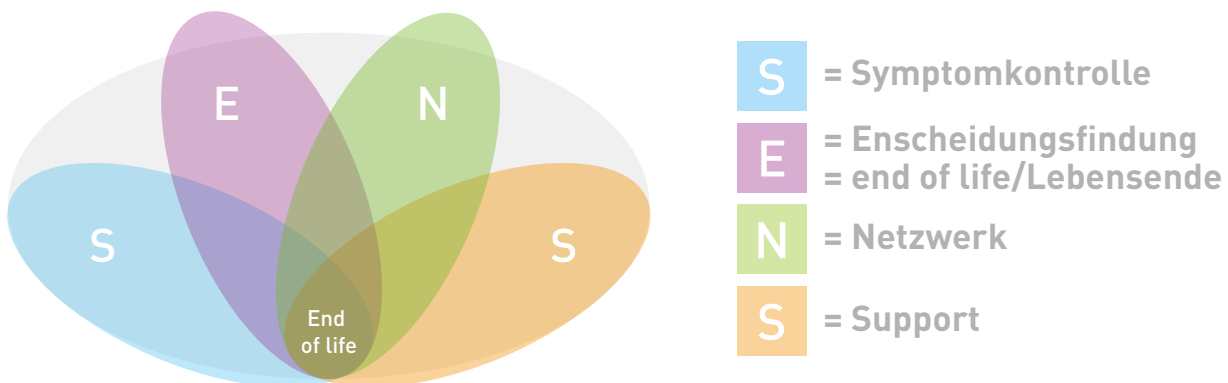


Einschätzung Palliative Care Bedarf[©] nach SENS

| Personalien | | |
|---------------------------|--------------|------|
| Name / Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Zivilstand / Soziales | | |
| Adresse (Strasse, Ort) | | |
| Tel. Nr. (Festnetz/Mobil) | | |
| E-Mail | | |
| Erstellt | am: | von: |
| | Institution: | |

Dieses **Hilfsmittel** dient der rechtzeitigen/frühzeitigen Identifizierung von Menschen, bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder auch der baldige Tod eintreten könnte. Es orientiert sich am [SENS-Modell](#). Weiterführende Klärungen und Massnahmen werden daraus abgeleitet (Bsp. als Grundlage für die Erstellung eines [palliativen Betreuungsplans](#)). Je höher der aktuelle Palliative Care Bedarf ist, desto zeitnaher und konkreter müssen Fragen geklärt und Massnahmen eingeleitet werden.



Die Einschätzung des Palliative Care Bedarfs wird vor der Erstellung eines [palliativen Betreuungsplans](#) durchgeführt bzw. nach Einschätzung einer Fachperson Palliative Care. In der Regel wird die Einschätzung durch die Palliative Care Fachperson gemeinsam mit der Bezugsperson durchgeführt. Der Beizug des interprofessionellen Teams und des behandelnden Arztes erfolgt, wenn immer möglich.

| Suprise Question | | |
|--|----|------|
| Wäre ich überrascht, wenn dieser Mensch in den nächsten <u>Tagen oder Wochen</u> sterben würde? | Ja | Nein |
| Wäre ich überrascht, wenn dieser Mensch in den nächsten <u>3 Monaten</u> sterben würde? | Ja | Nein |
| Die Surprise Question verbalisiert das «intuitive Bauchgefühl» und ist somit ein gutes Screening-Instrument für einen Palliative Care Bedarf in den nächsten Tagen/Wochen/Monaten. | | |
| Kurzbeschreibung (Krankheitsverlauf und Situation) | | |
| | | |

Symptome erfassen, behandeln und lindern

S E N S

Das **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** ist ein validiertes und einfach verständliches Assessmentinstrument, welches die bio-psycho-soziale und spirituelle Dimension abdeckt.

Welche Erfassung wurde durchgeführt:

Die Patient*in/Bewohner*in/Klient*in füllt das ESAS nach Instruktion selbst aus.

Die Patient*in/Bewohner*in/Klient*in füllt das ESAS mit Unterstützung einer Pflegefachperson aus.

Eine Fremdeinschätzung wird durch die Pflegefachperson vorgenommen (ev. auch mit Hilfe einer nahen Bezugsperson).

