



HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

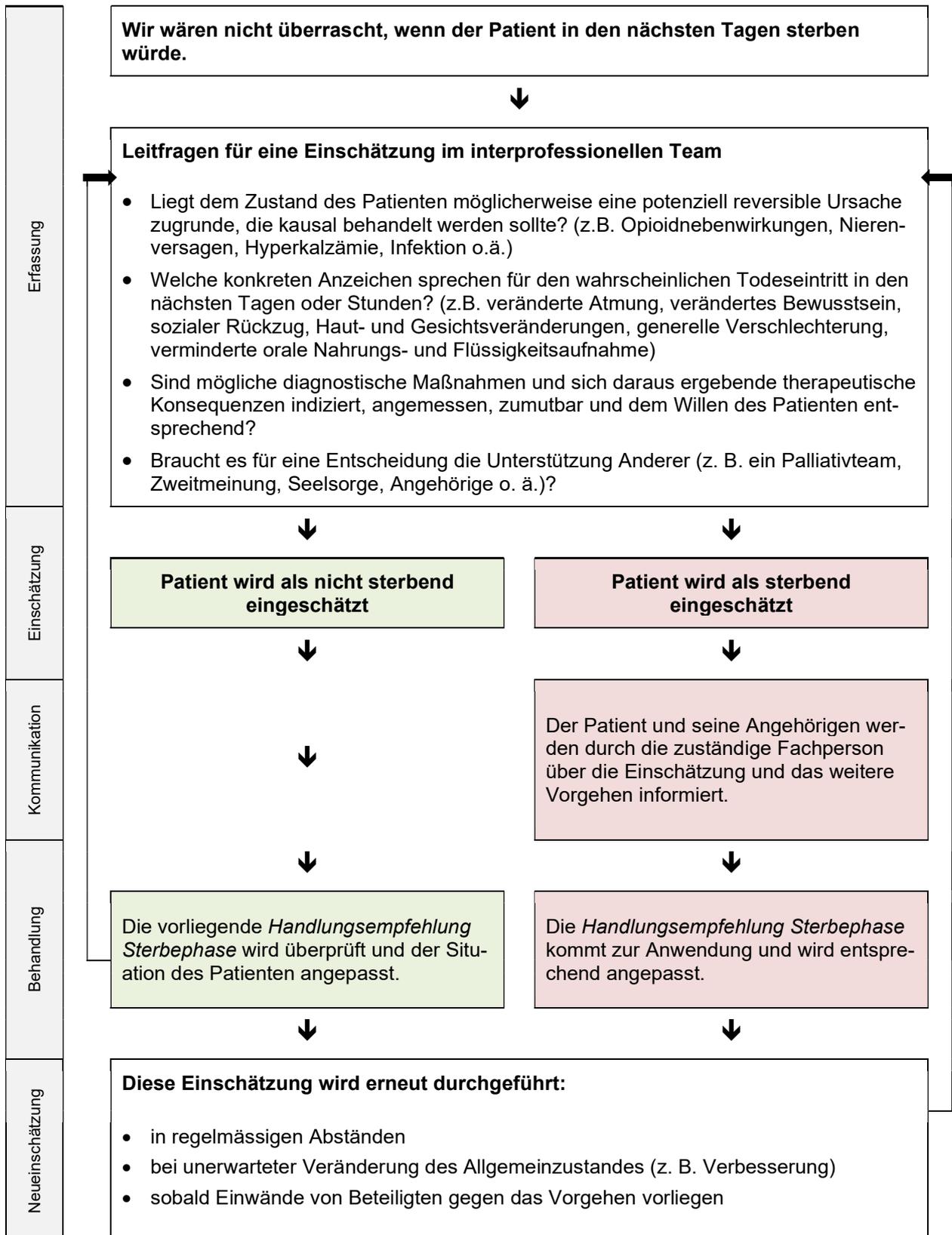
*Unterstützung und Begleitung des sterbenden Menschen und seinen Angehörigen
in den letzten Tagen oder Stunden seines Lebens*

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*:

Beginn	Datum:	Zeit:	Uhr
---------------	--------	-------	-----

Arzt	Name:	Unterschrift:
-------------	-------	---------------

Pflegefachperson:	Name:	Unterschrift:
--------------------------	-------	---------------

