

Symposium des Netzwerk Palliativmedizin Essen

Kontinuität und Verlässlichkeit

5. November 2016

**Best Care for the Dying Person – nur didaktischer
Ansatz oder wichtiges Alltagsinstrument?**

Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Familiäre und professionelle Hilfe sowie die ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen dieses Anliegen.

Auszüge aus dem Dokument der HES (Handlungsempfehlung Sterbephase)

Wären Sie überrascht, wenn der Patient in der nächsten Woche sterben würde?



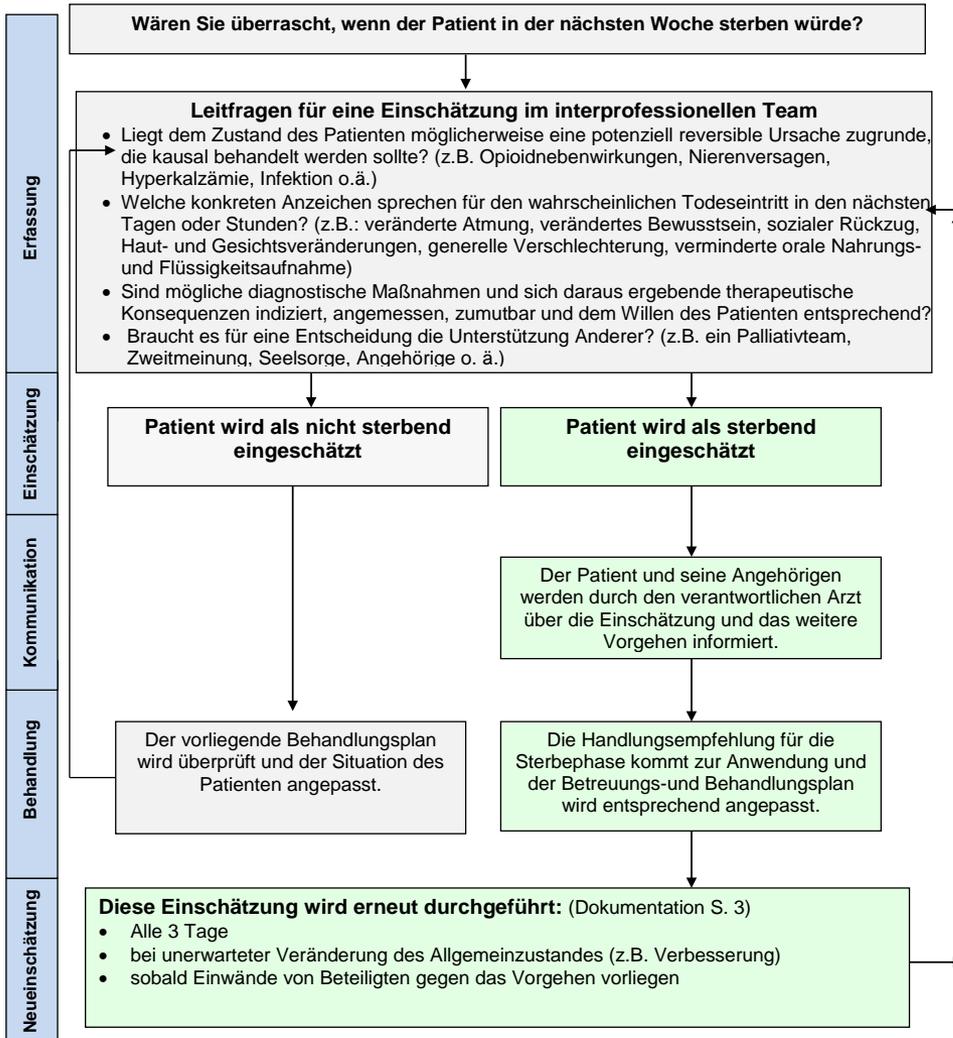
Leitfragen für eine Einschätzung im interprofessionellen Team

Liegt dem Zustand des Patienten möglicherweise eine potenziell reversible Ursache zugrunde, die kausal behandelt werden sollte? (z.B. Opioidnebenwirkungen, Nierenversagen, Hyperkalzämie, Infektion o.ä.)

