



# HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

*Unterstützung und Begleitung des sterbenden Menschen und seinen Angehörigen  
in den letzten Tagen oder Stunden seines Lebens*

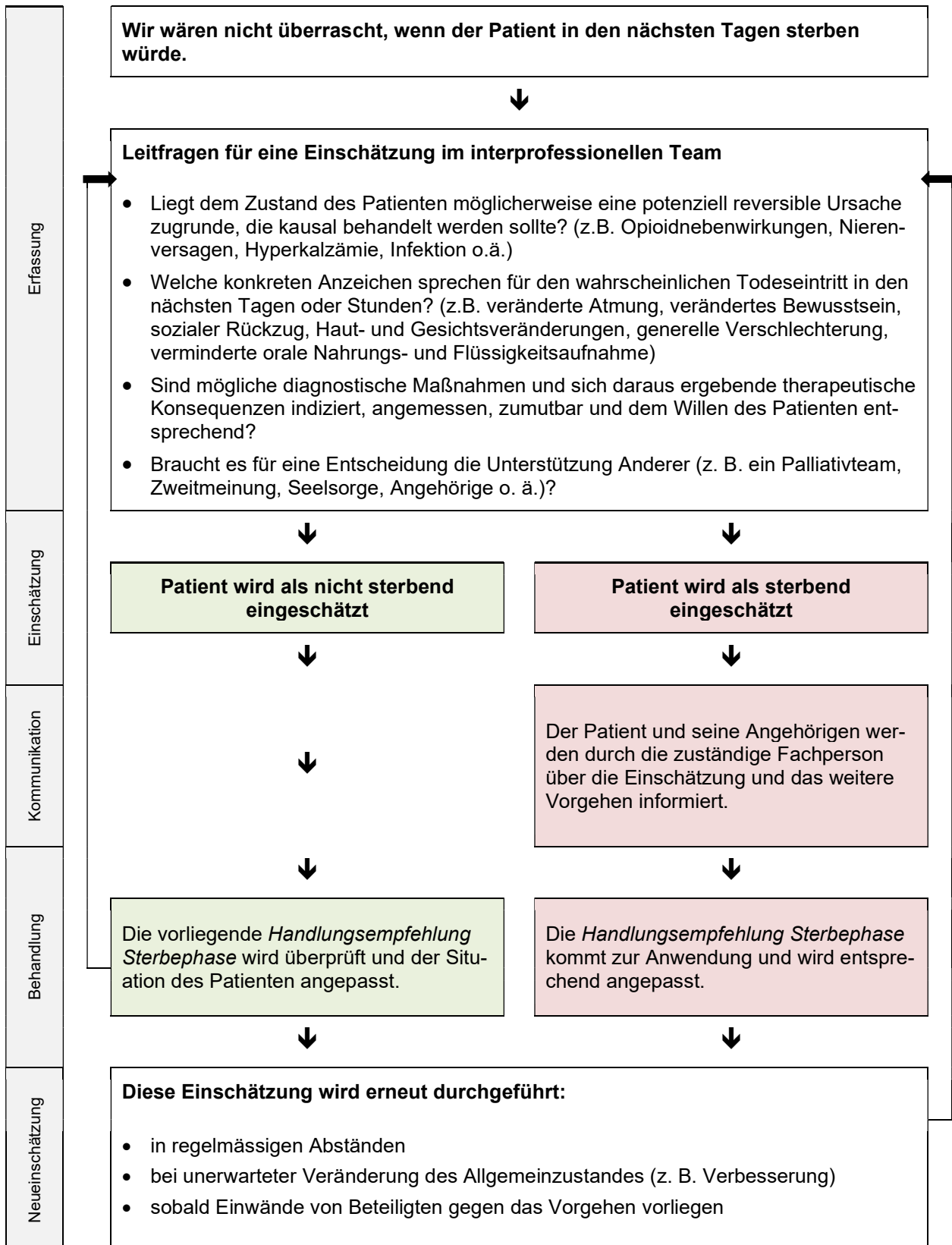
## EINFÜHRUNG / BEARBEITUNGSHINWEISE

---

- Die *Handlungsempfehlung Sterbephase* 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. Seite 2) ist jederzeit möglich. Hier kann Unterstützung durch ein Palliativteam helfen.
- 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.
- Massnahmen wie z. B. Flüssigkeits- oder Antibiotika-Gabe sind nicht ausgeschlossen, 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 medizinischen Indikationen berücksichtigt.
- Die standardisierte und individuelle Pflegeplanung wird hierdurch ersetzt.
- 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.
- Dunkelgrau markierte Ziele bei der Ersteinschätzung sind vom Arzt zu erfassen.

