

COMPANION

FAQ/Häufig gestellte Fragen zur
praktischen Anwendung von Palliativen
Vitalparametern im COMPANION Projekt

KOMPLEXITÄT ERFASSEN / ASSESSMENTINSTRUMENTE / MESSZEITPUNKTE

IN KOOPERATION MIT

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN 

FAQ/Häufig gestellte Fragen zur praktischen Anwendung von Palliativen Vitalparametern im COMPANION Projekt

Komplexität erfassen / Assessmentinstrumente / Messzeitpunkte

Inhalt

1	Welche Assessments werden in COMPANION verwendet, um die palliative Situation abzubilden und was bringt das im Alltag?	3
2	Wie häufig soll der/die Patient*in und die betreuenden Angehörigen mit Hilfe der Assessments im COMPANION Projekt beurteilt werden?	3
3	Wann führen die Teams die Assessments durch? Täglich, bei der morgendlichen Übergabe, nach der Stationsvisite? Was ist mit den Wochenenden?.....	5
4	Wieviel Zeit brauche ich für die Assessments?	5
5	Was ist zu tun, wenn sich die Situation des/der Patient*in verändert, nachdem er/sie bereits z.B. in der morgendlichen Besprechung/Visite beurteilt wurde (z.B. starke Schmerzen treten auf und der Versorgungsplan greift nicht mehr)? Sollten dann die Assessments zu diesem Zeitpunkt überarbeitet werden oder erst am nächsten Morgen?.....	6
6	Wer beurteilt die Patient*innen und soll die Assessments dokumentieren? In erster Linie Ärzt*innen? Oder Krankenpfleger*innen? Oder das Team gemeinsam? Was ist mit Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen und Psycholog*innen?	6
7	Kann es zu viele verschiedene Assessments und Dokumentationen der palliativen Vitalparameter geben?.....	7
8	Werden Patient*innen bei Übergaben oder Gesprächen zwischen Teammitgliedern und anderen Professionellen nur anhand der Palliativen Vitalparameter beschrieben? Würde man sagen, der/die Patient*in ist in der Palliativphase „instabil“, die Schmerzen sind 3, Übelkeit 2, AKPS 30% usw., oder steht das eher in den schriftlichen Unterlagen? Gibt es über Patient*innen nicht mehr zu berichten und zu erzählen, um ihre Situation zu beschreiben, als "nur" mit den Assessments?	7
9	Ist es ein Problem, wenn es unterschiedliche Meinungen über die Einschätzung der Assessments gibt und wie kann dies gelöst werden?	7
10	Wie beurteilt man die Stärke körperlicher Symptome im PCPSS oder die Belastungen im IPOS des/der Patient*in, wenn er/sie z.B. in seiner Vigilanz gemindert ist oder sich in der Sterbephase befindet? Würde dies immer als „nicht beurteilbar“ eingestuft werden?	8

11	Wie kann man speziell die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse eine/einer in ihrer Vigilanz geminderten Patient*in einschätzen? Was ist mit Patient*innen, die kognitiv stark eingeschränkter eingeschränkt sind, z.B. durch eine weit fortgeschrittene Demenz?	9
12	Was ist der genaue Unterschied zwischen dem IPOS und dem PCPSS? Überschneiden sich die Assessments nicht?	9
13	Wie unterscheiden sich der AKPS und der Modifizierte Barthel Index?	9
14	Kann man IPOS, PCPSS, AKPS und den Modifizierten Barthel Index verwenden, um die Palliativphase zu definieren?	10
15	Haben die insgesamt fünf Palliativphasen eine bestimmte (zeitliche) Reihenfolge?.....	10
16	Wie häufig ändert sich die Palliativphase?	11
17	Ein/e Patient*in wird in die Phase „Stabil“ eingeordnet, allerdings ändern sich die Umstände der betreuenden Angehörigen unerwartet und wirken sich auf die Patienten*innenversorgung aus. Was ist zu tun?	11
18	Wie unterscheiden sich die beiden Phasen „Instabil“ und „Sich verschlechternd“? In beiden Phasen ist doch eine Aktualisierung des Versorgungsplanes vorgesehen?	11
19	Zeigt eine länger anhaltende stabile Phase, dass eine Palliativversorgung nicht weiter benötigt wird?	12
20	Was ist, wenn körperliche Symptome und die psychosoziale Situation stabil sind, und aber der AKPS abnimmt und sich die anderen Palliativen Vitalparameter verschlechtern? Würde dies immer noch als Palliativphase „Stabil“ oder schon als „Sich verschlechternd“ eingestuft werden?	12
21	Würde eine geringfügige Anpassung der Medikamente, z. B. eine Erhöhung der Opioide, weil die Schmerzen noch nicht gut kontrolliert sind, immer noch eine stabile Phase bedeuten oder würde sie sich in „Sich verschlechternd“ ändern?	12
22	Ist die Zuordnung eines/einer Patient*in die „Instabile“ Phase gleichzusetzen mit einer Fehlversorgung?	12
23	Wann kann ein Wechsel aus der Phase „Instabil“ erfolgen?	13
24	Weshalb gibt es keine Phase von „Stabil“ zu „Sich verbessernd“?	13
25	Wie sollte man einen/eine Patient*in mit z. B. an mehreren Tagen sehr verzweifelten Angehörigen einstufen, bei denen alle verfügbaren Ressourcen vorhanden sind (z. B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in usw.), die Maßnahmen aber nicht greifen und dies am Bewältigungsstil des*der Angehörigen liegt?	13
26	Weshalb ändert sich die Phase „Sterbend“ nicht, obwohl der Versorgungsplan angepasst werden musste?	14
27	Wie wird die Phase „Verstorben-Trauer“ verwendet?	14
28	Wird meine Arbeit durch die Einschätzung der Palliativphase bewertet?	15
	Zum Weiterlesen und –lernen	16
	Glossar	16
	Kontakte Projektteam	17

1 Welche Assessments werden in COMPANION verwendet, um die palliative Situation abzubilden und was bringt das im Alltag?

Bisher gibt es keine offizielle einheitliche Vorgehensweise, die Situation palliativer Patient*innen detaillierter abzubilden.

