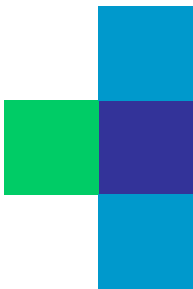
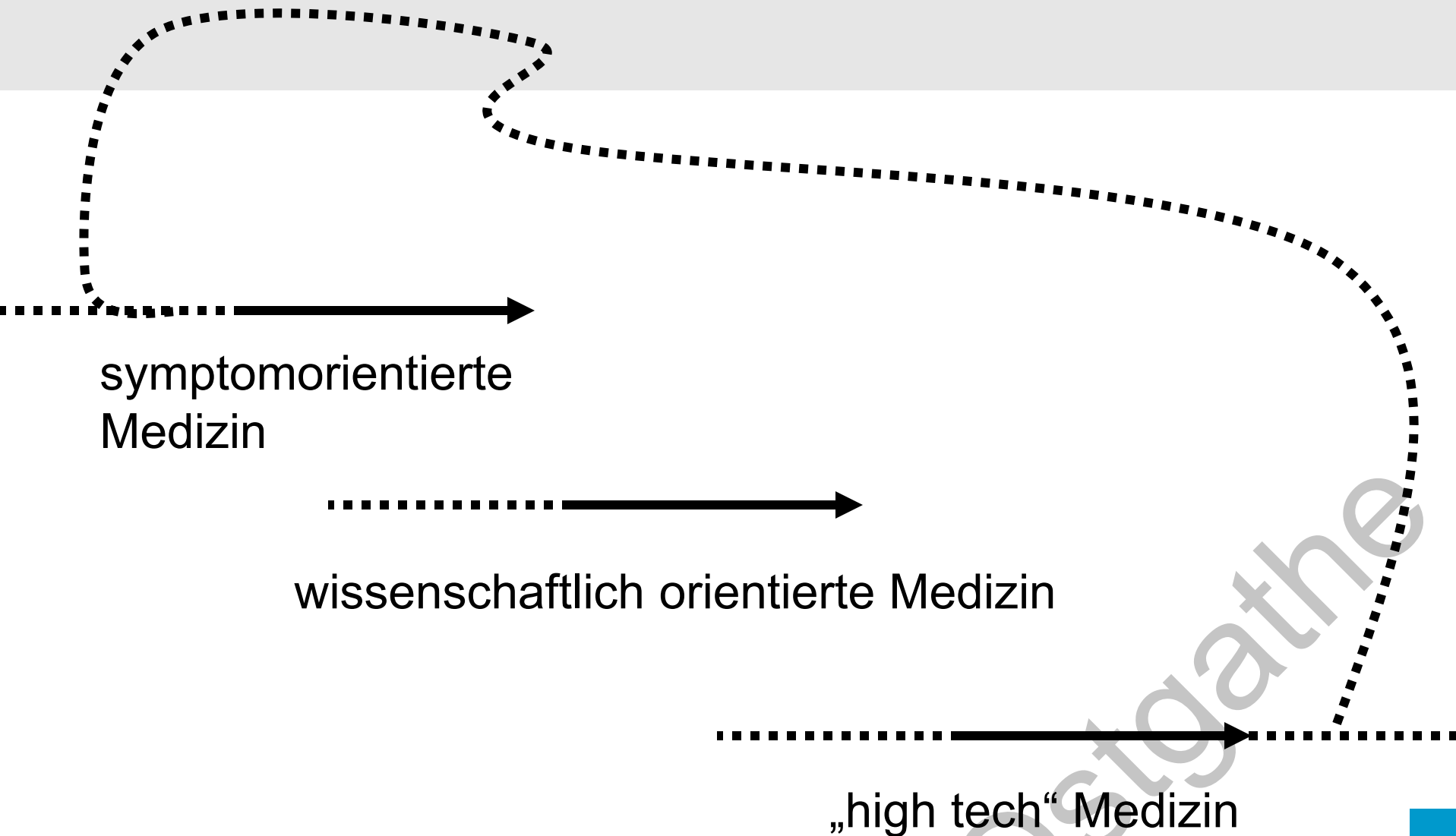


