



SPITAL ALTSTÄTTEN

SPITALREGION RHEINTAL
WERDENBERG SARGANSERLAND



Liverpool Care Pathway

...als Ressource in der Geriatrie

Dr. med. Birgit Schwenk
Leitende Ärztin Geriatrie
Spital Altstätten

Hospiz- und Palliativtag SRRWS
palliative ostschweiz
14. April 2011

Programm



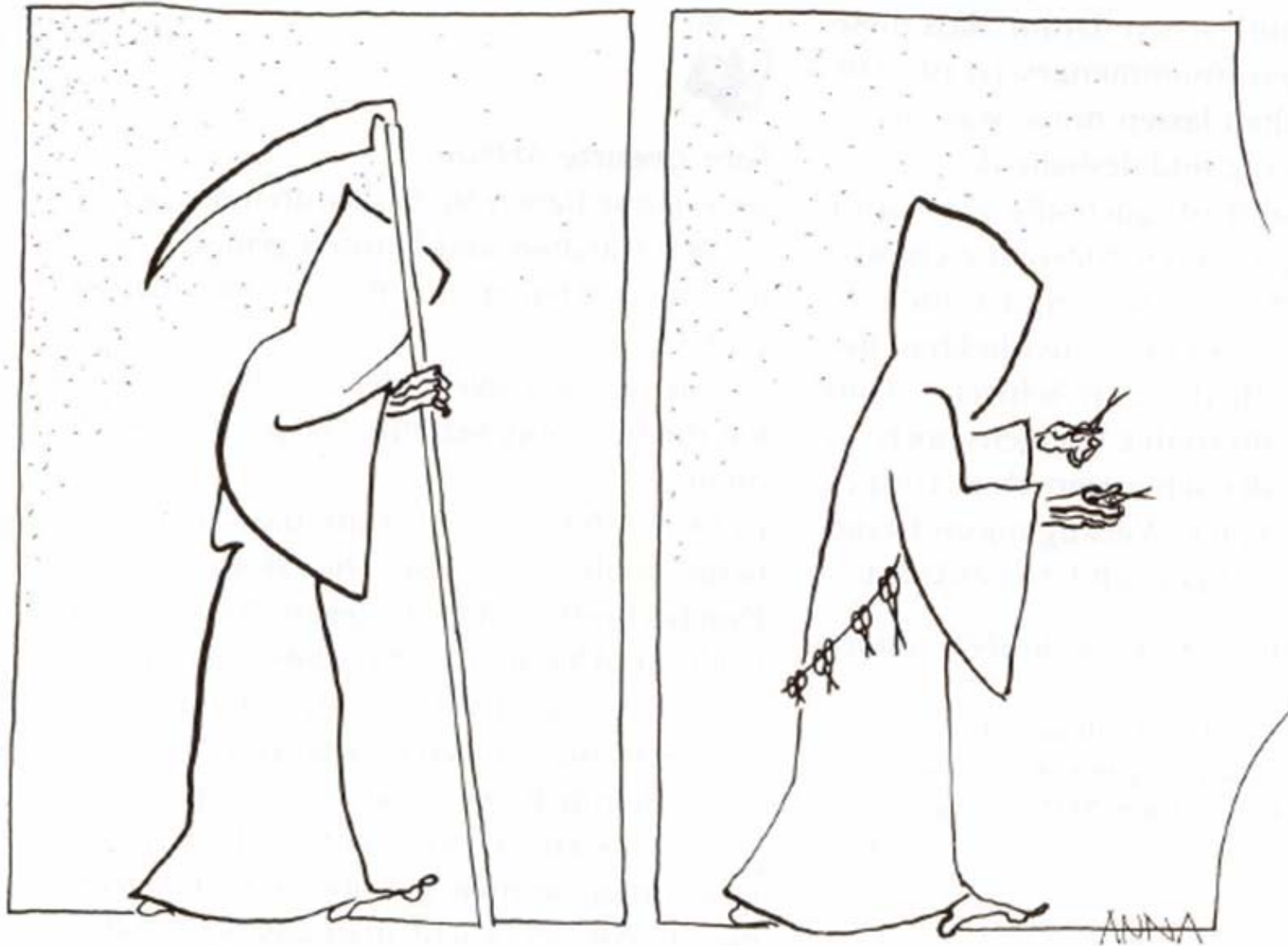
- Einführung
- LCP - Was ist das?
- Erfahrungen in der Akutgeriatrie
- Diagnose sterbend → Diskussion

