

Handlungsempfehlung Sterbephase – Unterstützung und Begleitung des sterbenden Patienten in den letzten Tagen und Stunden seines Lebens

Informationsblatt für Angehörige

Die Ärzte und Pflegefachpersonen werden Ihnen erklärt haben, dass sich der Zustand des Ihnen nahe stehenden Menschen verändert hat. Man muss davon ausgehen, dass er im Sterben liegt und die letzten Stunden oder Tage seines Lebens angebrochen sind.

Die Handlungsempfehlung hilft Ärzten und Pflegefachpersonen dabei Ihrem Angehörigen die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Alle dafür notwendigen Betreuungsmassnahmen werden in regelmässigen Abständen überprüft und angepasst.

Wir werden Sie, wie auch Ihren Angehörigen in die Besprechung des Betreuungsplans einbeziehen, damit Sie nachvollziehen können, warum welche Entscheidungen getroffen werden.

Kommunikation

Zu Ihrer Unterstützung in dieser traurigen und herausfordernden Zeit liegen für Sie Informationsbroschüren bereit, die Ihnen eine gewisse Orientierung bieten können. Ärzte und Pflegefachpersonen werden Sie fragen, wie Sie am besten erreichbar sind, weil es uns sehr wichtig ist, Sie über alles zu informieren.

Medikation

Zu diesem Zeitpunkt nicht mehr hilfreiche Medikamente können abgesetzt und stattdessen neue Medikamente verordnet werden. Der Symptomlinderung dienende Medikamente (z.B. zur Schmerzbehandlung) werden nur verordnet, wenn sie wirklich benötigt werden. Sie werden zum richtigen Zeitpunkt und in ausreichender Dosierung verabreicht, um die auftretenden Beschwerden zu lindern.

Beistand

Die Ärzte und Pflegefachpersonen werden Sie in der Zeit, die Sie mit Ihrem Angehörigen verbringen, nicht stören wollen und dafür Sorge tragen, dass alle in dieser Zeit auftretenden Bedürfnisse, soweit es möglich ist, angemessen erfüllt werden. Lassen Sie Ärzte und Pflegefachpersonen bitte wissen, wenn Sie das Gefühl haben sollten, dass diesen Bedürfnissen aus welchem Grund auch immer, nicht Rechnung getragen wird. Gerne können Sie so viel Zeit wie es Ihnen möglich ist und Ihre Kräfte zulassen, mit Ihrem Angehörigen verbringen. Wenn Sie selbst Unterstützung brauchen, lassen Sie es uns wissen.

Verminderter Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf

Nachlassendes Interesse an Essen und Trinken und ein vermindertes Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit sind Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Auch wenn wir wissen, dass ein Mensch im Sterben liegt, können wir es zuweilen nur schwer hinnehmen, wenn dieser Mensch aufhört, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Selbstverständlich werden wir seinen Wunsch nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfüllen, solange er schlucken kann.

Eine künstliche Flüssigkeitsgabe wird nur dann erwogen, wenn sie für den Sterbenden sinnvoll ist und seinen Körper nicht belastet.

Sehr wichtig in dieser Phase ist eine gute Mundhygiene und Befeuchtung der Mundschleimhaut. Die Pflegefachpersonen werden Ihnen die Mundbefeuchtung erklären und Sie vielleicht fragen, ob Sie bereit sind, dabei mitzuhelfen.

Eine gute Betreuung Ihres Angehörigen liegt uns am Herzen. Bitte sprechen Sie die Ärzte oder Pflegefachpersonen an, wenn Sie irgendwelche Fragen haben, ganz gleich, wie unbedeutend Ihnen diese Fragen auch vorkommen mögen oder wie sehr das Personal belastet zu sein scheint. Die ganze Situation wird für Sie sehr ungewohnt sein, und wir sind da, um Erklärungen zu geben, Ihnen zu helfen und Sie zu unterstützen.

Wir sind für Sie unter folgenden Telefonnummern erreichbar:

Tagsüber:

Nachts:

Weitere Informationen oder Kontaktnummern
(z.B. ambulante Dienste, Hausarzt, Seelsorge):

.....
.....

Hier können Sie alle Fragen notieren, die Sie den Ärzten und Pflegefachpersonen gerne stellen möchten:

.....
.....
.....
.....

Katharina Musterfrau
Musterversion KSSG
Personenaufkleber

1000333

Handlungsempfehlung Sterbephase (HES)

(ehemals Liverpool Care Pathway = LCP)

Kantonsspital St.Gallen

Einführung / Bearbeitungshinweise

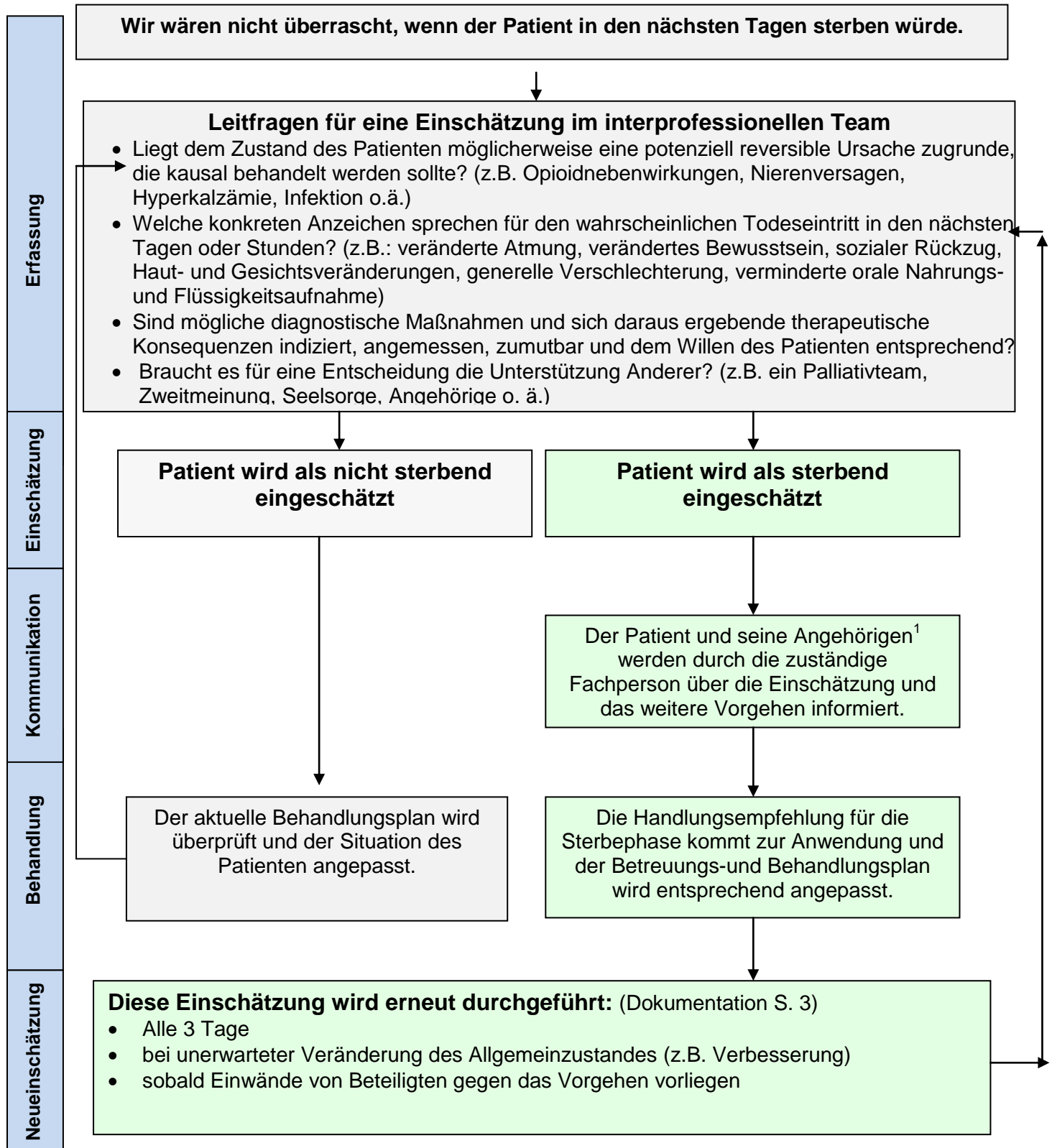
- Diese Handlungsempfehlung hat die Absicht, dem Fachpersonal zu helfen, die Betreuung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen zu optimieren. Sie soll helfen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein Sterben in Ruhe und in einer sicheren Umgebung ermöglicht.
- Das Sterben zu diagnostizieren ist anspruchsvoll, ungeachtet der Diagnose oder Anamnese. Es gibt Fälle, in denen ein Patient, den man für sterbend hält, länger als erwartet lebt. Ein Abbruch des Vorgehens (s. S. 2) ist jederzeit möglich. Hier kann Unterstützung durch ein Palliativteam helfen.
- Die Betreuung und Behandlung wird anhand von vorformulierten Zielen, die die Betreuung umfassend und ganzheitlich beschreiben, geplant, organisiert, durchgeführt und überprüft.
- Um die Einmaligkeit jedes Sterbeprozesses zu unterstützen werden die Ziele unterschiedlich erreicht. Durch die Beschreibung der Varianten und den Verlaufsbericht wird die individuelle Betreuung sichtbar.
- Die Handlungsempfehlung schliesst Massnahmen wie z.B. Flüssigkeits- oder Antibiotika-Gabe nicht aus, wenn sie der Symptomlinderung dienen.
- Bei allen Entscheidungen werden die Sorgen und Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen, die Einschätzung des betreuenden Teams und die medizinische Indikationen berücksichtigt.
- **Diese Handlungsempfehlung ersetzt die standardisierte und individuelle Pflegeplanung. Kurve und Formular Bedarfsmedikation werden weitergeführt.**
- Weitere noch laufende Massnahmen und Protokolle (z.B. Wundversorgung, Stomaversorgung, Flüssigkeitsbilanz, Lagerungsplan u.ä.) müssen entsprechend der veränderten Situation des Patienten überprüft, ggf. angepasst oder beendet werden.
- **Bei Fragen steht der palliative Konsiliardienst gerne zur Verfügung:**
Telefon Pflegefachperson: 3555 (Montag – Freitag 08.00 – 17.00)
Ärztlicher Hintergrund: 071 494 11 55
- **Im KSSGwiki unter:**
<http://www.kssgnet.ch/gruppen/kssgwiki/kssgwiki/Wiki-Seiten/Palliative%20Betreuung%20für%20die%20Grundversorgung.aspx>
stehen weitere Informationen/Empfehlungen zur Verfügung.
- **Dunkelgrau markierte Ziele** sind durch den ärztlichen Dienst einzuschätzen, die restlichen sollen durch die Pflegefachperson erfasst werden.
- Die **Handlungsempfehlung** ist unter der SRM-Nummer **1000333** zu beziehen. Zusatzblätter für die **Verlaufseinschätzung** (S. 10-12) unter der Nummer **1009438**.