Welche konkreten Anzeichen sprechen für den wahrscheinlichen Todeseintritt in den nächsten Tagen oder Stunden? (z.B.: veränderte Atmung, verändertes Bewusstsein, sozialer Rückzug, Haut- und Gesichtsveränderungen, generelle Verschlechterung, verminderte orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme)

Sind mögliche diagnostische Maßnahmen und sich daraus ergebende therapeutische Konsequenzen indiziert, angemessen, zumutbar und dem Willen des Patienten entsprechend? Braucht es für eine Entscheidung die Unterstützung Anderer? (z.B. ein Palliativteam, Zweitmeinung, Seelsorge, Angehörige o. ä.)

Vorgehen beim Diagnostizieren des Sterbens durch das interprofessionelle Team



Grundprinzipien finden sich in der S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung wieder*

Mai 2015

10. Sterbephase – 10.2. Das Sterben diagnostizieren

149

10.2. Das Sterben diagnostizieren

10.1.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Zur Einschätzung, ob die Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung begonnen hat, <i>können</i> , wenn akut reversible Ursachen ausgeschlossen wurden, folgende Kriterien herangezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Atmung, der Emotionen und des Bewusstseins • zunehmende Schwäche und reduzierter Allgemeinzustand • Hautveränderungen; Verwirrtheit; Verlust des Interesses an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr • Intuition der an der Behandlung Beteiligten
Level of Evidence 4	Quellen: Eychmüller et al. 2013 (SysRev) [11], Domeisen Benedetti et al. 2012 [10], Kennedy et al. 2014 (SysRev) [570]

¹ Information und Aufklärung erfolgt nach jeweils geltendem Recht

HES-Dokument

- Varianten sind wichtig für ein individuelles Sterben
- Pflegedokumentation im HES-Dokument ersetzt die reguläre Pflegedokumentation
- Zur Implementierung bedarf es intensiver Unterstützung, Mitarbeiterschulungen und den regelmäßigen Austausch mit dem Palliativteam

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

Diagnose & Basisinformationen	DIAGNOSE:					
	HAUPTPROBLEME:.....					
	Ethnische Zugehörigkeit/Nationalität: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>					
	Symptome des Patienten zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung:					
	Schmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	kann schlucken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Verwirrt (delirant)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Unruhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kontinenz (Blase)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Zutreffendes bitte unten ankreuzen:	
	Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Katheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	bei Bewusstsein	<input type="checkbox"/>
	Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kontinenz (Stuhl)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	bewusstseinsverändert	<input type="checkbox"/>
	Dyspnoe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Obstipation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	komatös	<input type="checkbox"/>
	„Sterberasseln“ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>					
Auftreten sonstiger Symptome (z.B. Ödeme, Juckreiz, Mundtrockenheit o.ä.):						
Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt (s. S. 1, „Bearbeitungshinweise“), soll dies auf dem Variantenbogen (S. 9) erfasst und ggf. näher erläutert werden.						
Kommunikation	Ziel 1.1: Der Patient kann sich ohne Einschränkung mitteilen. erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/>					
	Muttersprache:					
	Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.):					
	Kommunikationshindernisse: (z.B. Hörvermögen, Sehvermögen, Sprach- bzw. Sprechstörungen, Lernbehinderung, Demenz oder andere neurologische-, neuropsychiatrische-, psychiatrische Symptome, Angst- oder Stresssymptome)					
	Ist der Patient zu diesem Zeitpunkt in der Lage, eigene Entscheidungen bezüglich seiner Behandlung zu treffen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>					
	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht: <input type="checkbox"/>					
	Autopsie Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/>					
	Organspende Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/>					
	Kommentar:.....					
	Ziel 1.2: Angehörige können sich ohne Einschränkung mitteilen. erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/>					
Muttersprache:						
Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.):						
Kommunikationshindernisse:						

HES-Dokument

- Transparenz
- Hohes Maß an sensibler Kommunikation
- Bedarf an multiprofessionellem Austausch

