

Palliativprojekt 2010-2011



- Warum eigentlich ?
- Was ist der Nutzen ?
- Wo führt dies hin ?
- Wie läuft es konkret ?



1. Orte der Palliativversorgung in Zeiten der SAPV



Alter der Sterbenden (2006)

Von 80 Mill. Einwohner sterben jährlich ca. 0,8 Mill Einwohner, d.h. 1% der Bevölkerung
821.627 Verstorbene (im Jahr 2006) wurden:

0-7 Tage alt: 1324, 8-31 Tage alt: 426 ein bis zwölf Monate alt 829 Kleinkinder, das sind **2.579 verstorbene Kleinkinder**, Kinder und Jugendliche von **1 bis 20 Jahre**: 1-5 Jahre alt 528; 5-10 Jahre alt 355; 10-15 Jahre alt: 429 und 15-20 Jahre alt: 691 und somit insgesamt **2.003 Kinder ab einme Jahr und Jugendliche**.
Zusammengenommen sind dies: **4.582 Verstorbene (0,5 %) im Alter bis 20 Jahre im ganzen Jahr 2006.**

Vechta 28.10.2009 Folie 3



Sterbealter (2)

In der Altersgruppe von **20 bis 65 Jahren** sterben jährlich bundesweit **etwa 100.000 Personen** und damit nur ein Achtel aller Sterbenden. In den höheren Altersgruppen sterben folgende Menschengruppen:

65-70 Jahre: 75.000 Personen;
70-75 Jahre: 90.000 Personen;
75-80 Jahre: 120.000 Personen
macht zusammen 285.000 Menschen.

Das sind **ein Drittel** der Verstorbenen. Diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele sind an Demenz erkrankt und leben im Heim.
Insgesamt erreichen pro Jahr das Alter 0 bis 80 Jahre: Nur knapp die Hälfte aller Sterbenden.

Vechta 28.10.2009 Folie 4



Sterbealter (3)

Und in den Altersgruppen

80-85 sterben	150.000 Personen;
85-90:	120.00 Personen und
90 und mehr:	130.000 Personen
insgesamt	400.000 Verstorbene

und damit **die andere Hälfte der Verstorbenen.**

Dass heißt: Nicht die Kinderhospizarbeit und die jungen Sterbenden in Hospizen sind die vorrangige Gruppe derer, die eine Begleitung im Sterben brauchen, sondern jene Älteren, die häusliche Pflege brauchen (ab 65 bis 80) oder bereits alters- und pflegebedingt in Heime einziehen (ab 80), letztere (zusammen 685.000 Verstorbene im Jahr).

Vechta 28.10.2009 Folie 5



Hohes Sterbealter und Sterbeorte

Von den über 80 Jährigen, die die Hälfte aller Sterbenden ausmachen, wohnt jetzt (und wird auch in Zukunft wohnen) ein großer Teil im Heim:

- Von 284.000 Pflegebedürftigen im Alter von **80 – 85** leben etwa **153.000** (Zahlen vom Jahr 2005) im Heim, wo sie letztlich auch sterben
- Von den ca. 200.000 Pflegebedürftigen im Alter von **85-90** Jährigen leben (und sterben) **134.000** im Heim.
- Von den **über 90** Jährigen 188.000 Pflegbedürftigen leben (und sterben) fast alle im Heim, nämlich **175.000** Personen.

Vechta 28.10.2009 Folie 6



Bedarf und SAPV In-Anspruchnahme

Achtung: Von den Sterbenden mit SAPV Bedarf werden wahrscheinlich nur die Hälfte erreicht.

Gründe:

Kommunikations- Konkurrenz-Probleme mit Hausarzt / behandelnden Pflegedienst / Heim

Nicht-Erkennen zu spätes Erkennen des Bedarfs

Non-Compliance / Kein Wunsch nach „fremden Experten“

Vechta 28.10.2009 Folie 7



Lösungen

Palliativmedizin für Nicht-Tumorerkrankte sollte vorrangig oder zumindest gleichrangig sein und ausgebaut werden.

SAPV-Kooperationen mit Heimen sind nötig

Kooperationen mit Hausärzten/ allgemeinen Pflegedienste sind ein Muss

Frühe Erkennung des Bedarfs ist nötig und deshalb breite palliative Schulung von Pflegenden und Ärzten

Frühzeitige Kooperation mit Kliniken werden wichtig.

Pflegeheime und Pflegedienste integrieren die (allgemeine) Palliativpflege in ihr Leistungsspektrum.

