

Notfallsituationen in stationären Einrichtungen der Altenpflege – ärztliche Aufgaben

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Moderatoren:
Karl-Heinz Wagner

Konsentierung zuletzt am:
Juli 2020

Autoren:
Mitglieder der AG HPA

Präambel

Die durchschnittliche Überlebenszeit eines neu eingezogenen Heimbewohners beträgt ca. sechs Monate. Vor diesem Hintergrund ist eine **palliative Versorgungsnotwendigkeit** häufig gegeben. Leider tritt diese oft unvorhergesehen und plötzlich auf. Ziel muss es sein, auf die unvorhergesehenen und plötzlichen Ereignisse angemessen und rechtzeitig reagieren zu können.

Versorgungsplanung

- Evtl. im Rahmen der schon bestehenden Versorgungsplanung der stationären Einrichtung
- Wenn nicht vorhanden: **gemeinsames Gespräch** anstreben
 - mögliche Teilnehmer: Bewohner, Angehörige, evtl. gesetzlicher Betreuer, Pflegepersonal, Arzt
 - medizinische, biographische und spirituelle Besonderheiten erfassen
 - Ziele festlegen (*Krankenhaus-Einweisung? Reanimation? Ernährung? Organersatzverfahren?*) und **schriftlich festhalten** (*wichtig für die Rechtssicherheit des Pflegepersonals*) dabei Therapiealternativen, insbesondere palliative und hospizliche Behandlungsmöglichkeiten aktiv erwähnen (*Behandlung quälender Symptome, Beistand etc.*)
 - evtl. bestehende Patientenverfügungen sollten natürlich dabei berücksichtigt bzw. ergänzt, konkretisiert oder neu erstellt werden
 - ggf. den „Essener Palliativausweis“ ausstellen

Bei Eintreten der palliativen Situation:

1. Schriftliche Anweisung (*wenn bislang nicht geschehen*) an das Pflegepersonal keine Reanimationsmaßnahmen einzuleiten, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht oder aber keine medizinische Indikation gegeben ist
2. Überdenken und ggf. Anpassen der Indikation für
 - a. Ermittlung von Vitalparametern, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Ernährung oder Flüssigkeitsgabe
 - b. Durchführung der Primärprophylaxen
 - c. Dauer- und Bedarfsmedikation: **welche Medikamente können abgesetzt werden ohne dass quälende Symptome entstehen?**
 - d. Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Wenn Entschluss zum Absetzen o.g. Maßnahmen, schriftliche Dokumentation in der Patientenakte (*evtl. Dokumentationshilfe im Anhang verwenden*)
3. Ggf. Maßnahmen zum Schutz der Bewohner (*z.B. Bettgitter in der Sterbephase*) als „Nicht-Fixierungsmaßnahme“ definieren und dokumentieren



Notfallsituationen in stationären Einrichtungen der Altenpflege – ärztliche Aufgaben

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

4. **Bedarfsmedikation für Symptome**, die im Rahmen der Sterbephase auftreten können (*Luftnot, Schmerzen, Unruhe, Angst, Übelkeit, terminales Rasseln*) anordnen (*evtl. Dokumentationshilfe im Anhang verwenden*)
5. Sind die Angehörigen informiert?
6. Ist spiritueller oder hospizlicher Beistand gewünscht und organisiert?
7. Ist die Versorgung auch außerhalb der normalen Arbeitszeit organisiert? Wer kann gerufen werden, wenn trotz Verabreichen der Bedarfsmedikation quälende Symptome beim Bewohner auftreten?
8. Weiß das Pflegepersonal, wer nach dem Versterben des Patienten für die **Ausstellung der Todesbescheinigung** informiert werden soll?
Ist (*durch ausreichende Dokumentation*) sichergestellt, dass „natürliche Todesursache“ angekreuzt werden kann (*wichtig, um zu verhindern, dass durch das sonst notwendige Einschalten der Kriminalpolizei mit evtl. Sicherstellung des Leichnams die Angehörigen in ihrer Trauer traumatisiert werden*).

Nach dem Versterben

1. Angehörigen sollte die **Möglichkeit einer Nachbesprechung** angeboten werden. Dabei sollten sie auch auf die **Angebote einer Trauerbegleitung** hingewiesen werden (*Kontakt z.B. www.trauernetzwerk-essen.de*)
2. **Rückmeldungen über negative und positive Verläufe** an und durch das Team (*Arzt, Pflegepersonal, sonstige Begleitende*) helfen das Team zu stärken und aus Erfahrungen zu lernen.

Ärztliche Anordnung bzgl. durchzuführender Maßnahmen in der Sterbephase

Patientenname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

o.g. Patient befindet sich in der Sterbephase.

Aus diesem Grunde treffe ich die folgenden Anordnungen:

- | | | |
|--|---|----------|
| 1. Körpergewicht messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 2. Blutdruck messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 3. Puls messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 4. Temperatur messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 5. Blutzucker messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 6. Ermittlung Ernährungszustand | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 7. Ermittlung orale Flüssigkeitszufuhr | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| Bei weniger alsml oraler Flüssigkeitszufuhr über 24 Stunden, | | HZ Arzt: |
| Infusion vonmlLösung s.c. | | HZ Arzt: |
| 8. Kontrolle der Urinausscheidung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 9. Kontrolle auf das Vorliegen eines Harnverhaltes | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 10. Kontrolle der Stuhlausscheidung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 11. Intensive Lagerungstherapie | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 12. Sonstiges: | | HZ Arzt: |
| 13. Reanimationsmaßnahmen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| (Entscheidung aufgrund gültiger Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. die Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert) | | |
| 14. Notarzttalarmierung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| (Entscheidung aufgrund gültiger Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. die Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert) | | |

Bedarfsmedikation für die Sterbephase

Symptom	Medikament	(s.c./s.l./rectal)	Dosis in 24 Stunden	Bemerkung
Luftnot				
Schmerzen				
Unruhe/Angst				
Terminales Rasseln				
Übelkeit				

Ansprechpartner für nicht beherrschbare Situationen (z.B. starke Luftnot, Schmerzen, Unruhe) trotz Verabreichen der Bedarfsmedikation:

1. Name _____ (Tel.: _____)

2. Name _____ (Tel.: _____)

Ort, Datum: _____ Name, Unterschrift: _____