

Wo und wie kommt Interprofessionalität im Palliative-Care-Netzwerk zum Tragen? Voraussetzungen für gelingende interprofessionelle und -organisationale Zusammenarbeit

Dr. med. Roland Kunz, Facharzt für Geriatrie und Palliativmedizin, Zürich



We cannot change the outcome,
but we can affect the journey.

Ann Richardson

Gemeinsam am
wirkungsvollsten!

Palliative Care?

- **Haltung:** Akzeptanz der Endlichkeit und Vergänglichkeit, Leben trotz der Krankheit statt Bekämpfung des Endes als Ziel
- **Fachkompetenz:** Symptomlinderung, Kommunikation, Vorausplanung, Angehörigen Betreuung
- **Versorgungskonzept:** interprofessionelles Behandlungsteam, vernetzt über alle Settings hinweg, Grundversorgung und spezialisierte Versorgung umfassend

Definition Palliative Care

Nationale Leitlinien BAG 2010

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit **unheilbaren, lebensbedrohlichen und / oder chronisch- fortschreitenden Krankheiten.**

Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale **Lebensqualität** bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden **Bezugspersonen werden angemessen unterstützt.** Die Palliative Care beugt **Leiden** und Komplikationen vor.

Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

Kernfragen der Palliative Care

- **Wann ist ein Patient ein Palliativpatient?**
- **Wann beginnt Palliative Care?**
- Ab wann ist wer zuständig?

- Triggerfrage:
Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient in den nächsten 6-12 Monaten sterben würde?
(Palliative Care beyond cancer, British Med Journal Sept 2010)

Mit der Therapieziel-Änderung

Nationale Leitlinien Palliative Care BAG 2010 (CH)



Palliative Care wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird **und kein primäres Ziel mehr darstellt.**



**Was ist das aktuelle Goal of Care?
→ Für alle Beteiligten!**

Early Specialty Palliative Care — Translating Data in Oncology into Practice

Ravi B. Parikh, A.B., Rebecca A. Kirch, J.D., Thomas J. Smith, M.D., and Jennifer S. Temel, M.D.

Early Palliative Care

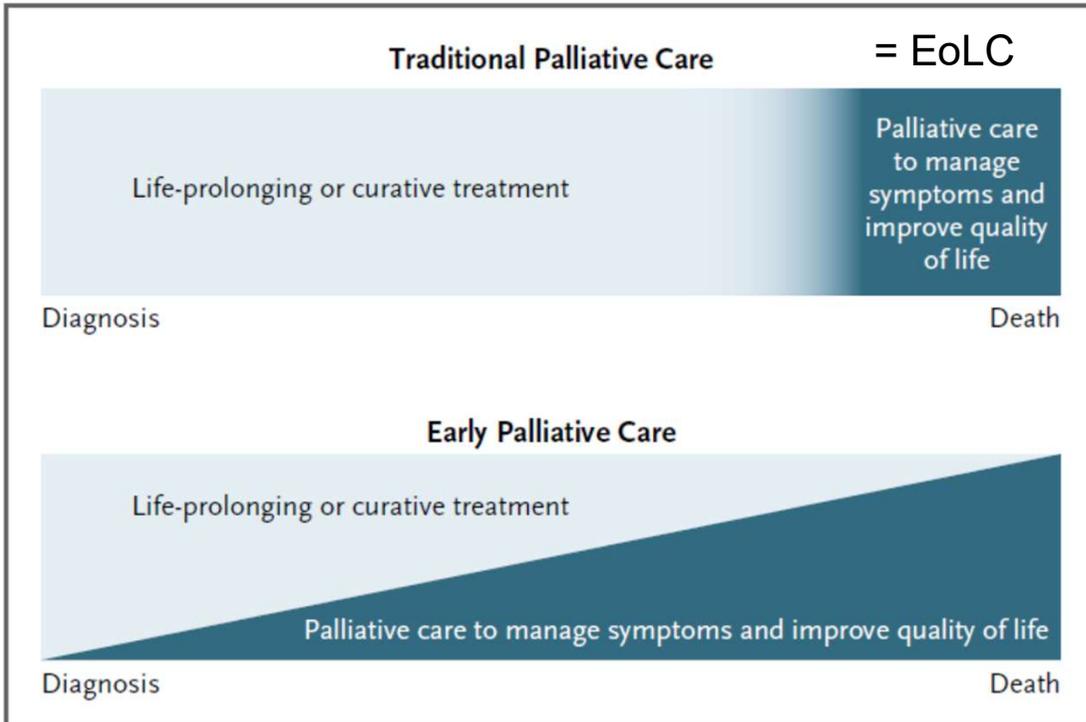
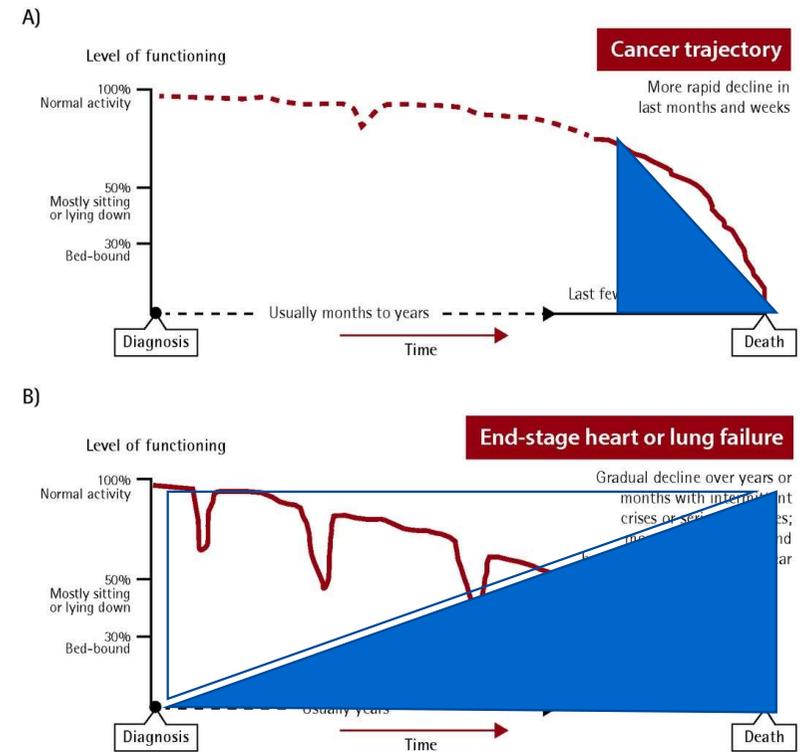


