



Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie

Was brauchen Menschen am Lebensende – Ergebnisse der bay. SAPV-Forschung 2009-2011

Werner Schneider, Universität Augsburg
Augsburg, 12.6.2011

Gefördert von:

PAULA
KUBITSCHEK-
VOGEL-
STIFTUNG



Bayerisches
Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit



Fragen

1. Was kennzeichnet die SAPV-Praxis?
2. Wie können Wirkungen der SAPV empirisch fundiert erfasst, bewertet und weiterentwickelt werden?
3. Wie kann die Praktikabilität und Effizienz von Dokumentation und Evaluation in der SAPV gewährleistet werden?
4. Wie können die Ergebnisse der Begleitstudie möglichst unmittelbar wieder in die SAPV-Praxis zurück überführt werden?



Von der ‚Un-/Möglichkeit‘(?) der Erfassung von Wirksamkeit bei der Arbeit von Menschen an und für Menschen:

"Nichts ist schwieriger, als ‚Wirksamkeit‘ dort festzustellen, wo es um die Arbeit an, mit und für Menschen geht!"

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht gilt bei der Erfassung von Wirksamkeit bei der Arbeit an, mit und für Menschen:

- keine Verkürzung von Qualität auf Ergebnisqualität;
- kein direkter Rückschluss von Qualität auf Wirksamkeit (nach dem Muster: ‚Je höher die Qualität, umso wirksamer die Praxis‘);
- keine empirisch valide Erfassung von Qualität und Wirksamkeit anhand von wenigen, objektiv messbaren Indikatoren.



Qualitative Forschung

Interviews mit Patienten und Angehörigen
Gruppengespräche mit SAPV-Teams
Ergänzende Gespräche mit anderen Akteuren
Einzelne nicht-teilnehmende Beobachtungen

Quantitative Forschung

Auswertung des Bogens „Einzelfallevaulation“
Entwicklung einer Erfassungssoftware

Laufzeit

Januar 2010 – Juni 2011

Bearbeitung

Prof. Dr. Werner Schneider (Leitung)
Dr. Nicholas Eschenbruch (50%)
Ursula Thoms, M.A. (50%)
sowie: Dr. Eckhard Eichner / Stephanie Stadelbacher, M.A.

Partner

Angelika Westrich, Christophorus-Hospiz e.V., München
Dr. Elisabeth Albrecht, Palliamo, Regensburg
Dr. Eckhard Eichner, Klinikum Augsburg



Material

Auswertung von ca. 1.500 Bögen von 9 Diensten (SPSS)

Wichtige Ergebnisse

$\frac{3}{4}$ aller Patienten der SAPV sind Tumorpatienten

Schmerzkontrolle und Unterstützung des Bezugssystems
sind die am häufigsten angegebenen SAPV-Bedarfe

möglichst lange Zuhause-bleiben-Können ist zentraler
Bezugspunkt der SAPV-Praxis

Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen sind unter
SAPV fast nie erforderlich

Patienten- typen

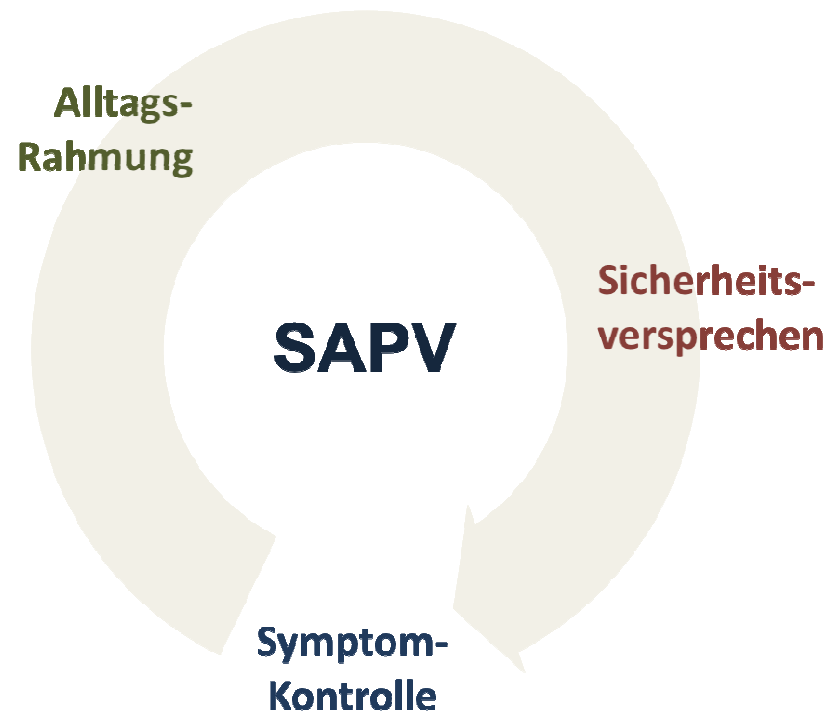
Die quantitative Auswertung des komplexen Geschehens
verweist explorativ auf vier Patientengruppen, unter-
scheidbar anhand der Homogenität/Heterogenität des
Symptomgeschehens



Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie

Überblick: Ergebnisse

3 Wirkfaktoren von SAPV



Material

60 qualitative Interviews mit Patienten, Angehörigen und Teams; als Einzel- und Gruppengespräche von 10 bis 100 min. Länge; Februar 2010 bis Mai 2011



- (1)** Wirksamkeit in der SAPV ist notwendiger Weise subjektiv wahrgenommene Interaktionsqualität und damit schwer zu objektivieren.
- (2)** SAPV ist immer umfassende Betreuung und Versorgung in der Krisensituation am Lebensende, und damit mehr als Symptomkontrolle.
- (3)** SAPV beinhaltet immer ein Sicherheitsversprechen und den Versuch der Normalisierung des krisenhaften Alltags.
- (4)** Diese Komplexität der SAPV-Aufgaben macht professionelle und multiperspektivische Teams notwendig.
- (5)** SAPV hat Struktureffekte bei Hausärzten, Pflegediensten, Pflegeheimen und Kliniken (Wahrnehmung von Palliativarbeit in der Öffentlichkeit).
- (6)** Betreuungsqualität in der SAPV beruht auf der hospizlich-palliativen Haltung in Verbindung mit verschiedensten professionellen und kommunikativen Kompetenzen.



