

Vorschläge für die Arbeitsweise von Palliativdiensten (PD) in der COVID-19-Pandemie, Stand 21.03.20

Autorenteam: Birgitt van Oorschot, Birgit Haberland, Steffen Simon, Susanne Tänzler, Carmen Roch, Bernd Oliver Maier, Claudia Bausewein für die AG stationäre Versorgung und Palliativdienste der DGP und für das Fachreferat Palliativdienste der DGP Landesvertretung Bayern

Palliativdienste stehen vor der Herausforderung, ihre Arbeitsweise an die besonderen Herausforderungen der Pandemie Situation anzupassen. Es ist von einem deutlich gesteigerten Bedarf bei deutlich reduzierten Ressourcen auszugehen. Die folgenden Überlegungen können hilfreich sein, um die Ressource Palliativdienst angemessen in das medizinische Krisenmanagement einzubringen.

1. Sofortige Umstrukturierung der Arbeitsabläufe

• Allgemeines

- offene Kommunikation mit Primärbehandlern, sowie mit Patienten und Angehörigen, dass die Arbeitsweise des PD (Patientenbegleitung/Angehörigenbetreuung) pandemiebedingt angepasst werden muss.
- Dokumentation, dass im Rahmen der Corona-Epidemie zum Schutz aller möglichst auf eine 1:1 Anamnese verzichtet wurde
- Beratungsgespräche finden nur bei **strenger Indikation** (z.B. komplexe Symptome) und **monoprofessionell** auf den Stationen statt
- **Reevaluation vom Behandlungsplan und Empfehlungen zur Symptomkontrolle telefonisch**, wenn möglich
- Bei tgl. Teambesprechungen Mindestabstand (1,5 m) einhalten und Gruppe möglichst klein halten, weitere teaminterne Abstimmung möglichst telefonisch
- Telefonate mit Patienten/Angehörigen als patientennahe Zeit dokumentieren, sofern diese einen persönlichen Kontakt ersetzen.

• Arbeitsabläufe

- Erstellung eines Basisassessments + Behandlungsplans auf Grundlage tel. anamnestischer inkl. fremdanamnestischer Angaben
 - **Wenn möglich: telefonisch** mit fallführendem anfragendem Kollegen
 - + elektronischer Krankenhausakte
 - + wenn möglich Telefonat mit Patienten und/oder seinen Angehörigen
- Nach **möglichst telefonischer** Erfassung der Symptomlast und Bedürfnisse **telefonische kollegiale** Beratung zur
 - Symptomkontrolle
 - Notfallplan, PV, VV
 - Klärung des Therapieziels (Intubation, Beatmung, Intensivstation)
 - Psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten
 - Wenn erforderlich ärztliche Symptomeinschätzung, sowie ggf. klinische Untersuchung vor Ort zur Vermeidung von Fehldiagnosen

- **Begleitung Sterbender durch PD auf den Primärstationen**
 - Individuelles Vorgehen in Abstimmung mit den primär behandelnden Teams, aktuelle Hausregeln sowie der Besuchsregelungen / Ausnahmeregelungen im Rahmen von Ausgangsbeschränkungen der Bundesländer beachten
 - Tel. Anleitung und Unterstützung der primären Behandlungsteams (Call Center Funktion)
 - ggf. Einrichtung von Telefonsprechstunden für Angehörige aufgrund von Besuchsbeschränkung/-verbot und/oder Isolations- bzw. Quarantänemaßnahmen der An-/Zugehörigen, individuelle Regelungen
 - im Einverständnis mit Patienten bzw. legitimierten Stellvertretern auch proaktive Telefonate mit Angehörigen zur Informationsweitergabe

2. Teambesprechungen/ sonstige Meetings

- **Teambesprechungen auf ein Mindestmaß reduzieren, evtl. Skype-/Video-oder Telefonkonferenzen**
- **Multiprofessionelle Abstimmung**, wenn möglich **telefonisch**, ggf. mit mind. **1,5 m Abstand**
- **Weitere Face-to-Face-Meetings soweit möglich aussetzen, wie z.B.** Supervisionen, Fortbildungen
- Empfehlung: prüfen, ob **Umstellung auf virtuelle Medien möglich** (Video- und Telefonkonferenzen)

3. Schutz der Mitarbeiter im PD/ Prävention nosokomialer Infektionen

- Basishygienemaßnahmen berücksichtigen
- Berücksichtigung der „Hygienemaßnahmen bei Patienten mit V.a. bzw. bestätigter Infektion mit Covid-19“ entsprechend Hygieneplan der jeweiligen Krankenhäuser
- **MundNasenSchutz Nutzung** (nach Verfügbarkeit und Priorität) **durch Palliativdienst in der aktiven Patientenversorgung gemäß der hauseigenen Richtlinien**

4. Interne Abstimmung mit Netzwerkpartnern (z.B. Psychoonkologie, Seelsorge, Sozialdienst)

- Möglichkeiten zur Unterstützung von Mitarbeiter*innen in besonderen Belastungssituationen erfragen und organisieren
- Andere Verfügbarkeiten/Arbeitsabläufe erfragen
- Abstimmung Begleitung sterbender Patienten/Unterstützung der Angehörigen
- Ambulante Unterstützungsangebote für Angehörige einbeziehen (z.B. Pfarrer*Innen in den Kirchgemeinden)

5. Zusätzliche Aufgabenfelder mit hoher Priorität während der Pandemie

Unterstützung der Akutmedizin durch die spezialisierte Palliativmedizin

- Anleitung und kollegiale Beratung der akut medizinischen Kolleg*innen in Fragen der Therapiezielfindung, Symptombehandlung (einschließlich Notfallpläne) sowie End of life Care durch PD (+ Hintergrunddienst PD)
- kollegiale Beratung der akut medizinischen Kolleg*innen in der Nothilfe zu akuten Fragen der Therapiezielfindung, Symptombehandlung, End of life Care durch 7/24 Erreichbarkeit des Dienstarztes PD
- Weitere Erstellung von Handlungsempfehlungen (bereits durch DGP begonnen, Ergänzend wäre inhaltlich ergänzend zu Symptomatischer Behandlung von Atemnot, Empfehlungen Notfallplan Atemnot/Atemnotattacke, bronchiale Verschleimung, Delir, Begleitung in der Sterbephase, Implementierung adaptierter hauseigener Algorithmen
- Mitarbeit an Priorisierungs-Konzepten (gemeinsam mit Notfallmedizin, Pneumologie, Intensivmedizinern, klinisches Ethikkomitee)
- Beteiligung an Kriseninterventionskonzepten für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in Pandemiesituationen
- Rückkoppelung der notwendigen Arbeitsschwerpunkte mit örtlichem zentralen Krisenstab (Einsatz der personellen Ressourcen nach Brennpunkten und parallel Entwicklung adaptierter Behandlungspläne)