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form mit angesprochen.

Quellen:

Ellershaw J. & Wilkinson S. (2011) *Care of the dying: a pathway to excellence*. 2nd rev ed. Oxford: Oxford University Press.
National Institute for Clinical Excellence (2011) Quality Standards: End of life care for adults.
MCPCIL (2011/2012) National Care of the Dying Audit Hospitals Generic Reports. www.mcpcil.org.uk
General Medical Council (2010) Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making – Guidance for doctors Neuberger.J. (2013) More care less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway www.gov.uk

Vorgehen beim Diagnostizieren des Sterbens durch das interprofessionelle Team



¹ Information und Aufklärung erfolgt nach jeweils geltendem Recht

Dokumentation der Entscheidungsfindung:

Nach einer umfassenden Einschätzung durch das interprofessionelle Team und der Entscheidung zur Anwendung der Handlungsempfehlung Sterbephase:

Datum / Uhrzeit des-Beginns: ...**24.06.2015**.....**10:15**.....

Arzt: Name: **Heiri Baum**.....Unterschrift:

Pflegefachperson: Name: **Ilse Meier**.....Unterschrift:

Entscheidung wird vom vorgesetzten Arzt unterstützt

(nur ausfüllen, falls nicht mit oben genannter Person identisch):

Name:.....Unterschrift:.....

Dokumentieren Sie alle Neueinschätzungen durch das interprofessionelle Team hier und protokollieren Sie dies in der Verlaufsbeschreibung S. 11.

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: **25.6.2015 / 11:30** Namen: **H. Schröder. E. Becker.**

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: Namen:.....

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: Namen:.....

Abbruch des Vorgehens:

Datum / Uhrzeit: Namen:

Gründe: **Mögliche Gründe können sein: Pat geht es besser, Ärztin oder andere Berufsgruppe bringt neue Erkenntnisse ein.**

Information erfolgte mit: Patient Angehörige

Abschnitt 1: Ersteinschätzung (gemeinsam von Arzt und Pflegefachperson durchgeführt)

Diagnose & Basisinformationen	DIAGNOSE: Demenz (mittelschwer)					
	HAUPTPROBLEME: Unruhe, besorgte Angehörige					
	Ethnische Zugehörigkeit/Nationalität: CH weiblich <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>					
	Symptome des Patienten zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung:					
	Schmerzen	Ja x Nein <input type="checkbox"/>	kann schlucken	Ja x Nein <input type="checkbox"/>	Verwirrt (delirant)	Ja X Nein <input type="checkbox"/>
	Agitation	Ja x Nein <input type="checkbox"/>	Kontinenz (Blase)	Ja <input type="checkbox"/> Nein x	<i>Zutreffendes bitte unten ankreuzen:</i>	
	Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein x	Katheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein x	bei Bewusstsein	
	Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein x	Kontinenz (Stuhl)	Ja x Nein <input type="checkbox"/>	Bewusstseinsverändert x	
	Dyspnoe	Ja x Nein <input type="checkbox"/>	Obstipation	Ja <input type="checkbox"/> Nein x	komatös	
	„Sterberasseln“ Ja x Nein <input type="checkbox"/>					

Auftreten sonstiger Symptome (z.B. Ödeme, Juckreiz, Mundtrockenheit o.ä.):
Wegen Flüssigkeitsreduktion infolge der Herzinsuffizienz, Buscopangabe wegen terminalem Rasseln und Beginn Morphiumgabe gegen Schmerzen zunehmend Mundtrockenheit.

Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt (s. S. 1, „Bearbeitungshinweise“), soll dies auf dem Variantenbogen (S. 8) erfasst und ggf. näher erläutert werden.

Kommunikation	Ziel 1.1: Der Patient kann sich ohne Einschränkung mitteilen.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante x	bewusstlos <input type="checkbox"/>
	<p>Muttersprache: deutsch Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.):Nein..... Kommunikationshindernisse: Benötigt Brille, Demenz..... (z.B. Hörvermögen, Sehvermögen, Sprach- bzw. Sprechstörungen, Lernbehinderung, Demenz oder andere neurologische-, neuropsychiatrische-, psychiatrische Symptome, Angst- oder Stresssymptome)</p> <p>Ist der Patient zu diesem Zeitpunkt in der Lage, eigene Entscheidungen bezüglich seiner Behandlung zu treffen? Ja <input type="checkbox"/> Nein x Patientenverfügung:x Vorsorgeauftrag:<input type="checkbox"/> Autopsie Ja <input type="checkbox"/> Nein x nicht geklärt <input type="checkbox"/> Organspende Ja <input type="checkbox"/> Nein x nicht geklärt <input type="checkbox"/></p> <p>Kommentar: Frau Musterfrau kommuniziert in erster Linie über Gefühle und Antriebe; es ist nicht immer eindeutig, ob sie den Sinn von Ja oder Nein noch erfasst.</p>				
	Ziel 1.2: Angehörige können sich ohne Einschränkung mitteilen.		erreicht x	Variante <input type="checkbox"/>	
	<p>Muttersprache: deutsch Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.): nein..... Kommunikationshindernisse: Tochter hat eine angeborene Schwerhörigkeit (Hörgeräte bds)</p>				

Erläuterung des	Ziel 1.3: Der Patient weiss, dass er im Sterben liegt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante x	bewusstlos <input type="checkbox"/>
	Ziel 1.3 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Patienten erklärt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante x	bewusstlos <input type="checkbox"/>

