

Antrag für den Anerkennungs- und Förderpreis für Praxisinitiativen -und Projekte in der Palliativversorgung

**Palliativversorgung im Krankenhaus- Pflege- und Prozessmanagement
Palliative Care- ein Projekt zur Umsetzung der Herausforderungen im klinischen Alltag**

Eingereicht von: **Bianka Neubert** ,Leitung Pflege- und Prozessmanagement
Station 205 B

Katrin Wiens Pflege- und Prozessmanagement Palliative Care
Evangelische Lungenklinik Berlin, Johannesstift Diakonie

Zusammenfassung

Das Projekt, ein **Pflege und Prozessmanagement Palliative Care** als feste Organisationseinheit im multiprofessionellen Behandlungsteam zu etablieren, entstand aus der intrinsischen Motivation von Bianka Neubert und Katrin Wiens, dem Autorinnenteam, und wurde letztlich in Zusammenarbeit mit dem gesamten Behandlungsteam entwickelt. Dieses setzt sich aus Pflegenden mit unterschiedlichen Abschlüssen und Qualifikationen, Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Psychoonkolog:innen und Physiotherapeut:innen und Servicekräften zusammen. Es wurde die Idee entwickelt, Angebote der Palliativversorgung, z.B. die allgemeine Komplexbehandlung in die Akutstation zu integrieren. Vor der eigentlichen Umsetzung war zu prüfen, ob und inwieweit hiermit bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden können, um die Lebensqualität der schwerstkranken Patient:innen zu verbessern und eine Übertherapie am Lebensende zu vermeiden.

Im Gegensatz zu bestehenden Konzepten der Palliativversorgung auf Akutstationen, wie einem Palliativkonsildienst, dessen Arbeit auf Grund bestehender Kapazitätsengpässe z.B. in der Ärzteschaft häufig erschwert ist, sollte ein Organisationsmodell entwickelt und erprobt werden, dass unabhängig, eigenständig und ohne vorangegangene Erstellung eines Konsils tätig wird; ein Modell, mit dem der palliative Bedarf der schwerstkranken Patienten früher erkannt wird, Maßnahmen der palliativen Versorgungsstruktur parallel zur Tumorthherapie wirksam werden und womit der Therapiewechsel von der zielgerichteten Tumorthherapie hin zu einer reinen symptomorientierten Palliativversorgung eingeleitet wird. Hierbei steht neben der

zeitgerechten Integration palliativer Angebote die patientenorientierte Perspektive im Mittelpunkt.

Ausgehend von den subjektiven Wahrnehmungen Mitarbeitender auf der Station wurde

- a) mittels systematischer Analyse von Verlaufsdocumentationen bei einer vorgesehenen Verlegung auf eine Palliativstation und
- b) strukturierter Interviews mit den Mitarbeitenden über den Bedarf und erzielbaren Nutzen palliativer Versorgung innerhalb der Akutstation sowie den hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen

ein Organisationsvorschlag entwickelt, erprobt und evaluiert. Die Einschätzung des palliativen Bedarfes und des bestmöglichen Zeitpunkts für einen Therapiewechsel von tumorspezifischer Therapie hin zu symptomorientierter Therapie wird durch eine Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Palliative Care (DGP zertifiziert) vorgenommen. Jeder auf diesem Wege erarbeitete Vorschlag wird durch die zuständige Oberärztin mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin bestätigt und gelangt erst hiernach zur Umsetzung. Im Januar 2023 startete der Modellversuch auf unserer internistischen Station mit dem Schwerpunkt Onkologie. Nach sechs Monaten wurde der Modellversuch auf eine weitere internistische Station mit dem Schwerpunkt nichtinvasive Beatmung ausgeweitet.

Die Evaluation beider Modellversuche im November 2023 hatte gezeigt, dass der palliative Bedarf der Patient:innen eher erkannt wird und eine bedürfnisorientierte und zeitgerechte Integration der palliativen Versorgungsangebote realisiert werden kann. Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team wird entscheidend gefördert und Ressourcenverschwendung, z.B. in Folge von Kommunikationsverlusten oder Doppelarbeit, wird vermieden. Zudem wurden durch die Abrechnung der allgemeinen Komplexbehandlung Erlöse generiert.

Mittlerweile ist das Projekt erfolgreich in unser Fachkrankenhaus implementiert und fester Teil der Versorgungsstruktur. Anhand der gewonnenen Erfahrungen schlagen wir diese Vorgehensweise als alternativen Ansatz für den Aufbau palliativer Versorgungsangebote in anderen Krankenhäusern vor.

Inhalt:

1. Ausgangslage
2. Umsetzung des Projektes
 - 2.1 Vorbereitung der Pilotphase
 - Auswertung der Dokumentation
 - Strukturierte Interviews
 - Hospitationen
 - Festlegung der Aufgaben Pflege- und Prozessmanagement Palliative Care
 - Schulung der Mitarbeitenden bei der Nutzung der Assessmentbögen
 - Vorstellung des Projektes auf der Pilotstation
 - 2.2 Start der praktischen Umsetzung im stationären Setting
 - 2.3 Erweiterung des Projektes stationsübergreifend
 - 2.4 Abschluss der Pilotphase, Entscheidung für den dauerhaften Einsatz einer PPM Palliative Care
3. Kosten
4. Anschlussplanung; Verstetigung und Ausweitung innerhalb des Klinikums
5. Quellennachweis
6. Anhang

1. AUSGANGSLAGE

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) enthält vielfältige Maßnahmen, die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern. Palliativversorgung soll die Folgen einer Erkrankung lindern (Palliation), wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Sie kann zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz erbracht werden. Das HPG gilt seit dem 8. Dezember 2015¹. Fachkräftemangel, Arbeitsverdichtung, die hohe Anzahl an Patient:innen mit immer kürzeren Liegedauern stehen diesem Anspruch gegenüber.

