


SAPV Cham
PALLIAMO

Jahresbericht 2017



SAPV Cham

Inhaltsverzeichnis:

Mitarbeiter der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Landkreis Cham im Jahr 2017	Seite 2
1. Überblick	3
2. Geleistete Arbeit im Jahr 2017	3
2.1 Übersicht über die Fallzahlen	3
2.2 Beschreibung der Patienten	4
2.3 Betreuung der Patienten	7
2.4 Beratung und Koordination: Abschluss der Betreuung	9
2.5 Verlauf und Abschluss der Patienten in Teilversorgung	9
2.5.1 Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten	10
2.5.2 Sterbeort	11
3. Aspekte der SAPV - Teamarbeit	12
4. Weitere interessante Details aus unseren Daten	13
5. Über den Tellerrand geschaut	13
 Zu guter Letzt	 15
 Impressum	 16

**Mitarbeiter der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
im Landkreis Cham im Jahr 2017:**

Fachpflegekräfte in Palliative Care:

Frau Kerstin Enderlein
Frau Hildegard Grassl
Herr Karl Gschwendner
Frau Anita Ruhland (bis 9/2017)
Frau Gisela Schötz (ab 9/2017)
Frau Anita Steindl
(31.12.2017: rund 2,5 VZÄ)

Palliativmedizin, Kooperationen im Landkreis Cham (Stand 31.12.2017):

Frau Margit Babl, Fachärztin für Allgemeinmedizin
PD Dr. Reiner Caspari, Facharzt für Innere Medizin und Onkologie
Dr. Johanna Etti, Fachärztin für Allgemeinmedizin
Frau Bettina Kalischefski, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Dr. Susanne Strauß, Fachärztin für Allgemeinmedizin (ab 9/2017)
Frau Anna Weinzierl, Fachärztin für Palliativmedizin
(31.12.2017: ärztliche Tätigkeit rund 1 VZÄ, dazu Teamleitung)

Verwaltung und Koordination

Frau Brigitte Schörghuber
Frau Gabi Kagermeier (ab 6/2017)
(Stand 31.12.2017: Verwaltung 0,9 VZÄ)

Für die SAPV Cham und Regensburg tätig:

Dr. Elisabeth Albrecht, Fachärztin für Innere Medizin (Teamleitung SAPV Cham)
Dr. Georg Mair, Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin

administrative Leitung: Geschäftsführung PALLIAMO gGmbH

Frau Eva Maria Körber
Herr Gerhard Michl



Bahnhofstr. 1
93413 Cham
www.sapv-cham.de

Telefon 09971 76 68 550
Telefax 09971 76 68 551

1. Überblick

Das Jahr 2017 begann mit einem Wechsel in der Teamleitung: Da Frau Dr. Elisabeth Albrecht die Verantwortung für die Palliativstation des Krankenhauses Bad Kötzing von Januar bis Juni 2017 in Teilzeit übernahm, bot es sich an, dass die Teamleitung für das Regensburger und Chamer SAPV-Team getauscht wurden. Somit war ab 1. Januar 2017 Frau Dr. Albrecht für das Team der SAPV Cham zuständig und Frau Dr. Rockmann, die das Chamer Team in den letzten Jahren so engagiert aufgebaut hatte, für das Team im Großraum und Landkreis Regensburg.

Aufgrund der deutlichen Arbeitszunahme im vorherigen Jahr bestand die größte Aufgabe darin, das Team personell zu erweitern. Im September begann Frau Gisela Schötz mit ihrer Tätigkeit für unser Team. Leider musste kurz darauf Frau Anita Ruhland aufgrund familiärer Ereignisse aus unserem Team ausscheiden. Die erneute Suche nach einer geeigneten Fachkraft wurde wieder aufgenommen und Ende des Jahres erfolgreich beendet.

Auch bei den ärztlichen Kooperationspartnern gab es personelle Wechsel. Herr Dr. Wolfgang Schiechl sowie Herr Dr. Andreas Weinbuch beendeten ihre Tätigkeit im Rahmen der SAPV, aber es gelang eine erneute Erweiterung: Frau Dr. Johanna Etti unterstützt nun als Palliativmedizinerin unser SAPV-Team, Frau Dr. Susanne Strauß hilft beim ärztlichen Wochenend – Hintergrunddienst aus.

Im Bereich der Verwaltung konnte die Arbeitskapazität ebenfalls vergrößert werden. Im Büro ist nun Frau Gabi Kagermeier als weitere Kraft tätig.

Ein ereignisreiches Jahr liegt hinter uns, viele Patienten und Familien mit ihren Schicksalen durften wir begleiten. Unser SAPV-Team wird zunehmend bekannt und gerne in Anspruch genommen.

2. Geleistete Arbeit im Jahr 2017

2.1. Übersicht über die Fallzahlen

Im vergangenen Jahr wurden 138 Betreuungen abgeschlossen. Hinzu kommen noch 51 Patienten/Angehörige, die einen (oder zwei) Beratungsbesuche erhielten, sowie Beratungstelefonate (nicht vollständig erfasst), die jedoch nicht in Rechnung gestellt wurden (= Beratungen ohne Abrechnung). Unser Team führte also in 189 Fällen mindestens einen Hausbesuch durch.

Dies entspricht einer Steigerung von insgesamt 27 % gegenüber dem Vorjahr; betrachtet man nur die Konsil- und Teilversorgungspatienten, dann beträgt die Steigerung immer noch 11%.