Entscheidung wird vom vorgesetzten Arzt unterstützt

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

Arzt	Name:	Unterschrift:
-------------	-------	---------------



HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Kommunikation und Erläuterung der Handlungsempfehlung Sterbephase	Ziel 1.3 Der Patient weiss, dass er im Sterben liegt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos
	Ziel 1.3 a Die aktuelle <i>Handlungsempfehlung Sterbephase</i> ist dem Patienten erklärt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos
	Ziel 1.4 Angehörige wissen, dass der Patient im Sterben liegt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante
	Ziel 1.4 a Die aktuelle <i>Handlungsempfehlung Sterbephase</i> ist dem Angehörigen erklärt. <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:
	Ziel 1.4 b Die Broschüre "Palliative Betreuung am Lebensende" ist den Angehörigen ausgehändigt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante
	Ziel 1.5 Dem Betreuungsteam liegen aktualisierte Kontaktinformationen der Angehörigen wie unten aufgeführt vor. <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: _____	
Ziel 2 Angehörige sind über die verfügbaren Besuchereinrichtungen aufgeklärt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante	



HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Spirituelle Aspekte und Bedürfnisse (Betätigungswünsche/-möglichkeiten)	Ziel 3.1 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 Patienten 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):																					
Ziel 3.2 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

Medikation	Ziel 4.1 Dem Patienten sind für die folgenden Symptome Bedarfsmedikamente verordnet. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																															
	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> <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"/>	weitere belastende Symptome																														
	Die aktuelle Medikation ist geprüft und unnötige Medikamente sind abgesetzt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Variante																															
Ziel 4.2 Das Material, um eine Subkutaninfusion zu beginnen, steht bereit. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bereits begonnen <input type="checkbox"/> nicht benötigt																																
aktuelle Interventionen	Ziel 5.1 Der Bedarf des Patienten an aktuellen Interventionen ist durch das interprofessionelle Team geprüft. <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"/>																												
Ziel 5.2 Der Patient hat den Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation erklärt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante																																
Ziel 5.3 Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) wird deaktiviert. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> kein ICD vorhanden																																
Bei Bedarf den Kardiologen kontaktieren. Bemerkungen:																																
Ernährung	Ziel 6 Der Bedarf an künstlicher Ernährung ist durch das interdisziplinäre Team geprüft. Bei Bedarf wird eine Ernährungsberaterin beigezogen. <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

Hydratation	Ziel 7 Der Bedarf an künstlicher Hydratation ist durch das interdisziplinäre Team geprüft. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante								
	<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> <hr/> <hr/>								
Hautpflege	Ziel 8 Der Hautzustand des Patienten ist beurteilt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante								
	<p>Den Patienten belastende Symptome:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwitzen</td> <td><input type="checkbox"/> Trockenhaut</td> <td><input type="checkbox"/> Verletzlichkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Juckreiz</td> <td><input type="checkbox"/> Druckbelastung (Dekubitus)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ikterus</td> <td><input type="checkbox"/> Wunden</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Bemerkungen:</p> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Trockenhaut	<input type="checkbox"/> Verletzlichkeit	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Druckbelastung (Dekubitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Wunden
<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Trockenhaut	<input type="checkbox"/> Verletzlichkeit							
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Druckbelastung (Dekubitus)	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/>							
	Ziel 9 Das Primärversorgungsteam (z. B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist informiert, dass der Patient im Sterben liegt. <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> Variante								

Unterschriften	Bitte nach Abschluss der Ersteinschätzung hier unterschreiben:			
	Arzt		Pflegeperson	
	Name:		Name:	
	Unterschrift:		Unterschrift:	
Datum:		Datum:		
Zeit:		Zeit:		



