

4. Alterstraumatologie Kongress 2018

22./ 23. März 2018

# Wenn die therapeutische Zielsetzung angepasst werden muss

Corinne Steinbrüchel-Boesch, MScN

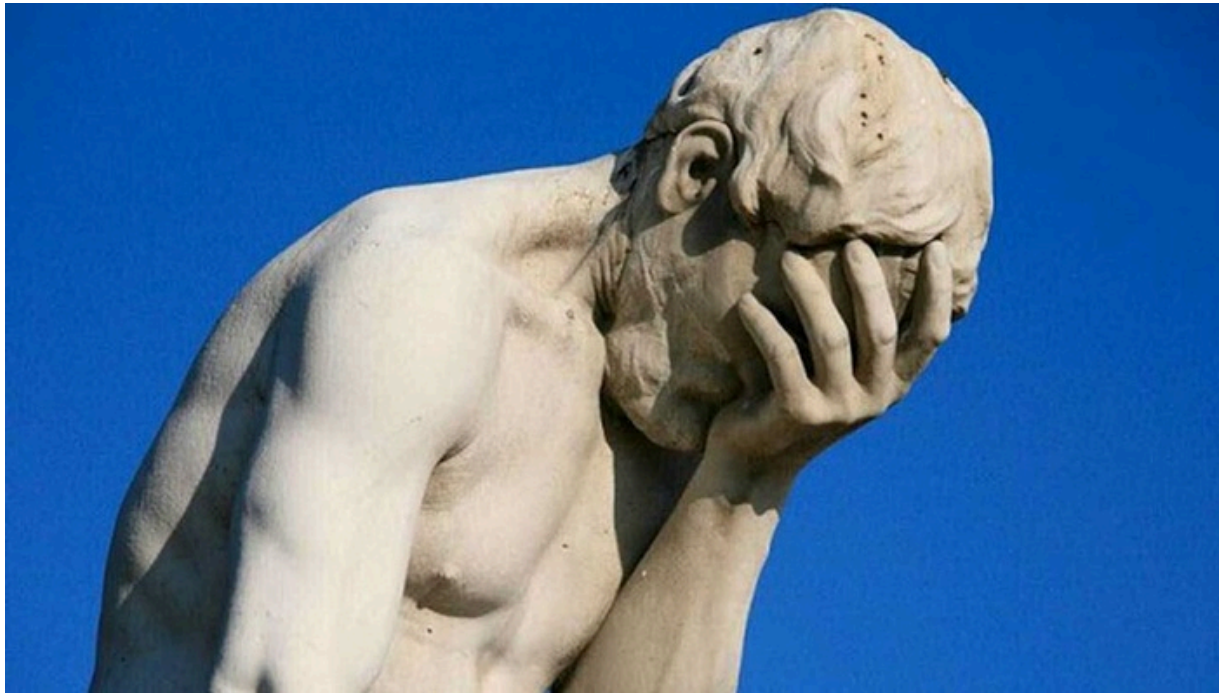
Pflegeexpertin APN Geriatrie



UniversitätsSpital  
Zürich

Wenn die therapeutische Zielsetzung angepasst werden muss

Tatsächlich eine multiprofessionelle Entscheidungsfindung?



# Patientenbeispiel (Herr M, 84 J)

## Eintrittsdiagnosen

Treppensturz, unbeobachtet

Schädelhirntrauma

Thoraxtrauma (Rippenserienfrakturen 3-9 re, Hämatorpneumothorax)

Stumpfes Abdominaltrauma

Delir

Demenz vom Alzheimerstyp (MMS 22/30. Uhrentest 7/7)

Diabetes Mellitus Typ 2

St.n. Hüft-Op

# Sozialanamnese

Ist verwitwet

Wohnt alleine in einer Wohnung

24h-Betreuung durch Haushälterin

Tochter wohnt in 5 Autominuten Entfernung

# Verlauf

## 11. Spitaltag

Verlegung Traumatologie > Geriatrie

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Mobilisation am Rollator (40m)

Behandlung Delir mit Dipiperon/ Haldol

## 16. Spitaltag: AZ-Verschlechterung

Der Pat ist bis zum Abendessen somnolent, nur schwer weckbar.