Die Betreuung erfolgte entweder als
Konsil, also als Beratungs -/ Koordinationsleistung, = 52 Patienten

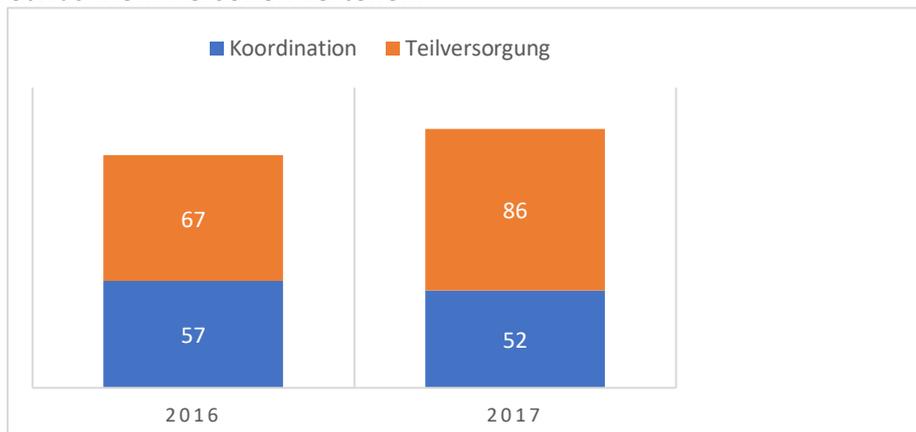
oder als Teilversorgung mit 24-Stunden-Rufbereitschaft = 86 Patienten.

Für viele Auswertungen werden die Patienten einer dieser beiden Gruppen zugeordnet. Dabei wird die Kategorie, welche bei Abschluss der Betreuung bestand, zugrunde gelegt.

Hinter diesen 138 Betreuungen verbergen sich 130 Patienten, da in 8 Fällen nach Stabilisierung und Beendigung eine erneute Aufnahme erfolgte. Im Folgenden wird jedoch der Einfachheit halber von Patienten gesprochen.

Am Jahreswechsel befanden sich acht Patienten in unserer Begleitung, sie wurden beim diesjährigen Bericht nicht mit eingerechnet.

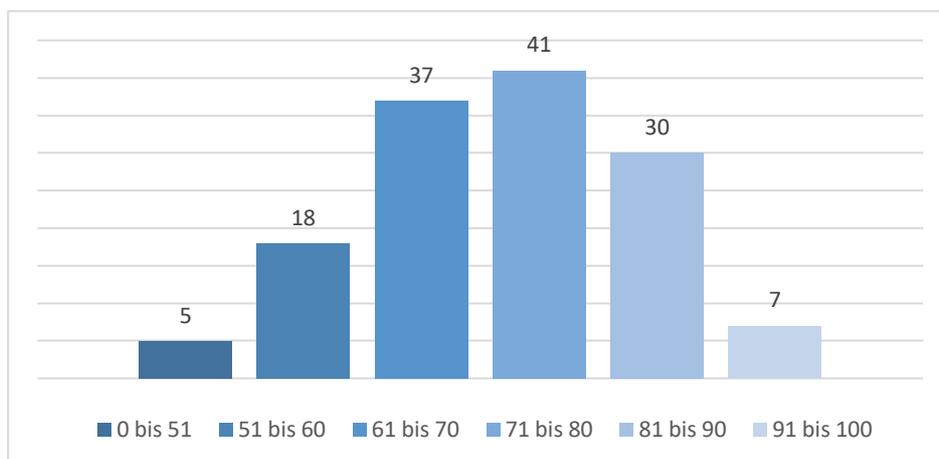
Der Vergleich mit dem Vorjahr zeigt einen weiteren Anstieg der Betreuung mit 24-Stunden-Bereitschaft. Dies kann nun geleistet werden, da sich die zur Verfügung stehende Arbeitskapazität verbessert hat und sich die Bereitschaftsdienste nun auf etwas mehr Personen verteilen.



Graphik 1: Betreuungszahlen 2016 und 2017 im Überblick

2.2. Beschreibung der Patienten

Im Jahr 2017 waren unsere Patienten zwischen 36 und 96 Jahre alt. Der Mittelwert lag bei 75 Jahren.



Graphik 2: Alter der Patienten bei Betreuungsbeginn (n= 138)

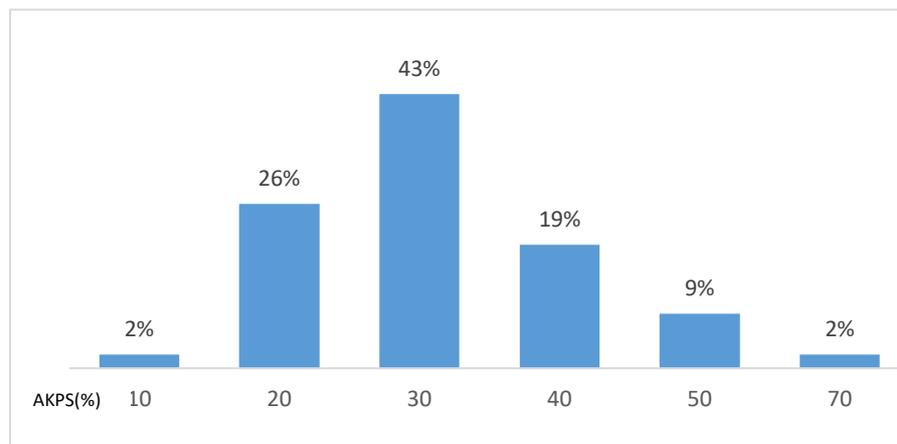
Überwiegend betreuen wir Patienten mit einer malignen Erkrankung (83%), aber auch Patienten mit internistischen (10%) und neurologischen (7%) Leiden.

Bei jedem Patienten wird bei der Aufnahme der Karnowsky- Index - genauer: der AKPS - angegeben, der folgenden Zuordnungen entspricht:

Der AKPS (Australia-modified Karnowsky Performance Scale)

100%	<i>beschwerdefrei, keine Krankheitszeichen</i>
90%	<i>fähig zur normalen Aktivität, nur geringe Krankheitszeichen</i>
80%	<i>mit Anstrengung normale Aktivität möglich, mäßige Krankheitszeichen</i>
70%	<i>Selbstversorgung möglich, unfähig zur Entfaltung einer normalen Aktivität oder aktiven Tätigkeit</i>
60%	<i>Pat. benötigt gelegentlich fremde Hilfe</i>
50%	<i>Erhebliche Hilfeleistungen nötig Häufig medizinische Versorgung</i>
40%	<i>mehr als 50% der Zeit bettlägerig</i>
30%	<i>fast vollständig bettlägerig</i>
20%	<i>vollständig bettlägerig umfassende Pflege durch Professionelle und/oder Familie erforderlich</i>
10%	<i>komatös oder fast nicht erweckbar</i>

Die folgende Graphik zeigt, inwieweit die Patienten im Jahr 2017 zu Beginn unserer Begleitung körperlich leistungsfähig waren:



Graphik 3: AKPS bei Aufnahme (n=138) im Jahr 2017

Dreiviertel unserer Patienten waren bei Aufnahme bettlägerig (Karnowsky 30% oder darunter).