Palliativ- und Intensivmedizin

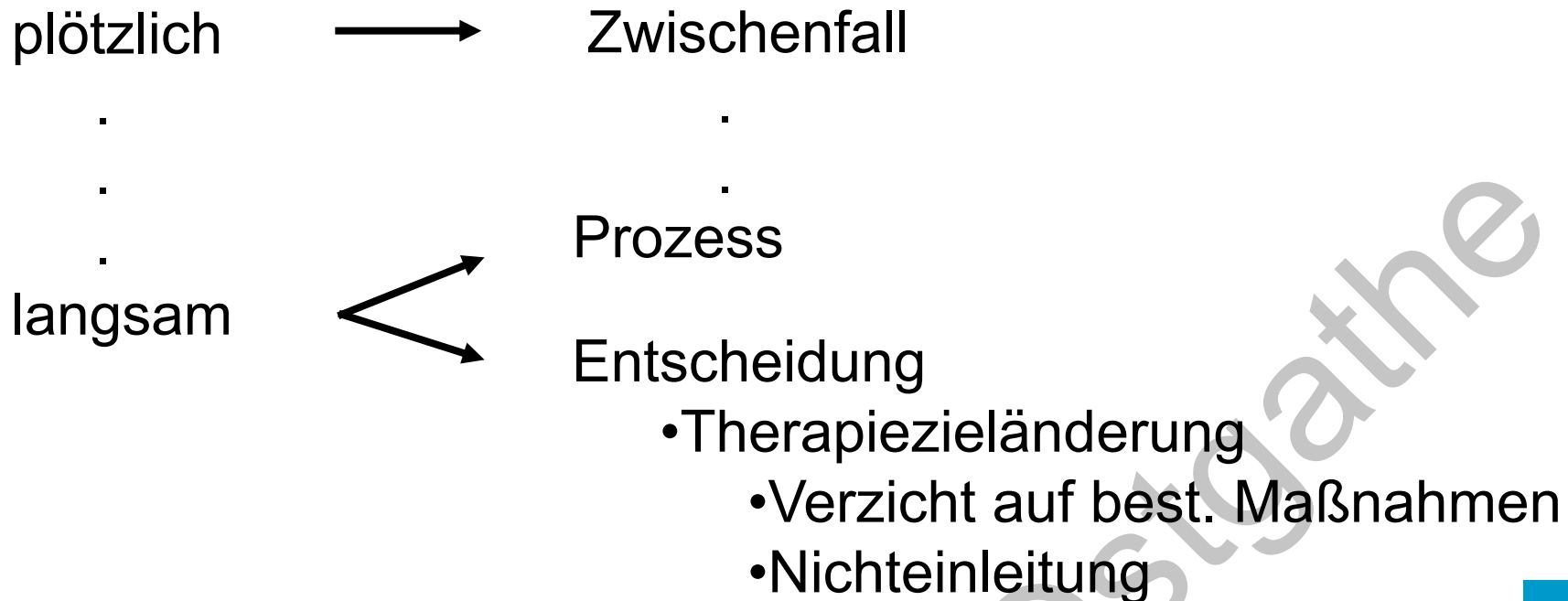


**Universitätsklinikum
Erlangen**





Sterben auf der Intensivstation



Epidemiologie des Sterbens in Europa

- etwa 1% der Bevölkerung stirbt jedes Jahr in westlichen Ländern
- 33-50% im Krankenhaus
- 1/3 verstirbt plötzlich und unerwartet
- 2/3 verstirbt absehbar
 - davon 23-51% nach Therapieentscheidung
 - 70% auf Intensivstation