- Geschlecht, Alter, Wohnsituation: je älter, umso weniger mit Angehörigen und (vor allem bei Frauen) umso mehr in Pflegeeinrichtungen lebend
- Grunderkrankung: $\frac{3}{4}$ aller unter SAPV Betreuten leiden an einer Tumorerkrankung
- Nicht-tumoröse Erkrankungen: Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems oder des Nervensystems
- Verordnungen: Großteil der Verordnungen sind Teilversorgungen



Notarzteinsätze (für N = 1.139):

1 Notarzteinsatz: **30**mal (2,6%)

2 bzw. 3 Notarzteinsätze: **2**mal (0,2%) bzw. **1**mal (0,1%)

→ deutliche Mehrheit hatte **keinen** Notarzteinsatz: **1.106** (97,1%)

Krankenhauseinweisungen (für N = 1.146):

1 KH-Einweisung: **163**mal (14,2%)

2 KH-Einweisungen: **19**mal (1,7%)

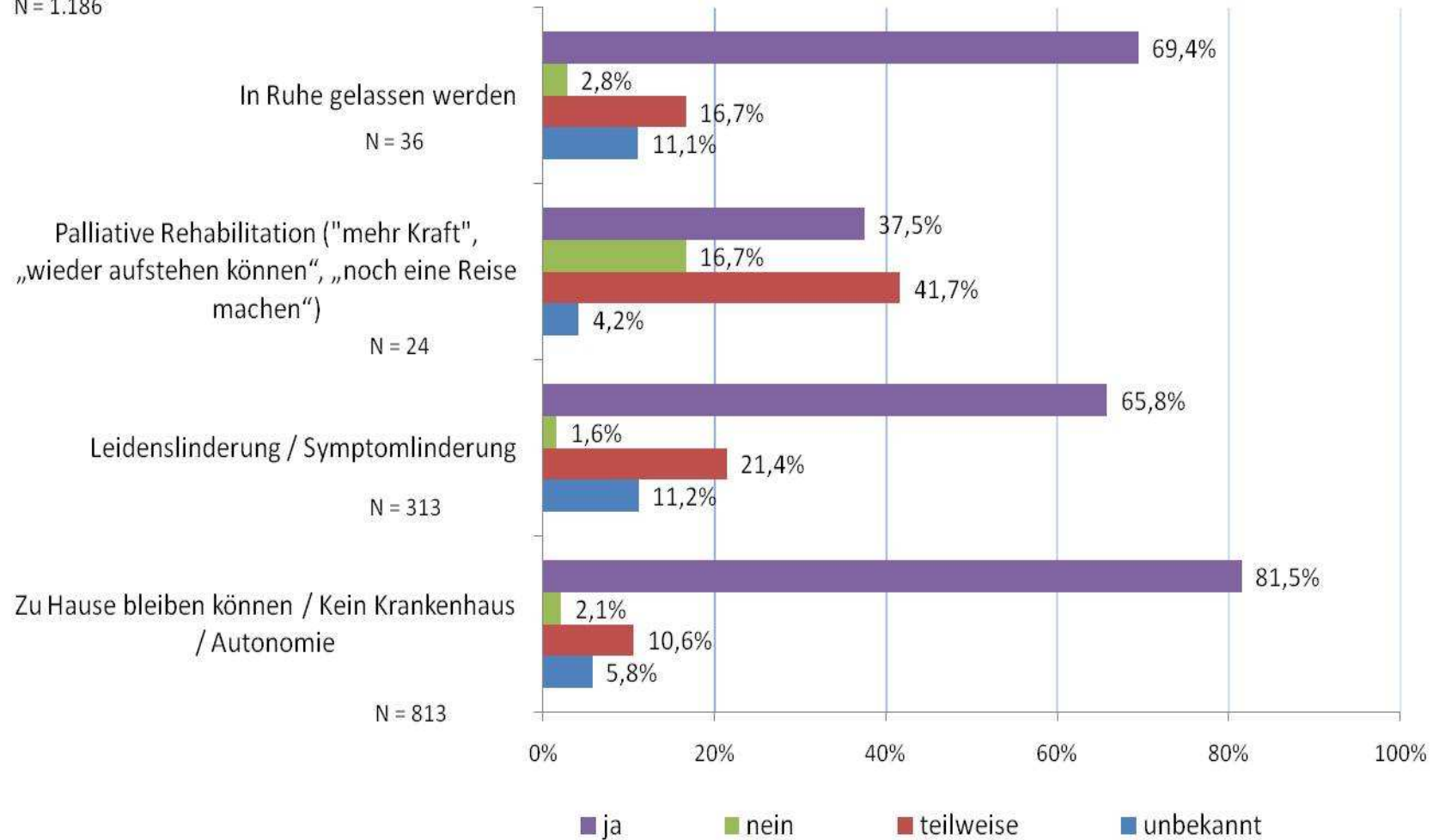
3 bzw. 4 KH-Einweisungen: **3**mal (0,3%) bzw. **2**mal (0,2%)

→ deutliche Mehrheit hatte **keine** KH-Einweisung: **959** (83,7%)