Im Rahmen des COMPANION Projektes verwenden wir die Palliativen Vitalparameter, die durch folgende Assessmentinstrumente abgebildet werden:

- IPOS (Integrated Patient Outcome Scale) zur Erfassung der individuellen Patient*innen Belastung
- PCPSS (Palliative Care Problem Severity Score) ergänzt um die Symptome „Unruhe und „Verwirrtheit“ zur Erfassung der Symptom-/Problem-Stärke
- AKPS (Australia-modified Karnofsky Performance Scale) zur Erfassung des Funktionsstatus
- Modifizierter Barthel Index zur Erfassung des Funktionsstatus und der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Palliativphase als Konzept zur Erfassung der gesamten Versorgungssituation

Insgesamt soll die Anwendung der Palliativen Vitalparameter die alltägliche Arbeit in der Palliativversorgung erleichtern. Durch die Assessments wird die aktuelle Gesamtsituation der Patient*innen strukturiert und einheitlich beschrieben. So können die Teams einen schnellen und umfassenden Überblick über den Status der Patientin*in erhalten. Zudem kann die strukturierte Dokumentation der Assessments den sogenannten Freitext ergänzen und ggf. Dokumentationszeit einsparen.

Die Palliativen Vitalparameter geben Aufschluss über den jeweiligen Versorgungsaufwand. Die Versorgung kann somit besser geplant und strukturiert werden.

Die Assessments können dabei helfen, eine einheitliche Sprache im Team zu entwickeln und zu unterstützen, um die Bedürfnisse der Patient*innen systematischer und ganzheitlicher zu erfassen.

2 Wie häufig soll der/die Patient*in und die betreuenden Angehörigen mit Hilfe der Assessments im COMPANION Projekt beurteilt werden?

SAPV und Palliativdienst

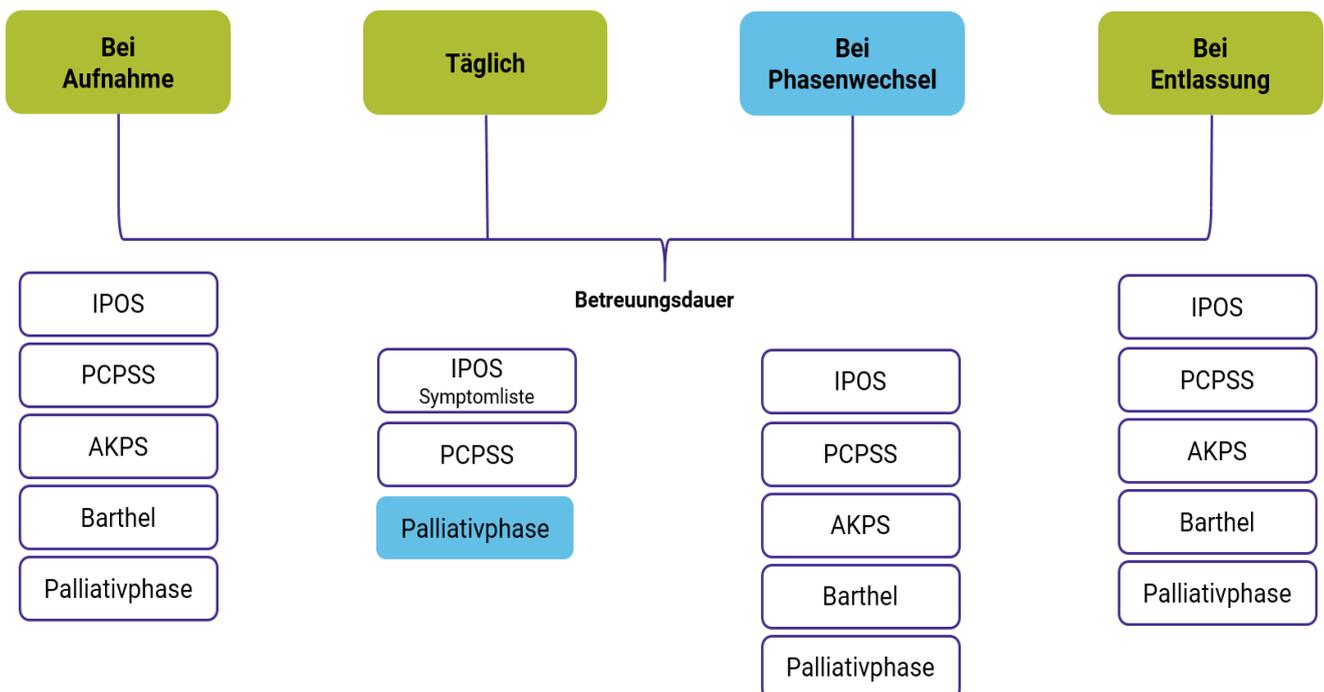
- Basisassessment bei Erstkontakt bzw. Erstbesuch:
-> Einschätzung und Dokumentation des gesamten IPOS, PCPSS, AKPS, Modifiziertem Barthel-Index sowie der Palliativphase.
- Bei jedem klinisch relevanten Kontakt ein Assessment mittels IPOS (nur die körperlichen Symptome), PCPSS und der Palliativphase dokumentieren.

