen verfasst.“ Von wem und wie erarbeitet? Wille des Patienten glaubhaft erkannt? Festlegung für die Situation zutreffend?) <p>Empfehlung Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (wenn möglich) in Kombination auszufüllen/ausfüllen zu lassen und eine vertrauenswürdige Bezugsperson zur Durchsetzung des Patienten/Bewohnerwillens einzusetzen.</p>	Plenum	<p>Vorsorge- mappen für alle Teilneh- mer</p> <p>Hrsg: DPS</p>

	<p>Darstellung der Möglichkeit bei nicht mehr geschäftsfähigen Bewohnern die Angehörigen eine Vertretervollmacht ausfüllen zu lassen, um den (mutmaßlichen) Willen der Bewohner für bestimmte med. Situationen festzulegen.</p> <p>Gemeinsame Überlegungen zu Möglichkeiten der Umsetzung in den Einrichtungen.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>		
<p>Zu- sam- men- fas- sung/A usblick</p> <p>3 Min</p>	<p>Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung Ort und Zeit</p>	Plenum	Handout

Modul 6: Versorgungsplanung

Zeitumfang: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele	Methode	Material
Einstieg 2 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erarbeitung 25 Min	<p>Rahmenbedingungen des Hospiz- und PalliativGesetz zu § 132g SGB V</p> <p>Bewohnern in Pflegeeinrichtungen in gesünderen Tagen bei Planung ihrer (Behandlungs)Wünsche für die letzte Lebensphase unterstützen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sind Vorsorgevollmacht (VV) und PatientenVerfügung (PV) vorhanden? 2) Sind VV und PV verständlich und gültig? 3) Welche besonderen Behandlungswünsche gibt es noch? 4) Wer soll und wer darf über den Patienten informiert werden? 5) Wie können weitere Wünsche dokumentiert werden? 6) Welche Anordnungen muss ein Arzt jetzt treffen, um die Versorgung später für die Mitarbeiter angemessen zu ermöglichen? 7) Welche Medikamente müssen vorgehalten werden? 8) Sind diese Medikamente schon für den Bewohner verfügbar? 9) Welche Maßnahmen sollten nicht fortgeführt werden? <p>Basiswissen kann vermittelt werden, bei Detailfragen Expertenrat einholen und diese hinzuziehen.</p> <p>Diskussion offener Fragen.</p>	<p>Plenum</p> <p>Plenum</p>	<p>Info-Material</p> <p>Muster: PV VV</p> <p>Flip-chart</p> <p>Stifte</p>

Modul 7: Gesprächskultur

Zeitumfang: 30 Min

<i>Phase</i>	<i>Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele</i>	<i>Me- thode</i>	<i>Material</i>
Einstieg 2 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erarbei- tung 25 Min	<p>I. Darstellung des Settings/Ablaufs eines Gesprächs mit Bewohnern und Angehörigen:</p> <p>SPIKES-Empfehlung Setting (Vorbereiten der Situation/Umgebung in der das Gespräch stattfinden soll; ausreichendes Zeitfenster einplanen; Bezugspersonen ggf. mit einbeziehen; Unterbrechungen vermeiden) Perception (Kenntnisstand des Bewohners/der Angehörigen bezüglich der Situation/des Gesundheitszustands erfragen) Invitation (Einschätzung der Bereitschaft, über Punkte der Gesundheitsplanung/Vorsorge zu sprechen; Fragen wieviel Information im Moment gegeben werden soll) Knowledge (Vermittlung von Wissen entsprechend den Bedürfnissen des Gegenübers; kurze verständliche Sätze; keine Fachwörter; Verständnis abfragen) Emotions (Wie geht es dem Bewohner während/nach dem Gespräch? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er/sie jetzt verkraften? Muss man das Gespräch ggf. abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführen?) Summary (Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Festlegung in Gesundheitsfragen aussehen? Wie geht es nun weiter?)</p> <p>Klärung offener Fragen.</p>	Plenum	<p>Flipchart</p> <p>Begriffe SPIKES auf Moderationskarten</p> <p>Stifte</p> <p>Flipchart</p> <p>Stifte</p>

