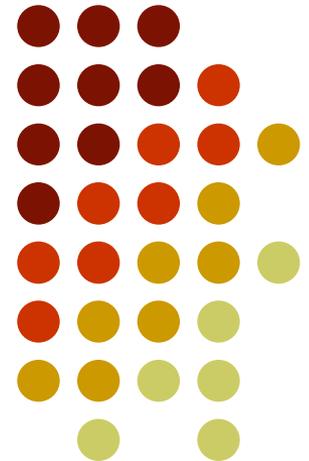
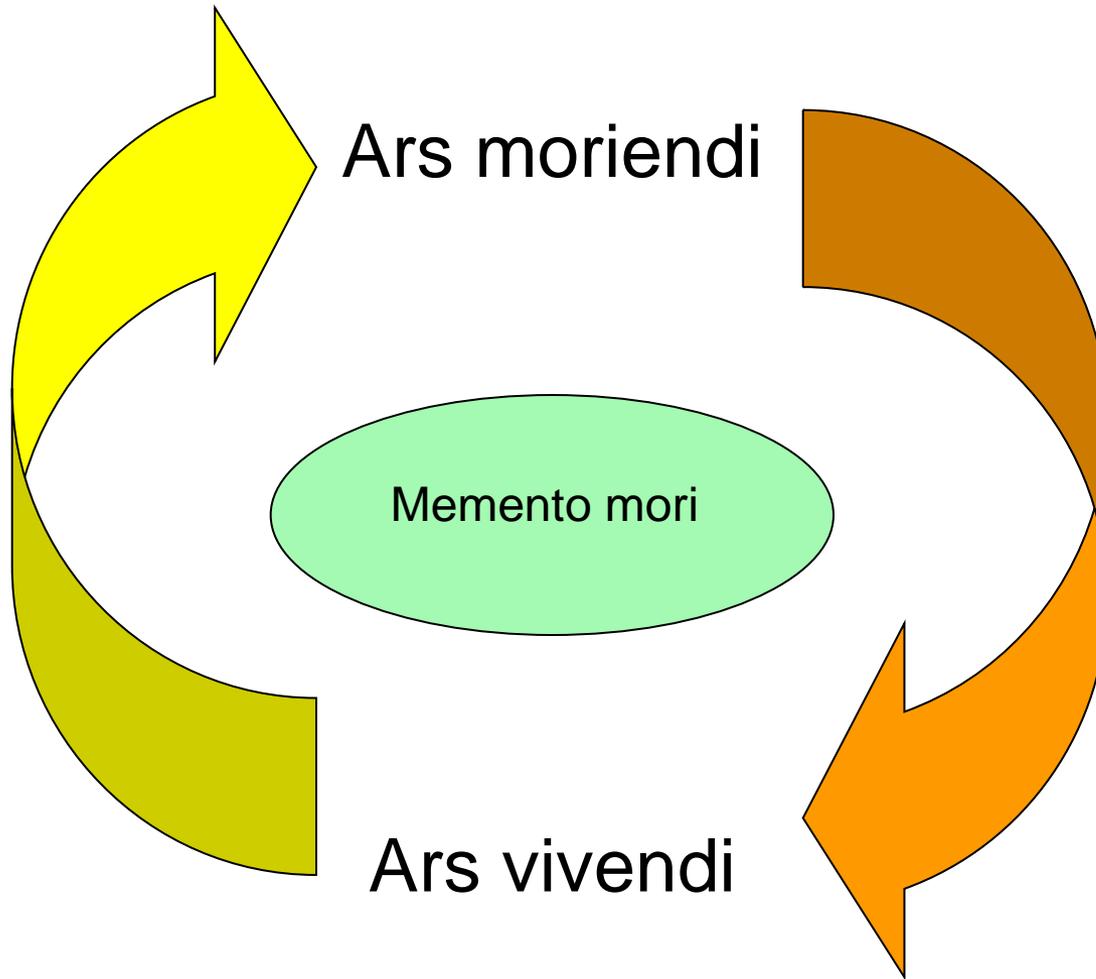
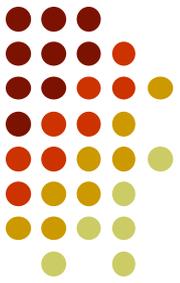


Palliative Care -

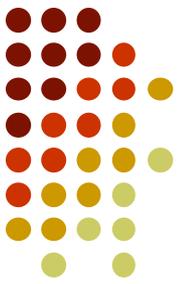
Die Kunst des Lebens und die Kunst des Sterbens



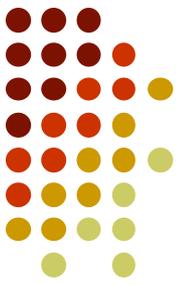
Dr. Harald Retschitzegger, MSc (Palliative Care)



*„Memento mori“ =
„Gedenke zu sterben“*



1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?

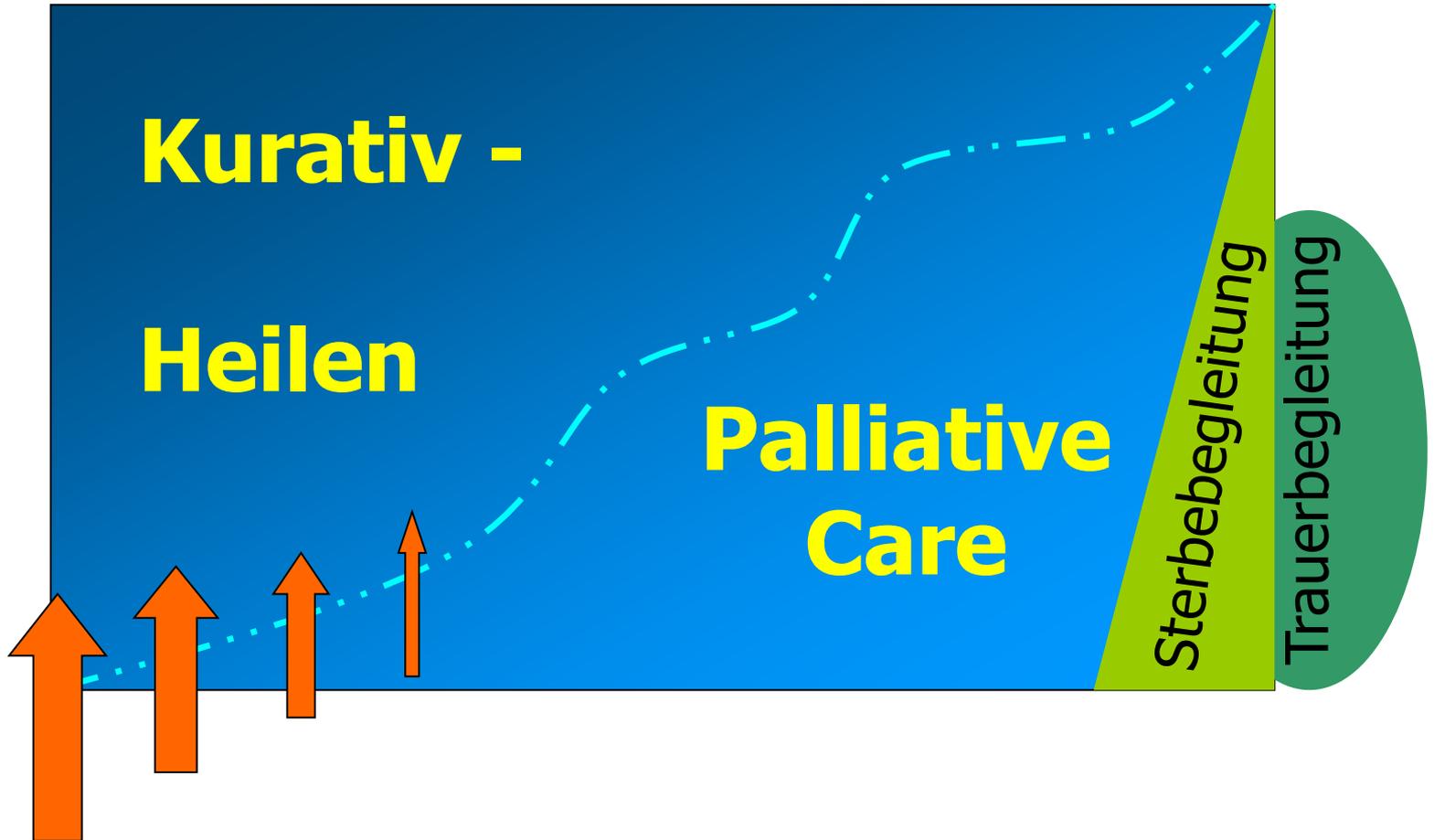
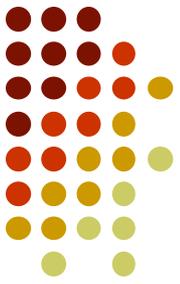


Palliative Care (WHO 2002)

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, frühzeitiges Erkennen, einwandfreie Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