1909

- > 90% starben zu Hause
- 40% davon waren jünger als 20 Jahre
- **Lebenserwartung <49 Jahre**
- Alle Familien hatten Erfahrung mit Krankheit, Tod und Sterben

heute

- 80- 90% sterben in Institutionen
- **Lebenserwartung >80 Jahre**
- Wir erleben selten den Tod der Grosseltern zu Hause



der Tod früher

La Mort aujourd'hui

Fakten

- Immer mehr Krankheiten werden behandelbar (nicht unbedingt *heilbar*)
- Der Medizin sind durch das Alter immer weniger Grenzen gesetzt
- Der Tod ist heute v.a. ein Phänomen des Alters:
 - >60% sterben in Europa im Alter >75 Jahre
 - 50% sterben in der Schweiz im Alter >80 Jahre
 - >70% sterben in Institutionen
 - Die Hälfte davon in Pflegeheimen, die Zahl steigt mit zunehmendem Druck auf die Aufenthaltsdauer

Folgen

- Institutionen der Altersbetreuung werden zunehmend zu Institutionen des Sterbens
- Sterben und Tod sind ein „normales Phänomen“ des Alters



Care of the dying – eine wichtige Frage?



T A B U

...es wird nicht gestorben



Qualität ??



Was braucht der alte, multimorbide Mensch?



Lindern der Symptome, *die den Patienten stören*

→ Assessment seiner Bedürfnisse

Der Patient setzt die Prioritäten

Nicht alles was messbar und erfassbar ist muss behandelt werden

→ Lebensqualität und Sterbequalität !!

Hauptdimensionen für die Qualität am Lebensende (National Institute of Health, USA)



- Selbstbestimmung –
Wahrung der Autonomie
- Sicherheit und wenig
Leiden
- Trauer erlauben und
begleiten

LCP- um was geht es?

- Leitfaden für die Sterbebegleitung
- Letzte Stunden / Tage des Lebens – Diagnostizieren des Sterbens
- Ziele sind zu erfüllen (Varianten)
 - Initiales Assessment
 - Betreuung im Verlauf
 - Betreuung auch über den Tod hinaus
- Einheitliche Dokumentation

Liverpool Care Pathway: wichtigste Aspekte

- Massnahmen für das Wohlbefinden des Patienten und seiner Angehörigen
- Beenden von unangemessenen diagnostischen, medizinischen und pflegerischen Interventionen
- Einsetzen einer für die Symptomkontrolle optimale Medikation

Liverpool Care Pathway – Wozu??

Internationale Diskussion: „Quality end of life Care“

- Die Begleitung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen im Spital, ganz besonders in einem Zentrumsspital, stellen hohe Anforderungen an alle Mitarbeitenden
- Die Einstellung zu Sterben und Tod ist stark geprägt von individuellen Erfahrungen und Haltungen
- Der Umgang mit diesen Themen führt immer wieder zu grosser Verunsicherung
- Teamkonflikte sind häufig

Liverpool Care Pathway

- Für verschiedene Behandlungsorte
- Multiprofessionell
- Beinhaltet Guidelines
- Integriert Edukation und klinische Praxis
- Variantenanalyse: macht weitere Qualitätsentwicklung möglich
- Klar definierte Outcomes
- Ersatz und Reduktion von Dokumentation

Wie läuft das konkret ?



Diagnose „sterbend“ - schrecklich einfach, oder einfach schrecklich???