Besucher- ein- richtungen	<p>Ziel 1.4: Angehörige wissen, dass der Patient im Sterben liegt. erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Ziel 1.4 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Angehörigen erklärt. erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Name des anwesenden Angehörigen und seine Beziehung zum Patienten: Frau Elisabeth Finkeisen Tochter</p> <p>Namen der anwesenden Ärzte/Pflegefachpersonen Dr.S. Nestor, Frau A. Mayer</p> <p>Das Informationsblatt wurde dem Angehörigen ausgehändigt: Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen wird eine altersgerechte Unterstützung angeboten: Ja <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> Kommentar: Nicht nötig.....</p> <p>Ziel 1.4 b: Die Broschüre "Palliative Betreuung am Lebensende" ist den Angehörigen ausgehändigt. erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p>
	<p>Ziel 1.5: Dem Betreuungsteam liegen aktualisierte Kontaktinformationen der Angehörigen wie unten aufgeführt vor. erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>1. Kontaktperson: Frau Elisabeth Finkeisen.....</p> <p>Beziehung zum Patienten: Tochter.....Telefon: 077 111 11 11 Kontaktaufnahme: <input checked="" type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischenUhr und Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input checked="" type="checkbox"/> (bei Bedarf)</p> <p>2. Kontaktperson:....Herr Reiner Mustermann.....</p> <p>Beziehung zum Patienten: ...Sohn.....Telefon: USA</p> <p>Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischenUhr und Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input type="checkbox"/></p> <p>Nächste Angehörige (kann von obigen Angaben abweichen): Nicht zutreffend <input type="checkbox"/> Name: Tochter Frau Elisabeth Finkeisen..... Kontakt Daten: Frau Finkeisen wohnt im Personalhaus; hält engen Kontakt zum Bruder in den USA</p>
	<p>Ziel 2: Angehörige sind über die verfügbaren Besuchereinrichtungen aufgeklärt. erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Die Tochter weiss, dass sie jederzeit bei ihrer Mutter sein kann. Sie ist informiert über die Verpflegungsmöglichkeiten für Angehörige im Spital und möchte diese nutzen.</p>

Spirituelle Aspekte

Ziel 3.1: Dem Patienten wurde Gelegenheit gegeben mitzuteilen, was ihm zu diesem Zeitpunkt wichtig ist, z.B. seine Wünsche, Gefühle, sein Glauben, seine Überzeugungen, Wertvorstellungen.
erreicht Variante bewusstlos

Es ist an religiöse, ethnische, kulturelle oder biographische Bedürfnisse und Aspekte zu denken. Die Seelsorge bietet jederzeit Hilfe bei der Sterbe- und Trauerbegleitung jeglicher Religionszugehörigkeit an (Tel. 111) <http://www.kssgnet.ch/gruppen/kssgwiki/kssgwiki/Wiki-Seiten/Transkulturelles.aspx>

Hat der Patienten das Angebot angenommen, über obige Aspekte zu sprechen? **Ja** **Nein**

Feststellung religiöser Traditionen (bitte Näheres angeben):
.....

Unterstützung durch Andere wurde angeboten (z. B. Seelsorge, Psychologe, Kirchgemeinde):
Ja **Nein**

Gewünschte Kontakte: ext. int.
Name: **A. Wolters...**Funktion: **Seelsorgerin**..... Telefon: **078 233 55 66**
Name:Funktion: Telefon:
Name:Funktion: Telefon:
Name:Funktion: Telefon:

Aktuelle Wünsche / Bedürfnisse:
Seelsorgerin kommt morgen zu Frau Musterfrau, die Tochter möchte dabei sein.

Wünsche / Bedürfnisse für die Zeit vor, während und/oder nach dem Tod:
Möchte möglichst schmerzfrei sterben; wünscht leise Klaviermusik; Möchte eingäschert werden, es gibt bereits eine Begräbnisstätte im Friedwald von Musterhausen; die Trauerfeier soll vor allem das Lied „Geh aus mein Herz und suche Freud“ enthalten; Tochter wird mit Pastorin die Strophen aussuchen und alles Weitere besprechen.

Ziel 3.2: Den Angehörigen wurde die Gelegenheit gegeben, darüber zu sprechen, was ihnen zu diesem Zeitpunkt wichtig ist, z.B. über ihre Wünsche, Gefühle, ihren Glauben, ihre Überzeugungen, Wertvorstellungen.
erreicht Variante

Bemerkungen:
Tochter würde gerne, wenn das Ende definitiv ist, bei ihrer Mutter sein und mit ihr beten.
.....

Medikation

Ziel 4.1: Dem Patienten sind für die folgenden Symptome Bedarfsmedikamente verordnet.
s. Therapieempfehlungen S. 23 mit Verordnungsblatt S. 30/31
erreicht Variante
weitere belastende Symptome

Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchialsekretion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die aktuelle Medikation ist geprüft und unnötige Medikamente sind abgesetzt. **Ja** Variante

Ziel 4.2: Das Material, um eine Subkutaninfusion zu beginnen, steht bereit.
erreicht Variante bereits begonnen nicht benötigt

Aktuelle Interventionen	Ziel 5.1: Der Bedarf des Patienten an aktuellen Interventionen ist durch das interprofessionelle Team geprüft.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
	Falls eine Intervention fortgeführt wird, bitte auf Seite 8 als Variante beschreiben.				
		Derzeit nicht durchgeführt oder verabreicht	Abgesetzt	Fortgeführt	Eingeleitet
	5a: Routine-Blutuntersuchungen	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5b: Intravenöse Antibiotika	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c: Blutzuckerkontrolle	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>		
5e: Sauerstofftherapie	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ziel 5.2: Der Patient hat den Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation erklärt.		erreicht x Variante <input type="checkbox"/>			
Ziel 5.3: Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) wird deaktiviert.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	Kein ICD vorhanden x	
Bei Bedarf den Kardiologen kontaktieren (Dienstarzt *81 9025). Bemerkungen:					
Wird ein aussergewöhnlicher Todesfall (agT) erwartet? Ja <input type="checkbox"/> Nein x					
Falls ja, muss der Arzt spätestens beim Todeseintritt das Institut für Rechtsmedizin (IRM) informieren. Diensthabender Arzt ist über die Nummer 111 erreichbar. Alle weiteren Schritte erfolgen über das IRM.					
Ernährung	Ziel 6: Der Bedarf an künstlicher Ernährung ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.		erreicht x	Variante <input type="checkbox"/>	
	Ein verminderter Nahrungsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Auf künstliche Ernährung kann in der Regel verzichtet werden. Kommentare: Frau M. hat in der Patientenverfügung ausdrücklich vermerkt, auf künstliche Ernährung zu verzichten.				
Hydratation	Ziel 7: Der Bedarf an künstlicher Hydratation ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.		erreicht x	Variante <input type="checkbox"/>	
	Ein verminderter Flüssigkeitsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Vorhandenes Durstgefühl ist selten ein Hinweis für eine Dehydratation, sondern meist Folge von Mundtrockenheit, die durch Mundatmung oder medikamentös bedingt sein kann. Eine gute und angemessene Mundpflege mit regelmässiger Mundbefeuchtung ist daher essenziell. Auf künstliche Flüssigkeitszufuhr kann häufig verzichtet werden. Kommentare:..... Die Tochter wurde in der Durchführung der Mundpflege instruiert.				
Hautpflege	Ziel 8: Der Hautzustand des Patienten ist beurteilt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
	Den Patienten belastende Symptome:				
	Schwitzen <input type="checkbox"/>	Trockenheit x	Verletzlichkeit <input type="checkbox"/>		
Juckreiz <input type="checkbox"/>	Druckbelastung (Dekubitus) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ikterus <input type="checkbox"/>	Wunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kommentare:..... Trockene Hautstellen (Arme, Beine, Rücken) mit Excipial Hydrolotion eincremen.					
Ziel 9: Das Primärversorgungsteam (z.B. Spitex, Hausarzt) des Patienten ist informiert, dass der Patient im Sterben liegt.		erreicht x Variante <input type="checkbox"/>			

Bitte nach Abschluss der Erstbeurteilung hier unterschreiben:		
Unterschriften	Arzt Silke Nestor	Pflegeperson Annegret Mayer
	Name:..... (Druckschrift)	Name:..... (Druckschrift)
	Unterschrift:	Unterschrift:
	Datum:..xx.xx.xxx.....Uhrzeit:11:00.....	Datum:..xx.xx.xxx.....Uhrzeit:12:00.....