*Angaben nur für Patienten mit Teilversorgung und/oder Vollversorgung

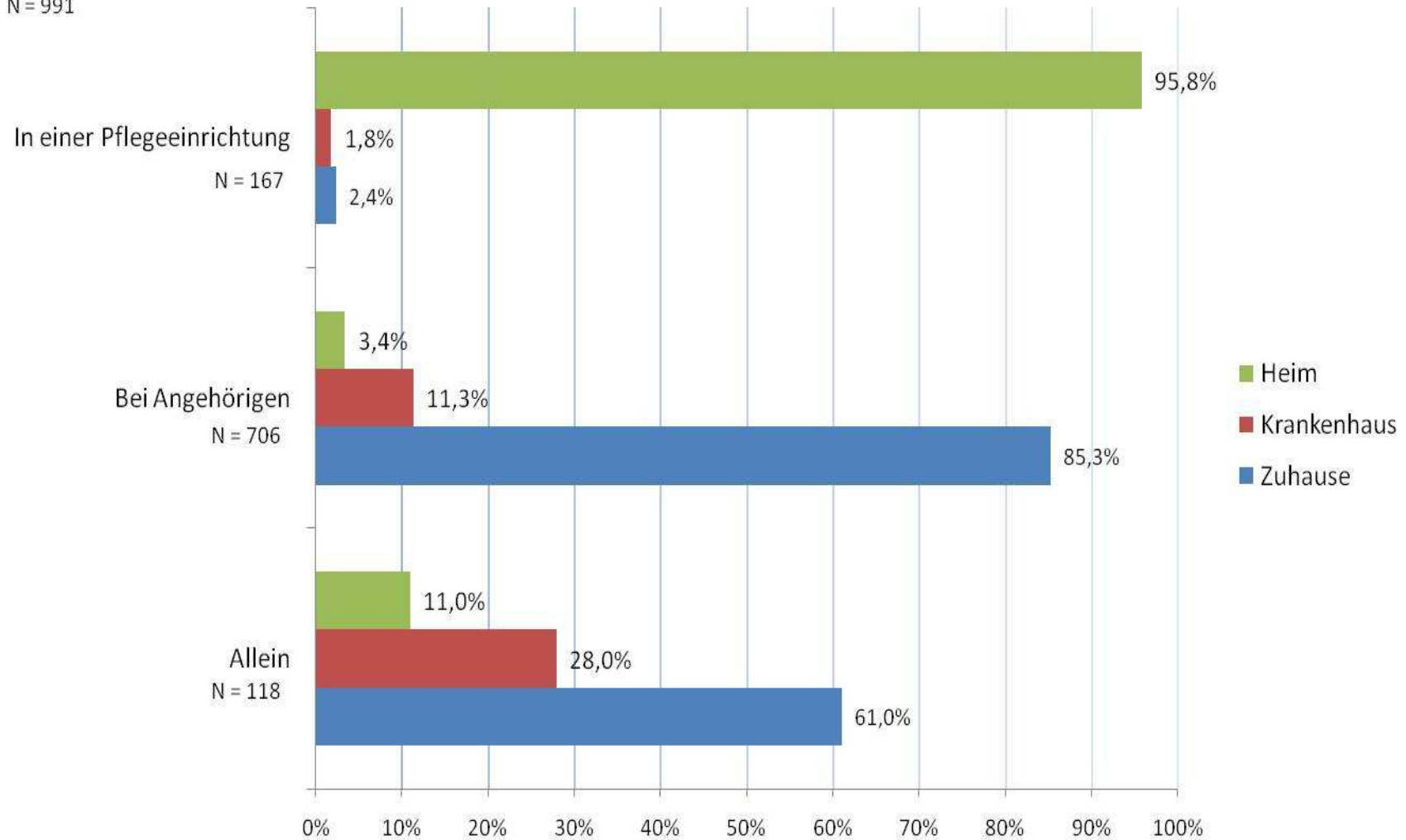


N = 1.186



