|  |
| --- |
| **PERSONALIEN**  |
| *Personalien in Palliativen Betreuungsplan eintragen.* |
| **SYMPTOM-MANAGEMENT (Hauptdiagnosen/-anliegen)** | **S** |
| **Was weiss der Betroffene über seine Erkrankung? Ist im Moment die Behandlung der Symptome zielführend?**  |
| *An welcher Erkrankung leiden Sie aktuell? (Hauptdiagnose)*      |
| *Können sie uns etwas über Ihre Krankheit erzählen? Seit wann besteht ihre Erkrankung? Andere wichtige Nebendiagnosen?*      |
| *Welche Therapien (seit wann, wie lange) haben sie schon durchlebt? Wurde mit Ihnen über ein Behandlungsziel gesprochen? Wurde das Thema palliative Behandlung angesprochen?*      |
| *Welche Symptome treten bei Ihnen aufgrund ihrer Erkrankung auf?*      |
| **SYMPTOMEINSCHÄTZUNG nach ESAS**-(aktuell) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| kein Schmerz | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmster Schmerz |
| keine Müdigkeit | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmste Müdigkeit |
| keine Übelkeit | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmste Übelkeit |
| keine Depression | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmste Depression |
| keine Angst | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmste Angst |
| keinSchwindel | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmster Schwindel |
| bester Appetit | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlechtester Appetit |
| bestes Wohlbefinden | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlechtestes Wohlbefinden |
| keine Atemnot | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  | schlimmste Atemnot |
| andere (Mundtrockenheit, Juckreiz, Schlaflosigkeit) | 0[ ]  | 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  | 6[ ]  | 7[ ]  | 8[ ]  | 9[ ]  | 10[ ]  |  |
| **Weitere:** |       |
| **Ressourcen** (Was hilft ihnen?) |       |

|  |
| --- |
| *Was ist ihr Hauptanliegen bezüglich ihrer Erkrankung und Symptomen? Sind sie eingeschränkt in ihrem Alltag wegen ihrer Symptome?*      |
| *Wie sehen sie den Verlauf ihrer Krankheit, was hat man Ihnen gesagt, was denken sie selbst?*       |
| *Haben sie Allergien oder Unverträglichkeiten?*       |
| **ENTSCHEIDUNGSFINDUNG**  | **E** |
| **Welche Entscheidungen / Vorbereitungen wurden bereits getroffen?** |
| *Was ist Ihnen am wichtigsten für die nächste Zeit? Was sind Wünsche, Bedenken, Sorgen, Ängste (Abhängigkeit, körperliche, soziale, kulturelle, seelische, religiöse Werte usw.).*      |
| *Was bedeutet für sie Lebensqualität?*      |
| *Wie wichtig ist es Ihnen zu Hause zu bleiben? Was denken sie über einen Spitaleintritt?*      |
| *Fall es aus pflegerischen/medizinischen Gründen notwendig wird- Können sie sich vorstellen in einem Pflegezentrum oder ein Hospiz zu gehen/ zu sterben? (Sind sie bereits irgendwo angemeldet?)*      |
| *Haben sie eine Patientenverfügung? Wo befindet sich diese? Ist diese aktuell? Wenn nein, benötigen sie Unterstützung dabei? (Vorsorgeauftrag, Testament)*      |
| *Sind sie Mitglied bei einer Sterbehilfsorganisation?* Bei welcher?      |
| *Haben Sie sich schon mal Gedanken bezüglich einer Reanimation gemacht, sowie Beatmung und Verlegung auf die Intensivstation bei akuter Verschlechterung aufgrund ihrer Erkrankung?*      |
| *Haben Sie sich zum Thema «lebensverlängernde Massnahmen» in Bezug auf «künstliche Ernährung, Flüssigkeitsgabe», sowie zu Gabe von Antibiotika oder Bluttransfusionen schon einmal Gedanken gemacht oder mit Ihrem Arzt darüber gesprochen?*      |
| *Weiterführende Frage bei Sterbebegleitung zu Hause: Nehmen sie zugunsten einer wirksamen Bekämpfung Ihrer Schmerzen respektive Atemnot bei Bedarf auch in Kauf, dass Sie mehr dösen, mehr schlafen, etwas sediert werden?*      |

