

Pflege in einem Palliativmedizinischen Konsiliardienst

Beate Augustyn

Dipl. Krankenschwester, Palliativfachkraft,
Trainerin für Palliative Care, Master of Palliative Care,
Trauerbegleitung (TID)

Dame Cicely Saunders (1918-2005)

Begründerin der modernen Hospizbewegung

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig! Wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben können“.

Ziele

Palliativmedizinischer Konsiliardienst

- **Verbesserung der (klinischen) Versorgung der Patienten**
- **Beratung und Unterstützung für Angehörige in schwierigen Situationen**
- **Beratung und Unterstützung für Mitarbeiter der Stationen**
- **Wissensvermehrung**
- **Änderung der Klinikultur (langfristig)**

nach Dunlop, 1998

Vorraussetzungen

Palliativmedizinischer Konsiliardienst

- Interdisziplinäres und Multiprofessionelles Team**
- Kompetenz**
- Verlässlichkeit / Regelmäßige Visiten**
- Beratende Funktion**
- Verantwortliche Übernahme der Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie der Begleitung**

Kooperationen

Palliativmedizinischer Konsiliardienst

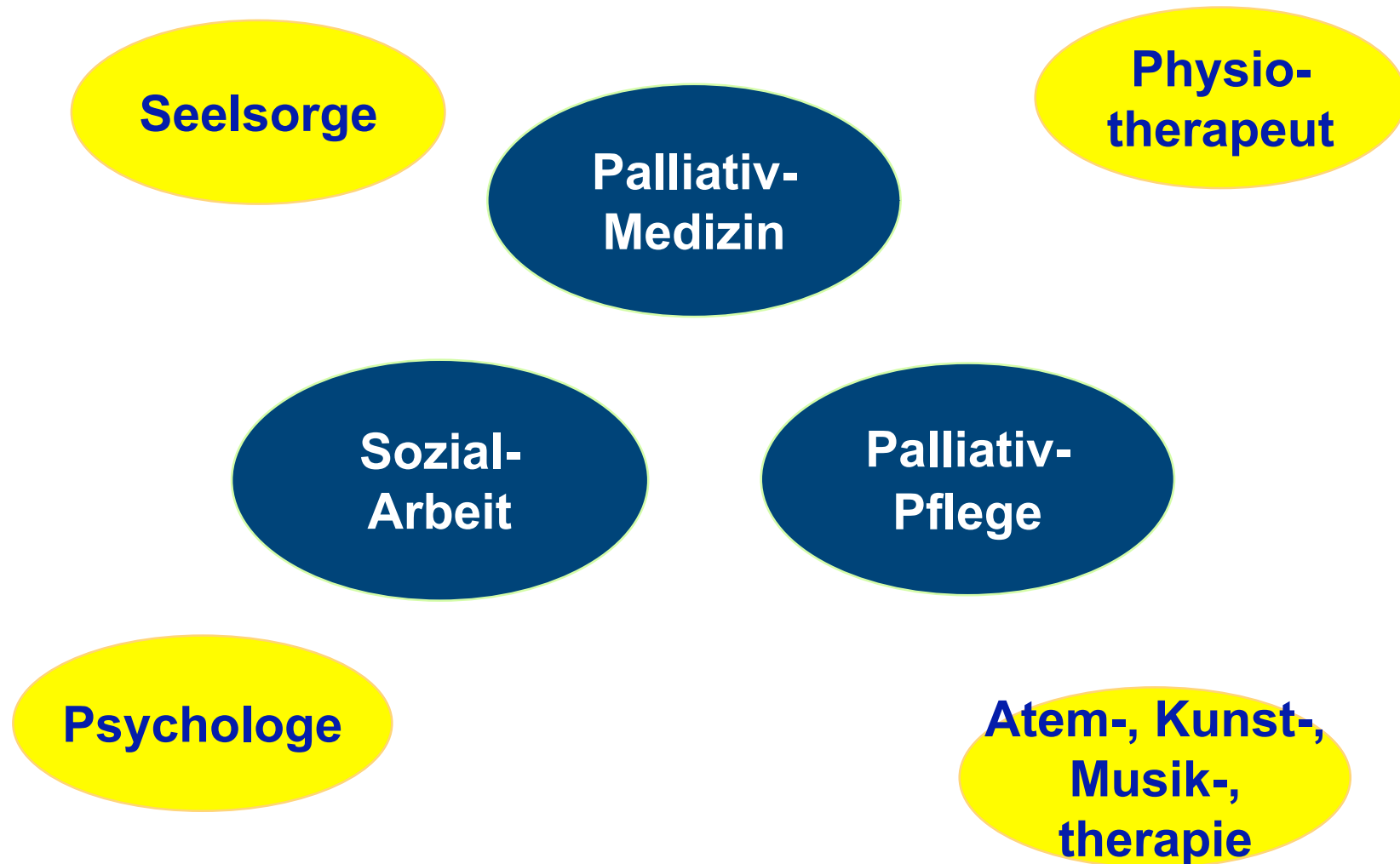
Arzt	-	Hausarzt
Pflege	-	Ambulante Pflege
Sozialarbeit		Ambulanter Palliativdienst
Seelsorge		Angehörige
Therapeut		

„Der Vorteil des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes liegt darin, dass die Grundprinzipien der Palliativmedizin einen unmittelbaren Multiplikator - Effekt erhalten. Ziel soll die Unterstützung zur Selbständigkeit auf den verschiedenen Gebieten der Palliativmedizin sein.“