Von den 138 Patienten waren 115 beim Aufnahmegespräch einwilligungsfähig. Damit konnten wir mit ihnen selbst ihre Wünsche besprechen, unser Vorgehen erklären und ihre Einwilligung dazu einholen. Unter den 23 Patienten, welche nicht mehr einwilligungsfähig waren, befanden sich 15 mit neurologisch-internistischen Erkrankungen (oder Zusatzerkrankung), z.B. fortgeschrittener Demenz.

Ein Viertel unserer Patienten waren durch Palliativteams vorbehandelt, und zwar durch die Palliativstationen Bad Kötzing, Straubing, Regensburg, Deggendorf, durch die Konsildienste der drei Regensburger Krankenhäuser sowie durch vorherige SAPV-Betreuung (eigene Wiederaufnahmen).

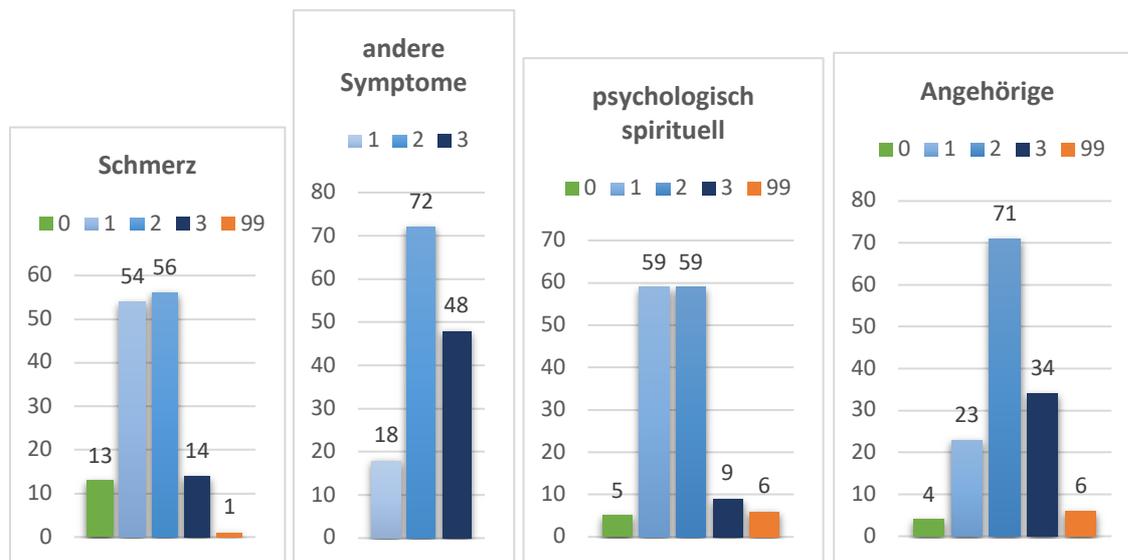
Beim Erstbesuch halten wir fest, warum die SAPV hinzugezogen wurde. Häufig dominiert mehr als ein komplexes Symptom, so dass Mehrfachnennungen sinnvoll sind:

Schmerzsymptomatik	88x
Gastrointestinale Symptomatik	54x
Neurologisch- psychiatrische Symptomatik	49x
Respiratorische Symptomatik	46x
urogenitale Symptomatik	26x
Exulzierende Wunden	9x
Sonstiges komplexes Symptomgeschehen	93x

Um die Arbeitsbelastung besser einschätzen zu können, wird bei Aufnahme eine Beurteilung nach dem Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS) durchgeführt. Dabei werden vier Bereiche orientierend bewertet und mit einem Score belegt:

- 0 = keine Beschwerden/Probleme
- 1 = leichte
- 2 = mäßige
- 3 = schwere Beschwerden / Probleme

Damit erfassen wir also die Symptomlast zu Beginn unserer Begleitung im Überblick, die Zusammenfassung für das Jahr 2017 zeigt folgende Graphik:

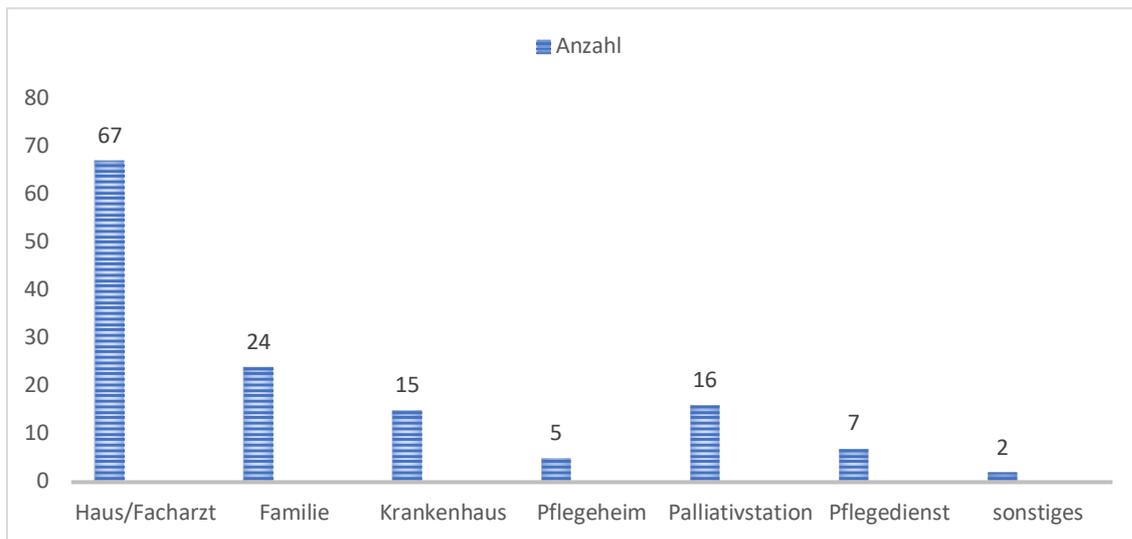


Graphik 4: PCPSS bei Aufnahme (n=138; „99“ bedeutet keine Angabe)