Kommunikation und Erörterung des Betreuungsplans

Ziel 1.3: Der Patient weiss, dass er im Sterben liegt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	bewusstlos <input type="checkbox"/>
Ziel 1.3 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Patienten erklärt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	bewusstlos <input type="checkbox"/>
Ziel 1.4: Angehörige wissen, dass der Patient im Sterben liegt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
Ziel 1.4 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Angehörigen erklärt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
Name des anwesenden Angehörigen und seine Beziehung zum Patienten:				
Namen der anwesenden Ärzte/Pflegefachkräfte				
Zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen wird eine altersgerechte Unterstützung angeboten: Kommentar: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> keine Kinder <input type="checkbox"/>				
.....				
Ziel 1.4 b: Die Broschüre "Palliative Betreuung am Lebensende" ist den Angehörigen ausgehändigt.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
Ziel 1.5: Dem Betreuungsteam liegen aktualisierte Kontaktinformationen der Angehörigen wie unten aufgeführt vor.		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	
1. Kontaktperson:				
Beziehung zum Patienten:Telefon:				
Kontaktaufnahme: jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischenUhr und Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input type="checkbox"/>				
2. Kontaktperson:				
Beziehung zum Patienten:Telefon:				
Kontaktaufnahme: jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischenUhr und Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input type="checkbox"/>				
Nächste Angehörige (kann von obigen Angaben abweichen): Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>				
Name:				
Kontaktdaten:				
.....				
einrichtungen	Ziel 2: Angehörige sind über die verfügbaren Besuchereinrichtungen aufgeklärt.			
	erreicht <input type="checkbox"/>			
	Variante <input type="checkbox"/>			
			
			

I 5.1: Der Bedarf des Patienten an aktuellen Interventionen ist durch das interprofessionelle Team geprüft.
erreicht Variante

Is eine Intervention fortgeführt wird, bitte auf Seite 8 als Variante beschreiben.

	Derzeit nicht durchgeführt oder verabreicht	Abgesetzt	Fortgeführt	Eingeleitet
a: Routine-Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b: Intravenöse Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c: Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e: Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I 5.2: Eine DNR/DNI Anordnung liegt vor?

erreicht Variante

I 5.3: Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) wird deaktiviert.

erreicht Variante Kein ICD vorhanden

Bedarf den Kardiologen kontaktieren.
Anmerkungen

.....

HES-Dokument

Ziel 6: Der Bedarf an künstlicher Ernährung ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.

erreicht Variante

Ein verminderter Nahrungsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Auf künstliche Ernährung kann in der Regel verzichtet werden.

Kommentare:.....
.....
.....

Ziel 7: Der Bedarf an künstlicher Hydratation ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.

erreicht Variante

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 ist daher essenziell. Auf künstliche Flüssigkeitszufuhr kann häufig verzichtet werden.

Kommentare:.....
.....
.....

Einführung des HES-Dokumentes in Mainz

- Palliativstation Juni 2015
- 4 Akutstationen Januar 2016

- schriftliche Mitarbeiterbefragung
- Semistrukturierte Gruppeninterviews
- Aktendurchsicht

Palliativstation (01.06.2015 – 31.05.2016)

150 verstorbene Patienten
97 Patienten wurden gemäß der HES behandelt (65%)
Begründung: unerwartetes Versterben (17)
kurze Verweildauer auf Station (13)

Dauer: Mittelwert 1,89 Tage (0-15 Tage)
Drop outs: 14 Patienten/ 1 Patient außerhalb der HES
verstorben

Schriftl. Mitarbeiterbefragung: 12 Pflegekräfte
Gruppeninterviews: 12 Pflegekräfte
Aktendurchsicht: 16 Patientenakten

Akutstation (25.01. – 30.09.2016)

81 verstorbene Patienten
18 Patienten wurden gemäß der HES behandelt (22%)
Begründung: unerwartetes Versterben
Patient wurde nicht als sterbend
eingeschätzt
kurze Verweildauer auf Station
organisatorische Gründe

Dauer: 4,3 Tage
Drop outs: 1
Schriftl. Mitarbeiterbefragung: 39 Pflegekräfte
Gruppeninterviews: 17 Pflegekräfte
Aktendurchsicht: 75 Patientenakten

Schriftliche Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragung

Qualitätsprojekt „Betreuung von Menschen am Lebensende“
VOR Einführung der HES

Station

Funktion

Berufsjahre gesamt

Palliativweiterbildung ja nein

Datum

Bitte schätzen Sie sich und Ihr Team selbst ein. Was trifft für Sie aktuell in welchem Ausmaß zu?

