

Notfallsituationen in stationären Einrichtungen der Altenpflege – ärztliche Aufgaben

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Moderatoren:

Karl-Heinz Wagner, Dr. Martin Dreyhaupt

Stand

05.07.2018

Mitglieder der AG:

Dickel, Thomas; Dreyhaupt, Dr. Martin; Jabbour, Najib; Halama, Margarete; Hoppe, Bettina; Kloke, Dr. Marianne; Köhn Kathrin, Dr.; Laubenthal, Peter; Ohde, Dr. Kathrin; Rudolph, Dr. Bettina; Rosenkranz, Katrin; Schluricke, Dr. Ramona; Schöpfer, Dr. Thomas; Shammass, Youssef; Wagner, Karl-Heinz

Präambel

Die durchschnittliche Überlebenszeit eines neu eingezogenen Heimbewohners beträgt ca. sechs Monate. Vor diesem Hintergrund ist eine **palliative Versorgungsnotwendigkeit** häufig gegeben. Leider tritt diese oft unvorhergesehen und plötzlich auf. Ziel muss es sein, auf die unvorhergesehenen und plötzlichen Ereignisse angemessen und rechtzeitig reagieren zu können.

Versorgungsplanung

- Evtl. im Rahmen der schon bestehenden Versorgungsplanung der stationären Einrichtung
- Wenn nicht vorhanden: **gemeinsames Gespräch** anstreben
 - mögliche Teilnehmer: Bewohner, Angehörige, evtl. gesetzlicher Betreuer, Pflegepersonal, Arzt
 - medizinische, biographische und spirituelle Besonderheiten erfassen
 - Ziele festlegen (*Krankenhaus-Einweisung? Reanimation? Ernährung? Organersatzverfahren?*) und **schriftlich festhalten** (*wichtig für die Rechtssicherheit des Pflegepersonals*)
dabei Therapiealternativen, insbesondere palliative und hospizliche Behandlungsmöglichkeiten aktiv erwähnen (*Behandlung quälender Symptome, Beistand etc.*)
 - evtl. bestehende Patientenverfügungen sollten natürlich dabei berücksichtigt bzw. ergänzt, konkretisiert oder neu erstellt werden
 - ggf. den „Essener Palliativausweis“ ausstellen

Bei Eintreten der palliativen Situation:

1. Schriftliche Anweisung (*wenn bislang nicht geschehen*) an das Pflegepersonal keine Reanimationsmaßnahmen einzuleiten, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht oder aber keine medizinische Indikation gegeben ist
2. Überdenken und ggf. Anpassen der Indikation für
 - a. Ermittlung von Vitalparametern, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Ernährung oder Flüssigkeitsgabe
 - b. Durchführung der Primärprophylaxen
 - c. Dauer- und Bedarfsmedikation: **welche Medikamente können abgesetzt werden ohne dass quälende Symptome entstehen?**
 - d. Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Wenn Entschluss zum Absetzen o.g. Maßnahmen, schriftliche Dokumentation in der Patientenakte (*evtl. Dokumentationshilfe im Anhang verwenden*)
3. Ggf. Maßnahmen zum Schutz der Bewohner (*z.B. Bettgitter in der Sterbephase*) als „Nicht-Fixierungsmaßnahme“ definieren und dokumentieren

1



Notfallsituationen in stationären Einrichtungen der Altenpflege – ärztliche Aufgaben

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

4. **Bedarfsmedikation für Symptome**, die im Rahmen der Sterbephase auftreten können (*Luftnot, Schmerzen, Unruhe, Angst, Übelkeit, terminales Rasseln*) anordnen (*evtl. Dokumentationshilfe im Anhang verwenden*)
5. Sind die Angehörigen informiert?
6. Ist **spiritueller oder hospizlicher Beistand** gewünscht und organisiert?
7. Ist die **Versorgung auch außerhalb der normalen Arbeitszeit** organisiert? Wer kann gerufen werden, wenn trotz Verabreichen der Bedarfsmedikation quälende Symptome beim Bewohner auftreten?
8. Weiß das Pflegepersonal, wer nach dem Versterben des Patienten für die **Ausstellung der Todesbescheinigung** informiert werden soll?
Ist (*durch ausreichende Dokumentation*) sichergestellt, dass „natürliche Todesursache“ angekreuzt werden kann (*wichtig, um zu verhindern, dass durch das sonst notwendige Einschalten der Kriminalpolizei mit evtl. Sicherstellung des Leichnams die Angehörigen in ihrer Trauer traumatisiert werden*).

Nach dem Versterben

1. Angehörigen sollte die **Möglichkeit einer Nachbesprechung** angeboten werden. Dabei sollten sie auch auf die **Angebote einer Trauerbegleitung** hingewiesen werden (*Kontakt z.B. www.trauernetzwerk-essen.de*)
2. **Rückmeldungen über negative und positive Verläufe** an und durch das Team (*Arzt, Pflegepersonal, sonstige Begleitende*) helfen das Team zu stärken und aus Erfahrungen zu lernen.

Ärztliche Anordnung bzgl. durchzuführender Maßnahmen in der Sterbephase

Patientenname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

o.g. Patient befindet sich in der Sterbephase.

Aus diesem Grunde treffe ich die folgenden Anordnungen:

- | | | |
|---|---|----------|
| 1. Körpergewicht messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 2. Blutdruck messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 3. Puls messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 4. Temperatur messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 5. Blutzucker messen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 6. Ermittlung Ernährungszustand | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 7. Ermittlung orale Flüssigkeitszufuhr | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| Bei weniger alsml oraler Flüssigkeitszufuhr über 24 Stunden, | | HZ Arzt: |
| Infusion vonmlLösung s.c. | | HZ Arzt: |
| 8. Kontrolle der Urinausscheidung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 9. Kontrolle auf das Vorliegen eines Harnverhaltes | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 10. Kontrolle der Stuhlausscheidung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 11. Intensive Lagerungstherapie | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| 12. Sonstiges: | | HZ Arzt: |
| 13. Reanimationsmaßnahmen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| <small>(Entscheidung aufgrund gültiger Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. die Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert)</small> | | |
| 14. Notarzttalarmierung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | HZ Arzt: |
| <small>(Entscheidung aufgrund gültiger Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. die Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert)</small> | | |

Bedarfsmedikation für die Sterbephase

Symptom	Medikament	(s.c./s.l./rectal)	Dosis in 24 Stunden	Bemerkung
Luftnot				
Schmerzen				
Unruhe/Angst				
Terminales Rasseln				
Übelkeit				

Ansprechpartner für nicht beherrschbare Situationen (z.B. starke Luftnot, Schmerzen, Unruhe) trotz Verabreichen der Bedarfsmedikation:

1. Name _____ (Tel.: _____)

2. Name _____ (Tel.: _____)

Ort, Datum: _____ Name, Unterschrift: _____