4 Kriterien im LCP:

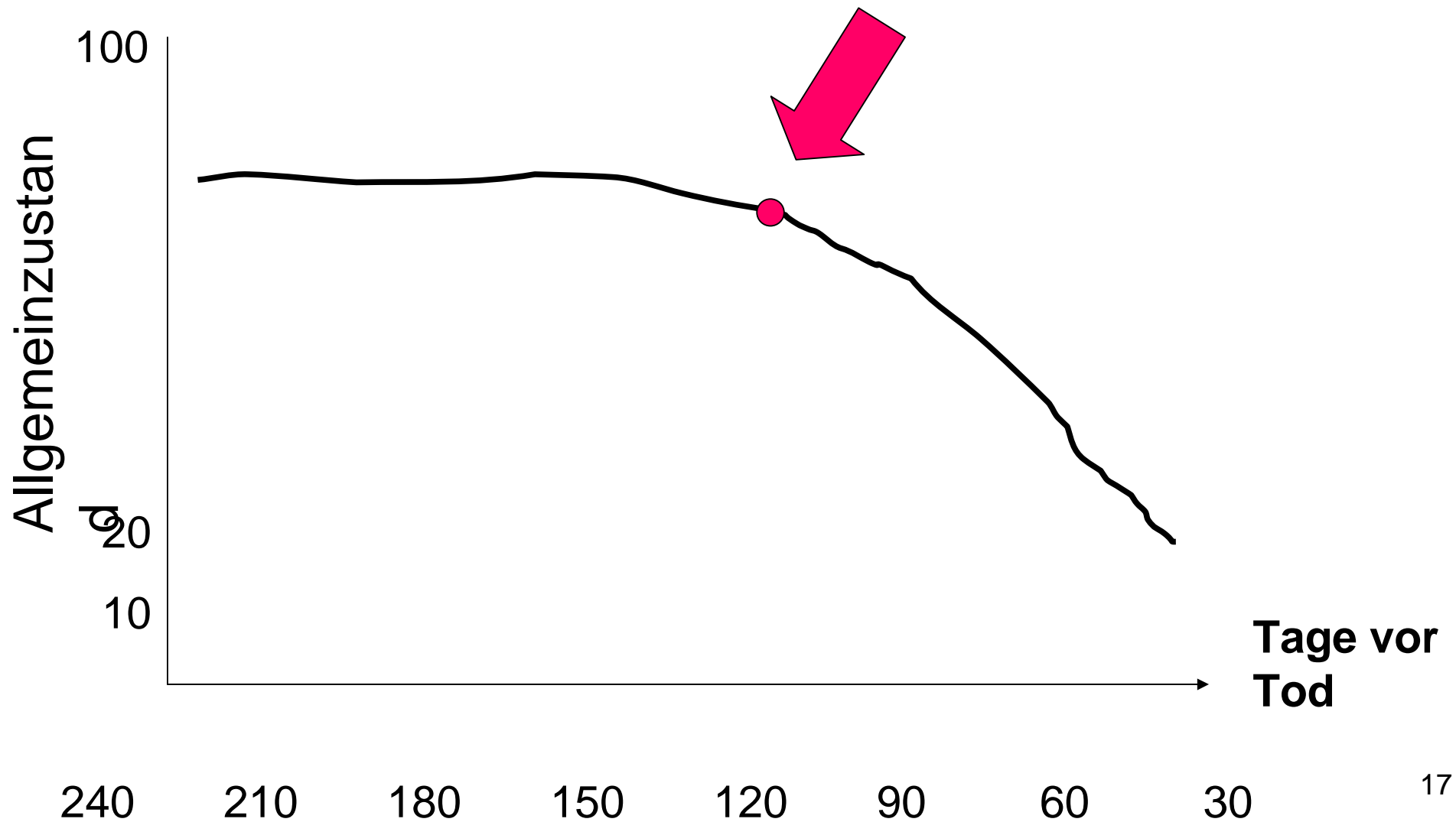
- Der Patient ist bettlägerig
- Der Patient kann nur noch schluckweise Flüssigkeit zu sich nehmen
- Der Patient ist somnolent, soporös, komatös
- Der Patient kann keine Tabletten mehr zu sich nehmen

Wann ist ein alter Mensch sterbend?