Entscheidungsfindung bei Schwerkranken

1. Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und der Festlegung des weiteren Vorgehens im Team (Pflegerkräfte, Ärzte etc.) bei **Schwerkranken** bin ich zufrieden in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

2. Bei Schwerkranken werden Entscheidungen zum weiteren Vorgehen (Therapieziel, sinnvolle Maßnahmen etc.) gemeinsam im Team getroffen in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

3. Diese Entscheidungen werden dokumentiert in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

4. In diese Entscheidungsfindung ist i.d.R. der Patient einbezogen in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

5. In diese Entscheidung sind i.d.R. die Angehörigen einbezogen in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

Die Sterbephase

1. Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Festlegung des weiteren Vorgehens im Team (Pflegerkräfte, Ärzte etc.) bei **Sterbenden** bin ich zufrieden in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

2. Im Team wird diskutiert und gemeinsam entschieden, dass sich ein Patient in der Sterbephase befindet in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

3. Unangemessene Maßnahmen (z.B. Diagnostik) und Medikamente werden abgesetzt in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

4. Notwendige Bedarfsmedikation (zur Linderung von Atemnot, Schmerzen etc.) werden ausreichend verordnet in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

5. Der Reanimationsstatus wird bei Sterbenden automatisch auf NEIN verändert bei

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

6. Es wird überprüft/nachgefragt, ob sich der Patient des nahenden Todes bewusst ist

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

7. Die Angehörigen werden über den kritischen Zustand des Patienten informiert in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

8. Die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen nach Unterstützung durch die Seelsorge werden erfasst in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

9. Die Angaben zur Erreichbarkeit der Angehörigen werden automatisch überprüft in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

10. Die Vorbehandelnden (Hausarzt, Pflegeheim, ambulanter Hospizdienst, Pflegedienst) werden über den kritischen Zustand informiert in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

11. Das weitere Vorgehen wird mit Angehörigen besprochen, individuelle Fragen (bspw. auch bezüglich Vorgehen nach dem Tod) und Wünsche werden beantwortet bzw. erfasst in

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% **der Fälle**

Mitarbeiterbefragung

Vergleich Akutstation/Palliativstation

- Ausgangssituation auf Akutstation ist nicht zu vergleichen mit der auf PS
- Weniger Sterbefälle
- Einzelne Pflegekräfte mit PC-Weiterbildung
- Häufig wechselndes Personal
- Ärztl. Visiten nur selten in Begleitung der Pflegenden

Frage	Palliativstation (12 Mitarbeiter) Mittelwert in %	Akutstation (27 Mitarbeiter) Mittelwert in %
Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Festlegung des weiteren Vorgehens im Team bei Sterbenden bin ich zufrieden in % der Fälle	89	58
Es wird überprüft/nachgefragt, ob sich der Patient des nahenden Todes bewusst ist in % der Fälle	90	53
Unangemessene Maßnahmen und Medikamente werden abgesetzt in % der Fälle	78	44
Notwendige Bedarfsmedikation wird ausreichend verordnet in % der Fälle	95	62
Der Reanimationsstatus wird bei Sterbenden automatisch auf Nein verändert bei % der Fälle	91	60

