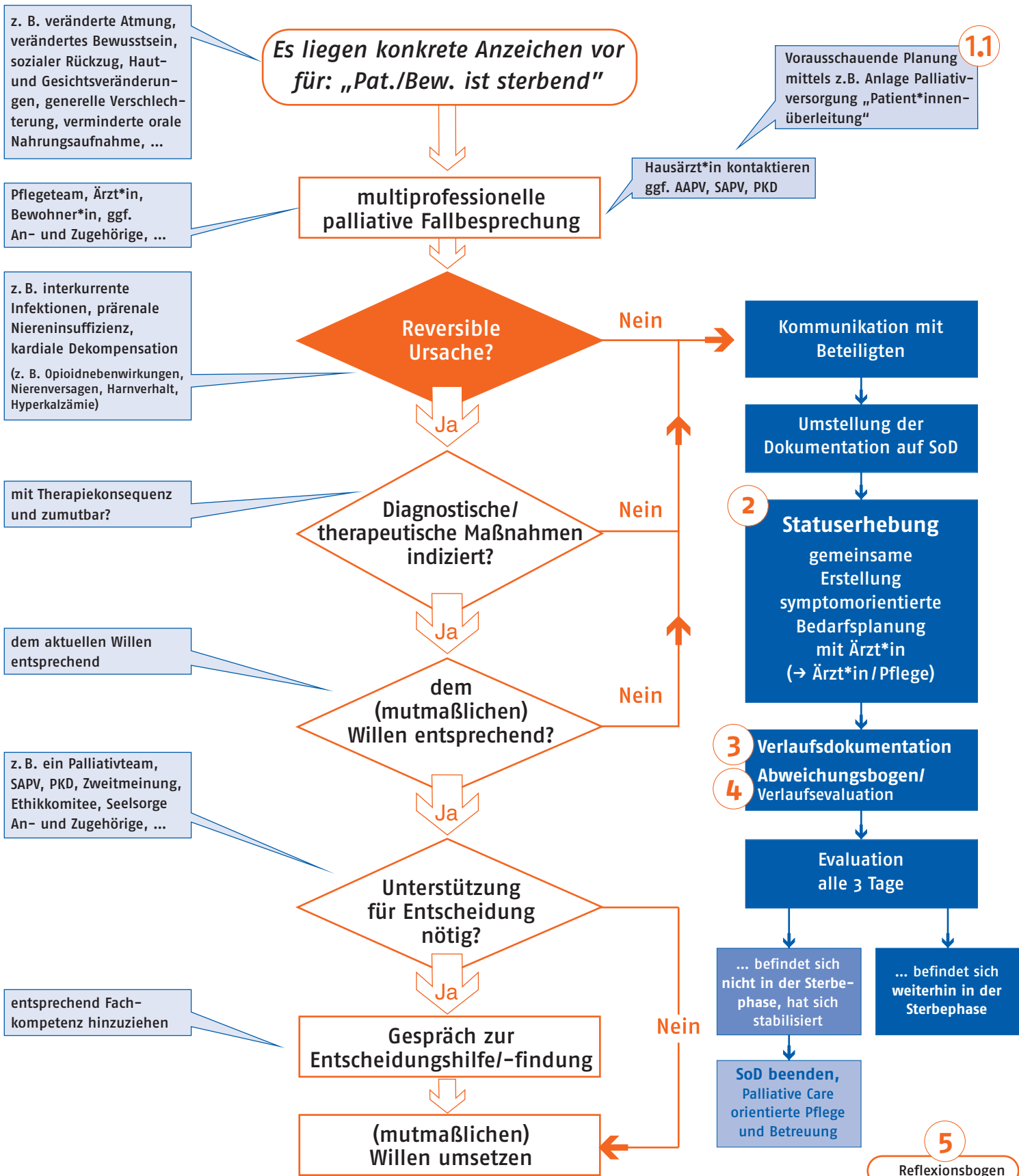


1 Handlungspfad zur Erkennung und Begleitung der Sterbephase



Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz
entwickelt im Netzwerk Palliativmedizin Essen

Anlage Palliativversorgung

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

Vorsorgedokumente

- Patientenverfügung
- Essener Palliativausweis
- Sonstige _____
- Vorsorgevollmacht (Gesundheitsfürsorge)
- Betreuung (Gesundheitsfürsorge)

Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- Patient voll teilweise nicht möglich nicht gewünscht
- Angehörige voll teilweise nicht nicht vorhanden

Für welche Symptome erhielt der Patient bereits Medikamente?

