

Hinweisblatt:

Festlegung von Dokumentationsstandards zur Versorgung in der Sterbephase

Ziel:

Bessere Dokumentation der Versorgung in der Sterbephase sowie bessere Informationsweitergabe und Absprachen im Statisteam

Inhalte:

Aussagekräftige und nachvollziehbare Dokumentation von

1) Therapie- und Behandlungskonzepten

- Bei Patient:innen, bei denen die Sterbephase angenommen wird, sollen folgende Aspekte in der Dokumentation festgehalten werden:
- Information, dass Beginn der Sterbephase angenommen wird
- Information, dass Gespräch mit Patient:in und/oder Angehörigen über zu erwartenden Tod geführt wurde
- Besonderheiten bei Fragen, Wünschen und Bedürfnissen von Patient:in und/oder Angehörigen (z.B. keine Verlegung ins MSH gewünscht, etc.)
- Notfallplan, inkl. DNR/DNI Hinweis und Bedarfsmedikation
- Führende Beschwerden (AZ-Minderung ist nicht ausreichend detailliert)
- Behandlungsplan, inkl. Symptom- und Comfort-Assessment

2) An- und Absetzen von Medikamenten, Maßnahmen und Untersuchungen

- Therapieentscheidungen dokumentieren:
 - Welche Maßnahmen und Medikamente werden an-bzw. abgesetzt: z.B. Absetzen von Monitoring, Vitalzeichen-Kontrolle, etc.
- Begründung für Entscheidung dokumentieren:
 - Begründungen für Therapieentscheidungen: z.B. Begründung, warum Schmerzmedikament abgesetzt wird
 - Vor allem das Ansetzen von pflegerischen Maßnahmen, die in der Sterbephase grundsätzlich nicht indiziert sind muss klar begründet werden → keine unnötigen Maßnahmen ansetzen
 - Begründung, wenn Untersuchungen an- bzw. abgesetzt werden: in Akte dokumentieren
- Dokumentation, dass Patient:in/Angehörige über An-bzw. Absetzen von Maßnahmen und Medikamenten informiert wurden
- Pflegerelevante Aspekte bei der Dokumentation beachten
 - Lesende Person muss Verlauf nachvollziehen können
 - W-Fragen: wer, was, wo, wann, wie, warum, wozu

3) Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen

Die Dokumentation von Gesprächen mit Patient:innen in der Sterbephase und ihren Angehörigen soll folgende Aspekte beinhalten:

- Wer war anwesend beim Gespräch? Versorgende, Angehörige, Patient:in
- Welche Information wurde vermittelt? Kurz und aussagekräftig zusammenfassen
- Was waren die Fragen oder Wünsche der Patient:in und/oder der Angehörigen? Sensibilität für die Wünsche und Bedürfnisse der Patient:in/Angehörigen
- Haben Patient:in und/oder Angehörige die Informationen verstanden? Wichtig: Soll von pflegerischer sowie ärztlicher Seite dokumentiert werden, z.B. Gespräch mit Ärzt:in über Prognose, Pflegende stellt nachmittags fest, dass Informationen nicht verstanden wurden → Dokumentieren und Info an Ärzt:innen weitergeben

- Wann findet nächstes Gespräch statt?

4) Einheitliches Verständnis von Schlüsselbegriffen (z.B. Palliativ, Best supportive care und DNR/DNI)

Palliativ

- Ab dem Moment der Diagnose einer lebensbegrenzenden und unheilbaren Erkrankung (Grunderkrankung kann nicht mehr geheilt werden)
- Ganzheitliche Behandlung und Begleitung der erkrankten Menschen und deren Nahestehenden
- Lebenserwartung individuell (auch mehrere Jahre möglich)
- Symptomlinderung und Lebensqualität stehen im Vordergrund → Therapien und Maßnahmen zur Symptomlinderung und Lebensverlängerung sind möglich
- Palliativ ist nicht gleichbedeutend mit sterbend
- Palliativ bedeutet nicht automatisch Therapielimitierung oder Verzicht auf alle kurativen Maßnahmen

Best supportive care

- Nur noch symptomorientierte Behandlung
- Belastung für Patient:innen reduzieren → nur noch für Symptomkontrolle relevante Maßnahmen und Medikamente
- Keine unnötigen Untersuchungen: Transporte, Nüchternheit, etc. minimieren
- Diagnostik und Maßnahmen reduzieren: keine BZ-Messung, etc.
- Medikamente reduzieren: keine Antibiosen, etc.

DNR/DNI

- Verzicht auf „invasivste“ Maßnahmen: Reanimation und Intubation
- Kuratives Weiterführen oder Ansetzen von anderen Maßnahmen kann weiterhin sinnvoll sein
- Verzicht auf einzelne Maßnahmen ist nicht gleichbedeutend mit dem Einstellen der kurativen Therapie oder allen weiteren Maßnahmen

Hinweise:

- Empfehlungen sollten für alle sichtbar z.B. in Ärzt:innenzimmer, Pflegestützpunkten, Aufenthaltsraum etc. aufgehängt werden
- Optional kann auch ein Informationsblatt mit einer Kurzusammenfassung erstellt werden; darauf können Ansprechpartner:innen bei Fragen (ärztlich und pflegerisch) vermerkt werden (**siehe Vorlage**)