Bitte markieren Sie mit einer Nummer das Ausmass/die Stärke in den letzten 24 Stunden:

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| Kein Schmerz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst möglicher Schmerz |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Müdigkeit (Mangel an Energie) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Müdigkeit |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Übelkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Übelkeit |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Depressivität (Gefühl von Leere/Traurigkeit) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Depressivität |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Angst (Innere Unruhe/Nervosität) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Angst |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Benommenheit (Schwindel/Schläfrigkeitsgefühl) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Benommenheit |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Bester Appetit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Geringst möglicher Appetit |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Bestes Wohlbefinden (Wie sie/er sich insgesamt fühlt) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Geringst mögliches Wohlbefinden |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Atemnot | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schlimmst mögliche Atemnot |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Keine Obstipation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Massive Obstipation |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |
| Besteht ein anderes Problem? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | | | |

| Wie ist die Situation derzeit? (IST-Einschätzung) | Was ist zu tun? (Klärung / Massnahmen / Nächste Schritte) |
|--|---|
| Ist im Moment die Behandlung der Symptome zielführend? | |
| Mit welchen Symptomen ist im weiteren Verlauf zu rechnen? | |

| Entscheidungsfindung / end of life Vorbereitung S E N S | |
|--|---|
| Wie ist die Situation derzeit? (IST-Einschätzung) | Was ist zu tun? (Klärung / Massnahmen / Nächste Schritte) |
| Welche Entscheidungen/Vorbereitungen wurden bereits getroffen? <u>Beispielsweise:</u> Patienten-, bewohner-, klientenzentriertes Gespräch Palliativer Betreuungsplan Patientenverfügung Vorsorgevollmacht (oder andere Vollmachten) Reanimation _____ _____ | |
| Stehen aktuell Entscheidungen an? <small>(lebensverlängernde Massnahmen, Palliativer Betreuungsplan etc.)</small> | |
| Was ist dem/r Patient*in/Bewohner*in/ Klient*in im Moment besonders wichtig? | |

| Netzwerk (Kontakte) | | S E N S |
|--|---|---------|
| Wie ist die Situation derzeit? (IST-Einschätzung) | Was ist zu tun? (Klärung / Massnahmen / Nächste Schritte) | |
| <p>Wer ist derzeit involviert?</p> <p>Hausarzt*in/Facharzt*in</p> <hr/> <p>Formelle Freiwillige/Hospizdienst Entlastungsdienst/Pro Senectute Sozialdienst/Pro Senectute Seelsorge Palliativer Brückendienst/mobile Equipe Informelle Freiwillige/Nachbarschaftshilfe Ansprechperson Palliative Care</p> <hr/> <p>Pflegende Angehörige</p> <hr/> | | |
| <p>Welche Netzwerkpartner sind zusätzlich hilfreich?</p> | | |

| Support | | S E N S |
|--|---|---------|
| Wie ist die Situation derzeit? (IST-Einschätzung) | Was ist zu tun? (Klärung / Massnahmen / Nächste Schritte) | |
| <p>Welche Unterstützung bekommen die Angehörigen derzeit?</p> <p>Sie sind über die derzeitige Situation (medizinisch/pflegerisch) informiert</p> <p>Sie wurden über Angebote der Institution informiert (z.B. Hospizdienste, Haushilfe, Verpflegung, Rooming-In, etc.)</p> <p>Trauerbegleitung</p> <p>Sind über die Inhalte des Betreuungsplans für palliative Notfälle informiert</p> <p>Sind darüber informiert, dass sie sich aktiv an der Linderung von belastenden Symptomen beteiligen können</p> | | |
| <p>Team/Mitarbeitende:</p> | | |

Hier können Notizen gemacht werden:

zugehörige Dokumente:

- [Erläuterungen Palliativer Betreuungsplan](#) palliative ostschweiz (Richtlinie)
- Formular [Palliativer Betreuungsplan](#) palliative ostschweiz
- Formular [Palliative Reservemedikation](#)

Quellen:

- Eychmüller, S. (2016). *Palliativmedizin Essentials. Das 1×1 der Palliative Care*. Verlag Hans Huber. Bern
- Eychmüller, S. (2012). *SENS is making sens – on the way to an innovative approach to structure palliative care problems*. *Therapeutische Umschau*; 69 (2):87–90
- Palliative.ch (2017). *Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen*. Version Fachpersonen

Danksagung:

palliative ostschweiz bedankt sich bei den Verantwortlichen der LAK für das zur Verfügung stellen dieses Grundlagendokumentes und bei allen beteiligten Personen:

Michael Rogner, Elisabeth Sommerauer, Daniel Morscher, Dr. Hannes Meier

* Eine neue «Einschätzung Palliative Care Bedarf[®] nach SENS» kann unter: www.palliative-ostschweiz.ch heruntergeladen werden.

Herausgeber:

palliative ostschweiz, Geschäftsstelle, Flurhofstrasse 7, CH-9000 St. Gallen, T 071 245 80 80
www.palliative-ostschweiz.ch, info@palliative-ostschweiz.ch

Urheberrecht:

Das Dokument untersteht dem Copyright von palliative ostschweiz (in Kooperation mit der LAK).