Palliativstation

- Basisassessments innerhalb der ersten 24h:
-> Einschätzung und Dokumentation des gesamten IPOS, PCPSS, AKPS, Modifiziertem Barthel-Index sowie der Palliativphase.
- Tägliches Assessment mittels IPOS (nur die körperlichen Symptome), PCPSS und der Palliativphase

Palliativstation/Palliativdienst/SAPV

- Die psychosozialen Symptome des IPOS, der AKPS und der Barthel-Index werden nur bei einem Wechsel der Palliativphase sowie bei Entlassung oder Versterben des/der Patient*in erneut eingeschätzt.
- Die Palliativphasen zeigen an, ob der durch das multiprofessionelle Palliativteam erarbeitete Versorgungsplan für die aktuelle Situation der Patient*innen und betreuenden Angehörigen angemessen ist oder nicht mehr deren Bedürfnissen entspricht und verändert werden muss.
- Wenn eine Veränderung im Zustand des/der Patient*in bzw. der betreuenden Angehörigen festgestellt wird, können bzw. sollen die Assessments auch häufiger eingeschätzt werden.



3 Wann führen die Teams die Assessments durch? Täglich, bei der morgendlichen Übergabe, nach der Stationsvisite? Was ist mit den Wochenenden?

Der IPOS, PCPSS, AKPS und der Barthel-Index sollen die aktuelle Situation (etwa der letzten 24h) abbilden.

Der genaue Zeitpunkt der täglichen Assessments liegt jedoch im Ermessen der Teams. Er hängt unter anderem von der jeweiligen Struktur des klinischen Alltags bzw. dem jeweiligen Modell des Dienstes ab.

Die Assessments sollten vom multiprofessionellen Team durchgeführt werden. Zum Beispiel können die Teams die Assessments während Visiten, Morgenbesprechungen, Übergaben etc. durchführen. Falls die Dokumentation der Assessments nicht im Team möglich ist, können auch einzelne Personen, z.B. eine bestimmte medizinische Fachkraft oder der/die betreuende Ärzt*in das Assessment durchführen.

Bei relevanten Veränderungen der Situation im Tagesverlauf, sowohl bei Patient*innen als auch bei den betreuenden Angehörigen, sollte ein erneutes Assessment durchgeführt werden.

Die Erhebung an den Wochenenden hängt vom Versorgungsmodell ab, in dem die Patient*innenversorgung geleistet wird sowie den damit einhergehenden Kapazitäten im Team. Auf der Palliativstation sollten die Assessments, wenn möglich, auch am Wochenende durchgeführt werden.

4 Wieviel Zeit brauche ich für die Assessments?

Sobald die Mitarbeitenden mit dem Konzept und der Beschreibung der Assessments vertraut sind, wird die tägliche Einschätzung in der Regel nur einige Minuten in Anspruch nehmen.

Letztendlich hat die Verwendung von einheitlich standardisierten Messinstrumenten viele Vorteile für den klinischen Arbeitsalltag der Mitarbeitenden. Die Instrumente erlauben eine gemeinsame Sprache, eine standardisierte Erhebung und einheitliche Referenzwerte. Sie bilden unseren ganzheitlichen patient*innenzentrierten Ansatz in der Palliativversorgung ab.

Die Nutzung von standardisierten Assessments sollte daher nicht als zusätzliche Pflicht gesehen werden, sondern Teil der klinischen Routine werden, welcher die Versorgung lenkt.

5 Was ist zu tun, wenn sich die Situation des/der Patient*in verändert, nachdem er/sie bereits z.B. in der morgendlichen Besprechung/Visite beurteilt wurde (z.B. starke Schmerzen treten auf und der Versorgungsplan greift nicht mehr)? Sollten dann die Assessments zu diesem Zeitpunkt überarbeitet werden oder erst am nächsten Morgen?

Der IPOS (Symptomliste) und der PCPSS sollten zu diesem Zeitpunkt erneut eingeschätzt werden. Ebenso sollte die Palliativphase erneut überprüft werden und nicht erst am nächsten Morgen.

Wenn sich die Palliativphase ändert, wird der gesamte IPOS (inkl. der psychosozialen und praktischen Fragen) und der AKPS sowie der Barthel Index neu eingeschätzt.

6 Wer beurteilt die Patient*innen und soll die Assessments dokumentieren? In erster Linie Ärzt*innen? Oder Krankenpfleger*innen? Oder das Team gemeinsam? Was ist mit Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen und Psycholog*innen?

Dies hängt von der Struktur der jeweiligen Teams ab. Die Assessments sollten, wenn möglich, berufsgruppenübergreifend gemeinsam erhoben werden. Gute Möglichkeiten sind z.B. Teamsitzungen, Visiten, Fallbesprechungen.