Weitere ergänzende Informationen zur Ersteinschätzung (z.B. spezielle Bedürfnisse zum Wohlbefinden)		
Datum	Weitere Informationen	Initialen / Handzeichen
24.6.15	Frau Finkeisen legt Wert darauf, ihre Mutter selber bei der Morgentoilette zu unterstützen – es wurde vereinbart, dass sobald sie sich unsicher fühlt, Hilfe von uns holen soll.	AM
24.6.15	Tochter wil versuchen, eine bestimmte Schokolade zu besorgen, die Frau M. immer gerne gegessen hat – vielleicht reagiert sie positiv darauf.	AM
24.6.15	Die Tochter wünscht möglichst viel Intimsphäre. Die Körperpflege soll nur nach Bedarf durchgeführt werden (beruhigend mit Lavendelöl); auf eine regelmässige Intimpflege sei jedoch zu achten.	AM

Abschnitt 1: Variantenanalyse Ersteinschätzung			
Datum / Zeit	Initialen / Handzeichen	Ziel Nr.	Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu.
24.6.15	AM	1.1 1.3a	Beginnende Sprachstörung (v.a Verständnis), weiss nach kurzer Zeit nicht mehr was besprochen wurde. Auf Stimmung und Gefühle eingehen, lässt sich durch Körpernähe (in den Arm nehmen) beruhigend, Absprachen mit tochter treffen. PV in KG abgelegt.
24.6.15	AM	1.3	Lässt sich nicht eindeutig einschätzen; Frau M. ist allerdings vermehrt unruhig
24.6.15	AM	3.1	Wegen Demenz schwierig einzuschätzen, wie die Bedürfnisse sind. Bei Tochter nachgefragt. Frau M. war früher Musiklehrerin und sie hörte gerne Klaviermusik. Tochter bringt CD mit.

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung

Tag 2

Erneute Einschätzung durchführen am..spätestens am 27.8.15.: (s. S. 3)

Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.11 erläutern.

X = nicht einschätzbar

Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.

Symptom	Ziel	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Schmerz a)	a: Der Patient ist schmerzfrei. • Schmerz-Assessment, wenn möglich • nonverbale Hinweise beachten • Lageänderung erwägen • siehe auch Schmerzkonzept KSSG	V	E	E	V	E	E
Unruhe b)	b: Der Patient leidet nicht unter Unruhe. • reversible Ursachen ausschliessen, z.B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität, Obstipation • bei Bedarf 1:1-Begleitung	V	E	E	V	V	
Tracheal- sekret c)	c: Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“. • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der Angehörigen	E	V	E	E	E	
Übelkeit d)	d: Der Patient weist keine Übelkeit auf.	E	E	E	E	E	
Erbrechen e)	e: Der Patient erbricht nicht.	E	E	E	E	E	
Dyspnoe f)	f: Der Patient leidet nicht unter Atemnot. • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre	E	E	V	V	V	
Miktion g)	g: Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. • Inkontinenzmaterial • Blasenkatheter bei Harnverhalt	E	E	E	E	E	
Stuhlgang h)	h: Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung. • Laxantien so lange als möglich per os	E	E	E	E	E	
andere Symptome i)	i: Der Patient hat keine anderen belastende Symptome. Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2 Symptom 3	E	E	E	V	V	
Medikation j)	j: Komfort & Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe ist gewährleistet. • z.B. Kontrolle von s/c- oder i.v.-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster	E	E	E	E	E	

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung		Tag 2...					
Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.11 erläutern. X = nicht einschätzbar Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
		04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Hydratation k)	k: Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.	E	E	E	E	E	E
Mundpflege l)	l: Der Mund des Patienten ist feucht und sauber. <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinien Mundpflege KSSGwiki • Angehörige einbeziehen 	E	E	E	V	V	
Haut m)	m: Die Haut des Patienten ist intakt. <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten 	E	E	E	E	E	
Körperpflege n)	n: Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt. <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige einbeziehen • Körperpflege nach Bedarf • religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten 	E	E	E	E	E	
Umgebung o)	o: Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung. <ul style="list-style-type: none"> • Intimsphäre, ruhige Atmosphäre • Wünsche des Patienten berücksichtigen • Klingel in Reichweite 	E	E	E	E	E	
Psyche p)	p: Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen • Information, Erklärung der Massnahmen 	E	E	E	E	E	
Angehörige q)	q: Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u.A. • aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen • Information, Beratung • Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung 	X	V	E	E	E	
	Initialen der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)	Nacht PW	Früh AM	Spät DT		Nacht BH	

**Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung
Variantenanalyse und Pflegebericht**
Tag 2

Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.

Zeit	Ziel (Buch- stabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen
25.6 04:00	a,b	Patientin schwitzt, hat Stirnfalten, greift sich auf die Brust, ist unruhig. Rufe die Tochter im Personalhaus an, das sie kommen soll. 2.5mg Morphin s/c und 1mg Haldol s/c verabreicht	Pat.reagiert gut auf Tochter. Medikamente wirken nach 30 Minuten	PW
25.6 08:00	c,q	Tochter führt kurze Morgentoilette bei Mutter durch. Wechsel der Inkontinenzeinlage. Stelle leises Todesrasseln fest, welches die Tochter sehr beunruhigt. Hat Angst, dass die Mutter nun erstickt. Lagere die Pat. gut auf die Seite und spritze 20mg Buscopan s/c . Führe mit Tochter ausführliches Gespräch über Veränderungen bei Sterbenden.	Lagewechsel bringt viel Erleichterung. Pat. toleriert rechte Seitenlagerung gut.	AM
25.6 11:30		Interprofessionelle Einschätzung bei der Visite: Frau M. geht es zunehmend schlechter. Ihr Zustand wird als sterbend eingeschätzt.		AM SN

**Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung
Variantenanalyse und Pflegebericht**

Tag

Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.

Zeit	Ziel (Buch- stabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung		Tag					
Erneute Einschätzung durchführen am.....: (s. S. 3)							
Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.10 erläutern. X = nicht einschätzbar							
Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
Symptom	Ziel	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Schmerz a)	a: Der Patient ist schmerzfrei. • Schmerz-Assessment, wenn möglich • nonverbale Hinweise beachten • Lageänderung erwägen • siehe auch Schmerzkonzept KSSG						
Unruhe b)	b: Der Patient leidet nicht unter Unruhe • reversible Ursachen ausschliessen, z.B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität, Obstipation • bei Bedarf 1:1-Begleitung						
Trachealsekret c)	c: Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“. • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der Angehörigen						
Übelkeit d)	d: Der Patient weist keine Übelkeit auf.						
Erbrechen e)	e: Der Patient erbricht nicht.						
Dyspnoe f)	f: Der Patient leidet nicht unter Atemnot. • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre						
Miktion g)	g: Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. • Inkontinenzmaterial • Blasenkatheter bei Harnverhalt						
Stuhlgang h)	h: Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung. • Laxantien so lange als möglich per os						
andere Symptome i)	i: Der Patient hat keine anderen belastende Symptome. Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2 Symptom 3						
Medikation j)	j: Komfort & Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe ist gewährleistet. • z.B. Kontrolle von s/c- oder i.v.-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster						

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung		Tag					
Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.10 erläutern. X = nicht einschätzbar Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
		04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Hydratation k)	k: Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.						
Mundpflege l)	l: Der Mund des Patienten ist feucht und sauber. <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinien Mundpflege KSSGwiki • Angehörige einbeziehen 						
Haut m)	m: Die Haut des Patienten ist intakt. <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten 						
Körperpflege n)	n: Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt. <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige einbeziehen • Körperpflege nach Bedarf • religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten 						
Umgebung o)	o: Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung. <ul style="list-style-type: none"> • Intimsphäre, ruhige Atmosphäre • Wünsche des Patienten berücksichtigen • Klingel in Reichweite 						
Psyche p)	p: Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen • Information, Erklärung der Massnahmen 						
Angehörige q)	q: Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u.A. • aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen • Information, Beratung • Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung 						
	Initialen der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)	Nacht	Früh	Spät		Nacht	

**Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung
Variantenanalyse und Pflegebericht**

Tag

Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.

Zeit	Ziel (Buchstabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen

Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung *Tag*
Variantenanalyse und Pflegebericht

Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.

