



Der Liverpool Care Pathway Ein Behandlungspfad in der Palliativmedizin



Palliativzentrum

Dr. Michael Schwarz-Eywill
Christine Scheve
Palliativzentrum am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg

8. Mai 2009



Palliativmedizin

- Erarbeitung und Umsetzung eines individuellen, umfassenden Behandlungsansatzes in der Begleitung von Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung zusammen mit deren Angehörigen
- In einem multidisziplinärem Team unterschiedlicher Professionen



Ziele der Palliativmedizin*

- Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität durch eine optimierte Symptomkontrolle.
- Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Unterstützung der Angehörigen

Sepulveda C et al., J Pain Symptom Management 2002



Faktum

- Im Jahr 2007 starben 827.155 Menschen in Deutschland
- 47 % im Krankenhaus



Kriterien für ein gutes Sterben

- Behandlung als Individuum mit Würde und Respekt
- Ohne Schmerzen und andere Beschwerden
- In einer familiären Umgebung
- Von der Familie und Freunden umgeben
- Friedliches und möglichst stressfreies Einschlafen

Department of Health, End of Life Care Strategy, UK, 2009



Haupt-Probleme

- Nicht ausreichende Kenntnisse insbesondere in der Schmerzmedikation
- Zeitmangel
- Kommunikationsprobleme

Kaluza et al, 2005



**Ist es legitim, möglich und sinnvoll,
das Sterben (im Krankenhaus) einer
Qualitätsmaßnahme zu unterziehen?**



Entwicklung des Liverpool Care Pathway* als QM- Instrument zur Verbesserung der Situation im Krankenhaus

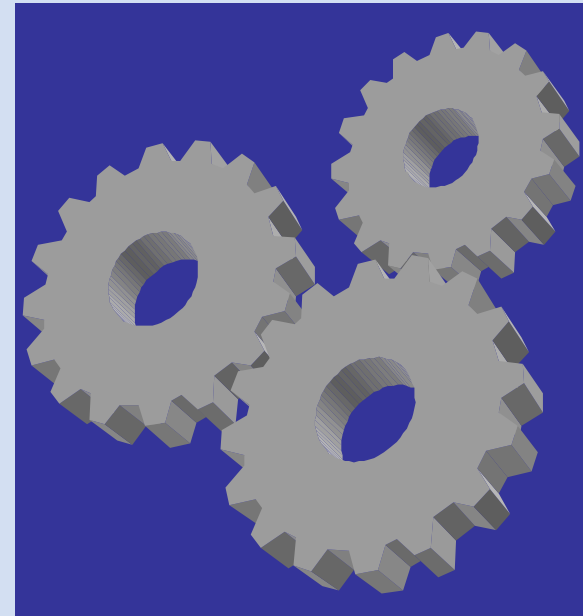
- 1200 Einrichtungen im UK
- 230 Institutionen weltweit in 17 Ländern
- Kantonsspital St. Gallen
- Evangelisches Krankenhaus Oldenburg,
Palliativzentrum

* Ellershaw et al., BMJ 2003



LCP

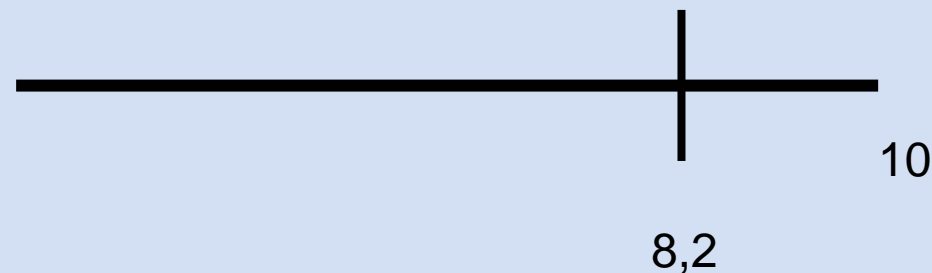
- Behandlungspfad in der Sterbephase
- Ausgangslage (Definition)
- Beurteilung im Verlauf mit Entscheidungshilfen
- Betreuung der Angehörigen, auch nach dem Tode





LCP: erste Ergebnisse*

- Strukturierte Befragung von Ärzten und Pflegekräften auf einer Palliativstation:
- War die Anwendung des LCP als Routineinstrument hilfreich?