Modul 8: Symptome und Maßnahmen I

Zeitraum: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Ein- stieg 2 min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erar- bei- tung 25 min	<p>Sammeln der häufigsten Symptome (im palliativen Kontext) auf dem FlipChart, eine Auswahl wird zum Workshop „Symptome und Maßnahmen I“.</p> <p>Anschließend die Maßnahmen zur Symptomlin- derung im Plenum gemeinsam erarbeiten („Sie sind die Profis - was können Sie anderen raten?“)</p> <p>Durst, Hunger: Unklarheiten, Ängste, Vorurteile thematisieren!</p> <p>Symptome Verschwinden im Sterbeprozess. Sterbende wollen und müssen nichts mehr essen oder trinken.</p> <p>Künstliche Ernährung: Eigene Erfahrungen er- fragen.</p> <p>Im Sterbeprozess belastet sie. Erbrechen und Atemnot sind die Folge. Künstliche Ernährung deshalb täglich überdenken, nicht bis zum Le- bensende fortführen.</p> <p>Schwäche, Müdigkeit: Gehören zum Sterben als normaler Teil dazu. Schlafen am Tag und Wachphasen nachts sind normal.</p> <p>Mundpflege: Wichtigste Maßnahme! Hier sollte sich liebevoll Zeit genommen werden. Erkundigen Sie sich, was der Patient gerne mochte. Passen Sie Ihre Maßnahmen an.</p> <p>Konkret: Mindestens alle zwei Stunden nach dem Patienten sehen. Mund befeuchten (Sprüh- flasche mit Lieblingsgetränk möglich!). Danach Mundpflege mit z. B. mit Oliven- oder Mandelöl oder Butter</p> <p>Wichtigkeit der frühzeitigen Kontaktaufnahme mit Hausarzt oder SAPV-Versorger zur Festle- gung einer Bedarfsmedikation müssen thema- tisiert werden!</p>	Plenum	<p>Flip Chart Stifte</p> <p>Pflege- tipps (Hrsg.: DPS)</p> <p>versch. Aroma- öle</p>

	<p>Vorstellung der Möglichkeiten der symptomorientierten Aroma-Therapie zur Entlastung der Bewohner/ Patienten.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>		
<p>Zusammenfassung/ Ausblick</p> <p>3 min</p>	<p>Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit</p>	Plenum	Handout

Modul 9: Symptome und Maßnahmen II

Zeitraum: 30 Min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Ein- stieg 2 min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erar- bei- tung 25 min	<p>Sammeln der häufigsten Symptome (im palliativen Kontext) auf dem FlipChart, ergänzend zum Workshop „Symptome und Maßnahmen I“.</p> <p>Anschließend die Maßnahmen zur Symptom- linderung im Plenum gemeinsam erarbeiten („Sie sind die Profis - was können Sie anderen raten?“)</p> <p>Atemnot: Oft Ausdruck einer psychischen Not und stark durch Emotionen beeinflusst. Umso mehr spielen Lagerung, Zuwendung und Begleitung durch Bezugspersonen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus können Maßnahmen wie das Öffnen von Fenstern sowie die gezielte Anwendung von Ventilatoren in Gesichtsnähe eine gute Unterstützung sein. Sauerstoffgabe ist in der Regel nicht hilfreich, so dass bei schwerer Luftnot stark wirksame Medikamente (etwa: Fentanyl-Nasenspray oder Morphin) verabreicht werden sollten.</p> <p>Angst, Unruhe: sind normale Reaktionen in der Sterbephase. Zuwendung und Anwesenheit von vertrauten Personen hilft mitunter, Haldol, Diazepam oder Tavor expidet sind oft erforderlich.</p> <p>Fieber: Wadenwickel und Metamizol</p> <p>Schmerz: eine adäquate Schmerzbehandlung ist Menschenrecht – und möglich! Stark wirksame Medikamente für Schmerzspitzen (z.B. Fentanyl-Nasenspray) und eine gute Basisabdeckung (z.B. Metamizol, Ibuprofen, Opiat-Pflaster oder Tropfen, ...) sind eine häufige Kombination. Wichtig: Bedarfsmedikation nicht vergessen!</p> <p>Wichtigkeit der frühzeitigen Kontaktaufnahme mit Hausarzt oder SAPV-Versorger zur Festlegung einer Bedarfsmedikation müssen thematisiert werden!</p>	Plenum	<p>Flip Chart</p> <p>Stifte</p> <p>Pflege- tipps</p> <p>Hrsg: DPS</p>