Figure 1. Traditional versus Early Palliative Care.

In the traditional care model, palliative care is instituted only after life-prolonging or curative treatment is no longer administered. In the integrated model, both palliative care and life-prolonging care are provided throughout the course of disease. Adapted from the Institute of Medicine.⁸

Figure 1. Illness trajectories: A) Cancer trajectory vs B) end-stage heart or lung failure trajectory.



Reproduced with permission from Pallium Canada.⁹ Adapted with permission from Lunney et al.⁹

Wer triggert den Beginn von Palliative Care und leitet die ersten Schritte ein?

Zu Hause, im ambulanten Setting?

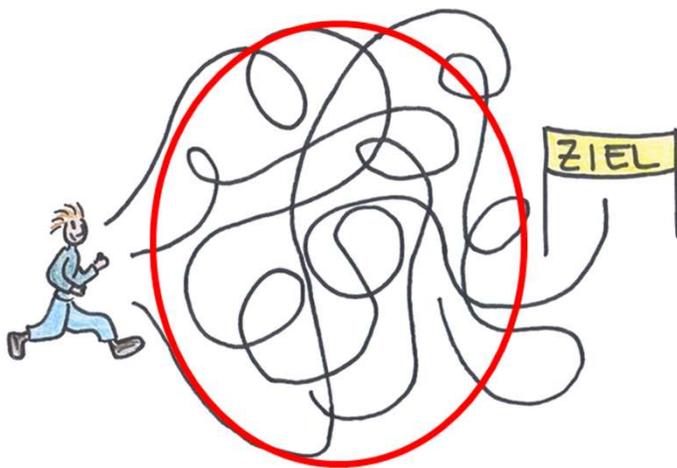
Im Pflegeheim?

→ Ist und Soll

Integration von Palliative Care beginnt mit Goal of Care Diskussion

- Goals of care discussions must consider and engage each patient's life story to ensure that **decisions are being made within this important personal context.**
- Timing of the discussion: Goals of care discussions should occur **early and often** in the course of a life-threatening illness.

UpToDate®



→ «early» Palliative Care

Early Palliative Care

Palliative Care is appropriate at any age and at any stage in a serious illness, and can be provided **together with curative treatment**.