(JPSM 2002; 24: 91-96)

Aktuelles Modell: „The Journey of Care“



Lebensqualität

**Kommuni-
kation**

**Symptom-
kontrolle**

Rehabilitation

**Betreuung
in der
Sterbephase**

Palliativbetreuung

ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

80 – 85 % der
Palliativ-
patientInnen



	Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergel. (Fach)-Ärzeschaft, Mobile Dienste, Therapeuten		Tageshospize	

ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

80 – 85 % der
Palliativ-
patientInnen



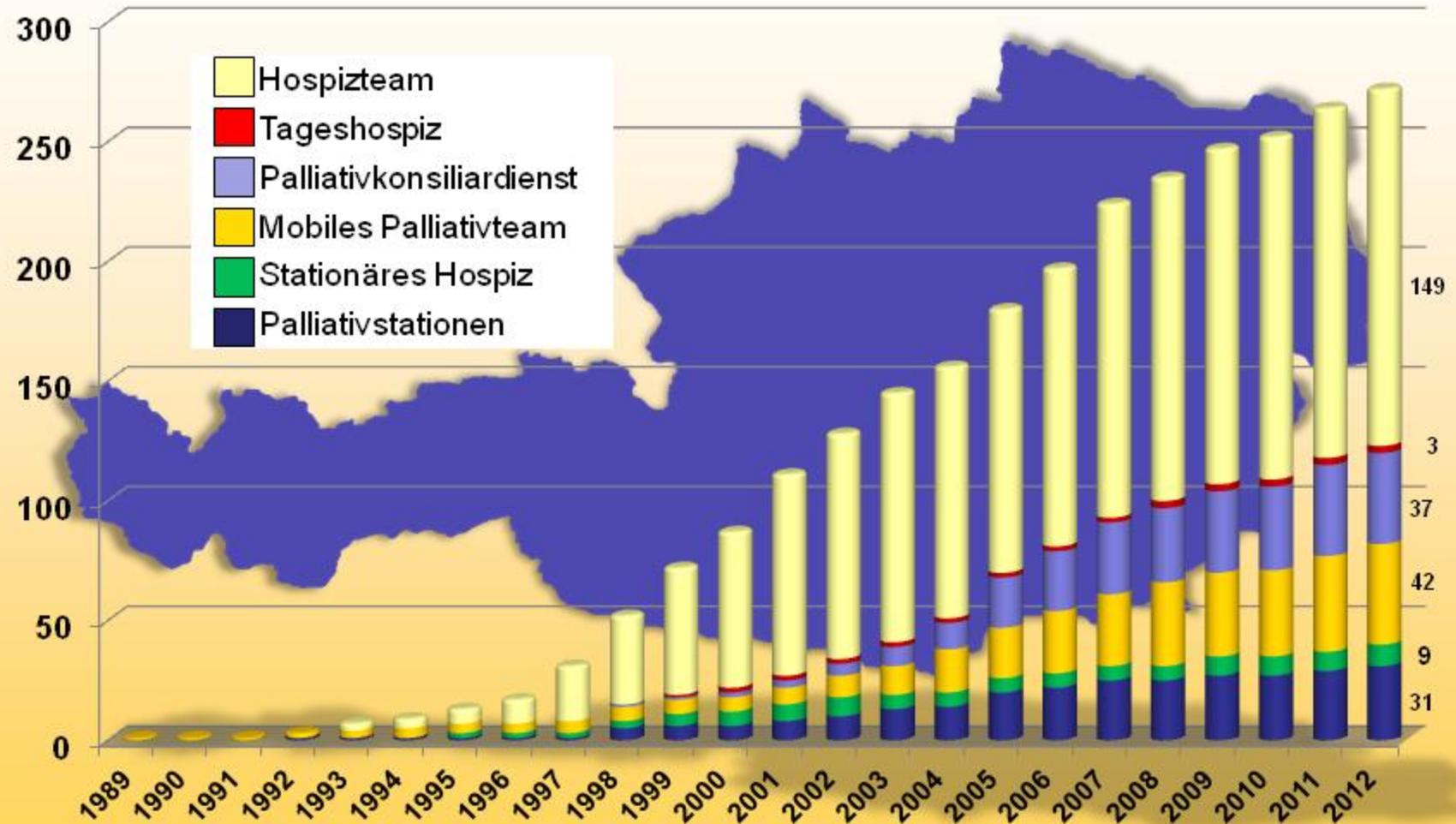
	Grundversorgung	Komplexe Situationen schwierige Fragestellungen	
		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospiz- teams	Palliativ- konsiliar- dienste
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergel. ÄrztInnen, Mobile Dienste, TherapeutInnen		Mobile Palliativ- teams

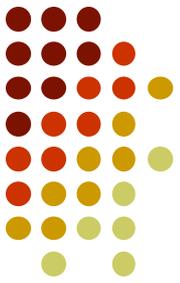
Hospiz-/Palliativeinrichtungen Österreich

Anzahl gesamt - Ende 2012: **272**

EG: 100%

Anzahl

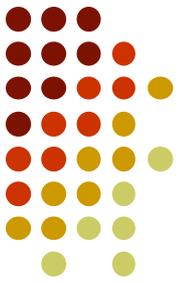




Palliative Care ist:

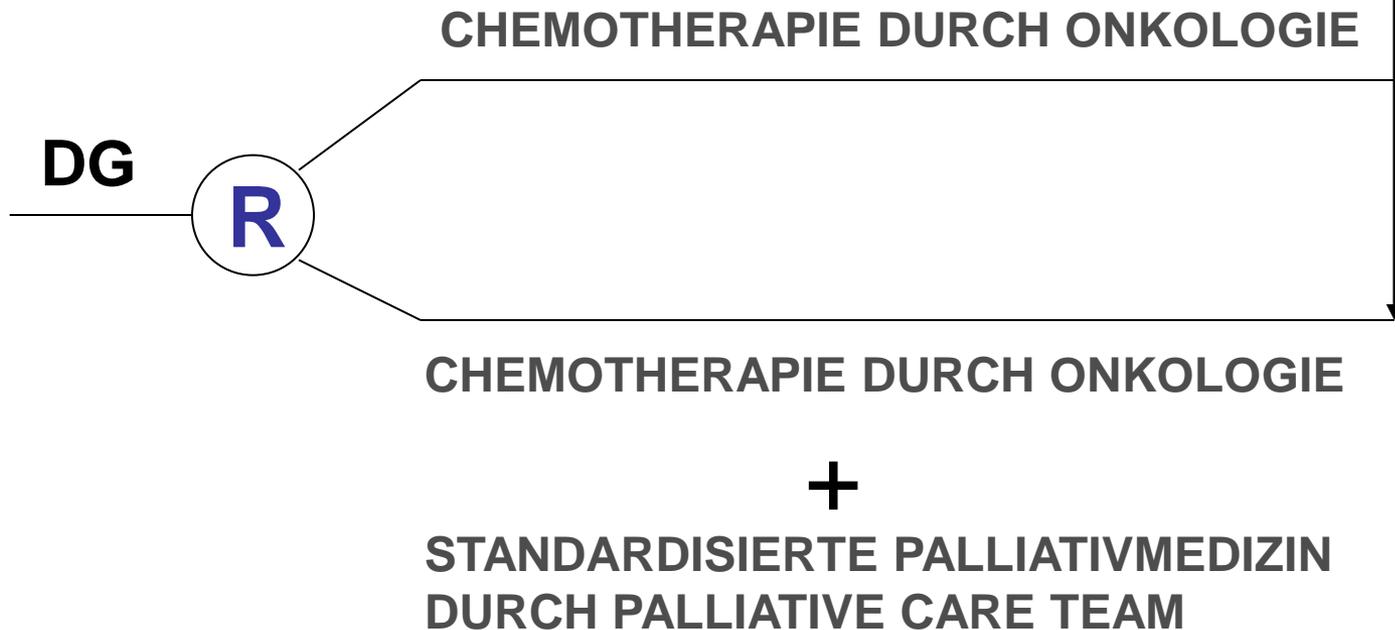
- nicht nur Schmerztherapie
- nicht nur für KrebspatientInnen
- nicht nur Sterbebegleitung

Paradigmenwechsel (I)



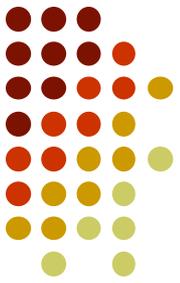
155 Patienten
Dg.: N.bronchi IV

3 JAHRE
FOLLOWUP



Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer
JS Temel et al; NEJM 363:733, Aug 2010

Paradigmenwechsel (II)