Nach dem Abendessen (wurde ihm im Bett eingegeben) vermehrt Unruhe, Hustenattacken, Dyspnoe

Inhaliert

HF schwankend zwischen 105-160/ Min.

CRP und Kreatinin stark erhöht, Blutkulturen abgenommen

PVK gelegt, Rocephin einmalig verabreicht

Der Pat ist sehr unruhig, äussert ab ca. 21 Uhr auch Todesangst

Morphin s/c., kaum Erfolg, Temesta (0,5 mg) ohne Erfolg

ab ca. 21 Uhr weitere AZ-Verschlechterung

Gibt thorakale Schmerzen bei Husten an, EKG , 500 ml Ringerlösung i.v.

Tochter kommt um 23.30 Uhr

## 17. Spitaltag

Sepsis (pos. Blutkulturen):

DD Pneumonie, DD Urosepsis

Der Assistenzarzt verordnet eine Blutentnahme



Ich möchte Herrn M keine Blutentnahme mehr zumuten. Er hat schlechte Venen. Und es bringt ihm ja auch nichts mehr

Wir müssen die Elektrolyte kontrollieren. Auch die Entzündungsparameter müssen überwacht werden



Wozu denn? Es hat keine Konsequenzen für den Patienten. Er wird in den nächsten Tagen vermutlich versterben

Das lässt sich nicht voraussehen. Wir müssen wissen, ob das Antibiotikum anschlägt. Und auch das Kalium müssen wir eventuell substituieren



ich wünsche ein Palliativ-Konsilium bei Herrn M.



# ein Palliativ-Konsilium?



## ein Palliativ-Konsilium?



Kennen Sie solche  
Situationen?  
Welche Lösungsansätze  
verwenden Sie?



# Äusserungen

Angehörige sollen nicht den Eindruck haben, wir lassen den Patienten im Stich

Wir sind diejenigen, die rund um die Uhr beim Patienten sind

wer A sagt muss auch B sagen

die Geriater überschätzen ihre Fähigkeiten in Palliativ Care

Wir wollen nicht durch invasive Interventionen dem Patienten Leid zufügen müssen

wir haben einen „Anwalts“-Auftrag für den Patienten

auch der alte Mensch hat ein Recht auf eine medizinische, kurative Behandlung

# Suche nach einem interprofessionellen Werkzeug in solchen Situationen

im Mittelpunkt steht das Wohl des Patienten und seiner Familie



# Analysen und Fallbesprechungen von ähnlich verlaufenen Fällen

Das Problem zeigt sich nicht darin, dass das medizinische Knowhow in End of Life Situationen fehlt.

Die Herausforderung im interprofessionellen Team ist die Frage, **ob** und **wann** das Behandlungsziel von kurativ auf palliativ/ best comfort care gewechselt werden soll