Natürlich ist dies nicht immer möglich. Bei manchen Teams/Diensten übernimmt ein/eine Gesundheits- und Krankenpfleger*in, ein/e Ärzt*in oder ein anderes Mitglied des Teams die Dokumentation der Assessments. Wer die Assessments durchführt, kann von den Teams selbst entschieden werden. Notwendig ist dabei, dass es eine festgelegte Routine gibt, anhand derer die Beurteilungsergebnisse dem größeren Team mitgeteilt und zurückgemeldet werden können. Die Reaktionen oder Maßnahmen sollen dokumentiert und, falls erforderlich, im Versorgungsplan berücksichtigt werden.

Beachtet werden sollte, dass die Assessments IPOS/PCPSS/Palliativphase auf der Palliativstation mindestens einmal täglich überprüft bzw. erhoben werden. Wenn ein Teammitglied, z.B. eine Pflegekraft, ein Assessment macht und dann eine andere Berufsgruppe die Bewertung überprüft und ändert, werden beide Assessments erfasst.

Im COMPANION Projekt empfehlen wir ein multiprofessionelles Vorgehen mit regelmäßigen, interdisziplinären Assessments sowie Diskussionen im Team im Rahmen von Visiten, Morgen- bzw. Mittagsbesprechungen.

7 Kann es zu viele verschiedene Assessments und Dokumentationen der Palliativen Vitalparameter geben?

Im COMPANION Projekt soll einmal am Tag (Palliativstation) ein Assessment der Palliativen Vitalparameter berufsübergreifend durchgeführt werden bzw. bei jedem relevanten Kontakt (Palliativdienst und SAPV). Wenn es die Versorgung des/der Patient*in allerdings erfordert (z.B. Änderung der Palliativphase), muss ein neues Assessment dokumentiert werden.

In sehr dynamischen Versorgungssituationen kann dies mit weiteren Assessments an einem Tag einhergehen. Hier sollte das Team unter Berücksichtigung der Team-Routinen, der Einbindung der Palliativen Vitalparameter in den Versorgungsalltag und nicht zuletzt der Kapazitäten im Team entscheiden, mit welcher Frequenz ein zusätzliches Assessment der Situation dokumentiert wird.

8 Werden Patient*innen bei Übergaben oder Gesprächen zwischen Teammitgliedern und anderen Professionellen nur anhand der Palliativen Vitalparameter beschrieben? Würde man sagen, der/die Patient*in ist in der Palliativphase „instabil“, die Schmerzen sind 3, Übelkeit 2, AKPS 30% usw., oder steht das eher in den schriftlichen Unterlagen? Gibt es über Patient*innen nicht mehr zu berichten und zu erzählen, um ihre Situation zu beschreiben, als "nur" mit den Assessments?

Die Assessments sind in die Kommunikation integriert (Übergabe, Flurgespräche, Krankenakte usw.). Es kann z.B. hilfreich sein, die Übergabe/Besprechung mit der Palliativphase zu beginnen, gefolgt vom IPOS mit seinen Symptomen und Problemen, dem PCPSS, AKPS und dem Modifizierten Barthel Index. Die Palliativen Vitalparameter können eine Orientierung geben und eine effizientere Gestaltung der Übergabe fördern. Sie sollen die Kommunikation mit und über den/die Patient* in ergänzen, nicht ersetzen.

9 Ist es ein Problem, wenn es unterschiedliche Meinungen über die Einschätzung der Assessments gibt und wie kann dies gelöst werden?

Ja und Nein. Die Assessments der Palliativen Vitalparameter sind so gestaltet, dass jede Berufsgruppe sie auf die gleiche Weise anwenden kann. Dies unterstützt die Zuverlässigkeit und Validität der einzelnen klinischen Instrumente.

Wir sind uns jedoch darüber im Klaren, dass die Einschätzung der Patient*innensituation und deren betreuenden Angehörigen von jeder Fachkraft im Gesundheitswesen unterschiedlich sein kann.

Hier gibt es keine „falsche“ Antwort oder Sichtweise.

Wenn Unterschiede in der Wahrnehmung oder Bewertung festgestellt werden, möchten wir die verschiedenen Teammitglieder auffordern, diese Unterschiede zu diskutieren.

Alle Sichtweisen können dokumentiert werden und sind gültig. Wo wirklich ein Konsens im Team erforderlich ist, ist die Palliativphase. Denn diese wird auf der Grundlage der Assessments und des Versorgungsplans für die Patient*innen durch das Behandlungsteam ausgewählt.

Die Kapazitäten und Fähigkeiten aller Mitarbeitenden vor Ort anzuerkennen, zu nutzen und zu fördern, kann somit auch den Teamgeist und die Gemeinschaft stärken.

10 Wie beurteilt man die Stärke körperlicher Symptome im PCPSS oder die Belastungen im IPOS des/der Patient*in, wenn er/sie z.B. in seiner Vigilanz gemindert ist oder sich in der Sterbephase befindet? Würde dies immer als „nicht beurteilbar“ eingestuft werden?

Die Beurteilung der Vigilanz des/der Patient*in (bspw. während der Sterbephase), sowie der nahen Bezugspersonen, stellt ohne Frage eine große Herausforderung für alle an der Versorgung beteiligten Personen dar.

