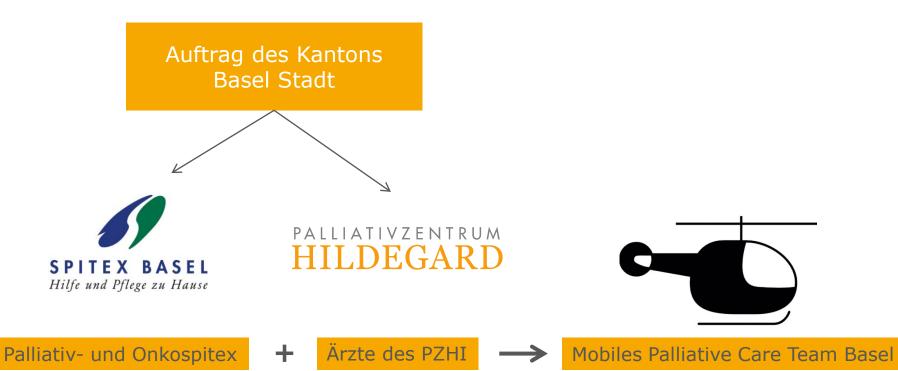


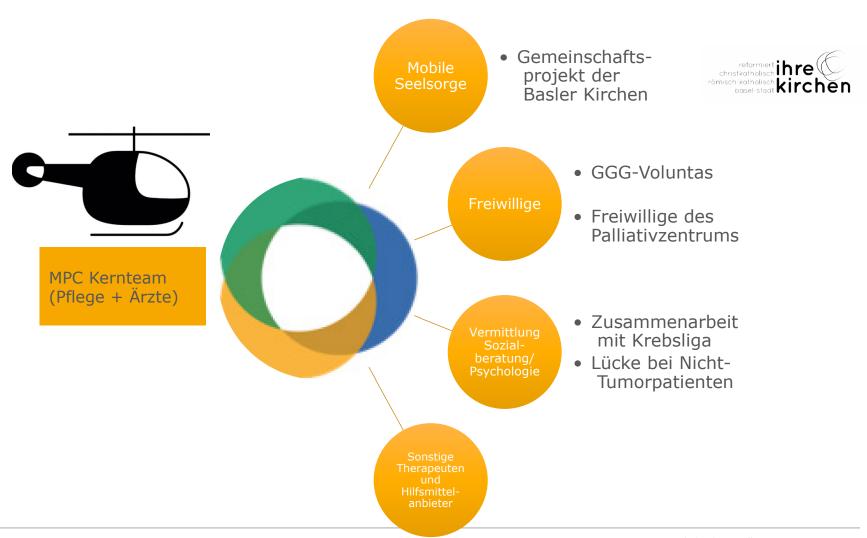
MOBILES SPEZIALISIERTES PALLIATIVE CARE TEAM BASEL