- Schmerz regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Übelkeit / Erbrechen regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Verstopfung / Durchfall regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Luftnot regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Angst / Unruhe regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Verwirrtheit regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Schlafstörungen regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Andere _____ regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich

Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

- akute Blutung
- Querschnitt / Fraktur
- Sonstige _____
- Erstickungsanfall
- Krampfanfall
- psychosoziale Überforderung
- Schluckstörung

aufwendige Versorgung

- Schmerzpumpe
- parenterale Ernährung
- PEG auf Ablauf (Ileus)
- Portversorgung
- Drainage (Aszites, Pleura, Wunde)
- Andere _____

weitere Dienste

- Ambulantes Hospiz
- Palliativarzt
- Palliativpflegedienst
- Ambulanter Pflegedienst
- SAPV
- Therapeuten (welche?)
- Sonstige _____

falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

Unterschrift Pflegefachkraft _____

Unterschrift Arzt _____ Datum _____

Stempel

Stand: November 2015

Statuserhebung

Name: _____ Geb. _____ Wohnbereich: _____ Datum: _____

A Hauptdiagnose				
B Checkliste ärztliche Verordnungen			Ja	Nein
B 1	Aktuelle Medikation ist überprüft, nicht zielführende Medikamente sind abgesetzt			
B 2	Anordnung für den Umgang mit Medikamenten bei Schluckunfähigkeit ist vorhanden			
B 3	Die ärztliche Verordnung/Bedarfsmedikation (<i>subkutan, sublingual, ggf. oral</i>) liegt für die folgenden, mit „ja“ beantworteten Symptome vor:			
B 3.1	Schmerzen			
B 3.2	Rasselatmung / bronchiale Sekretion			
B 3.3	Luftnot (<i>Dyspnoe</i>)			
B 3.4	Unruhe / Verwirrtheit			
B 3.5	Übelkeit / Erbrechen			
B 3.6	Obstipation			
B 3.7	Juckreiz			
B 3.8	Sonstiges:			
B 4	Medizinische Interventionen / Maßnahmen sind überprüft			
B 4.1	subkutane Flüssigkeitsgabe			
B 4.2	Antibiotikagabe			
B 4.3	Indikation zur Dauerkatheter-Anlage im Bedarfsfall gegeben			
B 4.4	Sonstiges:			
B 5	Mitbehandlung durch SAPV (<i>Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung</i>) / PKD (<i>Palliativmedizinischer Konsiliardienst</i>) geprüft			
B 5.1	SAPV/PKD wird in Anspruch genommen			
C Checkliste pflegerische Interventionen / Maßnahmen			Ja	Nein
C 1	Unangemessene Prophylaxen sind nach Rücksprache mit behandelnder Ärzt*in beendet ¹			
D Checkliste Kommunikation/Information (mit An- und Zugehörigen, gesetzlichen Vertreter*innen und Pflege-/Betreuungsteam)			Ja	Nein
D 1	Der oben genannte Personenkreis ist über den aktuellen Zustand der Bewohner*in informiert			
D 2	Die Möglichkeit zur Übernachtung wurde angeboten			
D 3	Sonstige wichtige Informationen wurden weitergegeben, und zwar			
D 4	Die Informationsbroschüre wurde angeboten			
E Checkliste Religiöse / spirituelle / psychosoziale Begleitung / Unterstützung			Ja	Nein
E 1	Konfessionsorientierte Begleitung			
E 1.1	Seelsorgerische Begleitung (z.B. Krankensalbung, Aussegnung)			
E 2	Ehrenamtliche Begleitung durch einen Hospizdienst			
E 3	Sonstige (<i>Verwandte, Bekannte, Andere (Ehrenamtliche)</i>)			
F Sonstige Informationen			Ja	Nein
F 1	Kontaktinformationen der An- und Zugehörigen etc. sind aktuell (<i>Handy-Nr.? nächtliche Anrufe erwünscht?</i>)			
F 2	Bestattungswünsche sind bekannt			
F 3	Nachlasspflege			
F 3	ggf. Essener Palliativausweis vorhanden			

¹ Lagerungsplan – individuelle Änderungen (z.B. Microlagerungen) von Ärzt*in gegenzeichnen lassen.