Zeit	Ziel (Buch- stabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung		Tag					
Erneute Einschätzung durchführen am.....: (s. S. 3)							
Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.10 erläutern. X = nicht einschätzbar							
Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
Symptom	Ziel	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Schmerz a)	a: Der Patient ist schmerzfrei. • Schmerz-Assessment, wenn möglich • nonverbale Hinweise beachten • Lageänderung erwägen • siehe auch Schmerzkonzept KSSG						
Unruhe b)	b: Der Patient leidet nicht unter Unruhe • reversible Ursachen ausschliessen, z.B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität, Obstipation • bei Bedarf 1:1-Begleitung						
Trachealsekret c)	c: Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“. • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der Angehörigen						
Übelkeit d)	d: Der Patient weist keine Übelkeit auf.						
Erbrechen e)	e: Der Patient erbricht nicht.						
Dyspnoe f)	f: Der Patient leidet nicht unter Atemnot. • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre						
Miktion g)	g: Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. • Inkontinenzmaterial • Blasenkatheter bei Harnverhalt						
Stuhlgang h)	h: Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung. • Laxantien so lange als möglich per os						
andere Symptome i)	i: Der Patient hat keine anderen belastende Symptome. Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2 Symptom 3						
Medikation j)	j: Komfort & Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe ist gewährleistet. • z.B. Kontrolle von s/c- oder i.v.-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster						

Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung		Tag					
Codierung: E = Ziel Erreicht, V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S.10 erläutern. X = nicht einschätzbar Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
		04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Hydratation k)	k: Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.						
Mundpflege l)	l: Der Mund des Patienten ist feucht und sauber. <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinien Mundpflege KSSGwiki • Angehörige einbeziehen 						
Haut m)	m: Die Haut des Patienten ist intakt. <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten 						
Körperpflege n)	n: Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt. <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige einbeziehen • Körperpflege nach Bedarf • religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten 						
Umgebung o)	o: Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung. <ul style="list-style-type: none"> • Intimsphäre, ruhige Atmosphäre • Wünsche des Patienten berücksichtigen • Klingel in Reichweite 						
Psyche p)	p: Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen • Information, Erklärung der Massnahmen 						
Angehörige q)	q: Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u.A. • aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen • Information, Beratung • Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung 						
	Initialen der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)	Nacht	Früh	Spät		Nacht	

**Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung
 Variantenanalyse und Pflegebericht**

Tag

Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.

Zeit	Ziel (Buch- stabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen

Abschnitt 2: Verlaufsbeschreibung Variantenanalyse und Pflegebericht				Tag
Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse/Gespräche/medizinische Untersuchungen/Besuche anderer Spezialteams (z.B. eines Palliativteams)/Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.				
Zeit	Ziel (Buch- stabe)	Beschreibung der Variante und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation	Initialen

Abschnitt 3: Betreuung nach dem Tod

Bestätigung des Todes

Datum und Uhrzeit des vom Arzt / Pflegefachperson festgestellten Todes:25.6.15 22:00.....

Bestätigt durch Arzt (Totenschein ausgefüllt):

Name:(Druckschrift)...**Dr.med.Helmut Schörder** Unterschrift:..... Telefonnr.:.....

Todesursache/Bemerkungen:

Vermutlich Herzversagen, zunehmendes Nierenversagen.....

Zum Zeitpunkt des Todes anwesende Personen (Name und Funktion/Beziehung):

Tochter Frau Finkeisen und Pflegefachfrau Brigitte Hausmann.....

Wurden Angehörige benachrichtigt? Ja Nein

Name der benachrichtigten Person:..**Herr R. Mustermann**.

Beziehung zum Patienten: **Sohn**..... Telefonnummer:.....

Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer):..**Tochter**.....

Bei einem agT muss der Arzt unverzüglich das IRM (Nummer Dienstarzt über 111) informieren.

Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt, soll dies auf dem Variantenbogen (S. 22) erfasst und ggf. näher erläutert werden.

Würdevolle Ver- sorgung des Ver- storbenen	<p>Ziel 10: Letzte Pflegeverrichtungen sind gemäss Richtlinien & Vorschriften ausgeführt.</p> <p style="text-align: right;">erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige werden auf Wunsch in die letzten Pflegeverrichtungen einbezogen. Auf religiöse und kulturelle Rituale/Bedürfnisse wird eingegangen. http://www.kssgnet.ch/gruppen/kssgwiki/kssgwiki/Wiki-Seiten/Todesfall_Informationen.aspx</p>
Informationen für Angehörige	<p>Ziel 11: Angehörige sind über die weiteren Schritte informiert.</p> <p style="text-align: right;">erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Informationsblatt über formelle Schritte ausgehändigt? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Broschüre „Wenn ein geliebter Mensch stirbt“ abgegeben? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ggf. Informationsmaterial über Trauer bei Kindern (z.B. nationale Krebsligen) an Familien abgeben Die Autopsiefrage ist geklärt Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Die Frage nach Organ-/Gewebspende ist geklärt Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen	<p>Ziel 12.1: Primärversorgungsteam (z.B.Hausarzt, Spitex) ist über Tod des Patienten informiert.</p> <p style="text-align: right;">erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer): Dr.H.Schröder.....</p> <hr/> <p>Ziel 12.2: Der Tod des Patienten wird den jeweils zuständigen Einrichtungen mitgeteilt.</p> <p style="text-align: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>z.B. andere involvierte Dienste, Palliative Care-Team Stammblatt mit Sterbedatum und Uhrzeit ergänzen und ans Todesfallbüro faxen: 0 071 245 88 92, andere involvierte Dienste informieren</p>

Unterschrift Arzt oder Pflegefachperson:

.....

Datum: Uhrzeit:

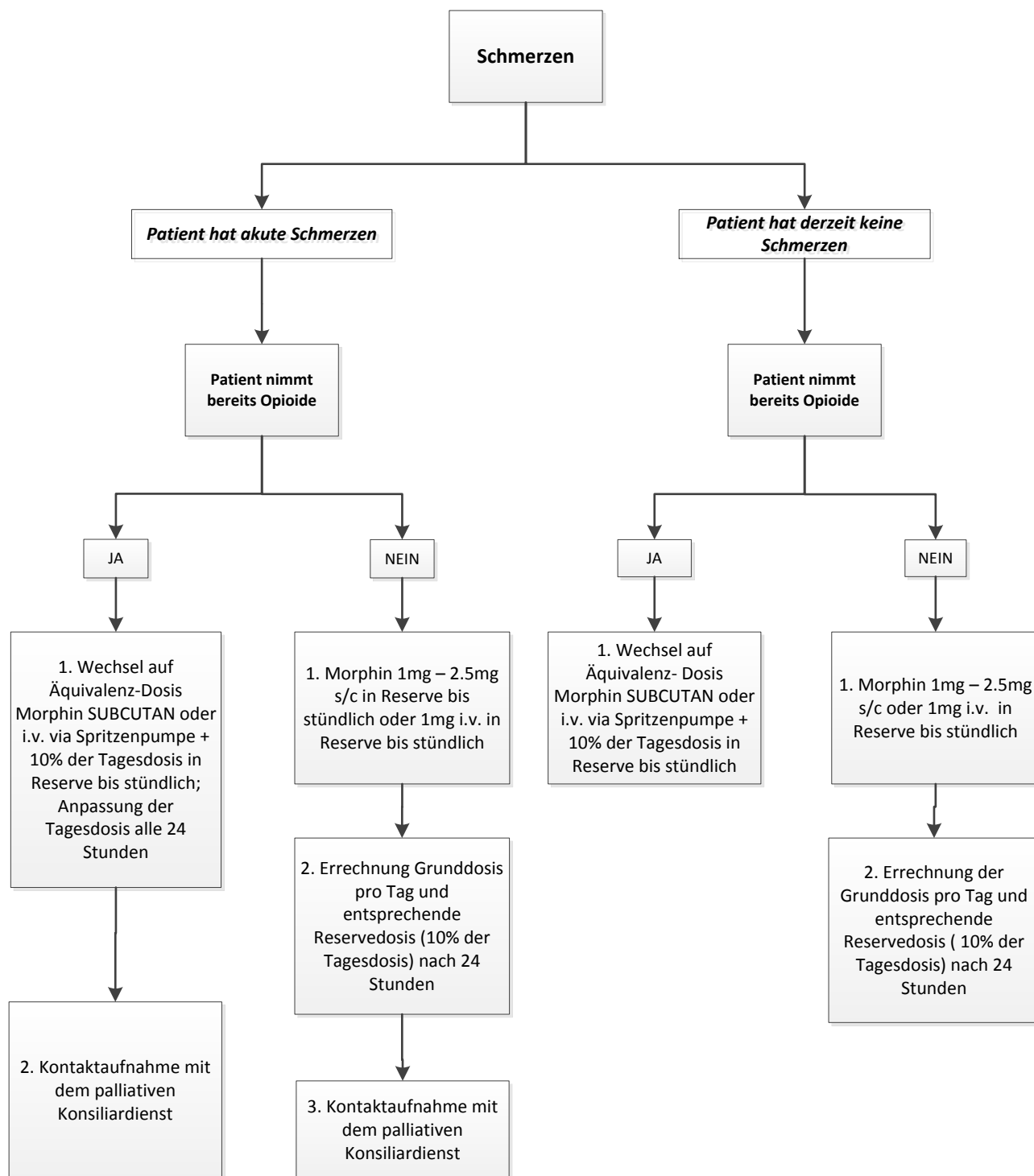
Abschnitt 3: Betreuung nach dem Tod
Variantenanalyse