MOBILES SPEZIALISIERTES PALLIATIVE CARE TEAM BASEL





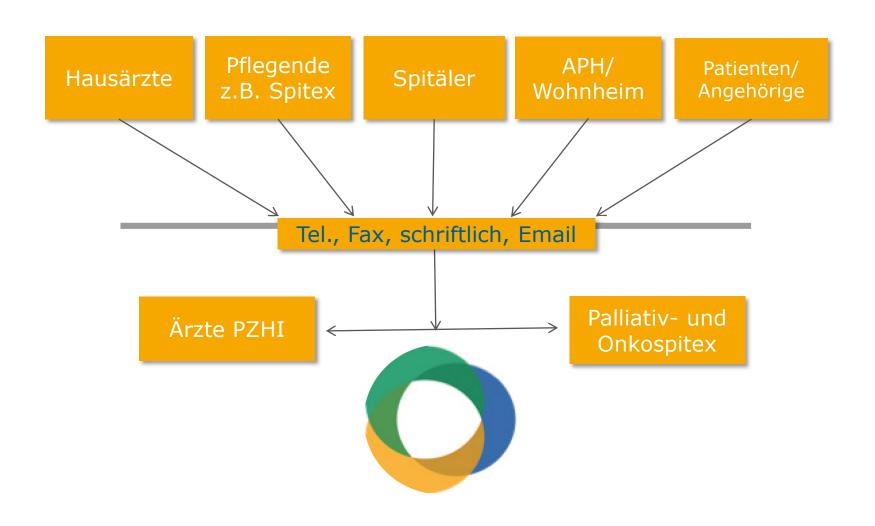






ZUGANGSWEGE ZUM MPCT

möglichst niederschwellig





BAUSTEINE SPEZIALISIERTER PALLIATIVE CARE



Pflegeheime

•Ca. 1/3 der geriatrischen Patienten benötigen spezialisierte Palliativversorgung

Regelmässige Visiten

Frühzeitige Integration



Zuhause

•Für Basel-Stadt für etwa 200 Patienten/Jahr

 Punktuelle oder dauerhafte Mitbetreuung

•Ziel (i.d. Regel): dem Patienten häufige Klinikeinweisungen zu ersparen



PZHI

 Nachbehandlung nach spezialisierter stationärer Versorgung

 Beratung Patienten und Angehörige

•Frühzeitige Integration

 Regelmässige Sprechstunden z.B. in onkologischen Praxen



pitäle

•Unterstützung bei der Symptomkontrolle bei komplexen Fragestellungen

 Unterstützung bei schwierigen weiteren Versorgungssituationen

•Ggf. regelmässige Visiten (Konsilien)

 Stationäre spezialisierte Palliativversorgung (PZHI)

SUPPORT

Basisversorgung durch Hausärzte, Spitex und sonstige ambulante Dienste



MPCT BASEL STADT IN ZAHLEN

2019 (bis einschl. Oktober):

- 95 betreute Patienten, davon ca. 15 im APH
- → entspr. etwa 15%
- Anfragen in der Regel direkt aus der Pflegeeinrichtung



PATIENTENBEISPIEL: FRAU B., 37 JAHRE

Diagnose

ALS, rasch progredienter Verlauf, Tetraparese, respiratorische Partialinsuffizienz mit nächtlicher BiPAP-Beatmung, Sprechen noch mit vielen Pausen möglich, an manchen Tagen nur noch mit Computer, zunehmende Schluckstörung, möchte keine PEG

Soziale Situation

Ledig; Mutter und Lebensgefährten als Nahestehende, derzeit noch Arbeitsunfähigkeit Vor einigen Wochen Einzug in ein APH

Problematik

Hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf Dypsnoe, z.T. mit Dyspnoeanfällen, ausgeprägte Angstsymptomatik

- APH-Versorgung für junge Patientin
- Unsicherheit beim Pflegepersonal bei komplexer Situation
- fehlende vorausschauende Notfallplanung und Handlungsanweisung
- Patientin möchte möglichst keine "Spitalschleifen"



RESSOURCE ZEIT

Zeiteinsatz für Erstbesuch im APH	
Koordination: Kurzevaluation der Situation, Rücksprache Hausarzt, Terminabstimmung ggf. mit Beistand, Angehörigen, Beschaffung der Krankenunterlagen	30-45min.
Wegezeit (hin und zurück)	30-60min.
Visite mit Assessment, Besprechung im Pflegeteam, ggf. Vor-Ort-Gespräch mit Angehörigen	60-120min.
Nachbearbeitung: z.B. schriftliche Behandlungesempfehlung, direkte telefonische Rückmeldung an Hausarzt, Verfassen des Berichts, Notfallplanung	60-75min.
Sonstige Dokumentation	10min.
Gesamt	190-310min.
Folgebesuche: nach Bedarf, in der Regel kürzer	



WANN SPEZIALISIERTE PALLIATIVE CARE?