***Der Zustand des Patienten wird in regelmässigen Abständen neu eingeschätzt; eine vollständige formale Beurteilung durch das interprofessionelle Team erfolgt in regelmässigen Abständen.***

Vorgehen beim Diagnostizieren des Sterbens durch das interprofessionelle Team



**ERST-ASSESSMENT**

---

**Dokumentation der Entscheidungsfindung**

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

<b>Beginn</b>	Datum:	Zeit:	Uhr
---------------	--------	-------	-----

<b>Arzt</b>	Name:	Unterschrift:
-------------	-------	---------------

<b>Pflegefachperson:</b>	Name:	Unterschrift:
--------------------------	-------	---------------

**Entscheidung wird vom vorgesetzten Arzt unterstützt**

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

<b>Arzt</b>	Name:	Unterschrift:
-------------	-------	---------------



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

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



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

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



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

<b>Spirituelle Aspekte und Bedürfnisse (Betätigungswünsche/-möglichkeiten)</b>	<b>Ziel 3.1</b> Dem Patienten wurde Gelegenheit gegeben mitzuteilen, was ihm zu diesem Zeitpunkt wichtig ist, z. B. seine Wünsche, Gefühle, sein Glauben, seine Überzeugungen, Wertvorstellungen. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos																				
	Es ist an religiöse, ethnische, kulturelle oder biographische Bedürfnisse und Aspekte zu denken.																				
	Hat der Patient das Angebot angenommen, über obige Aspekte zu sprechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																				
	Feststellung religiöser Traditionen (bitte Näheres angeben):																				
	Unterstützung durch Andere wurde angeboten (z. B. Seelsorge, Psychologe, Kirchgemeinde): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																				
	Gewünschte Kontakte:																				
	<table border="1"><thead><tr><th>Name</th><th>Funktion</th><th>Telefon</th><th>ext.</th><th>int.</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Name	Funktion	Telefon	ext.	int.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name	Funktion	Telefon	ext.	int.																
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Aktuelle Wünsche / Bedürfnisse:																					
Wünsche / Bedürfnisse für die Zeit vor, während und/oder nach dem Tod:																					
Betätigungswünsche / -möglichkeiten (mit einer Ergotherapeutin mögliche Strategien und Anpassungen im Umfeld umsetzen, um die grösstmögliche Selbständigkeit in den gewünschten Alltagsaktivitäten zu erhalten):																					
<b>Ziel 3.2</b> 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. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																					
Bemerkungen:																					



**HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE**

<b>Medikation</b>	<b>Ziel 4.1 Dem Patienten sind für die folgenden Symptome Bedarfsmedikamente verordnet.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																															
	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> weitere belastende Symptome <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronchialsekretion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... .....																														
	<b>Die aktuelle Medikation ist geprüft und unnötige Medikamente sind abgesetzt.</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Variante																															
<b>Ziel 4.2 Das Material, um eine Subkutaninfusion zu beginnen, steht bereit.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bereits begonnen <input type="checkbox"/> nicht benötigt																																
<b>aktuelle Interventionen</b>	<b>Ziel 5.1 Der Bedarf des Patienten an aktuellen Interventionen ist durch das interprofessionelle Team geprüft.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																															
	Falls eine Intervention fortgeführt wird, bitte auf Seite 9 als Variante beschreiben.																															
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 12.5%;">derzeit nicht durchgeführt / verabreicht</th> <th style="width: 12.5%;">abgesetzt</th> <th style="width: 12.5%;">fortgeführt</th> <th style="width: 12.5%;">eingeleitet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5a: Routine-Blutuntersuchungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5b: Intravenöse Antibiotika</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5c: Blutzuckerkontrolle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5e: Sauerstofftherapie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		derzeit nicht durchgeführt / verabreicht	abgesetzt	fortgeführt	eingeleitet	5a: Routine-Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5b: Intravenöse Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5c: Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5e: Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		derzeit nicht durchgeführt / verabreicht	abgesetzt	fortgeführt	eingeleitet																											
	5a: Routine-Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
	5b: Intravenöse Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
	5c: Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
5e: Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<b>Ziel 5.2 Der Patient hat den Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation erklärt.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																																
<b>Ziel 5.3 Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) wird deaktiviert.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> kein ICD vorhanden																																
Bei Bedarf den Kardiologen kontaktieren. Bemerkungen:																																
..... .....																																
<b>Ernährung</b>	<b>Ziel 6 Der Bedarf an künstlicher Ernährung ist durch das interdisziplinäre Team geprüft. Bei Bedarf wird eine Ernährungsberaterin beigezogen.</b> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																															
	Ein verminderter Nahrungsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Auf künstliche Ernährung kann in der Regel verzichtet werden. Bemerkungen:																															
..... .....																																



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

<b>Hydratation</b>	<p><b>Ziel 7</b>      <b>Der Bedarf an künstlicher Hydratation ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.</b>      <input type="checkbox"/> erreicht   <input type="checkbox"/> Variante</p> <p>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.</p> <p>Bemerkungen:</p>
<b>Hautpflege</b>	<p><b>Ziel 8</b>      <b>Der Hautzustand des Patienten ist beurteilt.</b>      <input type="checkbox"/> erreicht   <input type="checkbox"/> Variante</p> <p>Den Patienten belastende Symptome:</p> <p><input type="checkbox"/> Schwitzen                      <input type="checkbox"/> Trockenhaut                      <input type="checkbox"/> Verletzlichkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Juckreiz                              <input type="checkbox"/> Druckbelastung (Dekubitus)   <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ikterus                                <input type="checkbox"/> Wunden                              <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkungen:</p>
	<p><b>Ziel 9</b>      <b>Das Primärversorgungsteam (z. B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist informiert, dass der Patient im Sterben liegt.</b>      <input type="checkbox"/> erreicht   <input type="checkbox"/> Variante</p>

