

Liverpool Care Pathway for the Dying (LCP) Erfahrungen in zwei Pflegeheimen

Dr. phil. Elke Müller
Pflegerwissenschaftlerin/Projektkoordination
emueller@bethanien-heidelberg.de

AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS
Heidelberg
Geriatrisches Zentrum

Liverpool Care Pathway for the Dying (LCP) Erfahrungen in zwei Pflegeheimen

Gefördert durch
die Robert Bosch Stiftung Stuttgart
die Diakonissenstiftung Frankfurt/M.

Ein gemeinsames Projekt von



Inhalt

- Hintergrund
- Ziele/Intentionen des LCP
- Kurze Skizze des LCP (German Version 12)
- Die Projekteinrichtungen
- Erfahrungshorizonte in den Projekteinrichtungen
- Verstetigungsvoraussetzungen
- Ausblick
- Weitere Informationen

Hintergrund

- Der LCP versteht sich als interdisziplinäre Navigationshilfe zur Betreuung von Menschen am Lebensende
- Leitfaden, der in GB entwickelt wurde
- Ständige Überarbeitung → aktuell: German Version 12
- Konsequenz aus der dortigen Hospizbewegung
- Entwicklung und Koordination: **The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool**
- Multidisziplinäre Anwendungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Versorgungssettings (*Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz-einrichtungen, häusliche Versorgung*)

Ziele und Intentionen

- Praxisnahe Begleitung Sterbender
- Förderung interdisziplinärer Entscheidungsfindungsprozesse
- Qualitätssicherung durch Vorgabe klarer Ergebnisparameter
- Analyse von Stärken und Schwächen in der Versorgung
- Entwicklung und Einsatz eines Schulungsprogramms für alle AkteurInnen im Pflegeheim (intern/extern)
- Ökonomisierung der KlientInnendokumentation (Datenschutz)
- Projekt AGAPLESION (LCP im Pflegeheim): Reduzierung von Verlegungen ins Krankenhaus im letzten Augenblick

Kurze Skizze des LCP

- Allgemeine Erläuterungen zur Handhabung
- Algorithmus zur Entscheidung, ob jemand **sterbend** ist
- Protokollbereich – 3 Sektionen
 - **Sektion 1**: Initiales Assessment (einmalig, Medizin + Pflege gemeinsam) – 4 Blattseiten
 - **Sektion 2**: weiterführende Beurteilung (**4-stündlich** über 2 bis 4 Tage, überwiegend Pflege) – pro Tag 4 Blattseiten
 - **Sektion 3**: Betreuung nach dem Tode (einmalig, Pflege) – 2 Blattseiten
- + Therapieempfehlungen für die 5 zentralen Symptome des Sterbens (**Schmerzen, Verwirrtheit/Agitation/Delir, terminales Rasseln, Übelkeit und Erbrechen, Dyspnoe**) + **Medikation bei Epilepsie**

Kurze Skizze des LCP

Fragen zur abschließenden Reflexion

1. Was ist uns in der Begleitung des Sterbenden besonders gut gelungen und warum?
2. Was war eher schwierig und warum?
3. Welche Erkenntnisse und Konsequenzen leiten wir in folgenden Bereichen ab
 - Kommunikation
 - Wissen
 - Dokumentation
 - Anderes
4. Welche Fragen müssen mit dem Palliative Care Team geklärt werden?

Einige Beispiele aus dem **LCP**

Die Projekteinrichtungen

	Einrichtung DA	Einrichtung HD
Betreuungsschwerpunkte	Kurzzeitpflege Demenzbetreuung Langzeitpflege	Demenzbetreuung Kurz- und Langzeitpflege gemischt
Betreuungsplätze	74 in 3 Wohnbereichen	107 in 3 Wohnbereich
Pflegefachkraftquote (dreijährig AP, GKP)	ca. 70 %	ca. 50 % (Demenz-WB 52 %)
Pflegefachkraft Palliative Care (Basiskurs)	1 PFK / Wohnbereich	1 PFK im Haus, Qualifizierung weiterer PFK geplant

Die Projekteinrichtungen

	Einrichtung DA	Einrichtung HD
Palliative Care Team im Hintergrund - SAPV	vorhanden	immer noch nicht vorhanden
Hausarzt mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin	... HausärztInnen über das PC-Team garantiert	einer von 22 HÄ, der etwa 50 % der BewohnerInnen betreut (Praxis im selben Gebäudekomplex)
Seelsorge/ehrenamtliche Hospizhelfer	vorhanden/vorhanden	vorhanden/vorhanden
Dokumentationssystem	bis Sommer: Papierdokumentation (AEDLs nach Krohwinkel) ab Spätsommer 2011 wie Einrichtung HD	elektronische DAN-Dokumentation (AEDLs nach Krohwinkel)

Situation **vor** Einführung des LCP

- Sehr ähnliche Ergebnisse in beiden Einrichtungen
 - die verschriftlichte Form der Pflege ist kein 1:1-Abbild der tatsächlichen Pflege (s.a. Bartholomeyczik 1993)
 - Einträge zur AEDL "mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen" (Krohwinkel 1998) finden eher zufällig und eher unsystematisch statt ("Intimität des Themas")
 - Ausnahme: konfessionelle Zugehörigkeit
 - ehrenamtliche HospizhelferInnen werden bei BewohnerInnen ohne (erreichbare) Angehörige einbezogen

Situation vor Einführung des LCP

- Sehr ähnliche Ergebnisse in beiden Einrichtungen
 - das Thema Schmerz erfährt hohe Aufmerksamkeit
 - deren medikamentöse Behandlung erfolgt eher nach den Vorlieben des jeweils zuständigen HA, keine feststehenden Therapieschemata (v.a. Einrichtung HD)
 - andere zentrale Symptome des Sterbens werden eher zufällig wahrgenommen (nicht regelhaft) - (Einrichtung DA: Gegensteuerung bei Konsultation durch das PCT: **palliative Fallbesprechung**)
 - Die Verabschiedung Verstorbener ist durch trägerbezogene Verfahrensregelungen (Organisationshandbücher) schriftlich fixiert und hat einen hohen Regelungsgrad (analog LCP-Abschnitt 3)

Erfahrungshorizonte

- Geringes Interesse der HÄ, sich mit dem LCP zu befassen (Arbeitsauslastung, Selbstwahrnehmung der medizin. Versorgung als optimal – auch ohne Leitfaden) – in BaWü: kaum eingeführte SAPV/AAPV-Netzwerke
- Abbruch unangemessener medizinischer Maßnahmen (Vermeidung des "medizinischen Lärms" am Lebensende): → im LCP eher auf akutmedizinische Szenarien zugeschnitten, die so im Pflegeheim nicht vorkommen (Blutentnahme, cardialer Defibrillator); in Absprache mit den jeweilig verantwortlichen Ärzten immer möglich (oder auch nicht)

Erfahrungshorizonte

- Umsetzung einer angemessenen Pflege: Balance "bis wann Aktivierung" – "ab wann beschützende Pflege" als bewusster Perspektivwechsel – ein Lernprozess
- Mit Sterbenden über das Sterben sprechen: schwierig für junge MA, selbstverständlicher für ältere MA – aber: "*so etwas Intimes schreibe ich nicht auf*" – Lernprozesse, welche Infos dennoch nachvollziehbar für Alle protokolliert werden sollen

Erfahrungshorizonte

- Menschen mit Demenz müssen durch als aufwändig erlebte Zusatzeinträge sichtbar gemacht werden – Änderungen gewünscht (ähnlich dem Faktor "komatös")
- Sehr hoher Dokumentationsaufwand – Unübersichtlichkeit bes. von Abschnitt 2
- Dokumentationslücken v.a. nachts und an Wochenenden

Erfahrungshorizonte

- *"Jetzt sehen wir endlich, was man bei der Sterbebegleitung alles machen kann, bewusster als bisher."* (Schulung 1, PFK 4, Einrichtung A)
- *"Ich hätte nicht gedacht, dass das alles zur Sterbebegleitung dazu gehört – weil vieles ist von so grundsätzlicher Art, dass wir das eigentlich grundsätzlich und selbstverständlich tun. Mit dem LCP kriegt das aber noch mal einen ganz anderen Anspruch"* (Schulung 1, PFK 9, Einrichtung B)

Erfahrungshorizonte

- Das Ziel, mit Unterstützung des LCP Strukturen zu schaffen, um Verlegungen im letzten Augenblick zu vermeiden, konnte nicht erreicht werden – Gründe
 - mangelnde Kooperationsbereitschaft der HÄ, dadurch ein konsentiertes Vorgehen nicht möglich
 - Erschwerte Bedingungen, ohne funktionierende Palliativnetzwerke interdisziplinäre palliative Fallbesprechungen zu implementieren (Einrichtung HD)
 - Erschwerte Bedingungen für das Medikamentenregime von Opiaten in Pflegeheimen
 - fehlende Konsultationsmöglichkeiten als Entscheidungshilfen durch ein PCT (Einrichtung HD)
 - Entscheidungsunsicherheit der pflegerischen MitarbeiterInnen (v.a. nachts und am Wochenende), wenn Absprachen nicht konsentiert und nicht protokolliert werden (trotz LCP)
- ➔ Der Facharzt für Alternsmedizin als "Heimarzt" = DIE Lösung?
(Becker & Bollig 2011)

Übersicht über Sterbesituationen

	Einrichtung (DA)	Einrichtung (HD)
Gesamt	36	33
Verstorbene BewohnerInnen mit LCP	6	13
Verstorbene BewohnerInnen ohne LCP, davon wegen:	30	20
• Verlegungen ins KH	11	9
• Unvorhersehbar verstorben/ anderer Gründe	19	11

Verstetigungsvoraussetzungen

- Trägerentscheidung, ob und wie der LCP als Steuerungshilfe in Abläufe integriert werden soll
- Hilfreich:
 - Das Bewusstwerden von Selbstverständlichkeiten in einem anspruchsvollen Geschehen
 - Therapieschemata als erleichternde Regulationshilfe zur Flankierung der zentralen Symptome des Sterbens
- Integration in die vorhandene Dokumentationssoftware?
- Vereinfachungen in der Anwendung – Übersichtlichkeit
- Bessere Abbildung der speziellen Situation von PflegeheimbewohnerInnen (Beispiel "Demenz")

Verstetigungsvoraussetzungen

- Ergänzende Schulungsinhalte
 - Vertiefung der Anwendungsschulung v.a. neuer MitarbeiterInnen
 - Kommunikation mit Sterbenden: die Symbolsprache Sterbender verstehen lernen
 - mit Angehörigen über die Sterbesituation kommunizieren
 - komplementäre pflegerische Maßnahmen zur Erleichterung der Atmung einsetzen
 - terminales Rasseln von bronchialer Übersekretion unterscheiden lernen (Stichwort "Absaugen")

Ausblick

- Der LCP wird vor allem von den PFK im Pflegeheim als hilfreiches Steuerungsinstrument zur Gestaltung der letzten Lebensstage von AltenheimbewohnerInnen erlebt
- er hilft, die Sterbesituation langjährig begleiteter BewohnerInnen zu reflektieren und Versorgungsverläufe zu optimieren
- er setzt ein gutes Funktionieren des Miteinanders der beruflichen AkteurInnen voraus
- vor dem Hintergrund der Reduzierung von PFK-Stellen auch in Pflegeheimen wird der Einsatz des LCP als eher aufwendig empfunden – hier wünschen sich die PFK eine rationellere Handhabung
- Qualitätssicherung im Pflegeheim ist ein aktuelles Thema – der LCP kann helfen, auch über dieses Thema den eigenen Standort zu klären und sich mit anderen Einrichtungen zu vergleichen
- Und schließlich kann der LCP dabei helfen, institutionelle Leitbilder in ihrem Aussagegehalt zu überprüfen

Weitere Informationen

- Anerkennungsverfahren beim Marie Curie Palliativ Care Institute Liverpool Voraussetzung
- Voraussetzung: Aufbereitung von 20 Dokumentationen verstorbener PatientInnen (**Base Review**)
- Übertragung der Daten in Erhebungsbögen des **Marie Curie Palliative Care Institutes (LCP Liverpool)**
- Statistische Analyse der Fragebögen durch Liverpool
- Rückmeldung der Daten nach etwa 6 - 8 Wochen
- Empfehlungen für den Anwendungs- und Umsetzungsprozess
- Nach Einführung nochmalige Überprüfung mit Hilfe von 20 neuen Dokumentationen – vorher-nachher-Vergleich
- **Gleichzeitig: Registrierung beim deutschsprachigen Koordinationszentrum in St. Gallen (CH)/UKL Köln**

Weitere Informationen

www.mcpcil.org.uk

www.evangelischeskrankenhaus.de

www.palliativ-kssg.ch

www.innermedizin.insel.ch

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**