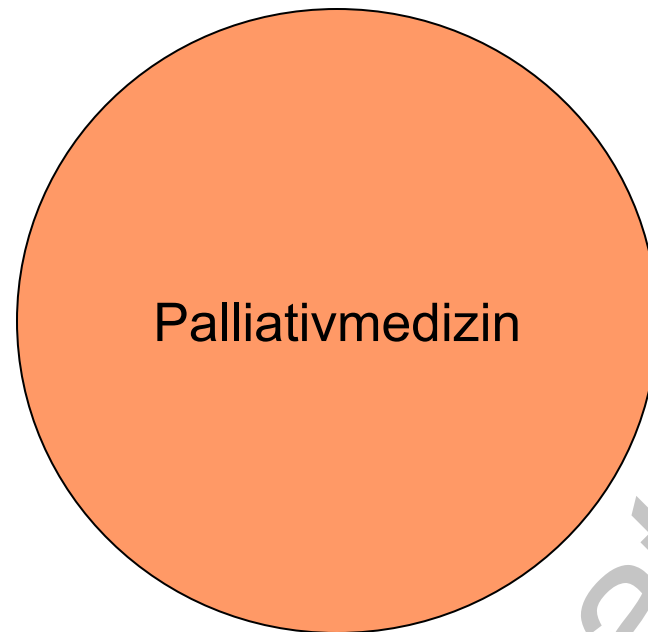
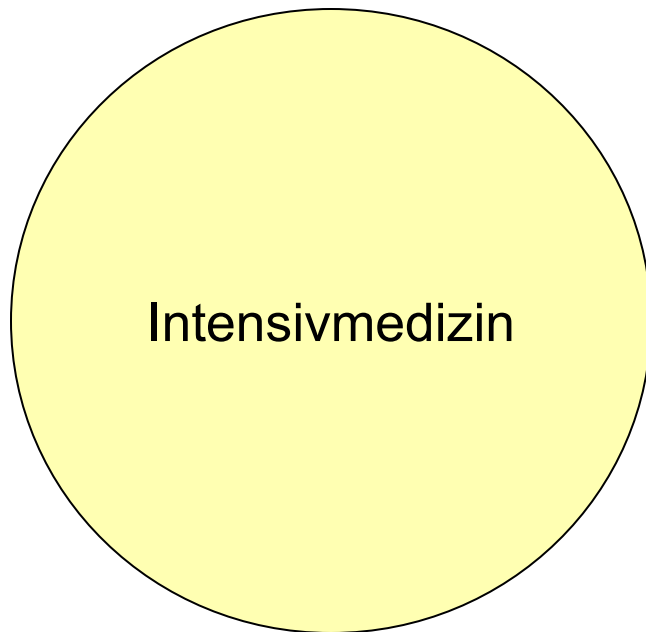


Sterben auf der Intensivstation

Rettungskultur
der Intensivmedizin

Hospizkultur
der Palliativmedizin





Intensivmedizin

„high - tech“

Primär:

medizinisch - technisch
machbare Behandlung

Primär krankheitsorientiert
Sekundär patientenorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Heilung der Krankheit

Palliativmedizin

„low-tech“

Primär:

medizinisch - ethisch
vertretbare Behandlung

Primär patientenorientiert
Sekundär krankheitsorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Linderung des Leidens



Intensivmedizin

„high - tech“

Primär:
medizinisch - technisch
machbare Behandlung

Primär krankheitsorientiert
Sekundär patientenorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Heilung der Krankheit

Palliativmedizin

„low-tech“

Primär:
medizinisch - ethisch
vertretbare Behandlung

Primär patientenorientiert
Sekundär krankheitsorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Linderung des Leidens



Intensivmedizin

„high - tech“

Primär:

medizinisch - technisch
machbare Behandlung

Primär krankheitsorientiert

Sekundär patientenorientiert

Bedürfnisorientiert

Bedürfnis des Patienten
ist Heilung der Krankheit

Palliativmedizin

„low-tech“

Primär:

medizinisch - ethisch
vertretbare Behandlung

Primär patientenorientiert

Sekundär krankheitsorientiert

Bedürfnisorientiert

Bedürfnis des Patienten
ist Linderung des Leidens



Intensivmedizin

„high - tech“

Primär:

medizinisch - technisch
machbare Behandlung

Primär krankheitsorientiert
Sekundär patientenorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Heilung der Krankheit

**Lebensverlängerung/
Lebensqualität**

Palliativmedizin

„low-tech“

Primär:

medizinisch - ethisch
vertretbare Behandlung

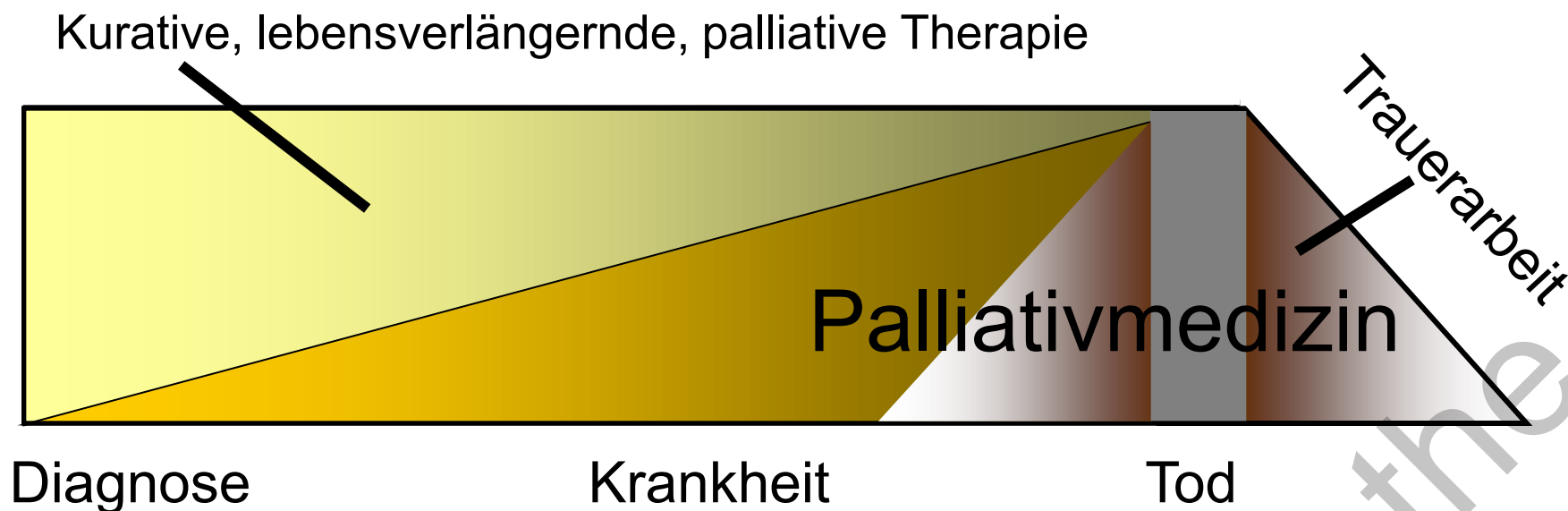
Primär patientenorientiert
Sekundär krankheitsorientiert