LCP: erste Ergebnisse

- Bei der Entscheidung, mit dem LCP zu beginnen, findet ein „Doppelpunkt“ statt:
- „diagnosing dying“
- Der Focus in der Behandlung/ Betreuung ändert sich
- Der bisherige Verlauf wird reflektiert



LCP: erste Ergebnisse

- Es wird weniger = nichts vergessen
- Ein gutes Gefühl für alle Teammitglieder
- Entscheidungshilfen für vorhersehbare Situationen



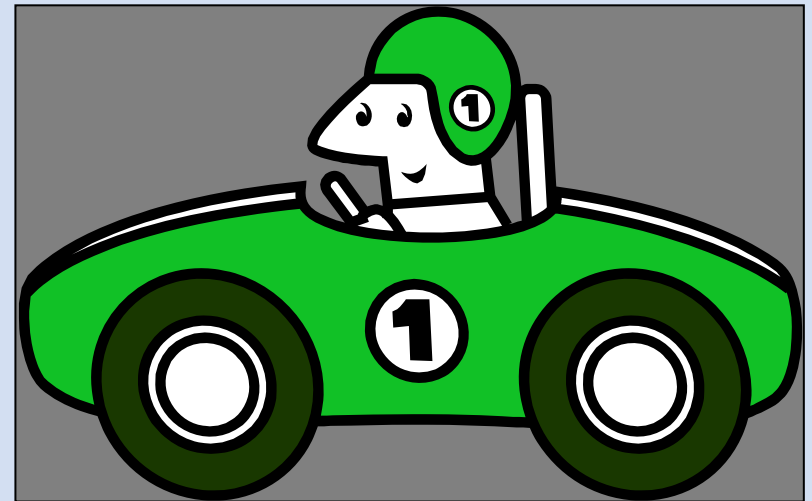
LCP: erste Ergebnisse

- Der Patient ist informiert und spürt die Veränderung in der ärztlichen/ pflegerischen Betreuung
- Die Angehörigen sind eingebunden und fühlen sich weniger hilflos
- Der Hausarzt ist informiert/ nimmt aktiv teil



LCP

- Wie geht es praktisch?
- Viele Vorteile
- Wo sind die Nachteile?
- Verbesserungen?
- Stand der Umsetzung in deutschen Krankenhäusern
- Der LCP ambulant?





LCP: Praktische Umsetzung

- Strukturierung von Abläufen
- Leitlinien- / Evidenzbasiert
- Schulung
- Offizielles Dokument
- Hohe Anforderungen an Ärzte und Pflegepersonal in schwierigen Situationen
- Entscheidung im Team





Liverpool Care Pathway – Übersicht

1. Beurteilung der Ausgangslage

- Wohlbefinden und Symptome
- Unnötiges abgesetzt?
- Beachtung religiöser/spiritueller Bedürfnisse
- Kommunikation mit Angehörigen/Hausarzt





Ziel 1: Aktuelle Medikation ist überprüft, nicht zur Symptomkontrolle notwendige Medikamente sind abgesetzt Ja Nein
 Notwendige Medikamente (oral / i.v.) sind durch subkutane Gaben ersetzt / bei Bedarf subkutaner Perfusor.

Ziel 2: Subkutane Bedarfsmedikamente sind für die unten aufgeführten Symptome verordnet (siehe Richtlinien im Anhang)

Schmerzen	Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Agitation	Beruhigungsmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bronchiale Sekretion	Anticholinergikum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit und Erbrechen	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dyspnoe	Morphin / Anxiolytika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