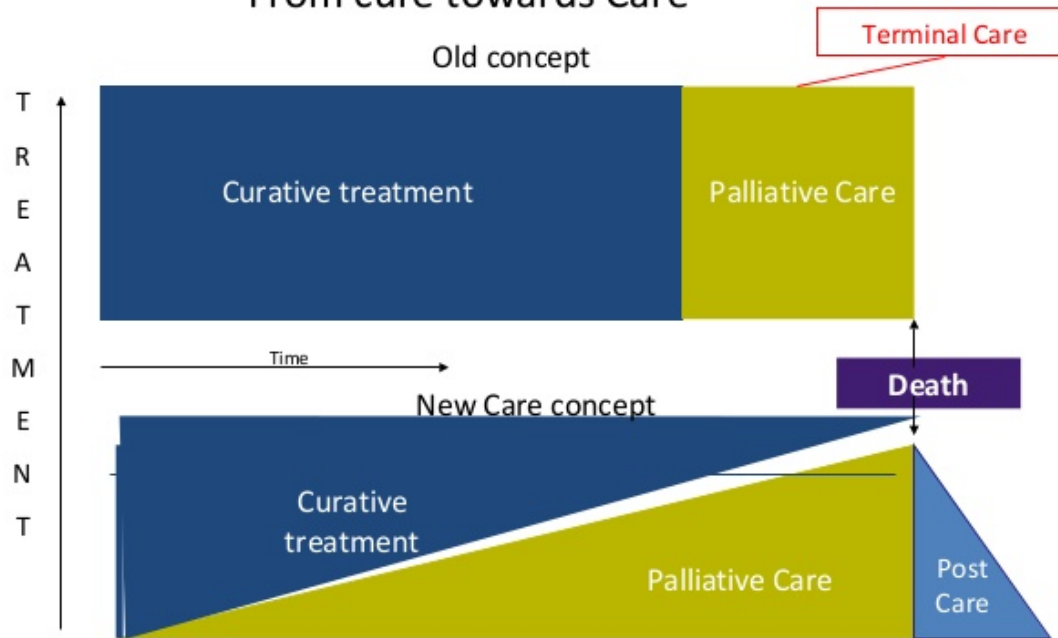


# kurativ, palliativ, end-of-life, best comfort care...

From a traditional towards a new care model:



From cure towards Care



5

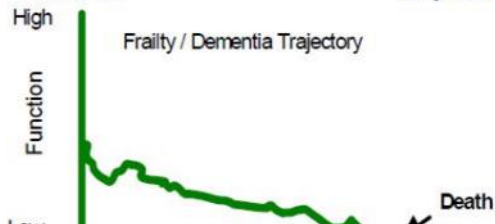
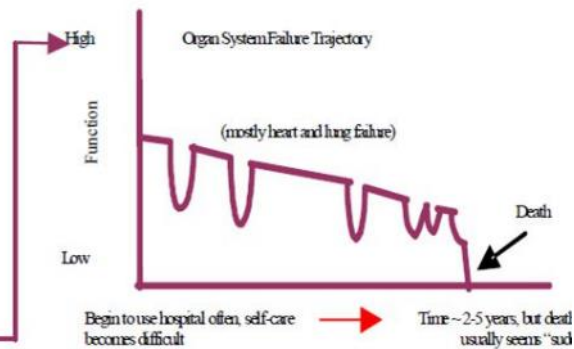
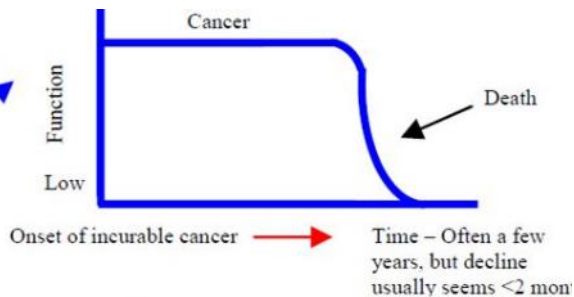
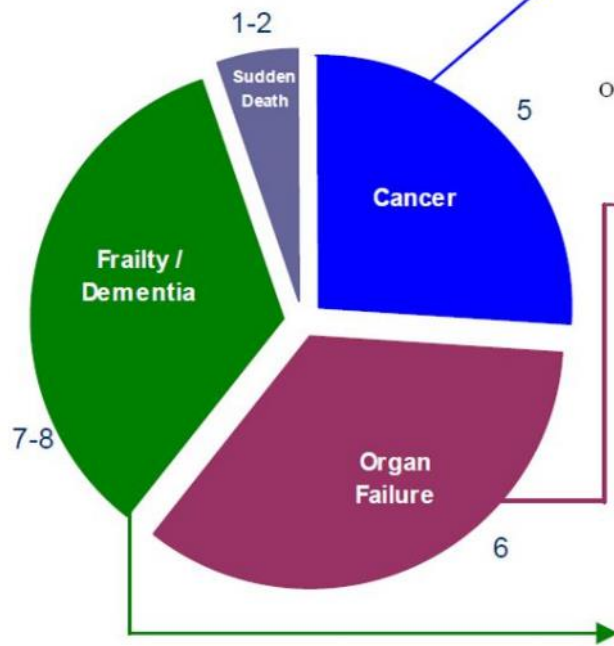
Lynn and Adamson, 2003

5

Lynn, J. & Adamson (2003)



GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr  
(approximate proportions)



Thomas, K. et al. (2011).