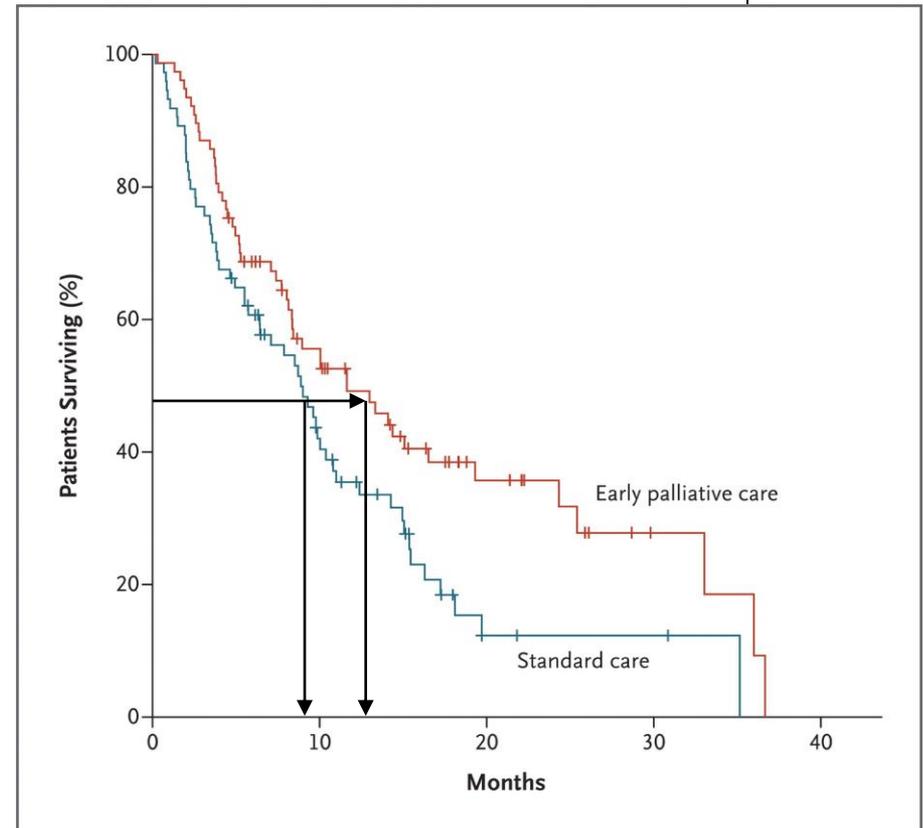


PATIENTINNEN IN DER „PALLIATIVGRUPPE“

SIGNIFIKANT BESSERE LEBENSQUALITÄT

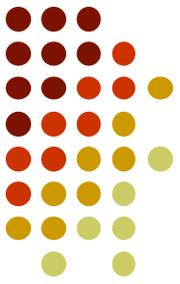
**SIGNIFIKANT WENIGER AGGRESSIVE
THERAPIEN AM LEBENSENDE**

SIGNIFIKANT LÄNGERES ÜBERLEBEN

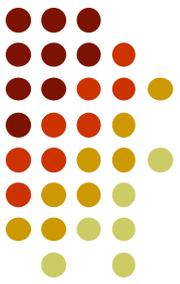


Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer
JS Temel et al; NEJM 363:733, Aug 2010

Klassische Fehler

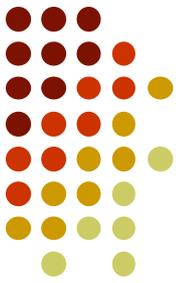


- „Der Patient ist (noch) nicht palliativ“
- „Wir können dem Patienten unmöglich sagen, wie schlecht es um ihn steht“
- „Die Familie will nicht, dass man mit dem Patienten über Hospiz redet“
- „Unser Oberarzt hat da noch eine Idee für eine Therapie...“
- „Der Patient stirbt, ihr müsst ihn sofort aufnehmen!“



1. Palliative Care
2. **Kommunikation**
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?

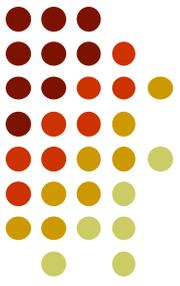
Symptomkontrolle



„Eine wirksame Kontrolle
von Krankheitssymptomen
ohne wirksame Kommunikation
ist unmöglich.“

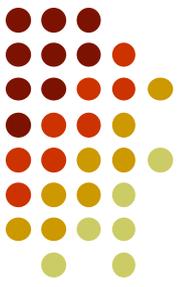
(Robert Buckman, 1996)

Kommunikation mit PatientInnen



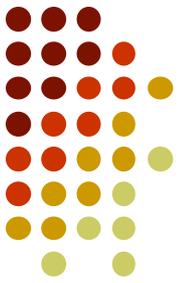
Tatsachen:

- ☞ Gespräch ist die häufigste ärztliche und pflegerische Handlung
- ☞ Die Kommunikation bestimmt in großem Maß das Befinden der PatientInnen und Angehörigen
- ☞ Gelungene Kommunikation ist ein Hauptgrund der Zufriedenheit von PatientInnen (*Kompetenz wird vorausgesetzt*)
- ☞ Mißlungene Kommunikation ist ein Hauptgrund der Enttäuschung und Unzufriedenheit von PatientInnen



Kommunikation

- „Eine der größten Störungsquellen im menschlichen Zusammensein liegt in der Tatsache verborgen, daß sich Personen in der **gleichen Situation** befinden und diese **unterschiedlich wahrnehmen, erleben und beschreiben.**“
- Basis für konstruktive Zusammenarbeit ist die **abgesprochene Wirklichkeit.**
- Ausgangspunkt dafür sind die **subjektiven Wirklichkeiten.**

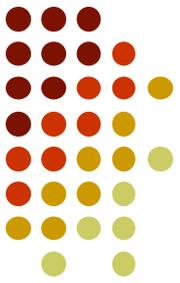


wer

darf

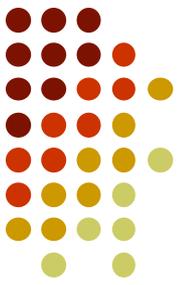
kommunizieren?

Breaking bad news



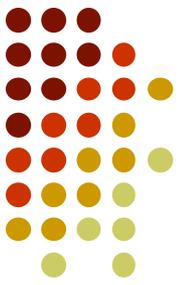
- Verschweigen hat lange Tradition
- „No news are not good news, it is an invitation to fear.“ (*Charles Fletcher*)
- Heute:
 - nicht mehr: sag ich es oder nicht ?
 - sondern: **wie sage ich es ?**
- 2 häufige „Gegenargumente“:
 - Belastet PatientIn, nimmt Hoffnung
 - PatientInnen wollen es gar nicht wissen

Wahrhaftiges Sprechen über schwere Krankheit - **Gründe und Argumente:**



- ☞ Vertrauensverhältnis
- ☞ Selbstbestimmungsrecht (Autonomie)
- ☞ Gespräch über Ängste (auch die nicht aufgeklärte PatientIn hat Ängste!)
- ☞ Angemessene Behandlung – *Therapieziel?*
- ☞ Aggressive Therapien am Lebensende?
- ☞ Nutzung verbleibender Lebenszeit
- ☞ Gewünschter Ort der letzten Lebensphase?

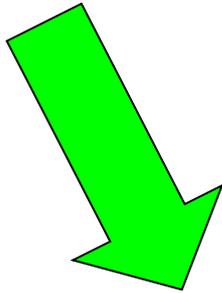
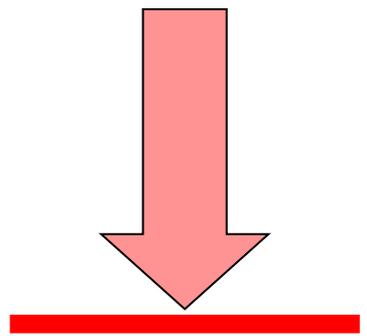
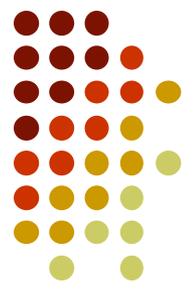
Kommunikation als Schlüssel zur Multiprofessionalität



„...geht es weniger um das Mitentscheiden-Wollen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen, sondern um Transparenz im Vorgehen und um das Respektieren der Bedürfnisse der Teammitglieder. Es braucht weniger die Klarstellung der Hierarchien, sondern zuallererst wertschätzende Kommunikation.“