Bedürfnisorientiert
Bedürfnis des Patienten
ist Linderung des Leidens

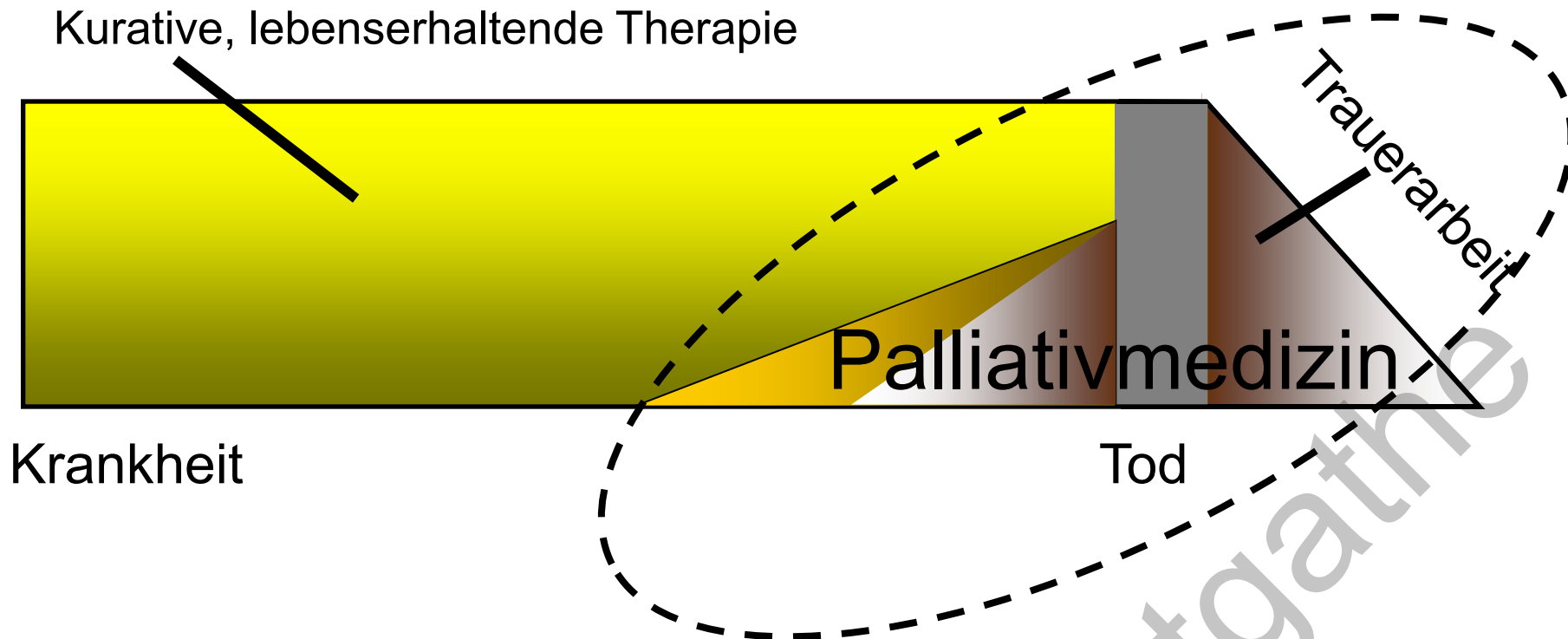
Lebensqualität



Palliativmedizin im Krankheitsverlauf



Palliativmedizin in der Intensivbehandlung



Tod auf der Intensivstation: Sicht der Pflege

„Guter Tod“

- „Comfort“ / Symptomkontrolle
- Angehörige anwesend
- Offene Kommunikation P / Ang
- Erwartetes Versterben
- P / Ang vorbereitet
- Keine Reanimation innerhalb der letzten 8 h
- Lebenserhaltende Maßnahmen beendet → natürlicher Tod

„Schlechter Tod“

- „an Geräten / intubiert“
- Umgebung verhindert Nähe (Alarme, Geräusche, Geräte)
- Plötzliches unerwartetes Versterben
- Konflikte mit Angehörigen
- Konflikte im Team / Therapieentscheidungen
- Unterschiedliche Informationen
- Verzögerte Therapieentscheidungen

Sterben auf der Intensivstation: Sicht der Pflege

„Guter Tod“

- „Comfort“ / Symptomkontrolle
- Angehörige anwesend
- Offene Kommunikation P / Ang
- Erwartetes Versterben
- P / Ang vorbereitet
- Keine Reanimation innerhalb der letzten 8 h
- Lebenserhaltende Maßnahmen beendet → natürlicher Tod

„Schlechter Tod“

- „an Geräten / intubiert“
- Umgebung verhindert Nähe (Alarme, Geräusche, Geräte)
- Plötzliches unerwartetes Versterben
- Konflikte mit Angehörigen
- Konflikte im Team / Therapieentscheidungen
- Unterschiedliche Informationen
- Verzögerte Therapieentscheidungen

Universitätsklinikum
Erlangen

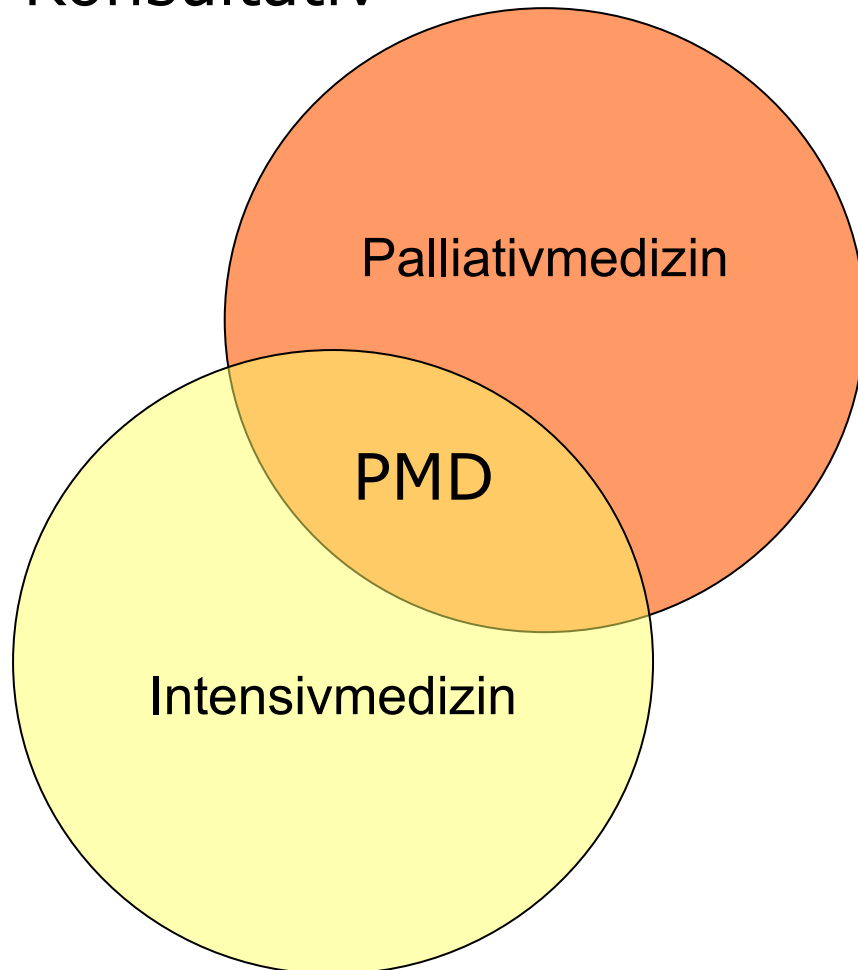
Elemente der Palliativmedizin

- Symptomkontrolle
- Koordinierte Versorgung
- Kommunikation und Entscheidungsfindung
- Psychologische, soziale und spirituelle Aspekte
- Multiprofessionalität und Interdisziplinarität