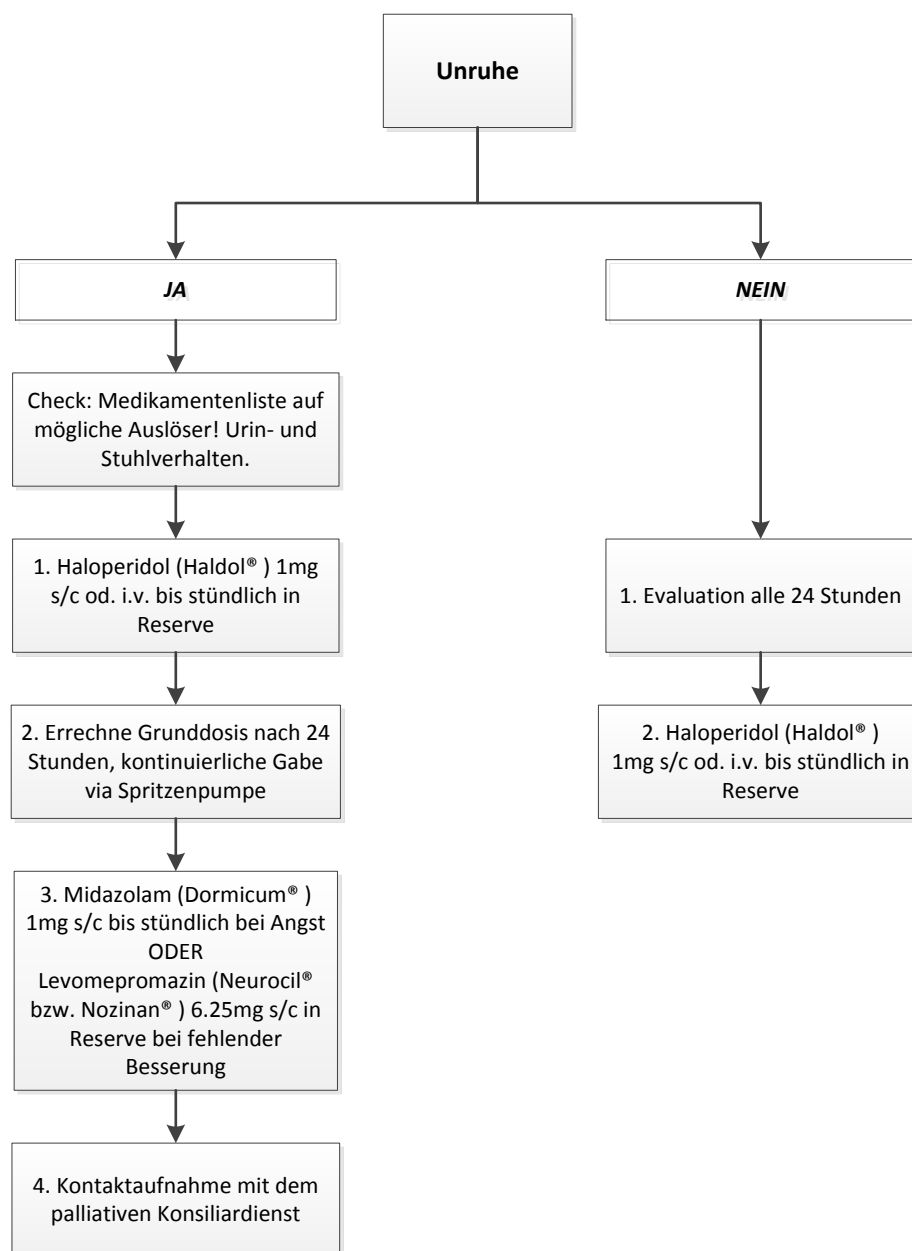
Datum / Zeit	Initialen / Handzeichen	Ziel Nr.	Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu.
25.6.15 23:00	BH	12.2	Nicht Erreichbarkeit der zuständigen Aemter zu diesem Zeitpunkt. Information an Tagdienst am 26.6.15

Therapieempfehlungen für die Sterbephase

Anmerkungen

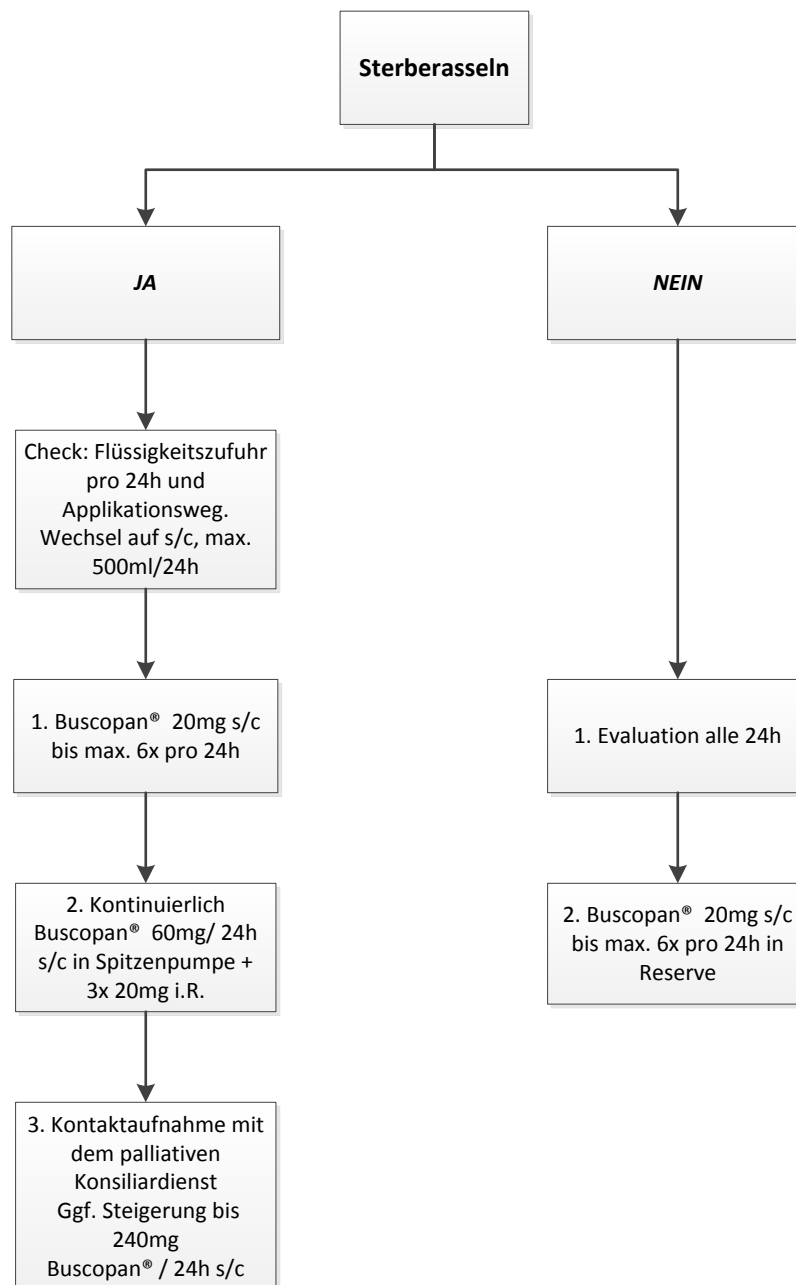
- Die frühzeitige Verordnung von Bedarfsmedikationen für möglich auftretende Symptome in der Sterbephase gewährleistet dem Behandlungsteam ein rasches Reagieren rund um die Uhr.
- Bei älteren Patienten und bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Morphin geboten.
- Die ideale Verabreichungsform ist subcutan.
- Für die individuelle Verordnung verwenden Sie bitte das Verordnungsblatt am Ende der Empfehlung.
- Bei Fragen steht der palliative Konsiliardienst gerne zur Verfügung:
 1. Pflegefachperson: 35 55 (Montag – Freitag 08.00 – 17.00)
 2. ärztlicher Hintergrunddienst: 071 494 11 55 (rund um die Uhr)
- Ergänzende Informationen zur Symptomkontrolle im KSSGwiki:
[Palliative Betreuung für die Grundversorgung](#)
- Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.