Die Kliniker*innen sollten dennoch auch versuchen, eine/n vigilanzgeminderten Patient*in und seine/ihre Bedürfnisse zu beurteilen. Dies ist Teil unserer Sorgfaltspflicht als medizinisches Fachpersonal. Natürlich wissen wir, dass wir uns bei vigilanzgeminderten Patient*innen immer in einem Bereich der Annäherung an seine/ihre Bedürfnisse befinden werden. Trotzdem sollten wir unserer professionellen Einschätzung vertrauen.

Das Team sollte daher die Assessments durchführen und dabei die folgenden Aspekte besonders beachten:

- a. Als Grundlage für eine professionelle Beurteilung durch ein Mitglied des klinischen Teams können statt verbaler Äußerungen des/der Patient*in oft klinisch beobachtbare Indikatoren herangezogen werden, welche darauf hinweisen, ob z. B. Schmerzen oder Atemnot und eine Belastung durch diese Symptome vorhanden sind. Dies können beispielsweise vegetative Symptome wie Schwitzen, Unruhe, Tachykardie, Körperanspannung, Grimassieren oder Stöhnen sein.
- b. Bei vigilanzgeminderten Patient*innen in entspannter Lage kann gemutmaßt werden, dass keine Belastungen durch körperliche Symptome vorliegen. Dies wäre im IPOS entsprechend mit „keine Belastung“ anzugeben.

In bestimmten Fällen kann es sein, dass der/die Patient*in wirklich nicht beurteilt werden kann. Dann wäre er/sie „nicht beurteilbar“.

Die Verwendung der Palliativen Vitalparameter sieht vor, dass die Beurteilung auch in der Sterbephase täglich (stationär) oder bei jedem klinisch relevanten Kontakt (SAPV bzw. Palliativdienst) fortgesetzt wird.

11 Wie kann man speziell die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse eines/einer in ihrer Vigilanz geminderten Patient*in einschätzen? Was ist mit Patient*innen, die kognitiv stark eingeschränkt sind, z.B. durch eine weit fortgeschrittene Demenz?

Die Einschätzung der Bedürfnisse oder Belastungen bei diesen Patient*innen ist sicherlich oft sehr schwierig und wir befinden uns auch hier in einem Bereich der Annäherung (siehe Frage 10).

Wir unterstützen die Teams gerne bei Fragen und Problemen, wie vigilanzgeminderte oder Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen eingeschätzt werden können.

12 Was ist der genaue Unterschied zwischen dem IPOS und dem PCPSS? Überschneiden sich die Assessments nicht?

Der entscheidende Unterschied zwischen beiden Instrumenten ist, dass beim IPOS die subjektiv erlebte Belastung des/der Patient*in durch bestimmte Symptome und Probleme erfasst wird, jedoch beim PCPSS die tatsächliche Stärke der Ausprägung von bestimmten Symptomen oder Problemen.

Der/die Patient*in kann starke Symptome haben, dadurch aber überhaupt nicht belastet sein. Dies muss kein Widerspruch sein. Beispielsweise kann eine starke Appetitlosigkeit bestehen, welche der/die Patient*in aber nicht als störend oder belastend empfindet. Der PCPSS wäre dann bei „andere körperliche Symptome“ bei 3=stark. Die Belastung durch die Appetitlosigkeit bei 0=gar nicht.

Bei anderen starken Symptomen, wie z.B. Schmerzen, wird es allerdings meistens kaum möglich sein, eine Belastung auszuschließen. In diesem Fall wäre der PCPSS bei „Schmerzen“ bei 3=stark und die Belastung durch die Schmerzen ebenfalls bei 3=stark oder 4=extrem stark.

In Kombination bilden die beiden Assessments somit ein ganzheitliches Bild der Probleme der Patient*innen ab.

13 Wie unterscheiden sich der AKPS und der Modifizierte Barthel Index?

Der AKPS ist ein effizientes und zeitsparendes Instrument zur Beschreibung der alltäglichen Funktionen von Patient*innen. Der AKPS bildet die Patient*innensituation in den Bereichen ab 40 und weniger nur noch sehr grob ab.

Genau dort setzt der Modifizierte Barthel Index mit seiner Einschätzung der Alltagsfunktionen der Patient*innen an.

Durch den Modifizierten Barthel Index können grundlegende körperliche Alltagsfunktionen von Patient*innen systematisch erfasst und beurteilt werden. Ziel ist es, festzustellen wie eigenständig der/die Patient*in „Aktivitäten des täglichen Lebens“ bewältigen kann. In welchen Bereichen genau ist die Selbsthilfefähigkeit eingeschränkt? Droht beispielsweise ein Autonomieverlust? Welche Ressourcen sind vorhanden?

Der Modifizierte Barthel Index ergänzt somit den AKPS und ermöglicht es, die Alltagsfähigkeit umfassend in beide Richtungen abzubilden. Bei einem/einer Patient*in mit hohem Funktionsstatus gibt eher der AKPS Aufschluss über die Patient*innensituation, bei einem niedrigen Funktionsstatus hingegen der Modifizierte Barthel Index.

Beispiel

Herr W. ist einen Großteil des Tages an das Bett gebunden. Sein AKPS liegt bei 40 (mehr als 50% des Tages bettlägerig). Der Wert gibt allerdings nur wenig Information darüber, wie selbstständig Herr W. trotzdem noch ist. Bei Erfassung seines Funktionsstatus durch den Modifizierten Barthel Index zeigt sich, dass er weiterhin noch mit Hilfe auf die Toilette und zum Waschen aufstehen kann. Zudem ist er kontinent und kann alleine essen.