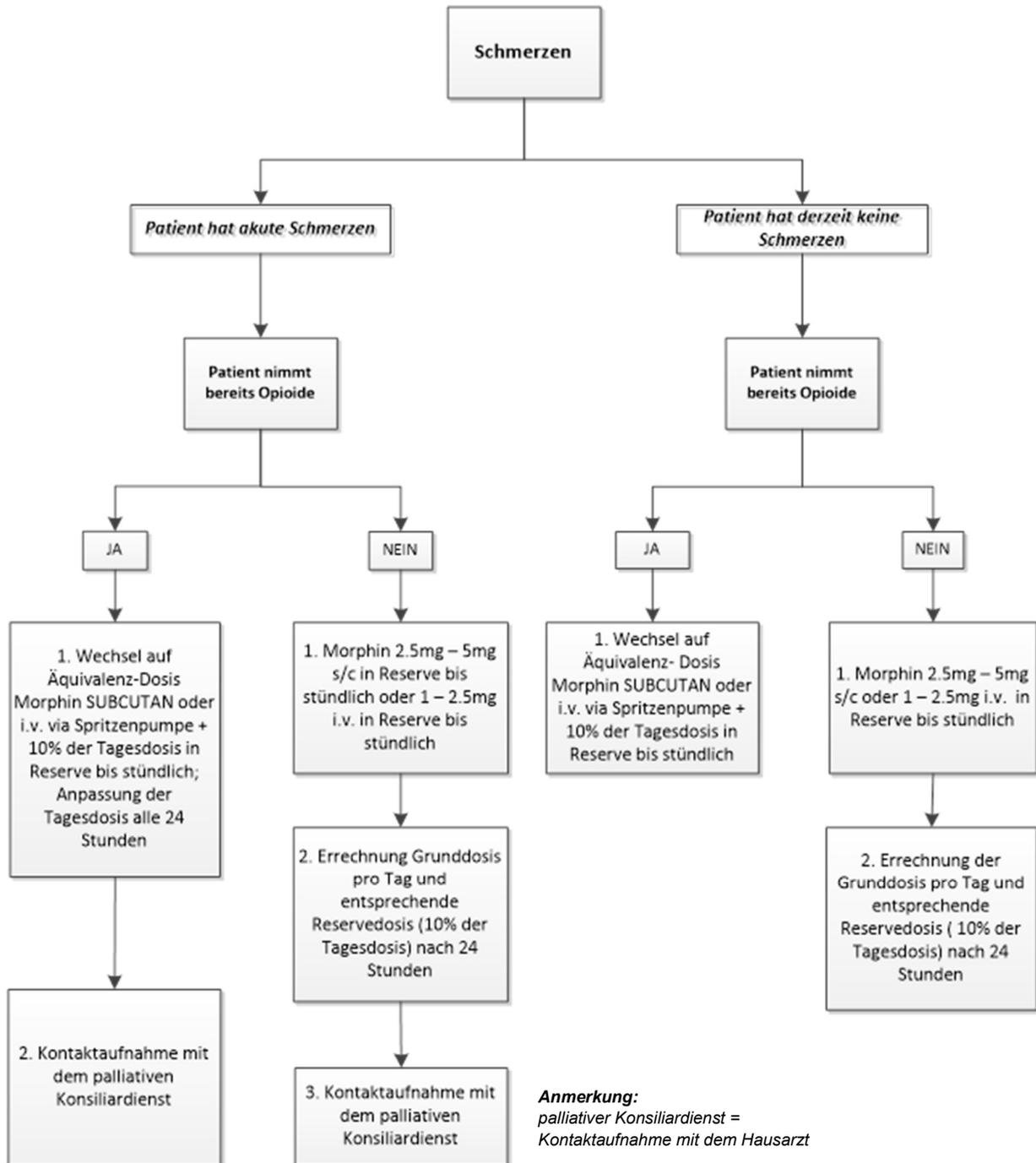
HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