American Cancer Society 2011

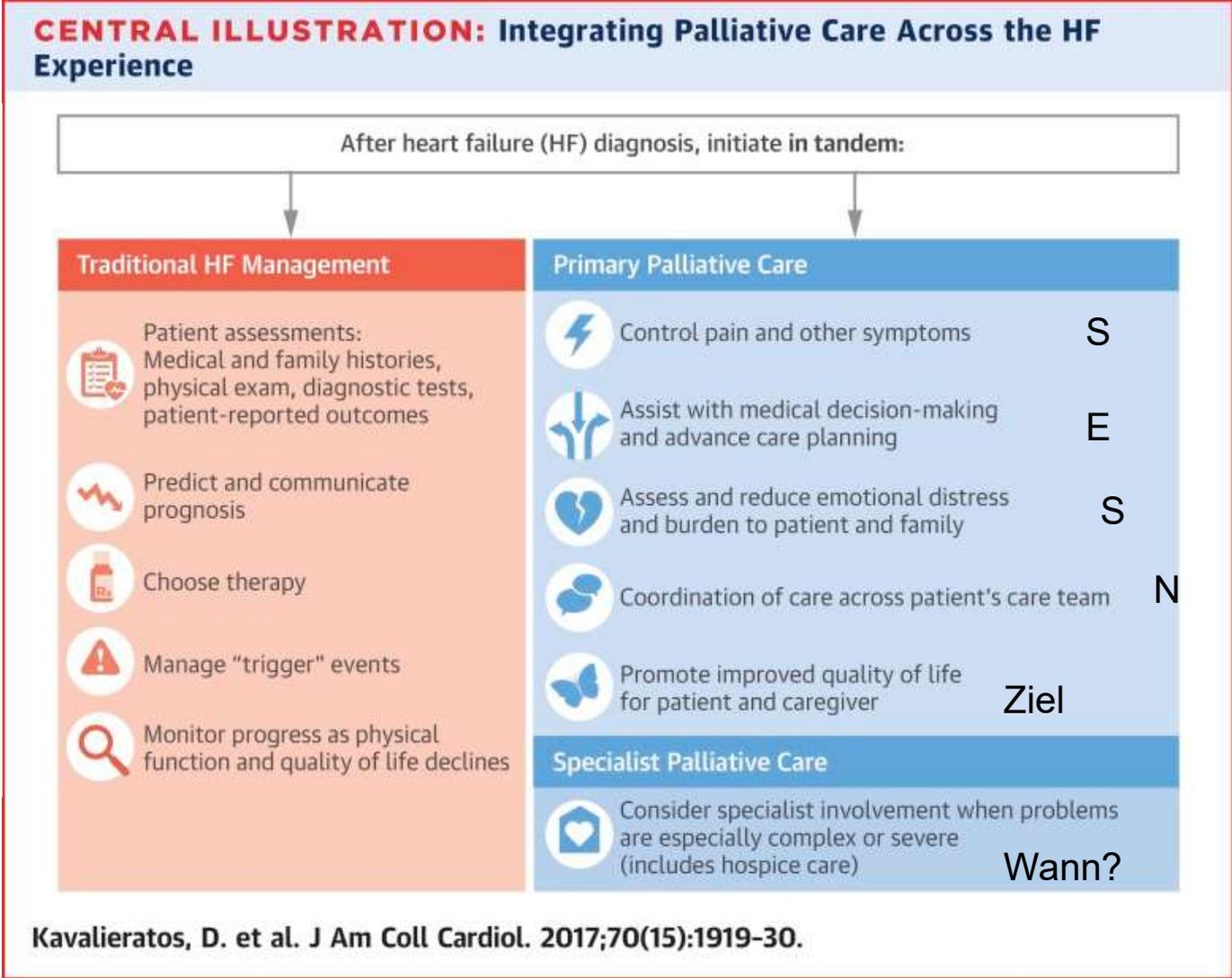
Palliative care is most effective when considered **early in the course of the illness**. Early palliative care not only improves quality of life for patients but **also reduces unnecessary hospitalizations and use of health-care services**.

WHO August 2020

Modell der Zukunft: Tandem («we're better together»)