Vechta 28.10.2009 Folie 8



Vernetzungsvariante:

Sie haben vor sich als Pflegedienst und Pflegeheim direkt mit einem SAPV Team zu vernetzen als Kooperationspartner der Pflege?

Dies ist ein gangbarer Weg. Sie brauchen aber Geduld, bis sich das SAPV Team gegründet hat und funktionsbereit ist.

Sie werden mehr und besser bezahlte Pflegeeinsätze / Pflegesätze haben.

Dieses Modell eignet sich für alle Dienste mit qualifiziert ausgebildeten Palliativpflegekräften – erst einmal nur für ambulante Dienste - später eventuell auch einmal für Pflegeheime

Vechta 28.10.2009 Folie 9



Leistungsangebot wird kostenfrei verbessert

Sie haben vor, Ihre Schwersterkranken und Sterbenden durch ein SAPV Team und einen Palliativpflegedienst mitversorgen zu lassen. Dadurch bekommen Ihre Pflegekunden (im Pflegedienst und im Pflegeheim) bessere Leistungen, die die Pflegekunden und Sie nichts kosten (da SGB V finanziert).

Diese verbesserte Leistung für die Kunden Ihrer Einrichtung wird sich herumsprechen. Sie können die Pflege nach SGB XI und auch andere Pflege nach SGB V weiter abrechnen wie bisher, gewinnen mehr Pflegekunden und insbesondere Kunden mit höheren Pflegestufen. Dadurch steigern Sie Umsatz und Gewinn bei gesenkten Kosten.

Vechta 28.10.2009 Folie 10



2. Was ist der Nutzen ?

Was bewirkt Sterbebegleitung, Hospizkultur, Palliativkompetenz im Pflegeheim und Pflegedienst, wenn diese implementiert wird ?

Acht Punkte für Entscheider
(GeschäftsführerInnen, HeimleiterInnen, PflegedienstleiterInnen)

Vechta 28.10.2009 Folie 12



Nutzen

Ihre Bewohner bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle: Hier: Der Nationale Expertenstandard Schmerz wird in Pflegeheim-/Pflegedienst - spezifischer Weise umgesetzt (Orientierung am multimorbiden Patienten); Sie erfüllen die MDK-Richtlinie (13.7., 16.7. von 05) zum Thema Schmerz.

In einem Projekt: Sie erlernen Palliativpflegewissen / setzen erlerntes palliatives Wissen in Ihrer Einrichtung zeitnah um.

Vechta 28.10.2009 Folie 12



Nutzen (II)

Sie bereiten Ihre Einrichtung auf eine bessere interne und externe Vernetzung vor (§ 140 Verträge; möglich auch: § 37b Abs. 2 / § 132 d SGB V in Vernetzung mit ambulanten Palliativpflegediensten)

Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen / Hospizbegleitern (Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V und/oder § 82 b SGB XI mittels Pflegesatzerhöhung)

Vechta 28.10.2009 Folie 13



Nutzen III

Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilmerekmale mit hoher Marketingrelevanz. Die Charakteristika „Selbstbestimmung“, „optimale Schmerzbehandlung“, „bessere (palliativ-)ärztliche Präsenz“ und „gute Pflege selbst für Schwerstkranke und Sterbende“ sind Kernpunkte des Palliative-Care-Gedankens und werden in Ihrer Einrichtung nachweislich umgesetzt.

Sie orientieren sich vorausschauend an den spezifischen Bedürfnissen zukünftiger Heimbewohner z.B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie stets eine gute Belegung.

Vechta 28.10.2009 Folie 14



Nutzen IV

Sie optimieren Abläufe. Das spart Zeit und Nerven. Ihnen gelingen z.B. gute ethische Entscheidungen mit Rechtsicherheit (z.B.: Notfallpläne)

Sie entdecken (neue) Ressourcen Ihrer Mitarbeiter und stärken diese. Die Mitarbeiter können sich besser entfalten. Sie fördern dabei die Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation. Damit beugen Sie dem Burn-Out vor und stärken die Mitarbeitergesundheit. Die Arbeit wird Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen mehr Freude machen, da Sie in Vielem besser vorankommen.

Vechta 28.10.2009 Folie 15



3. Mini – Historie der Palliativprojekte in Pflegeheimen und Pflegediensten



Mini-Historie II

Gruppenprozessphase seit 2004:

2004: AK Hospiz des DW HH und weitere 7 Heime (MediAcion)

2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers

2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW

2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DCV NDS

2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen), DRK II und DW II in NDS (MediAcion)

2009: AWO/Bund (gos); DCV München (chv), DRK Thüringen (MediAcion) u.v.m.