Wir begannen im Jahr 2017 mit einer weiteren Einschätzung, den Krankheitsphasen, jedoch konnten wir erst im Laufe des Jahres vollständige und einheitliche Zuordnungen erreichen, so dass auf eine Auswertung in diesem Jahresbericht noch verzichtet wird.

Die Anmeldung eines neuen Patienten erfolgt über Hausärzte oder Klinikärzte nach Rücksprache mit dem Hausarzt. Allerdings weisen häufig Pflegedienste oder Familienangehörige auf die Möglichkeiten der SAPV hin, dies erfassen wir unter der

Bezeichnung „Erstkontakt“. Wie schon im Vorjahr vergrößern sich die direkten Zuweisungen durch niedergelassene Kollegen.



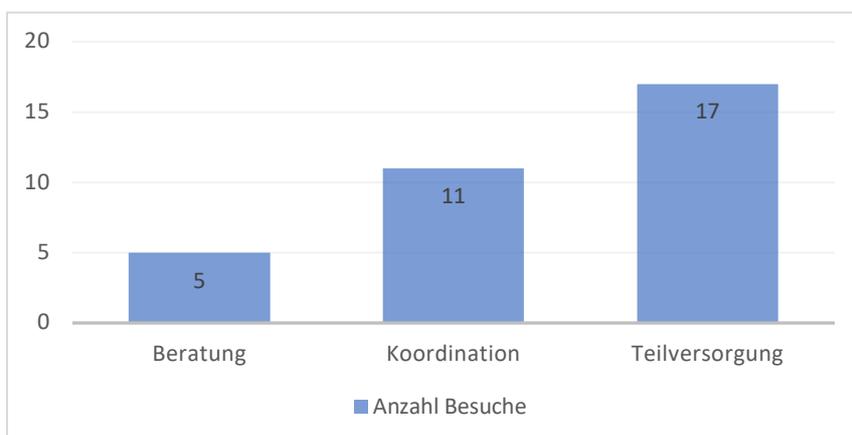
Graphik 5: Erstkontakt (n=138)

2.3. Betreuung der Patienten

Die SAPV ist geschaffen worden für Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet. Es steht uns also lediglich eine kurze Zeit der Begleitung zur Verfügung.

Im Jahr 2017 lag der Mittelwert der Patienten in Teilversorgung bei 16 Tagen, die Hälfte der Patienten wurde also bis zu 16 Tage lang betreut. Der Durchschnitt lag bei 21,2 Tagen. Die Zahlen für Patienten in Koordination wichen kaum davon ab (Median 15 Tage, Durchschnitt 20,5 Tage).

Stärkere Unterschiede zeigen die Anzahl der Besuche, wenn man sie auf die bei uns durchgeführten drei SAPV-Kategorien bezieht, dies zeigt die folgende Abbildung. Selbstverständlich werden manche Patienten gerade in kritischen Situationen auch häufiger als einmal am Tag besucht.



Graphik 6: Durchschnittliche Besuchsfrequenz; Beratung: n=5, Koordination: n= 47, Teilversorgung: n= 86

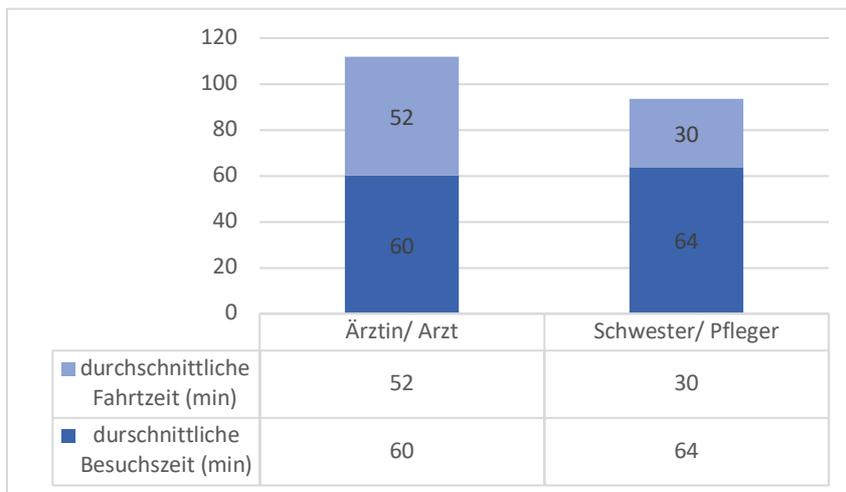
Im Jahr 2017 fanden insgesamt 2190 Besuche statt, das bedeutet eine Steigerung um 25% gegenüber dem Vorjahr.

Deutlich differierte die Anzahl der Besuche zwischen den beiden beteiligten Professionen Pflege und Medizin:

Im Jahr 2017 haben unsere Pflegekräfte 1852 Besuche durchgeführt, die Palliativmediziner 338. Auch weiterhin wird also die Arbeit unseres Teams hauptsächlich von den Pflegekräften geschultert.