Early Palliative Care



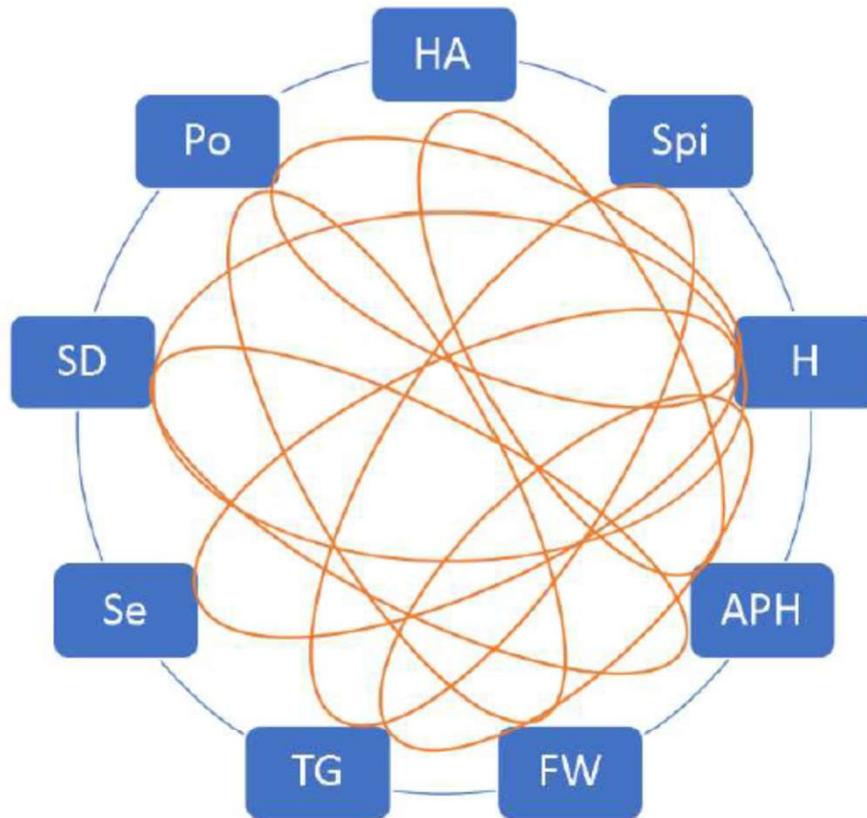
SENS als Kern der Palliative Care

- Symptommanagement: inkl. Notfallplan
- Entscheidungsfindung: aktuell und Vorausplanung
- **Netzwerk**: stationär und ambulant, Grundversorgung und spezialisiert, verschiedene Berufsgruppen
- Support: Unterstützung in Krankheitsbewältigung, Familie inkl. Kinder

Netzwerk

- Ein funktionierendes Netzwerk vermittelt Sicherheit
- Sicherheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität
- Jederzeit jemand erreichbar
- Basis und spezialisierte Dienste arbeiten interprofessionell zusammen
- Alle Informationen sind für alle zugänglich / werden weitergeleitet
- Entlastung der Angehörigen (Verantwortung abgeben)
- Reibungslose Schnittstellen zwischen ambulant und stationär

Netzwerk Palliative Care: Organisationen



Legende

HA = Hausarzt

Spi = Spitex

H = Spital

APH = Alters- und Pflegeheime

FW = Freiwillige

TG = Trauergruppen

Se = Seelsorge

SD = Soziale Dienste

Po = Politik

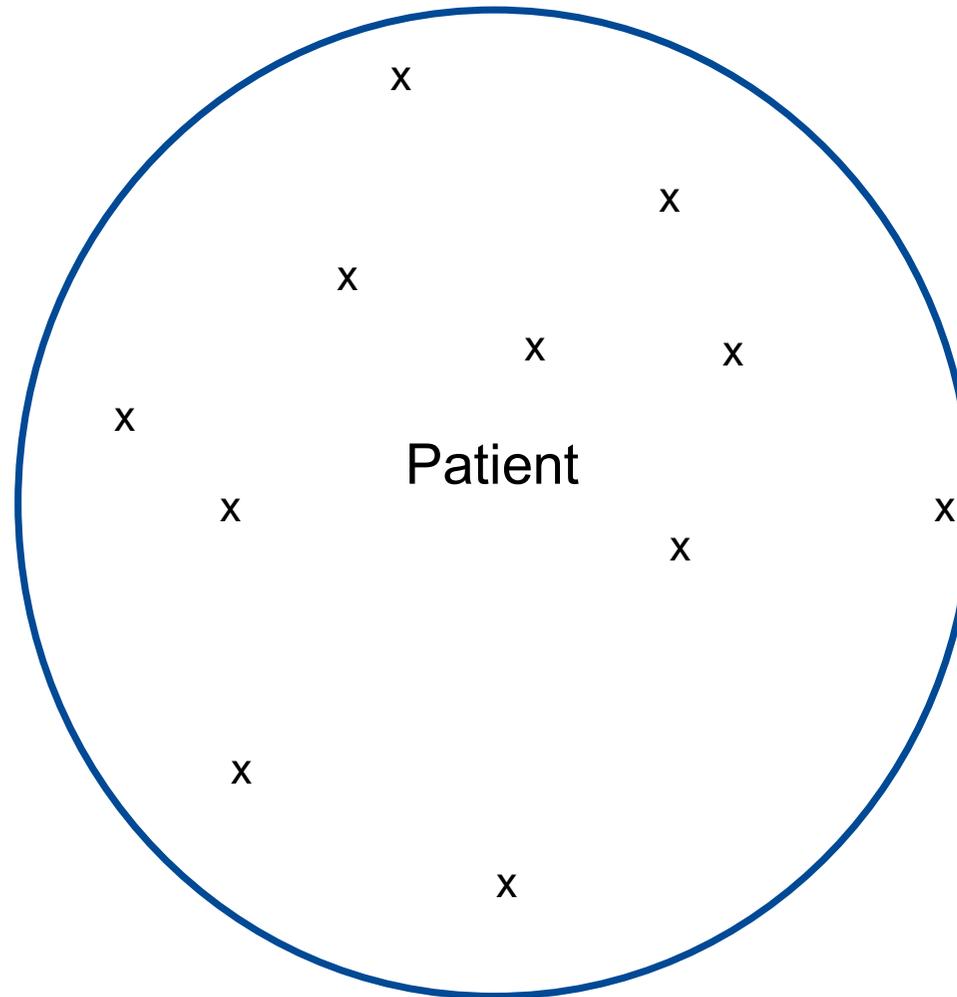
Betroffene

Angehörige

Bevölkerung

Grafik 1 – Zusammensetzung eines Palliative-Care-Netzwerks (Quelle: Palliativ Luzern)

Welche Berufsgruppen sind / können involviert sein im individuellen Netzwerk?