14 Kann man IPOS, PCPSS, AKPS und den Modifizierten Barthel Index verwenden, um die Palliativphase zu definieren?

Die Assessments anhand IPOS, PCPSS, AKPS und Modifizierten Barthel Index geben Hinweise auf die Palliativphase. Das heißt, wenn sich die Werte der genannten Instrumente eines/einer Patient*in ändern, kann dies darauf hinweisen, dass der aktuelle Versorgungsplan nicht mehr greift oder zukünftige Probleme nicht berücksichtigt werden. Die Palliativphase kann sich in diesem Fall ändern.

15 Haben die insgesamt fünf Palliativphasen eine bestimmte (zeitliche) Reihenfolge?

Nein, Palliativphasen haben aufgrund des nicht vorhersehbaren Verlaufs einer unheilbaren Erkrankung keinen linearen Verlauf. Die Phasen, in denen sich die Palliativpatient*innen befinden, sind daher nicht aufeinanderfolgend, sondern können sich abwechseln und mehrmals auftreten.

Auch bei Aufnahme in die Palliativversorgung ist jede Palliativphase, „Stabil“, „Instabil“, „Sich verschlechternd“ oder „Sterbend“, möglich.

Die Phase „Verstorben-Trauer“ bildet den Abschluss des Falls im Betreuungssetting.

16 Wie häufig ändert sich die Palliativphase?

Palliativpatient*innen können pro Betreuungsepisode (von Aufnahme bis Entlassung/Tod) eine oder mehrere Palliativphasen durchleben.

Auf der Palliativstation werden beispielsweise im Durchschnitt pro Palliativpatient*in/Episode zwei bis drei Phasen durchgemacht.

Die Palliativphase kann sich z.B. ändern, wenn der/die Patient*in ein schweres Symptom erleidet, das zwar bereits vorhanden, aber deutlich schlechter wurde, oder ein Symptom, das unerwartet ist, oder wenn er/sie in die Sterbephase eintritt. Die Palliativphase wird neu eingeschätzt, wenn es Anzeichen dafür gibt, das der Versorgungsplan nicht mehr greift bzw. einer regelmäßigen engmaschigeren Überprüfung bedarf. Die Änderungen in den Werten der Instrumente IPOS, PCPSS, AKPS und dem Modifizierten Barthel Index können Hinweise auf einen Phasenwechsel geben. Wenn der/die Patient*in im Sterben liegt, bleibt die Phase „Sterbend“ in der Regel bestehen.

17 Ein/e Patient*in wird in die Phase „Stabil“ eingeordnet, allerdings ändern sich die Umstände der betreuenden Angehörigen unerwartet und wirken sich auf die Patient*innenversorgung aus. Was ist zutun?

Der/Die Patient*in sollte gemäß den Bedürfnissen der betreuenden Angehörigen in die Phase „Instabil“ (dringende Veränderung des Versorgungsplanes) eingeordnet werden. Patient*in und betreuende Angehörige werden als eine Einheit betrachtet („Unit of Care“). Ein Wechsel in die „Instabile“ Palliativphase erfolgt dann, wenn sich die Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen auf die Patient*innsituation auswirken.

18 Wie unterscheiden sich die beiden Phasen „Instabil“ und „Sich verschlechternd“? In beiden Phasen ist doch eine Aktualisierung des Versorgungsplanes vorgesehen?

Das Hauptunterscheidungskriterium ist, dass die Veränderungen, die eine wiederholte Einschätzung des Versorgungsplanes notwendig machen, in der Phase „Instabil“ unerwartet sind, während sie in der Phase „Sich verschlechternd“ erwartet wurden.

Es handelt sich in der instabilen Phase meist um dringlich notwendige Maßnahmen, während es sich in der Phase „Sich verschlechternd“ eher um weitere Justierungen und ständige Überprüfungen/Anpassungen des Versorgungsplanes handelt und weniger um grundsätzlich neue Maßnahmen.

19 Zeigt eine länger anhaltende stabile Phase, dass eine Palliativversorgung nicht weiter benötigt wird?

Nein, es zeigt, dass die Versorgungsplanung bedarfsdeckend ist!

20 Was ist, wenn körperliche Symptome und die psychosoziale Situation stabil sind, und aber der AKPS abnimmt und sich die anderen Palliativen Vitalparameter verschlechtern? Würde dies immer noch als Palliativphase „Stabil“ oder schon als „Sich verschlechternd“ eingestuft werden?

Wenn alle anderen Symptome effektiv gut behandelt werden können, sich aber der AKPS oder der Modifizierte Barthel-Index verändern, sollte sich der/die Kliniker*in auf den Versorgungsplan beziehen und sich fragen, ob der Plan derzeit den Bedürfnissen des/der Patient*in und deren Angehörigen entspricht. Ist dies der Fall bleibt die Phase „Stabil“.

Wenn nicht, muss die Palliativphase entsprechend geändert werden (nicht erwartete Veränderung – instabile Phase; erwartete Veränderung - sich verschlechternde Phase). Dann müssen weitere Maßnahmen geplant und durchgeführt werden.

21 Würde eine geringfügige Anpassung der Medikamente, z.B. eine Erhöhung der Opiode, weil die Schmerzen noch nicht gut kontrolliert sind, immer noch eine stabile Phase bedeuten oder würde sie sich in „Sich verschlechternd“ ändern?