<b>Unterschriften</b>	<b>Bitte nach Abschluss der Ersteinschätzung hier unterschreiben:</b>			
	<b>Arzt</b>		<b>Pflegeperson</b>	
	Name:		Name:	
	Unterschrift:		Unterschrift:	
Datum:		Datum:		
Zeit:		Zeit:		





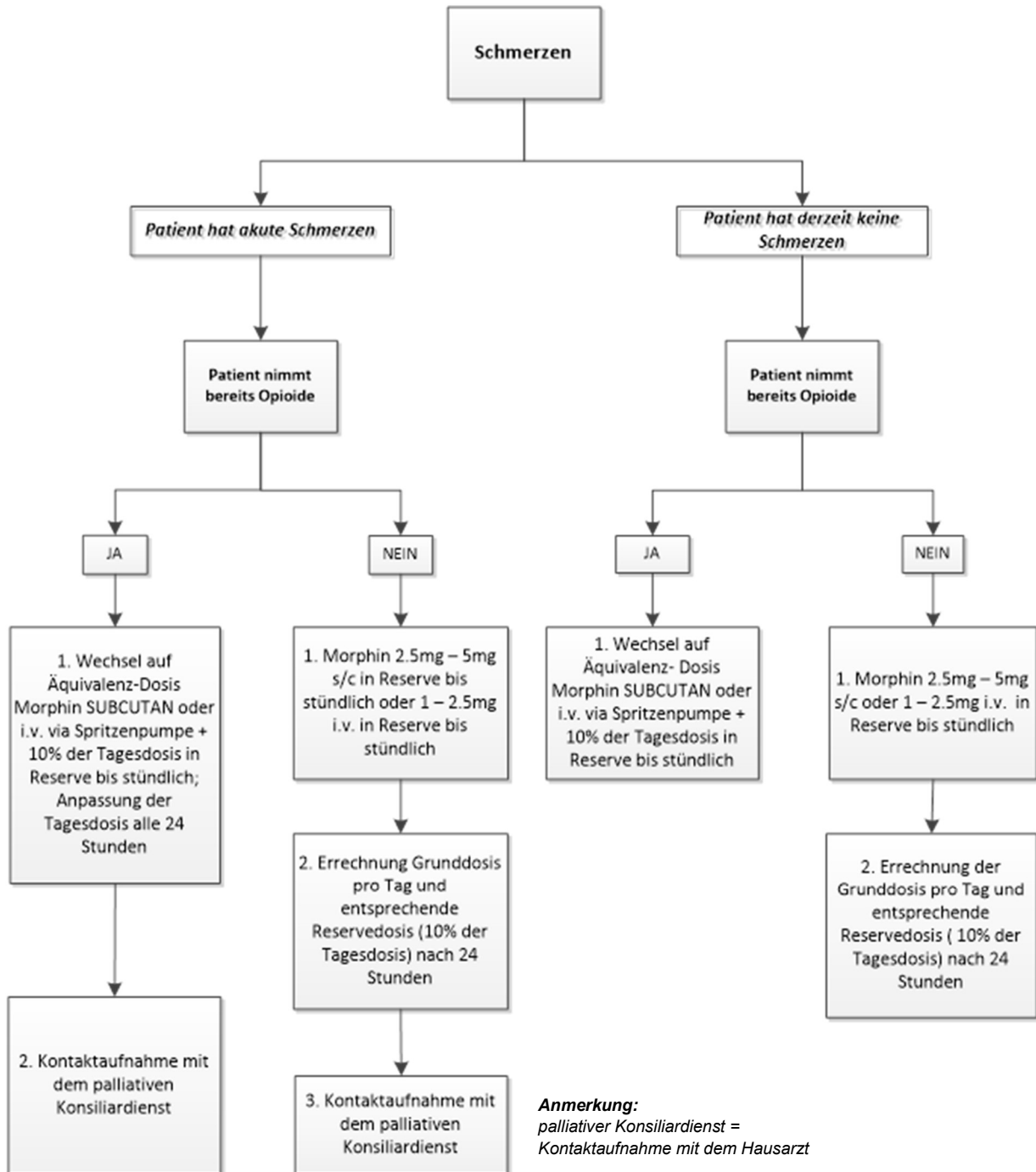
## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

<b>Weitere ergänzende Informationen zur Ersteinschätzung</b> <i>(z. B. spezielle Bedürfnisse zum Wohlbefinden)</i>		
<b>Datum</b>	<b>Informationen</b>	<b>Visum</b>

<b>Abschnitt 1: Variantenanalyse Ersteinschätzung</b>			
<b>Datum / Zeit</b>	<b>Visum</b>	<b>Ziel-Nr.</b>	<b>Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu</b>