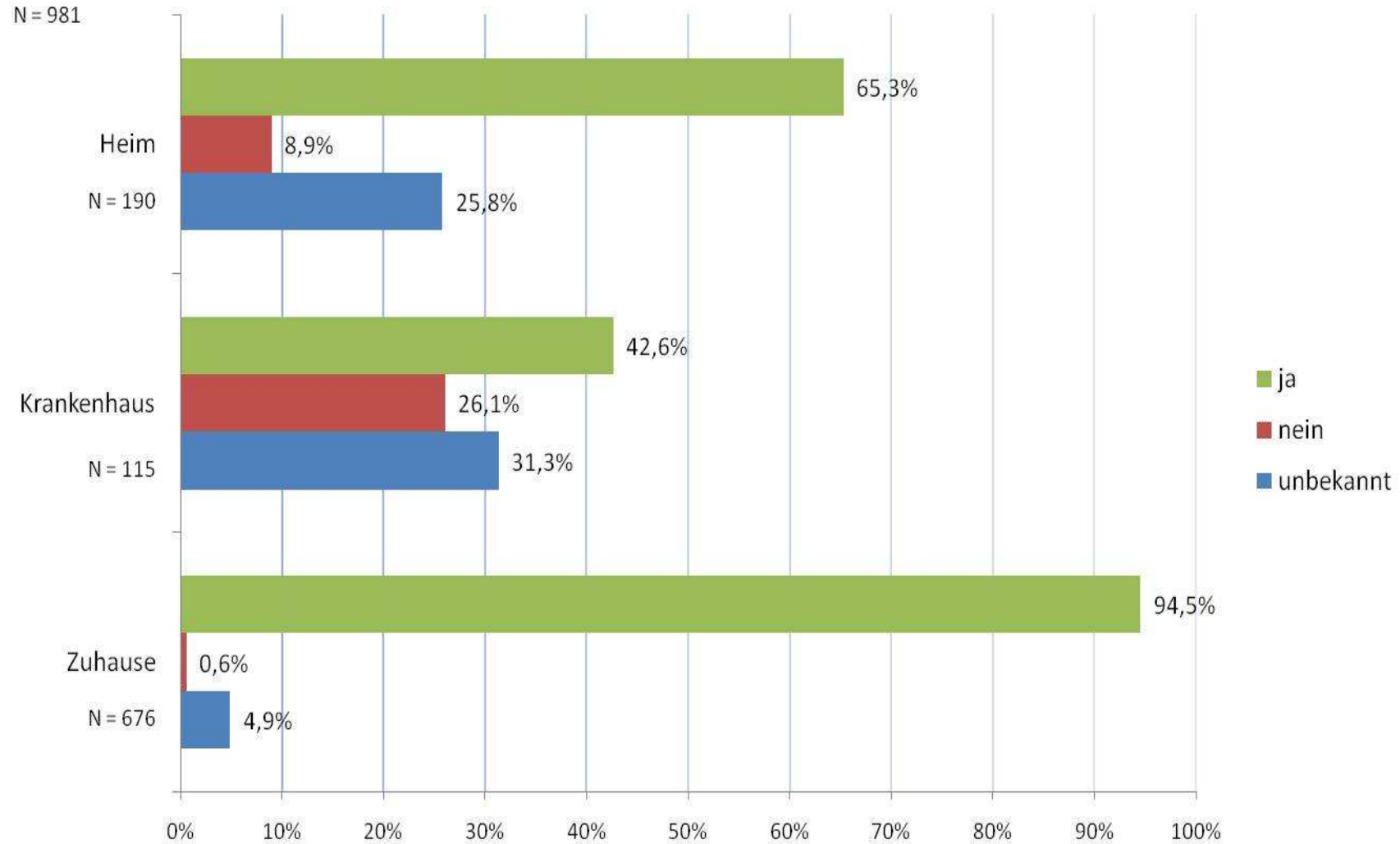


N = 991



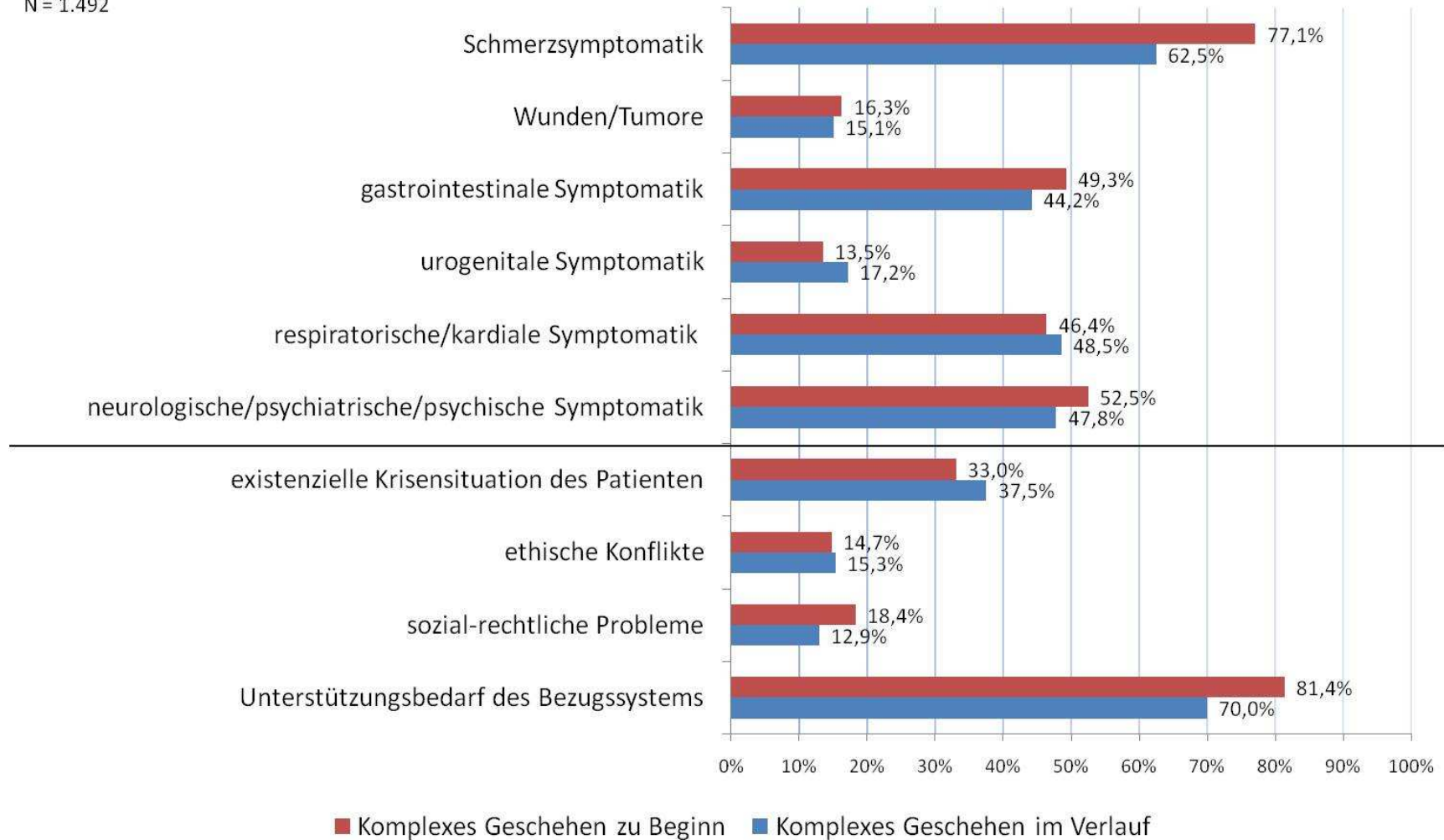


Sterbeort nach Wunsch?





N = 1.492





Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie

Wirksamkeitsfaktoren von SAPV

Alltagsrahmung/
Normalisierung

SAPV

Sicherheits-
versprechen

Symptom-
Kontrolle



zentrale
Bedeutung

Die Beschreibung der Symptomatik als ‚komplex‘ rückt die Symptomkontrolle an zentrale Stelle der SAPV.

Kontext-
gebundenheit

Gleichzeitig gilt die hospizlich-palliative Sichtweise, dass Symptome in einem (sozialen, emotionalen, psychischen) Kontext gesehen und behandelt werden sollten, auch für SAPV.

Unsichtbarkeit

Gerade erfolgreiche Symptomkontrolle kann dazu führen, dass Symptomkontrolle als momentan weniger wichtig wahrgenommen wird.

Perspektiven-
gebundenheit

Patienten, Angehörige und Dienste haben klar unterschiedene Perspektiven auf die Bedeutung von Symptomkontrolle im Gesamtkontext der SAPV.



Erreichbarkeit

Je einfacher SAPV erreichbar erscheint, umso höher der Zugewinn an Sicherheit für Patienten und Angehörige - auch, wenn dies nicht in Anspruch genommen wird.

umfassende Zuständigkeit

Das SAPV-Team vermittelt den Eindruck, für jedes Problem der richtige Ansprechpartner zu sein und (meist selber) eine Lösung anbieten zu können.

Wahrnehmung von Kompetenz

Das SAPV-Team vermittelt Patienten und Angehörigen, dass es die für alle Eventualitäten erforderliche Fachkompetenz, Erfahrung und innere Haltung besitzt.

Befähigung

Das SAPV-Team stellt konkretes Handlungs- und allgemeines Orientierungswissen zur Verfügung und erleichtert so den Umgang mit Krankheit und Pflege



Einbindung & Entlastung

Das PCT bindet wichtige familiäre und externe Akteure ein, entlastet aber auch im Umgang mit Ihnen. So stabilisiert es das häusliche Betreuungssystem.

Mitbestimmung

Patienten und Angehörige werden in alle Informations- und Entscheidungsprozesse eingebunden.

unspezifische Kommunikation

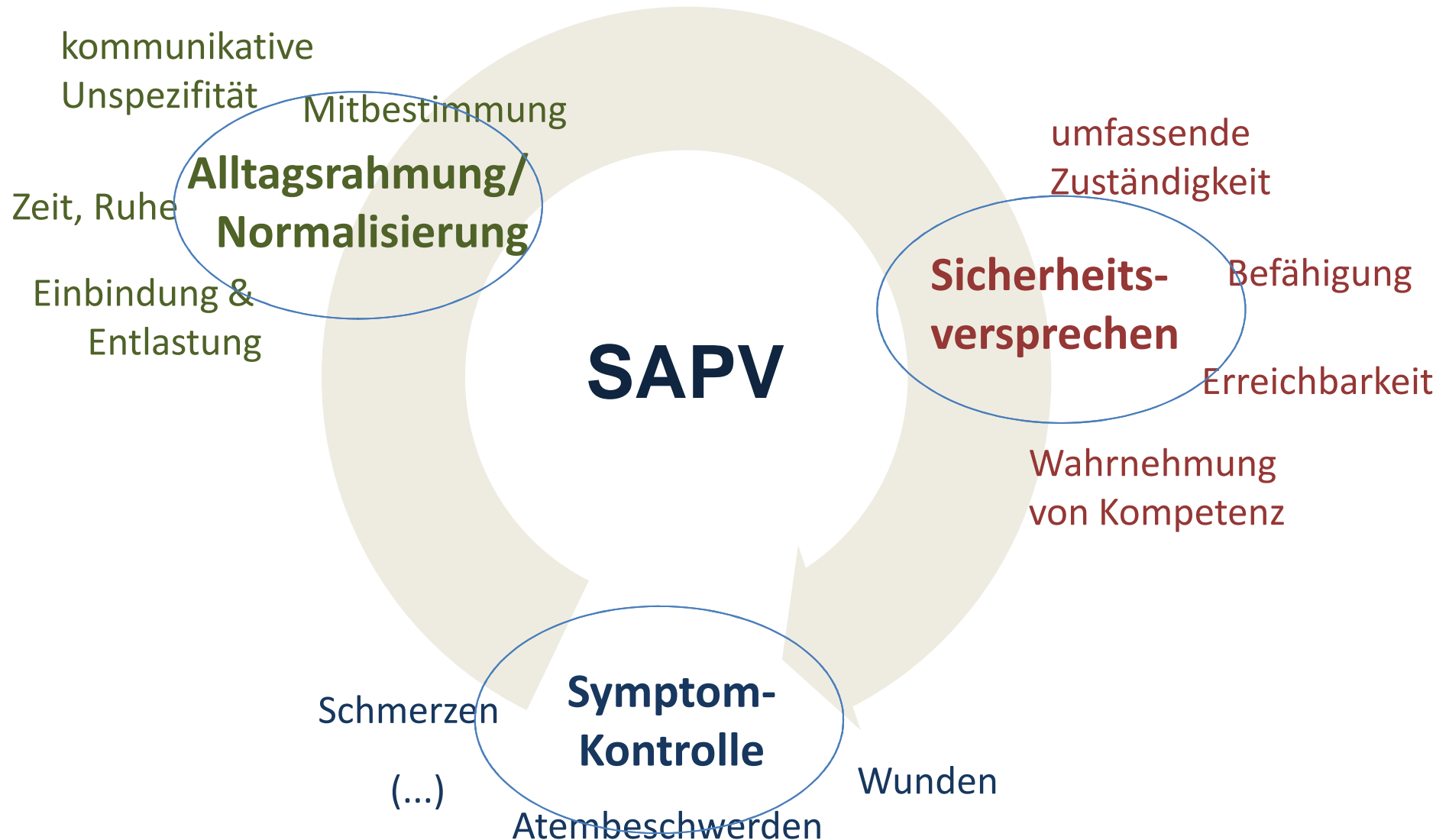
Es muss nicht aufwändig gerechtfertigt werden, ob ein Anliegen legitim oder eine Sorge begründet ist.

Zeit, Ruhe

Für Angehörige und Patienten funktioniert SAPV außerhalb der institutionellen Bedingungen von knapper Zeit.

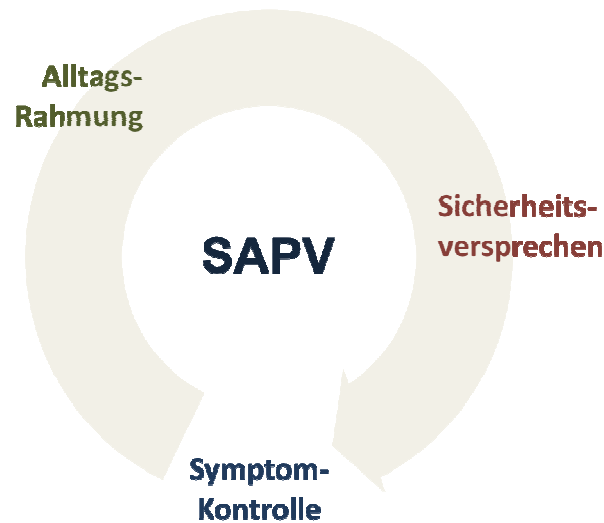


3 Dimensionen der SAPV





Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie



Spezifische Wirksamkeit



Generell charakterisierende Faktoren

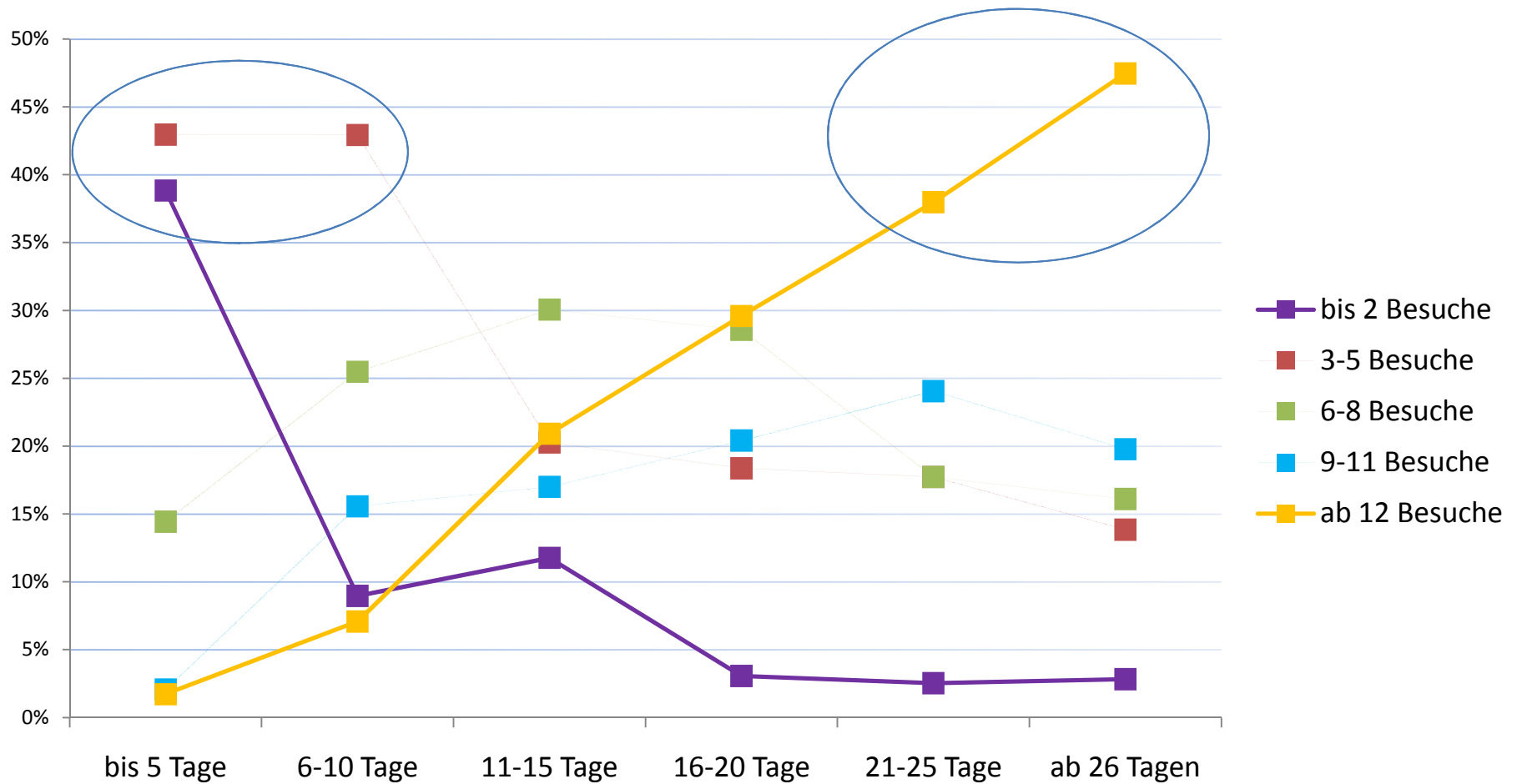
allgemeine Charakteristika
der SAPV aus qualitativer
Sicht