3 Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

Verlaufsdokumentation

- Bei Wunden wird die einrichtungsinterne Wundverlaufsdokumentation angelegt / weitergeführt.
- Pflegerische Interventionen (Prophylaxen) sind situationsabhängig (bedarfs- und bedürfnisorientiert) durchzuführen bzw. zu beenden.
- siehe auch Handlungsempfehlungen (http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main_fachinfo_formulare.html)

Legende: Bitte im Zeitraster nur ein „E“ (= Ziel Erreicht) oder „A“ (Abweichung vom Ziel) eintragen. Wurde A eingetragen, ist die Konkretisierung auf dem Abweichungsbogen näher zu erläutern.

Symptom <small>(siehe Handreichungen)</small>	Ziel		8 h	12 h	16 h	20 h	24 h	4 h
1 Schmerz	Betroffene(r) ist schmerzfrei. • Schmerz-Assessment (z.B. NRS (verbal), BESD (nonverbal)) • Lageänderung erwägen							
2 Trachealsekret	Betroffene(r) leidet nicht unter „Todesrasseln“. • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der An- und Zugehörigen							
3 Luftnot (Dyspnoe)	Betroffene(r) weist keine Atemnot auf. • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre							
4 Unruhe	Betroffene(r) ist nicht unruhig. • reversible Ursachen ausschließen, z.B. Schmerz, Harnverhalt, Opioidtoxizität • Lageänderung erwägen • (ehrenamtliche) Begleitung erforderlich?							
5 Übelkeit	Betroffene(r) weist keine Übelkeit auf.							
6 Erbrechen	Betroffene(r) erbricht nicht.							
7 Stuhlgang	Betroffene(r) hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung.							
8 Miktion	Betroffene(r) hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. • Blasenkatheter bei Harnverhalt							
9 Andere Symptome <small>Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2</small>	Betroffene(r) hat keine anderen Symptome.							
10 Medikation	Sichere / komfortable Medikamentengabe ist gewährleistet • z.B. Kontrolle von s.c. Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster • Wird keine Medikation benötigt, bitte „nz“ (nicht zutreffend) notieren.							
11 Hydratation	Betroffene(r) erhält Flüssigkeit nach Bedarf.							
12 Mundpflege	Der Mund ist feucht und sauber. • An- und Zugehörige einbeziehen, wenn angebracht							
13 Haut	Die körperliche Integrität ist durch den Hautzustand nicht beeinträchtigt. • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetik angemessen beachten							
14 Körperpflege	Die persönlichen Hygienebedürfnisse sind erfüllt. • religiöse, kulturelle Bedürfnisse beachten • ggf. An- und Zugehörige einbeziehen							
15 Umgebung	Persönlichen Bedürfnissen angepasste Umgebung.							
16 Psyche	Für das psychische Wohlbefinden ist gesorgt.							
17 Angehörige	Für das Wohlbefinden der An- und Zugehörigen ist gesorgt.							
	Handzeichen der Pflegefachkraft (pro Schicht)		Früh		Spät		Nacht	

Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

Abweichungsbogen / Verlaufsevaluation

- Beschreibung und Analyse der Abweichungen und des Verlaufs
- Wichtige Ereignisse (z.B. Besuch SAPV/PKD, erhöhte Symptomlast, ...)

Datum / Zeit	Handzeichen	Symptom-Nr.	Beschreibung der Abweichung und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation

5

Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

→ DIESE SEITE WIRD NICHT IN DER BEWOHNER*INNENDOKUMENTATION ABGEHEFTET!

Betreuung nach dem Tod

→ Nach hausinternen Vorgaben (Standard, Verfahrensanweisung, ...)

→ Nicht zu vergessen: Information an ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des ambulanten Hospizdienstes!

Wenn möglich: Nachbesprechung (Rückschau) der gemeinsamen Begleitung und des Verlaufs.

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

2. Was war eher schwierig und warum? 😞