Modelle Palliativmedizin & Intensivmedizin

Konsultativ



Integrativ



Pro und Contra: Konsultativ vs. Integrativ

Konsultativ

- + Interdisziplinarität
- + Experteninput ohne zusätzliche Schulung
- + Kontinuum der Versorgung

Integrativ

Palliativmedizinischer Dienst

Definition:

- Ein - im Idealfall - multidisziplinäres Team, das die Erfahrungen der Palliativmedizin auf allen Stationen eines Krankenhauses umsetzt.

Palliativmedizinischer Dienst

Voraussetzungen:

- Kompetenz
- Verlässlichkeit durch regelmäßige Visiten
- beratende Funktion
- Unterstützung bei der
 - Schmerztherapie und Symptomkontrolle
 - sowie der palliativmedizinischen Begleitung



Ziele im Kontext Intensivmedizin

- Sterben in Würde auf der Intensivstation ermöglichen
- Hilfe bei schwierigen ethischen Entscheidungen
 - (u.a. Therapieerweiterung, Therapiereduktion,
 - Therapieabbruch, Therapieverzicht)
- Support beim Weaning in der Sterbephase
- Symptomkontrolle / palliative Sedierung
- Begleitung der Angehörigen
- Hilfe bei Kommunikation und Aufklärung



Palliativmedizinischer Dienst

Enge Kooperation mit:

- Patient und seinen Angehörigen
- Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern,
- Seelsorgern und Physiotherapeuten der Intensivstation
- Hausärzten u. ambulanten Diensten
- ambulante Palliativversorgung (A/S-AVP), Hospize
- Palliativstation



Mögliche Vorbehalte

- Schwierige Entscheidung über Zeitpunkt der Einbindung
- Begriffe wie „terminal erkrankt“ und „sterbend“ als schwer zu definierend empfunden
- Beunruhigung der Familien → zu frühe Reduktion lebenserhaltender Maßnahmen
- Sorge vor „lebensverkürzendem Effekt“
- Sorge vor Kommunikation über schlechte Prognose



Qualitätskriterien palliativmedizinischer Versorgung in der Intensivmedizin

Patienten- und Angehörigensicht

- Zeitige, klare und einfühlsame Kommunikation
- Entscheidungsfindung basierend auf Patientenwünschen, -zielen und -werten
- Versorgung, die auf Wohlbefinden abzielt
- Würde erhalten
- Respekt vor der Person
- Unterstützung der Angehörigen / Freier Zugang zum Patienten / Ermöglichung von Nähe
- Interdisziplinäre Unterstützung
- Unterstützung in der Trauer



Palliativmedizin & Intensivmedizin: Evidenz I

↑↑ Symptomassessment / -kontrolle*

u.a. Erdek MA et al Int J Qual Health Care 2004

↓↓ Beatmungszeit / Liegedauer*

u.a. Payen JF et al Anesthesiology 2009; Norton et al SA Crit Care Med. 2007

↑↑ Zufriedenheit / Verstehen Familie*

Azoulay E et al. Am J Respir Crit Care Med 2002

↓↓ Einsatz wenig sinnvoller Maßnahmen*

u.a. O'Mahony S et al Palliat Med. 2010

*Zusammengefasst von Nelson J et al. in Crit Care Med 2010



Palliativmedizin & Intensivmedizin: Evidenz II

↓↓ Angst / PTB / Depression bei Angehörigen*

Lautrette A et al. N Engl J Med 2007

↓↓ Konflikte zu Therapiezielen*

Lilly CM ET AL Am J Med 2000

↓↓/= Zeit bis zum Versterben

u.a. O'Mahony S ET AL Palliat Med. 2010; Lustbader D et al. Pall Supp Care 2011]

↓↓ Kosten

u.a. Campbell ML et al Chest 2003

*Zusammengefasst von Nelson J et al. in Crit Care Med 2010



Angehörigenbegleitung

Haltung und Wertschätzung

Raum schaffen

Information

- erklären was geschieht

Begleitung über den Tod hinaus anbieten

- Trauerbegleitung
- Trauertreff



„Bedenkt:
den eigenen Tod,
den stirbt man nur,
doch mit dem Tod
der anderen muss
man leben.“