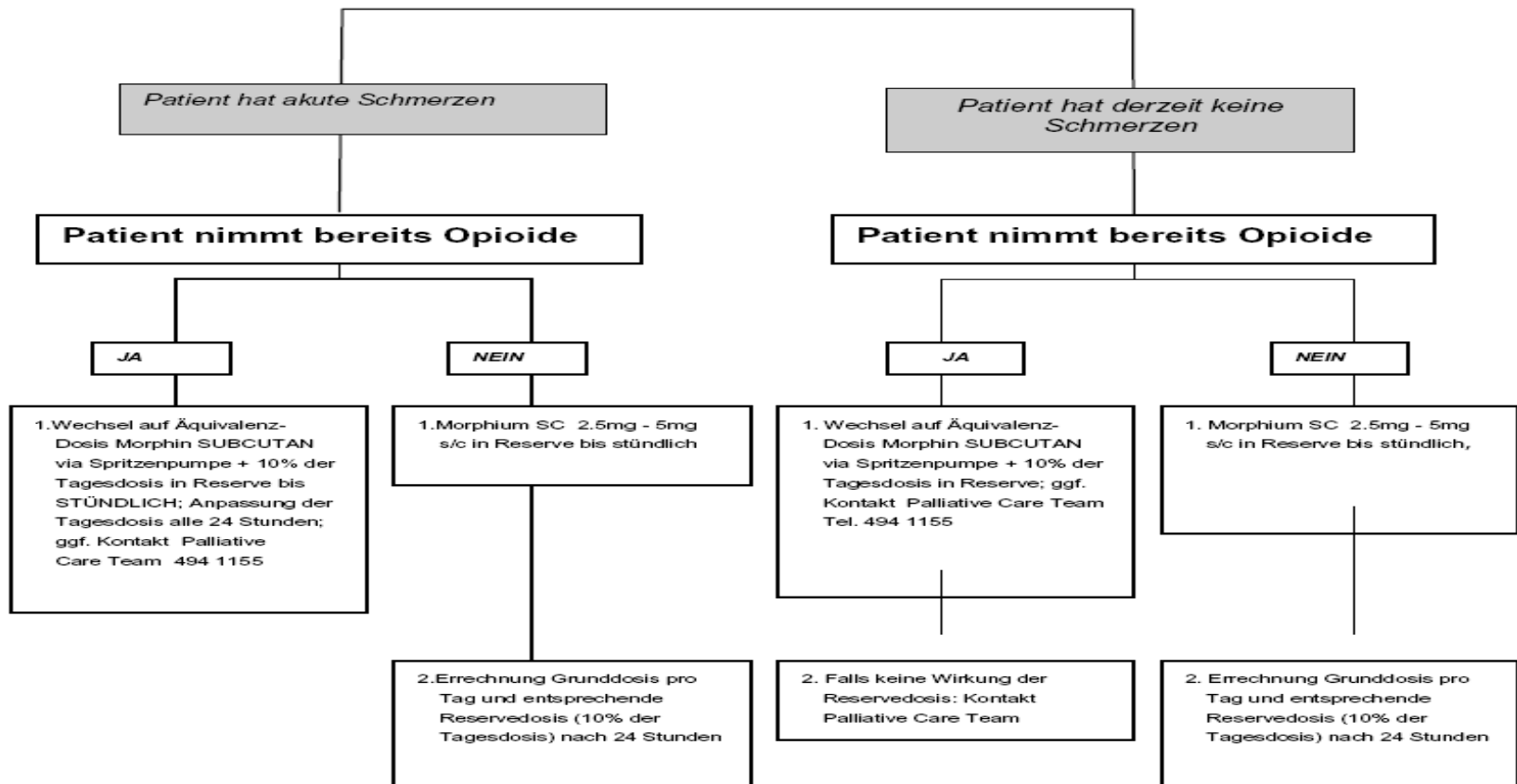
Ziel 3: Nicht zur Symptomkontrolle notwendige medizinische Untersuchungen / Maßnahmen sind beendet

Diagnostik wie Blutentnahme, Röntgen, EKG, CT, etc. beendet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. n. <input type="checkbox"/>
Antibiotikum abgesetzt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. n. <input type="checkbox"/>
i.v.Gaben beendet, Flüssigkeit auf subkutane Gabe umgestellt max. 500 – 1000 ml / 24h	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. n. <input type="checkbox"/>
ICD's (Intrakardialer Defibrillator) deaktiviert (Kardiologe informieren)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. n. <input type="checkbox"/>
 Dokumentation, dass keine Cardiopulmonale Reanimation mehr stattfinden soll	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Unterschrift Arzt: Datum:



Therapieempfehlungen Schmerzen (vgl. auch Schmerzkarte ®KSSG)





Liverpool Care Pathway - Übersicht

2. Weiterführende Betreuung

- Beurteilung von Schmerz, Agitation, Luftnot, Übelkeit alle 4 Stunden
- Mundpflege alle 4 Stunden
- Psychische, spirituelle, soziale Unterstützung alle 12 Stunden
- Lagerung nur noch bei Bedarf
- Angehörigenbetreuung





Nr.	Teil 2	Weiterzuführende Betreuung	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
1)	<p><u>Weiterführende Beurteilung</u> <u>Schmerzen</u> Ziel: Patient leidet nicht unter Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient teilt sich mit, falls bei Bewusstsein • Schmerzfrei bei Bewegung • Wirkt friedlich • Patient liegt bequem 							
2)	<p><u>Agitation</u> Ziel: Patient leidet nicht unter Agitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängste, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zerrn, zupfen) • Harnretention als Ursache? • Möchte der Patient anders gelagert werden? 							
3)	<p><u>Bronchiale Sekretion</u> Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion („Sterberasseln“) stellt kein Problem dar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Bedarfsmedikamente verabreicht werden • Symptome werden mit der Familie / anderen besprochen • Lagewechsel wird in Erwägung gezogen 							
4)	<p><u>Übelkeit und Erbrechen</u> Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit und erbricht nicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient teilt sich mit, falls bei Bewusstsein 							
5)	<p><u>Dyspnoe</u> Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient teilt sich mit, falls bei Bewusstsein • Bei Symptomen sollte Bedarfsmedikation gegeben werden • Lagewechsel wird in Erwägung gezogen 							



