

Kriterien für die Anwendung des LCP

Alle potentiell reversiblen Ursachen, die für den jetzigen Zustand verantwortlich sein könnten, sind ausgeschlossen worden.

Das multiprofessionelle Team hat gemeinsam festgestellt, dass der Bewohner in die Sterbephase eingetreten ist. Zwei der folgenden Kriterien entsprechen dem Zustand des Bewohners:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| ist bettlägerig | <input type="checkbox"/> | somnolent, soporös, komatös | <input type="checkbox"/> |
| kann nur noch schluckweise Flüssigkeit zu sich nehmen | <input type="checkbox"/> | kann keine Tabletten mehr zu sich nehmen | <input type="checkbox"/> |

Datum:.....

Hausarzt:..... Pflegefachperson:.....

Pflegeheim:.....

Name Bewohner:..... Datum (Beginn): Zeit (Beginn):.....

Sektion 1	Initiale Erfassung
Angaben zur Person	Hauptdiagnose:
	Wichtigste Nebendiagnose:
	Aufnahmedatum: Nationalität:
	Geburtsdatum: Identifikationsnummer: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls Ja: Autopsie Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/>	
Befinden	kann schlucken Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> realisiert Situation Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Übelkeit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> reagiert auf Ansprache Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Erbrechen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenprobleme Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Obstipation Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Blasenkatheter Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Verwirrtheit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Bronchiale Sekretion Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Agitation Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Atemnot Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Unruhe Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Schmerzen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Niedergeschlagenheit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Andere (z.B. Oedeme, Juckreiz) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wird, begründen Sie dies bitte auf dem Formular „Änderungen/Varianten der Ziele 1 -18“ S.6

Massnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens	Ziel 1: Aktuelle Medikation ist überprüft, nicht unbedingt notwendige Medikamente sind abgesetzt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Notwendige Medikamente (oral / i.v.) sind durch subkutane Applikationen ersetzt oder bei Bedarf ist die s/c Spritzenpumpe eingesetzt. Unpassende Medikation ist abgesetzt.															
	Ziel 2: Subkutane Bedarfsmedikamente sind für die unten aufgeführten Symptome entsprechend den vereinbarten Richtlinien verordnet (siehe Richtlinien im Anhang des LCP) <table border="0"> <tr> <td>Schmerzen</td> <td>Schmerzmittel</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td>Beruhigungsmittel</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchiale Sekretion</td> <td>Anticholinergika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Übelkeit und Erbrechen</td> <td>Antiemetika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dyspnoe</td> <td>Opioide / Anxiolytika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Schmerzen	Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Agitation	Beruhigungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchiale Sekretion	Anticholinergika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Übelkeit und Erbrechen	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Dyspnoe	Opioide / Anxiolytika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Schmerzen	Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>													
Agitation	Beruhigungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Bronchiale Sekretion	Anticholinergika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Übelkeit und Erbrechen	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Dyspnoe	Opioide / Anxiolytika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Ziel 3: Unangemessene medizinische Massnahmen/ Interventionen sind beendet Diagnostische Massnahmen wie Blutentnahme, EKG, CT, MRI, Endoskopie etc. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> Antibiotikum Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> i.v. (Flüssigkeit nicht mehr als 500 – 1000 ml / 24h; Medikamente) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> Keine kardiopulmonale Reanimation (CPR) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Intrakardialer Defibrillator (ICD's) deaktiviert Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> Kardiologe des Bewohners kontaktieren Lokale Richtlinien und Prozeduren beachten Broschüre wurde dem Bewohner/den Angehörigen, wo angebracht, übergeben.																
Kommentare hier, ggf. ergänzende Dokumentation / Entscheidungen Unterschrift Arzt: Datum:																

Name Bewohner:..... Datum:.....

Sektion 1	Initiale Erfassung Fortsetzung
<p>Massnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens</p>	<p>Ziel 3a: Unangebrachte pflegerische Massnahmen/Interventionen sind beendet Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Umlagerung, Mobilisation und Körperpflege an Bedürfnis des Bewohners anpassen. Spezialmatratze in Erwägung ziehen. Keine invasiven pflegerischen Massnahmen wie z.B. hoher Einlauf, keine "High-Tech" Verbände, keine engmaschige kontinuierliche Überwachung.</p> <p>3a1: Spezielle Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Ziel 3b: Spritzenpumpe ist innerhalb von 4 Std. nach ärztlicher Anordnung eingesetzt worden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></p> <p>Datum:..... Zeit:</p> <p>Unterschrift Pflegefachperson:.....</p>
<p>Kommunikation und Verständnisklä rung</p>	<p>Ziel 4: Die Fähigkeit, auf deutsch zu kommunizieren ist als ausreichend beurteilt</p> <p>a) Bewohner Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/></p> <p>Muttersprache:.....</p> <p>b) Familie / Andere Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Ziel 5: Die Einsicht des Bewohners / der Familie in den Gesamtzustand ist erfasst</p> <p>Sich der Diagnose bewusst sein a) Bewohner Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/></p> <p>b) Familie / Andere Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Sich des Sterbens bewusst sein a) Bewohner Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/></p> <p>b) Familie / Andere Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Religiöse / spirituelle Unterstützung</p>	<p>Ziel 6: Religiöse / spirituelle Bedürfnisse sind besprochen</p> <p>a) mit dem Bewohner Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/></p> <p>b) mit der Familie / Andere Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Bewohner/Andere können Sorgen und Ängste besprechen Spezielle kulturelle Bedürfnisse beachten Unterstützung durch Seelsorgeteam in Betracht ziehen</p> <p>Religiöser Hintergrund definiert, wenn ja, welcher:..... Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></p> <p>Unterstützung durch Seelsorge angeboten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Interne Unterstützung Tel.:..... Name:..... Datum / Zeit:.....</p> <p>.....</p> <p>Externe Unterstützung Tel.:..... Name:..... Datum / Zeit:.....</p> <p>.....</p> <p>Kommentar (spezielle Bedürfnisse während des Sterbeprozesses, beim Tod und nach dem Tod z.B. Krankensalbung, Begleitung in den Aufbahrungsraum):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Name Bewohner:..... Datum:.....

