

## SOP Sterbephase

Diese SOP orientiert sich an den [Empfehlungen zu Vorgehen in der Sterbephase](#) herausgegeben von palliative.ch. Darin steht: «Das Begleiten und Betreuen von Menschen in der Sterbephase ist eine gemeinsame, häufig sehr sinnstiftende Aufgabe sowohl für Laien als auch für Fachpersonen. Alle Beteiligten tragen Mitverantwortung für ein Sterben in Würde. Gute Information im Betreuungsteam – welches aus Angehörigen, Freiwilligen und Fachpersonen besteht - und einfühlsame Kommunikation ohne schwierige Themen auszuklammern ist dabei zentral.» (S. 4).

Die Betreuung und Begleitung in der Sterbephase ist also nicht allein eine pflegerische und ärztliche Aufgabe, sondern ein Gemeinschaftswerk, bei dem Fachpersonen als Mitmenschen mindestens ebenso gefordert und gewünscht sind, als ihre fachliche Kompetenz. Eine SOP für diese Phase ist deshalb keine Checkliste, sondern eine Struktur, um möglichst umfassend und in guter Qualität begleiten und behandeln zu können – mit der Offenheit, dass sich diese Phase gar nicht als Sterbephase herausstellt. Wichtig sind auch die drei Zielgruppen: Alle drei sind mitbetroffen, alle drei brauchen Aufmerksamkeit (siehe Abbildung 1). Und nicht zuletzt - wie wir eine Sterbephase erleben, kann letztendlich auch unser eigenes Sterben prägen.

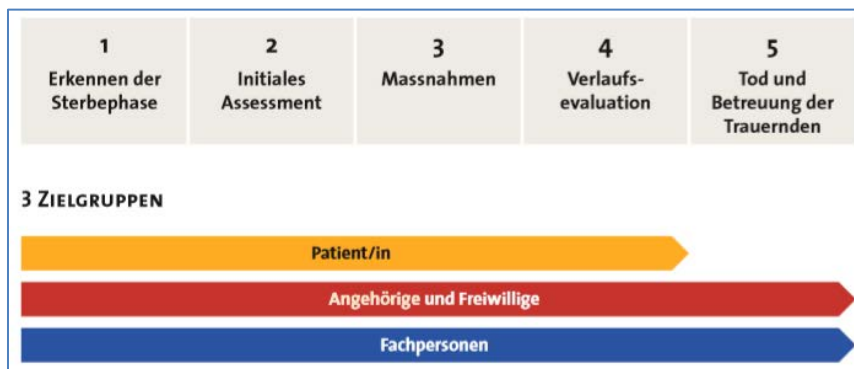


Abbildung 1: Phasenmodell der Betreuung in der Sterbephase (palliative.ch 2016. S.6)

## Vorgehen

### 1. Erkennen der Sterbephase

Ob ein Patient in die Sterbephase eingetreten ist, sollte durch ein erfahrenes interprofessionelles Team (mind. Arzt und Pflege) beurteilt werden, dabei stützt es sich u.a. auf folgenden Symptome und Zeichen:

- Veränderung der Atmung (v.a. Verminderung der Atemtiefe, Atempausen bzw. unregelmässige Atmung)
- Verschlechterung des Allgemeinzustands mit permanenter Bettlägerigkeit (Karnofsky Performance Status: 10–20, ECOG 4)
- Veränderung des Bewusstseinszustands (zunehmend somnolent bis komatös)
- Unfähigkeit Nahrung, Medikamente und Flüssigkeit zu sich zu nehmen
- Veränderungen der Haut

Damit und durch die Erfahrung der Fachpersonen (Intuition) ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient in den kommenden 4-7 Tagen versterben wird.

Die Diagnose «sterbend» wird interprofessionell (*Muss-Kriterium*) gestellt und dokumentiert und dann insbesondere den Angehörigen kommuniziert, bspw. mit den Worten: «Wir machen uns Sorgen, und es mehren sich die Hinweise, dass das Lebensende nah ist.»

## 2. Initiale Erfassung der wichtigsten Symptome/Stressoren und dessen Management

- Die beim Sterbenden am häufigsten vorkommenden Symptome werden auf ihr Vorhandensein erfasst (z. B. mittels SENS oder ESAS): Atemnot, Schmerzen, bronchiale Sekretion/ Rasselatmung, Nausea, Delir
- Alle bisherigen Medikamente und Massnahmen, die *nicht* zur Verbesserung der aktuellen Symptome beitragen können, werden abgesetzt. Die verbleibenden Medikamente (auch Reservemedikamente) werden i.v. oder s.c. verordnet
- Diagnostik, Routine-Messungen (Blutdruck, Puls, Gewicht u.a.) werden sistiert
- Für die Symptome (Hauptsymptome) Dyspnoe, Schmerz, Unruhe/Verwirrung, Nausea und Rasselatmung werden Reservemedikamente verordnet
- Wenn möglich wird der Patient, die Angehörigen, der Hausarzt und eventuell die SPITEX über die hohe Wahrscheinlichkeit des baldigen Sterbens informiert. Der Vorgehensplan wird erklärt
- Angehörige werden – falls gewünscht – in die Pflege aktiv eingebunden
- Der Autopsie-Status bzw. anderes Vermächtnis (Organspende) bezüglich des Körpers sollte definiert werden
- Spirituellen/religiösen Bedürfnisse werden erfasst. Seelsorgende/ Vertrauenspersonen werden gemäss dem Wunsch des Sterbenden informiert und mit einbezogen
- Den Angehörigen wird die Möglichkeit der Übernachtung angeboten. Gleichzeitig wird ihre Belastungssituation erfragt und Möglichkeiten der Distanz/Erholung besprochen. Dies betrifft auch die Abklärung, wer in der Nacht informiert werden soll, wenn das Patient stirbt bzw. gestorben ist (inkl. korrekte Telefonnummer)
- Den Angehörigen werden Zeichen, Symptome und Verhalten des Sterbenden erklärt und bei Bedarf die Broschüre «*Wenn ein geliebter Mensch stirbt*» (Palliativzentrum Insel) abgegeben und besprochen. Wir sprechen auch an, dass viele Patienten sterben, wenn sie alleine sind (diese Information zur Entlastung der Angehörigen, die beim Sterben dabei sein wollen und vielleicht dann doch nur schnell kurz das Zimmer verlassen, während der Patient seine letzten Atemzüge macht).

