

Auf Augenhöhe mit dem Arzt

Dres. Piotr Sobanski und Christian Studer

- Zuhause, Pflegeheim



- Spital



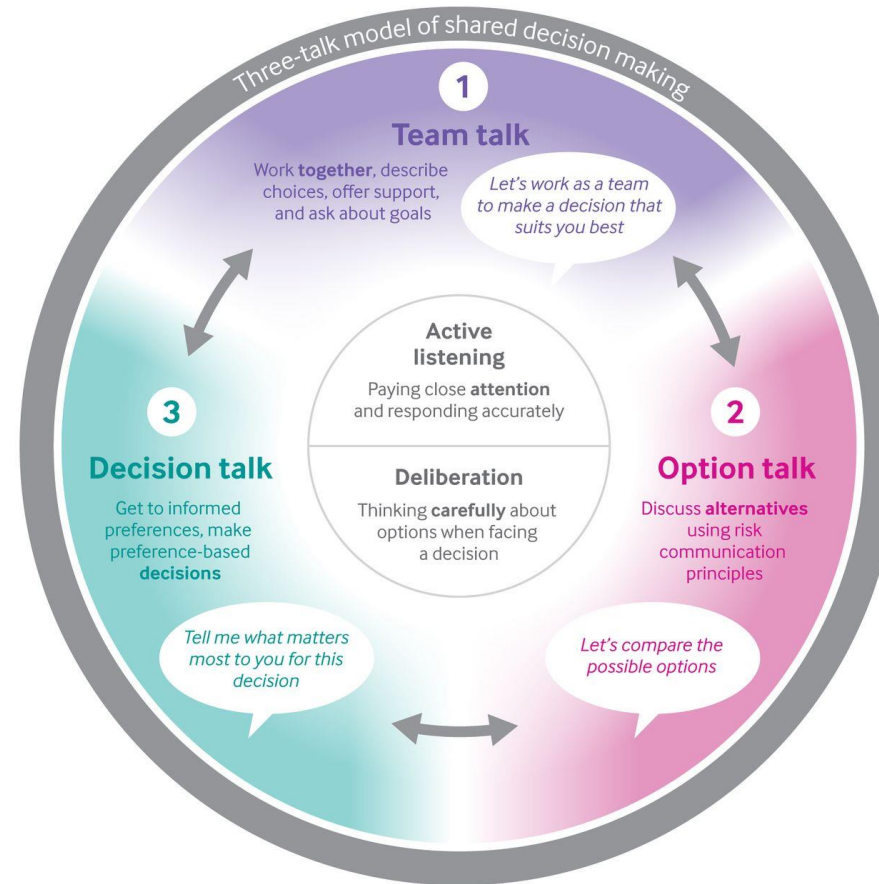
Ethische Richtlinien in der Medizin

- Selbstbestimmungsrecht des Patienten (*respect for autonomy*)
- Prinzip der Schadensvermeidung (*non-maleficence*)
- Patientenwohl (*beneficence*)
- Soziale Gerechtigkeit (*justice*)

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford University Press 2008



Gemeinsam Möglichkeiten besprechen – für die Entscheidungsfindung



Rundtischgespräch – «Team-Talk»

- Wer nimmt daran teil? Pflege, Fachangestellte Betreuung und Arzt?
Patientin? Angehörige?
- Traktandenliste?
- Symptomkontrolle,...
- Dilemmata
Ressourcen-orientiertes versus Defizit-orientiertes Vorgehen / Autonomie versus Fürsorge



Kommunikation in der Entscheidungsfindung

- Entscheidung: Shared decision making
- Vorausschauend: Advanced care planing



Patientenverfügung

- Vertretungsperson bestimmen
- Wertevorstellung über Leben und Tod
- Behandlungsziele und medizinische Massnahmen
 - Reanimation
 - Intensivstation
 - Infektbehandlung
 - Schmerzmedikation
 - künstliche Ernährung
- Organspende