Sektion 1	Initiale Erfassung Fortsetzung	
Kommunikation mit Familie / Anderen	Ziel 7: Es ist geklärt, wie die Familie / andere nahestehende Personen über den bevorstehenden Tod des Bewohners informiert werden sollen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> nicht während der Nacht <input type="checkbox"/> bleiben über Nacht im Pflegeheim <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson – Name:..... Beziehung zum Bewohner:..... Tel.: 2. Kontaktperson – Name: Beziehung zum Bewohner:..... Tel.:
	Ziel 8: Die Familie / andere nahestehende Personen haben folgende Informationen des Pflegeheims/der Einrichtung erhalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Begleitblatt vorhanden, das folgende Punkte beschreibt: Parkplätze, Unterkunftsmöglichkeiten, Getränke, Münztelefone, Toiletten auf dem Wohnbereich, Besuchszeiten, andere wichtige Informationen
Kommunikation mit hausärztlicher Praxis/ ambulantem Betreuungsteam	Ziel 9: Der Hausarzt ist über den Zustand des Bewohners informiert Der Hausarzt sollte darüber informiert werden, dass der Bewohner im Sterben liegt. Es ist erlaubt, die Nachricht auf den Anrufbeantworter zu sprechen oder den Praxismitarbeitern mitzuteilen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 9a: Weitere ambulante involvierte Dienste benachrichtigen (z.B. ambulanter Pflegedienst, andere therapeutische Berufsgruppen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>
Zusammenfassung	Ziel 10: Der Betreuungsplan wurde erklärt und diskutiert a) mit Bewohner b) mit Familie / Anderen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 11: Die Familie / andere nahestehende Personen bestätigen, dass sie den Betreuungsplan verstanden haben Familie / Andere sind sich bewusst, dass das Vorgehen gemäss der terminalen Betreuung eingesetzt wird. Ihre Bedürfnisse sind festgestellt und dokumentiert worden. LCP kann erläutert werden, falls angebracht.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 11a: Informationsbroschüre für Angehörige ist ausgehändigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Unterschriften Verantwortliche:..... Datum:.....		

Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wird, bitte begründen.

Änderungen/Varianten der Ziele 1 - 18

Ziel Nr.	Was wurde gemacht?	Warum wurde die Änderung vorgenommen?	Ergebnis	Hdz

Name Bewohner:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen)		E = erreicht			V = Variante			
	Sektion 2	Bewohner Probleme / Fokus	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
A)	Kontinuierliche Beobachtungen Schmerzen Ziel: Der Bewohner ist schmerzfrei <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Schmerzfrei bei Bewegung Wirkt friedlich Lagewechsel in Betracht ziehen 							
B)	Agitation Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Agitation <ul style="list-style-type: none"> Bewohner zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken) Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen Lagewechsel in Betracht ziehen 							
C)	Bronchiale Sekretion Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar <ul style="list-style-type: none"> Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Medikamente verabreicht werden Lagewechsel in Betracht ziehen Flüssigkeitszufuhr reduzieren Symptome werden mit der Familie / Anderen besprochen 							
D)	Übelkeit und Erbrechen Ziel: Der Bewohner hat keine Übelkeit und erbricht nicht <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist 							
E)	Dyspnoe Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Atemnot <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Lagewechsel in Betracht ziehen 							
F)	Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz) a)							
G)	Pflegeinterventionen Mundpflege Ziel: Der Mund ist feucht und sauber <ul style="list-style-type: none"> Mundpflegerichtlinien beachten Mundkontrolle mindestens alle 4 Stunden durchführen Häufigkeit Mundpflege ist an Bedürfnis des Bewohners angepasst Familie / Andere in die Pflege miteinbeziehen 							
H)	Miktionsprobleme Ziel: Der Bewohner fühlt sich wohl <ul style="list-style-type: none"> Blasenkatheter bei Retentionsproblemen Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen) 							
I)	Medikation (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht <ul style="list-style-type: none"> Wenn die s/c Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren Kontrolle des Opiatpflasters 							
	Unterschrift Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien im Wohnbereich.		früh		spät		Nacht	

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, bitte das Formular "Änderungen/Varianten bei Problemen" vervollständigen (S. 9)

Name Bewohner:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen)		E = erreicht			V = Variante			
	Sektion 2	Bewohner Probleme / Fokus	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
A)	Kontinuierliche Beobachtungen Schmerzen Ziel: Der Bewohner ist schmerzfrei <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Schmerzfrei bei Bewegung Wirkt friedlich Lagewechsel in Betracht ziehen 							
B)	Agitation Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Agitation <ul style="list-style-type: none"> Bewohner zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken) Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen Lagewechsel in Betracht ziehen 							
C)	Bronchiale Sekretion Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar <ul style="list-style-type: none"> Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Medikamente verabreicht werden Lagewechsel in Betracht ziehen Flüssigkeitszufuhr reduzieren Symptome werden mit der Familie / Anderen besprochen 							
D)	Übelkeit und Erbrechen Ziel: Der Bewohner hat keine Übelkeit und erbricht nicht <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist 							
E)	Dyspnoe Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Atemnot <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Lagewechsel in Betracht ziehen 							
F)	Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz) a)							
G)	Pflegeinterventionen Mundpflege Ziel: Der Mund ist feucht und sauber <ul style="list-style-type: none"> Mundpflegerichtlinien beachten Mundkontrolle mindestens alle 4 Stunden durchführen Häufigkeit Mundpflege ist an Bedürfnis des Bewohners angepasst Familie / Andere in die Pflege miteinbeziehen 							
H)	Miktionsprobleme Ziel: Der Bewohner fühlt sich wohl <ul style="list-style-type: none"> Blasenkatheter bei Retentionsproblemen Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen) 							
I)	Medikation (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht <ul style="list-style-type: none"> Wenn die s/c Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren Kontrolle des Opiatpflasters 							
	Unterschrift Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien im Wohnbereich.		früh		spät		Nacht	

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, bitte das Formular "Änderungen/Varianten bei Problemen" vervollständigen (S. 9)

Name Bewohner:..... Datum:.....