In Deutschland sterben jährlich mehr als 900.000 Menschen, wobei die häufigsten Todesursachen kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen darstellen. Viele dieser Menschen entwickeln im Krankheitsverlauf einen palliativen Versorgungsbedarf, der nach aktuellen Schätzungen in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen wird. Während nur ein kleiner Anteil dieser Menschen in der letzten Lebensphase eine spezialisierte Form der Palliativversorgung (z. B. auf einer Palliativstation) benötigt, können die meisten Menschen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung, vor allem durch Hausärzt:innen, betreut und begleitet werden. Die allgemeine Palliativversorgung bildet die Basis aller palliativen Versorgungskonzepte und umfasst Aufgaben wie die Behandlung von Symptomen, die Begleitung bei Problemen auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene sowie die Koordination der Versorgung und die Integration spezialisierter Palliativversorgung, wenn indiziert. Der Palliative Versorgungsbedarf bezieht sich auf die Betreuung und Unterstützung von Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und sich im Endstadium ihres Lebens befinden. Dieser Bedarf zielt darauf ab, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung dieser schwerstkranken Menschen zu erhalten, zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen^{2,3}.

Die Evangelische Lungenklinik Berlin, eine der zehn größten Lungenkliniken in Deutschland, ist eine weithin anerkannte Spezialklinik für akute und chronische Erkrankungen der Lunge sowie des Brustkorbs und seiner Organe. Das 1952 gegründete Haus befindet sich heute in Trägerschaft der Johannesstift Diakonie gAG

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz/> (Zugriff 19.02.2024 18:30 Uhr)

² <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/versorgungsformen/palliativversorgung/> (Zugriff 09.04.2024 12:30 Uhr)

³ <https://www.staerkergegenkrebs.de/palliativversorgung/die-palliativversorgung/> (Zugriff 09.04.2024 12:35 Uhr)

und ist als diakonische Einrichtung dem christlich motivierten Dienst am Menschen verpflichtet. Unsere hochspezialisierten Teams der Pneumologie, Thoraxchirurgie, Radiologie, Anästhesie und Intensivmedizin behandeln rund 6.200 stationäre Patient:innen jährlich.

Das Krankenhaus ist als Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie sowie als Lungenkrebszentrum zertifiziert und als Schlafmedizinisches Zentrum sowie als Weaning-Zentrum zur Entwöhnung vom Beatmungsgerät akkreditiert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die palliativmedizinische Komplexbehandlung: Speziell ausgebildete Ärzt:innen, Pflegekräfte und Mitarbeitende aus den Bereichen Psychoonkologie, Seelsorge, Sozialdienst und Physiotherapie sorgen dafür, die Lebensqualität von schwerstkranken Patient:innen bis zuletzt aufrecht zu erhalten.⁴

Im Dezember 2018 wurde in unserem Fachkrankenhaus, der Evangelischen Lungenklinik Berlin, Johannesstift Diakonie in der Klinik für Pneumologie eine Palliativstation mit 14 Betten eröffnet. Auf dieser Station wird die spezialisierte palliative Komplexbehandlung umgesetzt. Patient:innen mit komplexer Symptomlast auf individuell verschiedener physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene, werden hier durch ein Team von Ärzt:innen mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin, geschulten Pflegekräften, Sozialarbeiter:innen, Psychoonkolog:innen, Physiotherapeut:innen, Ergo- und Kunsttherapeut:innen und der Seelsorgenden betreut und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt. An- und Zugehörigen kann in den großzügig eingerichteten Zimmern bei Bedarf ein zusätzliches Bett zur Verfügung gestellt werden. Durch die räumliche Trennung zu den anderen Stationen unserer Fachklinik -die Station befindet sich in einer denkmalgeschützten, aufwendig restauriert und liebevoll eingerichteten Villa- haben die schwerkranken Patient:innen einen Ort der Ruhe außerhalb des Routinebetriebes einer Akutstation im Krankenhaus.

Die Entscheidung zur Verlegung auf die Palliativstation verzögerte sich in vielen Fällen durch fehlende Aufklärung über die Chancen und Wirksamkeit des frühzeitigen und bedarfsgerechten Einsatzes palliativer Versorgungsangebote. Durch die über mehrere Monate andauernde Therapie entstand ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient:innen, An- und Zugehörigen und den Mitarbeitenden der Stationen. Ein Umstand, der einerseits positiv zu bewerten ist, auf der anderen Seite jedoch bei der Entscheidungsfindung eher hemmend wirkt.

⁴ <https://www.johannesstift-diakonie.de/medizinische-versorgung/evangelische-lungenklinik/> (Zugriff 08.04.2024 Uhr 10:30 Uhr)

Patienten fühlten sich abgeschoben und/oder aufgegeben.

Sätze wie „Jetzt muss ich ins Sterbehaus, die Ärzte haben mich aufgegeben, da wird doch sowieso nichts mehr gemacht.“, oder „Da möchte ich nicht hin, ich kenne dort Niemanden vom Personal.“

„Was ist Kunsttherapie, ich will doch nicht malen Lernen und gesund werde ich dadurch auch nicht.“

„Sie wollen also meinem Mann/Vater/Großvater..... nicht mehr helfen.“

Um das Spannungsfeld zwischen dem Entstehen palliativer Bedarfe im Krankenhaus und den begrenzten Kapazitäten auf der Palliativstation auszuleuchten, wurde die bestehende Verlegungspraxis zunächst anhand einer **Dokumentenanalyse** untersucht.

Fragestellungen hier waren: Haben Perspektivgespräche stattgefunden und waren diese multiprofessionell angelegt? Zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf fanden sie statt? Waren An- und Zugehörige dabei? Hatte die Struktur und Planung der Gespräche Einfluss auf den weiteren Behandlungs- und Entscheidungsprozess? Wurden die Perspektivgespräche nach einheitlichen und vergleichbaren Bewertungsmaßstäben dokumentiert?

Dazu wurde die Verlaufsdokumentation von 110 Patient:innenakten aller Stationen unseres Fachkrankenhauses ausgewertet. Zielgruppe waren Patient:innen, die im Verlauf auf die Palliativstation verlegt wurden.