Wenn die Erhöhung der Opiode erwartet wurde und bereits in den Versorgungsplan integriert ist und Wirkung zeigt, kann die Phase weiterhin als „Stabil“ bezeichnet werden. Dies ist eine gut vorausschauende Versorgungsplanung. Erbringt die geplante Erhöhung der Opiode noch nicht den gewünschten Effekt und es muss ggf. noch ein weiteres neues Medikament hinzugenommen werden, wäre dies die Phase „Sich verschlechternde“, da die Versorgungsplanung fortlaufend optimiert und angepasst werden muss. Wenn jedoch z.B. eine Änderung des Zustandes im Versorgungsplan nicht berücksichtigt wird, dann wäre ein Wechsel in die Phase „Instabil“ erforderlich.

22 Ist die Zuordnung eines/einer Patient*in die Phase „Instabil“ gleichzusetzen mit einer Fehlversorgung?

Nein, die Phase „Instabil“ gibt lediglich Aufschluss darüber, dass aufgrund von neu aufgetretenen Symptomen/Problemen oder einer unvorhersehbaren Situation der Versorgungsplan und die darin

festgehaltenen Maßnahmen dringend evaluiert und überarbeitet werden müssen. Kontinuierliche Reevaluation und damit Anpassung des Versorgungsplanes kann helfen, instabile Phasen mehr und mehr zu reduzieren bzw. möglichst kurz zu halten.

23 Wann kann ein Wechsel aus der Phase „Instabil“ erfolgen?

Für einen Wechsel in die Phase „Stabil“ muss der neu überarbeitete Versorgungsplan stehen und die darin geplanten Maßnahmen müssen beginnen, die entsprechende Wirkung zu zeigen. Es bedeutet nicht, dass ein Symptom schon vollständig abgeklungen sein muss. Die Situation des/der Patient*in sollte allerdings angemessen kontrolliert sein.

Natürlich kann auch ein Wechsel von „Instabil“ in „Sich verschlechternd“ stattfinden und zwar dann, wenn der/die Patient*in sich zwar nicht mehr in einer unerwarteten Situation befindet, aber weiterhin erwartbare oder sich allmählich verschlechternde Symptome/Probleme aufweist, die eine fortlaufende Überprüfung und Optimierung des Versorgungsplans erforderlich machen.

24 Weshalb gibt es keine Phase von „Stabil“ zu „Sich verbessernd“?

Selbst wenn sich der Zustand des/der Patient*in im Zeitverlauf verbessert, ist die Versorgungsplanung weiterhin umfassend und muss nicht verändert werden. In solch einer Situation nimmt auch der Ressourcenaufwand im Vergleich zur stabilen Phase ab. Daher bleibt die Phase „Stabil“.

25 Wie sollte man einen/eine Patient*in mit z. B. an mehreren Tagen sehr verzweifelten Angehörigen einstufen, bei denen alle verfügbaren Ressourcen vorhanden sind (z. B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in usw.), die Maßnahmen aber nicht greifen und dies am Bewältigungsstil des*der Angehörigen liegt?

Wenn es im Versorgungsplan geplante Maßnahmen für die verzweifelten Angehörigen gibt und sich dies nicht direkt auf die Versorgung des/der Patient*in auswirkt (stationäres Setting), könnte man sagen, dass dies eine stabile Phase ist. Eine psychosoziale Unterstützung für die Angehörigen ist vorgesehen oder es wird im Versorgungsplan akzeptiert, dass die Angehörigen eine erschwerte Verarbeitung der Situation haben und Unterstützungsangebote ablehnen. Im häuslichen Umfeld der SAPV könnte dies auch zu einer instabilen oder sich verschlechternden Phase führen, da hier die Angehörigen unter Umständen Teil des Versorgungssystems sind und sich dies bei deren Ausfall auf den/die Patient*in auswirkt.

Dies ist eine schwierige Situation. Dennoch ist es richtig zu sagen, dass wenn der Versorgungsplan steht und momentan nichts geändert werden muss, der/die Patient*in in der Palliativphase „Stabil“ bleibt. Dies schließt nicht aus, den Versorgungsplan weiterhin zu überwachen und zu überprüfen, um

sicherzustellen, dass dieser bedarfsgerecht ist und auch zukünftig zu erwartende Symptome/Probleme berücksichtigt.

26 Weshalb ändert sich die Phase „Sterbend“ nicht, obwohl der Versorgungsplan angepasst werden musste?

Die Palliativphase „Sterbend“ wird unabhängig davon zugeordnet, ob der Versorgungsplan greift oder nicht, da hier eine Ausnahmesituation eintritt. Die Sterbephase macht es notwendig, dass bestimmte Parameter des Versorgungsplans geändert werden, z.B. werden Medikamente abgesetzt oder einzelne kommen hinzu, die Pflegemaßnahmen werden reduziert, für die Angehörigen wird eine verstärkte psychologische Unterstützung organisiert usw. Hier setzt sich die Palliativphase „Sterbend“ gegenüber allen andern Phasen durch. Verändert sich der Zustand des/der Patient*in und der Tod innerhalb von Tagen ist nicht mehr wahrscheinlich, muss die Phase neu eingeschätzt werden.