	Alle 12 Stunden zu vervollständigen	E = erreicht	V = Variante	08.00	20.00
J)	Mobilität / Pflege v. Druckstellen	Ziel: Der Bewohner fühlt sich wohl und in einer sicheren Umgebung <ul style="list-style-type: none"> Klinische Erfassung von: Hautzustand (Verletzungen, Druckstellen) Bedürfnis/Bedarf von Lagewechsel Notwendigkeit einer Spezialmatratze Bedarf an Körperpflege 			
K)	Darmpflege	Ziel: Der Bewohner ist nicht agitiert oder belastet durch Obstipation oder Diarrhoe			
L)	Psychologische Einsicht/ Unterstützung	Ziel: Der Bewohner ist sich der Situation in angemessener Weise bewusst <ul style="list-style-type: none"> Bewohner ist über das Vorgehen informiert worden Berührungen und Kommunikation (verbal / nonverbal) werden fortgesetzt Unterstützung durch psychologischen Dienst, die Seelsorge und/oder den Sozialdienst wurde angeboten 			
		Ziel: Familie / Andere sind auf den bevorstehenden Tod des Bewohners vorbereitet, mit dem Ziel, inneren Frieden und Akzeptanz zu erreichen <ul style="list-style-type: none"> Einsicht/Verstehen der benannten Familienmitglieder / Andere / Jugendliche/ Kinder kontrollieren/überprüfen Überprüfen/kontrollieren ob andere Familienmitglieder/Andere, die nicht beim initialen Assessment dabei waren, die Situation erfassen Überprüfung der Erkenntnis, dass der Bewohner am Sterben ist und dass dazu Massnahmen getroffen sind, die dazu beitragen, das Wohlbefinden zu erhalten 			
M)	Religiöse / spirituelle Unterstützung	Ziel: Adäquate religiöse / spirituelle Unterstützung ist gewährleistet <ul style="list-style-type: none"> Ängste, Fragen und Unsicherheiten werden wahrgenommen und es wird entsprechend gehandelt Unterstützung durch die Seelsorge könnte hilfreich sein Kulturelle Bedürfnisse werden berücksichtigt 			
N)	Betreuung der Familie / Anderen	Ziel: Die Bedürfnisse derjenigen, welche den Bewohner begleiten, sind berücksichtigt <ul style="list-style-type: none"> Auf das Wohlergehen und die psychosoziale Unterstützung wird Wert gelegt Sicherstellung, dass Informationen gemäss Ziel 8, Informationen zur Einrichtung, weitergegeben wurden 			
Unterschrift					

Unterschrift: Früh:..... Spät:..... Nacht:.....

Multidisziplinäre Notizen über die Entwicklung

Name Bewohner:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen)		E = erreicht			V = Variante			
	Sektion 2	Bewohner Probleme / Fokus	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
A)	Kontinuierliche Beobachtungen Schmerzen Ziel: Der Bewohner ist schmerzfrei <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Schmerzfrei bei Bewegung Wirkt friedlich Lagewechsel in Betracht ziehen 							
B)	Agitation Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Agitation <ul style="list-style-type: none"> Bewohner zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken) Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen Lagewechsel in Betracht ziehen 							
C)	Bronchiale Sekretion Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar <ul style="list-style-type: none"> Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Medikamente verabreicht werden Lagewechsel in Betracht ziehen Flüssigkeitszufuhr reduzieren Symptome werden mit der Familie / Anderen besprochen 							
D)	Übelkeit und Erbrechen Ziel: Der Bewohner hat keine Übelkeit und erbricht nicht <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist 							
E)	Dyspnoe Ziel: Der Bewohner leidet nicht unter Atemnot <ul style="list-style-type: none"> Verbale Äusserung, falls Bewohner bei Bewusstsein ist Lagewechsel in Betracht ziehen 							
F)	Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz) a)							
G)	Pflegeinterventionen Mundpflege Ziel: Der Mund ist feucht und sauber <ul style="list-style-type: none"> Mundpflegerichtlinien beachten Mundkontrolle mindestens alle 4 Stunden durchführen Häufigkeit Mundpflege ist an Bedürfnis des Bewohners angepasst Familie / Andere in die Pflege miteinbeziehen 							
H)	Miktionsprobleme Ziel: Der Bewohner fühlt sich wohl <ul style="list-style-type: none"> Blasenkatheter bei Retentionsproblemen Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen) 							
I)	Medikation (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht <ul style="list-style-type: none"> Wenn die s/c Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren Kontrolle des Opiatpflasters 							
	Unterschrift Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien im Wohnbereich.		früh		spät		Nacht	

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, bitte das Formular "Änderungen/Varianten bei Problemen" vervollständigen (S. 9)

Name Bewohner:..... Datum:.....

Sektion 3 Bestätigung des Todes

Datum des Todes :..... Todeszeit:.....

Anwesende Personen:

Notizen:.....