Relevant differenzierende Faktoren

für verschiedene „Typen“,
wird das Allgemeine auf
unterschiedliche Art konkret



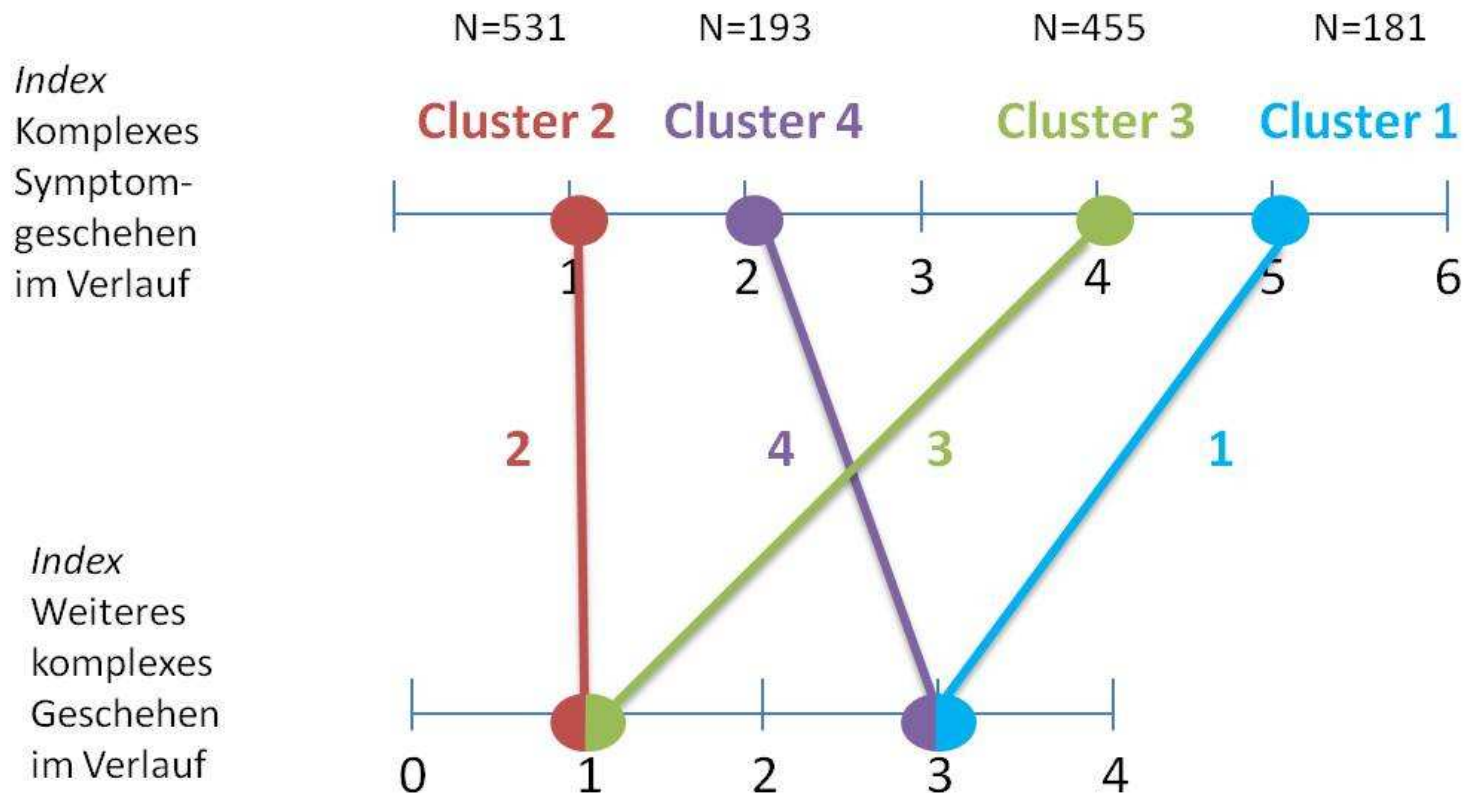
Behandlungsdauer und Besuche*



*Angaben nur für Patienten mit Teilversorgung und/oder Vollversorgung



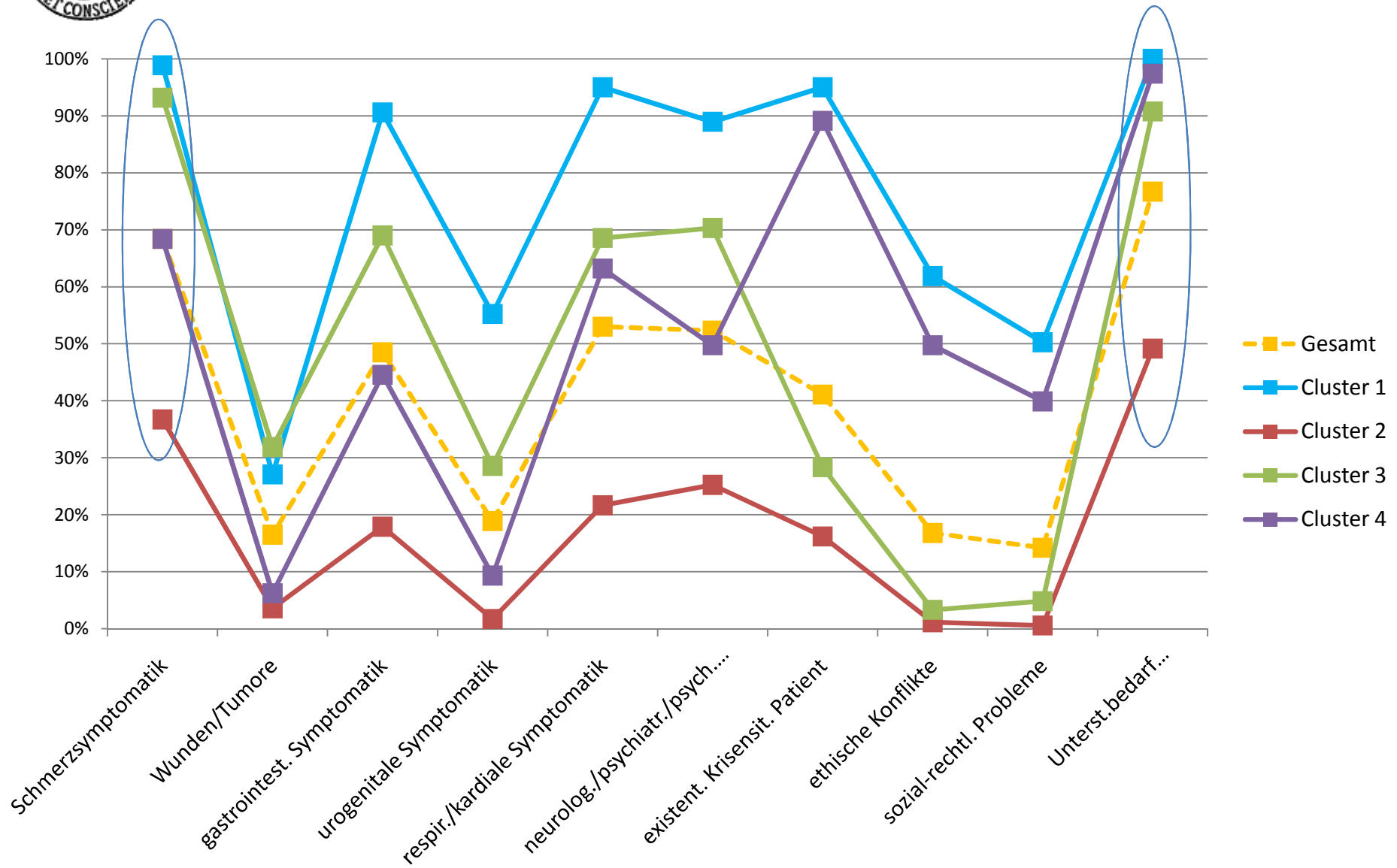
Komplexitätscluster



Cluster 1 = heterogene SL/heterogenes wG **Cluster 3** = heterogene SL / homogenes wG.
Cluster 2 = homogene SL/homogenes wG **Cluster 4** = homogenere SL/ heterogenes wG



Symptomprofile im Verlauf





**Ausgangssituation
unklar/ klar**

zu Hause nach erfolglosem Therapieversuch; oder
zu Hause mit palliativer Bewußtheit und Prognose

Wohnsituation

keine pflegende Bezugsperson (allein lebend); oder
eine pflegende Bezugsperson (i.d.R. Partner); oder
mehrere pflegende Bezugspersonen (Familie, Heim)

**Patienten-
wunsch**

nach möglichst normalem Leben zu Hause; oder
nach Sterben zu Hause

**Betreuungs-
dauer**

lange Betreuung; oder
kurze Betreuung



Krankheits-
verlauf

sehr kurzer Verlauf; oder
stetig fortschreitender Verlauf; oder
diskontinuierlicher Verlauf

Symptom-
geschehen

Symptomlast hoch, vielfältig, unberechenbar; oder