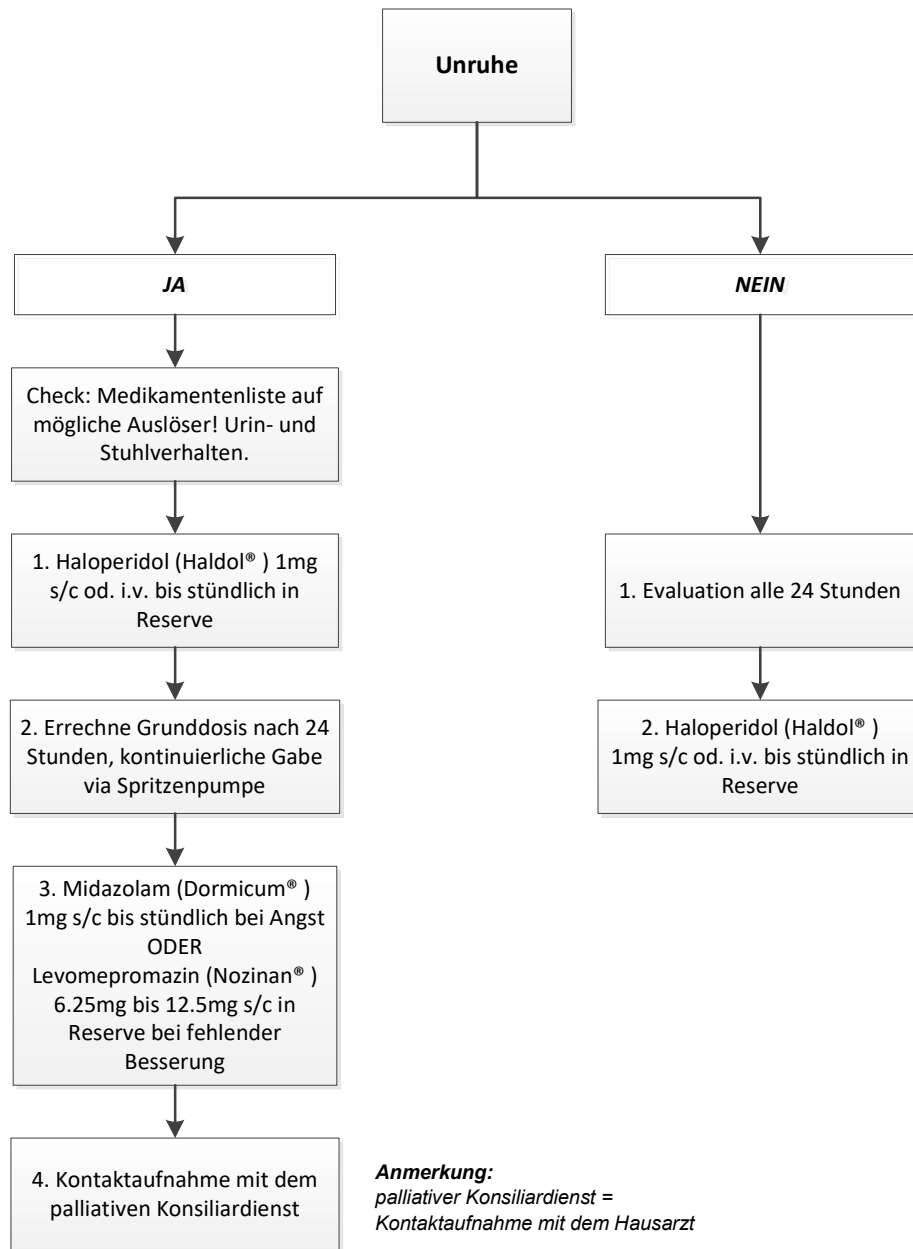


## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE





## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

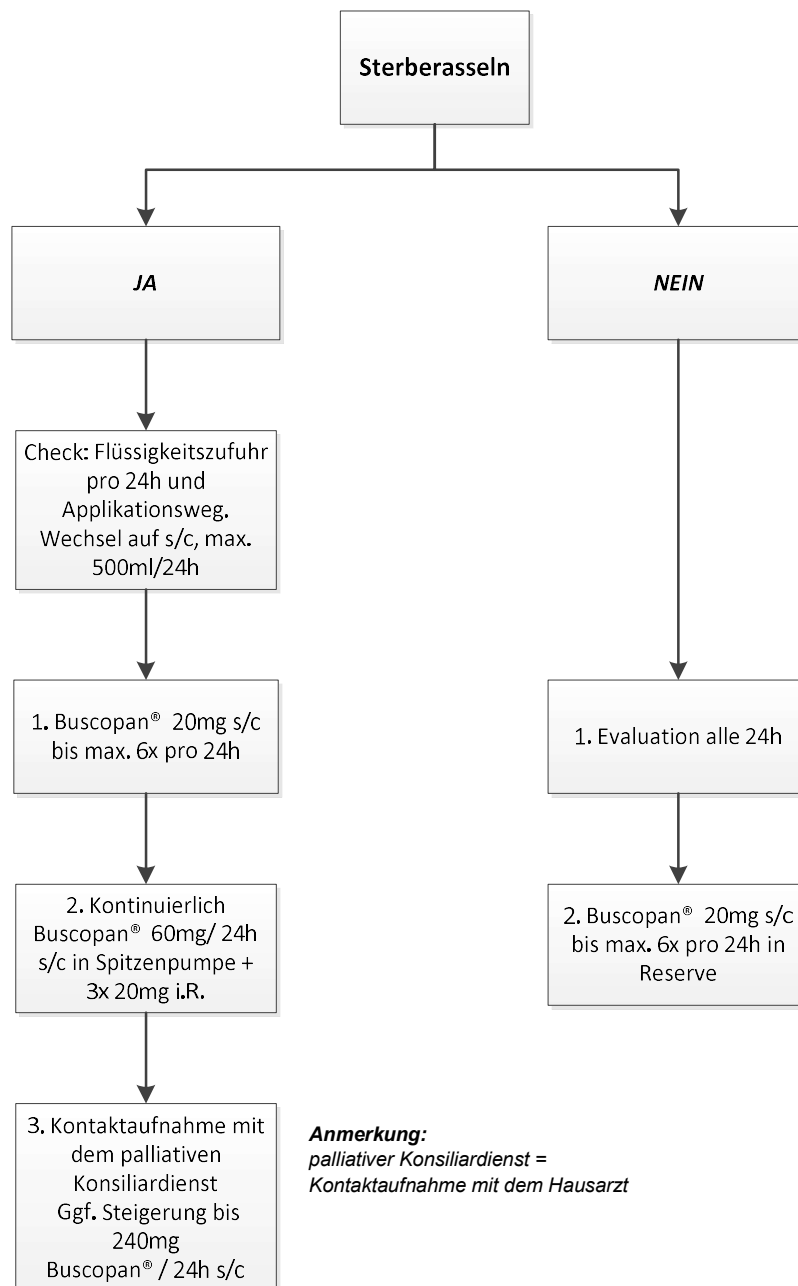


### zu beachten:

- 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 möglichem Delir ggf Arzt zuziehen