Bei 50 % der Patient:innen fanden keine multiprofessionellen Perspektivgespräche statt bzw. waren mehrere Gespräche nötig, um Entscheidungen für den weiteren Behandlungsverlauf fällen zu können. Die Verunsicherung bei den Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen war nach den Gesprächen, die in den meisten Fällen nur unter vier Augen stattgefunden hatten, sehr groß. Dadurch kam es zu Verzögerungen bei den geplanten Verlegungen und die Patient:innen profitierten erst verspätet von der spezialisierten palliativen Komplexbehandlung.

Viele der gehörten Informationen waren bei den Betroffenen nicht mehr präsent bzw. abrufbar. Das führte häufig zu Missverständnissen zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Gerade Pflegende hatten das Gefühl zu wenig informiert zu sein, um auftretende Fragen der Patient:innen ausreichend beantworten zu können. Dem ganzheitlichen Pflegeverständnis stand das entgegen. Frustration, ein Gefühl von Inkompetenz und oft auch Verärgerung darüber, in die Rolle des „Unwissenden“ gedrängt zu werden, war die Folge.

Bei 30 % der Fälle waren multiprofessionelle Perspektivgespräche dokumentiert. Die Patient:innen fühlten sich gut aufgeklärt, profitierten zu einem früheren Zeitpunkt von den Angeboten der Palliativmedizin. Die Mitglieder des Behandlungsteams hatten den selben Informationstand und waren dadurch befähigt, auftretende Fragen zu beantworten und bei den Patient:innen und den An- und Zugehörigen ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Daraus ergab sich ein wichtiger Auftrag für das Team, ein einheitliches Vorgehen zu entwickeln, Perspektivgespräche zu planen, dabei alle Berufsgruppen zu berücksichtigen und möglichst einen An- oder Zugehörigen mit einzuladen.

Im nächsten Schritt wurden strukturierte Interviews geführt. Es galt herauszufiltern, welche personellen und strukturellen Bedingungen erfüllt sein müssen, um palliativ medizinische Angebote umsetzen zu können sowie welche Aspekte die erfolgreiche Umsetzung behindern. Befragt wurden Pflegefachkräfte mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen und Qualifikationen, Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Psychoonkolog:innen, Physiotherapeut:innen und Service- Mitarbeiter:innen.

Folgende Ergebnisse ergaben sich aus der Befragung.

	Förderliche Aspekte	Hemmende Aspekte
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Fachweiterbildung Palliative Care • Erfahrung in der Versorgung von Patient:innen mit palliativem Bedarf • Bezugspflegemodelle • Kontinuierliche Fallbeobachtung durch ein und dieselbe Person und Bündelung der relevanten Informationen durch diese • Zeit haben und sich nehmen für die Versorgung der schwerstkranken Patient:innen • Die Versorgung bedürfnisorientiert gestalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Arbeitsverdichtung • Wenig Zeit für die Versorgung der schwerstkranken Patient:innen • Resignation wegen der angespannten personellen Lage im Krankenhaus • Perspektivwechsel vom „heilen Wollen“ zu „Begleitung und Unterstützung“ gelingt nicht • Die Chancen und Vorteile des Einsatzes der Palliativversorgung sind nicht bekannt • Der Palliative Bedarf der Patient:innen wird nicht erkannt oder erst sehr spät im Krankheitsverlauf • Kommunikationslücken zwischen den einzelnen

	<ul style="list-style-type: none"> • Eine positive Haltung zum Thema Palliativversorgung im Krankenhaus • Eine aktive Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben • Teamfähigkeit 	<p>Professionen führen zu Informationsverlusten und verursachen unnötige Mehrarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Dokumentation von geplanten aber auch erfolgten Maßnahmen
<p>Pat:innen und An- und Zugehörige</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie sehen palliative Versorgungsangebote, wie die allgemeine Komplexbehandlung als Unterstützung an • Sie können sich darauf aktiv einlassen • 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Begriff palliativ wird gleichgesetzt mit zeitnahe Sterben • Der Therapiezielwechsel wird nicht als solcher, d.h. auch als Chance einer objektiv besseren Versorgung gesehen, sondern als Abschieben und Aufgeben wahrgenommen <p>Patient:innen und / oder An- und Zugehörige fühlen sich nicht gut aufgeklärt und mitgenommen</p>
<p>Krankenhausstruktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vollbesetzter Stellenplan • Innovative Dienstplanmodelle • Geringe Fluktuation • Benennung von festen Ansprechpartnern aus allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen für Mitarbeitende und Patient:innen und An- und Zugehörige • Eine festgelegte Gesprächsstruktur für Aufklärungs- und Perspektivgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig wechselnde personelle Besetzung • Arbeitsverdichtung • Zunehmender Dokumentationsaufwand • Zu wenig Zeit für die eigentliche Versorgung der Patienten • Palliative Versorgungsstrukturen werden als nicht Erlösrelevant angesehen

	<ul style="list-style-type: none">• Feste Termine für die Teamsitzungen, die Teilnahme ist verbindlich• Anbieten von Fortbildungen für Mitarbeitende zur Qualitätssicherung	
--	--	--

Durch die Auswertung der Dokumentation und der Befragung der Mitarbeitenden wurden die Probleme und Herausforderungen, denen wir uns stellen wollten, noch einmal deutlicher. Durch häufig wechselndes Personal im pflegerischen Bereich, bedingt durch den Schichtdienst, kommt es zu Informationsverlusten. Die Verdichtung der Aufgaben im Dienst lässt wenig Zeit für Gespräche und die Versorgung und Begleitung von Patient:innen und An- und Zugehörigen. Patient:innen mit palliativem Bedarf, die sich in einer schweren Phase ihres Lebens befinden, brauchen hingegen feste Partner, die sich die Zeit nehmen können, aktiv zuzuhören und sich als Begleiter sehen und agieren.

Neben der fehlenden Weiterbildung im Fachbereich Palliativ Care, aber auch der fehlenden Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben, wurde bei allen Befragten der Zeitfaktor als Problem benannt - eine nur schwer zu bewältigende Herausforderung im Akutkrankenhaus, so auch in unserem Fachkrankenhaus. Um den Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden, so z. B. bei der pflegerischen Versorgung, als auch die nötige psychische Unterstützung leisten zu können, bedarf es neben einer entsprechenden Haltung bei den Kolleg:innen auch dementsprechende strukturelle und systemische Bedingungen.