PatientIn

- äußert Sorgen/Ängste
- ist konfrontiert mit schlechter Nachricht

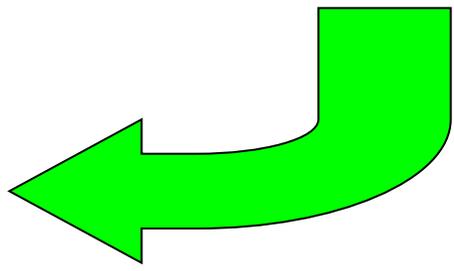


1. Empathische Antwort:

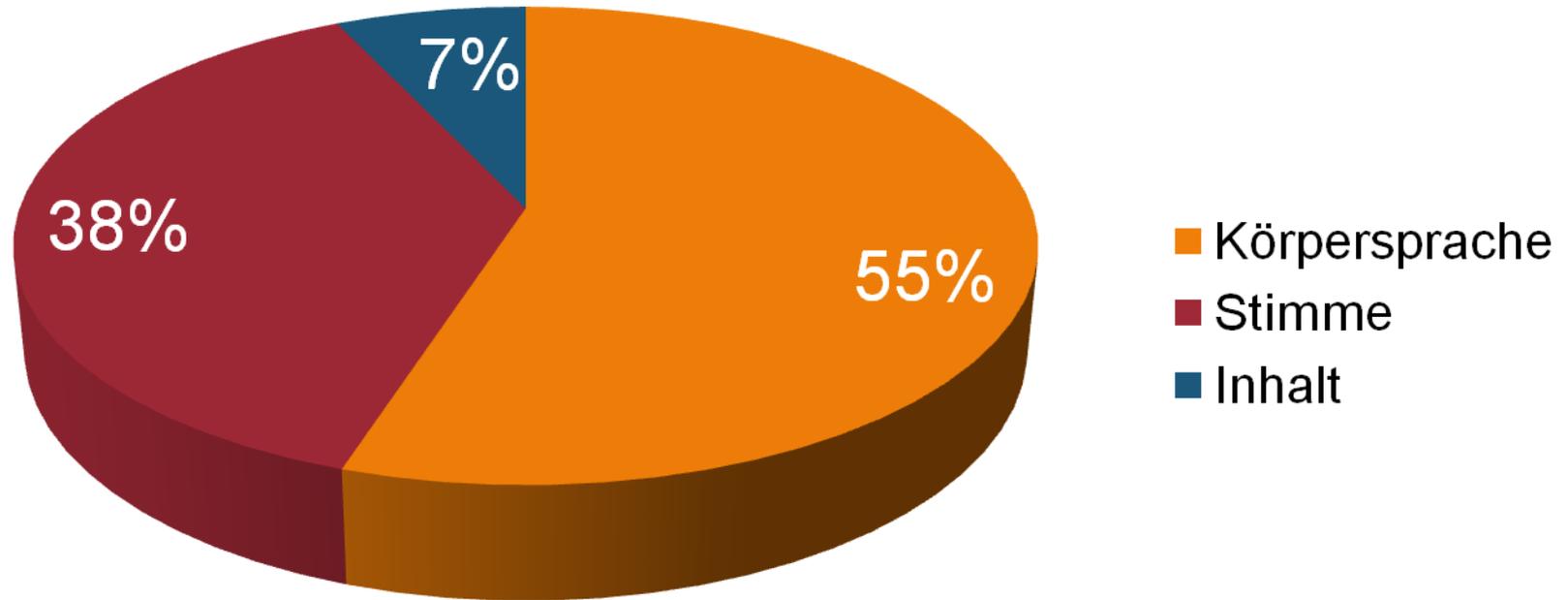
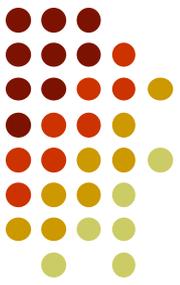
- Aktives Zuhören
- Empathische Antwort

2. Fachliche Antwort:

- Beruhigung
- Beratung
- Information



Kommunikation



Mehrabian A (1967), Inference of attitudes from nonverbal communication into channels. J Consulting Psychology 31: 248-252



S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Langversion 1.0 - Mai 2015

AWMF-Registernummer: 128/001OL

Leitlinie (Langversion)

9.6. Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)

9.18. Konsensbasierte Empfehlung

- EK
- Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung *soll* sein:
- Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-)typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen;
 - individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung;
 - Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers.

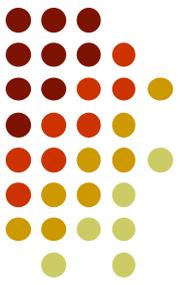
9.19. Konsensbasierte Empfehlung

- EK
- Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung *sollen* das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.

9.20. Konsensbasierte Empfehlung

- EK
- Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung *soll* frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.

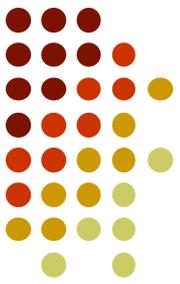
Faktoren, die bei der Aufklärung Hoffnung fördern:



- Sicherheit der Gesprächssituation (Bezugsperson anwesend, Arzt bekannt)
- Ausführliche gewichtete Information
- Empathie und Interesse
- Zusicherung verlässlicher Kompetenz (Symptomkontrolle)
- Anregungen für aktives Krankheitsverhalten und das Sprechen über die Krankheit

(Sardell AN, Trierweiler SJ, Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. Cancer 1993; 72: 3355-3365)

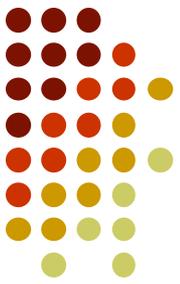
Faktoren, die bei der Aufklärung Hoffnung erschweren:



- Unsicherheit des Settings (Anwesenheit Fremder)
- Unsicherheit und Nervosität des aufklärenden Arztes
- Implizit bedrohlicher Informationsstil
 - Information erst verzögert nach Information an Angehörige
 - nur allgemeine Information über Krebs
 - keine Antwort auf Patientenfragen
 - Vorschnelle Relativierung („*Sie haben noch Glück gehabt*“)

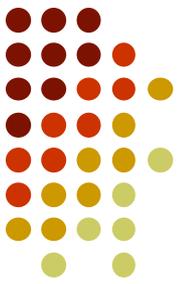
Sardell AN, Trierweiler SJ, Disclosing the cancer diagnosis.

Procedures that influence patient hopefulness. Cancer 1993; 72: 3355-3365



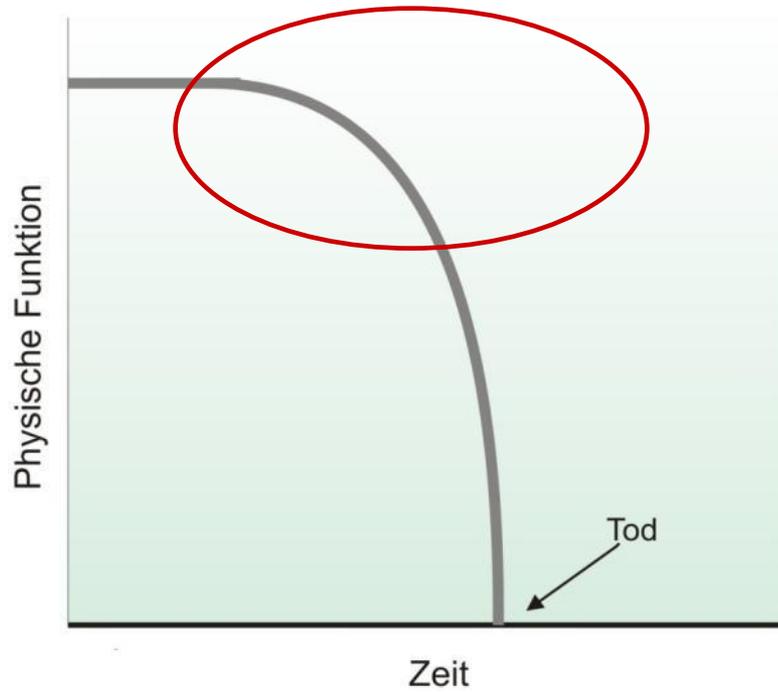
„Wenn die Mitteilung schlecht gemacht wurde, werden uns PatientInnen und ihre Familien das nie vergeben, aber wenn es gut gemacht wurde, dann werden sie uns nie vergessen.“

(Robert Buckman, 1992)

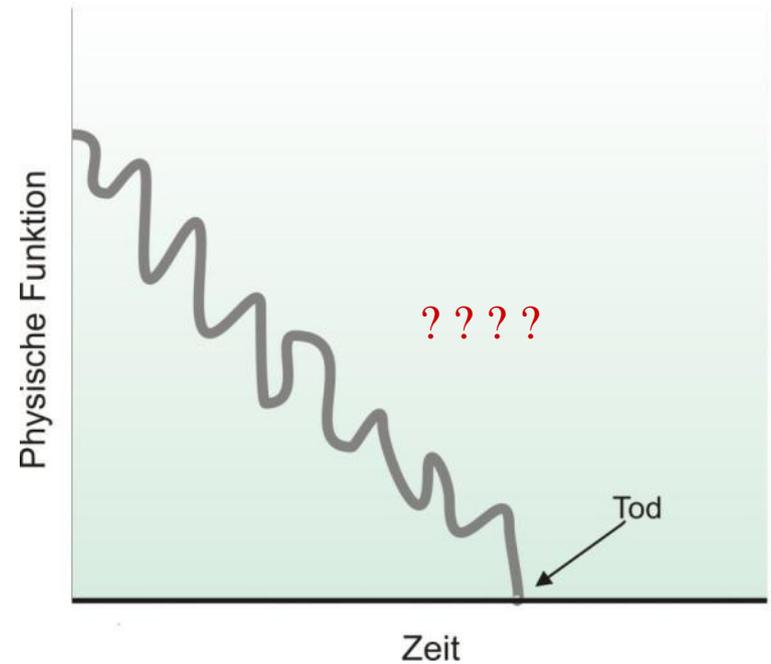


1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. **Sterben erkennen**
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?

