



Advance Care Planning



Referentin:

Irmgard Hewing

Referentin • Coach • Netzwerkerin

Organisation- & Konzeptentwicklung • www.prima-ih.de

Meine (Lebens-) Art ist ganzheitlich, ob als Führungskraft, Privatperson oder politisch, ökonomisch oder in Gesundheitsfragen

33 Jahre Erfahrung

- ◆ Altenpflege
- ◆ Hospizlerin
- ◆ Betriebswirtin f.soz.B.KA
- ◆ Businesscoach
- ◆ PDL ambulante Pflege
- ◆ PDL + Koordination palliative Pflege
- ◆ Kunsttherapeutin
- ◆ Referentin /Dozentin





Tochter einer 90 jährigen Mutter,
die jetzt im 5. Jahr ihrer Abschiedsreise lebt



System:

Advance Care Planning

Familie

Vorsorgevollmacht

Vorsorgeplanung (ACP)

Hausärztin (Mitglied Palliativ Konsiliarischer Dienst)

Pflegedienst

Niederschwellige Angebote

Tagespflege

Kurzzeitpflege

Hospizdienst

UND...





Advance Care Planning (ACP)



Aussagen meiner Mutter mit 85 Jahren, gesund und vital:

◆ System:

Keine lebensverlängernden Maßnahmen

Keine Schmerzen

Nicht Leiden

Nicht ins Krankenhaus

Keine Magensonde





Advance Care Planning (ACP)



System:

Das HPG ist bedient !

§ 132g SGB V

*Gesundheitliche Versorgungsplanung
für die letzte Lebensphase...*

EIGENTLICH...



Advance Care Planning (ACP)

Was ist Advance Care Planning (ACP)?



ACP ist ein andauernder „Kommunikationsprozess zwischen Individuen, ihren gesetzlichen Vertretern und ihren Behandelnden und Betreuenden.

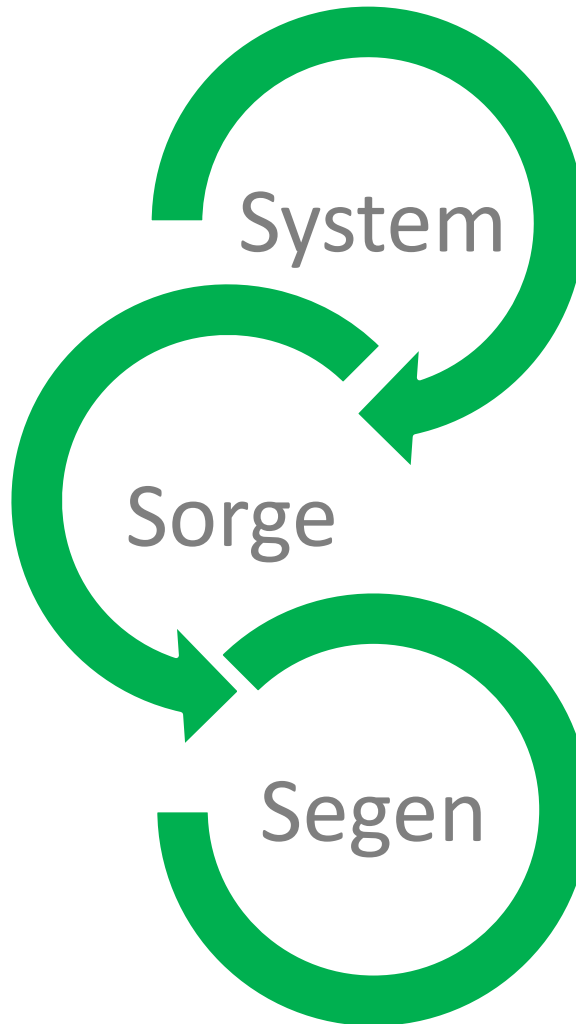


Es verfolgt das Ziel, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht entscheiden können, zu verstehen, zu überdenken, zu erörtern und vor auszuplanen“.

(ACPEL-Society 2016; In der Schmittgen & Marckmann 2015 a: 84).



Advance Care Planning (ACP)





Advance Care Planning (ACP)

System:



Advance Care Planning

Gesundheitliche Vorausplanung
in einer Region

ist ein regionales Projekt zur gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning).

<http://www.beizeitenbegleiten.de/index.html>



Advance Care Planning (ACP)

Auszug aus der Handreichung des:
ADVANCE CARE PLANNING (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen
Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

Alte und sterbende Menschen und Ihre An- und Zugehörigen auf mögliche Symptome und Szenarien am Lebensende vorzubereiten, ihren Wünschen und Vorstellungen Raum zu geben und damit Sicherheit und Würde zu ermöglichen, dies sind Aufgaben und Ziele von Fachkräften aus dem Hospiz- und Palliativbereich.