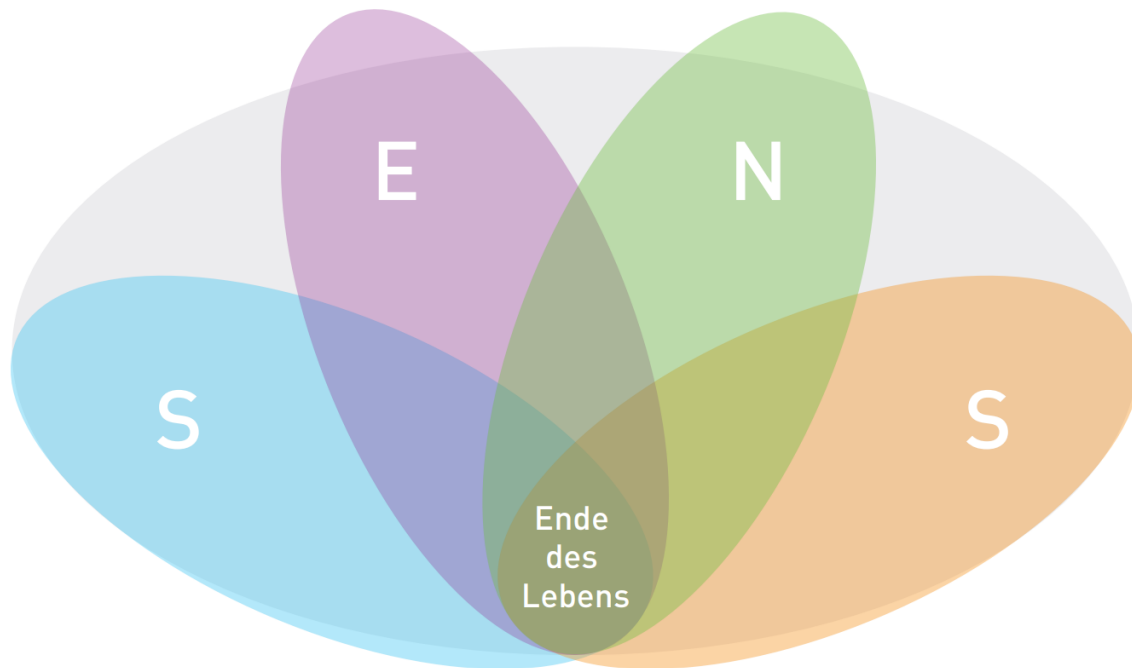


Patientenverfügung FMH

Ausführliche Version



Aufarbeitung anhand des SENS Modells



- G Grundlagen**
Transversale Kompetenzen, die sowohl für das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support als Grundvoraussetzungen gelten damit Palliative Care/die Palliativversorgung erfolgreich umgesetzt werden kann.
- S Symptom-Management**
Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung.
- E Entscheidungsfindung**
Definition der eigenen Ziele und Prioritäten, schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung und präventive Planung für mögliche Komplikationen.
- Ende des Lebens**
Hat seine eigenen Herausforderungen, die sowohl das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support betreffen. Die Entscheidungsfindung wird jedoch meist als am schwerwiegendsten empfunden.
- N Netzwerk**
Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zuhause) und stationären Strukturen.
- S Support**
Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auch über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeit auch für die beteiligten Fachpersonen.

Frau E.S. 87-jährig

- Schwerste Osteoporose mit multiplen WK Fx, Gibbus-Bildung
- Herzkrankheit
- Beginnende Demenz
- Stürze mit Rippenserienbrüche
- Unmissverständliche Patientenverfügung für wait and watch, Ablehnung Hospitalisierung
- Lagerung
- Vorübergehend Sauerstoff
- Morphin

Frau I.E. 58-jährig

- **Streuendes Bindegewebs-Krebsleiden**
wiederkehrende Chirurgie inklusive
Metastasen Chirurgie
Bestrahlungen
Operationen
massive Wasseransammlung in Beinen und
Bauch

Bericht der spezialisierten Spitex an Hausarzt:

- AZ ist eher schlechter, zufriedener Eindruck.
- Schmerzen: stärkste Opiate
- Atemnot: Sauerstoff mit 2-3l starten. Drücke von Bauch
- Angst: beruhigender Spray in Reserve
- ...
- Rollstuhl

Support - Netzwerk

- Ehemann
- Zwei Töchter 16 und 18-jährig



- Die Patientin möchte zum Schutz Ihrer Töchter zum Sterben ins Pflegeheim gehen.
- ... aber eigentlich möchte sie in den eigenen vier Wänden sterben, ist aber auf die Hilfe ihrer Nächsten angewiesen.
- Massnahmen?

Frau L.B. 86-jährig

Pflegeheimaufenthalt 2020 bis Feb 2021 nach Herz-schock bei koronarer Herzkrankheit
Austritt **nach Hause**, Wohngemeinschaft mit Tochter, Spitex. Hohe Lebensqualität.

Re-Hospitalisierung 4/22 bei erneuter Herz-Dekompensation.

Entlassung **nach Hause** am Rollator, mit Atemnot, Fatigue

Dreimal täglich **Spitex**

Evaluation der **paliativen Situation** in der hausärztlichen Sprechstunde. Frau L. will nicht sterben. Kognitiv hat sie keine Defizite.

Frau L. will unbedingt ins Spital und REA JA. Diskussion um **Patientenverfügung**

Frau L.B. 86-jährig

Wiedereintritt ins **Pflegeheim verneint** Patientin.

Die Tochter ist arbeitstätig. Sie muss unbezahlten Urlaub oder Ferientage für die Arztbesuche nehmen. Frau L. wohnt im **4. Stock ohne Lift**.

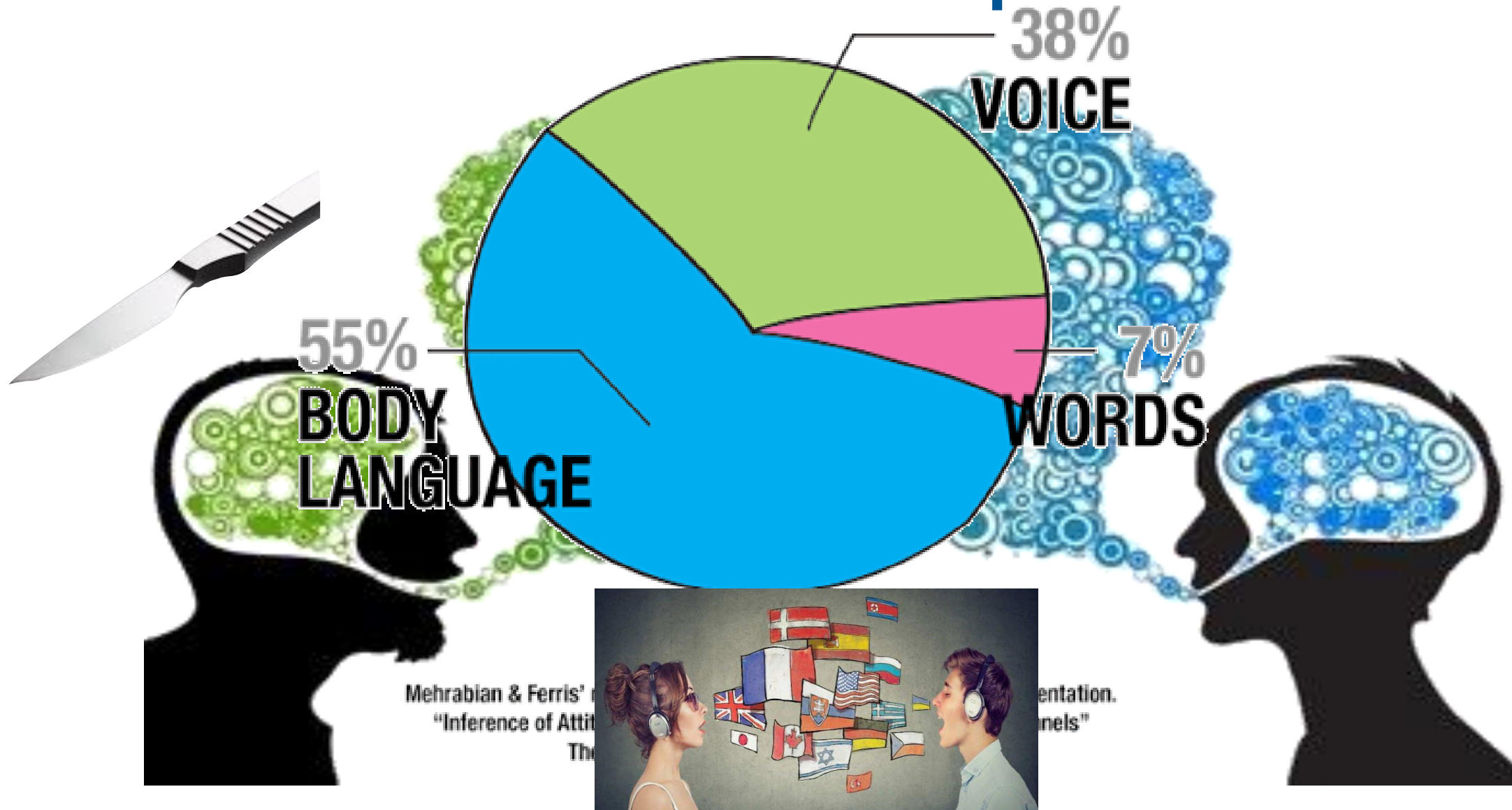
Zusammenarbeit mit Spitex (Email, Telefon). Vorgehen in Notfall- Situation. Behandlungsplan und Symptommanagement ausgestellt.