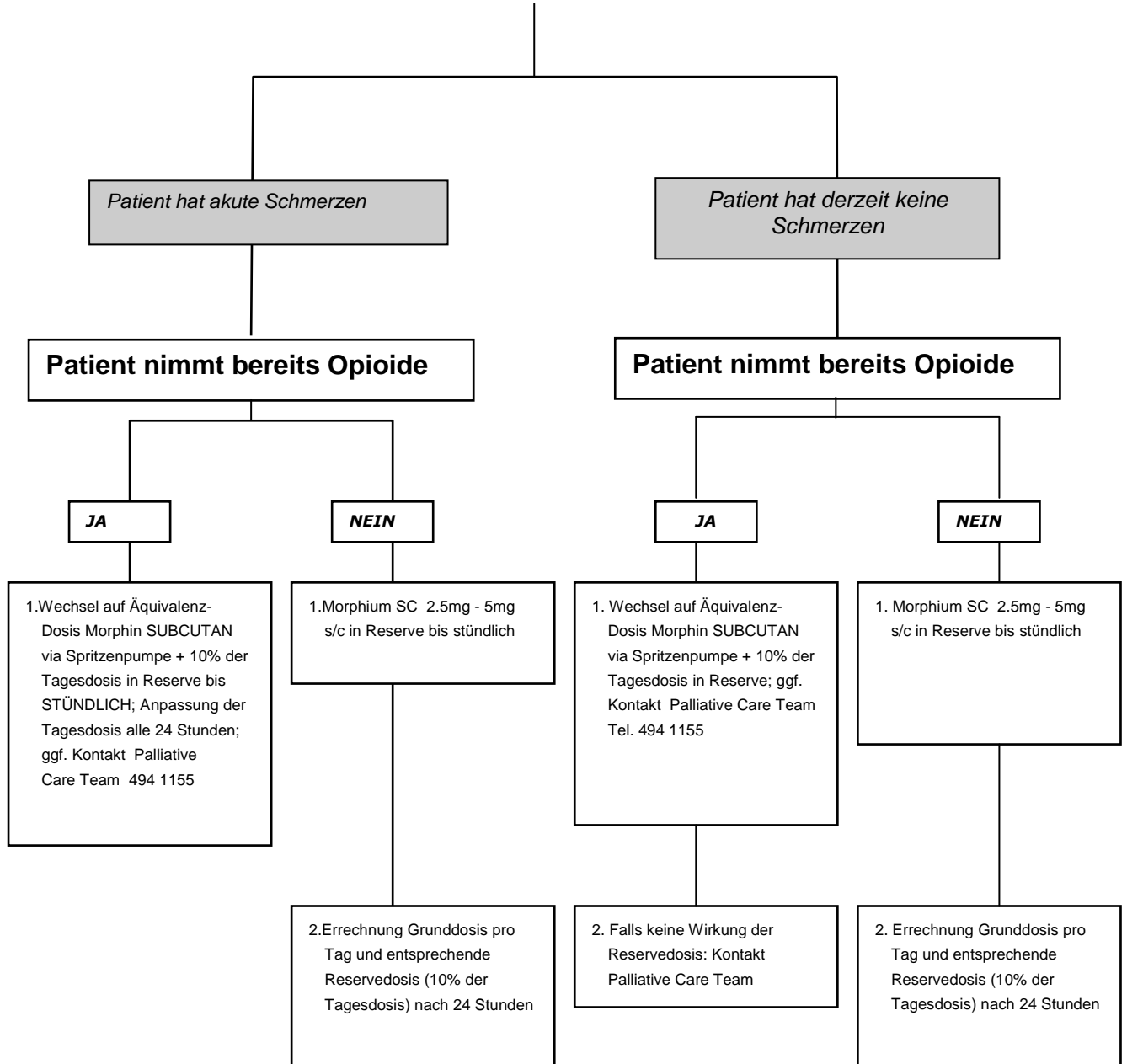
Unterschrift:..... Zeit der Bestätigung:.....

Betreuung nach dem Tode	Ziel 12: Der Hausarzt wurde über den Tod des Bewohners informiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Datum: • Nach Feierabend oder an Feiertagen: Kontaktaufnahme am nächsten Arbeitstag. Nachricht darf bei den Praxismitarbeitern hinterlassen werden.	
	12a) Angehörige wurden bei Abwesenheit nachträglich über den Tod des Bewohners informiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>
	12b) andere involvierte Dienste wurden über den Tod des Bewohners informiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>
	Ziel 13: Prozeduren für die Aufbahrung wurden entsprechend den Pflegeheimrichtlinien durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	• Erfüllung von Wünschen spezifisch religiöser, spiritueller, kultureller Bedürfnisse	
	Ziel 14: Prozeduren nach dem Tod wurden diskutiert oder durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Bitte kontrollieren Sie folgendes: • Möglichkeiten zum persönlichen Abschiednehmen aufzeigen • Familie ist sich bewusst, dass Herzschrittmacher oder intrakardialer Defibrillator (ICD) vor Einäscherung/Beisetzung entfernt werden müssen • Frage der Autopsie ist abgeklärt • Administrative Erfassung des Todesfalles	
	Ziel 15: Die Familie / andere nahestehenden Personen wurde/n über die Prozeduren im Pflegeheim informiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
• Merkblatt über formelle Aufgaben ist ausgehändigt • Angehörige über die Öffnungszeiten der Verwaltung informieren		
Ziel 16: Die Pflegeheimrichtlinien bezüglich der Wertsachen und des Eigentums des Bewohners wurden befolgt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
• Persönliche Gegenstände und Wertsachen werden bei Bedarf aufgelistet und die Liste durch eine identifizierte Person unterzeichnet • Persönliche Gegenstände werden zum abholen verpackt • Wertsachen werden sicher aufbewahrt, bis sie abgeholt werden		
Ziel 17: Die notwendige Dokumentation und Hinweise wurden an die entsprechende Person weitergegeben	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
• Merkblatt für Familie / Andere über Behördengänge / Versicherungen / Bestattungsinstitute etc. ist ausgehändigt		
Ziel 18: Faltblatt mit Trauerinformationen wurde ausgehändigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
• Broschüre über den Umgang mit der Trauer wird abgegeben		
<p>Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular „Änderungen/Varianten“ Ziele 1-18 S. 6, bevor Sie untenstehend unterschreiben.</p>		
Unterschrift:..... Datum:.....		
Haben Sie die letzten 4 – bzw. 12 – stündigen Beobachtungen eingetragen?		