TUMORERKRANKUNG



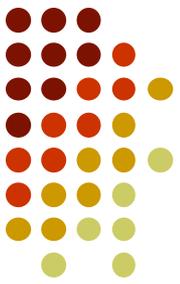
CHRONISCHES ORGANVERSAGEN



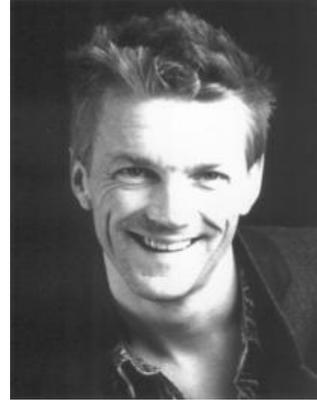
Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: Rand Health, 2003.

10.2. Das Sterben diagnostizieren

10.1.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Zur Einschätzung, ob die Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung begonnen hat, <i>können</i> , wenn akut reversible Ursachen ausgeschlossen wurden, folgende Kriterien herangezogen werden: <ul style="list-style-type: none">• Veränderung der Atmung, der Emotionen und des Bewusstseins• zunehmende Schwäche und reduzierter Allgemeinzustand• Hautveränderungen; Verwirrtheit; Verlust des Interesses an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr• Intuition der an der Behandlung Beteiligten
Level of Evidence 4	Quellen: Eychmüller et al. 2013 (SysRev) [11], Domeisen Benedetti et al. 2012 [10], Kennedy et al. 2014 (SysRev) [571]
10.2.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Die Einschätzung, ob die Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung begonnen hat, <i>sollte</i> im Rahmen einer interprofessionellen Diskussion erfolgen.
Level of Evidence 4	Quellen: Eychmüller et al. 2013 (SysRev) [11], Domeisen Benedetti et al. 2012 [10], Kennedy et al. 2014 (SysRev) [571]



1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. **Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens**
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?



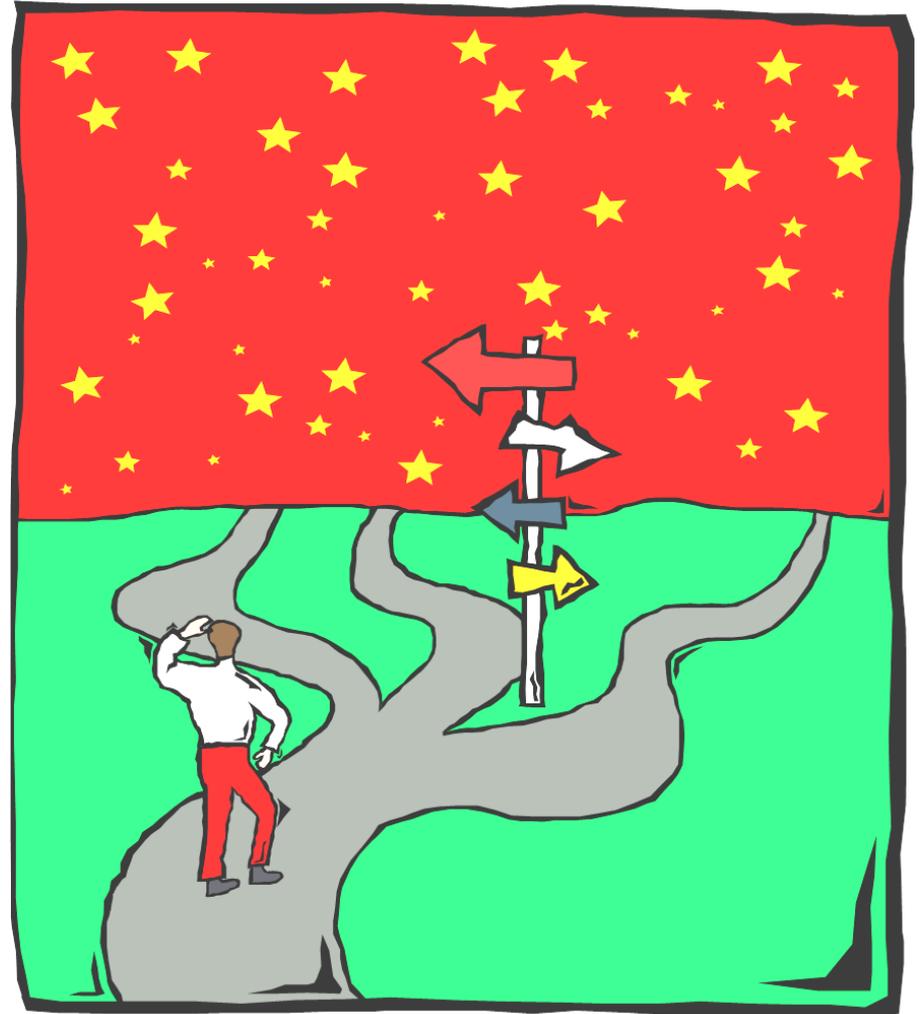
*Was mich fertig macht,
ist nicht das Leben
sondern die Tage dazwischen*

Michel Birbaek

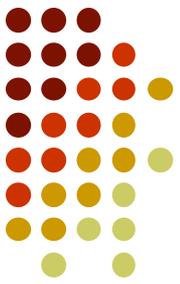
Bastei-Lübbe

Symptomkontrolle

- **Interdisziplinär**
- **Individuell**
- **Kommunikativ**



„Ars bene moriendi“ – Ein „gutes Sterben“



- in fortgeschrittenem Alter, Lebenserfahren und mental in guter Verfassung
- natürlicher Tod
- erwartet, d.h. nach annehmbarer Vorwarnung
- vorbereitet, nach Erledigung „offener letzter Dinge“

Callahan D.: The Troubled Dream of Life. Living with Mortality. Simon & Schuster, New York, 1993

Shneidman E: Criteria for a Good Death. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37, 2007, 3: 245-247

Steffen-Bürgi B: Ein „Gutes Sterben“ und ein „Guter Tod“. Pflege 2009; 22: 371-378

Total Pain

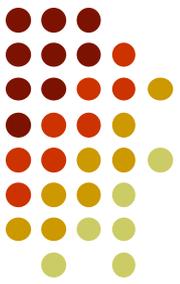
Körperlich

Seelisch

Sozial

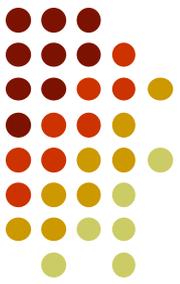
Spirituell

Lebensqualität !



Letzte Lebensphase:

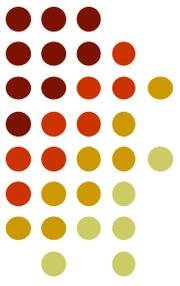
- Kommunikation mit Angehörigen
- Mundpflege
- Lagerung – Decubitus??
- Sinnhaftigkeiten „von allem“ hinterfragen (Medikation, Blutdruck, ...)
- **Höchste Priorität:**
das Wohlbefinden der PatientIn!



1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. **Entscheidungen und Ethik**
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?

Therapieziel in der Geriatrie

Gute Balance gefragt zwischen:

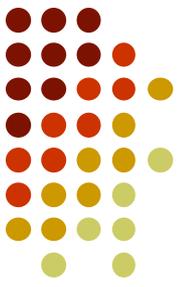


Kurativem Ansatz

- Behandlung reversibler Ursachen von Leid
- Beispiele:
 - Antibiotikagabe bei Harnwegsinfekt
 - Mobilitätstraining nach Sturz
 - Therapeutische Unterstützung bei psychosozialen Krisen

Palliativem Ansatz

- Linderung von Symptomen irreversibler Ursachen
- Vermeidung von „sinnloser Übertherapie am Lebensende“ = futility
- Begleitung des Sterbeprozesses
- Begleitung der Angehörigen



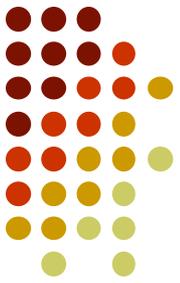
3 zentrale Widersprüche:

1. Autonomie und Fürsorglichkeit
 - Freiheit ↔ Sicherheit
 - Selbstbestimmtheit ↔ Abhängigkeit
2. Leben und Sterben
 - Rehabilitation ↔ Palliative Care
 - Wohnen ↔ behandelt werden
3. Qualität und Ökonomie
 - Zeitintensive Pflege ↔ knappe Ressource Zeit
 - Pat.zentrierter Tagesablauf ↔ Dienstpläne

Was ist die wichtigste Frage ???