Innerhalb der Berufsgruppe:
welche Untergruppen?

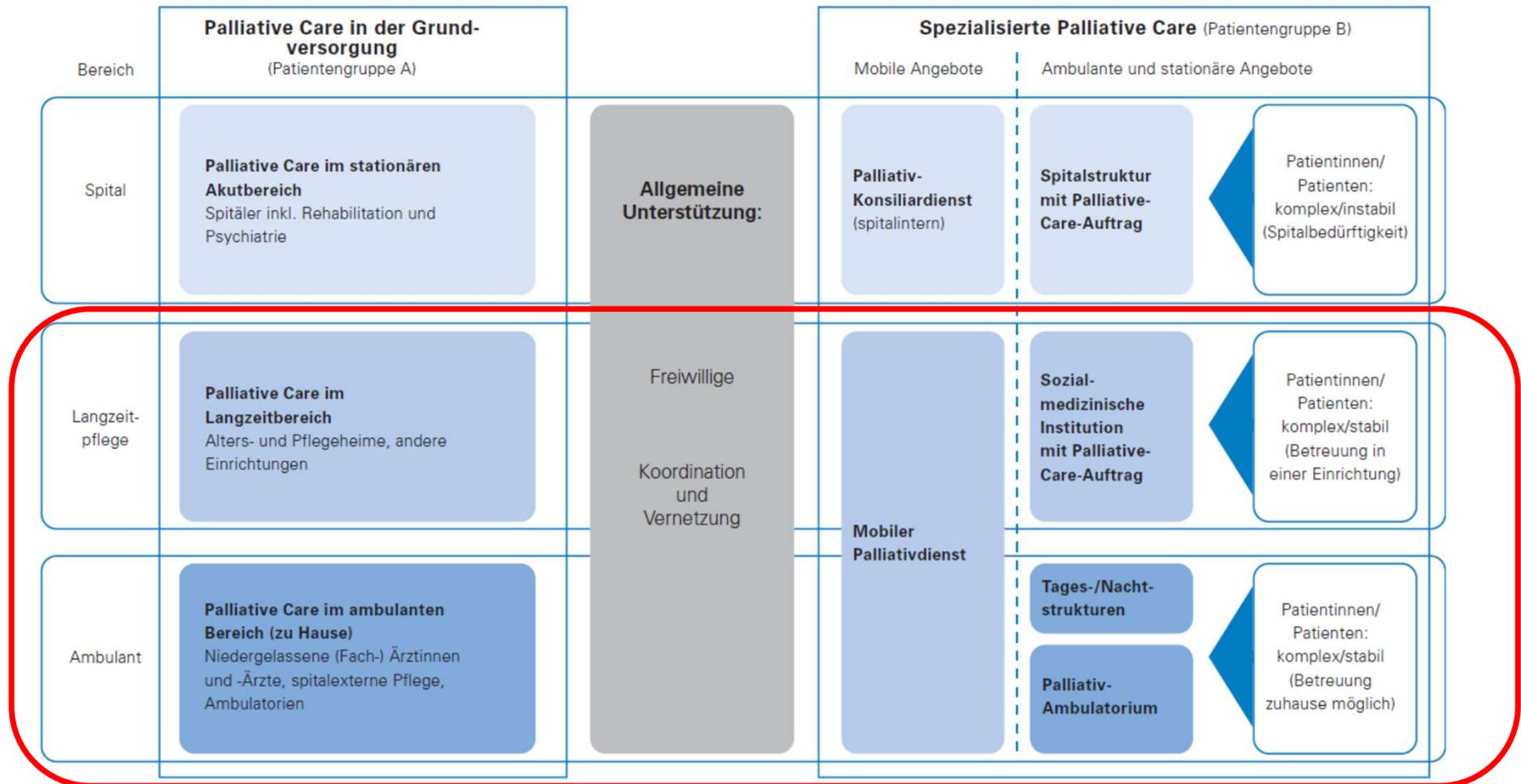


Abb. 3: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz, ausgehend vom Bedarf

Netzwerk: Berufsgruppen

- Ärzte: Hausärzte, Spezialisten in der Praxis / im Ambulatorium, Spitalärzte
- Apothekerinnen
- Pflege: Spitex, spezialisierte Spitex (Pall. Care, Psychiatrie)
- Psychologie / Psychotherapie
- Seelsorge
- Sozialberatung
- Physiotherapie / Ergotherapie u.a. Therapien
- Ernährungsberatung
- Freiwillige

Wie kann das Netzwerk funktionieren?

- Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ist ein tragendes Element der Palliative Care. Für eine gute Zusammenarbeit sind die **gegenseitige Akzeptanz und die Wertschätzung der jeweiligen Fähigkeiten und Erfahrungen** sowie ein **regelmässiger Informationsaustausch** von grosser Bedeutung. Die Kontinuität der Betreuung und Behandlung wird durch die Vernetzung der involvierten Fachpersonen und Institutionen gewährleistet, insbesondere auch am Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung und Behandlung sowie umgekehrt.