Hausärztliche Hausbesuche. Pendent: **Patientenverfügung und advanced care planing.**

- Bericht Facharzt Spital: «Bei weiteren Episoden ein Schrittmacher-Upgrade zu diskutieren.
- Im Falle einer erneuten Hospitalisation wünscht die Patientin bei aktuell guter Lebensqualität wiederum die medizinisch „sinnvollen“ Massnahmen auszuschöpfen.



Kommunikation – ein komplexer Prozess





Achtsame nonverbale Kommunikation

Etabliere Ritual
dieses hilft Dir die
Aufmerksamkeit
auf die Begegnung zu
fokussieren (verankere
Aufmerksamkeit in Deinem
Körper).

Denke über Deine übliche
Gestik und Körpersprache
nach.

Spreche verständlich
(genug langsam und laut).
Stärke Deine Worte mit
Gesten.

Spiegle Stimmung deines
Gegenüber wider.



Gehe von vorne auf die
Person zu.

Platziere dich auf
Augenhöhe.

Strahle eine positive
Einstellung aus.

Warte auf Augenkontakt.

A	B	C
ATTEND MINDFULLY	BEHAVE CALMLY	COMMUNICATE CLEARLY
Sei achtsam präsent	verhalte Dich gelassen	kommuniziere klar

AHA/ACC/HFSA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Empfehlungen zu Palliative und Supportive Care, zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und zur Betreuung am Lebensende (EoL Care)

Empfehlungen zur Palliative und Supportive Care, zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und zur Betreuung am Lebensende (EoL Care)

Empfehlungsgrad	Evidenzgrad	Empfehlung
1	C LD = Limited Data	<u>Alle Patienten mit Herzinsuffizienz</u> sollten Palliative und Supportive Care erhalten, einschliesslich hochwertiger Kommunikation, Informationen zur Prognose, Klärung der Behandlungszielen, gemeinsamer Entscheidungsfindung, Symptommanagement und Unterstützung für Angehörige, um die Lebensqualität zu verbessern und Leiden zu lindern.

Neue Definierung der Bereiche der Palliative Care

Basierend auf den Amerikanischen Herzinsuffizienz Richtlinien

- hochwertige Kommunikation
- Informationen zur Prognose
- Klärung der Behandlungsziele
- gemeinsame Entscheidungsfindung
- Symptommanagement
- Unterstützung für Angehörige

Warum die klinische Kommunikation an Bedeutung stark zunimmt



- Weil immer mehrere therapeutische Optionen zur Verfügung stehen → die Wahl wird immer komplexer.
- Soll die optimale Behandlung helfen zu identifizieren (alle Varianten müssen verständlich kommuniziert werden).
- Optimale Behandlung: eine Therapie, die zu einem gewünschten Resultat führt, zu einem akzeptierbaren Preis (Erfolgchancen und Belastungen müssen kritisch ausgewertet und ehrlich kommuniziert werden)
- Nur die betroffene Person (seltener deren Vertretung / Beistand) kann eigene Kosten-/Nutzen-Rechnung machen (welche potenziell erreichbaren Resultate bei welchen Risiken den persönlichen Zielen am besten entsprechen).

- Die Verantwortung des gesamten Behandlungsteams liegt darin, dass die vorgeschlagenen **Ziele wirklich realistisch** sind und Belastungen/Risiken ehrlich vorgestellt sind.
- Nur ehrliche **Kommunikation ohne Verschweigen** von schwierigen Themen, gibt einer Person die Chance auf echte Entscheidungsfindung.
- Zulassen von falschen Hoffnungen oder Kleinreden von Risiken (= **Quasi-Kommunikation**) ist häufig und führt zu Quasi-Entscheidungen.