Mascha Kaliko

„Nachsinnend“ Paul Klee

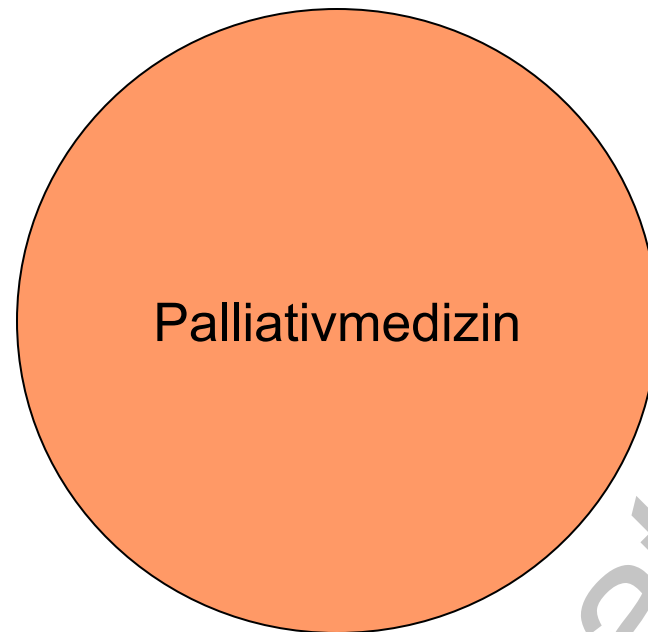
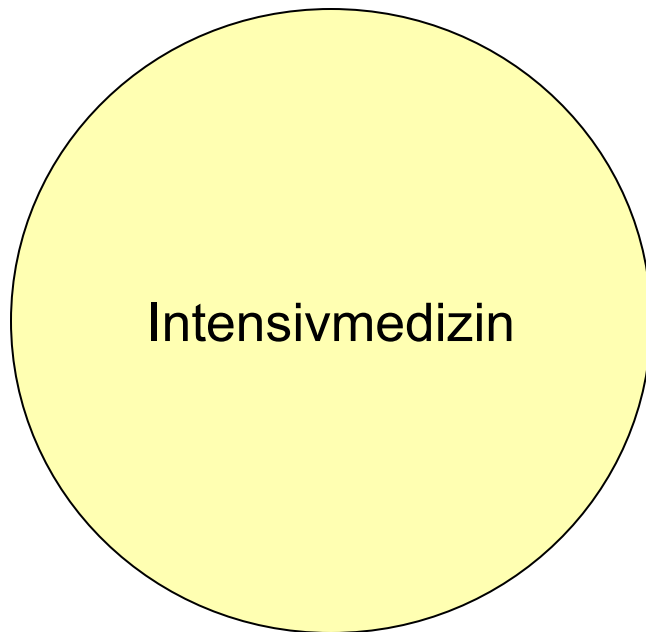




