

END OF LIFE CARE (EOLC) – eine Empfehlung für den ambulanten Pflegedienst*

Handlungspfad zum Erkennen von und Begleiten in der Sterbephase

Moderatoren:
Gabriele Leggereit, Andrea Spottag

Konsentierung zuletzt am:
10.07.2018

Mitglieder der AG: Buschfort Iris; Kloke Marianne Dr.; Köhnen Michael;
Leggereit Gabriele; Spottag Andrea; Verhoven-Klöpken Nicole

z. B. veränderte Atmung, verändertes Bewusstsein, sozialer Rückzug, Haut- und Gesichtsveränderung, generelle Verschlechterung, verminderte orale Nahrungsaufnahme

Es liegen konkrete Anzeichen vor für:
„Der Patient ist sterbend“

Vorausschauende Planung mittels z.B. Anlage Palliativversorgung „Patientenüberleitung“

Pflegeteam, den Arzt, ggfs. die Angehörigen, Patient, Betreuer, Versorgungsbevollmächtigter

Multiprofessionelle palliative Fallbesprechung
telefonisch oder vor Ort, Besprechung mit behandelndem Arzt und im Pflegeteam

Hausarzt kontaktieren ggf. AAPV, SAPV, PKD

z. B. interkurrente Infektionen, Organversagen (Niere, Leber, Herz), Stoffwechsellentgleisungen, Medikamentennebenwirkungen

Reversible Ursache?

Nein

Nein

Nein

Nein

mit Therapiekonsequenz und zumutbar?

Diagnostische/therapeutische Maßnahmen indiziert?

dem aktuellen Willen entsprechend

dem (mutmaßlichen) Willen entsprechend?

z. B. ein Palliativteam, Zweitmeinung, Ethikkomitee, Seelsorge, Angehörige

Unterstützung für Entscheidung nötig?

entsprechende Fachkompetenz hinzuziehen

Gespräch zur Entscheidungshilfe/-findung

(mutmaßlichen) Willen umsetzen

Kommunikation mit Beteiligten

Umstellung der Dokumentation auf EOCL

Stuserhebung
gemeinsame Erstellung symptomorientierte Bedarfsplanung mit Arzt (→ Arzt/Pflege)

Verlaufsdokumentation
Abweichungsbogen / Verlaufsevaluation

Evaluation alle 3 Tage

... befindet sich nicht in der Sterbephase, hat sich stabilisiert

... befindet sich weiterhin in der Sterbephase ...

EOLC beenden, Pflege und Betreuung entsprechend Palliative Care Grundsätzen

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir hier ausschließlich die männliche Schreibweise. Sie wird jedoch immer im Sinne der weiblichen und männlichen Form verwendet.

END OF LIFE CARE (EOLC) | Stuserhebung*

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, ggfs. 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 Kommunikation/Information (mit Zu- und Angehörigen, gesetzlichen Vertretern und Pflege-/Betreuungsteam)	Ja	Nein
C 1	Der oben genannte Personenkreis ist über den aktuellen Zustand des Patienten informiert		
C 2	Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht / Essener Palliativausweis liegen vor		
C 3	Sonstige wichtige Informationen:		
D	Checkliste religiöse/spirituelle/psychosoziale Begleitung/Unterstützung	Ja	Nein
D 1	Konfessionsorientierte Begleitung		
D 1.1	Seelsorgerische Begleitung (z.B. Krankensalbung, Aussegnung)		
D 2	Ehrenamtliche Begleitung durch einen Hospizdienst		
D 3	Sonstige (Verwandte, Bekannte, Ehrenamtliche)		
E	Sonstige Informationen	Ja	Nein
E 1	Kontaktinformationen der Zu- und Angehörigen sind aktuell		
E 2	Sonstige Informationen		

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir hier ausschließlich die männliche Schreibweise. Sie wird jedoch immer im Sinne der weiblichen und männlichen Form verwendet.

Name: _____ Geb. _____ Datum: _____

END OF LIFE CARE (EOLC) | Verlaufsdokumentation*

- Bei Wunden wird die einrichtungsinterne Wundverlaufsdokumentation angelegt / weitergeführt.
 → Pflegerische Interventionen (*Prophylaxen*) sind situationsabhängig (*bedarfs- und bedürfnisorientiert*) durchzuführen bzw. zu beenden.

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	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ	Uhrzeit	HZ
1 Schmerz	Betroffener ist schmerzfrei														
2 Trachealsekret	Betroffener hat freie Atemwege														
3 Luftnot (Dyspnoe)	Betroffener weist keine Atemnot auf														
4 Unruhe	Betroffener ist ruhig														
5 Übelkeit	Betroffener weist keine Übelkeit auf														
6 Erbrechen	Betroffener erbricht nicht														
7 Stuhlgang	Betroffener hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung														
8 Miktion	Betroffener hat keine Probleme mit der Urinausscheidung														
9 Andere Symptome <small>Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2</small>	Betroffener hat keine anderen Symptome.														
10 Medikation	Sichere / adäquate Medikamentengabe ist gewährleistet														
11 Hydratation	Betroffener erhält Flüssigkeit nach Bedarf														
12 Mundpflege	Der Mund ist feucht und sauber														
13 Haut	Die Haut ist intakt														
14 Körperpflege	Das persönliche Wohlbefinden ist gesichert														
	Handzeichen der Pflegefachkraft														

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir hier ausschließlich die männliche Schreibweise. Sie wird jedoch immer im Sinne der weiblichen und männlichen Form verwendet.

Name: _____ Geb. _____ Datum: _____

END OF LIFE CARE (EOLC) | 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

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir hier ausschließlich die männliche Schreibweise. Sie wird jedoch immer im Sinne der weiblichen und männlichen Form verwendet.

END OF LIFE CARE (EOLC) | Evaluation der Sterbebegleitung*

- **Professionelle**, z. B. **Vernetzung der Berufsgruppen** Einbeziehung Amb. Hospizdienst, Kommunikation innerhalb des Teams, Self Care
- **Angehörige**, z. B. Einbeziehung in die Begleitung, Wissen um die Sterbephase, Angebot der Trauerbegleitung
- **Verstorbene**, z. B. Wissen um die Sterbephase, ausreichende Symptomlinderung, Berücksichtigung psychosozialer und spiritueller Bedarfe

→ **DIESE SEITE WIRD NICHT IN DER DOKUMENTATION VOR ORT GEFÜHRT!**

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?

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir hier ausschließlich die männliche Schreibweise. Sie wird jedoch immer im Sinne der weiblichen und männlichen Form verwendet.