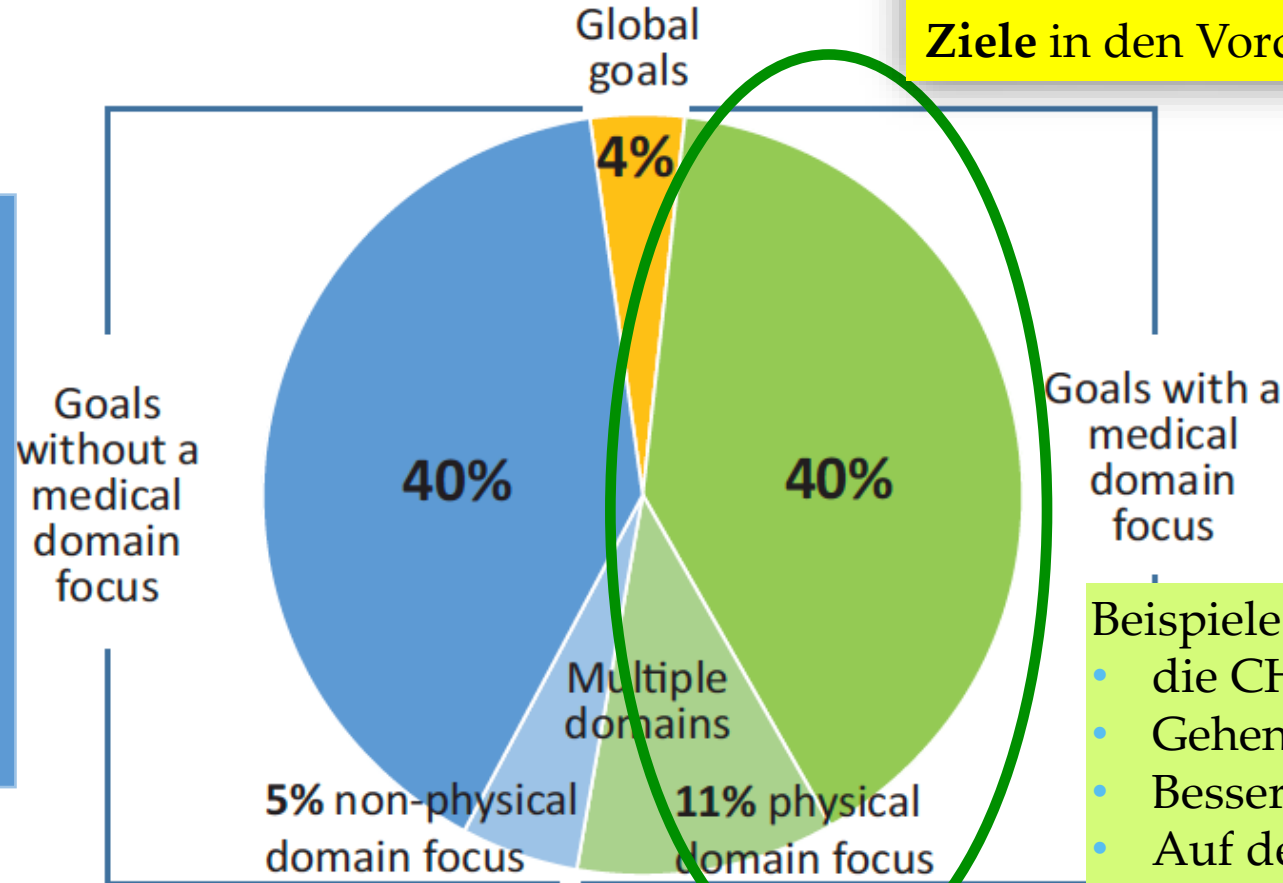
Selbstdefinierte Therapieziele

160 Menschen mit: HI (68%), Krebs, Demenz
Lebenswartung von 2-3 Jahren

Wenn Genesung nicht mehr realistisch ist,
können **andere als gesundheitsbezogene Ziele** in den Vordergrund treten

Beispiele Zielbereiche:

- Soziale
- Ethische
- Familie/Betreuer
- Psychologische
- Unterbringung
- Vermächtnis/Trauer
- EoL Care
- Spirituelle
- Kultur



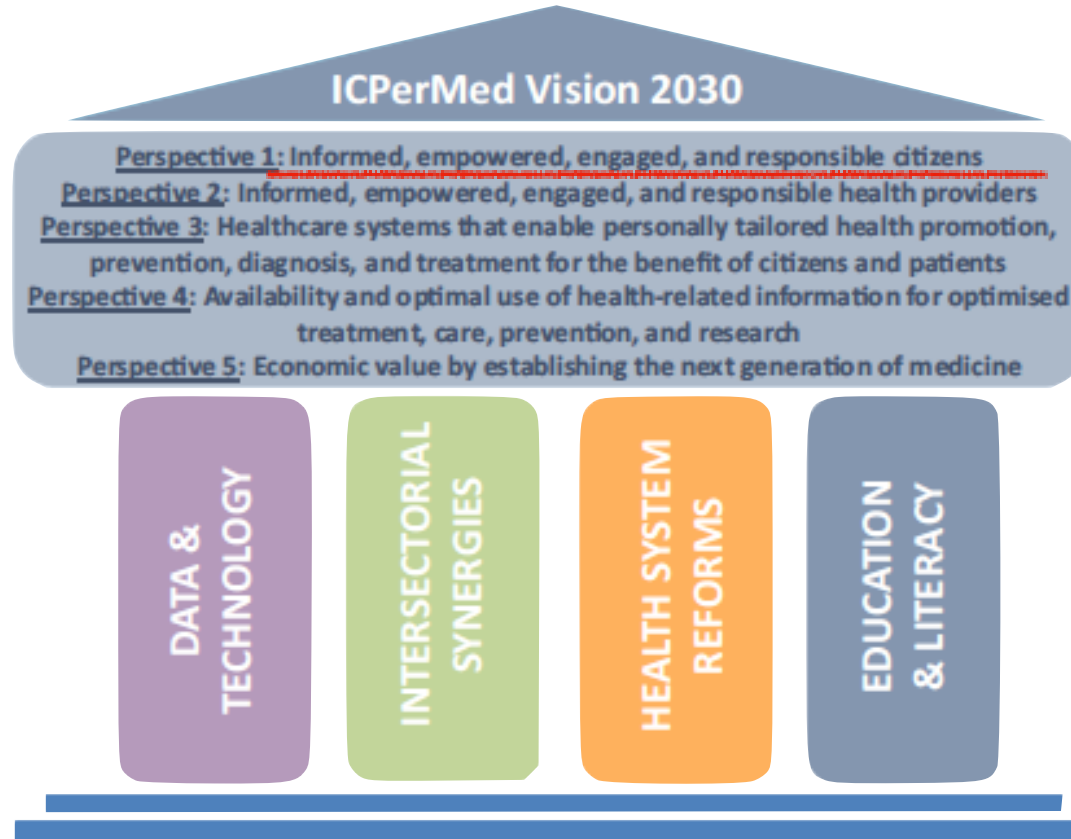
Beispiele Zielbereiche:

- die CHT durchhalten
- Gehen mit weniger Mühe
- Besser Atmen
- Auf den Rollstuhl verzichten können

Schellinger, S.E. AJHPM 2017

Erwartete Wandlung der Medizin

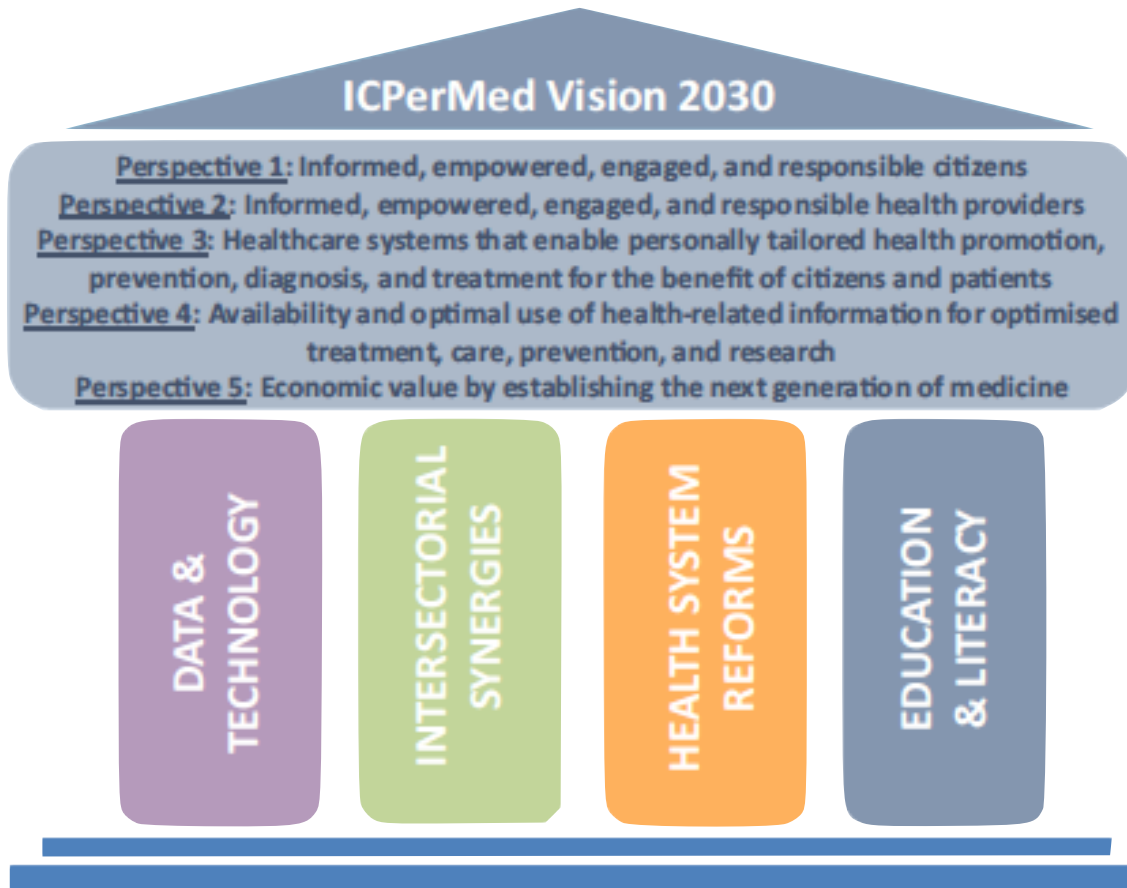
Die personenorientierte Medizin - Merkmal der nächsten Generation der Gesundheitsversorgung