Liverpool Care Pathway - Übersicht

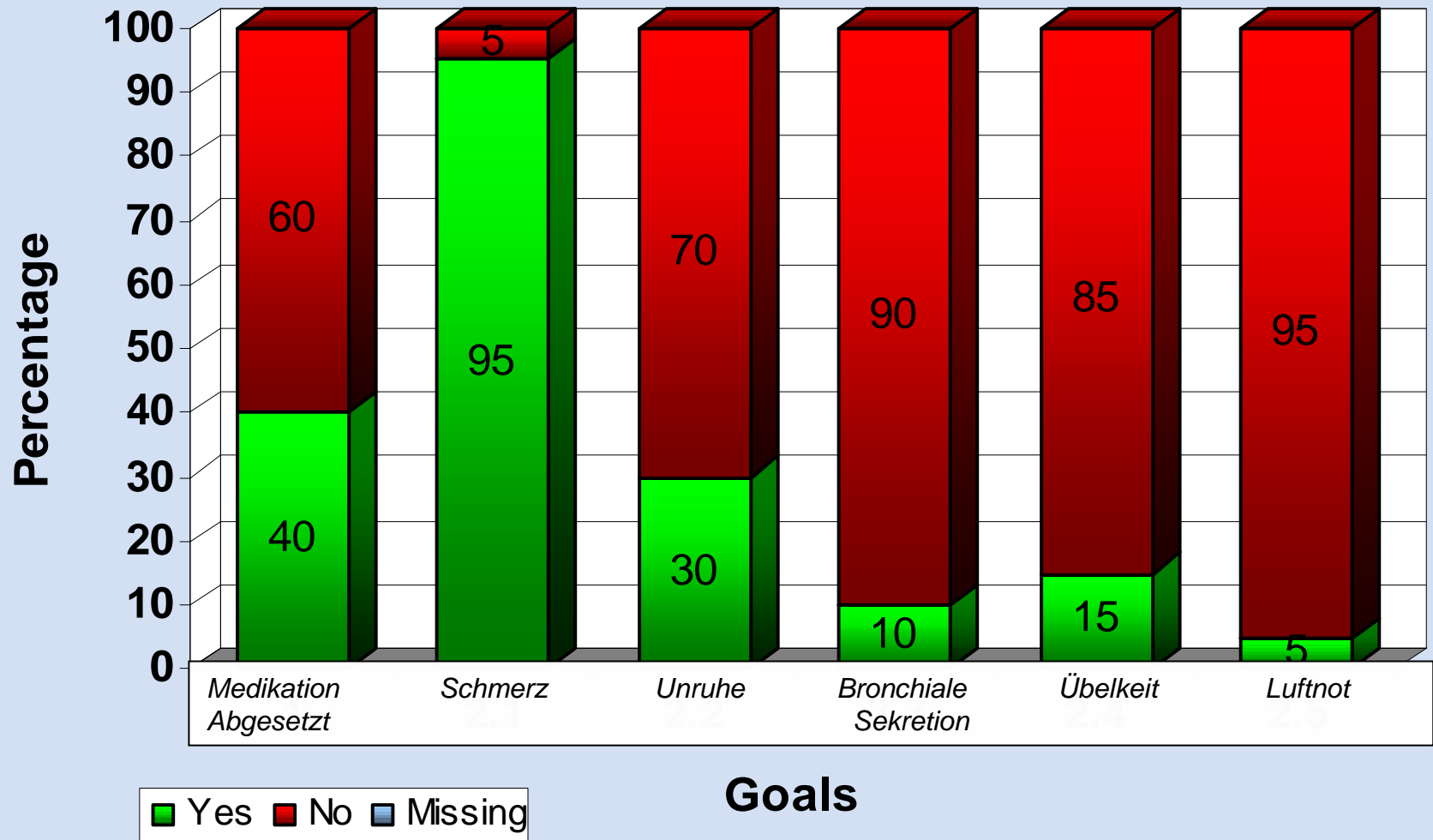
3. Betreuung nach dem Tod

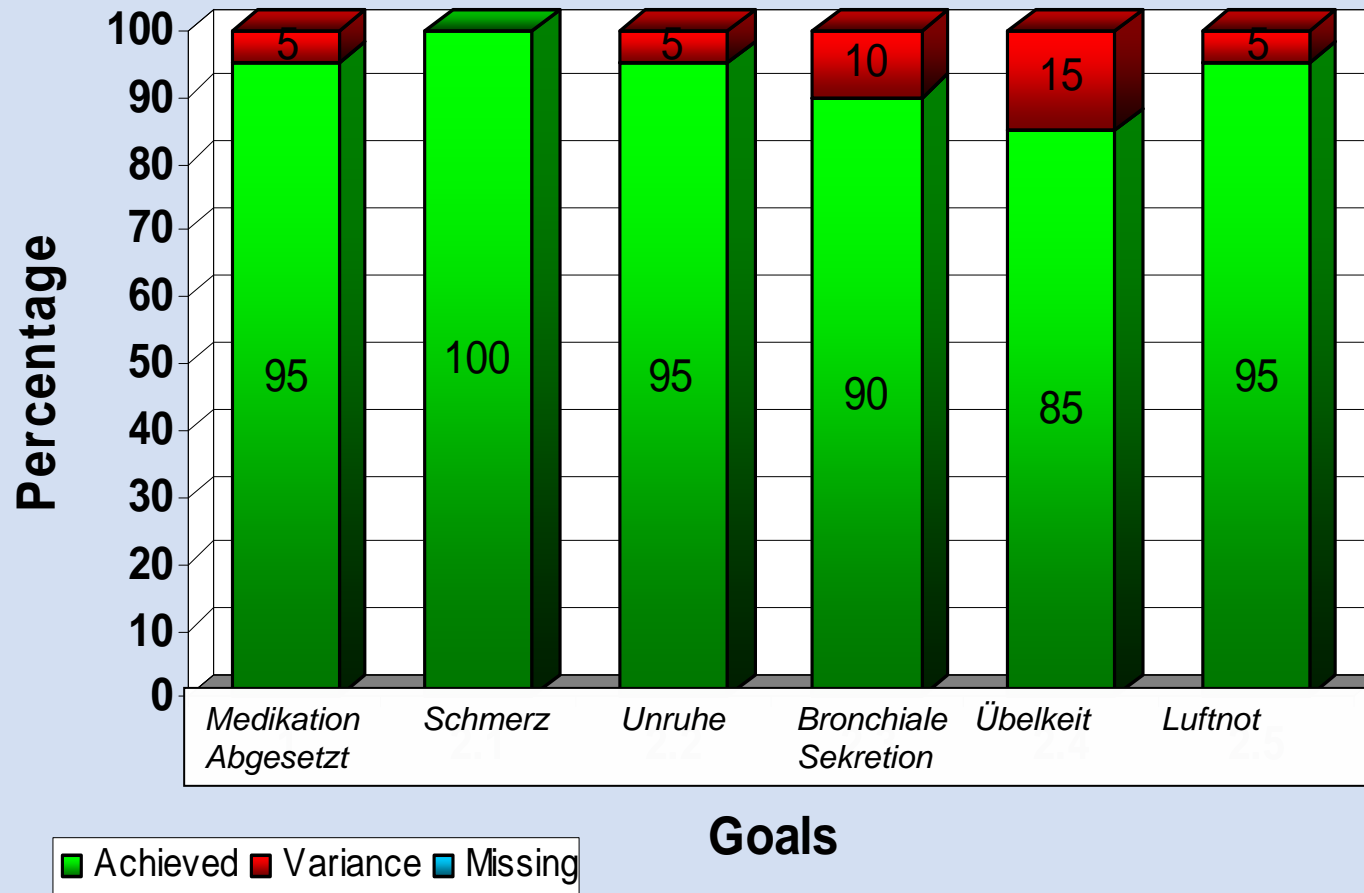
- Angehörige/ Hausarzt/ Pflegeheim informiert
- Aufbahrung
- Information über weitere Schritte
- Trauerbroschüre für Angehörige