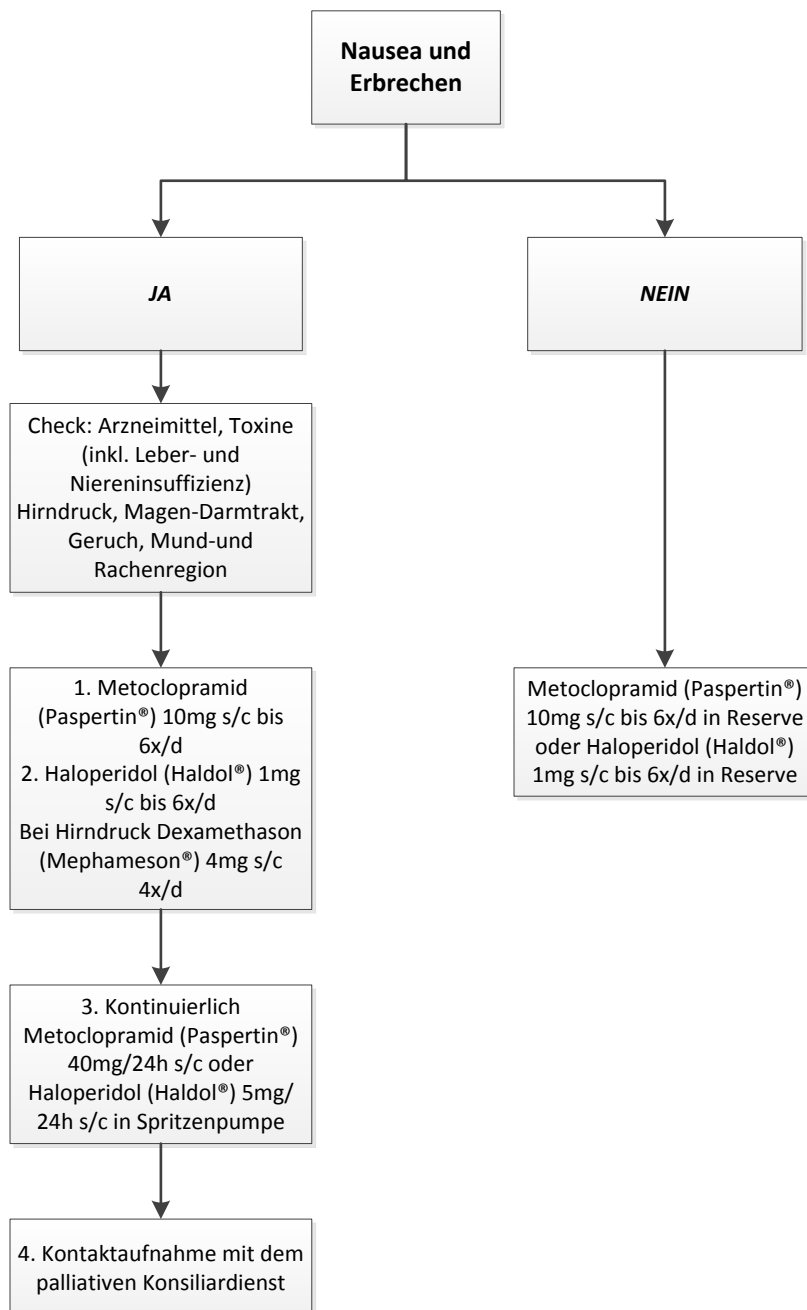
Beachte:

- Nicht jede terminale Unruhe muss medikamentös behandelt werden und unterscheidet sich von einem Delir!
- Unverarbeitetes, Verborgenes kann an die Oberfläche kommen und nochmals gesehen und im besten Fall verstanden werden.
- Team erweitern durch Fachpersonen und freiwillige Mitarbeiter.
- Cave: Vermeide Benzodiazepine bei älteren Menschen.
- Bei Delir s.a. Standard 18, Umgang mit akut verwirrten Patienten:
[Akute Verwirrtheit Standard 18](#)
- Bei möglichem Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine (Midazolam/ Dormicum®)



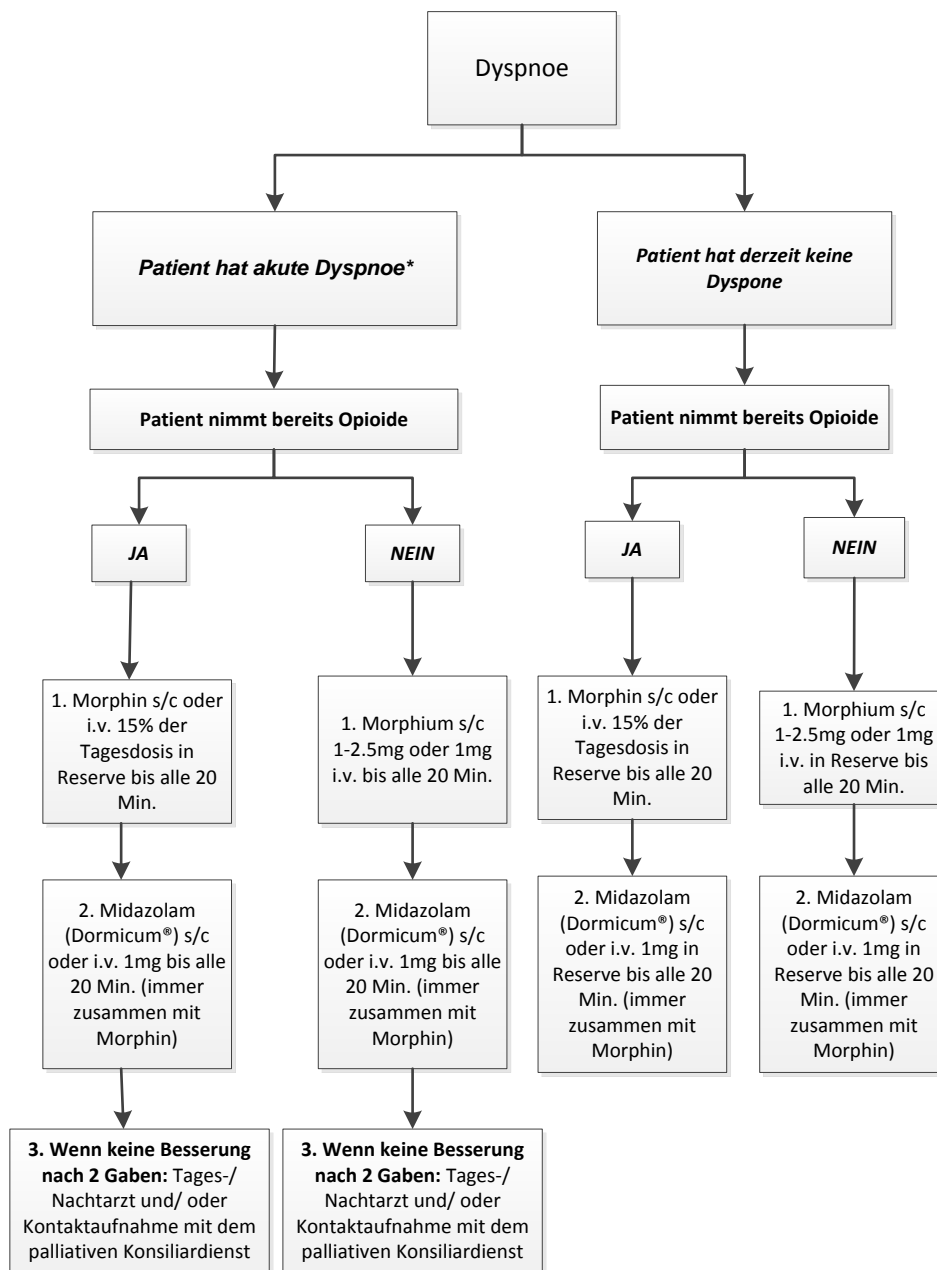
Beachte:

- 135° Seitenlagerung oder leichte Oberkörper-Hochlagerung, damit das Abfließen des Sekretes begünstigt wird.
- Das Absaugen wird im Allgemeinen nicht empfohlen. Bei sichtbarem Sekret im oberen Teil des Rachens kann ein Versuch gemacht werden.