Es ist nicht die Frage:
"Behandeln oder nicht behandeln?",
sondern

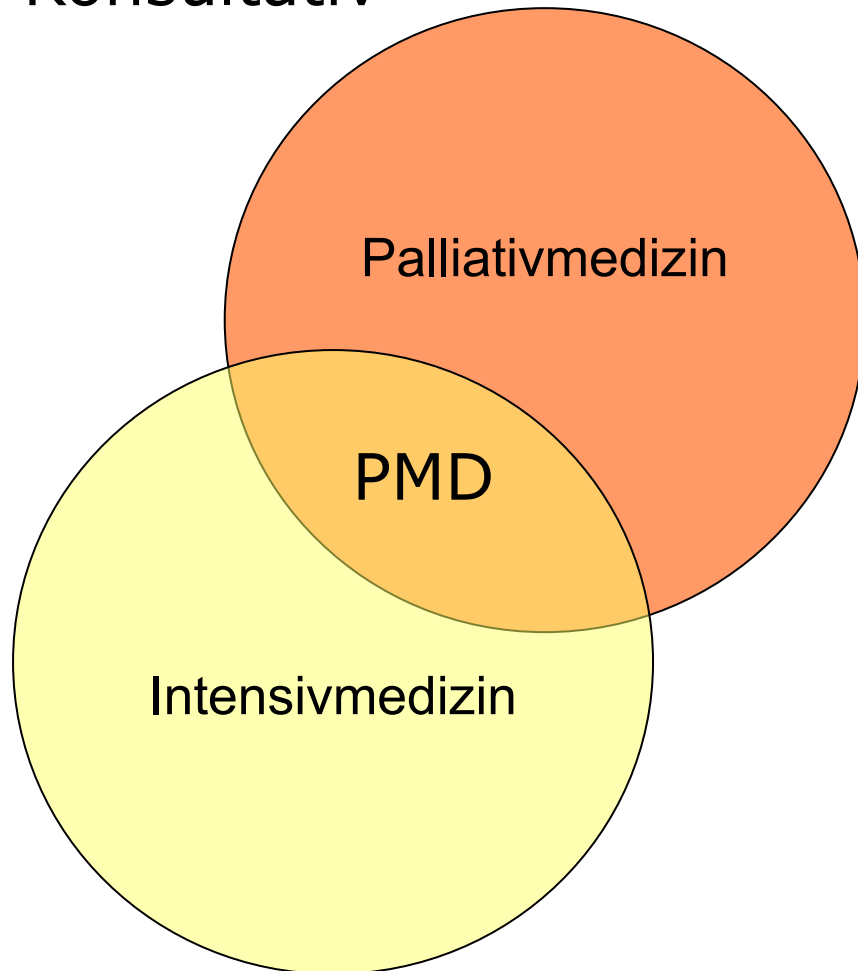
"Welche ist die angemessene
Behandlung für diesen Patienten
und die angemessene Begleitung der
Angehörigen?"





Modelle Palliativmedizin & Intensivmedizin

Konsultativ

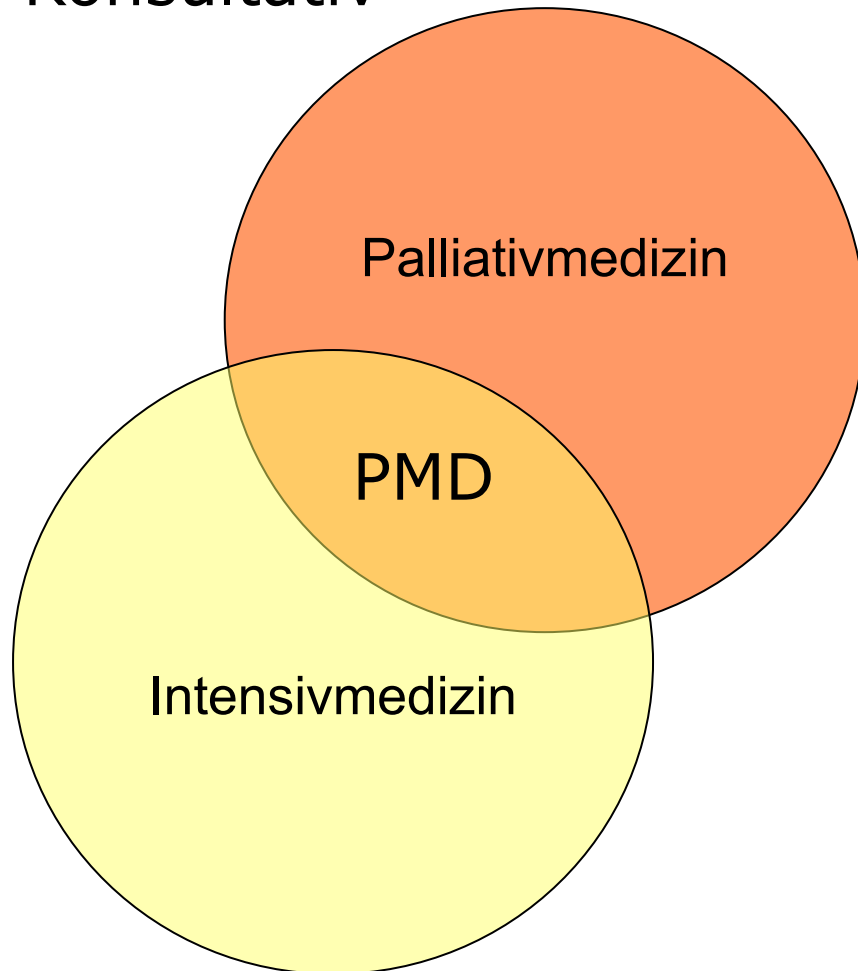


Integrativ



Modelle Palliativmedizin & Intensivmedizin

Konsultativ



Integrativ



Teamwork !

Modelle Intensivmedizin & Palliativmedizin