Für die Sterbephase findet sich keine international einheitliche Definition. Aus klinischer Sicht können die letzten drei bis sieben Lebenstage als Sterbephase definiert werden. Neben bestimmten körperlichen Hinweisen (siehe Frage 10) spielt auch die Intuition der an der Behandlung Beteiligten eine Rolle.

27 Wie wird die Phase „Verstorben-Trauer“ verwendet?

Im Rahmen des COMPANION-Projekts können diese Daten bisher nicht ausgewertet und berücksichtigt werden, da sich die Case Mix-Klassifikation auf die Betreuungsdauer der Patient*innen bezieht und das Betreuungsende der Todeszeitpunkt ist.

Trotzdem können, wenn der/die Patient*in verstorben ist, Angebote für die Angehörigen/Bezugspersonen (Abschlussgespräche, Weitergabe von Informationen über Unterstützungsangebote, Abschiedsritual) direkt nach dem Tod des/der Patient*in dokumentiert werden. Diese Phase gilt so lange, bis die Patient*innenakte geschlossen wird.

Wir möchten die Teams/Dienste ermutigen, Tätigkeiten, die sie für betreuende Angehörige unmittelbar nach dem Versterben anbieten und die häufig einen nicht unerheblichen Zeitaufwand darstellen, aufzuzeichnen und somit über die geleistete Tätigkeit zu berichten.

Die weitere Begleitung der betreuenden Angehörigen direkt nach dem Versterben durch palliativmedizinisches Personal kann bisher leider nicht abgerechnet werden und ist damit nicht finanziert.

28 Wird meine Arbeit durch die Einschätzung der Palliativphase bewertet?

Palliativphasen bewerten nicht das Handeln der Palliativteams. Es gibt Komplikationen, die nicht vorhersehbar sind oder auch Patient*innen, die im Versorgungsplan geplante Maßnahmen ablehnen und immer wieder eine Überarbeitung/Neuplanung der Versorgung einfordern!

Wir als COMPANION Team können außerdem keine Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeitende ziehen, da die Daten rein anonymisiert exportiert werden.

Zum Weiterlesen und–lernen

- a. COMPANION– Palliative Vitalparameter – Manual zur Einführung eines Komplexitätsassessments (LMU Klinikum Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin)
→ http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/Forschung/Broschuere-A5-Companion_AH_09032021_2.pdf
- b. Palliativphasen in der spezialisierten Palliativversorgung (LMU Klinikum Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin) – Manual zur Implementierung und Anwendung
→ http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/Forschung/Broschuere-Palliativphasen_gedruckte-Version.pdf
- c. Übersicht Rhythmus der Dokumentation
→ http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/Forschung/Uebersicht_Datenerhebung.pdf
- d. Hull York Medical School
→ <https://www.hyms.ac.uk/research/research-centres-and-groups/wolfson/resolve/access-resolve-training-resources>
- e. Behandlungsempfehlungen für die Integrierte Palliative Outcome Skala in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (LMU Klinikum Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin)
- f. Erweiterte S3-Leitlinie; Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung; Kurzversion 2.3–Februar 2021

*Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich gerne an das Projektteam.
Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.pall-companion.de>*

Glossar

COMPANION - Entwicklung einer patientenzentrierten national anwendbaren Komplexitäts- und Case Mix-Klassifikation für erwachsene Palliativpatient*innen basierend auf Bedürfnissen und Ressourcenverbrauch

Assessment - Bewertung, Beurteilung, Einschätzung

IPOS – Integrated Palliative care Outcome Scale = Integrierte Palliative Care Outcome Skala

PCPSS – Palliative Care Problem Severity Score = Score für Palliative Problem- und Symptomstärke

AKPS – Australia-modified Karnofsky Performance Status = Australien-modifizierter Karnofsky Funktionsstatus (Maß für den allgemeinen Funktionsstatus des/der Patient*in)

Modifizierter Barthel Index = Erfasst und beurteilt den Funktionsstatus grundlegender Alltagsfunktionen von Patient*innen

Palliativphasen – dienen dazu, einen klinisch bedeutsamen Zeitraum im Krankheitsverlauf von Patient*innen zu bestimmen

ISPC – Informationssystem Palliative Care = Web – bzw. Server basierte Patientenakte für die ambulante und stationäre Palliativversorgung der Firma Smart-Q

Kontakte Projektteam

Team München:

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Klinikum der Universität München – Großhadern

Daniela Gesell MSc

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 089/4400 77920 | daniela.gesell@med.uni-muenchen.de

Julia Wikert MSc

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 089/4400 77916 | Julia.wikert@med.uni-muenchen.de

Sybille Wright

Study Nurse
Tel. 089/4400 77932 | sybille.wright@med.uni-muenchen.de

Dr. Farina Hodiamont

Wissenschaftliche Mitarbeiterin/ Projektkoordinatorin
Tel. 089/4400 77922 | Farina.hodiamont@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Projektleitung
Tel. 089/4400 74929 (Sekretariat) | Claudia.bausewein@med.uni-muenchen.de

Team Göttingen:

Klinik für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Göttingen

Maximiliane Jansky

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. +49 (0)551 / 39-60557 | Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de

Susanne Klie

Study Nurse
Tel. +49 (0) 551 / 39-60558 | susanne.klie@med.uni-goettingen.de

Eva Lehmann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Eva.lehmann@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Friedemann Nauck

Direktor der Klinik für Palliativmedizin
Tel. +49 (0)551 / 39-60500 | Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de