PATIENTENBEISPIEL: HERR E. 71 JAHRE

Diagnose

Sekundäre akute myeloische Leukämie

Soziale Situation

Lebt in Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung

Auftrag an Palliativ- und Onkospitex

Gabe von Chemotherapie, Verband von Piccline, Blutentnahmen, Hydrierung und Verabreichung von Transfusionen in seinem gewohnten Umfeld

Verlauf

Von März 2016 bis Oktober 2016 wöchentlich 1-3 Hausbesuche bei stabiler Lebensqualität und Grundzufriedenheit bei Hr. E.

Mitte Oktober 2016 Ausbruch einer akuten Leukämie, Wunsch des Patienten auf Einstellung der Therapien (er bezeichnete sich als lebensmüde, empfand sein «Angebundensein» als sehr einschränkend)



PATIENTENBEISPIEL: HERR E. 71 JAHRE

Round-table-Gespräch nach Einbezug MPCT

Teilnehmer: Herr E., Hausarzt, MPCT Arzt, Pflegeverantwortliche, FV Palliativ- und Onkospitex, gesetzlicher Beistand, Heimleitung

Erstellung eines Notfallplans

24 h Ansprechpartner werden benannt Massnahmen für medizinische Krisen vorausschauend geplant (Atemnot, akute Blutung, Schmerzen, Fieber, Dehydration, Infekte) Personal wird in Handhabung geschult

Weiterer Verlauf

Herr E. darf 3 Wochen nach Einstellung der Therapien in seinem gewohnten Umfeld liebevoll betreut durch seine Bezugspflegenden friedlich und gut symptomkontrolliert versterben. Die Pflegenden vor Ort hatten durch 24 Std. Rufbereitschaft und dem Notfallplan Handlungssicherheit.



WANN SPEZIALISIERTE PALLIATIVE CARE?

- Hoher Grad an Komplexität
- Schwierige Entscheidungsfindung
- Akute Krisen zu erwarten
- Grenzen im Fachwissen und Erfahrung der Grundversorger → Schulungsbedarf
- Bedarf an 24h Fachperson als Ansprechperson





FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN AMBULANT

- Ärztliche Dienste: via Tarmed
- Pflegerische Leistung: via KVG (in Pflegeinstitutionen bereits in Pauschalkosten inkludiert)
- ungeklärt für einen Teil der anderen Berufsgruppen



PATIENTENBEISPIEL: HERR K., 62 JAHRE

Diagnose

Hypopharynx-Ca. und Lungenkarzinom, Tracheostoma Ausgeprägte Schmerzsymptomatik, deshalb i.v.-Therapie über PICC-line

Soziale Situation

Pat. geschieden, 3 Töchter (weit weg, nur zu jüngster Tochter Kontakt, die gerade hochschwanger ist, lebt alleine in Wohnung, bislang Hilfe von Nachbarin,

Problematik

Austrittsplanung aus USB: Problem Fortführung der Schmerztherapie Patient schwach, aber noch zimmermobil Schluckbeschwerden, möchte keine PEG, Kommunikation nur durch Schreiben und Zeichensprache möchte möglichst nicht mehr ins Spital, Versorgung zuhause nicht mehr möglich

Schmerzpumpenversorgung im APH ???
→ohne Support durch Palliativ- und Onkospitex nicht möglich

- ♦ Bislang keine Finanzierung für die Palliativpflegekraft des MPCT im APH
- ♦ APHs können die Aufgaben nicht übernehmen, haben aber kein Budget zur Finanzierung der extern erbrachten Leistung
- Unnötig verlängerter Spitalaufenthalt
- Unsicherheit für den Patienten mit ausgeprägter Belastung und Ängsten



HERAUSFORDERUNGEN

- Informationslücken schliessen, dadurch Akzeptanz erhöhen
- Finanzierung Pflege (und andere Berufsgruppen) sicherstellen
- Hochkomplexe Leistungen durch Tarmed teilweise nicht abbildbar
- Strukturen weiterentwickeln
- Kooperationen ausbauen