600 Häuser beteiligen sich, ca. 150 haben abgeschlossen

Vechta 28.10.2009 Folie 17



Beispiel: DW Hannovers Fachtag 20.03.2006

Projekt-Abschlussbericht:

Leben am Lebensende.
Diakonische Leitlinien zu
Palliative Care,
Sterbebegleitung und
Abschiedskultur.

<http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf>



Vechta 28.10.2009 Folie 18



Anschließend: Projektwerkstatt Hannover (DW 2006-08)



Zwölf Heime setzen das Palliativprojekt des DW konkret um

Vechta 28.10.2009 Folie 19



Beispiel Bayern – Gruppenprozess 2005-2007

17 Heime + Dienste in der Projektwerkstatt Stein



Vechta 28.10.2009 Folie 20



Projektwerkstatt Hamburg

Förderer: Hamburger
Behörde für Soziales
und Gesundheit

Träger: MediAcion, DRK
Bildungszentrum

Teilnehmer: 6 private
Pflegerheime

Zeit: Juni 2006 bis Juni
2007



Vechta 28.10.2009 Folie 21



4. Palliativkompetenz im Heim

Zielfindung, Überblick



Heime und Hospizbewegung:



„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle.

Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können...“

Dame Cicely Saunders, Gründerin der modernen Hospizbewegung in einem Brief (1983)

Vechta 28.10.2009 Folie 23



Projekt DRK
Niedersachsen I

Sich Orientieren



Vechta 28.10.2009 Folie 25



Literatur



Vechta 28.10.2009 Folie 26

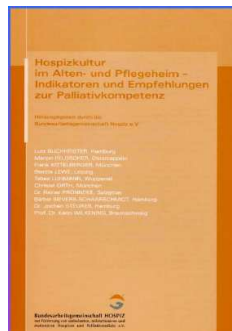


20 Indikatoren für Palliativkompetenz

Das kleine Standardwerk:
BAG Hospiz Oktober 2005 und
Feb. 2006:

**Hospizkultur im Alten-
Pflegeheim –
Indikatoren und
Empfehlungen zur
Palliativkompetenz**

...mit 20 Indikatoren
...wurde zum Standard für
weitere Prozesse



Vechta 28.10.2009 Folie 27



DW-Bund: Leben bis Zuletzt

Anpassung der BAG Hospiz
Leitlinien (Okt. 2006): Die
diakonischen Leit-Bilder:

Leben bis Zuletzt
Die Implementierung von
Hospizarbeit und
Palliativbetreuung in
Einrichtungen der stationären
Altenhilfe

Download:
www.diakonie.de/texte
Nr. 17 und Nr. 18



Vechta 28.10.2009 Folie 28



5. Impressionen / Einblicke

Die Umsetzung und die konkreten Inhalte
der hausinternen Palliativprojekte



Abschiedraum umgestalten / Mitarbeiter einbeziehen



Vechta 28.10.2009 Folie 30



Beispiel Ethik

Umsetzung Indikators 6:
Ethik im Konflikt.

Ethische Fallgespräche am
evangelisch - ref.
Gemeindestift seit 2006 mit
hausinterner Moderation
für Ärzte, Pflegende,
Familie.



Vechta 28.10.2009 Folie 31



Beispiel: Schmerz bei Demenz

Bedarf:

- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent von Dementen (Quelle: Morrison R.S. PainSymptom Management 2000)
- > 80-Jährige erhalten um 1/3 weniger Opiate als Jüngere (Quelle: Bernabeu R. et al; JAMA 1998)
- Pflegeheimpatienten ohne Schmerztherapie haben einen signifikant niedrigeren MMSE-Score als Patienten mit Schmerztherapie (Quelle: Closs S.J., Barr B., Briggs M.; Br J Gen Pract 2004)

Deshalb: pflegerische Leistung: Schmerzen erkennen/dokumentieren

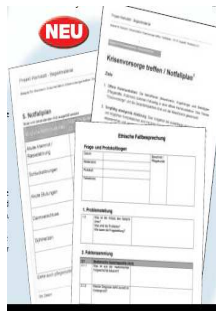
- Aktive Befragung des Patienten, selbst bei fortgeschrittener Demenz
- Beachtung nonverbaler Hinweise (Gesichtsausdruck, Körpersprache, Lautäußerungen, Unruhe)
- Therapiekontrolle mittels täglicher, dokumentierter Befragung durch Pflegepersonal (z.B. BESP)