Bei den Patienten in Teilversorgung lag die Besuchsfrequenz der Pflegekraft, welche bekanntlich als Lotse weitreichende Aufgaben übernimmt, im Schnitt bei 19,3 Besuchen, die ärztliche bei 4,6. Betrachtet man Koordination und Beratung, so besuchte ein Arzt im Durchschnitt sechsmal den Patienten, die Pflegekraft elfmal. Gerade bei Koordinationen handelt es sich eher einmal um ein begrenztes medizinisches Problem, das dann auch eine häufigere palliativärztliche Inanspruchnahme nach sich zieht.

Die einzelnen Besuche dauerten bei den Pflegekräften im Schnitt 64 Minuten mit einer Fahrzeit von 30 Minuten, ein ärztlicher Besuch 60 Minuten, die Fahrzeit 52 Minuten, da zwei der tätigen Ärzte von Regensburg aus in den Landkreis Cham fahren. Beides, Besuchsdauer wie nötige Fahrzeit, hat bei beiden Berufen im Vergleich zum Vorjahr leicht zugenommen.



Graphik 7: Besuchs- und Fahrzeit medizinisch und pflegerisch

Als wichtig für die Arbeitsbelastung hat sich die Intensität der Betreuung herausgestellt, also wie viele Besuche pro Zeiteinheit nötig sind: Ein Patient in Teilversorgung wurde durchschnittlich alle 1,3 Tage besucht, in Koordination durchschnittlich alle 2 Tage.

Selbstverständlich erhielten Patienten und Familien weiterhin Unterstützung durch ihre Hausärzte und nahmen in vielen Fällen die Hilfe von Pflegediensten in Anspruch.

2.4. Beratung und Koordination: Abschluss der Betreuung

Bei Aufnahme wurden zwei Patienten vom Unterstützungsbedarf her als Beratung und 65 Patienten als Koordination eingestuft, hinzu kamen im Verlauf sieben Patienten, die von Teilversorgung auf Koordination zurückgestuft werden konnten. 22 Patienten mussten dagegen in die Teilversorgung überführt werden. Somit befanden sich bei Beendigung 52 Patienten in der Kategorie Beratung oder Koordination. Bei ihnen fanden sich folgende Gründe für den Abschluss der Begleitung:

- 35 mal war es gelungen, den körperlichen Zustand sowie die Versorgungssituation zu stabilisieren, so dass wir uns zurückziehen konnten; acht Mal wurden wir später erneut in Anspruch genommen;
- 15 Patienten verstarben;
- bei zwei Patienten mussten wir leider in einer nicht stabilisierten Situation die Betreuung beenden; einmal lehnte der Hausarzt unsere vom Krankenhaus aus eingeleitete Mitbetreuung ab, im anderen Fall wollte der Patient unsere Hilfe nicht weiter in Anspruch nehmen.

Wir sehen es als Zeichen zunehmender Akzeptanz, dass wir immer häufiger für eine Einstellung bei Beschwerden rechtzeitig in Anspruch genommen werden. Manchmal reicht ein Telefonat mit dem Hausarzt, oder es genügen wenige Besuche und damit eine gewisse Zeitspanne der sorgfältigen gemeinsamen Betreuung, um die Probleme ausreichend zu reduzieren und die Koordination zu beenden. Es ist nicht immer einfach, sich dann wieder zurückzuziehen, aber der positive Aspekt einer Stabilisierung der Gesamtsituation hilft uns, diesen notwendigen Schritt durchzuführen. Wenn keine komplexen Probleme mehr bestehen, dann übernimmt der Hausarzt wieder seinen Patienten und begleitet ihn im Sterbeprozess. Auch benötigten 29% der Koordinations-Patienten in der Sterbephase keine Intensivierung unserer Mitbetreuung durch die Übernahme in die Teilversorgung.

2.5. Verlauf und Abschluss der Patienten in Teilversorgung

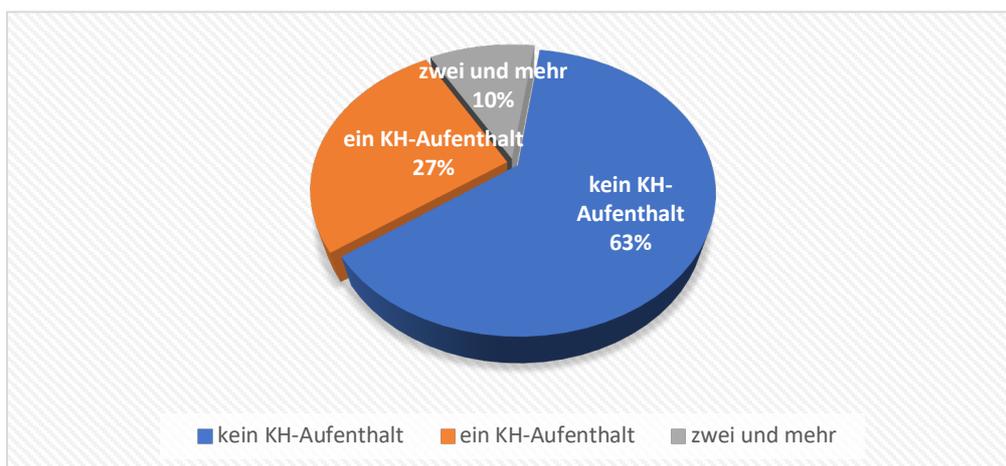
Teilversorgung bedeutet, dass Patienten und Angehörige bzw. Altenpflegekräfte unsere 24-h-Bereitschaft benötigen, insbesondere um den Sterbeprozess daheim zu ermöglichen. Aber auch wenn dieser sich noch nicht abzeichnet, benötigen etliche Patienten und ihre Familien unsere Bereitschaftsnummer: Große Unsicherheiten bestehen meist bei besonders rascher Verschlechterung des Allgemeinzustandes, gerade wenn dies bereits kurz nach der Erstdiagnose erfolgt, oder bei beängstigenden Symptomen auch nachts und am Wochenende. Dann muss unsere „mobile Palliativstation“ angefordert werden können. Für unser Team verlangt diese Bereitschaft einen hohen Einsatz, da wir geographisch einen großen Landkreis zu bewältigen haben. Unsere Pflegekräfte sind häufig erst einmal allein in einer kritischen Situation beim Patienten und müssen ein hohes Maß an Bereitschaft zum selbständigen Arbeiten anhand der vor Ort liegenden Anweisungen und Bedarfsmedikamente mitbringen. Telefonisch ist sofort einer unserer Palliativärzte erreichbar, der dann ebenfalls hinzugezogen werden kann. Dies funktioniert nur durch sehr gute Absprachen während der Teamsitzungen sowie vorausschauende Arbeit besonders vor Wochenenden und Feiertagen, so dass Probleme im Anfangsstadium erkannt und behandelt werden können, somit Krisen erst gar nicht entstehen.