Prof. Dr. E. Klaschik

Konsiliardienst

Personelle Ausstattung



Patientenbetreuung

- Schmerztherapie
- Symptomkontrolle (z. B. Übelkeit, Erbrechen, inoperabler Ileus, Atemnot)
- Pflegerische Fragen
- Psychosoziale Fragen
- Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Planung der letzten Lebensphase

Patientenbetreuung

- Kommunikation und (Mit)-Aufklärung
- Übernahme auf die Palliativstation
- Weiterversorgung, Entlassungsplanung
- Kontakt zu ambulanten Palliativ-, und Hospizdiensten
- Maßnahmen in der Terminalphase
- Beratung in ethischen Fragen

Angehörigenbetreuung

- Information über Krankheitsverlauf
- Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen
- Information über ambulante Pflegemöglichkeiten
- Information über ambulante Betreuungsmöglichkeiten
- Emotionale Unterstützung

Betreuung der Primärbetreuer

- Kaum spezielle Vorbereitung auf Betreuung von Sterbenden
- Zu wenig Beachtung der Bedürfnisse und Nöte der Betreuer
- Formelle und informelle Einzelgespräche
- Teambesprechungen
- Fallbesprechungen
- Fortbildungen

Vorgehen bei Konsilanfragen

- Klärung der Fragestellung mit Stationsarzt
- Einschätzung im Gespräch mit Patient und Angehörigen
- Mündliche Übergabe und schriftlicher Konsiliarbericht

Vorgehen bei Konsilanfragen

- Vorstellung des Patienten in der täglichen Besprechung des Teams
- Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in die Betreuung
- Evaluation in ein- bis zweitägigen Abständen

Vorteile des Konsiliardienstes

- Frühzeitige palliativmedizinische Betreuung für viele Patienten
- Palliativmedizinisches Wissen wird transferiert
- Patienten verbleiben auf ihren vertrauten Stationen
- Unterstützung der Primärbetreuer
- Kosteneffizienz

Grenzen eines Konsiliardienstes

- Schwer kontrollierbare Schmerzen und Symptome
- Komplexe psychosoziale Situation
- Schlechte / fehlende Kommunikation mit Stationsärzten
- Mangelnde Kooperation der Stationsteams
- Umsetzung der Empfehlungen

Grenzen eines Konsiliardienstes

- Kurze Betreuungsdauer (\approx 9 Tage ohne und \approx 6 Tage mit Palliativstation)
- (Zu) viele „Bezugspersonen“
- Zeitintensiv, da häufiger mehrfache Besuche am Tag notwendig
- Entlassungsdruck

Palliativ - Konsiliardienst

Klinikum LMU-Großhadern

	07/01-07/02	2004
Patienten insges.	320	433
Tägl. Mitbetreuung	261 (82%)	337 (78%)
Einmaliges Konsil	59	96
1x betreut	220	368
2x betreut	41	65
Dauer d. Betreuung	9 d	6 d
Durchschnittsalter:	59,7 J. (13-94)	61,8 J. (0,2-96)

Pflegerische/ psychosoziale/ spirituelle Betreuung

Palliativpflege	36%
Psychosoziale Betreuung	72%
Seelsorge	41%
Psychotherapie	21%
Atemtherapie	9%

**„Die Kombination aus bester Qualität
und Bescheidenheit ist der Schlüssel
zum Erfolg.“**

Prof. F. Nauck

Arbeitsbereich Pflege

- Beratende Mitbetreuung von Patienten auf den Stationen
- Regelmäßige Kontakte zu den Kolleginnen und Kollegen
- Regelmäßiger Kontakt zu den Patienten und den Angehörigen
- Einführung und Einweisung von subcutanen Spritzenantriebspumpen

Arbeitsbereich Pflege

- Angebot von stationsinternen Fortbildungen für die Pflege
- Angebot von hausinternen Fortbildungen für die Pflege
- Mitwirkung bei Lehrveranstaltungen zum Thema: „Palliativmedizin“ an der LMU
- Palliativpflege-Forschung

Palliativpflegerische Beratung

- Mundpflege
- Hautpflege
- Lagerungsmöglichkeiten
- Juckreiz und Ikterus
- Übelkeit und Erbrechen
- Flüssigkeitszufuhr

Palliativpflegerische Beratung

- Nahrungsaufnahme und –ergänzung
- Obstipationsprophylaxe und –behandlung
- Respiratorische Symptome
- Rasselatmung in der Terminalphase
- Neurologische Symptome – Pflege von an ALS erkrankten Patienten

Palliativpflegerische Beratung

- Wund- und Dekubitusbehandlung
- Wickel und Auflagen
- Umgang mit Subcutan-Spritzenantriebspumpen
- Lymphödem
- Einbindung und Anleitung von Angehörigen in die Pflege
- Versorgung und Umgang mit Verstorbenen

Beispiel: Pflege bei Mundtrockenheit

- Säuerliche Tees (Zitronen, -Malventee)
- Zitronen - Orangenstücke
- Obstscheiben, getrocknetes Obst
- Saure Bonbons, Kaugummi, Lutscher
- Eiscreme, Lieblingsgetränke (evtl. einfrieren)

Ausblick

- Aufbau eines gemeinsamen Pflegeverständnisses
- Stationsinterne Fortbildungsmöglichkeiten, angepasst an die jeweils aktuelle Fragestellung
- Leitlinien „Palliativpflege“ erstellen und in den Pflegealltag implementieren
- Unterstützung für das Pflegeteam in schwierigen Belastungssituationen

Voraussetzungen für Pflegende im palliativmedizinischen Kosiliardienst

- Praxiserfahrung
- Palliative Care
Basiskurs
- Laufende
Fortbildungen
- Geduld
- Kommunikation