

SENS – MANUAL FÜR FACHPERSONEN

GRUNDLAGEN

Anleitung zur Verwendung der SENS-Struktur

für Assessment, Behandlungsplanung und Evaluation in der Palliative Care



INHALTSVERZEICHNIS

1	Ursprung.....	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	3
3	Definition.....	4
4	Zeitpunkt der Anwendung	4
5	Anwendung in der Praxis	5
6	Vorgehen initiales Assessment (Basisassessment Palliative Care)	6
6.1	WAS: Analyse der Stress- und Ressourcen-Bereiche nach SENS.....	6
6.1.1	Einleitung	6
6.1.2	S ymptome / Auswirkungen der Erkrankung	6
6.1.3	E ntscheidungsfindung und Erwartungen.....	7
6.1.4	N etzwerk/ Organisation	7
6.1.5	S upport für die Angehörigen / Betreuenden	8
6.1.6	Weitere Überlegungen.....	8
6.2	WIE	8
6.2.1	Das Vorgehen: palliatives Assessment	8
6.2.2	Die Anamnese	8
6.2.3	Das Gesamtbild	9
6.3	Praktische Umsetzung.....	9
7	Initiales Assessment aus Sicht der Betroffenen	9
	Anhänge	9

1 URSPRUNG

Die SENS¹-Struktur ist entstanden auf der Basis der thematischen Evaluation von 500 Konsiliarberichten des Palliativ-Konsiliardienstes am Kantonsspital St.Gallen im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsstandards „Palliative Care“. Ziel war es, eine gemeinsame thematische Struktur für Patienten, Angehörige und Fachpersonen zu finden, und damit eine gleichermassen wegleitende und sinnvolle Abbildung der Hauptsorgen bei fortgeschrittenen Erkrankungen. Diese Themen sollten eine gemeinsame Sprache schaffen, und nicht auf die medizinisch-pflegerische Terminologie fokussieren. Probleme und Sorgen sollten ebenso angesprochen werden, wie eigene Ressourcen und Quellen für Energie, um die kommende Lebensphase besser meistern zu können.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Die SENS-Struktur basiert konzeptionell auf folgendem Hintergrund:

- Dem bio-psycho-sozialen Medizinmodell von George Engels², welches die Wichtigkeit und auch die Heilsamkeit von Beziehungen/ Interaktionen in einem weit gefassten Netzwerk von der Zelle, über die Partnerschaft/ Familie bis zur Spiritualität bzw. dem Universum betont;
- Dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky³: es hebt die Wichtigkeit des sogenannten «sense of coherence», das Gefühl des Zusammenhangs, hervor, um sich trotz sehr schwieriger Lebenslage nicht hilflos und ausgeliefert zu fühlen. Grundlage hierfür sind drei Bereiche: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit (bspw. die Hilfe zur Selbsthilfe), und letztendlich die Sinnhaftigkeit, die daraus folgen kann, aber nicht muss.

Die Bereiche der SENS-Struktur entsprechen den Definitionen der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) von Palliative Care, den Inhalten des Gold Standard Frameworks (GSF), sowie den Hauptthemen der Empfehlungen des NCCN (2016), des US-amerikanischen National Comprehensive Cancer Networks (siehe Abb.1).

Die SENS-Struktur wurde inhaltlich im Rahmen des nationalen Forschungsprojekts „Lebensende“ (NFP67) im Rahmen des sogenannten «SENS-Trial» auf die Gültigkeit und Vollständigkeit der Inhalte qualitativ überprüft.

¹ Das Akronym „**SENS**“ steht für **S**ymptome, **E**ntscheidungsfindung, **N**etzwerk, **S**upport der Angehörigen

² Engels G (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. 137(5), 535-544. The American Journal of Psychiatry.
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

³ Antonovsky A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt, Tübingen.

SENS Category (2012)	common topics	WHO Definition (2002)	NCCN (2011)	GSF "PEPSI COLA" (2014)
Symptom- Manage.	Self-effectiveness			
Sy	Physical	X	X	X
Sy	Educational and informational needs		X	X
Sy	Spiritual	X		X
Sy	Quality of life	X		X
Sy, E	Personal (e.g. inner journey)			X
Sy, E	Late (e.g. rattle, agitation)			X
End of life decisions	Self determination		X	X
E	Benefits and risks of (anticancer) treatment		X	
E	Emotional (e.g. fears, relationships)			X
E	Dying issues	X		
Network organisation	Out of hours – emergency			X
N	Safety			
N	Psychosocial	X	X	
N	Cultural factors affecting life		X	
Support of carers	Support of family	X		X
Su	Afterwards			X

Abb.1: Themenübersicht SENS, WHO-Definition, NCCN und GSF

3 DEFINITION

SENS ist eine praxisorientierte thematische Vorgehensstruktur für Assessment, Behandlungsplanung und Evaluation bei chronisch progredienten und/ oder potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen. SENS orientiert sich dabei an den Problemen aber auch an den Ressourcen der Betroffenen in den alltäglichen Lebensbereichen und stärkt durch ein partizipatives Vorgehen die Selbsteffizienz im Umgang mit der neuen Lebenssituation. SENS versteht sich als komplementär zum medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Vorgehen und hat zum Ziel, die Inhalte der Palliative Care in einer für alle Beteiligten verständlichen, einfachen und rasch lernbaren Struktur abzubilden.