Bei Aufnahme wurden 71 Patienten als Teilversorgung eingestuft; wie oben erwähnt stabilisierten sich sieben Patienten und wurden schließlich als Koordination beendet. 22 der zunächst als Koordination geführten Patienten mussten bei progredienter Krankheit in die Teilversorgung übernommen werden, so dass im folgenden Daten von 86 Teilversorgungs-Betreuungen genauer betrachtet werden.

2.5.1. Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten

Zwei Drittel der schwerkranken Patienten in Teilversorgung konnten ihre verbliebene Lebenszeit ohne Krankenhausaufenthalt daheim bzw. im Heim bleiben, so wie sie es sich wünschten. Von diesen 54 Patienten sind 45 daheim und 9 im Heim verstorben.

Unter den Patienten mit überwiegend einem, in 10 % mehrmaligem Krankenhausaufenthalt sind auch die in einer Klinik verstorbenen Patienten aufgeführt. Die durchschnittliche Zeit im Krankenhaus betrug 3,6 Tage.



Graphik 8: Häufigkeit von stationären Aufenthalten (teilweise in Zeitabschnitten, in denen sich die Patienten in Koordination befanden)

Die Gründe für die Krankenseinweisungen teilen sich zu etwa je einem Drittel auf folgende Bereiche auf:

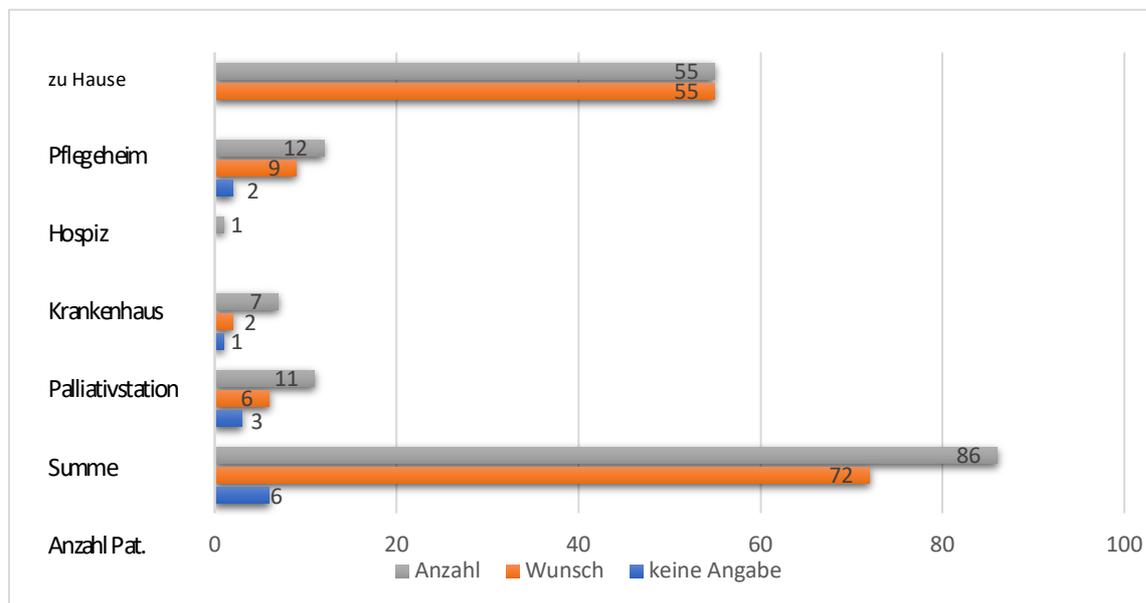
- Symptomlinderung
- medizinische Intervention (z.B. Wechsel Harnleiterschleife, Bestrahlung)
- Entlastung der Angehörigen.

Insgesamt zeigt sich also, dass die Patienten trotz der weiter fortschreitenden Krankheit das Krankenhaus nicht häufig benötigten.

2.5.2. Sterbeort

Es ist uns ein Anliegen, dass nicht nur die Beschwerden gelindert werden, sondern auch der Sterbeprozess daheim stattfinden darf, wenn dies von Patient und Angehörigen gewünscht wird bzw. mitgetragen werden kann. Studien¹ haben herausgefunden, dass bereits ans Bett gebundene Krebskranke in etwa zu 50% auch im Sterbeprozess daheim bleiben wollen - nicht für jeden ist dies der richtige Weg, und nicht jeder hat das dafür nötige belastbare Umfeld. Nun erhalten als SAPV in erster Linie Anfragen von Patienten, denen gerade das Daheimbleiben sehr wichtig ist; bereits bei Aufnahme liegt also eine Selektion von Patienten vor, bei denen explizit der Wunsch besteht, daheim bleiben zu können. Es ist aber explizit nicht unser Ziel, dass jeder Patient daheim stirbt, sondern dass jeder diese wohl schwierigste Lebensaufgabe dort auf sich nimmt, wo er damit noch am ehesten zurechtkommt.

Die folgende Abbildung zeigt, wo unsere Patienten in Teilversorgung im Jahr 2017 sterben wollten und verstorben sind:



Graphik 9: Sterbeorte der Patienten in Teilversorgung (n=86)

Wenn man davon ausgeht, dass Patienten, welche sich nicht mehr dazu äußern konnten, mit ihrem Aufenthaltsort einverstanden waren, so ist es gelungen, dass 78 von 86 Patienten (91%) dort verstarben, wo sie es sich gewünscht hatten.