|  |  |
| --- | --- |
| **NETZWERK** | **N** |
| **Wer ist derzeit involviert? Welche Netzwerkpartner wären zusätzlich hilfreich?** |
| *Wer gehört zu ihrer Familie? Wer sind andere wichtige Personen? Nachbarn? Haustiere?*      |
| *Wer ist ihre Vertrauensperson bei Urteilsunfähigkeit, Bewusstlosigkeit in Bezug auf medizinische / pflegerische Fragen? Haben sie einen Beistand?*      |
| *Wohnsituation (Haus, Wohnung, Treppen, Lift; Wohnform: Alleine, mit Partner, Kinder, Haustiere)*      |
| *Welche ambulante Unterstützung nutzen sie bereits? (Haushaltshilfe, Hilferufknopf, Mahlzeitendienst, sind sie bereits Mitglied bei einer Organisation? Sind bereits Netzwerkpartner involviert? z.B.: Physiotherapie, Hausarzt, Spitex ect.)*      |
| *Wie sieht ihr Tagesablauf aus aktuell? (Arbeit, Hobbys, Haushalt ect.)*      |
| *Welche Aufgaben übernehmen ihre Angehörigen für Sie?*      |
| *Sind ihre Angehörige über ihre Situation informiert? Wie gehen sie damit um? (Sind ihre Angehörige eine Ressource, haben sie Sorgen/Ängste?)*      |
| *Was hilft ihren Angehörigen? Können sie gut mit ihren Angehörigen über ihre Situation sprechen?*      |
| **SUPPORT** | **S** |
| **Welchen Support brauchen Sie und ihre Angehörigen?** |
| *Was gibt Ihnen Kraft und Halt, um die Situation zu bewältigen? Haben sie Hobbys, persönliche Ressourcen? (spirituelle oder religiöse Bedürfnisse?)*      |
| *Werden sie psychologische betreut oder möchten Sie diese in Anspruch nehmen?*      |
| *Gibt es wichtige noch ungeklärte finanzielle Angelegenheiten (Testament, Ergänzungsleistung, Vollmachten u.a.)? Brauchen sie dafür Unterstützung / soll jemand involviert werden?*      |
| *Gibt es aus ihrer Sicht generell etwas das geklärt werden muss?*      |

|  |
| --- |
| *Haben sie noch ein Ziel, etwas das sie noch erreichen möchten/ noch einen dringenden Wunsch/ etwas Unerledigtes?*      |
| *Welche Erwartungen haben sie an das Betreuungsteam? Welchen Support wünschen sie sich von uns?*      |
| *Was ist ihre grösste Kraftquelle, was sind ihre Ressourcen?*      |
| *Benötigen ihre Angehörigen Support durch das Betreuungsteam?*      |
| **END OF LIFE** |
| *Wo möchten Sie am liebsten Sterben?*      |
| *Haben sie Angst vor dem Sterben? Oder haben sie Angst vor dem WIE sterben?*      |
| *Sind sie und ihre Angehörige über den Sterbeprozess informiert? (z.B. bezüglich Symptome, letzte Tage und Stunden, Sterbebegleitung)*      |
| *Gibt es noch wichtige ungeklärte Angelegenheiten (Beerdigung, Nachlassregelung, anderes)? Benötigen Sie dafür Unterstützung/ soll jemand involviert werden?*      |
| *Wer soll benachrichtig werden, wenn sie sterben?*      |

|  |
| --- |
| **EVALUATION / Weiterführende Massnahmen nach SENS:** |
| **SYMPTOM-MANAGEMENT**  | **S** |
| * Unklarheiten bezüglich Erkrankung, viele offene Fragen 🡪 RTG mit zuständigem Arzt organisieren
* Symptombelastet 🡪 ärztliche Medikamentenliste anfordern oder palliativer Notfallplan ([www.forum-palliative-care-glarnerland.ch](http://www.forum-palliative-care-glarnerland.ch))
* Weitere Professionen zur Symptomlinderung beiziehen (Physiotherapie u. a.)
 |
| **ENTSCHEIDUNGSFINDUNG** | **E** |
| * Support geben bezüglich Entscheidungen (lebensverlängernde Massnahmen, Spitaleinweisung, Behandlungsabbruch, Eintritt in eine Institution z.B. Hospiz u.a.)
* Soziale Dienste involvieren, z.B. für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Ergänzungsleistung u.a.
* Bei letzten Wünschen/ Unerledigtem mitunterstützen ([www.ambulanzwunsch.org](http://www.ambulanzwunsch.org))
* Palliativen Betreuungsplan erstellen ([www.forum-palliative-care-glarnerland.ch](http://www.forum-palliative-care-glarnerland.ch))
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **NETZWERK** | **N** |
| * Netzwerk aufbauen
* Entlastungsdienste, Freiwillige miteinbeziehen
* Koordination Gesundheit (KOGE) miteinbeziehen, Information und Beratung für Angehörige, Betroffene sowie Dienstleister, Koordination
 |
| **SUPPORT** | **S** |
| * Seelsorger involvieren
* Psychologische Unterstützung miteinbeziehen für Betroffene und/oder Angehörige
* Soziale Dienste für ungeklärte finanzielle Angelegenheiten
* Angehörige in die Pflege und Symptommanagement involvieren (Edukation)
 |
| **END OF LIFE** |  |
| * Informationen bezüglich Sterbeprozess abgeben
* Seelsorger miteinbeziehen
* Trauerbegleitung
 |

|  |
| --- |
| **Palliative Care Assessment erstellt am / durch:** |
| Datum: |       |
| Anwesende: |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |