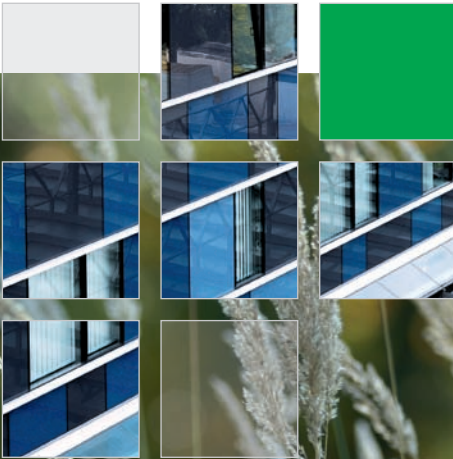


> Klinikum Neuperlach

Palliative Betreuung am Lebensende

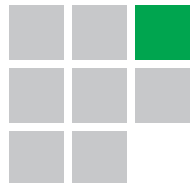
Informationsbroschüre für Fachpersonen



Tumorzentrum München Süd

Klinikum Neuperlach
Klinik für Hämatologie
und Onkologie

städtisches
> **Klinikum
München**



SPITZEN MEDIZIN
IMMER IN IHRER NÄHE!



Tumorzentrum München Süd

Klinikum Neuperlach

Klinik für Hämatologie und Onkologie

Chefarzt: **Prof. Dr. M. Karthaus**

Leitender Oberarzt: **Dr. K. Nibler**

Oskar-Maria-Graf-Ring 51

81737 München

Telefon (089) 6794-2651 oder -2665

Telefax (089) 6794-2448

onkologie.kn@klinikum-muenchen.de

meinolf.karthaus@klinikum-muenchen.de

Palliative Betreuung am Lebensende

Informationsbroschüre für Fachpersonen



Diese Broschüre ist angelehnt an

- **„Palliative Betreuung am Lebensende –
eine Informationsbroschüre für Fachpersonen“**
des Palliativzentrums des Kantonspitals St. Gallen

und

- **„Palliative Betreuung am Lebensende –
Informationsbroschüre für Fachpersonen“**
des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg

Mit freundlicher Unterstützung der

PAULA
KUBITSCHECK-
VOGEL-
STIFTUNG



Was ist der Liverpool Care Pathway?

Schwer krank sein und sterben im Krankenhaus stellen hohe Anforderungen an alle Mitarbeitenden.

Zwei wesentliche Bereiche, die einer Verbesserung bedürfen, sind sowohl die Kommunikation innerhalb des multiprofessionellen Betreuungsteams, als auch zwischen den Personen des Teams, den Patienten und den Angehörigen.

Bislang gab es kein klar strukturiertes Vorgehen, welches in der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ein größtmögliches Maß an Sicherheit für alle gewährleistet. Hierbei spielen nicht nur medizinische Fragen und körperliche Leiden eine Rolle. Es werden auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte bei den Patienten und den Angehörigen berücksichtigt.



Der Liverpool Care Pathway (LCP) ist ein Arbeitsinstrument für die bestmögliche Betreuung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen. Damit soll der Sterbephase besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um nicht nur den praktischen Umgang, sondern auch die Philosophie im Umgang mit Sterbenden zu beeinflussen.

Mit diesem Leitfaden werden unter anderem berücksichtigt:

- Maßnahmen zum Wohlbefinden von Patienten und Angehörigen
- Beenden von unangemessenen diagnostischen, medizinischen und pflegerischen Interventionen
- Einsatz einer für die Symptomkontrolle optimalen Medikation

Die LCP-Dokumentation ersetzt die bisherige Pflegedokumentation. Es werden konkrete Hilfestellungen geboten für das gesamte Team. Der Leitfaden beinhaltet Ziele, welche erreicht werden sollten. Wenn Alternativen sich als zweckmäßiger erweisen, so ist das durchaus erwünscht. Diese Änderungen und auch deren Begründungen werden auf dem Variantenblatt eingetragen.