Bei denen Patienten, welche wir daheim oder im Heim im Sterbeprozess begleiteten (67 Patienten), verwendeten wir bei 39 Patienten (58%) Medikamentenpumpen, überwiegend da sie am Lebensende nicht mehr schlucken konnten. Bei 30 Patienten handelte es sich um eine Subcutan-Pumpe, bei 9 um eine intravenöse Medikamentenpumpe über Port.

Im Laufe des Jahres haben wir zunehmend den jeweiligen Sterbeprozess genauer erfasst und versuchen über diese Angaben, einen Hinweis auf unsere Arbeitsqualität zu erhalten. Da es sich um subjektive Einschätzung des Teammitglieds handelt, welches zuletzt tätig war, müssen wir diese Einschätzungen untereinander vergleichbar treffen, sozusagen einüben. Diese Vorarbeiten sind nun abgeschlossen, im laufenden Jahr stehen verlässliche Daten zur Verfügung und werden im Jahresbericht 2018 einfließen.

¹ Übersichtsstudie aus 58 Studien in 13 Ländern: Gomes B, Higginson I., BMJ 2006; 332: 515-521

3. Aspekte der SAPV - Teamarbeit

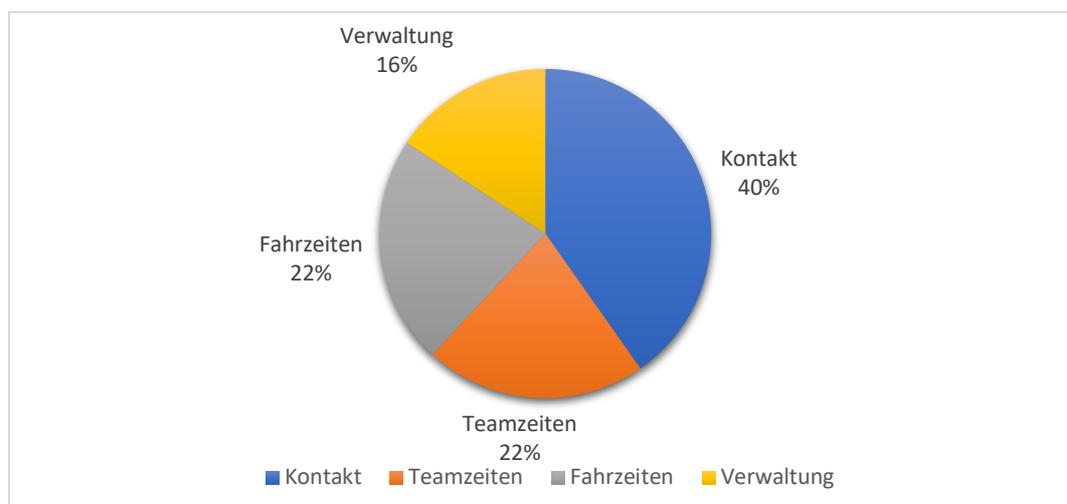
Im Jahr 2017 hat das SAPV-Team in Cham rund 6000 Arbeitsstunden geleistet. Etwa ein Viertel dieser Zeit entfällt auf Fahrzeiten.

Der ärztliche Arbeitseinsatz wird weder vollständig noch eindeutig erfasst: Zwar werden die Patientenbesuche genau dokumentiert, die kooperierenden Ärztinnen und Ärzte sind jedoch darüber hinaus telefonisch erreichbar, was nicht dokumentiert wird, und auch zusätzliche Schreivarbeiten für Patienten, die teils sehr aufwendigen telefonische Recherchen bei mitbehandelnden Kollegen fallen unter den Tisch. Viele Organisationstätigkeiten für die Teamleitung überschneiden sich mit Tätigkeiten in Regensburg und werden daher insgesamt in der dortigen Arbeitszeit angegeben.

Unser Arbeitsalltag verläuft häufig anders als geplant, wird von jedem selbst verantwortet und muss dennoch im zeitlichen Rahmen bleiben. Wichtig für die Teamorganisation bleibt es, dafür zu sorgen, dass Verwaltungstätigkeiten und möglichst auch Fahrzeiten so wenig Aufwand wie möglich erfordern, schließlich soll Zeit für Patienten und Familien zur Verfügung stehen. Daher lohnt sich die Aufschlüsselung der geleisteten Arbeitszeit der Pflegekräfte - nur hier stehen einigermaßen vollständige Angaben zur Verfügung - in folgende Bereichen:

- Direkter Kontakt zum Patienten und Angehörigen (Besuche, Telefonate, Trauerkontakte) (gegenüber dem Jahr 2016 Steigerung um 30%)
- Team-Zeiten (Teambesprechung, Supervision, Bereitschaft, Fortbildung) (Steigerung um 43%)
- Fahrzeiten (Besuche, Besorgungen) (keine Änderung zu 2016)
- Verwaltungstätigkeiten (Schreibtischarbeiten, Besorgungen, Gespräche) (Steigerung um 16%)

Insgesamt gesehen hat sich die Arbeitszeit unserer Pflegekräfte im Vergleich zum Vorjahr um 29% gesteigert. Nicht erfasst sind die zahlreichen ehrenamtlichen Hintergrund-Dienste, insbesondere unserer beiden Leitungen ambulanter Pflegedienste, Herrn Gschwendner und Frau Grassl. Da sie „sowieso“ für ihren Pflegedienst die 24-h-Rufbereitschaft übernehmen, werden SAPV-Patienten in ihrer Nähe mitbetreut, auch wenn die beiden gerade keine Bereitschaft für die SAPV übernehmen.



Graphik 10: Aufteilung der Arbeitszeit Palliativpflege, Gesamtstundenzahl = 4896 im Jahr 2017

Erfreulicherweise stehen weiterhin 40% der bezahlten Arbeitsstunden bei den Palliative-Care-Fachkräften für den direkten Kontakt mit Patienten und Angehörigen zur Verfügung.