- Bei möglichem Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine (Midazolam/ Dormicum ®)



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

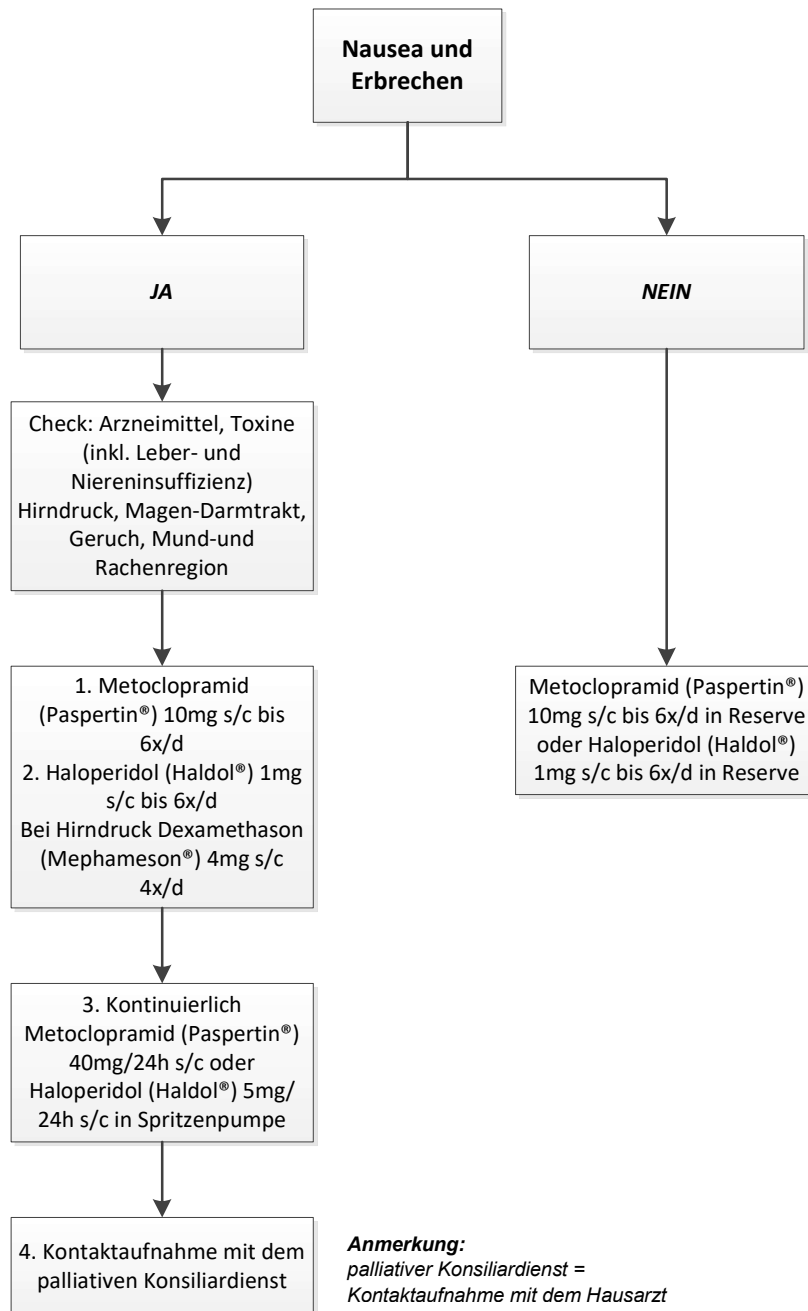


### zu beachten:

- 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.