Therapieempfehlungen

Die folgenden Bedarfsmedikationsempfehlungen sind ein Vorschlag des Kantonsspitals St.Gallen und müssen von jeder Institution überprüft und allenfalls adaptiert werden.

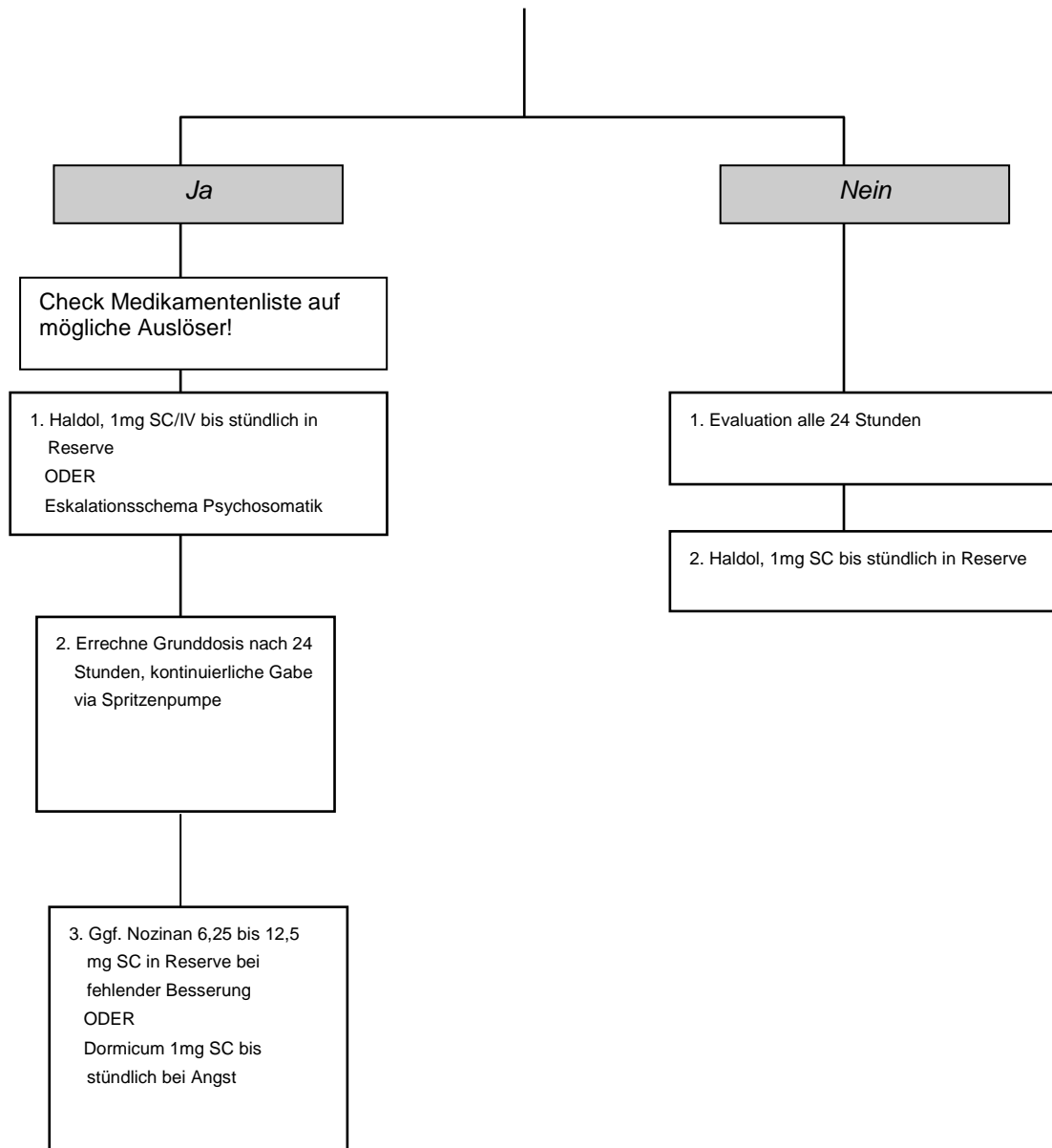
Schmerzen (vgl. auch Schmerzkarte ®KSSG)