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

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

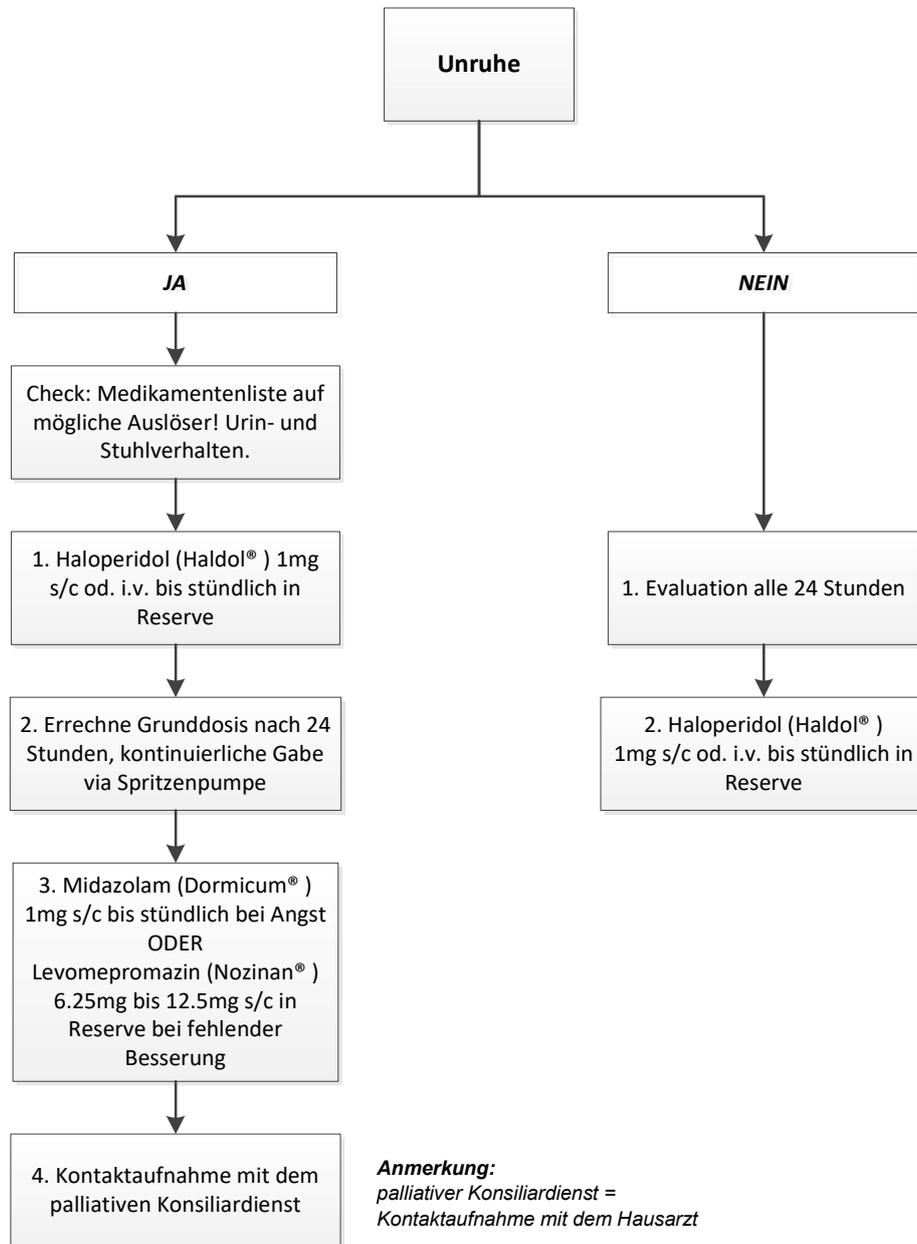


HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE





HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

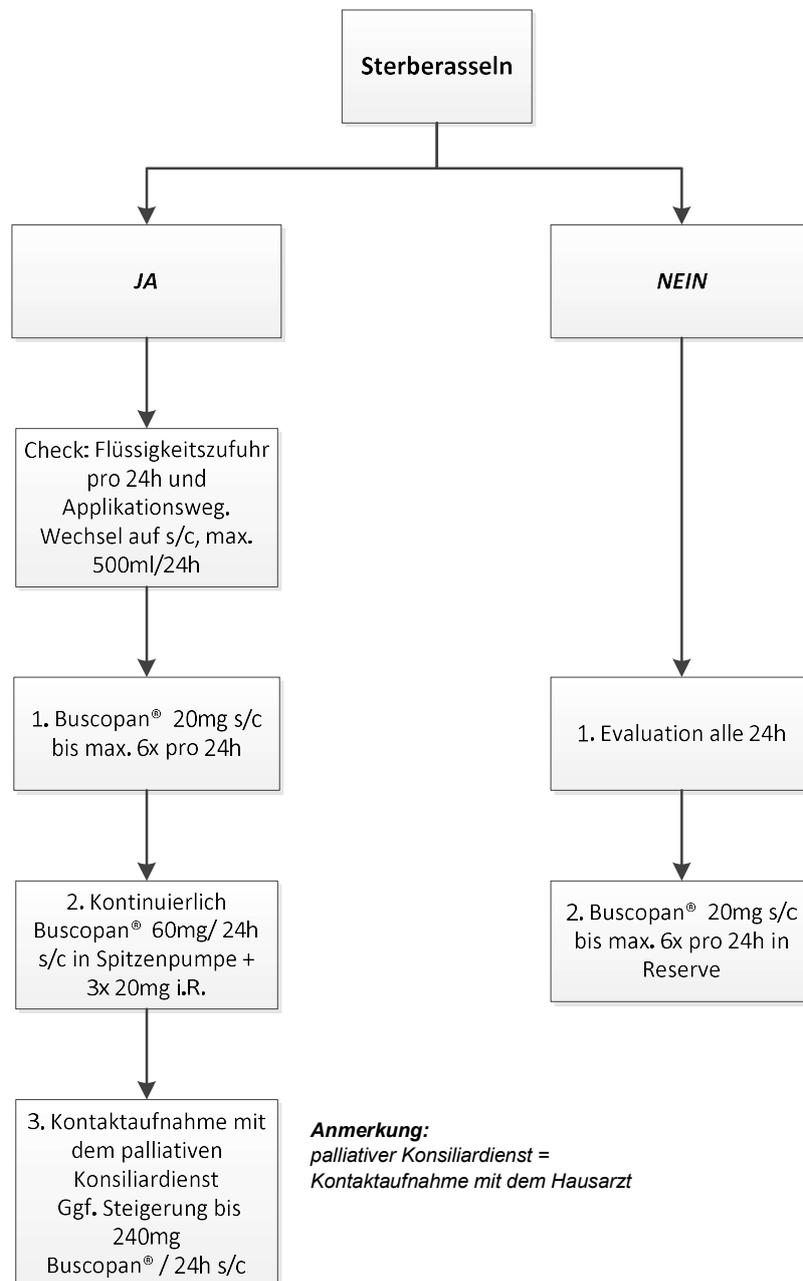


zu beachten:

- 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

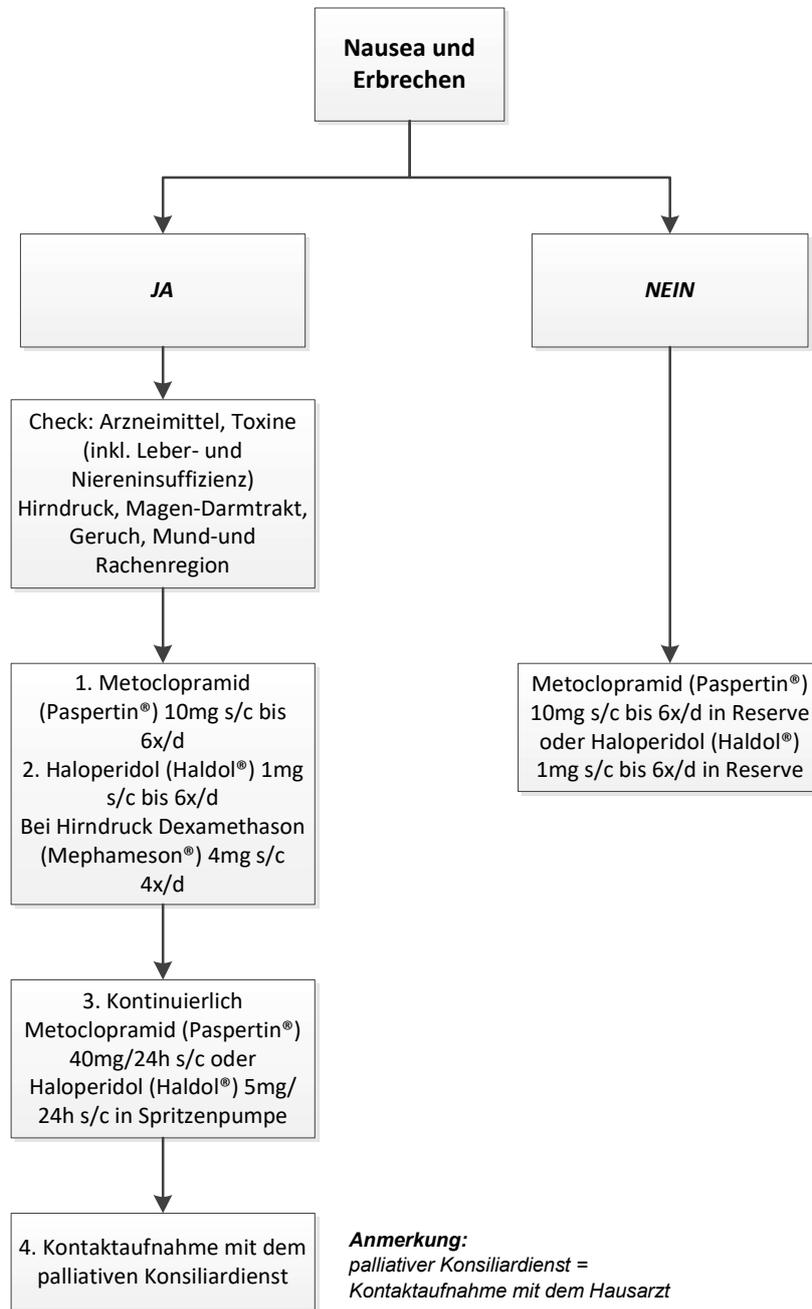


zu beachten:

