

Andreas Weber

Schwer krank, aber gut betreut nach Hause

Bei palliativen Patienten ist das Schnittstellenmanagement entscheidend

Die wichtigsten Betreuungsziele von schwer und unheilbar Kranken, nämlich nicht zu leiden und die verbleibende Lebenszeit wenn möglich zu Hause zu verbringen, werden bei weniger als 40 % der Patienten erreicht. Inwieweit durch gute Planung der Spitalentlassung und durch Verbesserung der Kooperation aller Beteiligten bei dieser Patientengruppe die Zielerreichung erhöht wird, untersucht man in Zürich.



Andreas Weber

Im Spitalbericht von Herrn K., 51, steht unter «Jetzigem Leiden»: «Der Patient leidet an einem bekannten, metastasierenden Adenokarzinom des rechten Lungenoberlappens. Er hat seit zwei Tagen nichts mehr gegessen und seit gestern progrediente Atemnot. Heute bei akuter Dyspnoe Alarmierung der Ambulanz. Der Patient war bis vor drei Tagen bei uns hospitalisiert gewesen und ist in einer palliativen Situation. Der Patient und die Ehefrau des Patienten sind über die Schwere der Erkrankung in mehreren Gesprächen informiert worden».

Unter Verlauf steht dann: «Der Patient ist wenige Stunden nach Eintritt, nach Gabe von Lasix, Morphin und Sauerstoff 10 l/min auf der Notfallstation gestorben. Bei äusserst palliativer Situation wurde in Absprache mit der Ehefrau und dem Onkologen auf eine Reanimation verzichtet.»

Herr K. war über die schlechte Prognose seiner Krankheit informiert. Er wünschte sich, wie die meisten Menschen, am Lebensende nicht zu leiden und zu Hause zu sterben. Noch in seinen letzten Stunden hat er sich gegen die Spitalweisung durch die Ambulanz gewehrt. Aber seine Frau sah keine andere Lösung. Der Hausarzt war nicht erreichbar. Der letzte Wunsch von Herrn K. konnte, wie bei gut 60 % der Sterbenden, nicht erfüllt werden.

Was ging schief?

- Der Patient wurde über die Schwere der Erkrankung mehrfach informiert. Wurde ihm aber gesagt, was konkret auf ihn zukommen kann? Wurde er auf die sehr wahrscheinliche, zunehmende Atemnot aufmerksam gemacht?

- Wurde ihm erklärt, was er oder seine Frau oder die Spitex dann unternehmen könnten? Wurde das Vorgehen schriftlich festgehalten?
- Wurden die entsprechenden Medikamente bereitgestellt?
- Wurde mit dem Hausarzt das Vorgehen besprochen und abgeklärt, ob er rund um die Uhr erreichbar wäre? Oder wurde mit ihm vereinbart, dass ein informierter Stellvertreter zur Verfügung steht?

Den Notfall planen

Solche und ähnliche Verlaufsberichte wurden im Rahmen eines Schnittstellenprojektes am Gesundheitszentrum Zürcher Oberland (GZO) analysiert. Das Projekt wird von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich unterstützt und vom palliative care NETZWERK ZH/SH in Zusammenarbeit mit dem GZO, der Spitex Wetzikon und Gossau, zwei Hausärzten aus dem Einzugsgebiet des GZO, der Onko Plus und dem Heimverband Zürcher Oberland durchgeführt.



Aufgrund der Fallanalysen wurden Massnahmen formuliert und ein Flowchart für den Spitalaustritt von «palliativen Patienten und Patientinnen» formuliert. Damit sind jene Patienten gemeint, die im GZO ab November 2008 mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und geschätzter Lebenserwartung unter einem Jahr hospitalisiert werden. Bei diesen werden folgende Interventionen durchgeführt:

- Während der Hospitalisation wird ein Gespräch über Prognose, Chancen und Risiken möglicher Interven-

tionen zur Beeinflussung der Krankheit und deren Komplikationen geführt. Die Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Ziele des Patienten werden erfasst und schriftlich festgehalten.

- Drei Tage vor Entlassung werden Hausarzt und Spitex telefonisch kontaktiert, zwecks Sicherstellung eines 24 h Piketdienstes durch informierte und kompetente Pflegende und Ärzte.
- Den Fachleuten steht ein in Palliative-care spezialisiertes Team (Arzt und Pflege) zur Abdeckung des 24 h

Dienstes und bei schwieriger Symptomkontrolle zur Seite.