Präzision therapeutischer Ziele - Indikation

„Was ist das Therapieziel?“



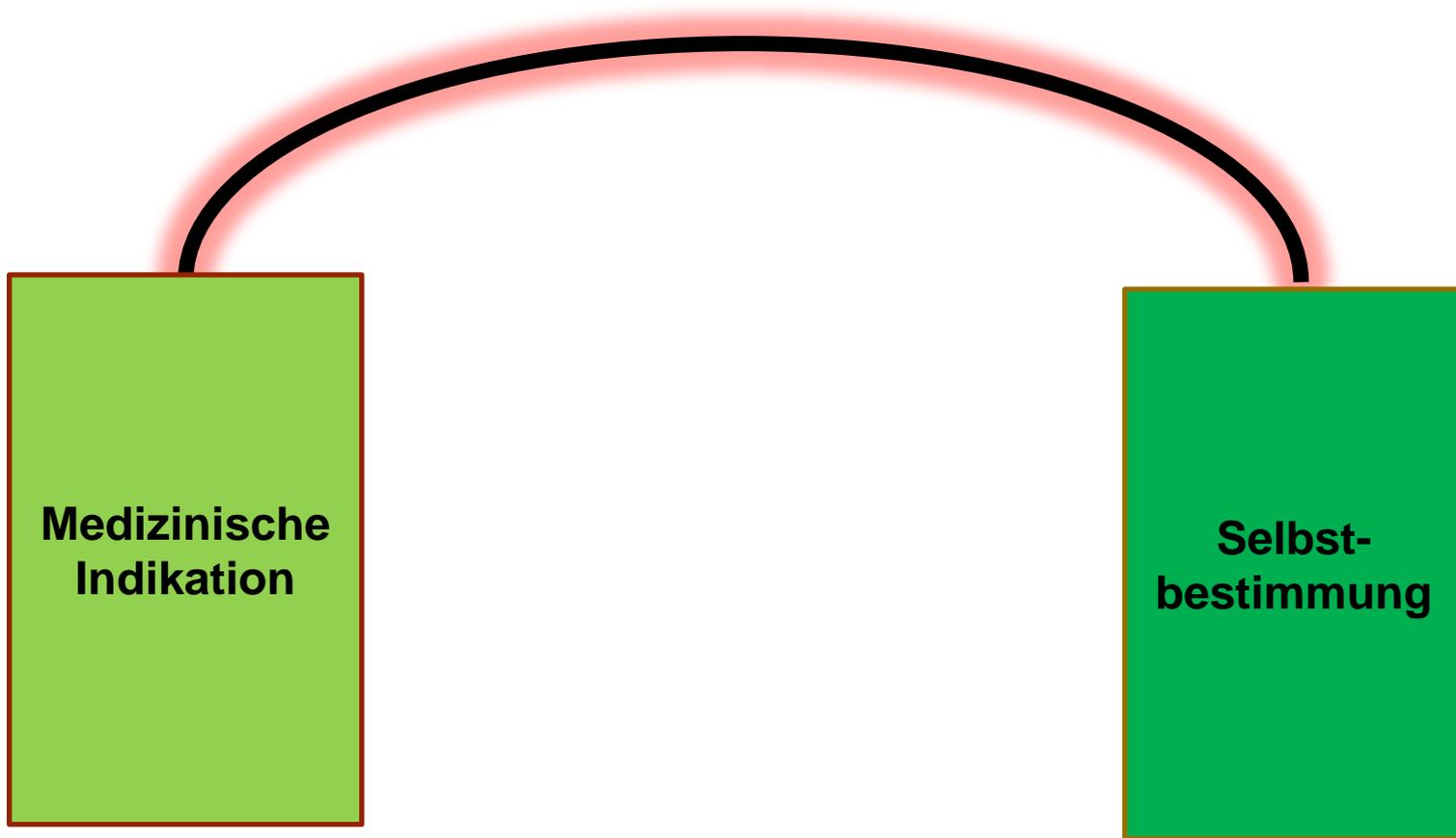
Korrekt:

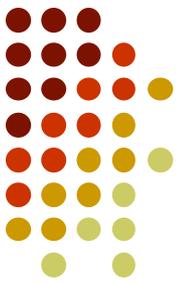
Therapie-ziel-änderung !!!

Nicht:

„Therapieabbruch“

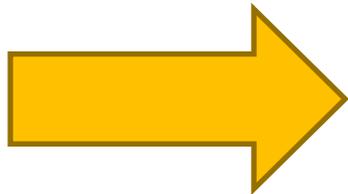
„Behandlung“ funktioniert nur auf dieser Brücke:





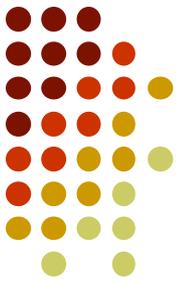
Surprise Question

- „Wären Sie überrascht, wenn Ihre PatientIn innerhalb der nächsten 6 - 12 Monate versterben würde?“



Mit „**Tagen**“ verwenden!

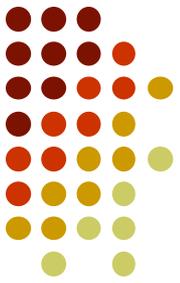
Zuwenden statt wegsehen



„Der englische Leitspruch „**not to turn away from someone in need**“ (Carol Gilligan 1988) formuliert den Grundgedanken einer **Ethik der Achtsamkeit**: **Zuwenden statt Wegsehen.**“

(Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, 2011)

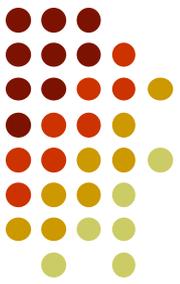
Ethik der Autonomie - Ethik der Achtsamkeit (I)



Kant wählt **Gleichheit** und **Wechselseitigkeit** als Modelle der Intersubjektivität und beschreibt, wie das Selbstverhältnis des Subjekts durch **Autonomie** geprägt sein soll. Er hält Autonomie für eine wesentliche Fähigkeit.

(Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, 2011)

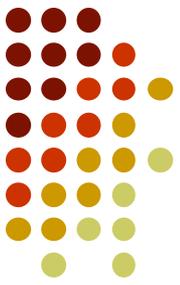
Ethik der Autonomie - Ethik der Achtsamkeit (II)



Die Ethik der Achtsamkeit bevorzugt als Modell der Intersubjektivität die **achtsame Zuwendung** und sieht das Selbstverhältnis des Subjekts durch **Selbstsorge** bestimmt. Sie begründet die achtsame Zuwendung mit der grundlegenden **Angewiesenheit** von Menschen.

(Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, 2011)

Zuwendung und tätige Hilfe

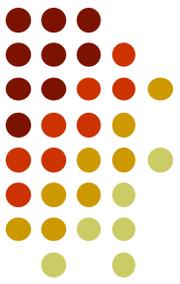


1. Im Prozess der achtsamen Zuwendung und Ermutigung werden Kontakte neu geknüpft und es entstehen neue **Beziehungen**, diese **werden** gepflegt und **intensiviert** (Gilligan 1988)
2. Durch achtsame Zuwendung, Ermutigung und insbesondere durch **tätige Hilfe** werden Bedürfnisse erfüllt.

Beide Aktivitäten der achtsamen Zuwendung und Ermutigung tragen zur **Verbundenheit von Menschen** bei.

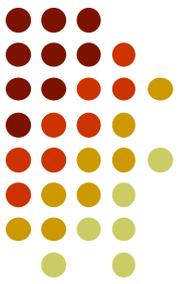
(Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, 2011)