- 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



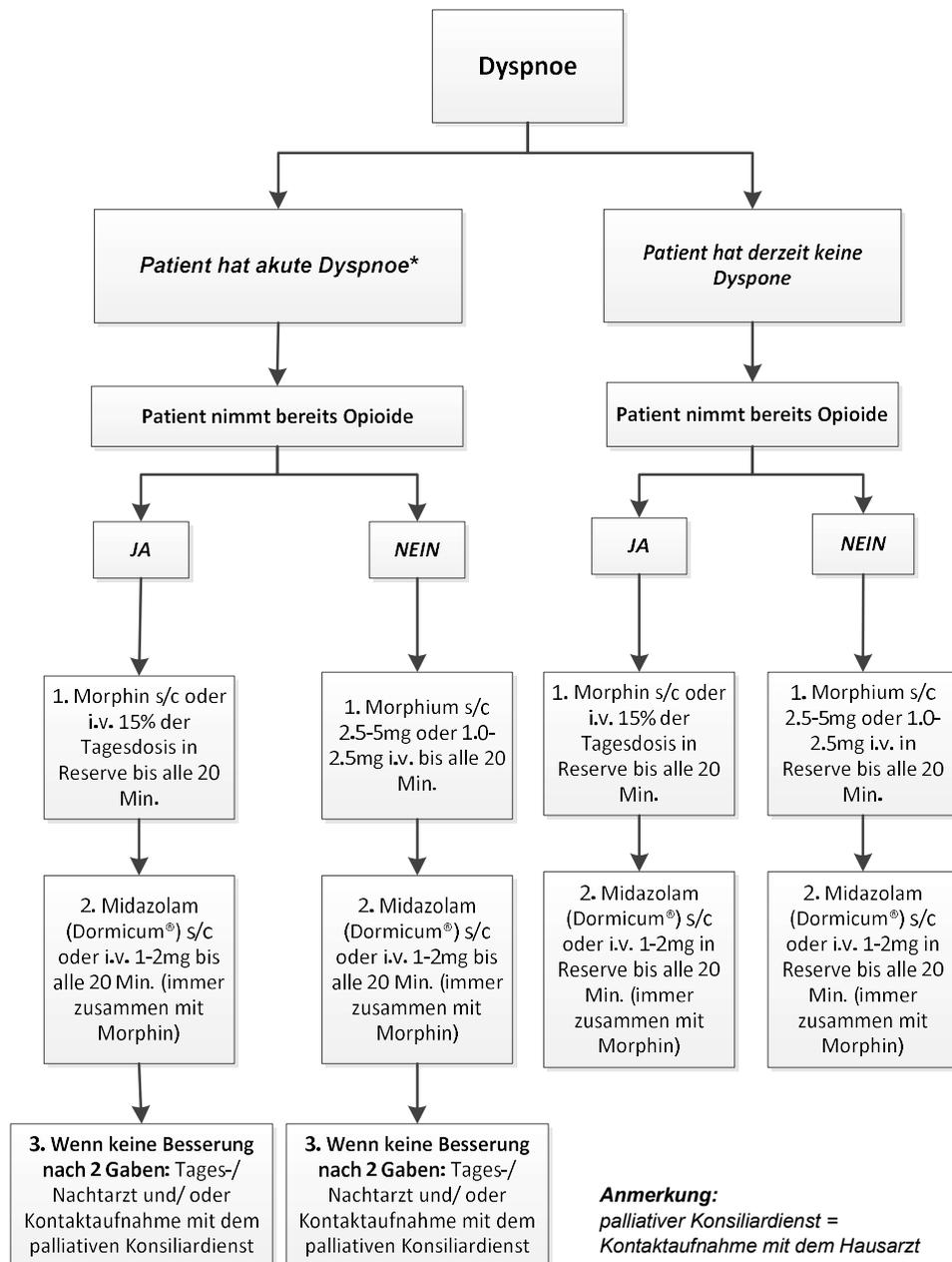
zu beachten:

- 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.

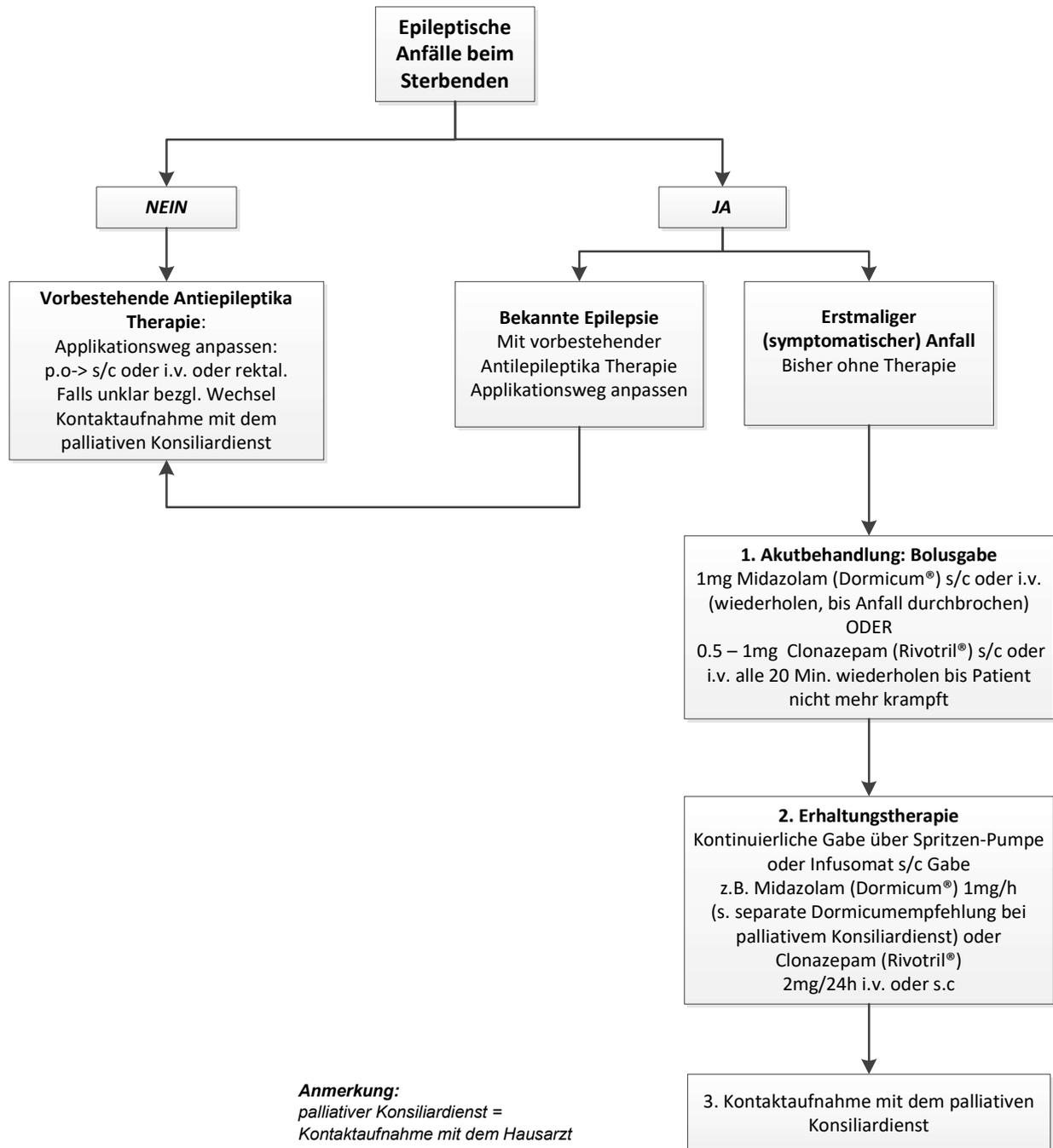


zu beachten:

- 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

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



HANDLUNGSEMPFEHLUNG STERBEPHASE

Verlaufseinschätzung		Blatt-Nr. _____					
Erneute Einschätzung durchführen am.: (s. Seite 2)-							
Codierung: E = Ziel Erreicht / V = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung erläutern (Seite 9) / X = 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	Der Patient ist schmerzfrei. <ul style="list-style-type: none"> Schmerz-Assessment, wenn möglich nonverbale Hinweise beachten Lageänderung erwägen 						
b) Unruhe	Der Patient leidet nicht unter Unruhe. <ul style="list-style-type: none"> reversible Ursachen ausschliessen, z. B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität bei Bedarf 1:1-Begleitung 						
c) Trachealsekret	Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“. <ul style="list-style-type: none"> Lageänderung erwägen Flüssigkeitszufuhr reduzieren Aufklärung der Angehörigen 						
d) Übelkeit	Der Patient weist keine Übelkeit auf.						
e) Erbrechen	Der Patient erbricht nicht.						
f) Dyspnoe	Der Patient leidet nicht unter Atemnot. <ul style="list-style-type: none"> Lageänderung erwägen Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre 						
g) Miktion	Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. <ul style="list-style-type: none"> Inkontinenzmaterial Blasenkatheter bei Harnverhalt 						
h) Stuhlgang	Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung. <ul style="list-style-type: none"> Laxantien so lange als möglich per os 						
i) andere Symptome	Der Patient hat keine anderen belastenden Symptome. 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	Komfort & Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe sind gewährleistet. <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Kontrolle von sc- oder iv-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster 						
k) Hydratation	Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.						