How personalised medicine will transform healthcare by 2030: the ICPerMed vision

Astrid M. Vicente^{1,2*}, Wolfgang Ballensiefen³ and Jan-Ingvar Jönsson^{4,5}

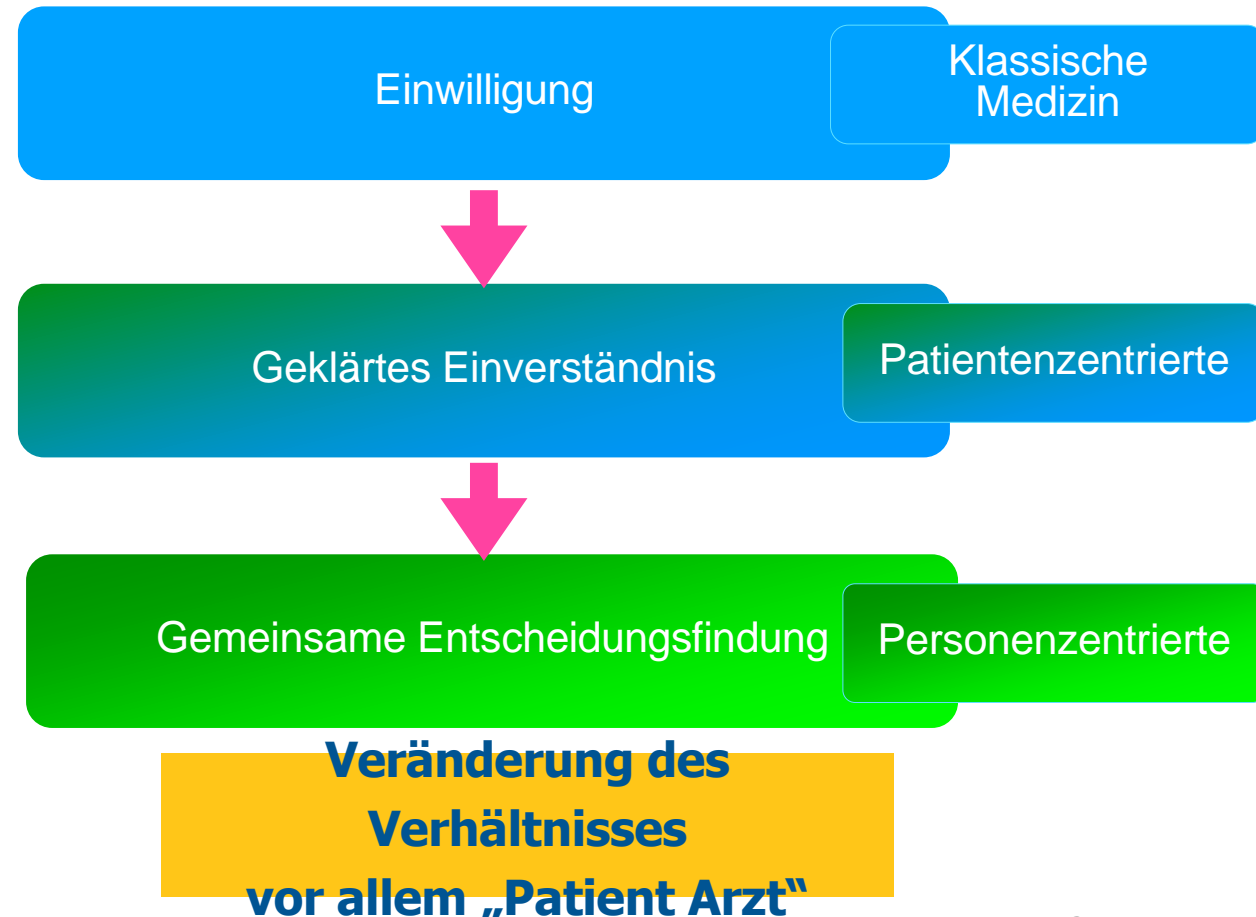
Erwartete Wandlung der Medizin



How personalised medicine will transform healthcare by 2030: the ICPerMed vision

Astrid M. Vicente^{1,2*}, Wolfgang Ballensiefen³ and Jan-Ingvar Jönsson^{4,5}

Medizinische Entscheidung



Klassische (paternalistische) Medizin

Der Experte sagt dem Patienten was zu machen ist

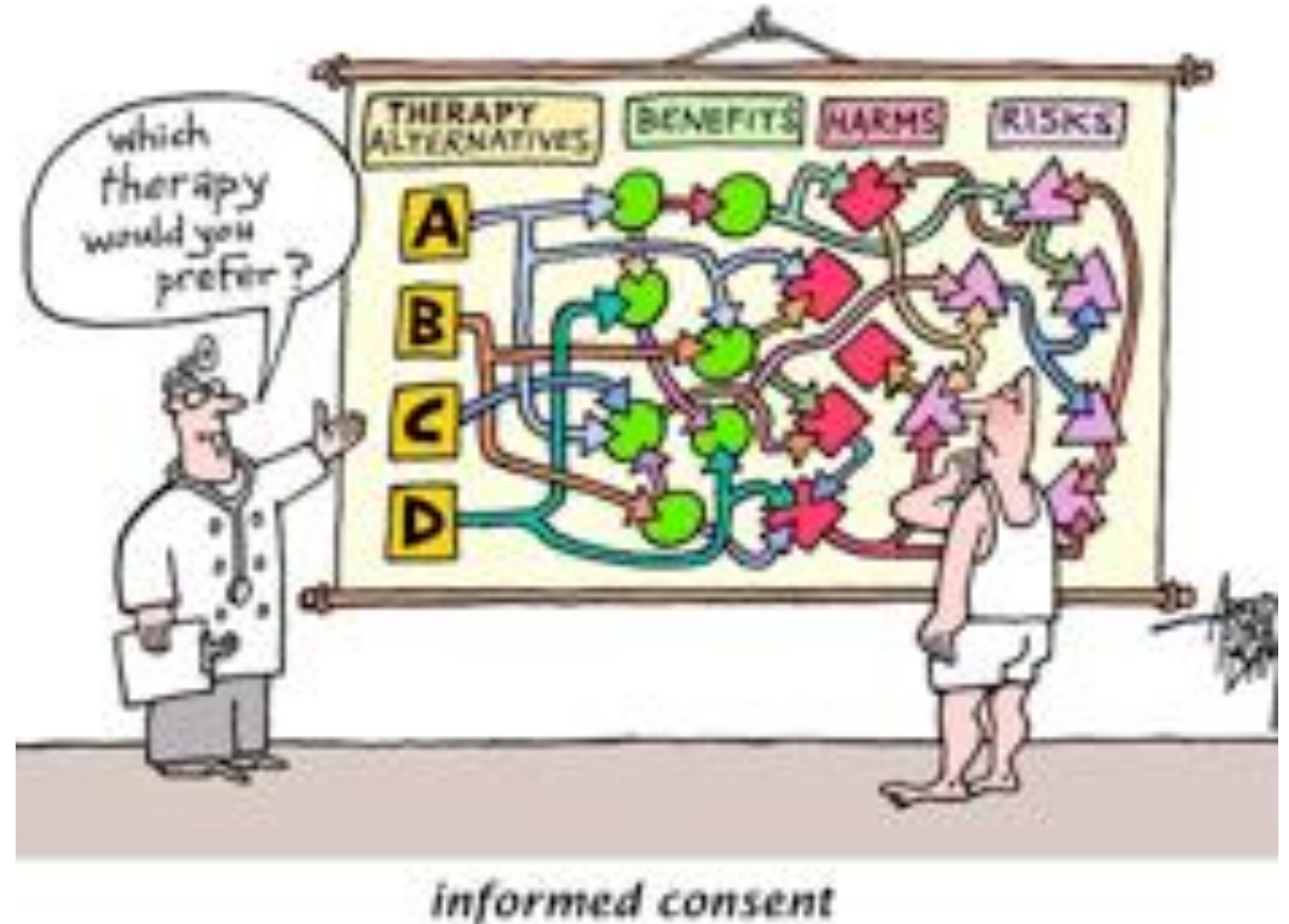


“Since I’m your surgeon, I’ll be right there if anything should go wrong.”