Präsenz und Verantwortung

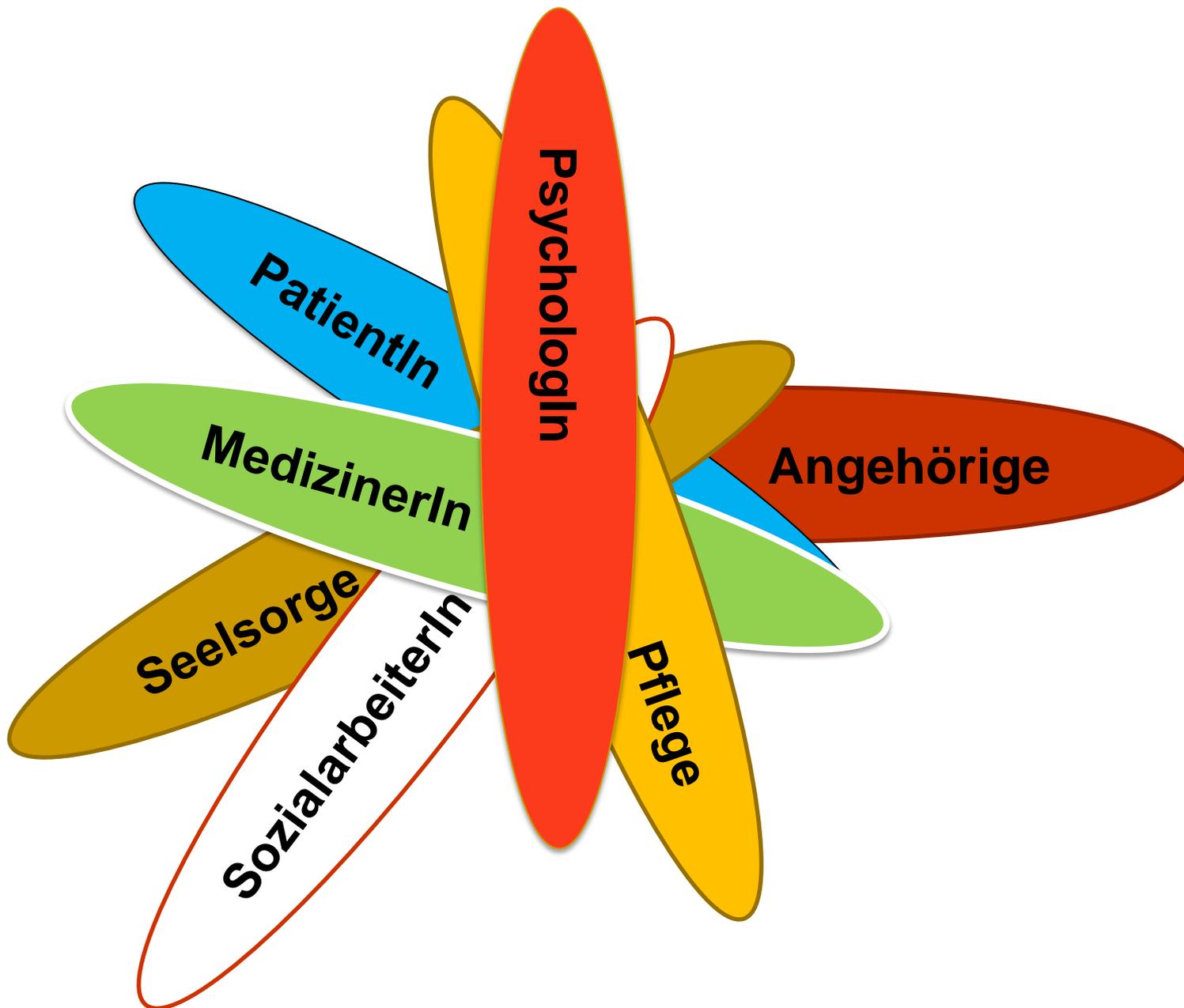
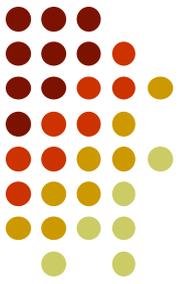


3. Achtsame Zuwendung bedeutet, **sich einzulassen** auf die Situation und die eigene Aufmerksamkeit mindestens einem (anderen) Menschen zu widmen.
4. Achtsame Zuwendung ist oft ein fortdauernder Prozess, für den auch **Verlässlichkeit** nötig ist.
5. Tätige Hilfe setzt **Kompetenz** voraus und die Übernahme von Verantwortung und kann ein aktives Eingreifen und Sich-Einmischen bedeuten.

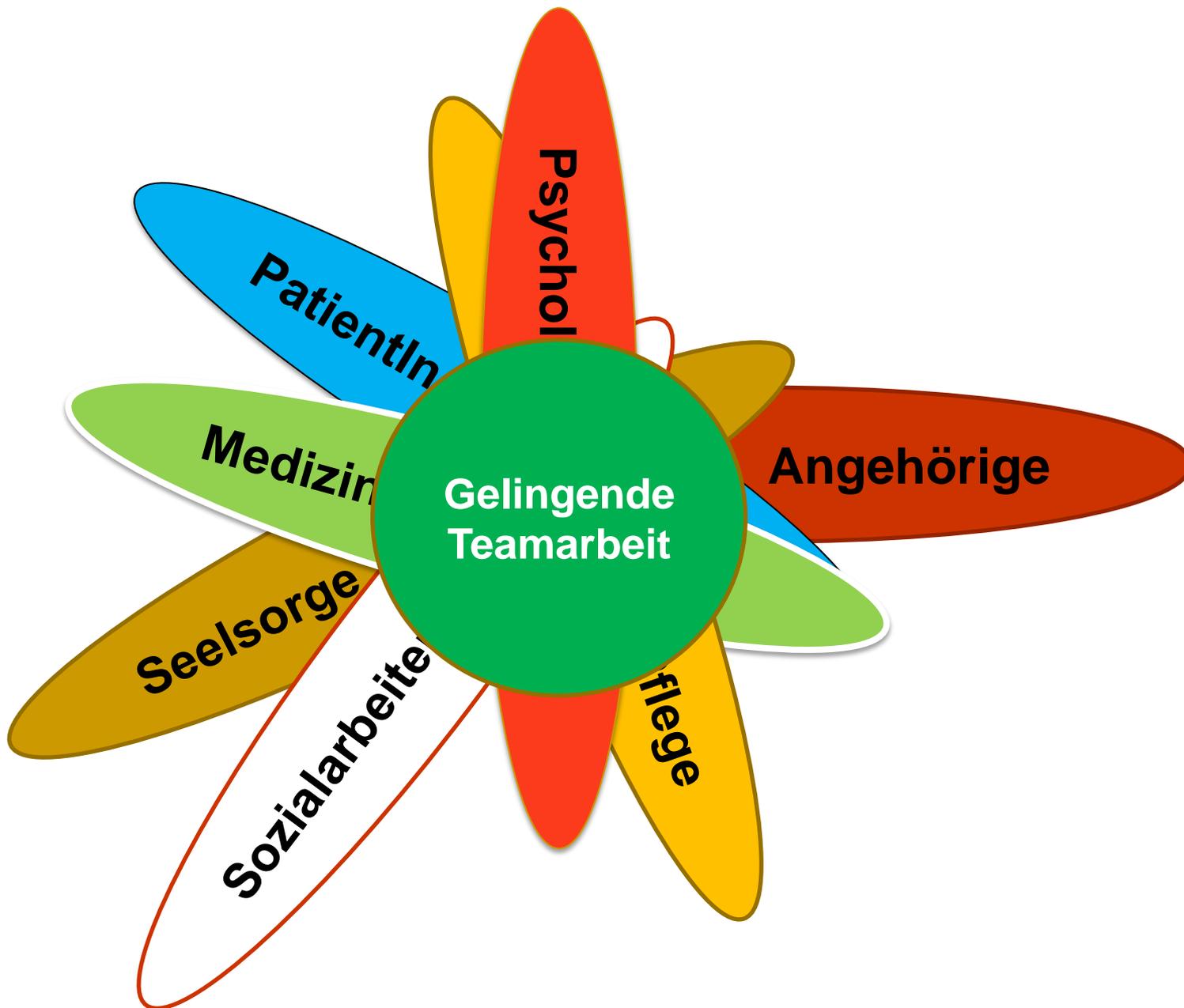
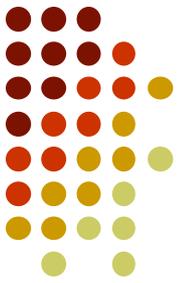
(Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, 2011)



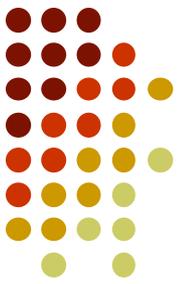
1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. **Interdisziplinäre Teamarbeit**
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?



(Mystakidou K., Tsilika E., Team dynamics and the difficult patient, European Journal of Palliative Care, 2000; 7(2), 56-59)



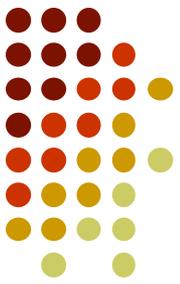
(Mystakidou K., Tsilika E., Team dynamics and the difficult patient, European Journal of Palliative Care, 2000; 7(2), 56-59)



Wovon hängt gute Teamarbeit ab?

- Art und Weise, wie man Schwierigkeiten löst
- Von den sozialen Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder (nicht nur Fachkompetenz):
 - Aufmerksamkeit
 - Anerkennung
 - Respekt
 - Kommunikation!
 - Umgang mit Konflikten
 - Achtsamkeit
 - Vertrauen

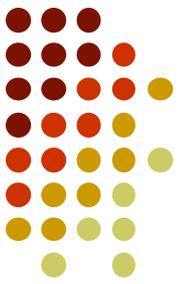
Wie viel Tod verträgt das Team?