Mitarbeiterbefragung

Vergleich Palliativstation prä/post

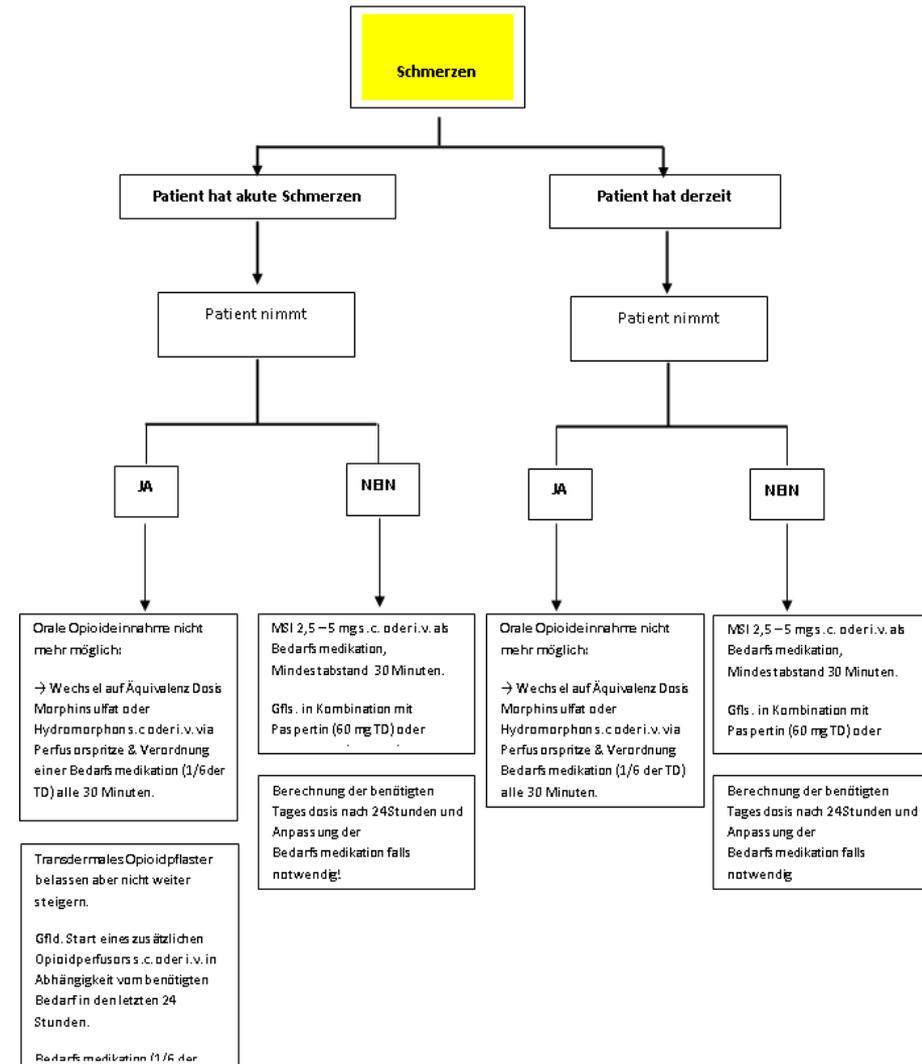
- 12/12 befragten Mitarbeitern befürworten die Fortführung des HES-Dokuments
- „... *die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden ist noch mal intensiver geworden.*“
- „.... *Finde ich die Gesprächssituation noch etwas gelöster innerhalb des Teams; ich traue mich eher mal den Denkanstoß zu geben.*“
- „*Offenheit, Offenheit über Tod und Sterben zu kommunizieren auch in Gegenwart von Angehörigen.*“

Frage	Palliativstation vor HES Mittelwert in %	Palliativstation nach HES Mittelwert in %
Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Festlegung des weiteren Vorgehens im Team bei Sterbenden bin ich zufrieden in % der Fälle	89	95
Unangemessene Maßnahmen und Medikamente werden abgesetzt in % der Fälle	78	92
Die Vorbehandelnden (Hausarzt, Pflegeheim, etc.) werden über den kritischen Zustand informiert in % der Fälle	81	91

Erste Einschätzungen Akutstation

Bewertung des HES-Dokumentes

- „alle wichtigen Informationen sind an einer Stelle“
- „man weiß, dass an Alles gedacht wurde.“
- „Die Anordnung der Bedarfsmedikation gibt mir Sicherheit.“
- „Die Empfehlungen für die medikamentöse Symptomkontrolle sind hilfreich“
- „das Sprechen über das Sterben ist leichter geworden“



Fazit

Das HES-Dokument ist gut geeignet als Alltagsinstrument zur Begleitung sterbender Menschen auf Palliativstation **und** Akutstation.

Die Unterstützung durch ein Palliativteam bei der Anwendung des HES-Dokumentes ist dringend notwendig!

Es geht dabei nicht darum, zu überprüfen, ob das Dokument „richtig“ ausgefüllt wurde, sondern um die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, den kollegialen Austausch bei der Beschwerdelinderung und das Finden einer gemeinsamen Sprache für den Umgang mit Sterben.



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**