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE



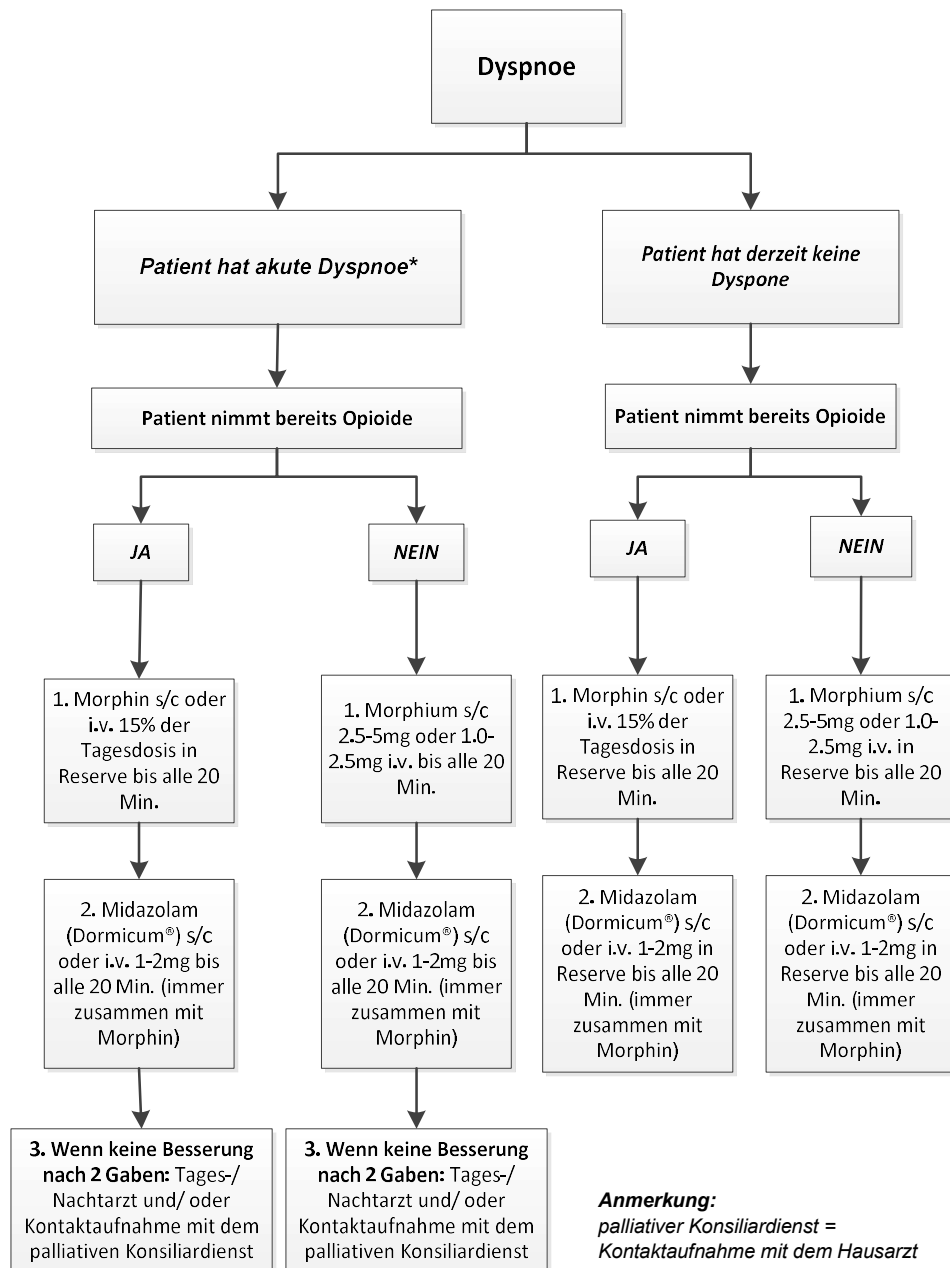
### zu beachten:

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



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

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.