(nationale Leitlinien, S.11)

→ Alles klar!?

Das interprofessionelle Team in der Palliative Care

*Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende
BAG 2016*

- „Damit die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachpersonen zustande kommt, braucht es das Wissen darüber, was die anderen Berufsgruppen dazu beitragen können, um die Lebensqualität der betroffenen Person und ihrer Angehörigen in einer palliativen Situation zu verbessern.“
- **Gruppe:** Was sind meine Kernaufgaben im Netzwerk und was sind die Kompetenzen und Aufgaben, die die anderen Berufsleute beitragen / übernehmen können / sollen?

Formen der Zusammenarbeit

- Multidisziplinär

- Unter Multidisziplinarität (auch Pluridisziplinarität) versteht man die **nebenläufige, parallele** Bearbeitung von Situationen oder Fragestellungen. Zwischen den Disziplinen findet kein nennenswerterer konzeptioneller Austausch statt. Es wird weder eine einheitliche konzeptionelle Rahmenstruktur aufgebaut, noch erfolgt die Erarbeitung gemeinsamer Lösungsstrategien, sondern **jede Disziplin definiert und bearbeitet ihre Problemstellung weitgehend isoliert.**
- Dem Muster "*nebeneinander planen - nebeneinander handeln*" folgend, stellt Multidisziplinarität somit die **schwächste Form der inhaltlichen Kooperation** bei fachübergreifender Arbeit dar.
- Verschiedene ärztliche Spezialitäten arbeiten in Institutionen oder im ambulanten Bereich nebeneinander, sie stellen medizinische Diagnosen, die sie nach eigenen Guidelines behandeln, und veranstalten dazu ihre eigenen Fortbildungen.
- Die Pflege arbeitet mit eigenen Pflegediagnosen und entwickelt sich in pflegerische Subspezialitäten, organisiert eigene Fortbildungen

Formen der Zusammenarbeit

- Interdisziplinär

- Unter Interdisziplinarität versteht man die **Nutzung** von Ansätzen, Denkweisen oder zumindest Methoden verschiedener Fachrichtungen. **Eine interdisziplinäre oder fächerübergreifende Arbeitsweise umfasst mehrere voneinander unabhängige Kompetenzen.** Der interdisziplinäre Ansatz ergibt sich aus der Kombination der Kenntnisse der einzelnen Berufsgruppen, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Grundvoraussetzung für funktionierende Teamarbeit.

- Interprofessionell

- Der Begriff interprofessionell existiert weder in wikipedia noch findet er sich als Suchbegriff bei PubMed. „Interprofessionelles Zusammenarbeiten heisst, **Verantwortung für gemeinsam abgesprochene Entscheidungen und die daraus abgeleitete Behandlung und Betreuung übernehmen**, Informationen austauschen und die Arbeit koordinieren“. (Zwarenstein, Bryant 2000)
- Interprofessionalität ist aufgrund dieser Definition als Kernbegriff am besten zutreffend für die Beschreibung der Zusammenarbeit im Palliative Care Team.

Das interprofessionelle Team der Palliative Care

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann **innerhalb** einer Institution / eines Settings, aber auch **zwischen** stationären und ambulanten Leistungserbringern stattfinden.
- Aus welchen Fachpersonen das interprofessionelle Team zusammengesetzt ist, leitet sich aus den individuellen Bedürfnissen und der Situation der betroffenen Personen ab. **Insbesondere im häuslichen Betreuungssetting beinhaltet dies, dass sich verschiedene Fachpersonen spezifisch für jede Patientin, jeden Patienten - und deren individuellen Bedürfnissen entsprechend -immer wieder neu zu einem interprofessionellen Team zusammensetzen.**