LCP: Implementierung am Evangelischen Krankenhaus

- Beginn Implementierung 2007
- Base-Review (20 Patienten)
- Pilotphase Palliativstation
- Dauer 6 Monate







Betreute Patienten in der Pilotphase

N = 24

Zeit

31.05.-19.11.07

Männer/Frauen

12 / 12

Alter

**Ø 70,25 Jahre
(39 - 90J)**

Erkrankungen

Neoplastisch	13	(54%)
Internistisch	6	(25%)
Neurologisch	5	(20%)

LCP-Dauer

**Ø 30,0 Stunden
(2 - 117h)**



Fokusgruppe

Daten der Fokusgruppe

N = 10		Beruf	
		Pflege / Arzt	7 / 3
Frauen/Männer	7 / 3	Berufserfahrung (Jahre)	Ø 16 (3 - 39)
Alter (Jahre)	Ø 38 (22 -57)	Anzahl der betreuten LCPs	Ø 7 (3 - 10)
Bewertung des LCPs (0=sehr schlecht; 10=sehr gut)		Ø 8,2 (6-10)	



Ergebnisse der Fokusgruppe

- Entscheidungsfindung
- Kommunikation
- Sicherheit / Klarheit
- Verbesserte Symptomkontrolle



Kritik und Anmerkungen

- Zeitaufwand
- Fallreflexion
- Hauptsächlich für Stationen mit wenig Erfahrung in der Sterbebegleitung
- Intensive Schulung
- Basiswissen Palliative Therapie



Zitate

„Was für mich am wichtigsten ist, ist dieses am Anfang: Zusammen hinsetzen und die wichtigen Sachen klären. Ich habe das Gefühl, das ist zeitsparend im Weiteren.“ (S.S., Arzt)



Zitate

„Ich gehe mit einem guten Gefühl nach Hause, da ich an alle wichtigen Dinge gedacht habe.“

(A.W., Pflege)



Schritte der Implementierung

- Projektgruppe
- Registrierung Liverpool/St. Gallen
- Retrospektives Audit (Base Review)
- Schulung
- Pilotphase
- Optimierung/Anpassung
- weitere Implementierung



Zusammenfassung

- Sinnvolles und praxisnahes Konzept
- Hohe Akzeptanz
- Praktikabel
- Bessere Kommunikation im Team
- Verbesserte Symptomkontrolle am Lebensende



Bei weiteren Fragen:



Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
www.evangelischeskrankenhaus.de
palliativ@evangelischeskrankenhaus.de

Marie Curie Institut Liverpool
www.mcpcil.org.uk

Referenzzentrum St. Gallen
www.palliativ-sg.ch



**Wir danken
für Ihre Aufmerksamkeit**