Aus diesen Erkenntnissen ergab sich ein klares Ziel für dieses Projekt:

Die Entwicklung einer, auf die individuellen Gegebenheiten unseres Fachkrankenhauses abgestimmten Organisationsstruktur, der es gelingt, Verbindungsglied und ständiger Ansprechpartner zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu sein, als ständige Vertrauensperson für die schwerstkranken Patient:innen und deren An- und Zugehörige zu agieren, den Behandlungsplan aktiv mitzugestalten, die erforderliche Dokumentation eigenverantwortlich zu führen sowie die allgemeine Komplexbehandlung auf den peripheren Stationen neben der Palliativstation im Krankenhaus zu etablieren.

2. UMSETZUNG DES PROJEKTES

Die Freigabe des Projektes „Pfleger und Prozessmanagement Palliative Care“ erfolgte im September 2022 durch Bianka Grau, Pflegedirektorin der Evangelischen Lungenklinik Berlin. Die arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen, so u.a. die Freistellung für das Projekt sowie die Hospitationen und das Vorhalten der erforderlichen Personalkapazität, wurden durch sie geschaffen. Das Projekt war für die Dauer von sechs Monaten angelegt. Pilotstation war die Station 205 B, eine internistische Station mit dem Schwerpunkt Onkologie/Palliativmedizin. Die Projektgruppe bildeten Bianka Neubert, Leitung Pflege- und Prozessmanagement der Pilotstation, Onkologische Pflegefachkraft, Palliative Care und Katrin Wiens, zu diesem Zeitpunkt Pflegefachkraft auf der Pilotstation mit der Fachweiterbildung Palliative Care (DGP zertifiziert). Beide haben darüber hinaus die Weiterbildung Interdisziplinäres Fallseminar Palliative Care abgeschlossen.

Weitere Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen wurden bedarfsweise hinzugezogen, so z.B. bei spezifischen Fragestellungen der einzelnen, am Behandlungsprozess beteiligten Professionen.

2.1.VORBEREITUNG

Das Projekt fußt auf einer umfassenden Recherche. Sie umfasste neben der Literaturrecherche auch Gespräche mit Klinikpersonal wie Pflegenden, Ärzt:innen, Sozialarbeitenden, Psychoonkolog:innen usw., sowie Teamdiskussionen und Hospitationen in anderen Kliniken. Ziel dieser Sondierungen war es zu erfassen, welche strukturellen Bedingungen erfüllt sein müssen, um den betroffenen Patient:innen Angebote der palliativmedizinischen Versorgung anbieten zu können, welche der in unserem Fachkrankenhaus vorhandenen und bewährten Strukturen dafür genutzt werden können und welche Möglichkeiten es darüber hinaus gibt, eine individuell angepasste Lösung zu finden.

Vorrangig orientierten wir uns an der federführend durch die DGP entwickelten S3 Leitlinie Palliativ, sowie Empfehlungen, wie dem Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Entwicklung der Palliativdienste im Krankenhaus, Stand: 23.11.2022.^{5,6}

⁵ S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (dgpalliativmedizin.de); <https://www.dgpalliativmedizin.de/wissenschaft/s3-leitlinie.html> (Zugriff 27.03.2024 10:10 Uhr)

⁶ 221123_DGP_Positionspapier_Palliativdienste.pdf (dgpalliativmedizin.de); <https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/221123%20DGP%20Positionspapier%20Palliativdienste.pdf> (Zugriff 27.03.2024 10:15 Uhr)

Es fanden Gespräche mit Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz, Fachärztin für Pneumologie mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin, über Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung und den Anforderungen an das Projekt aus der Perspektive ihrer Verantwortlichkeit als zuständige Oberärztin statt. Entscheidend für sie war eine kontinuierliche Begleitung und Beobachtung der Patient:innen durch ein und dieselbe Person, um hierdurch von der subjektiv geprägten Wahrnehmung durch wechselnde Pflegende und Ärzt:innen unabhängiger zu sein und somit ein höheres Maß an Objektivität, Verlässlichkeit und Entlastung für die ärztliche Entscheidungsfindung zu erreichen.

Um zusätzliche Informationen zur Unterstützung unseres Entscheidungsprozesse zu sammeln wurde in der Klinik Amsee in Waren (Müritz) und im Martin-Luther-Krankenhaus in Berlin hospitiert. Beide Einrichtungen sind Teil der Johannesstift Diakonie. In der Klinik Amsee gibt es eine Palliativstation. Im Martin-Luther-Krankenhaus gibt es eine Palliativeinheit und parallel hierzu auf allen Stationen die Betreuung von Patient:innen mit palliativem Bedarf. Beide Konzepte wurden verglichen und diskutiert.

Im Ergebnis der Überlegungen stand die individuelle, auf die vorhandenen Bedingungen unseres Hauses zugeschnitten Lösung fest. Hierin bleibt die Grundkonstellation von Akutkrankenhaus und Palliativstation bestehen. Die Versorgungslücke im Bereich der palliativen Angebote auf den Stationen außerhalb der Palliativstation wird jedoch durch eine aus der Perspektive einer guten Palliativversorgung heraus tätigen Organisationseinheit **Pflege und Prozessmanagement Palliative Care** geschlossen.

Gemeinsam wurde festgelegt, wie die Umsetzung erfolgen kann, welche Aufgabenbereiche diese Organisationsstruktur beinhaltet, welche Mandatierung dafür notwendig ist und welche fachliche Qualifizierung Voraussetzung ist. Die stationsübergreifend tätige Organisationseinheit Pflege und Prozessmanagement Palliative Care wurde zunächst modellhaft eingesetzt und umfasst folgende Aufgabenbereiche:

Bezogen auf die Patient:innen, An-und Zugehörige, Mitarbeitende	Bezogen auf die Organisation
Ermitteln des palliativen Bedarfes der Patient:innen mittels Screening-Bogen, HOPE-Assessment/MiDos, Distressthermometer, Modul 1 und 2	Verantwortlich für die fallweise Qualitätssicherung in der Versorgung der schwerkranken Patient:innen, Weiterentwicklung und regelmäßige Anpassung von stations- und klinikinternen Abläufen

Ausführung sämtlicher administrativer Aufgaben, wie z.B. die Fallklassifikation palliativ, die Dokumentation der Teambesprechungen	Förderung der stationsübergreifenden Zusammenarbeit
Erstellen einer individuellen, ressourcen- und bedürfnisorientierten Pflegeplanung	Teilnahme an den Palliativ-Teamsitzungen aller involvierten Stationen
Unterstützen der Kollegen bei der Umsetzung und Anpassung der Pflegeplanung	Unterstützung/Beratung der Mitarbeitenden in Fragen zur Palliativversorgung
Teilnahme an den multiprofessionellen Perspektivgesprächen	Emotionale Unterstützung für die multiprofessionellen Teams
Fester Ansprechpartner für Patient:innen und An- und Zugehörige Begleitung bei Bedarf in der Sterbephase	Mitarbeit in der häuserübergreifenden Palliativ AG unter der Leitung von Dr. med. Karin Barnard, Leiterin Stabsstelle Palliativmedizin Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin Johannesstift Diakonie gAG
Anleitung der An- und Zugehörigen bei Maßnahmen in der Terminalphase, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der Mundpflege ▪ Auflagen und Wickel ▪ Aromapflege 	Mitarbeit bei der AG Ko Wohl (Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit palliativem Bedarf)

Im nächsten Schritt, wurde das Konzept im Rahmen einer Teambesprechung auf der Pilotstation vorgestellt. In den folgenden Wochen wurden alle Mitarbeitenden dieser Station in der Anwendung der Assessmentbögen (HOPE, Distressthermometer) geschult und in der Nutzung der für die Palliativdokumentation notwendigen, abrechnungsrelevanten digitalen Dokumente im hauseigenen Dokumentationssystem eingewiesen.

2.2.START DER PRAKTISCHEN UMSETZUNG IM STATIONÄREN SETTING

Im Januar 2023 wurde nach Absprache mit unserer Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz den ersten Patient:innen auf der Pilotstation das palliativ medizinische Behandlungskonzept vorgestellt. In einem gemeinsamen Gespräch wurde die individuelle Symptomlast erfasst, die Ziele, Wünsche und Bedürfnisse der Patient:innen wurden erfragt, erste Maßnahmen zur Symptomlinderung wurden gemeinsam besprochen und festgelegt. Sie wurden in die allgemeine Komplexbehandlung eingeschlossen. Hiernach erfolgte die Anmeldung der im Pflege und Prozessmanagement Palliative Care betreuten Patient:innen bei den Mitarbeitenden der Psychoonkologie, des Sozialdienstes und der Physiotherapie. Die Anmeldung sowie die Dokumentation des Behandlungsplanes und des Biografie Gespräches fielen nach Absprache in der Projektgruppe und regelmäßiger fallweiser Rücksprache mit unserer Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz, ebenfalls in den Aufgabenbereich der Organisationseinheit Pflege- und Prozessmanagement Palliative Care. Die tägliche Überprüfung der Eintragungen der Therapiezeiten durch die verschiedenen Berufsgruppen und die Dokumentation der Teambesprechungen ergänzen das Aufgabengebiet. Dieses Procedere hat sich in den organisatorischen Abläufen unserer Klinik bewährt und entlastet insbesondere auch den ärztlichen Dienst.

Alle weiteren Behandlungsschritte, wie eine Anpassung der Medikamente, Organisation und Beratung zu weiteren Versorgungsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, Atemtherapie, Übungen zum Erhalt bzw. Förderung der Mobilisation, Unterstützung beim Erhalt der Selbstständigkeit wurden im gesamten Behandlungsteam besprochen. Durch eine tägliche Pflegevisite war es möglich, auf akute Veränderungen schneller reagieren zu können.

Die Assessmentbögen bildeten von Beginn an die Basis für die zu planenden Behandlungskonzepte. Krankenbeobachtung und die Fähigkeit zur Empathie spielen aber eine ebenso große, wenn nicht sogar größere Rolle. Erfahrungsgemäß neigen „unsere“ Patient:innen zur Untertreibung, wenn es um ihre eigenen Symptome geht. Schmerzen werden als normal empfunden, weil sie schon über Jahre bestehen oder nicht mit der Krebserkrankung in Verbindung gebracht werden. Dauerhafte körperliche Erschöpfung, Interessenverlust oder Appetitmangel werden dem normalen Alterungsprozess zugeordnet.

Eine Anfangsschwierigkeit bei der Praxiseinführung bestand darin, dass die Relevanz der täglichen Dokumentation bei allen beteiligten Berufsgruppen erst nach und nach erkannt und verinnerlicht wurde. Ein Hemmnis bestand ferner im Wechsel der ärztlichen Besetzung, der sich aus dem Wirken der Evangelischen Lungenklinik als Ausbildungs Krankenhaus ergab. Gerade in diesem Aspekt wurde immer wieder sichtbar, dass sowohl Erfahrung der Mitarbeitenden, als auch eine bewusste Haltung zu den Möglichkeiten und Chancen einer Palliativversorgung entscheidende Faktoren sind; andernfalls werden die palliativen Bedürfnisse der Patient:innen zu spät erkannt und die Entscheidung für die symptomorientierte Therapie unnötig verzögert.

Zudem gab es trotz des professionellen Verstehens persönliche Herausforderungen: Die ersten Gespräche, die geführt wurden durch Katrin Wiens, waren ungewohnt, emotional belastend, zum Teil beunruhigend. Das Wissen um die Vorteile der Angebote der Palliativmedizin ist die eine Seite, dass offene Thematisieren des Sterbens und das darüber sprechen, eine andere.