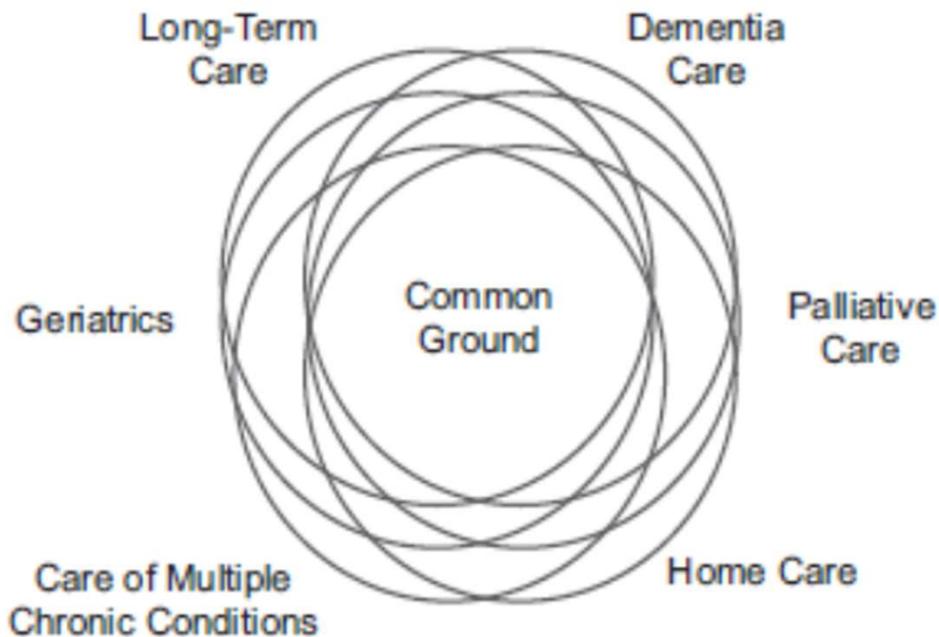


Figure 2. Building effective partnerships around common ground.

- In komplexen Situationen besteht die Möglichkeit, Fachpersonen mit spezialisiertem Wissen in Palliative Care beizuziehen. Mobile Palliative Care Dienste (MPCD) können Fachpersonen im ambulanten Bereich und in Alters- und Pflegeheimen unterstützen.

Is Palliative Care the “New” Geriatrics? Wrong Question—We’re Better Together

James T. Pacala, MD, MS

Was sind die Kernelemente interprofessioneller Zusammenarbeit?

1. Die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum

- Patientinnen und Patienten als Partner einbinden (nicht wir als Profis bestimmen!)
- Übernahme von Aufgaben im Versorgungsprozess «am Bedarf der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen» orientieren.
(Ich muss nicht überall dabei sein...)



2. Geklärte Rollen und Verantwortlichkeiten

- Die Gesundheitsberufe klären für konkrete Arbeitssituationen in einem gemeinsamen Prozess ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und halten diese fest. Bei überlappenden Kompetenzen sind die Verantwortlichkeiten explizit zu bezeichnen. Dieser Grundsatz ist bei der Betreuung und Behandlung von Menschen in palliativen Situationen besonders wichtig. Denn es gibt einige Kompetenzen, die bei verschiedenen Berufsgruppen vorhanden sind. → regionale Klärung
- Die Rollen und Verantwortlichkeiten müssen für jede Patientin und jeden Patienten individuell ausgehandelt werden – je nach ihren oder seinen Bedürfnissen. Bestehende Beziehungen und vorhandene Strukturen sollten unbedingt berücksichtigt werden. → individuelle Klärung

3. Gute Koordination

- Frühzeitig sollte im interprofessionellen Team festgelegt werden, wer die **Koordination** der beteiligten Fachpersonen und Freiwilligen übernimmt.
 - Gemeinsame Festlegung der therapeutischen Ziele (runder Tisch)
 - Abstimmung der verschiedenen Tätigkeiten
 - Informationsfluss unter den Fachpersonen

→ Wer übernimmt Koordination / wer soll sie übernehmen?

4. Gegenseitiger Informationsaustausch

- bei der Zusammenarbeit vor Ort (z.B. im Spital oder zu Hause),
- bei den Übergängen (z.B. beim Eintritt ins oder Austritt vom Spital, beim Eintritt in ein Pflegeheim)

→Rundtischgespräche, Austrittsgespräche

→Persönliches Telefon / Mail

→...? Für die kleinen Dinge

5. Vorausschauende Planung und nahtlose Übergänge

- Rehospitalisationen und Notfallbehandlungen vermeiden
- Sicherheit schaffen
- Dazu gehören
 - die proaktive Unterstützung der Angehörigen,
 - die Vorbesprechung möglicher Komplikationen,
 - die Erstellung eines Notfallplans,
 - die Bereitstellung von Notfallmedikamenten vor Ort.
- Patientenverfügung / ACP, Vorsorgeauftrag, ÄNO

Notfall- und Reserveplan für

Problem	Allgemeine Massnahmen	Medikamente
Schmerzen	Beruhigen Helfen, eine bequeme Lage einzunehmen Wärme bzw. Kälteanwendung Massage, Entspannungsverfahren Auf den Patienten eingehen	Morphin 2% 5 Tropfen, kann bis stündlich wiederholt werden Morphin 2,5mg subcutan, kann bis halbstündlich wiederholt werden
Akute Atemnot	Patient nicht alleine lassen Ruhe bewahren, langsam atmen Beengende Kleidung öffnen Zur Erleichterung der Atmung Sitzposition einnehmen und Arme abstützen oder Zufuhr von Frischluft (Fenster öffnen, Ventilator anstellen)	Morphin 2% 5 Tropfen, kann stündlich wiederholt werden Morphin 2,5mg subcutan, kann bis halbstündlich wiederholt werden Bei Enge- und Angstgefühl zusätzlich: 1 Temesta 1mg Exp unter Zunge Dormicum 2mg subcutan, max alle 20 Min.
Angst	Patient/in nicht allein lassen, Stützende, beruhigende Gespräche Ev. Sitzwache organisieren, Körperkontakt, Hand- oder Fussmassage	1 Temesta 1mg Exp unter Zunge, max. 3x/d
Fieber	Kühlende Massnahmen (Wickel, Eiswasser, Körperwaschung), nicht zu stark zudecken	Dafalgan® <i>Paracetamol</i> Tbl/Brause/odis/supp 500 mg/600 mg (supp) max 4x/Tag
Übelkeit / Erbrechen	Keinen Druck zum Essen und Trinken ausüben Brechschale in Griffweite Viele kleine Mahlzeiten versuchen Oft werden kalte Speisen (Eiswürfel) bevorzugt Vermeidung von starken Gerüchen Nach dem Erbrechen Mund spülen Häufige Mundpflege, befeuchten	Motilium® <i>Domperidon</i> lingual 10 mg max 4x/d Haldol® <i>Haloperidol</i> Tropfen 5 Tropfen 3x/T Primperan®/Paspertin® <i>Metaclopramid</i> Inj. 10 mg s.c. max 6x/d