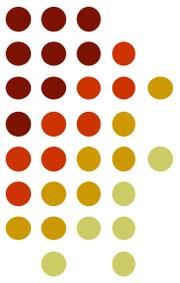
873 MitarbeiterInnen

95 dt. Palliativstationen (=60% von 158)

- Bedeutendste Schutzfaktoren:
 1. Das Team (63,5%)
 2. Privatleben (58,4%)
 3. Humor (50,3%)



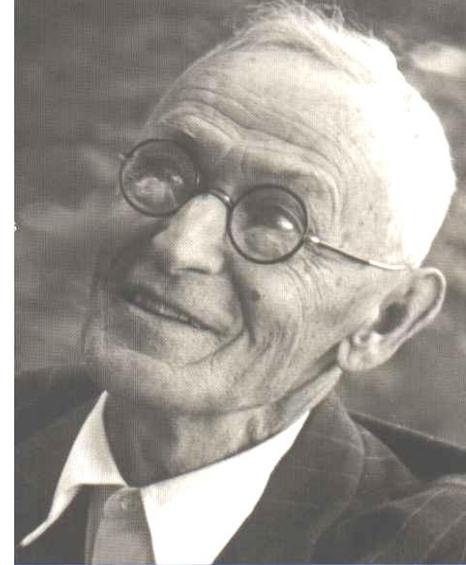
1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. **Ars vivendi - Die Kunst des Lebens**
8. Was braucht es noch?



„Ist heute ein guter
Museumstag?“

John Strelecky

„Am Grab
der meisten Menschen
trauert tief verschleiert
ihr ungelebtes Leben.“



1877-1962

Hermann Hesse

Suhrkamp

Bedürfnispyramide nach Maslow

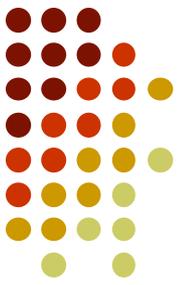


Abraham H.
Maslow

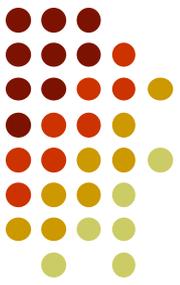
1908-1970



Bedürfnisse von PalliativpatientInnen



Bedürfnisse von Angehörigen



„**Heute**“ – *an orten gewesen sein*



1931-2010

„Es war eine undeutliche Mahlzeit, ein Mittelding zwischen Jause und Mittagessen.“

Weswegen ich der Gastgeberin sagte: „Das ist hier ein schönes und gutes Restaurant. Diese Vorspeise war sehr gut.“ Worauf sie mir erklärte: „Das war nicht die Vorspeise. Das war schon die Hauptspeise.“

Joop Roeland

Otto Müller Verlag

„**Heute**“ - *an orten gewesen sein*



Natürlich fühlte ich mich zuerst beschämt wegen meiner Ungeschicklichkeit. Dann aber... daß dies ein Gleichnis sei.

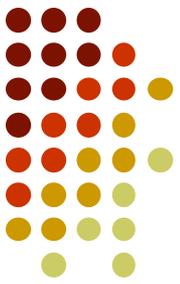
1931-2010

Ist es im Leben nicht oft so, daß man meint, daß das Lebenserfüllende erst kommt? Und dabei ist es schon da! Nur glaubt man, das Heute sei erst die Vorspeise.

Aber das Leben hier und jetzt ist schon die Hauptspeise. Nur hat man es erst zu spät gewußt.“

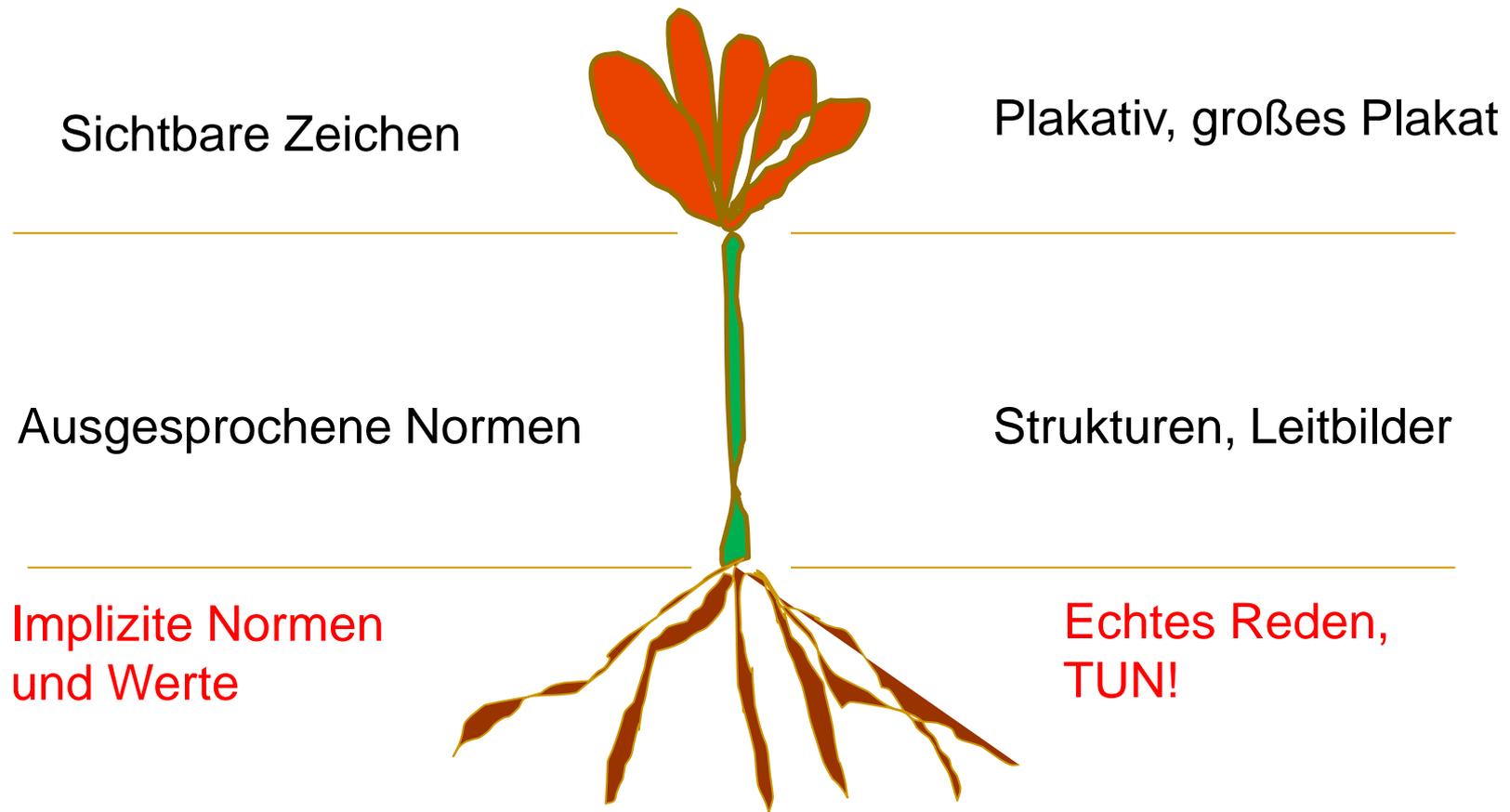
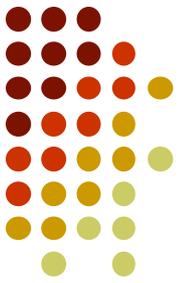
Joop Roeland

Otto Müller Verlag



1. Palliative Care
2. Kommunikation
3. Sterben erkennen
4. Ars moriendi - Die Kunst des Sterbens
5. Entscheidungen und Ethik
6. Interdisziplinäre Teamarbeit
7. Ars vivendi - Die Kunst des Lebens
8. Was braucht es noch?

3 Ebenen der Organisationskultur



Mystik und Widerstand



1929 - 2003

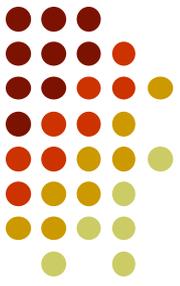
„Ich will mit einer Beschreibung dieses Lebens, ..., schließen. Das Bild vom Leben spricht in schöner mystischer Übertreibung und zugleich durchaus realistisch von drei Qualitäten, die allen offenstehen:

- **grenzenlos glücklich,**
- **absolut furchtlos,**
- **immer in Schwierigkeiten.“**

Dorothee Sölle

Hoffmann und Campe

*Die **Zeit** der LeserInnen*



London.

U-Bahn-Haltestelle Westminster.

Ein altes Ehepaar betritt das Abteil.

Beide mindestens 90, sie gebückt und am Stock gehend, er zitternd und mit Hut.

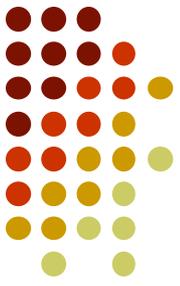
Sie halten sich an den Händen.

Wie auf Kommando erheben sich alle Leute von ihren Plätzen.

...

Hannah Ruhm, Hannover. Die Zeit Nr.20, 12. Mai 2010

Die **Zeit** der LeserInnen



...

Die Alten nicken dankend und setzen sich mühsam. Er nimmt den Hut ab.

Schaut versonnen lächelnd in die Runde.

Dann beugt er sich zu seiner Frau, küsst sie auf die Wange und sagt seufzend:

„Ich glaube, wir sehen ziemlich alt aus, *my dear.*“



www.palliativ.at

harald.retschitzegger@meduniwien.ac.at