Beachte:

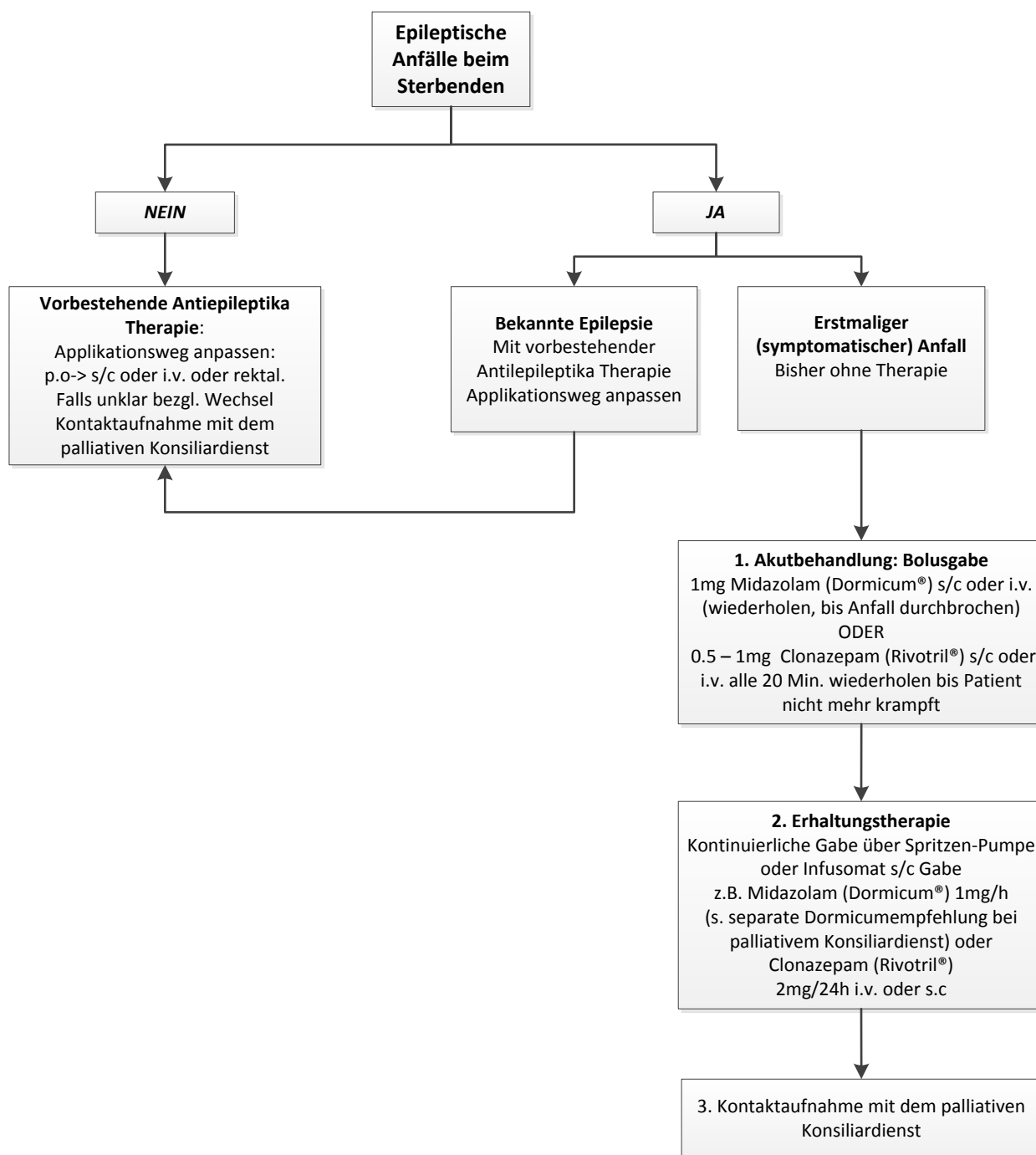
- Geruch reduzieren, allenfalls Aromatherapie einsetzen.
- Mundhygiene, insbesondere Schleimhäute feuchthalten.
- Aspiration vermeiden.



* Eine ursächliche Behandlung der Dyspnoe ist in diesen Empfehlungen **nicht** enthalten (Diuretika, Nitrate, Reduktion Volumen, Wahl des Applikationswegs), muss aber immer in Erwägung gezogen werden.

Beachte:

- Mit der Gabe von Sauerstoff ist Zurückhaltung geboten. In der Sterbephase ist nur der subjektive Benefit des Patienten ausschlaggebend. Gelegentlich ist es nur der Luftstrom, von dem der Sterbende profitiert. Auch bei Sterbenden mit COPD ist das Morphin das Mittel der Wahl.
- Bei hoher Wahrscheinlichkeit von Dyspnoe in den nächsten Stunden/Tagen: Instruktion Patient und Angehörige über Vorgehen = **5- Punkteplan**:
 1. Betroffenen nicht alleine lassen und Ruhe bewahren.
 2. Zur Erleichterung der Atmung Sitzposition einnehmen und Arme abstützen.
 3. Zufuhr von Frischluft (offenes Fenster, Tischventilator) oder Sauerstoff.
 4. Morphin (siehe Verordnung)
 5. Midazolam (Dormicum®) (siehe Verordnung)



Verordnungsblatt für die Sterbephase

Datum/Zeit	Verordnungen	Visum Arzt	Ausgeführt Datum/Zeit	Visum Pfleger
	Folgende Medikamente/Massnahmen stoppen:			
24.6.15 11:00	Sortis 40mg	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	Aspirin cardio 100mg	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	Fragmin 5000IE	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	Beloc ZOK 50mg	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	Enatec 10mg	SN	24.6.15 12:00	AM
	<u>Schmerz</u>			
	Morphin ® mg fix <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____mg/24h			
24.6.15 11:00	Morphin ® mg bei Bedarf <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ___mg ___x stündl.	SN	24.6.15 12:00	AM
	<u>Unruhe</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
24.6.15 11:00	1.Haldol ® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ___1_mg b. Bedarf stündlich	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	2.Dormicum® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ___1_mg b. Bedarf bis stündlich	SN	24.6.15 12:00	AM
	Nozinan® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____mg			

	<u>Sterberasseln</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
24.6.15 11:00	Buscopan® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ 20_mg b.Bedarf bis max 6x/24h	SN	24.6.15 12:00	AM
24.6.15 11:00	Flüssigkeitsreduktion auf: Keine Infusion. Oral so viel wie gewünscht. Häufige Befeuchtung der Mundschleimhaut	SN	24.6.15 11:00	AM
	<u>Nausea/Emesis</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Paspertin® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ mg			
24.6.15 11:00	Haldol® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ 1mg b. Bedarf bis 6x/24h	SN	24.6.15 11:00	AM
	Mephameson® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ mg			
	<u>Dyspnoe</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
24.6.15 11:00	Morphin® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ 2.5_mg b. Bedarf stündlich	SN	24.6.15 11:00	AM
24.6.15 11:00	Dormicum® mg x s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ 1mg b. Bedarf bis alle 20'	SN	24.6.15 11:00	AM
	<u>Epilepsie</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Dormicum® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ mg			
	Rivotril® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. ____ mg			

REFLEXION DER BEGLEITUNG EINES STERBENDEN MENSCHEN MIT DER HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

DIE FOLGENDEN REFLEXIONSFRAGEN SIND FAKULTATIV. SIE SOLLEN ANREGEN, DIE STERBEBEGLEITUNG ALS TEAM ZU ÜBERDENKEN UND DARAUSS ZU LERNEN.

1. Was ist uns in der Begleitung des sterbenden Menschen und seinen Angehörigen besonders gut gelungen und warum? 😊

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Was war eher schwierig und warum? 😞

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welche Erkenntnisse und Konsequenzen leiten wir in folgenden Bereichen ab:	Verantwortung für die Umsetzung der Konsequenzen	
	Wer	Bis wann
Kommunikation (Arzt – Pflege – andere Fachpersonen; gegenüber Patient; gegenüber Angehörigen)		

Wissen		
Dokumentation		
Anderes		

4. Welche Fragen müssen mit dem Palliative Care Team geklärt werden?

(Bei Fragen bitte Kopie an das Palliative Care Team weiterleiten)

.....

.....

.....

.....

.....