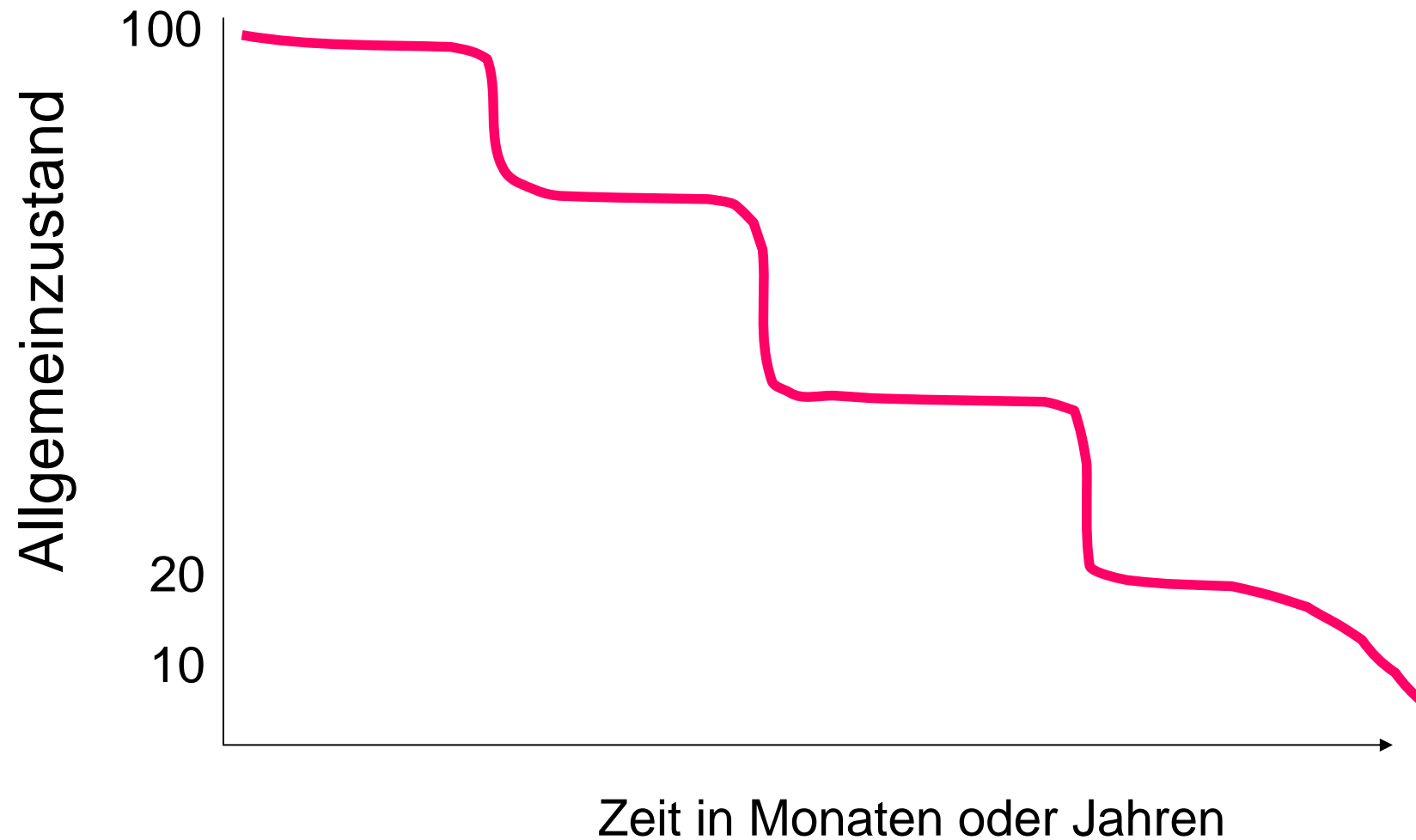


Entwicklung über die Zeit „Point of no return“ – Onkologische Erkrankungen

Yates: Cancer 1980 April 15: 2220- 2224 n= 104



Verlauf von nicht- onkologischen Erkrankungen



Zusatzkriterien als Vorschlag:

- Veränderter Atemrhythmus (Cheyne-Stokes-Atmung / Schnappatmung)
- Reduzierte Wahrnehmung der Aussenwelt (sozialer Rückzug)
- Beginnende Marmorierung der Haut (Körperunterseite, Hände, Knie, Füße), kalte Hände, kalte Füße (Zentralisierung)
- Veränderte Gesichtszüge

Was wird erfasst und dokumentiert (1/4)

1. Aktuelle Medikation ist erfasst (+ Applikationsweg) und Unnötiges abgesetzt
1. Reservemedikamente sind verordnet
2. Inadäquate Planungen (bspw. Diagnostik) sind gestoppt
3. Verständliche Kommunikation ist sichergestellt
4. Selbsteinschätzung des Patienten betreffend seines Zustandes ist beurteilt

Was wird erfasst und dokumentiert (2/4)

6. Religiöse/ spirituelle Bedürfnisse sind erfasst
7. Wie Angehörige über den bevorstehenden Tod informiert werden, ist geklärt
8. Unterstützung für Angehörige ist abgeklärt und in die Wege geleitet
9. Hausarzt ist über den Zustand des Patienten informiert
10. Vorgehensplan ist mit Patient und Angehörigen diskutiert und ihr Einverständnis ist bestätigt
11. Die Familie / andere nahe stehende Personen bestätigen, dass sie den Betreuungsplan verstanden haben

Was wird erfasst und dokumentiert (3/4)

Weiterführende Beurteilungen wie:

- Schmerzen, Agitation, bronchiale Sekretion, Übelkeit und Erbrechen, Mundzustand ect. werden in der Regel 4 stdl. erfasst und dokumentiert
- Mobilität, Ausscheidung, psychologische Einsicht, religiöse/spirituelle Unterstützung, Betreuung der Familie werden in der Regel alle 12 Std. erfasst und dokumentiert
- Multidisziplinäre Notizen über die Entwicklung sind möglich

Was wird erfasst und dokumentiert (4/4)

Ziele für die Betreuung nach dem Tod

- Der Hausarzt wurde über den Tod des Patienten informiert
- Die Prozeduren für die Aufbahrung wurden gemäss Hausrichtlinien durchgeführt
- Prozeduren nach dem Tod wurden diskutiert oder durchgeführt
- Die Familie / andere nahe stehende Personen wurden über die Prozeduren nach dem Tod informiert
- Die hausspezifischen Richtlinien bezüglich der Wertsachen und des Eigentums des Patienten wurden befolgt
- Die notwendige Dokumentation und Hinweise wurden an die entsprechende Person weitergegeben
- Faltblatt mit Trauerinformation wurden ausgehändigt

Hilfsmittel

- Broschüren
 - LCP Projektinformation
 - LCP Broschüre für Fachpersonal
 - LCP Broschüre für Angehörige
 - Broschüre Trauerbegleitung
- Guidelines für Symptomkontrolle

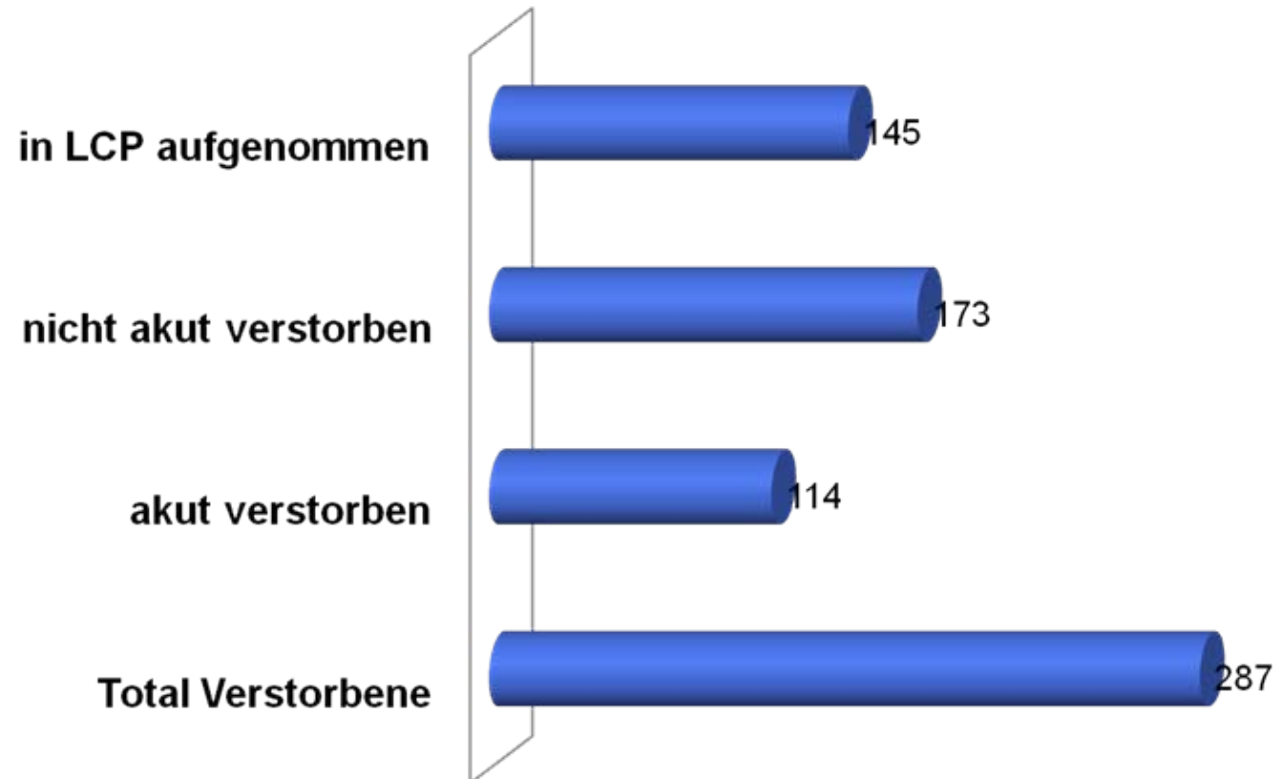
Auswertung der ersten 4 Jahre LCP in der Akutgeriatrie

- Zeitraum 01.02.2007 bis 31.12.2010
- Was ist Positiv?
- Was war schwierig?



Wie oft wurde der LCP angewendet?