Mundtrockenheit Durstgefühl	Mundpflege Mundspülung mit gekühltem Wasser Sprühfläschchen mit verschiedenen Flüssigkeiten anbieten Eiswürfel lutschen	
Unruhe Verwirrung	Ruhige Anwesenheit von Angehörigen oder vertrauten Personen, vertraute Atmosphäre schaffen, Ruhe und Orientierung (Ort, Uhrzeit, Kalender) Sturzpräventionsmassnahmen, für genügend Licht sorgen, Brille + Hörgeräte einsetzen	1) Sequase 25mg max 4/Tag 2) Dipiperon® <i>Pipamperon</i> 40 mg ½ Tbl b mal/Tag 3) Dormicum® <i>Midazolam</i> 2 mg s.c. max :
Verstopfung	Zeitdruck vermeiden Bei wenig Nahrungsaufnahme ist Stuhlgang alle 2-3 Tage normal	Laxoberon® <i>Natriumpicosulfat</i> 10-20 Tropf abends Magnesia San Pellegrino 1 ML/Tag Movicol® <i>Macrogol</i> 1-2 sachets/Tag Bulboid® <i>Glycerol</i> supp 1x/Tag
Blutungen	Meläna (schwarzer Pechstuhl): keine Massnahmen Bluterbrechen: Aspiration verhindern durch Lagerung	Bei Bluterbrechen: Dormicum® <i>Midazolam</i> 2 mg s.c. max stündl + Primperan®/Paspertin® <i>Metaclopramid</i> Inj Lösung 10 mg s.c. max 6x/d

Verordnende(r)
Ärztin/Arzt

Datum, Stempel und Unterschrift

Ärztliche Notfallanordnung

Ärztliche Notfallanordnung	
<input type="checkbox"/> A: Maximaltherapie Alle lebenserhaltenden Massnahmen inkl. Spitaleinweisung, REA, IPS gewünscht.	<input type="checkbox"/> B: Spitaleinweisung ohne REA, IPS Spitalbehandlung soweit indiziert erwünscht, aber keine REA, keine IPS.
<input type="checkbox"/> C: nur Behandlung vor Ort Keine Spitaleinweisung, keine REA, aber alle sinnvollen Behandlungen vor Ort erwünscht.	<input type="checkbox"/> D: nur palliatives Vorgehen vor Ort Keine Spitaleinweisung, nur palliative Massnahmen zur Symptomlinderung vor Ort erwünscht
Datum: Unterschrift Patient:	Datum: Unterschrift Arzt:

Voraussetzungen für das Funktionieren

- persönliche Bereitschaft zur Kooperation und zum Austausch mit den anderen Fachpersonen.
- eine Fachperson sollte wissen, über welche Kompetenzen Fachpersonen anderer Berufsgruppen verfügen, und den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit erkennen.
- Eine interprofessionelle Zusammenarbeit kann nur entstehen, wenn sich jede einzelne Fachperson als «Teamplayer» sieht. Es braucht die persönliche Bereitschaft, das Ausmass und die Grenzen der eigenen Kompetenzen zu akzeptieren und die Kompetenzen anderer Berufsgruppen anzuerkennen → wann Verstärkung einbeziehen?

Grenzen

- Teamfähigkeit von allen gefordert!
 - Konflikte, Rivalitäten zwischen Berufsgruppen oder Organisationen
 - Wer ist der Wichtigste für Pat. / Angehörige? (Pat. und Fachpersonen sehen das nicht immer gleich!)
 - überlappende Angebote und Gärtdendenken
 - Wissen / Information ist Macht → zögerliche Informationsweiterleitung
- Faktor Zeit → Infos werden nicht gelesen oder verzögert weitergeleitet

Wo gibt es Probleme im Netzwerk?

- Wer, Warum?
- Mögliche Erklärungen
- Wie können wir das Problem lösen?



Viel Erfolg beim Netzwerken