l) Mund- pflege	Der Mund des Patienten ist feucht und sauber. <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinien Mundpflege beachten • Angehörige einbeziehen 						
m) Haut	Die Haut des Patienten ist intakt. <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten 						
n) Körper- pflege	Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt. <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige einbeziehen • religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten 						
o) Um- gebung	Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung. <ul style="list-style-type: none"> • Intimsphäre, ruhige Atmosphäre ermöglichen • Wünsche des Patienten berücksichtigen • Klingel in Reichweite, Alarmierung • Hilfsmittel und anderes 						
p) Psyche	Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen • Information, Erklärung der Massnahmen • Betätigungsmöglichkeiten 						
q) Angehörige	Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt. <ul style="list-style-type: none"> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen • Information, Beratung • Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung 						
	Visum der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)						



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.

Würdevolle Versorgung des Verstorbenen	Ziel 10: Letzte Pflegeverrichtungen sind gemäss Richtlinien & Vorschriften ausgeführt. 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
Informationen für Angehörige	Ziel 11: Angehörige sind über die weiteren Schritte informiert. 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		
Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen	Ziel 12.1 Primärversorgungsteam (z. B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist über Tod des Patienten informiert. Durchgeführt von: (Name, Funktion, Telefonnummer)	<input type="checkbox"/> erreicht	<input type="checkbox"/> Variante
	Ziel 12.2 Der Tod des Patienten wird den jeweils zuständigen Einrichtungen mitgeteilt. 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

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
Kommunikation (Arzt – Pflege – andere Fachpersonen; gegenüber Patient / Angehörigen)		
Wissen		
Dokumentation		
Anderes		

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