Anmerkung zu den Therapieempfehlungen

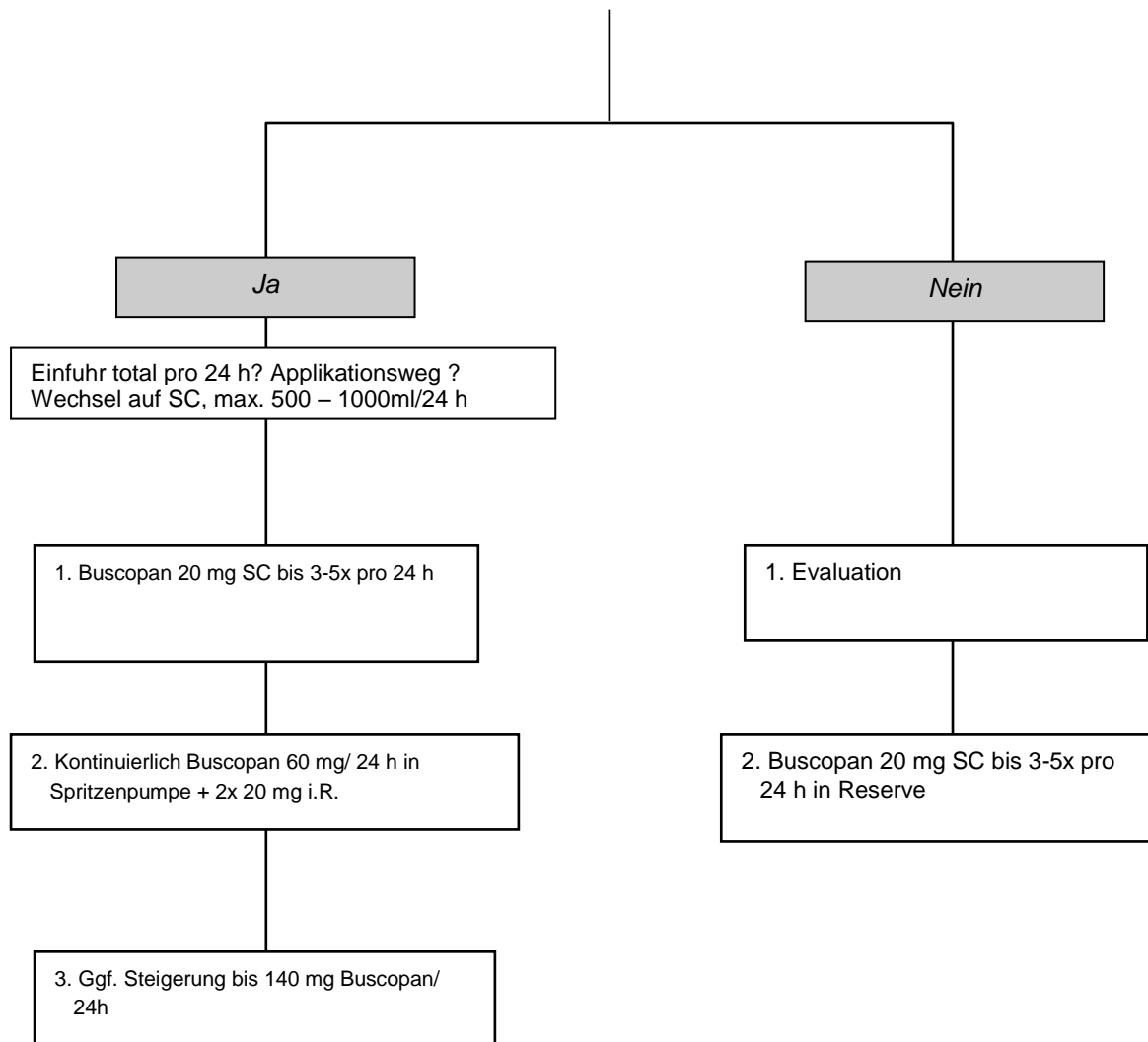
Diese Empfehlungen basieren auf denjenigen des Liverpool Care Pathway. Für den Schmerzbereich wurde eine Vereinheitlichung mit der Schmerzkarte am KSSG hergestellt.

Terminale Unruhe/ Delir



SUPPORTIVE Massnahmen:

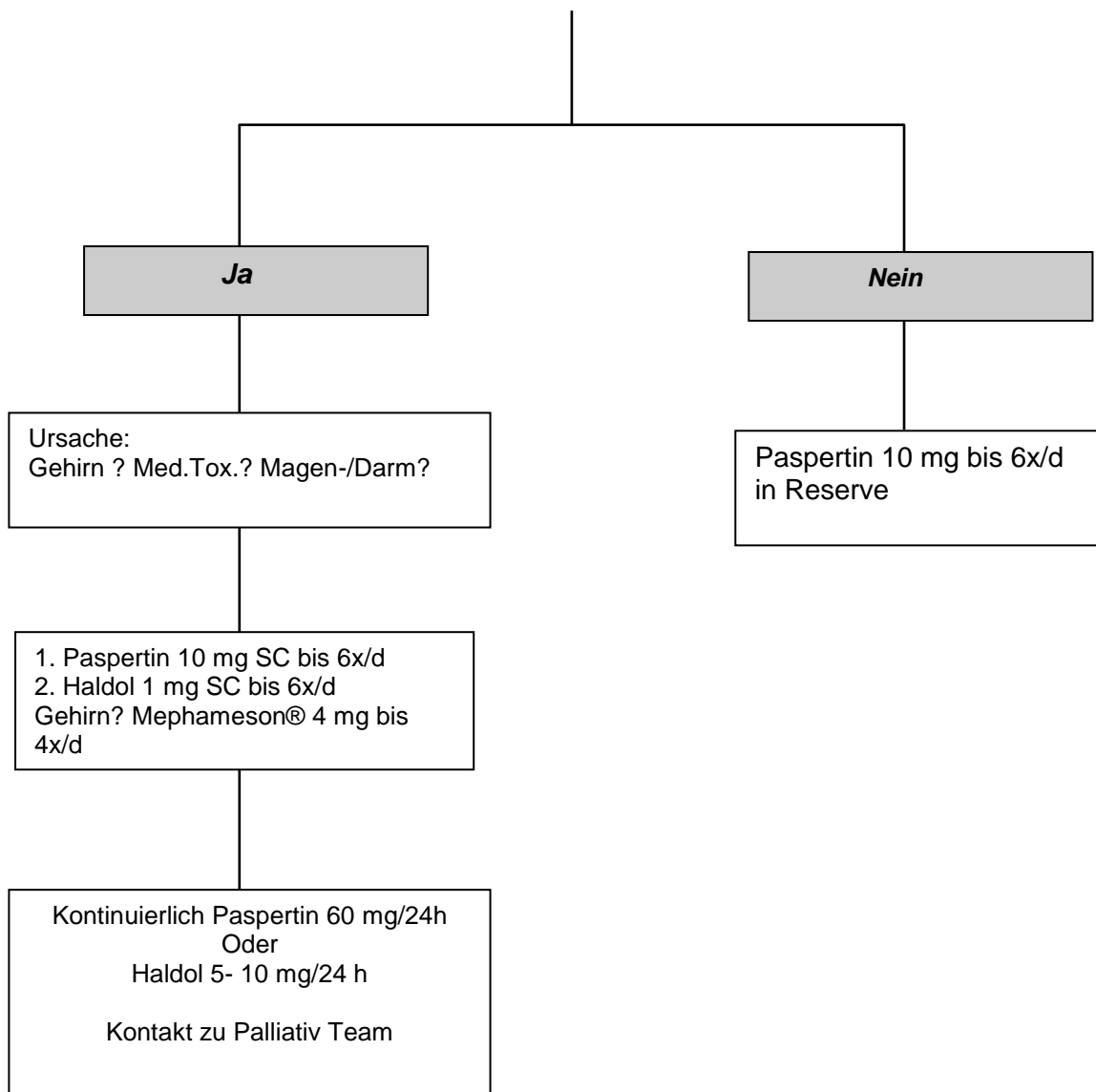
- Wenn keine Besserung: Kontakt zu Palliative Care Team
- Instruktion der Angehörigen über das Symptom "Unruhe" in der Sterbephase
- Cave: Vermeide Benzodiazepine bei älteren Menschen

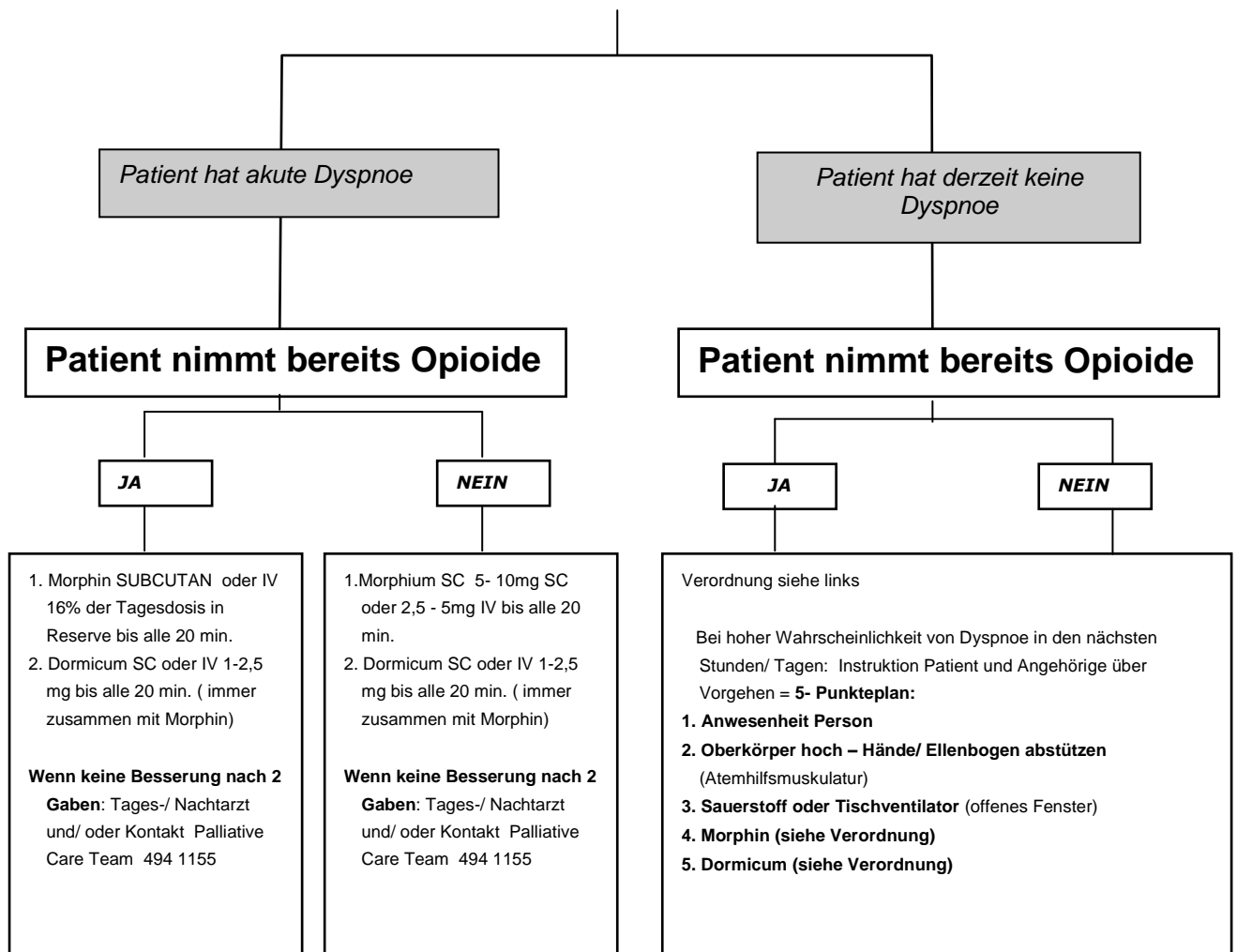


SUPPORTIVE Massnahmen:

- Lagerung
- Information der Angehörigen über das Symptom "Rasseln"
- Kontakt zu Palliative Care Team

Nausea und Erbrechen





Bei feuchten Rasselgeräuschen und Dyspnoe: evtl. Kombination Morphin/ Dormicum mit Sekretionshemmung mit Buscopan (vgl. **Empfehlung Sterberasseln**)

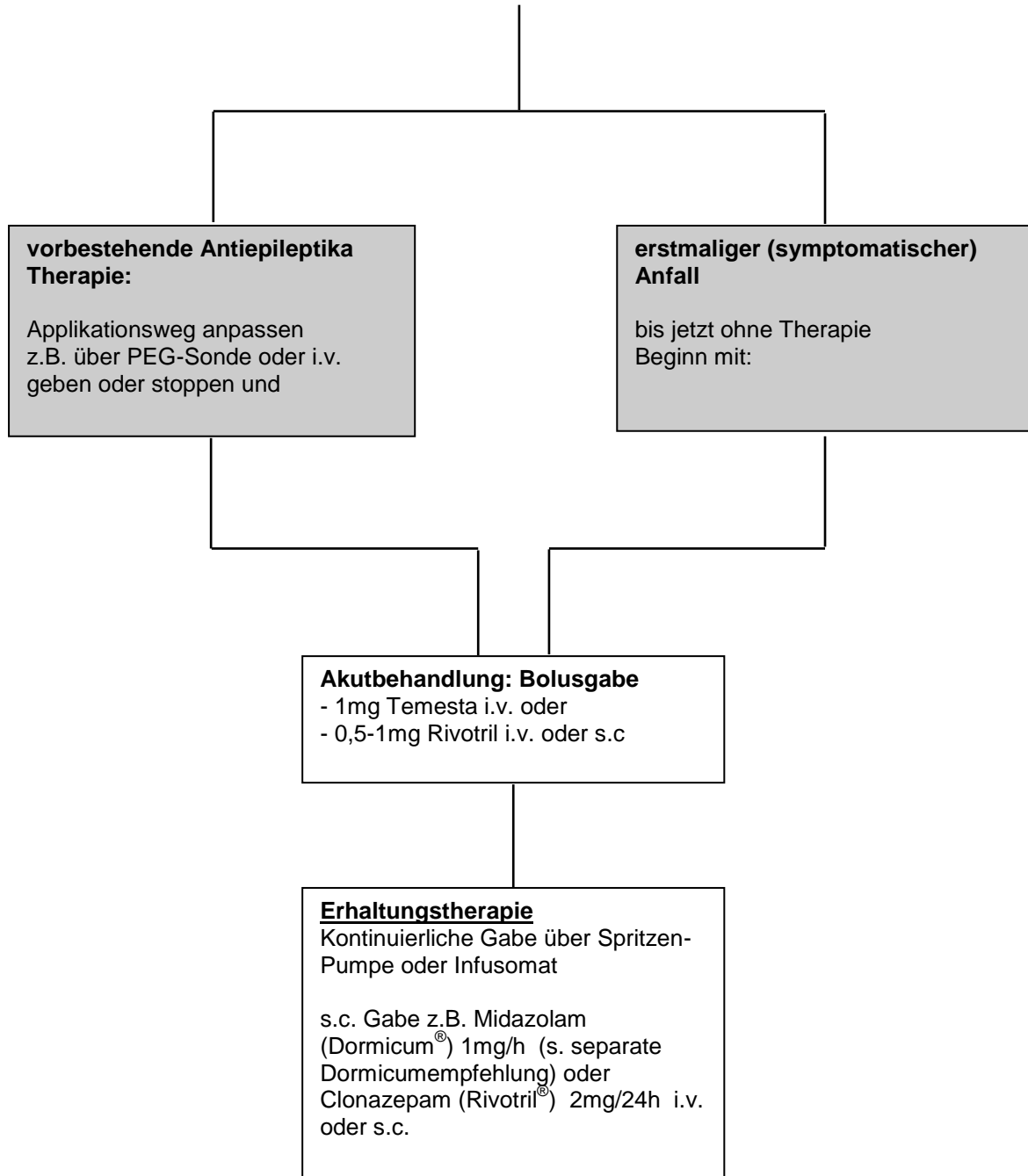
Eine ursächliche Behandlung der Dyspnoe ist in diesen Empfehlungen **nicht** enthalten (Diuretika, Nitrate, Reduktion Volumen, Wahl des Applikationswegs (siehe Ziel Nr.3).

Anmerkung zu den Therapieempfehlungen

Diese Empfehlungen basieren auf den evidenzbasierten Inhalten des Liverpool Care Pathways (www.liv.ac.uk/mcpcil/index.htm).

Die Empfehlung zur Dyspnoe basiert auf den Empfehlungen der Schweizerischen Palliativgesellschaft www.palliative.ch.

Epileptische Anfälle beim Sterbenden



REFLEXION DER BEGLEITUNG EINES STERBENDEN MENSCHEN MIT DEM LIVERPOOL CARE PATHWAY

1. Was ist uns in der Begleitung des sterbenden Menschen besonders gut gelungen und warum? 😊

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Was war eher schwierig und warum? 😞

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 Bewohner; gegenüber Angehörigen)		

Wissen		
Dokumentation		
Anderes		

4. Welche Fragen müssen mit dem Palliative Care Team geklärt werden?

.....

.....

.....

.....

.....