Die adäquate Umsetzung dieser Idee erfordert zwangsläufig eine vorausschauende und vorausplanende Kommunikation aller an der Versorgung und Begleitung beteiligten Personen, um unnötigen Krankenhauseinweisungen, falschen oder Fehlinformationen im konkreten Handlungs- oder Notfall, in Krisen oder dem Sterbeprozess entgegenzutreten (Wegleitner & Medicus 2012: 220).



Advance Care Planning (ACP)

Was braucht ACP zur Umsetzung?

Achtsamkeit

1. Aufsuchendes Gesprächs-Angebot
2. Qualifizierte Unterstützung (facilitation, Gesprächsbegleitung)
3. Professionelle Dokumentation: Patientenverfügung – Vertreterverfügung – Notfallbogen
4. Transparenz: Ort – Inhalt – Transfer der Unterlagen
5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (Prozess)
6. Beachtung & Befolgung ← PK ist Auftraggeber!!!
7. Kontinuierliche Qualitätssicherung → z.B. Fallbesprechungen

Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten. Zeitschrift für medizinische Ethik 2013;59(3):229-243



Advance Care Planning (ACP)



Sorge :

Ein Mensch, der sich in eine Pflegeeinrichtung begibt,
befindet sich in einer schweren lebensverändernden Phase,
die vom Verzicht geprägt ist

Verzicht auf das gewohnte häusliche Umfeld,

Verzicht auf liebgewordene Gegenstände,

Verzicht auf persönliche Intimität,

Verzicht auf Teile seiner Autonomie und auf
lebenserfreuende Umstände.

Es entsteht eine zunehmende Abhängigkeit seiner Person
vom Alters- und Krankheitsprozess einschließlich
ökonomischer Belastungen.

Viele Patienten sind zum Zeitpunkt der
Behandlungsentscheidung nicht oder eingeschränkt
einwilligungsfähig

- <http://www.omega-ev.de/images/downloads/aktuelle-themen/Vorausplanung-Averkamp---Kunz-03.pdf>



Advance Care Planning (ACP)



Segen:

...ACP bietet eine Vielfalt an Möglichkeiten:

- ◆ Nutzen von Synergien stationäre Pflege und Palliative Versorgung
- ◆ HPG findet Anwendung auf alle Lebensbereiche mit Einzug in eine stationäre Einrichtung
- ◆ ein Instrument für die Pflegenden an der Basis ; für die Angehörigen; für die Institution = stationär
- ◆ Sorgegespräche für ein gutes Leben bis zuletzt zu führen
- ◆ mit den Personen des Vertrauens – der Betroffenen, dem Arzt, dem Vorsorgebevollmächtigten in einem fortlaufenden (verstandenen) Dialog bleiben.
- ◆ „So kann vertrauensvoll gelebt und gestorben werden. Leid und Krankheit gehen nicht unbedingt mit Sterben-Wollen zusammen.“
- ◆ „Mittelpunkt ist und bleibt der Mensch.“

Dr. med. Marie-Elisabeth Averkamp, Lingen, Internistin, Palliativärztin, Beirat OMEGA Inge Kunz, Bocholt, Dipl.-Sozialpädagogin, Beirat OMEGA



Advance Care Planning (ACP)

- ◆ Position: achtsame Fürsorge & Begleitung
- ◆ Ressource: Person des Vertrauens
- ◆ Impuls: Dialog als gelebter Prozess
(transparent & vertraut)
- ◆ Möglichkeit: verantwortungsvolle Begleitung
(Versorgungsplanung)
- ◆ Aktion: die Umsetzung
transparent – achtsam – individuell



Vielen Dank
Irmgard Hewing





Advance Care Planning (ACP)

Wo finde ich weitere Informationen dazu?

Modellprojekt: <http://www.beizeitenbegleiten.de>

Artikel des Bundespresseamtes "Den Patientenwillen (er)kennen":
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/08/2015-08-04>

Handreichung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V.:
http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf

Sorgekultur zu diesem Thema: Dr. med. Marie-Elisabeth Averkamp, Internistin, Palliativärztin;; Inge Kunz, Bocholt, Dipl.-Sozialpädagogin, beide im Beirat OMEGA
<http://www.omega-ev.de/images/downloads/aktuelle-themen/Vorausplanung-Averkamp---Kunz-03.pdf>



Advance Care Planning (ACP)