- Möglicherweise eintretende Notfallsituationen werden mit Patient, Angehörigen und Fachleuten vorbesprochen und entsprechende Massnahmen geplant, schriftlich festgehalten und wo nötig vorbereitet.
- Unterstützung der Angehörigen durch ehrenamtliche Helfer oder professionelle Betreuende wird für verschiedene Verlaufsszenarien geplant, die finanziellen Möglichkeiten werden abgeklärt.

- Die Rolle der verschiedenen Beteiligten wird besprochen, schriftlich festgehalten und der rasche Informationsfluss in der Regel per E-mail unter allen vereinbart.

In zweimonatlichen Fallbesprechungen diskutiert das Projektteam mit den jeweils involvierten Spitexfachleuten, Hausärzten oder Pflegeheim-Mitarbeitenden den Verlauf der so entlassenen Patienten.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen:

- Im Spital werden bis jetzt noch lange nicht alle für das Projekt qualifizierenden Patienten identifiziert. In der Hektik eines Akutspitalbetriebes gehen Fragen bezüglich absehbarem Lebensende oft vergessen.
- Im Spital braucht es Pflegende und Ärzte mit vertiefter Ausbildung in palliative care. Diese müssen für die genannten Gespräche, Organisation und Planung von der täglichen Arbeit auf der Station frei gestellt werden.
- Die Patientenberatung bzw. der Sozialdienst kann sich nicht nur um jene Patienten kümmern, die in ein Pflegeheim entlassen werden. Im Gegenteil, jene Patienten, die nach Hause zurückkehren möchten, brauchen meist umfassendere Beratung und Abklärung der sozialen und finanziellen Situation.
- Sowohl Hausärzte, Spitexorganisationen und Pflegeheime schätzen die Klärung der Wertvorstellungen und Ziele der Patienten, sowie die Planung der Massnahmen bei möglichen Komplikationen.