# Futility

## Medizinische Nutzlosigkeit

wurde von 76% der befragten Ärzte, 86% der befragten Pflegefachpersonen wahrgenommen

- Angst, Unsicherheit, überhöhter Ehrgeiz
- Kann zu Belastung führen (moral distress)
- Zeitpunkt der Entscheidung verpasst
- Unvollständige Informationsgrundlage
- „Ärzte meinen oft, sie müssten Leben um jeden Preis erhalten“
- mangelnde Berufserfahrung
- Angehörige wollen oft, das „alles“ gemacht wird

Albisser Schleger et al. (2008)





# Conceptual model for an interprofessional approach to shared decision making

## **Hinderlich**

Zeitliche Einschränkungen, ungenügende Ressourcen, hierarchisches Ungleichgewicht, “Silo-denken”

## **Förderlich**

Schulung und Training in interprofessioneller Zusammenarbeit/  
Entscheidungsfindung, Motivation für eine interprofessionelle Entscheidungsfindung,  
gegenseitige Kenntnisse und Verständnis der Berufsrolle, Vertrauen, Respekt

Légaré et al. (2011)

# Shared Decision-Making in der Neonatologie (I)

Fachgruppe Ethik, Neonatologie USZ, 2017

## Essentielle Elemente im «Shared Decision-Making»-Prozess sind:

- 1) (An-)Erkennung, dass eine Entscheidung erforderlich ist;
- 2) Verständnis aller Risiken und Vorteile der verfügbaren Therapieoptionen
- 3) Sicherstellung, dass die Entscheidung auf der Sachkompetenz der Ärzte sowie auf den Wertevorstellungen und Bedürfnissen der Eltern beruht (17).

# Shared Decision-Making in der Neonatologie (II)

## Definition „Shared Decision-Making“

Interaktionsprozess zwischen

- Patient und Angehörige/ Familie
- Fachpersonen (Ärzte, Pflege, ...)
  - Informationsaustausch
  - Abwägungsprozess
  - Treffen und Umsetzen der Entscheidung

Nebst der medizinischen Expertenrolle (Sachkompetenz) hat das Betreuungsteam die Aufgabe, die Eltern zu informieren, zu beraten und zu coachen (Beratungskompetenz).

# Erkennen der Sterbephase (letzte 4 - 7 Tage)

Intuition und Erfahrung spielen eine grosse Rolle

- Angabe einer Wahrscheinlichkeit: Es gibt keine sicheren Kriterien oder Phänomene
- Veränderungen beim Patienten, welche sich im „Bauchgefühl“/ Intuition der Fachpersonen und Angehörigen manifestieren
- gute Kommunikation im Team und mit den Angehörigen bzgl. eigener Beobachtungen
- sollte im interprofessionellen Team (mind. 2 verschiedene Berufsgruppen) erfolgen

palliative.ch. (2016)



## Überraschungsfrage

**Wärest Du überrascht, wenn der Patient in den kommenden 4-7 Tagen versterben würde?**

# Diagnostische Hilfen für das Erkennen der Sterbephase

Veränderungen der Atmung

Veränderungen des Allgemein-/ Energiezustands

Reduktion oder Weglassen der Einnahme von Flüssigkeit, Nahrung, Medikamente

Veränderungen der Kognition

allgemeiner Rückzug

Unruhe, Angst

Bedürfnis zum Gespräch mit ausgewählten Personen

Wunsch nach Versöhnung, Danken, Gebet

Oder sind es reversible Ursachen, bzw. Faktoren?  
z.B. Opioidnebenwirkungen, Infekt

# möglicher Algorithmus

Überraschungsfrage

- Was kann passieren?
- Chancen/ Risiken von Diagnostik und Therapie
- Behandlung bei Schmerz, Dyspnoe, Nausea etc.

Patientenverfügung?

welche Situation liegt vor?

kurze interprof.  
Fallbesprechung ad hoc

Patienten-/ Angehörigengespräch  
gemeinsam vorbereiten

Angehörigengespräch  
(interprof): Situation,  
Beobachtungen, Wünsche,  
Hoffnungen abfragen

gemeinsame Entscheidung  
treffen und durchführen

Evaluation

# Referenzen

Lynn, J. & Adamson, D. Living Well at the End of Life. Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age .2003. From: <https://www.slideshare.net/drnyongesa1/overview-of-palliative-care-by-esther-muinga-42704366>