	Vorstellung der Möglichkeiten der symptomorientierten Aroma-Therapie zur Entlastung der Bewohner/ Patienten. Klärung offener Fragen		
Zusammenfassung/ Ausblick 3 min	Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

Modul 10: Selbstfürsorge

Zeitungsfang: 30 min

Phase	Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Ein- stieg 2 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erar- bei- tung 25 Min	<p>Kurze Einführung zum Thema Stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution (Sympathikus/Parasympathikus/"Fight-or-Flight-Reaktion") - Erklärung physiologische und psychische Stressreaktion - Kapazitätenmodell nach Richter: Erklärung rote/grüne Kügelchen = belegte/freie Kapazitäten; psychologische und physiologische Faktoren; Ressourcen (Abhängigkeit von vielen Faktoren: Tagesform, Art der Zusammenarbeit, Teamfaktoren, Art der Arbeitsumgebung, Organisationsstruktur, etc.) - Stressfaktoren im Alltag <p>Notwendigkeit zur Selbstfürsorge „Nur wer gut zu sich selbst ist kann auch gut zu anderen sein.“</p> <p>Frage: Was sorgt für grüne Kügelchen?</p> <p>Sammlung am Flipchart und gemeinsames Erarbeiten im Plenum: „Was tut Ihnen gut wenn es stressig wird?“ (Faktoren im Kontext des Arbeitsalltags sammeln)</p> <p>„Was kann auf körperlicher Ebene und seelischer Ebene Ausgleich sein?“ Denkanregungen im Kontext Selbstfürsorge auf körperlicher Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlafe ich genug? - Esse ich regelmäßig und „gut“? - Trinke ich ausreichend? - Sorge ich für Ruhepausen an der Arbeit und im Alltag? 	Plenum	<p>Grüne und rote Kügelchen Glasbehälter</p> <p>Flipchart; Stifte</p> <p>Handout</p>

	<p>Denkanregungen im Kontext Selbstfürsorge auf seelischer Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nehme ich Zeit für das, was mir wichtig ist? - Pflege ich Kontakte oder nable ich mich ab? - Gestatte ich anderen mir nahe zu kommen? - Bin ich selbst „gut“ zu mir? <p>Bearbeitung des Handouts/Persönliche Auseinandersetzung der Teilnehmer zu den beiden Fragen: „Was tut mir an der Arbeit gut?“ „Was tut mir im Alltag gut?“</p> <p>Klärung offener Fragen</p>		
<p>Zu- sam- men- fas- sung/A usblick</p> <p>3 Min</p>	<p>Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit</p>	Plenum	

Modul 11: Netzwerke und Kooperationspartner/Abschluss

Zeitraum: 30 Min

<i>Phase</i>	<i>Handlungsschritte/Inhalte/Lernziele</i>	<i>Methode</i>	<i>Material</i>
Einstieg 5 Min	Hinführung zum Thema	Plenum	
Erarbeitung 20 Min	<p>Vorstellung möglicher Netzwerke und Kooperationspartner im jeweiligen Wirkungsbereich/Landkreis:</p> <p>(Bitte lokale Strukturen umfassend und aktuell erfassen und Handout erstellen!)</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAPV-Team (ambulante palliativmedizinische Versorgung, Verordnung SAPV, Erreichbarkeiten, etc.) - amb. Hospizdienst (kostenfreies Angebot, palliative Beratung, psychosoziale Begleitung für Menschen am Lebensende und deren Angehörige, sowohl ambulant als auch stationär, etc.) - Deutsche PalliativStiftung (Beratung & Ansprechpartner in Fragen der palliativen und hospizlichen Versorgung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) - Palliativstation (stationäre med. Versorgung innerhalb eines Krankenhauses, ganzheitliches und multiprofessionelles Behandlungskonzept, Ziel der Stabilisierung und Symptomkontrolle, etc.) - Hospiz (stationäre Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, - 	Plenum	<p>Übersicht Netzwerkpartner (Handout)</p> <p>Muster SAPV Verordnung</p> <p>Fragebogen</p> <p>Stifte</p>

	Klärung (noch) offener Fragen aus dem gesamten Projekt Feedbackrunde Fragebogen zur Evaluation		
Zusammenfassung/Ausblick 5 Min	Zusammenfassung aller behandelten Themen; Dank an alle Teilnehmer; Verabschiedung aus dem Projekt	Plenum	