Patientenzentrierte Medizin

Medizinische Fakten und Perspektiven werden der Patientin/dem Patienten erläutert.

Basierend auf eigenen Werten, Erwartungen oder Ängsten kann der Patient, die Patientin die vorgeschlagenen Behandlungen genehmigen oder ablehnen.



Personenzentrierte Medizin

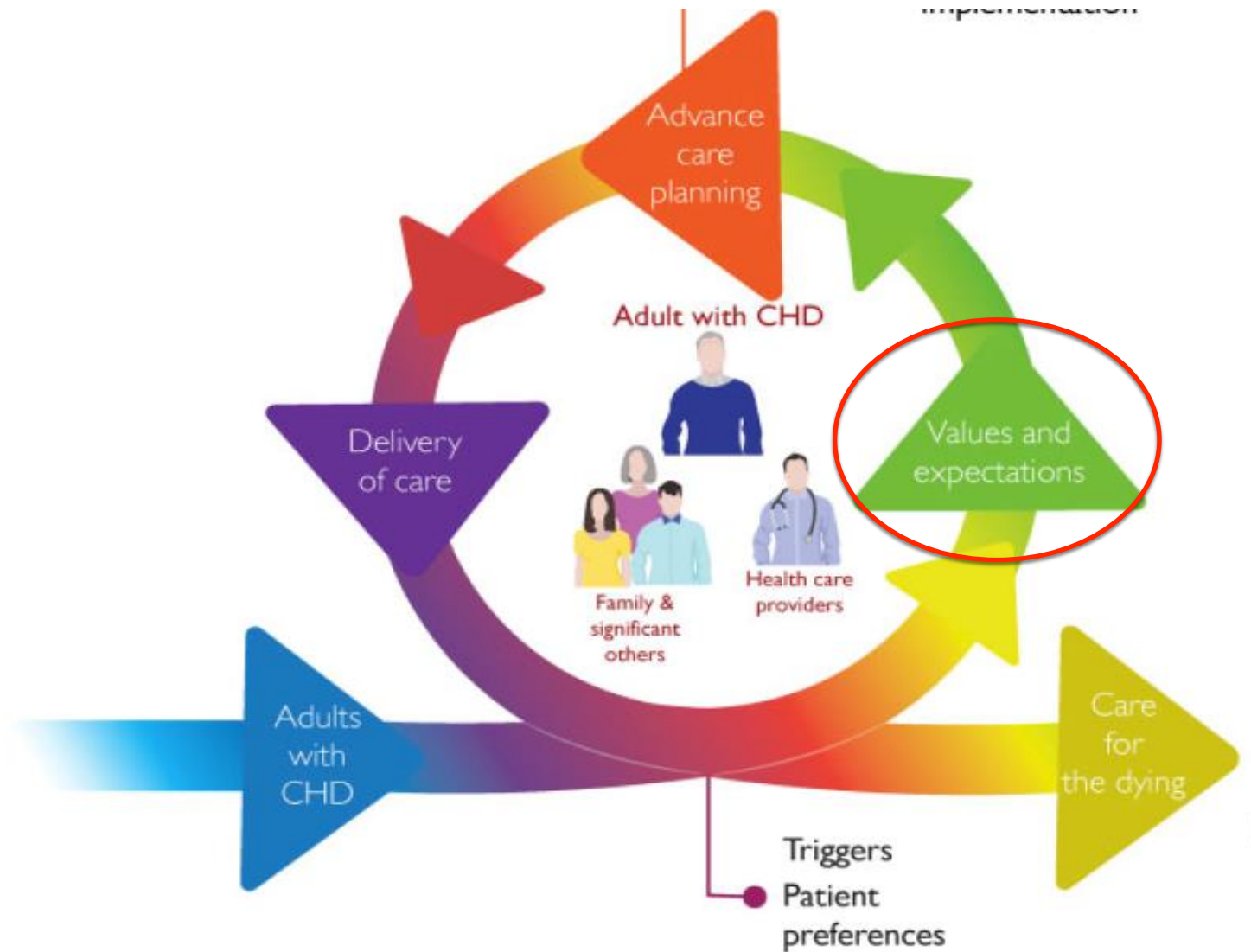
Austausch zwischen zwei Personen: die eine, welche mit einer Krankheit lebt, die andere, welche Krankheiten zu behandeln weiss.

Beide sind ethisch gleichberechtigt und verfügen über Expertise in unterschiedlichen Bereichen: die Person, die mit der Krankheit lebt, zu ihrem eigenen Leben, Werte, Würde, Lebensziel; und die Person, welche die Medizin vertritt, zu wissenschaftlichen Daten.