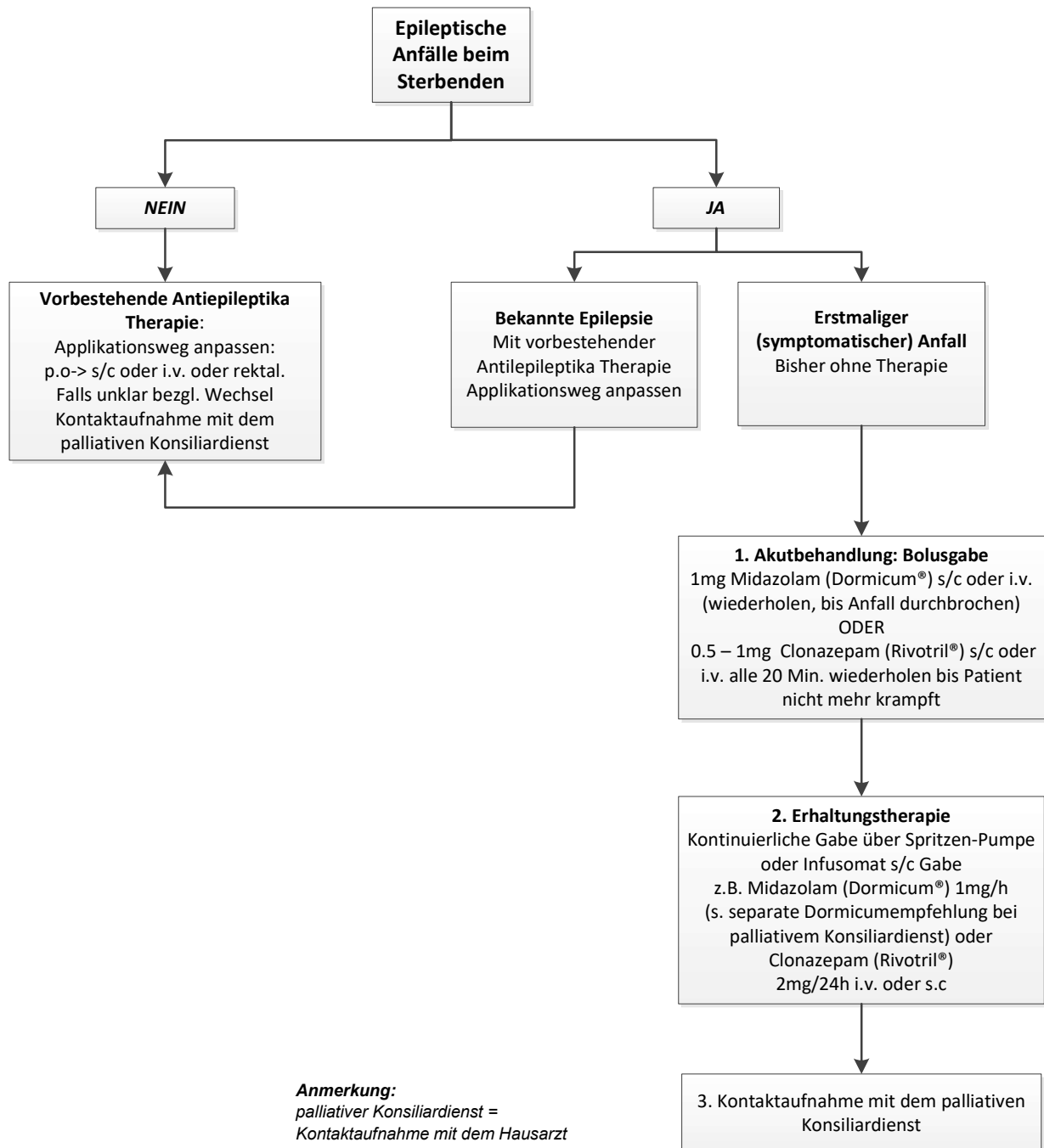


### zu beachten:

- 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** (siehe Seite 17)
  1. Betroffenen nicht allein 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)



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE





## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

### EMPFEHLUNGEN FÜR DIE STERBEPHASE

---

*Die oben genannten Bedarfsmedikationsempfehlungen müssen von jeder Institution überprüft und allenfalls adaptiert werden.*

#### **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 die **Hotline palliative ostschweiz** zur Verfügung:  
**Telefon-Nummer 071 494 29 00**
- Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.



**PFLEGERISCHER & THERAPEUTISCHER MASSNAHMENPLAN**

---

<b>Dyspnoe</b>	<b>5-Punkte-Plan</b> (Seite 14) besprochen <input type="checkbox"/> ja
<b>Ernährung</b>	
<b>Hautpflege inkl. Pruritus</b>	
<b>Psychische Veränderungen</b> (Angst, Depression, Trauer)	
<b>Fatigue</b>	
<b>Insomnie</b>	
<b>Fieber; Blutung und Sturz</b> (ohne Hosp.)	



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Verlaufseinschätzung		Blatt-Nr. _____					
<b>Erneute Einschätzung durchführen am.:</b> (s. Seite 2)-							
Codierung: <b>E</b> = Ziel Erreicht / <b>V</b> = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung erläutern (Seite 9) / <b>X</b> = nicht einschätzbar Im häuslichen Bereich werden die Symptome bei jedem Hausbesuch eingeschätzt. Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
Symptom	Ziel	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit
a) Schmerz	<b>Der Patient ist schmerzfrei.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerz-Assessment, wenn möglich</li> <li>nonverbale Hinweise beachten</li> <li>Lageänderung erwägen</li> </ul>						
b) Unruhe	<b>Der Patient leidet nicht unter Unruhe.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>reversible Ursachen ausschliessen, z. B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität</li> <li>bei Bedarf 1:1-Begleitung</li> </ul>						
c) Trachealsekret	<b>Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lageänderung erwägen</li> <li>Flüssigkeitszufuhr reduzieren</li> <li>Aufklärung der Angehörigen</li> </ul>						
d) Übelkeit	<b>Der Patient weist keine Übelkeit auf.</b>						
e) Erbrechen	<b>Der Patient erbricht nicht.</b>						
f) Dyspnoe	<b>Der Patient leidet nicht unter Atemnot.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lageänderung erwägen</li> <li>Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre</li> </ul>						
g) Miktion	<b>Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inkontinenzmaterial</li> <li>Blasenkatheter bei Harnverhalt</li> </ul>						
h) Stuhlgang	<b>Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laxantien so lange als möglich per os</li> </ul>						
i) andere Symptome	<b>Der Patient hat keine anderen belastenden Symptome.</b> Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1:						
	Symptom 2:						
	Symptom 3:						



