

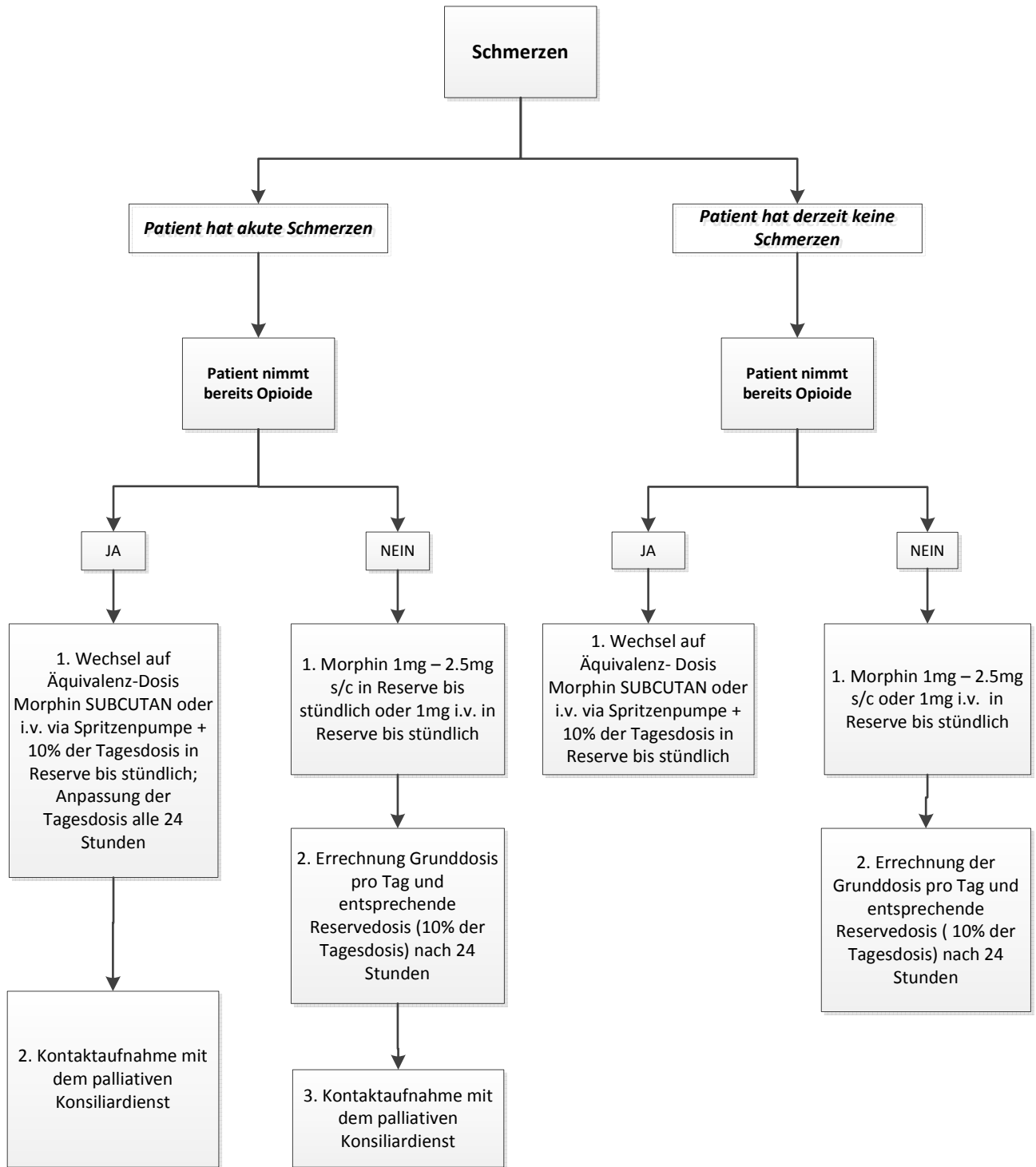
Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....

Therapieempfehlungen für die Sterbephase

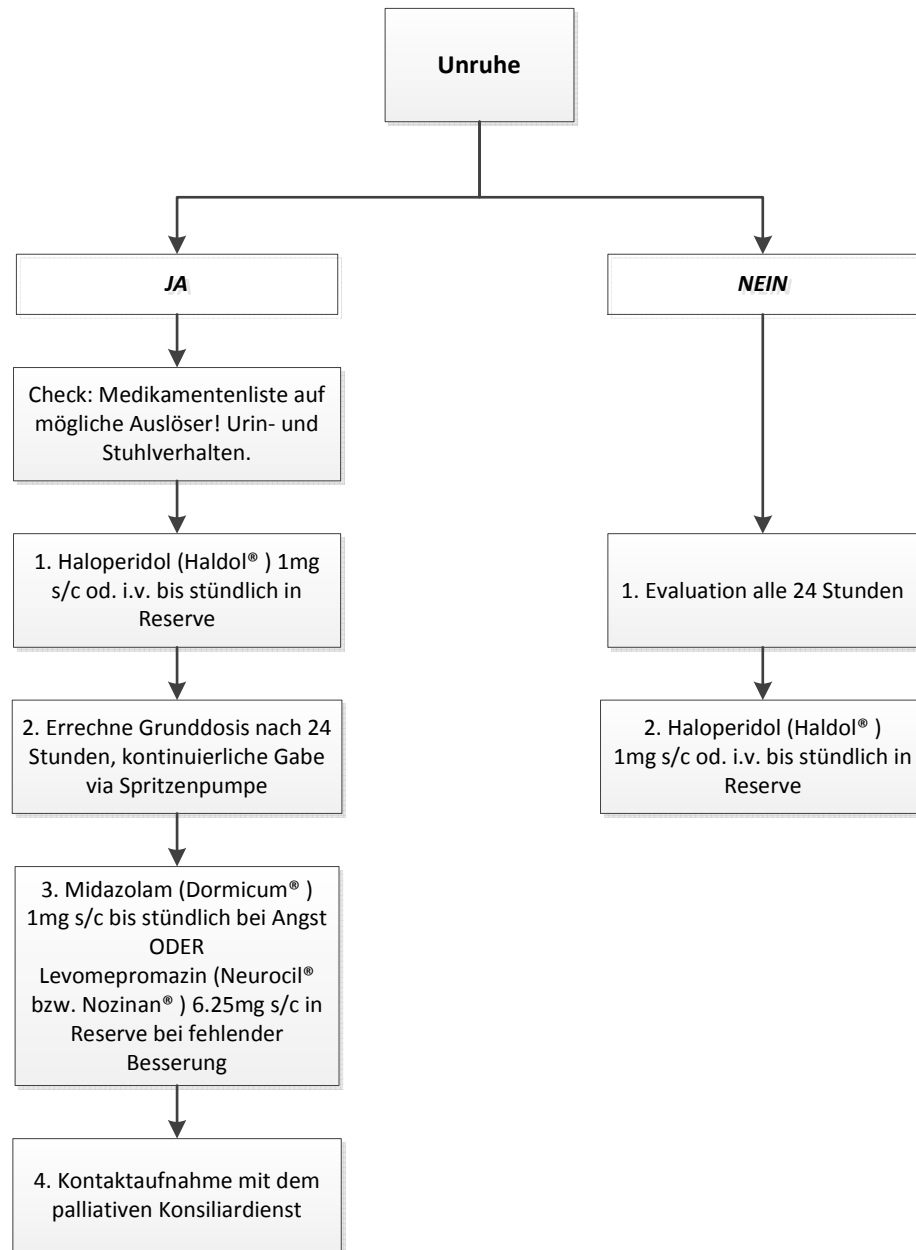
Anmerkungen

- 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 der palliative Konsiliardienst gerne zur Verfügung:
 1. Pflegefachperson: 35 55 (Montag – Freitag 08.00 – 17.00)
 2. ärztlicher Hintergrunddienst: 071 494 11 55 (rund um die Uhr)
- Ergänzende Informationen zur Symptomkontrolle im KSSGwiki:
[Palliative Betreuung für die Grundversorgung](#)
- Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.

Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....



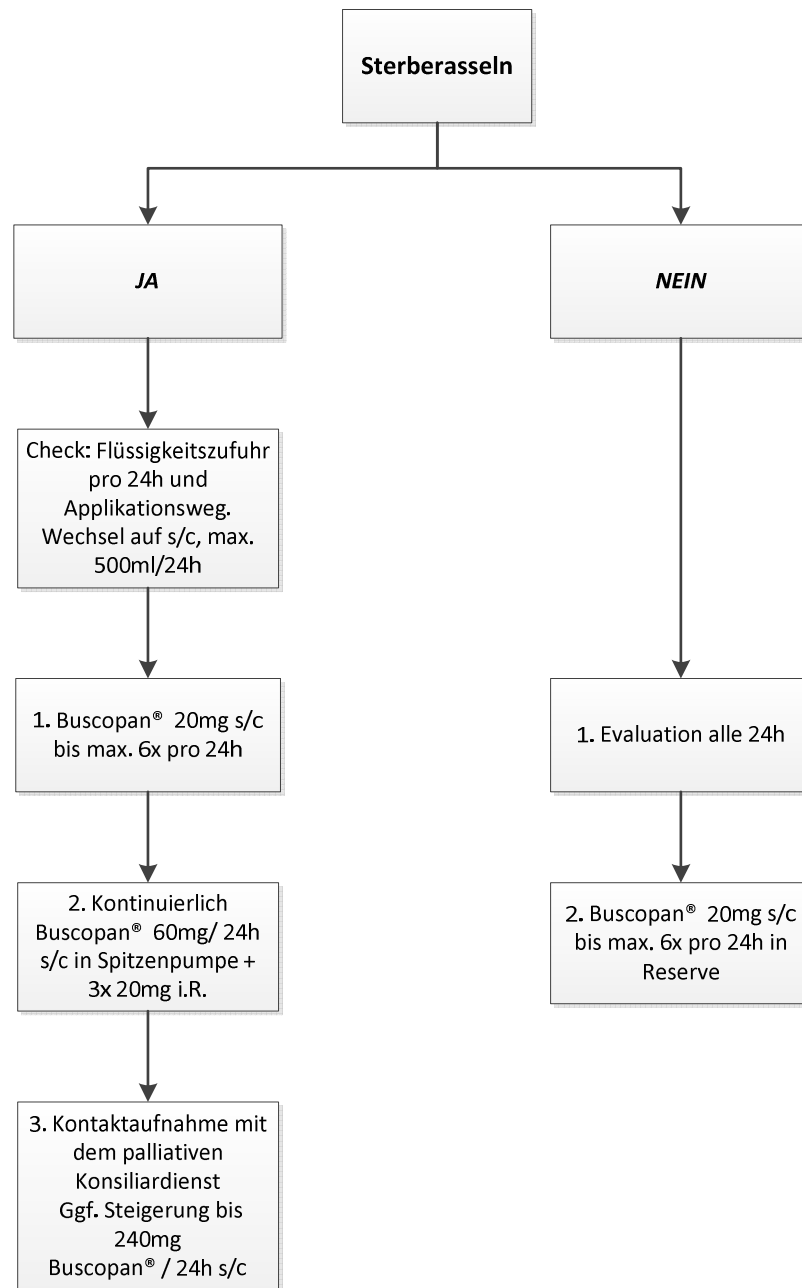
Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....



Beachte:

- 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 Delir s.a. Standard 18, Umgang mit akut verwirrten Patienten:
[Akute Verwirrtheit Standard 18](#)
- Bei möglichem Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine (Midazolam/ Dormicum ®)

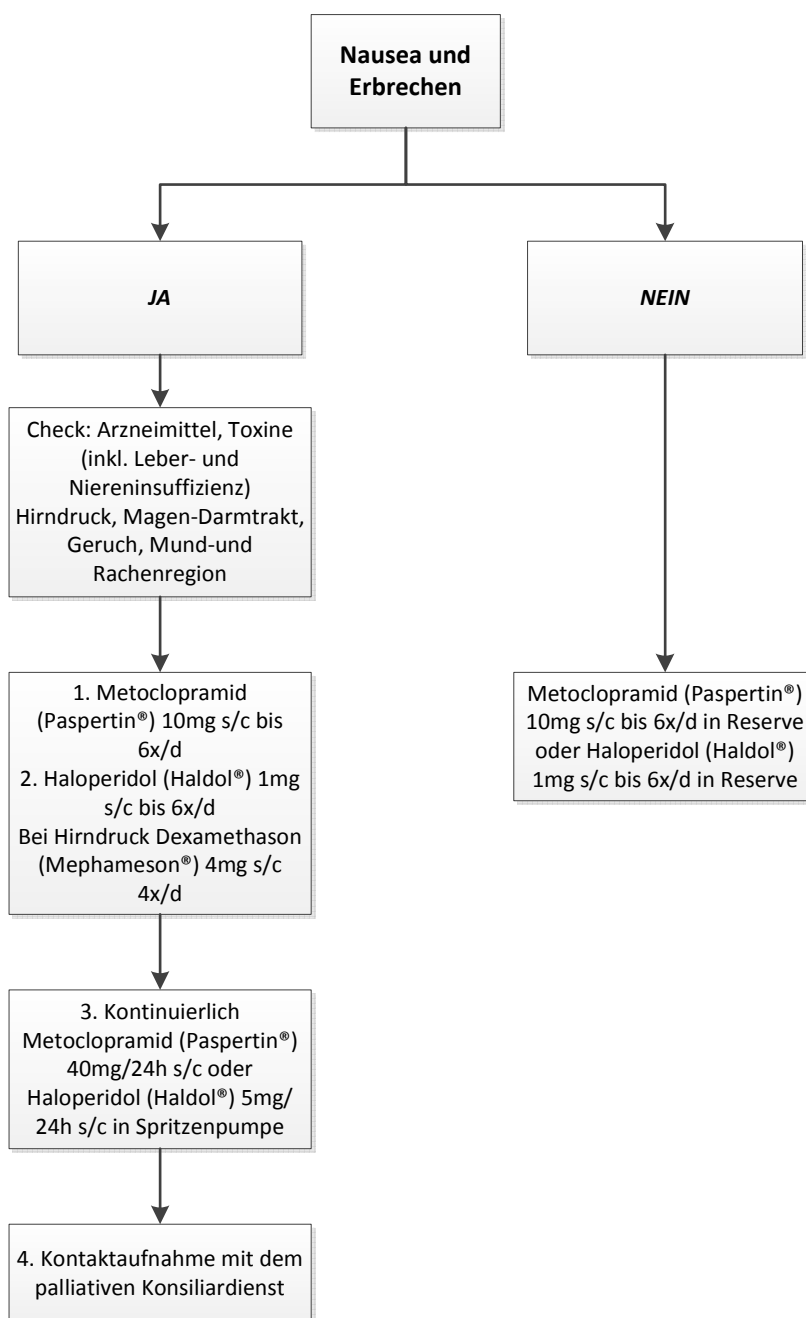
Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....



Beachte:

- 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.

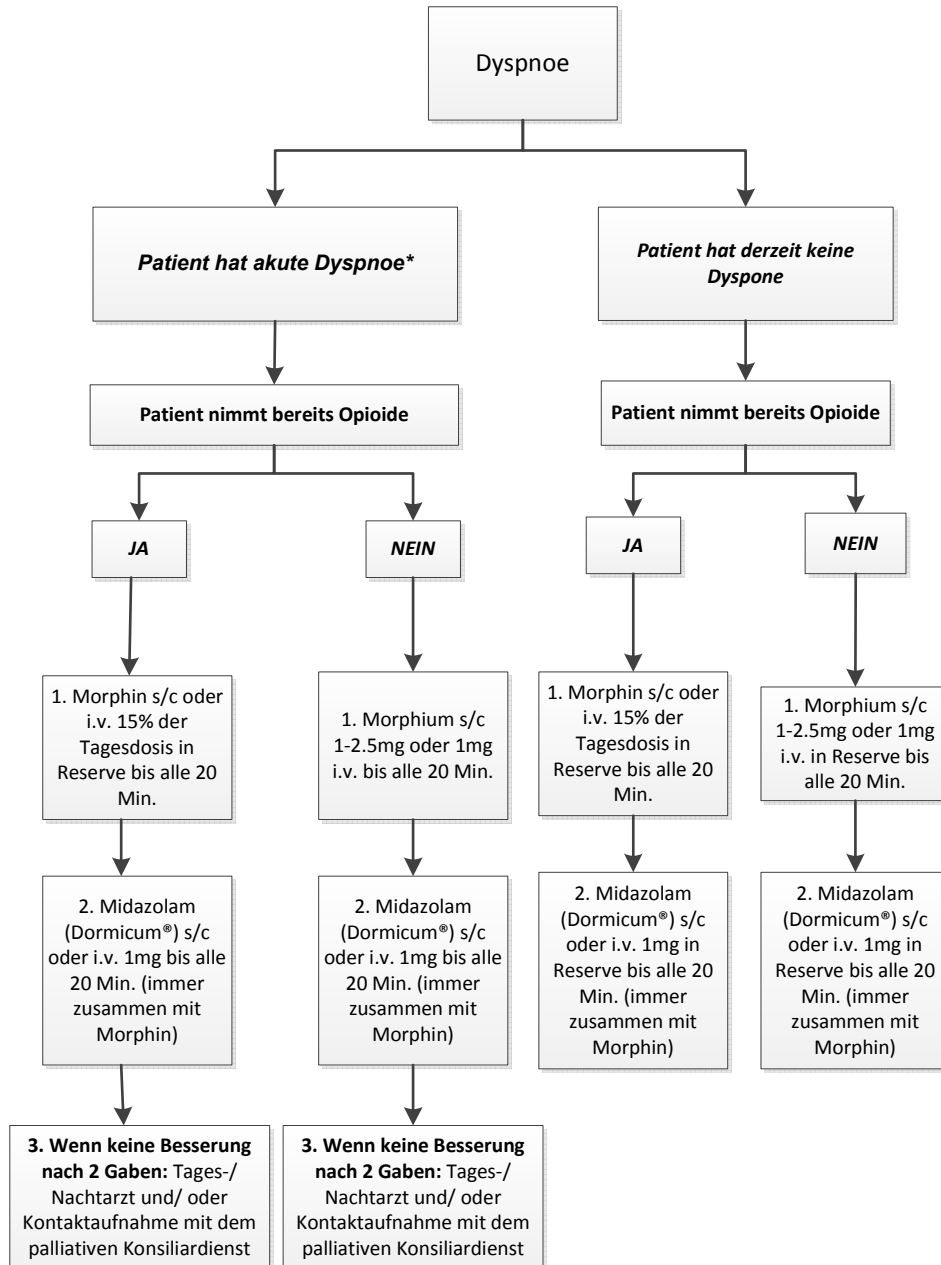
Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....



Beachte:

- Geruch reduzieren, allenfalls Aromatherapie einsetzen.
- Mundhygiene, insbesondere Schleimhäute feuchthalten.
- Aspiration vermeiden.

Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....

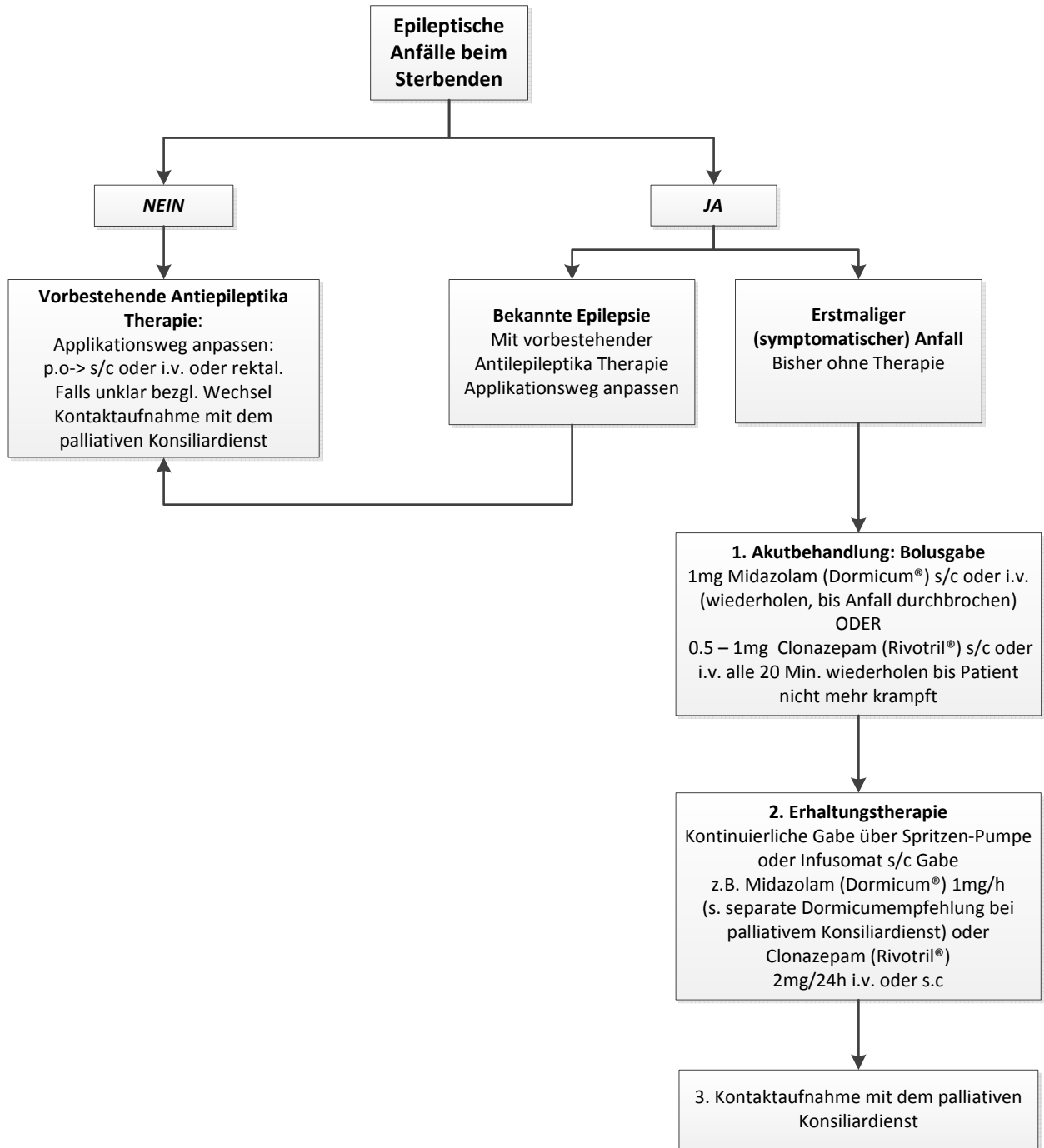


* Eine ursächliche Behandlung der Dyspnoe ist in diesen Empfehlungen **nicht** enthalten (Diuretika, Nitrate, Reduktion Volumen, Wahl des Applikationswegs), muss aber immer in Erwägung gezogen werden.

Beachte:

- 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**:
 1. Betroffenen nicht alleine 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)

Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....



Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....

Verordnungsblatt für die Sterbephase

Datum/Zeit	Verordnungen	Visum Arzt	Ausgeführt Datum/Zeit	Visum Pflege
	Folgende Medikamente/Massnahmen stoppen:			
	<u>Schmerz</u>			
	Morphin ® mg fix <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg/24h			
	Morphin ® mg bei Bedarf <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg <input type="checkbox"/> 20Min. <input type="checkbox"/> stündl.			
	<u>Unruhe</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Haldol ® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Dormicum® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Nozinan® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	<u>Sterberasseln</u> (fix und/oder bei Bedarf)			

Patientenname:..... Patienten ID: Datum:.....

	Buscopan® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Flüssigkeitsreduktion auf:			
	<u>Nausea/Emesis</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Paspertin® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Haldol® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Mephameson® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	<u>Dyspnoe</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Morphin® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Dormicum® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	<u>Epilepsie</u> (fix und/oder bei Bedarf)			
	Dormicum® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			
	Rivotril® mg <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. _____ mg			