## 3. Massnahmen

### Vorausschauende Massnahmenplanung

- Verordnung von Reservemedikamenten für die häufigsten Symptome in der Sterbephase (Schmerz, Unruhe/Angst, Rasselatmung, Übelkeit / Erbrechen, Atemnot) siehe [SOP Sterbephase Reserveverordnungen](#)
- Vorgehen im Notfall inkl. Selbsthilfemassnahmen und Erreichbarkeit (z.B. Notfallnummern) mit Bezeichnung der verfügbaren Privat- und Fachpersonen sind definiert insbesondere bei Sterbephase zuhause
- Rahmenbedingungen für den Fall einer palliativen / terminalen Sedierung sind definiert.

### Überprüfen der bisherig medizinischen und pflegerischen Massnahmen

- Anpassung und / oder Reduktion der Medikation mit dem Ziel, nur noch unmittelbar symptomatisch wirksame Medikamente einzusetzen. Hierzu gehört auch die Deaktivierung eines intrakardialen Defibrillators (ICD).
- Der Applikationsweg wird der Situation und den Möglichkeiten und Wünschen des Patienten / der Patientin angepasst, meist Wechsel auf subkutane Applikation (siehe auch [Besonderheiten der Pharmakotherapie in der Palliative Care](#))
- Die pflegerischen Massnahmen (Körperpflege, Lagerung, Verbandwechsel, etc.) werden den Bedürfnissen des Patienten /der Patientin und dem notwendigen Bedarf angepasst.
- Notwendige Hilfsmittel sind vor Ort (elektr. Pflegebett, Absauggerät etc.).

### Massnahmen zu spirituellen / religiösen, psychologischen & sozio-kulturellen Bedürfnissen

- Planung und Nutzung von kulturell- religiösen Besonderheiten / Ritualen. Angebote für entlastende Gespräche mit der Seelsorge oder anderen Unterstützern zu Themen wie: Schuld und Vergebung, Trost, Ermutigung und Zuspruch der Hoffnung.

### 4. Verlaufsevaluation

- Täglich wird in jeder Schicht mindestens 2-mal das geschilderte oder mutmassliche Leiden gemäss den Hauptsymptomen im Team und mit den Angehörigen evaluiert. Ggf. werden Grund- und Reservemedikamente sowie pflegerische, psychologische und seelsorgerische Massnahmen angepasst.
- Die Belastung der Angehörigen sowie das Ergehen der Teammitglieder wird mindestens 1 x pro Tag evaluiert, ggf. werden Entlastungsmöglichkeiten gesucht.
- Erörtern, ob alle wichtigen Personen von der Familie und dem Betreuungsteam integriert sind.
- Erörtern, ob Unterstützung durch Fachpersonen der spezialisierten Palliative-Care nötig sind.

### 5. Tod und Betreuung der Angehörigen nach dem Versterben

- Den Angehörigen wird in der Regel ausreichend Zeit (je nach Situation bis zu 24 Stunden) für den Abschied auf Station zur Verfügung gestellt. Ausnahmen sind möglich (bspw. weit entfernt wohnende nahe Angehörige, religiöse Normen).
- Individuelle Wünsche zur Kleidung/Herrichten des Patienten bzw. seitens seines Umfeldes werden aufgenommen und die Angehörigen falls gewünscht hierin einbezogen.
- Den Angehörigen wird die Wegleitung für die administrativen Abläufe in Kooperation mit dem Todesfallbüro übergeben und die Inhalte besprochen.
- Den Teammitgliedern wird ebenfalls die Möglichkeit eines gemeinsamen oder individuellen Abschieds eingeräumt incl. Debriefing im Sinn einer Nachbesprechung.

### Medikamentöse Massnahmen

Verordnung von Reservemedikamenten für die Hauptsymptome Dyspnoe, Rasselatmung, Schmerz, Unruhe/Verwirrtheit und Nausea in der Sterbephase [SOP Sterbephase Reserveverordnungen](#).

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das  
Palliative Care Team (Konsiliardienst): 2 50 40

Bei der Erarbeitung dieser Standard Operating Procedure (SOP) wurde auf hohe Sorgfalt geachtet. Die vorliegende SOP basiert auf dem in der Fusszeile datierten Wissensstand. Bei den bereitgestellten Inhalten (therapeutischen Angaben, insbesondere von Heilmitteln, ihren Dosierungen und Applikationen) übernehmen die AutorInnen keine Gewähr. Die anwendenden Fachpersonen sind aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen und verpflichtet, die Verordnungen in eigener Verantwortung vorzunehmen. Die AutorInnen bitten zudem AnwenderInnen, ihnen Ungenauigkeiten und mögliche Fehler mitzuteilen. Inhalte auf unserer Webseite sind urheberrechtlich geschützt. Nichtsdestotrotz kann im Rahmen des Zitatrechts aus unseren Inhalten zitiert werden. Wir bitten Sie, folgende Zitierweise zu benutzen: Autor(en) (Jahr). Titel der SOP, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Universitätsspital Bern Inselspital, Schweiz