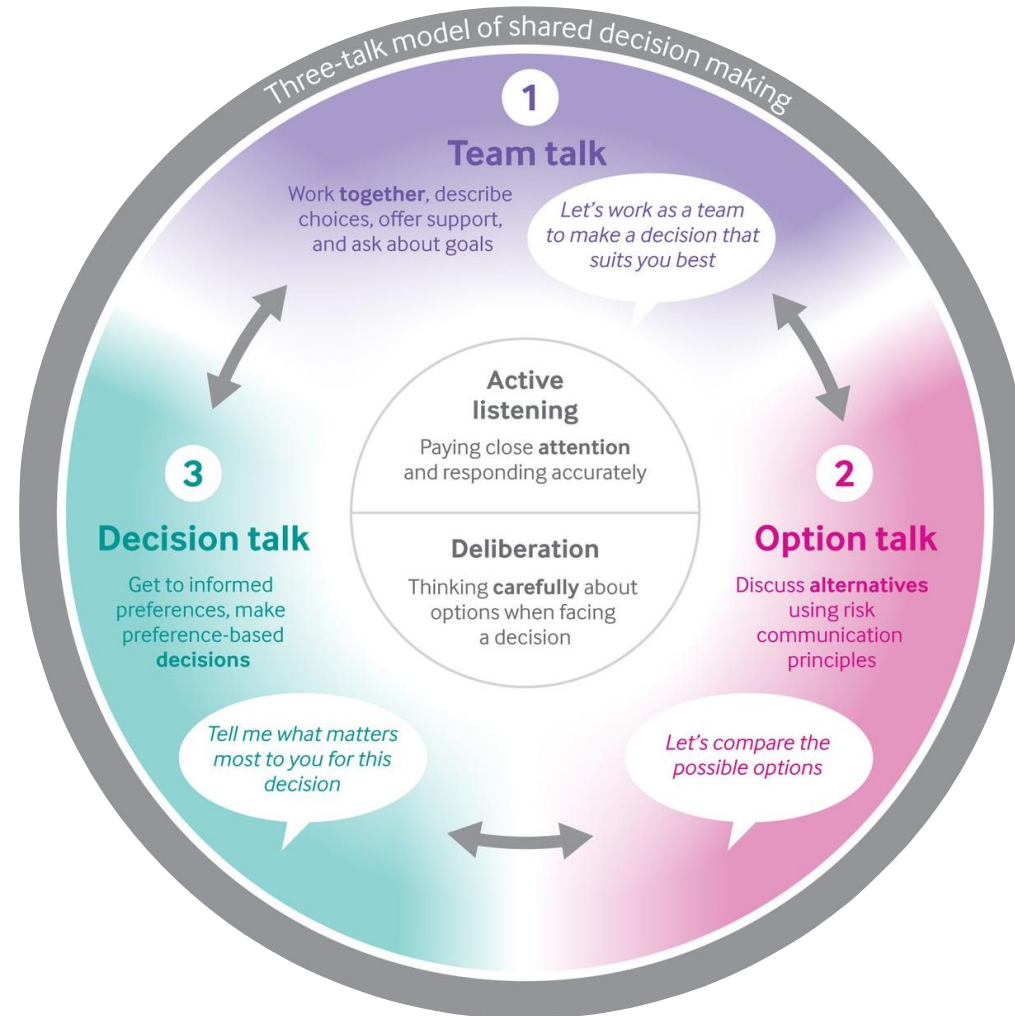


Gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Frage nach Werten und Zielen ist bei jeder Entscheidung wichtig, nicht nur am Lebensende



Drei Gesprächs-Modelle



BMJ 2017;359:j4891

1. Team-Gespräch (*team talk*)

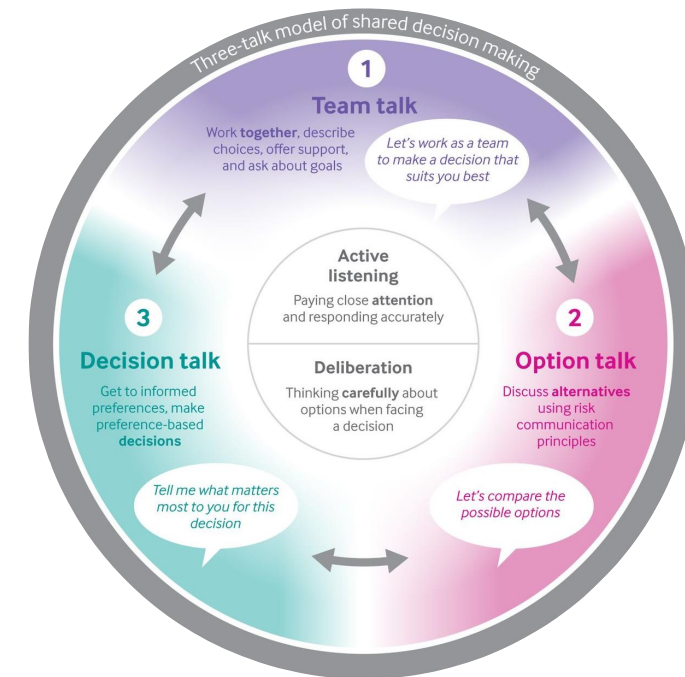
- mache der Person bewusst, dass es Optionen gibt, zwischen welchen sie berechtigt ist zu wählen,
- fördere die Person im Finden und Definieren eigener Werte und Ziele (Selbstfindung, was wirklich zählt, jetzt für sie selbst und Familie) im Sinne einer Vorbereitung die Wahl zu treffen

2. Optionen-Gespräch (*option talk*)

- liefere Wissen, welches erlaubt, die Unterschiede zwischen den Behandlungsoptionen zu verstehen (Konsequenzen)

3. Entscheidungsfindungs-Gespräch (*decision talk*)

- unterstütze bei der Entscheidungsfindung Zusammenfügen zweier Sichtweisen/Sachwissen: personeneigene und medizinische





Die Entfaltung der klinischen Kommunikation

parallel zur Krankheitsprogredienz

Krankheitsspezifische Therapie

Kontinuierlicher Prozess

**Kommunikation über zukünftige
Gesundheit**

Vorausschauende
Behandlungsplanung
ACP

Palliative Care

**Therapieziel
Anpassung**

**Vorbereitung für ad
hoc Entscheidung**

**Vorausschauende
Entscheidung**

POLST

**Ernennung der
Vertretung**

**Vorausschauende
Äusserung**
Advance statement

K r a n k h e i t s p r o g r e s s i o n

Zusammenfassung

1. Die Bedeutung der Kommunikation wächst aufgrund der zunehmenden Komplexität medizinischer Interventionen
2. Kommunikation setzt sich zusammen aus dem nonverbalen und dem viel kleineren verbalen Teil
3. Personenorientierte Medizin realisiert sich in gemeinsamer Entscheidungsfindung
4. Kommunikation ist ein langfristiger Prozess, der sich parallel zur Progredienz der Erkrankung entfaltet