Vechta 28.10.2009 Folie 32



Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet
mit Bewohnern, Angehörigen
(Betreuern) die (mutmaßlichen)
Behandlungswünsche und lässt
diese durch Verordnungen von
einem Arzt rechtlich absichern
(siehe rechts und nächste Folie)



Vechta 28.10.2009 Folie 33



Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerz		

Vechta 28.10.2009 Folie 34



Ehrenamtliche Integrieren:

Pflegeeinrichtungen kooperieren mit
Hospizdiensten. Ehrenamtliche
Hospizbegleiterinnen stehen auch
für Heimbewohner und
Pflegedienstkunden zur Verfügung



Vechta 28.10.2009 Folie 35



Das palliative Team

- Palliative Fachpflege
- Hausärzte
- Ehrenamtliche
- Seelsorge
- Soziale Fürsorge
- Weitere Mitarbeiter



Vechta 28.10.2009 Folie 36



Handbuch: Palliativkompetenz entwickeln

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Mit Ehrenamtlichen kooperieren
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisen / ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien



Herausgeber: J. Steurer
2 Ordner, DIN A4, ca. 600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“
ISBN 978-3-89947-368-1
mit Behr's NewsService € 89,50 zzgl. MwSt.

Vechta 28.10.2009 Folie 37



Der Kleine Ersthelfer:

Palliative Care in Pflegeheimen
Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte.
Von Jochen Steurer, Christine Behrens, Christoph Gerhard, Meike Schwermann und Cornelia Wichmann Schlütersche, Okt. 2008.
168 Seiten, 16,90 Euro.



Vechta 28.10.2009 Folie 38



6. Palliativprojekt Oldenburger Land 2010-2011 (Cloppenburg – Vechta – Damme)



Ein Projekt – bis zu sechs Zertifikate

Persönliche Fachkompetenzen mit Zertifikatsabschluss:

- Zertifikat Palliativpflegefachkraft für eine Kraft (160 Stunden)
- Zertifikat Projektmanagement für zwei Personen (140 Stunden)
- Zertifikat „Pain Nurse DGSS“ bzw. „Pflegeexperte/-in Schmerzmanagement“ (aufbauend auf 1.+2.: 40 Stunden)
- Zertifikat „Wundmanager ICW“ bzw. „Pflegeexperte Wundmanagement“ (aufbauend auf 1.+2.: 40 Std.)
- Zertifikat „Hospizkoordinator/-in“ (aufbauend auf 1+2: 80 Stunden)

Gesamtzertifikat für die Einrichtung

- Zertifikat Palliativkompetente Einrichtung (bei Teilnahme an 1. und 2. und Erstellen eines Abschlussberichts)

Vechta 28.10.2009 Folie 40



Maßnahmen in 2010 – 2011 – Die Zeitkomponente

Ihre Palliativkraft erlernt:

- 20 Tage Palliativpflegeweiterbildung (Basiskurs nach § 39a/37b)
- Optional: 5 Tage Schmerzmanagement- Aufbauweiterbildung
- Optional: 5 Tage Wundmanagement – Aufbauweiterbildung
- Optional: 10 Tage Hospizkoordination - Aufbauweiterbildung

Ihre Palliativkraft und ihre PDL erlernen:

- Palliativ- und Schmerzmanagement in der PWI ®:
- 16 Tage im Laufe von 18 Monaten

Ihr MitarbeiterInnen lernen und werden einbezogen:

- 3-8 MitarbeiterInnen nehmen an fünf Tagen teil: „Praxis: Palliativ“

Vechta 28.10.2009 Folie 41



Mögliche TeilnehmerInnen

Mitarbeiterinnen aus den Einrichtungen der ambulanten und stationären Alten- (und Kranken-) Hilfe
Jede Einrichtung entsendet je nach Größe zwei oder drei Fachkräfte und zwar je eine:

- **Leitungskraft** (HL oder PDL) in die PWI ®

und

- **Mindestens eine Pflegefachkraft** in die Weiterbildungen (Palliative Care, optional: Schmerz und Wundmanagement, Hospizkoordination) und in die PWI ®.

Vechta 28.10.2009 Folie 42



Projektbeschreibung selbst: In Papierform



Vechta 28.10.2009 Folie 43



Kontakt / Texte / Info zum Palliativprojekt

www.palliativkurse.de / www.mediacion.de

Newsletter, Artikel, Vorträge und auch der (ausführlichere)
Vortrag, den ich heute in Vechta noch halten werde !

Dr. Jochen Steurer

040-99994658

Vechta 28.10.2009 Folie 44