Das LCP-Dokument ist in 3 Teile gegliedert:

- Initiale Erfassung (Teil 1)
- Weiterführende Beurteilung (Teil 2)
- Betreuung nach dem Tod (Teil 3)



Kriterien für den Beginn des LCP

Das Sterben des Patienten wird in Betracht gezogen. Das multiprofessionelle Team kommt zu dem Schluss, dass der Patient sterbend erscheint. Die Entscheidung, dass der LCP begonnen wird, sollte vom Team gemeinsam getroffen werden, weil so bei der Diagnosestellung „sterbender Patient“ Erfahrung, Fachwissen und Intuition der verschiedenen Professionen zusammenfließen. Auch hilft dieser Austausch, um widersprüchliche Aussagen gegenüber Angehörigen zu vermeiden.

Zwei der folgenden Kriterien sollten dem Zustand des Patienten entsprechen:

- der Patient ist bettlägerig
- der Patient ist somnolent bis komatös
- der Patient kann nur noch schluckweise trinken
- der Patient kann keine Tabletten mehr zu sich nehmen

Zusatzkriterien:

- veränderter Atemrhythmus
- sozialer Rückzug
- Hautveränderungen
- veränderte Gesichtszüge

Inhalte des Liverpool Care Pathway

Teil 1: Initiale Erfassung

ZIELE 1 BIS 11

Ziel 1 bis 3: Maßnahmen zum Wohlbefinden

Der momentane Zustand des Patienten wird bei allen Entscheidungen berücksichtigt. Nicht zwingend notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen sind beendet, die aktuelle Medikation ist überprüft, sowie subcutane/i.v. Bedarfsmedikamente verordnet. Therapieempfehlungen für die Symptomkontrolle befinden sich im Anhang der Dokumentation.

Ziel 4 bis 5: Einschätzung der Situation

Im Gespräch wird geklärt, inwieweit sich der Patient und die Angehörigen über die Diagnose und das wahrscheinlich baldige Versterben des Patienten bewusst sind und ob der Wunsch nach weiteren Informationen und/oder psychologischer Unterstützung besteht.

Ziel 6: Religiöse/spirituelle Unterstützung

Hier werden die religiösen bzw. spirituellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen erfasst. Diese können sich ändern und werden daher im Verlauf überprüft.



Ziel 7 bis 8: Kommunikation mit den Angehörigen

Diese Ziele legen großen Wert auf die Kommunikation mit den Angehörigen. Es sollte unbedingt überprüft werden, ob die Angaben zu Telefonnummern und Erreichbarkeit korrekt sind. Außerdem kann es sein, dass es mehrere Kontaktpersonen gibt, die benachrichtigt werden möchten. Informationen zu Verpflegungs-, Unterkunftsmöglichkeiten u. a. wurden mitgeteilt. Die Patienteninformationsbroschüre kann ausgehändigt werden.

Ziel 9: Kommunikation mit dem Hausarzt

Häufig holen sich die Angehörigen Rat und Unterstützung beim Hausarzt ein. Dieser, und gegebenenfalls weitere Betreuende, werden daher über den Zustand des Patienten informiert; möglicherweise ist ihnen die aktuelle Situation nicht bekannt.

Ziel 10 bis 11: Zusammenfassung

In einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen sollte geklärt werden, dass der Patient wahrscheinlich bald versterben wird. Es ist wichtig, dass sie verstehen, dass das Behandlungsziel nun in der Linderung von Beschwerden und in einer guten Begleitung liegt.

VARIANTENANALYSE TEIL 1

Wird das Erreichen eines Ziels (1 bis 11) mit „Nein“ beurteilt, so sollte dies auf Seite 6 des LCP-Bogens dokumentiert und begründet werden. So sind Abweichungen vom Leitfaden für alle Beteiligten nachvollziehbar.

Teil 2: Kontinuierliche Beobachtungen

Die nachfolgenden Kriterien zum Wohlbefinden des Patienten werden regelmäßig überprüft. Die Häufigkeit der Überprüfung hängt vom Allgemeinzustand des Patienten ab und soll mindestens alle 4 bzw. 12 Stunden erfolgen.