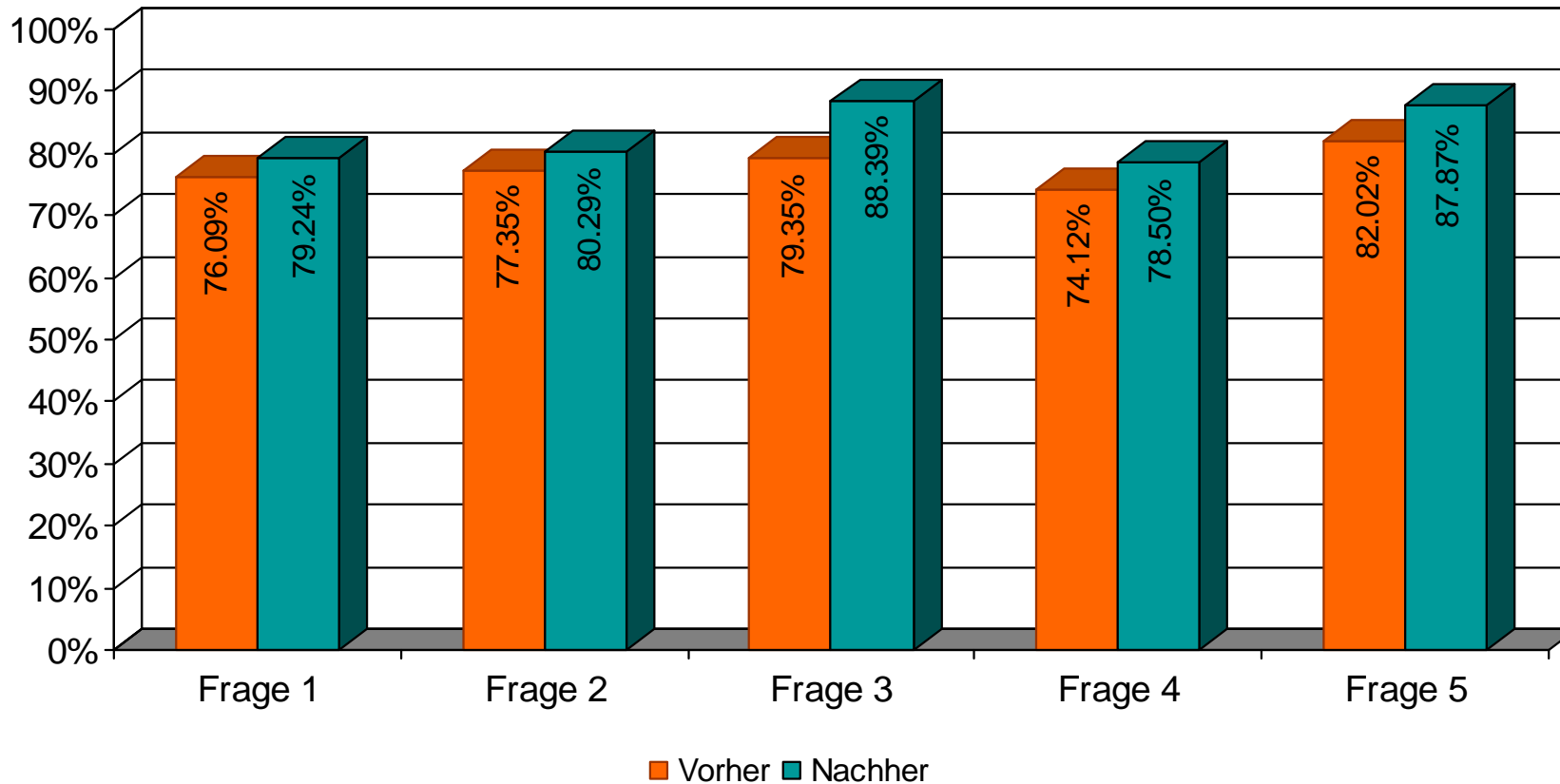
Evaluationszeitraum: 01.02.2007-31.12.2010



- Gesamthaft gab es 287 Todesfälle im Zeitraum vom 01.02.2007 bis 31.12.2010, davon sind 114 akut verstorben und 173 vorhersehbar, 145 Patienten waren im LCP
- 40% der Patienten in der Geriatrie versterben akut, 60 % versterben vorhersehbar
- 84% der nicht akut verstorbenen waren im LCP aufgenommen
- 50,5% der gesamthaft verstorbenen waren im LCP aufgenommen

Demographics (n=145)

Variable		Frequency
Geschlecht	männlich	62 (42,8%)
	weiblich	83 (57,2%)
Alter	Durchschnitt	85
	Bandbreite	(65-99)
Anzahl Stunden im LCP gewesen	Durchschnitt	96
	Bandbreite	(1–1027)



Frage 1:

Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Definition des Vorgehens im Team bei Schwerkranken bin ich zufrieden bei

Frage 2:

Bei Schwerkranken werden Entscheidungen zum weiteren Vorgehen gemeinsam im Team gefällt in

Frage 3:

Diese Entscheidungen werden dokumentiert in

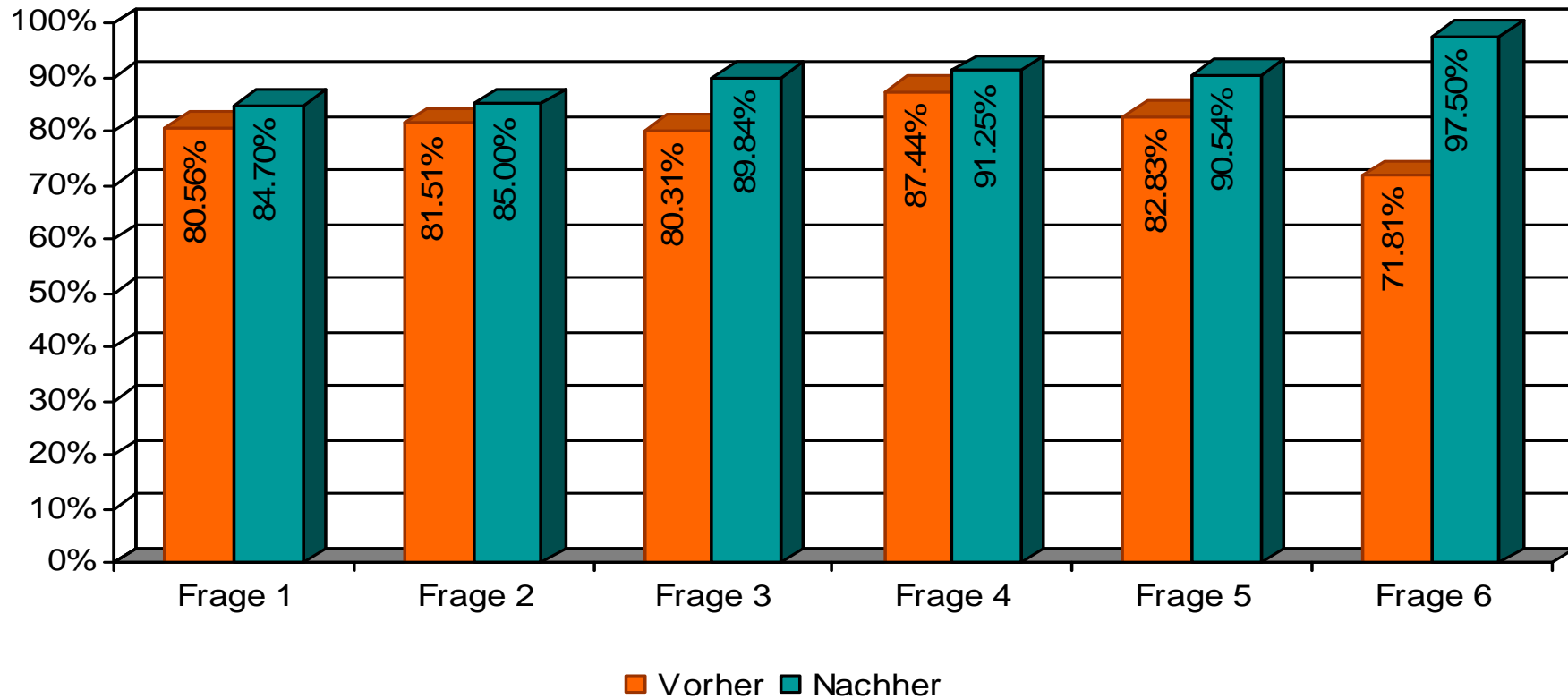
Frage 4:

In dieser Entscheidung ist i.d.R. der Patient involviert in

Frage 5:

In diese Entscheidung sind i.d.R. die Angehörigen involviert in

Anzahl ausgewertete Fragebogen vorher = 136
 Anzahl Ausgewertete Fragebogen nachher = 73



Frage 1:

Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Definition des Vorgehens im Team bei Sterbenden bin ich zufrieden bei

Frage 2:

Im Team wird diskutiert und gemeinsam entschieden, dass sich ein Patient in der Sterbephase befindet in

Frage 3:

Inadäquate Interventionen und Medikamentenabgabe werden gestoppt in

Frage 4:

Notwendige Reservemedikamente werden ausreichend verordnet in

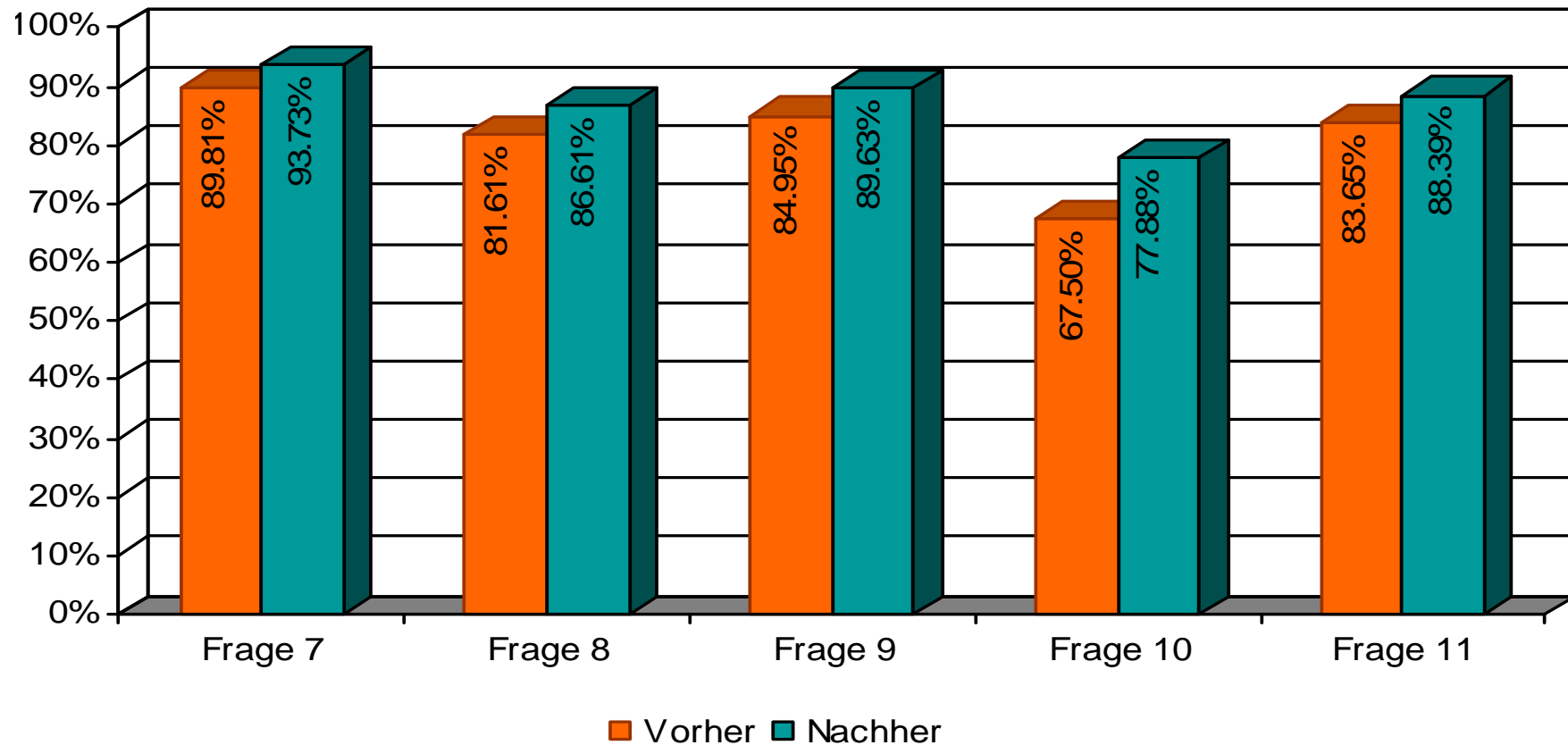
Frage 5:

Inadäquate pflegerische Massnahmen werden evaluiert und gestoppt in

Frage 6:

Es wird überprüft, nachgefragt, ob sich der Patient des drohenden Todes bewusst ist in

Anzahl ausgewertete Fragebogen vorher = 136
Anzahl Ausgewertete Fragebogen nachher = 73



Frage 7:

Die Angehörigen werden über den kritischen Zustands des Patienten informiert in

Frage 8:

Die Bedürfnisse des Patienten und der Angehörigen nach Unterstützung durch die Seelsorge werden erfasst in

Frage 9:

Die Angaben zur Erreichbarkeit der Angehörigen werden automatisch geprüft in

Frage 10:

Die Vorbehandelnden werden über den kritischen Zustand informiert in

Frage 11:

Das weitere Vorgehen wird mit den Angehörigen besprochen, individuelle Fragen und Wünsche werden beantwortet bzw. erfasst in

Anzahl ausgewertete Fragebogen vorher = 136
Anzahl Ausgewertete Fragebogen nachher = 73

Positive Erfahrungen

- Hilfreiche Checkliste für Ersteinschätzung durch den Arzt
- Weniger psychischer Druck, die Situation ist geklärt
- Regelmässige Evaluation, neue Fragen werden sofort geklärt
- Angehörige sind besser involviert, zufriedener, erleichtert
- Betreuungsteam strahlt Sicherheit aus
- Wünsche der Patienten und Angehörigen werden von Anfang an besser berücksichtigt
- Dokumentation ist einheitlich und übersichtlich

Was ist schwierig?

- Zu Beginn des LCP grosser Arbeits- und Zeitaufwand (Schulungen, Projektarbeit, Anmelden in St. Gallen und Liverpool)
- Entscheidung „sterbend“ im Alter sehr schwierig
- Zum Teil zu wenig Platz für die Dokumentation
- Viele Formulare (Runder Tisch, Feed-Back Runden, LCP-Dokumentation)

Fazit

→ Der LCP ist ein sehr hilfreiches Instrument für die Sterbebegleitung und unbedingt in Geriatrischen Kliniken und auch in Pflegeinstitutionen zu empfehlen!



Websites

- <http://www.geriatrie-sg.ch>
- <http://www.mcpcil.org.uk/frontpage>
- <http://www.palliativ-sg.ch/>
- <http://www.palliative.ch/de/index.php>

- <http://www.palliativ-sg.ch/index.php/dokumente>

Bei Interesse...

- Leiter der deutschsprachigen Kooperationsgruppe:
Dr. Steffen Eychmüller (Leiter Palliativzentrum
St. Gallen)
- Bei Beginn Registrierung in Liverpool
- Vorgehen nach festem Stufenplan

Zeit

Ist eine Frage

Von Tiefe,

Nicht von

Länge



Cicely Saunders



*Älter werden
ist wie auf einen Berg steigen.
Je höher man kommt, desto mehr Kräfte sind verbraucht,
aber um so weiter sieht man.*

Ingmar Bergman