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Symptom	Ziel	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit	Datum/ Zeit
j) Medi- kation	<b>Komfort &amp; Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe sind gewährleistet.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. Kontrolle von sc- oder iv-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster</li> </ul>						
k) Hydratation	<b>Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.</b>						
l) Mund- pflege	<b>Der Mund des Patienten ist feucht und sauber.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlinien Mundpflege beachten</li> <li>• Angehörige einbeziehen</li> </ul>						
m) Haut	<b>Die Haut des Patienten ist intakt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten</li> </ul>						
n) Körper- pflege	<b>Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörige einbeziehen</li> <li>• religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten</li> </ul>						
o) Um- gebung	<b>Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intimsphäre, ruhige Atmosphäre ermöglichen</li> <li>• Wünsche des Patienten berücksichtigen</li> <li>• Klingel in Reichweite, Alarmierung</li> <li>• <b>Hilfsmittel</b> und anderes</li> </ul>						
p) Psyche	<b>Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A.</li> <li>• achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen</li> <li>• Information, Erklärung der Massnahmen</li> <li>• <b>Betätigungsmöglichkeiten</b></li> </ul>						
q) Angehörige	<b>Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A.</li> <li>• aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen</li> <li>• Information, Beratung</li> <li>• Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung</li> </ul>						
	<b>Visum der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)</b>						



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

<b>Verlaufseinschätzung</b>				<b>Tag</b> _____
<b>Variantenanalyse und Pflegebericht</b>				
<i>Notieren Sie hier auch wichtige Ereignisse / Gespräche / medizinische Untersuchungen / Besuche anderer Spezialteams (z. B. eines Palliativteams) / Zweitmeinung, falls eine solche eingeholt wurde u. ä.</i>				
<b>Datum</b>	<b>Visum</b>	<b>Ziel-Nr.</b>	<b>Beschreibung der Variante und des Verlaufs</b>	<b>Ergebnis, Evaluation</b>



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

### BETREUUNG NACH DEM TOD

Bestätigung des Todes durch	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson
Datum und Uhrzeit des festgestellten Todes	.....	
Bestätigt durch Arzt (Totenschein ausgefüllt):	Unterschrift: .....	
Name, Vorname, Telefon des Arztes	.....	
Todesursache / Bemerkungen	.....	
Zum Zeitpunkt des Todes anwesenden Personen (Name, Vorname, Funktion)	.....	
Wurden Angehörige benachrichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name der benachrichtigten Person	.....	
Telefonnummer der benachrichtigten Person	.....	
Beziehung zum Patienten:	.....	
Durchgeführt von: (Name, Vorname, Funktion, Telefonnummer)	.....	
Ist damit zu rechnen, dass die Rechtsmedizin eingeschaltet wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt, soll dies auf dem Variantenbogen (Seite 9) erfasst und ggf. näher erläutert werden.**

<b>Würdevolle Versorgung des Verstorbenen</b>	<b>Ziel 10: Letzte Pflegeverrichtungen sind gemäss Richtlinien &amp; Vorschriften ausgeführt.</b> Angehörige werden auf Wunsch in die letzten Pflegeverrichtungen einbezogen. Auf religiöse und kulturelle Rituale/Bedürfnisse wird eingegangen	<input type="checkbox"/> erreicht	<input type="checkbox"/> Variante
<b>Informationen für Angehörige</b>	<b>Ziel 11: Angehörige sind über die weiteren Schritte informiert.</b> Informationsblatt über formelle Schritte ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Informationsbroschüre über Trauer abgeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ggf. Informationsmaterial über Trauer bei Kindern (z.B. nationale Krebsligen) an Familien abgeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Autopsiefrage ist geklärt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Frage nach Organ-/Gewebspende ist geklärt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen</b>	<b>Ziel 12.1 Primärversorgungsteam (z. B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist über Tod des Patienten informiert.</b> Durchgeführt von: (Name, Funktion, Telefonnummer)	<input type="checkbox"/> erreicht	<input type="checkbox"/> Variante
	<b>Ziel 12.2 Der Tod des Patienten wird den jeweils zuständigen Einrichtungen mitgeteilt.</b> z. B. Standesamt, Zentrale Patientenaufnahme, andere involvierte Dienste, Bestattungsinstitut Eingabe in die elektronische Dokumentation	<input type="checkbox"/> erreicht	<input type="checkbox"/> Variante
Unterschrift Arzt oder Pflegefachperson:			
Datum / Zeit:			



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Betreuung nach dem Tod: Variantenanalyse			
Datum / Zeit	Visum	Ziel-Nr.	Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

### 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 daraus 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?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

### 3. Welche Erkenntnisse und Konsequenzen leiten wir in folgenden Bereichen ab

	Verantwortung für die Umsetzung der Konsequenzen	
	wer	bis wann
<b>Kommunikation</b> (Arzt – Pflege – andere Fachpersonen; gegenüber Patient / Angehörigen)		
<b>Wissen</b>		
<b>Dokumentation</b>		
<b>Anderes</b>		

### 4. Welche Fragen müssen mit den involvierten Diensten geklärt werden?

---

---

---

---

---

---

---

---