Folgende Symptome und pflegerische Maßnahmen werden alle 4 Stunden beurteilt:

SYMPTOME

- Schmerzen
- Agitation
- Bronchiale Sekretion
- Übelkeit/Erbrechen
- Atemnot

MASSNAHMEN

- Mundpflege
- Miktion
- korrekte Gabe der Medikation

Folgende Kriterien werden alle 12 Stunden beurteilt:

- Mobilität/Pflege von Druckstellen
- Darmtätigkeit
- Notwendigkeit psychischer, religiös-spirituelle und sozialer Unterstützung



VARIANTENANALYSE UND VERLAUFSBLATT

Änderungen des palliativen Betreuungsweges müssen als Abweichung („V“ für „Variante“) gekennzeichnet, auf dem Variantenblatt eingetragen und begründet werden.

Erfasst wird:

- Datum und Zeit
- was wurde gemacht und warum
- wenn möglich das Resultat

Varianten sind ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes und sind nicht negativ zu bewerten. Die Analyse der Varianten führt möglicherweise in der Folge zu Änderungen im Vorgehen, mit dem Ziel, die Behandlung und Pflege auch in dieser Lebensphase zu optimieren. Damit der Verlauf sichtbar wird, ist es wichtig, neben den Varianten alle getroffenen Interventionen zu dokumentieren. Für jeden Tag soll ein neues Blatt angelegt werden.

INTERDISZIPLINÄRE NOTIZEN

Hier finden die Einträge des interdisziplinären Teams Platz:

- über ein aufschlussreiches Gespräch mit einer Kontaktperson
- Beobachtungen von Seelsorgern und psychologischem Dienst
- Anwendungen von Therapeuten

Teil 3: Betreuung nach dem Tod

ZIELE 12 BIS 18

Diese Zielvorgaben bezwecken, dass das Betreuungsteam den Angehörigen bestmögliche Informationen und Unterstützung nach dem Tod des Patienten bietet. Auch das sollte dokumentiert werden, insbesondere um Wiederholungen zu vermeiden.

Die Ziele beziehen sich auf:

- Bestätigung des Todes
- Kontakt mit dem Hausarzt
- Information der Angehörigen über die weiteren nötigen Schritte
- Durchführung der notwendigen Dokumentation

Es bietet sich an, den Angehörigen die Trauerbroschüre **„Die Zeit der Trauer“**, sowie **„Rat und Hilfe bei einem Trauerfall“** auszuhändigen.

Der Liverpool Care Pathway ist ein Arbeitsinstrument in einer für den Sterbenden, aber auch für die Angehörigen und die in der Versorgung Involvierten existentiell herausfordernden und belastenden Zeit. Das Konzept hilft, dass Wichtiges nicht vergessen, aber auch unnötige und vielleicht störende Wiederholungen vermieden werden. Es fördert die in dieser Situation so wichtige Kommunikation aller Beteiligten.

Falls sich der Zustand des Patienten im Verlauf so weit verbessert, dass er nicht mehr sterbend erscheint, wird das Vorgehen nach dem Liverpool Care Pathway abgebrochen.

Die Erfahrung zeigt, dass dieses Instrument viel Individualität zulässt und allgemein Ruhe und Sicherheit vermittelt.



Tumorzentrum München Süd

Klinikum Neuperlach

Klinik für Hämatologie und Onkologie

Chefarzt: **Prof. Dr. M. Karthaus**

Leitender Oberarzt: **Dr. K. Nibler**

Oskar-Maria-Graf-Ring 51

81737 München

Telefon (089) 6794-2651 oder -2665

Telefax (089) 6794-2448

onkologie.kn@klinikum-muenchen.de

meinolf.karthaus@klinikum-muenchen.de

Klinikum Neuperlach

Städtisches Klinikum München GmbH

Oskar-Maria-Graf-Ring 51

81737 München

Telefon (089) 6794-0

www.klinikum-muenchen.de

städtisches
> **Klinikum
München**