Viele der Patient:innen verbinden mit dem Begriff Palliativ „...jetzt ist es soweit, ich muss bald sterben.“ Die Angst, dass in diesem Moment das Gespräch beendet wird, schwang immer mit und führte teilweise zu einer sehr steifen, von Unsicherheit geprägten Gesprächsatmosphäre. Unsicherheit seitens der Behandler wiederum führt wieder zu Ängsten und Verunsicherung bei den Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen. Eine Situation in die wir „unseren“ schwerstkranken Patient:innen auf gar keinen Fall bringen wollen. Seit wir das Projekt gestartet haben, ist das zum Glück nicht vorgekommen.

2.3. ERWEITERUNG DES PROJEKTES STATIONSÜBERGREIFEND

Im Juni 2023 konnte das Projekt auf eine weitere Station ausgeweitet werden. Schwerpunkt dieser internistischen Station als Teil der Klinik für Pneumologie ist die nichtinvasive Beatmung. Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz ist auch hier die verantwortliche Palliativmedizinerin in enger Rücksprache mit den anderen Oberärzt:innen.

Die wöchentliche multiprofessionelle Palliativteamsitzung findet für beide Stationen gemeinsam statt. Durch die Teilnahme an der Übergabebesprechung zwischen den Pflegekräften und Ärzt:innen auf beiden Stationen war es möglich, die Patient:innen mit hoher Symptomlast zu identifizieren und sie im Pflege und Prozessmanagement Palliative Care betreuen zu können.

Neben der Erprobung einer grundsätzlichen Übertragbarkeit auf andere Stationen, insbesondere auch im Hinblick auf stationsspezifisch verschiedene Arbeitsabläufe, war in der Übertragungsphase besonders zu prüfen, ob der quantitative Zuwachs durch die Organisationseinheit Pflege und Prozessmanagement Palliative Care zu bewältigen ist. Im Ergebnis stellten wir fest, dass die Kapazitäten bei der umfassenden Betreuung von circa 10 Patienten ausgeschöpft sind. Darüber hinaus wird es schwierig die Qualität aufrecht zu erhalten, allen Bedürfnissen der Patient:innen, An- und Zugehörigen und den Anliegen der Mitarbeitenden gerecht zu werden. Andererseits erscheint dieser Kapazitätsrahmen mit Blick auf die Kapazität der Palliativstation von 14 Betten aber auch hinreichend, solange es keine gravierenden Veränderungen bei den im Pflege und Prozessmanagement Palliative Care mitwirkenden Personen gibt. Der hohe Stellenwert eines personell stabilen und eingearbeiteten Teams wurde in der

Erprobungsphase auch daran sichtbar, dass Urlaub oder Arbeitsunfähigkeit der festen Projektmitglieder nach sich zog, das stationsübergreifende Konzept in diesen Zeiträumen nicht umsetzen zu können.

Dennoch konnten in den ersten drei Quartalen des Jahres 2023 durchweg 51 Prozeduren der allgemeinen Palliativ Komplexbehandlung erfolgreich durchgeführt und entsprechend abgerechnet werden.⁷

2.4.ABSCHLUSS DER PILOTPHASE, ENTSCHEIDUNG ZUR DAUERHAFTEN EINFÜHRUNG EINER PPM- PALLIATIVE CARE

Die Entscheidung zur dauerhaften Einführung einer PPM- Palliative Care wurde im November 2023 durch die Mitglieder der Projektgruppe, Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz und Frau Grau getroffen. Ein hierfür maßgebender Grund waren auch die in der täglichen Arbeit erlebten, greifbaren Verbesserungen.

Die hauptsächlichen Ergebnisse des Pilotversuches sind:

- Durch den dauerhaften Einsatz der Organisationseinheit Pflege- und Prozessmanagement Palliative Care (PPM Palliative Care) konnten wir auf den Akutstationen dauerhaft die allgemeine palliative Komplexbehandlung umsetzen.
- Durch eine tägliche Pflegevisite, bei der die Symptomlast im Fokus steht, kann schneller und effizienter auf Veränderungen reagiert werden.
- Die schwerstkranken Patienten profitieren bedarfsorientiert und zeitgerecht von Angeboten der Palliativversorgung.
- Die abrechnungsrelevante Dokumentation ist vollständig, so dass auch Zusatzentgelte generiert werden können.
- Durch den Einsatz der PPM Palliative Care als eigenständige Organisationseinheit gelingt es, eine würdevolle Sterbebegleitung bei allen Bedürftigen im Akutkrankenhaus leisten zu können und damit eine Versorgungslücke zu schließen.
- Angehörige haben auch über den Tod hinaus eine feste Bezugsperson.

Die hohe Symptomlast der schwerstkranken Patient:innen wird durch den gezielten Einsatz der Erhebungsbögen früher erkannt. Angebote der palliativ medizinischen Versorgung kommen bedarfsorientiert und zeitgerecht zum Einsatz.⁵

⁷ Mitteilung Stefanie Hasselbach, Prokuristin, Leitung Medizincontrolling und Patientenmanagement; E-Mail vom 14.11.2023

Symptomlinderung rückt in den Fokus und führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität. An- und Zugehörige fühlen sich mit ihren Ängsten und Problemen ebenso angenommen.

Patient:innen und ihre An- und Zugehörigen, mit Lebenszeit einschränkender Diagnose, erhalten unabhängig von ihrer Symptomlast Informationen über palliativmedizinische Versorgungskonzepte.

Alle Berufsgruppen sind sensibilisiert für dieses Thema. Das betrifft Ärzt:innen, Pflegende, Psycho-Onkolog:innen, Sozialarbeiter:innen, Physiotherapeut:innen sowie Servicemitarbeitende und Auszubildende und Praktikant:innen.

Es wurden auf der Pilotstation und der Internistischen Station mit Schwerpunkt nichtinvasive Beatmung interessierte Pflegefachkräfte mit Palliative Care Weiterbildung (DGP zertifiziert) in den Aufgabenbereich eingearbeitet. Diese übernehmen in Abwesenheit der Organisationseinheit Pflege und Prozessmanagement Palliative Care jeweils auf ihrer Station die anfallenden Aufgaben.

Bei allen Patient:innen werden zur Erhebung der Symptomlast festgelegte Assessments angewendet. Dazu gehört das HOPE- Assessment sowie das Distressthermometer (siehe Anhang). Alle Pflegefachkräfte wurden in der Anwendung unterwiesen und wenden diese an.

Auch für Auszubildende sind diese Gespräche zur Erfassung der Symptomlast nach festgelegten Strukturen ein gutes Mittel zur Schulung ihrer Kommunikationsfähigkeiten sowie der Krankenbeobachtung.

Aus dem Pilotversuch lassen sich für eine etwaige Adaptation des Organisationsprinzips PPM Palliative Care in andere Einrichtungen folgende Empfehlungen ableiten:

Palliativversorgung kann nur im Team funktionieren. Es braucht neben Aufklärung und dem offen Sprechen über das Thema vor allem einen Kern motivierter und veränderungsbereiter Mitarbeitenden sowie ein gemeinsames Grundverständnis und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen bzw. mit den jeweiligen Stationsleitungen.

Um die Entwicklung der „palliativen Kultur“ zu fördern, wurde in unserem Fachkrankenhaus die AG Palliativ gegründet. Sie vereint alle Berufsgruppen und festigt das Selbstverständnis einer differenzierten Versorgung schwerstkranker Patient:innen im Kontext der gesamten Einrichtung.

Es wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies gerade nicht in Konkurrenz zur bestehenden Palliativstation geschieht, sondern in deren Ergänzung. Bei komplexer Symptomlast werden die Patient:innen zu den Vorteilen der Betreuung auf der Palliativstation beraten; der Verlegungsprozess wird gebahnt und begleitet.

3. KOSTEN

Das Gelingen des Projektes wurde durch ein hohes Engagement des gesamten Klinikpersonals ermöglicht und von ihm getragen. Von Anbeginn bis zum Ende der Pilotphase und auch in der jetzigen Implementierung waren Leitungspersonen und Mitarbeitende professionell und persönlich engagiert und fester Bestandteil der Umsetzung. Die Vorbereitung der Pilotierung lief parallel zu den bestehenden Dienstaufgaben und war deshalb von erheblichen Mehrbelastungen der Mitwirkenden begleitet. Eine valide Ermittlung projektbezogener Personalkosten war nicht möglich.

Die Kosten infolge von Freistellungen für Hospitationen wurden durch die Einrichtung getragen. Die Fahrtkosten zu den Hospitationsorten wurden durch die Projektmitglieder übernommen. Alle Hilfsmittel, die wir anwenden, wie z.B. Aromaöle, Kirschkernkissen, Materialien für Wickel und Auflagen oder auch die herzförmigen Kissen sind entweder über das Stationsbudget finanziert worden oder über Spenden angeschafft.

Die herzförmigen Kissen, zu sehen auf den Fotos im Anhang, die wir als Lagerungskissen nutzen und jedem Patienten mit persönlichen Worten übergeben nährt die Mutter eines unserer Kollegen und das „Palliative Mobil“ wurde privat durch eine Kollegin angeschafft.

4. WEITERE PLANUNG; VERSTETIGUNG UND AUSWEITUNG INNERHALB DES KLINIKUMS

Zukünftig sind weitere Anpassungen notwendig. Geplant sind beispielsweise, dass weiterhin regelmäßig Kolleg:innen die Fachweiterbildung Palliative Care (DGP zertifiziert) absolvieren.

Durch den noch in diesem Jahr angestrebten Abschluss der Kursleiterschulung Palliative Care (DGP zertifiziert) werden wir in der Lage sein, ein maßgeschneidertes, auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden abgestimmtes inhouse Fortbildungsprogramm zu entwickeln und anzubieten.

Die Ausweitung des Angebotes der allgemeinen palliativen Komplexbehandlung auf andere Stationen ist weiterhin ein angebahntes Ziel. Hierfür muss es aber im Vorfeld genaue Überlegungen und Festlegungen geben, wie dieses Ziel, vor allem personell umgesetzt werden kann.

Regelmäßige Befragungen der Mitarbeitenden sollen genutzt werden, um das Konzept regelmäßig zu evaluieren und ggf. anzupassen.

In Planung sind ebenfalls Interviews mit Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen zur Wirksamkeit der Angebote der Palliativversorgung.

Abschließen möchten wir mit unseren ganz persönlichen Gedanken und unserem Selbstverständnis zum Thema Palliativversorgung. Die Betreuung von Patient:innen mit einer lebenslimitierenden Diagnose, bedeutet für uns:

Halten aber nicht festhalten, umsorgen aber nicht bemuttern, Rat geben aber nicht belehren, stets da sein, aber auch gehen. Je nachdem wie es mein Gegenüber braucht.

Wir danken insbesondere Oberärztin Dr. med. Sylke Kurz für ihr Vertrauen in unsere Fähigkeiten als Pflegefachkräfte und gleichberechtigte Mitglieder im Behandler Team, allen Kolleg:innen der Stationen 205B und 205D, die mit viel Engagement die Umsetzung des Projektes unterstützt und möglich gemacht haben. Bianka Grau, Pflegedirektorin der Evangelischen Lungenklinik, danken wir für ihre Unterstützung bei organisatorischen Herausforderungen.

Kathrin Boneß, Bereichsleitung der Station 5 und Stellvertretende Pflegedienstleitung in der Klinik Amsee, Waren Müritz und Maureen Murphy, Palliative Care Nurse im Martin- Luther- Krankenhaus in Berlin, für ihre Geduld und Offenheit während der Hospitationen.