Symptomlast niedrig aber hohes Eskalationsrisiko; oder
Symptomlast komplex aufgrund nur eines Faktors; oder
Symptomlast (v.a. Schmerzen) hoch, aber gut kontrolliert

Betreuungs-
intensität

PCT in Privatsphäre akzeptiert; oder
PCT in Privatsphäre eigentlich unerwünscht

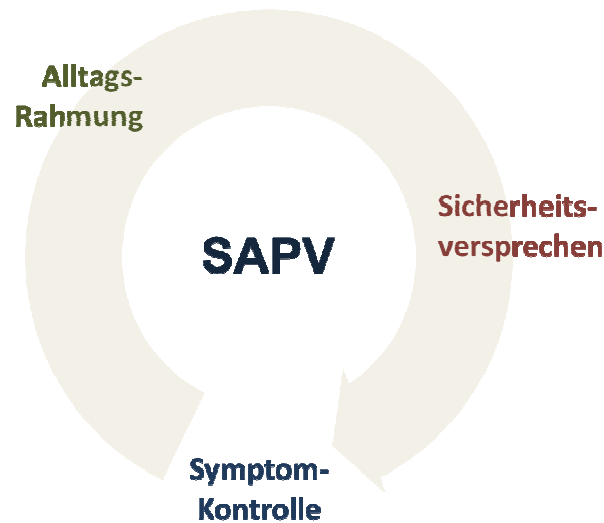
weiteres
komplexes
Geschehen

Existenzielle Krise des Patienten; oder
Unterstützungsbedarf des Bezugssystems; oder
sozial-rechtliche Probleme



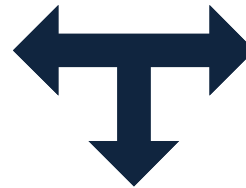
Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie

Spezifische Wirksamkeit



Ausgangssituation
Wohnsituation
Patientenwunsch
Betreuungsdauer
Krankheitsverlauf
Symptomgeschehen
Betreuungsintensität
weiteres kompl. Geschehen

Generell charakterisierende
Faktoren



Differenzierende
Faktoren

Typische SAPV-Patienten?



Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der
SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie

SAPV - Voraussetzungen

Bedingung: „...ein komplexes Symptomgeschehen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.“

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, in: Bundesanzeiger 39 (11.3.2008) 911



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**