4. Weitere interessante Details aus unseren Daten

Da zunehmend Daten für eine landesweite Evaluation der SAPV-Tätigkeit erhoben werden, stehen etliche weitere Angaben zu unseren Patienten zur Verfügung. Auch hier haben wir noch an der Vereinheitlichung dieser subjektiven Einschätzungen gefeilt. Folgende Erkenntnisse haben sich bereits ergeben:

Am Ende der Begleitung geben die Lotsen an, ob die SAPV rechtzeitig eingebunden wurde. Dies wurde in 71% bejaht, in 9% wurde die SAPV zu früh, in 15% leider zu spät hinzugezogen (n = 138 Patienten, keine Angabe in 5%). Wir sehen es als unsere Aufgabe an, die rechtzeitige Inanspruchnahme weiter zu fördern.

Viele Familien übernehmen selbst die anstrengende Pflege der Schwerstkranken. Von allen 138 Betreuungen nahmen zum Endezeitpunkt 79 Familien keine zusätzliche pflegerische oder hospizliche Hilfe in Anspruch; bezogen auf die 86 in Teilversorgung Verstorbenen waren es genau die Hälfte, die daheim ausschließlich durch ihre Angehörigen umsorgt wurden, eine bewunderungswürdige Leistung dieser zusätzlich emotional belasteten Familien.

5. Über den Tellerrand geschaut

Die im Jahr 2016 begonnenen Netzwerkarbeit setzte sich im Jahr 2017 fort. Neben den durch die Gesundheitsregion plus im Landkreis Cham organisierten Netzwerk-Treffen ließ sich insbesondere der Kontakt zur Palliativstation, Krankenhaus Bad Kötzting, intensivieren, welche besonders für den nord-östlichen Landkreis eine wertvolle Möglichkeit bietet, Palliativpatienten stationär adäquat zu betreuen. Mit dem Hospizverein Cham fanden gute Gespräche statt, die gemeinsame Tätigkeit entwickelt sich weiter.

Weiterhin benötigen wir die Unterstützung der Regensburger SAPV, sei es beim Anleiten der neuen Verwaltungskraft, sei es als Ergänzung für personelle Engpässe z.B. beim ärztlichen Hintergrund. Unsere Patienten haben auch im letzten Jahr immer wieder vom Spendenfond des Vereins PALLIAMO profitiert. Wir sind dankbar für so viele von Herzen kommende Zuwendungen, die wir gerne verwenden, um finanzielle Not zu verringern - damit können wir manches Positive bewirken in einer ansonsten so schwierigen Lebenssituation.

Zu guter Letzt

Eine Jahresstatistik mit ihren unpersönlichen Zahlen kann nicht unsere Tätigkeit, sondern nur ihren betrieblichen Umfang darstellen, und das ist nötig, um rechtzeitig die Weichen so zu stellen, dass wir unserem Auftrag gerecht werden und Patienten nicht ablehnen müssen. Dazu gilt es, die Kapazitäten beim Personal einschließlich der Rufbereitschaften, die Arbeitsmittel (Transportmittel, Vorhalten von Medikamenten und Hilfsmitteln, Räumlichkeiten) sowie die Betriebsabläufe an die sich ändernden Erfordernisse immer wieder möglichst rechtzeitig anzupassen.

Jeder der Menschen, die wir in unserer Arbeit kennenlernen, ist einzigartig. Nur wenn wir in kürzester Zeit die jeweiligen Gegebenheiten erfassen, haben wir noch eine Chance, trotz sich verschlechternder Krankheit, psychischen Anpassungsproblemen und vielfältig belasteter Angehörigen stabilisierend zu wirken. Das reicht weit über die sowieso schon unterschiedlichen Krankheitsgeschichten hinaus, umfasst es doch die Lebens- und Beziehungsgeschichten, dazu die jeweiligen Bewältigungsstrategien, welche wir nicht ändern, höchstens fördern können. Es erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und innerer Stabilität von unseren Mitarbeitern, sich ständig darauf einzulassen. Wann eine Krise eintritt, ob in einer Arbeitswoche ein Patient stirbt oder sechs - in diesem Bereich schwankten die Zahlen im letzten Jahr - , ist nicht planbar. Es erfordert ein sorgfältiges und liebevolles Aufeinander-Achtgeben im Team, um die gemeinsame anspruchsvolle Tätigkeit ohne Einzel-Überlastungen zu gestalten.

Unser kleines Team möchte sich bedanken für die Unterstützung:

- bei unseren Landkreis-Apotheken, die so unbürokratisch wie möglich zuarbeiten, um uns rasch die erforderlichen Mittel für die Patienten bereit zu stellen,
- insbesondere bei unserem immer wieder sofort hilfsbereiten Vermieter Herrn Andreas Deml,
- bei unserer kompetenten und einfühlsamen Supervisorin Frau Katarina Wenig
- und schließlich bei den Mitarbeitern von PALLIAMO Regensburg, gerade die Verwaltungskräfte standen uns jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

Häufig werden wir gefragt, wie wir überhaupt arbeiten können, wenn doch „gar keine Hoffnung mehr“ besteht.

Die Antwort hängt davon ab, was man unter Hoffnung versteht. Nach der folgenden, so wunderbar zu unserer Tätigkeit passenden Definition macht gerade unsere Arbeit Sinn:

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht,
sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.

Valclav Havel, 1936 - 2011, tschechischer Schriftsteller

Impressum:

Erfassen der statistischen Daten:
Auswertung und Text:

Brigitte Schörghuber, Gabi Kagermeier
Dr. med. Elisabeth Albrecht

PALLIAMO e.V.

Cranachweg 16
93051 Regensburg
Tel. 0941 - 565 76 232
palliamo@t-online.de
www.palliamo.de

Vorstand: Dr. med. Elisabeth Albrecht, Gisela Häberle, Eva Maria Körber
Senior-Vorstand: Eva Witt
Bankverbindung: Volksbank Regensburg
IBAN: DE14 7509 0000 0000 6123 83
BIC: GENODEF1R01