Literaturhinweise

Neben den im Text angegebenen Quellen lag unserer Arbeit -ohne dass hierauf in der Projektbeschreibung ausdrücklich Bezug genommen wurde- die nachfolgende Literatur zugrunde:

Der vergessene Schmerz: Schmerzmanagement und -pflege bei Demenz (Reinhardts Gerontologische Reihe) Taschenbuch – 5. März 2018

von [Rosmarie Maier](#) (Autor), [Petra Mayer](#) (Autor)

Am Ende bleibt die Liebe. Worte des Trostes (Am Ende bleibt die Liebe - Geschenke für Trauernde) Gebundene Ausgabe – 9. September 2020

von [Groh Verlag](#) (Herausgeber)

Aromapflege: Palliative Care für Einsteiger - Band 2 Taschenbuch – 4. Dezember 2014

von [Nadine Lexa](#) (Herausgeber), [Stefan Theierl](#) (Autor)

Basale Stimulation®: Palliative Care für Einsteiger, Band I Taschenbuch – 29. April 2014

von [Heike Walper](#) (Autor)

Äußere Anwendungen: Palliative Care für Einsteiger | Band 9 Taschenbuch – 18. Oktober 2021

von [Gerda Zölle](#) (Autor)

Pflegeplanung in der Palliativpflege: Sicher und kompetent handeln Gebundene Ausgabe – 30. Juni 2014

von [Angela P. Löser](#) (Autor)

Quellennachweis online

https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/allgemeinmedizin/downloads/weitere_Downloadelemente/AllPallMed_Broschuere_OPAL.pdf (Zugriff 08.04.2024, 12:30 Uhr)

<https://www.medi-karriere.de/magazin/pflegedokumentation/> (Zugriff 08.04.2024, 13:00 Uhr)

<https://www.psychologie-heute.de/leben/artikel-detailansicht/42084-empathie.html#Arten%20Der%20Empathie> (Zugriff 09.04.2024 13:30 Uhr)

Klinikinternes Dokumentationssystem Kiss

Anhänge:

Erhebungsmerkmale des Basis-assessments

Distress-Thermometer

HOPE -Assessment

Impression der Umsetzung im Stationsalltag

Bianka Neubert/Katrin Wiens
PFLEGE- UND PROZESSMANAGEMENT PALLIATIVE CARE



Patient:

Angaben zur Erkrankung:

Hauptdiagnose:
 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Trachea, der Bronchien und der Lunge (D38.1)

Diagnose (Pallativrelev.):

Metastasen: Hirn Lunge Leber Knochen Sonstige:

Seit wann wissen Sie von Ihrer Erkrankung?

Unfreiwilliger Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten: ja

Nahrungsaufnahme vermindert: ja

bisherige Behandlung/Begleitung: ambulant stationär

Mobilität (ECOG):

- 0 - Altersgemäße Leistungsfähigkeit
- 1 - Ambulante Behandlung und leichtes Arbeiten möglich
- 2 - Bettlägerigkeit am Tage weniger als 50%; Selbstversorgung noch möglich
- 3 - Bettlägerigkeit am Tage mehr als 50%; Selbstversorgung sehr begrenzt möglich
- 4 - Ständig bettlägerig

Soziale Situation und Eingebundenheit:

Angehörige/Kontaktperson: nächster Angehöriger

Vorsorgevollmächtigter Betreuer:

Patientenverfügung: vorhanden; Kopie liegt jedoch nicht vor Pat

Lebenssituation/soziale Unterstützung: lebt alleine mit Unterstützung von Freunden/Bekanntes

Pflegebedürftigkeit: nicht zutreffend

Pflegeheim/Pflegedienst:

Familienstand: Kinder: Enkel:

Probleme Familienbeziehung: ja nein

Früherer Beruf:

Hobbys/Interessen:

Musik:

Rituale:

Probleme (Modul Probleme HOPE Assessment / MiDos):

[HOPE-Assessment anlegen](#)
Summe

Palliativ Behandlungsscore: leicht **0-51** mittel **52-102** stark **103-270**

Emotionale Probleme (Lebensqualität / Anlehnung an Hornheider Fragebogen):

<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sorgen	Spirituelle Belange:	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Traurigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verlust des Glaubens
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verlust d. Interesses a. Alltag	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wunsch nach Beistand
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schuldgefühle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="text"/>

Selbsteinschätzung des Patienten (Distressthermometer Modul 1):

Wie belastet haben Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt?

0 = Gar nicht belastet 10 = extrem belastet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Psychosoziale Probleme des Patienten (Distressthermometer Modul 2):

- Wohnsituation: ja nein
Versicherung / Finanziell: ja nein
Arbeit / Schule: ja nein
Beförderung / Transport: ja nein
Angehörigenbetreuung: ja nein
Umgang mit dem Partner: ja nein
Umgang mit den Kindern: ja nein
Weitere: ja nein

Wünsche des Patienten:

Therapiestadium:

- stabil instabil verschlechternd sterbend

Lebensverlängernde Maßnahmen

- Reanimation ausgeschlossen Intensivmedizin ausgeschlossen - Wurde mit dem Patienten besprochen ja nein

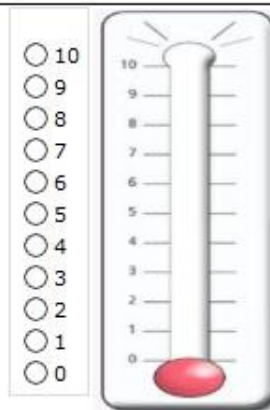
Datum: Unterschrift Arzt:

Datum: Unterschrift Pflege:

Distressthermometer

Anleitung:

Bitte geben Sie die Zahl an (0=Keine Belastung - 10=Maximale Belastung), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Bianka Neubert/Katrin Wiens
PFLEGE- UND PROZESSMANAGEMENT PALLIATIVE CARE

Hilfe
 1. Datum der Durchführung des Assessments
 2. Anpassung des Durchführungsdatums

Assessment HOPE

27.02.2019 08:46 (neu)

Skala: kein = 0, leicht = 1-3, mittel = 4-6, stark = 7-10

Schmerzen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Übelkeit	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Erbrechen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Luftnot	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Verstopfung	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Schwäche	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Appetitmangel	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Müdigkeit	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
ausgeprägte Wunden / Dekubitus	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Depressive Verstimmung / Depressivität	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Angst	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Anspannung	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Unruhe	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Überforderung der Familie, des Umfeldes	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Andere Symptome: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Andere Symptome: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Andere Symptome: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Andere Symptome: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
Andere Symptome: <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10