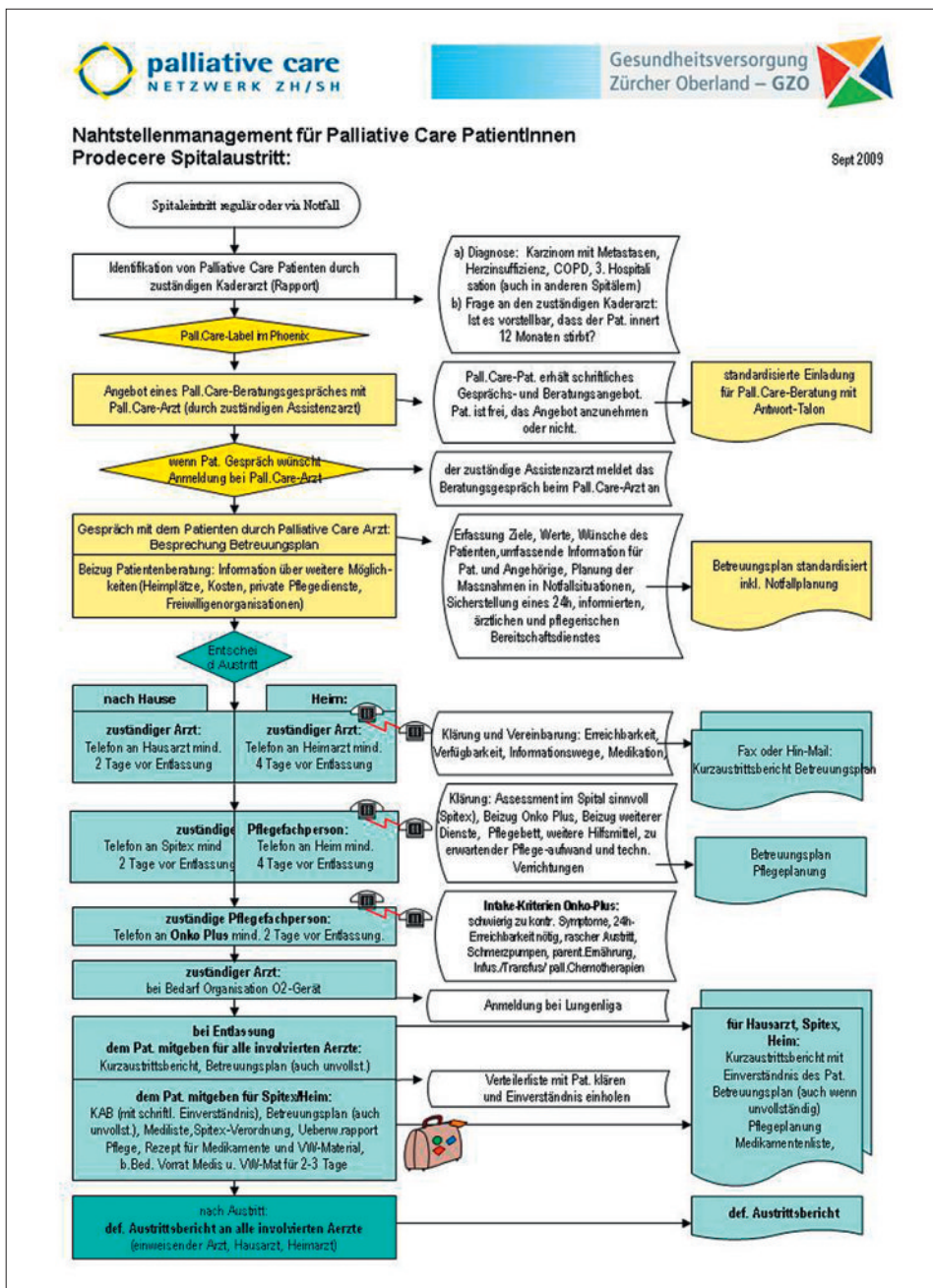


Abbildung 1 Schnittstellenmanagement bei Palliative-Care-Patienten.

- Die Unterstützung durch ein ambulant verfügbares, spezialisiertes Team wird in den meisten Fällen begrüsst und nicht als Konkurrenz empfunden. Der Beizug dieses Teams ist je nach zeitlichen Ressourcen und Vertrautheit mit palliativen Situationen sehr unterschiedlich.
- Die Zusammenarbeit unter den Fachleuten und der Informationsfluss werden gegenüber früher als wesentlich besser angeschaut.
- Die formulierten Ziele der bis jetzt eingeschlossenen Patienten konnten in über 90 % der Fälle erreicht werden.

Diese Personen gehören zur Projektgruppe

- Ursula Baur, Höfa Palliative Care, stv. Stationsleitung, GZO Wetzikon
- Susanne Berchtold, Leiterin Spitex, Wetzikon (vertritt alle Spitexorganisationen des Bezirks Hinwil)
- Andrea Bühner-Schwarb, Delegierte Spitex, Onko Plus, Zürich
- Claudia Cardoso, Höfa Palliative Care, GZO Spital Wetzikon
- Andreas Fritzsche, Dr. med. Hausarzt, Pfäffikon
- Felix Graf, Heimleiter Altersheim Blumenau, Bauma
- Monika Obrist, Co-Präsidentin Palliative Care – NETZWERK ZH/SH, Leiterin Spitex, Gossau ZH
- Jürg Reichel, Dr. med. Hausarzt, Wetzikon
- Regula Schoch, Leitung Privatstation, GZO Spital Wetzikon
- Heiner Vontobel, Dr. med. Chefarzt Medizin, GZO Spital Wetzikon
- Andreas Weber, Dr. med. Belegarzt GZO, Co-Präsident Palliative Care – NETZWERK ZH/SH
- Franziska Zingg, Patientenberatung, GZO Spital Wetzikon

Einweisungsprozesse neu gestalten

Die engere Zusammenarbeit zwischen Spital und Hausärzten, Spitex und anderen Fachleuten ermöglicht, in Zukunft auch den Spitaleinweisungsprozess neu zu gestalten. Patientenverfügung, Informationen über soziale Hintergründe, Wohnumgebung, Erwartungen von Patient und Angehörigen können beim Eintritt schon mitgeliefert werden.

Die Erkenntnisse bei diesen schwerkranken Patienten mit komplexen Bedürfnissen können auch für andere Patientengruppen genutzt werden, um die poststationäre Betreuung optimal zu organisieren. Dazu gehören Patienten mit chronischen Erkrankungen wie COPD, KHK, Diabetes, Asthma, psychischen Erkrankungen, schwierigem sozialem Umfeld. Dabei geht es nicht nur um eine Steigerung der Betreuungsqualität. Mit Einführung der DRG hat ein Spital auch ein finanzielles Interesse, Rehospitalisationen zu vermeiden.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass mit den genannten Massnahmen die Betreuung in der letzten Lebensphase bis zu 50 % tiefere Kosten verursacht [1].

Literatur

- 1 Brumley R et al. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:993–1000.

Korrespondenz:

Dr. med. Andreas Weber

Anästhesist FMH

Co-Präsident palliative care Netzwerk ZH/SH

Stationsstrasse 77

8623 Wetzikon

andreas.weber@medix.ch