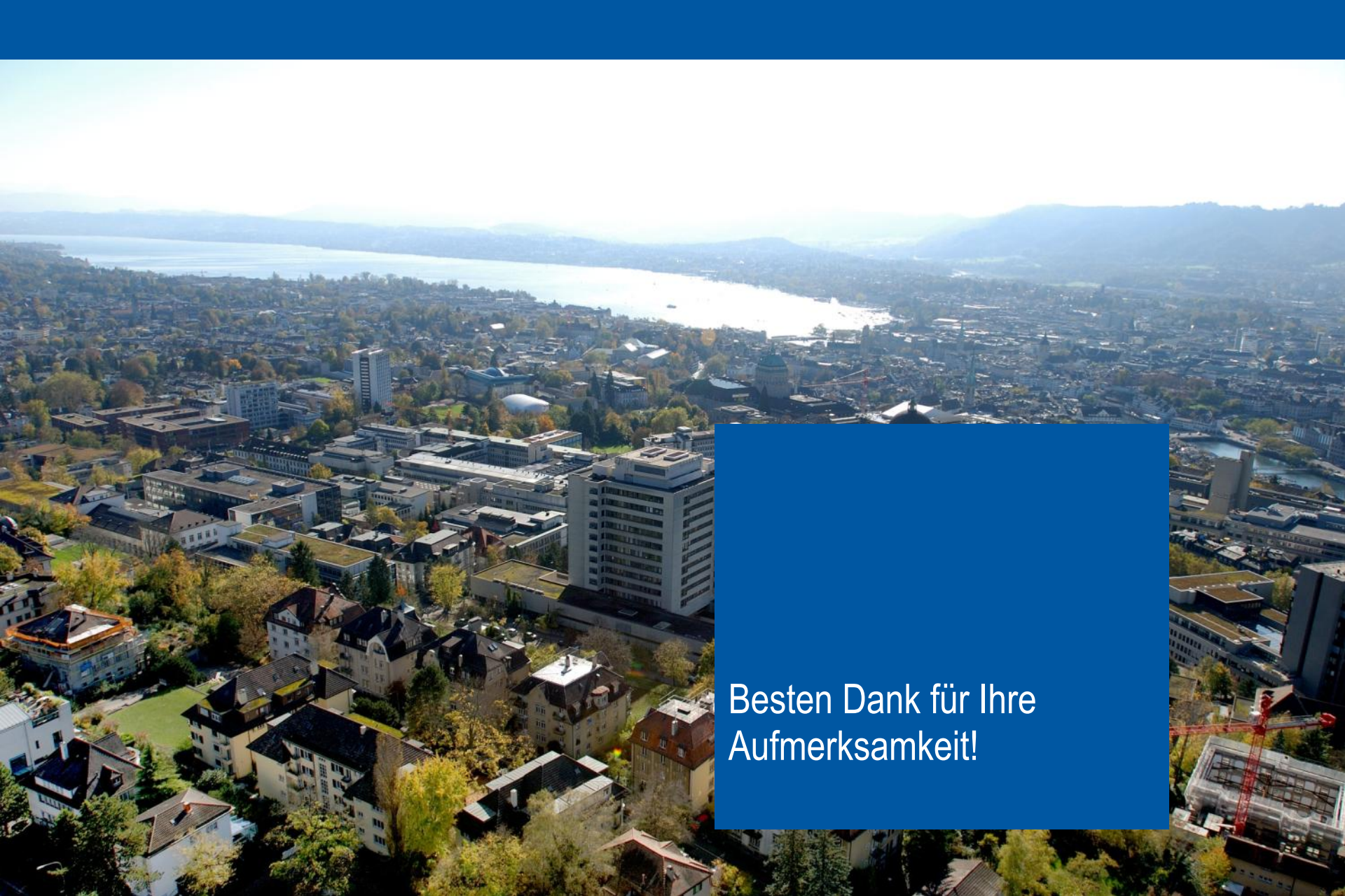
Thomas, K. et al. Prognostic Indicator Guidance. 4th Edition The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care. 2011

Albisser Schleger et al. Futility – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Palliativmed. 2008

Légaré et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011;17(4):554-64

palliative.ch: Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen (2016). From; [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/C\\_Fachgesellschaft/Task\\_Forces/Empfehlung\\_Sterbephase\\_palliative\\_ch\\_final\\_2016\\_VS.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf)





Besten Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