4 ZEITPUNKT DER ANWENDUNG

„Trigger“ für die Anwendung der SENS-Struktur ist nicht eine zeitliche, sondern eine **inhaltliche** Definition von Palliative Care: Das „Wann“ ist weniger relevant als das „Was“. Bei manchen Erkrankungen ist demnach bereits bei Erstdiagnose die Anwendung der SENS-Struktur sinnvoll. Es geht darum, parallel zur diagnose-spezifischen Diagnostik und Therapie ein problem- und ressourcenbezogenes Assessment und eine entsprechende Planung für verschiedene Lebensbereiche vorzunehmen. Da SENS vor allem die Planung des Alltags im Rahmen der (neuen oder fortschreitenden) medizinischen Diagnose oder Rezidiv-Diagnose betrifft, kann und muss hier die/ der Betroffene und ihr/ sein Umfeld selbst aktiv werden, mit dem Resultat eines gemeinsam von allen Beteiligten getragenen Behandlungsplans. Das Grundmotto ist: Planen für das Schwierige, Hoffen auf das Beste, oder auch: alles, was besser kommt, ist gut. Die aktive Partizipation der Betroffenen am Vorgehen (shared decision making, shared responsibility) ist im Sinn der Salutogenese von Beginn an wesentlich.

Ein zentraler Vorteil dieses parallelen und inhaltlich komplementären Vorgehens zeigt sich vor allem bei weit fortgeschrittenen Leiden, der eigentlichen Hauptkompetenz der Palliative Care: werden diagnosespezifische Massnahmen in Anbetracht des verschlechterten Allgemeinzustands zu toxisch, oder ist die erwartete Balance zwischen Benefit und Schaden ungünstig, ist ein gut vorbereiteter Behandlungsplan für die SENS-Bereiche vorhanden. „Wir können nichts mehr für Sie tun“ weicht demnach der Feststellung: „nun überwiegen sehr wahrscheinlich die Nebenwirkungen der diagnosespezifischen (bspw. tumorspezifischen) Therapie, der Schwerpunkt sollte nun auf dem SENS-Plan liegen“.

Auslösende Fragen an die Betroffenen können sein: „machen Sie sich Sorgen, was die Diagnose X nun für sie und Ihr Lebens bedeutet“? „Stellen Sie sich die Frage, was sie nun selbst machen könnten (um sich nicht von der neuen Realität überrollt zu fühlen)“?

Auslösende Fragen für die Fachpersonen können sein: „Haben sie den Eindruck, dass die/ der Betroffene von der neuen Situation sehr gestresst ist“? „Wäre es hilfreich, wenn die/ der Betroffene die Auswirkungen der neuen Diagnose/ Rezidiv-/ Progressionsdiagnose auf seine Lebensbereiche intensiv und strukturiert selber bearbeitet“? „Wäre es sinnvoll, wenn die/ der Betroffene eine Patientenverfügung erstellen oder aktualisieren würde“? „Wären Sie überrascht, wenn die/ der Betroffene in den nächsten 6 bis 12 Monaten versterben würde?“ (sog. ‚surprise‘ question⁴).

5 ANWENDUNG IN DER PRAXIS

Für die Anwendung der SENS-Struktur haben sich in der Palliative Care folgende klinische Situationen und Handlungsschritte als sinnvoll herausgestellt:

1. Initiales Assessment (palliatives Basisassessment) der Fachpersonen als Grundlage für die Behandlungsplanung, möglicherweise gefolgt von gezielter Anwendung spezifischer Assessment-Tools (bspw. für Kognition, Schmerz etc.)
2. Initiales Selbstassessment aus Sicht der Betroffenen („Prompt Sheet“ oder SENS-Arbeitsblatt) als Grundlage für die Behandlungs-/ Vorgehensplanung und ggf. Grundlage für Vorausplanung im Rahmen einer Patientenverfügung/ Advance Care Planning (ACP)
3. Definition Behandlungs-/ Betreuungsplan mit medizinischen und problem-/ ressourcen-spezifischen Anteilen inkl. Notfallplanung
4. Zusammenstellung eines interprofessionellen Behandlungsteams unter Einschluss eines ärztlichen Notfallplans gemäss den erforderlichen Kompetenzen (ambulant und/oder stationär)
5. Evaluation eines bestehenden Behandlungsplans/- teams bezüglich Priorisierung, Zusammensetzung, Be- oder Überlastung und bei der Suche nach neuen Lösungen
6. Dokumentation (auch: Runder Tisch, Diagnoseliste „komplexe palliative Situation“) und Koordination im Behandlungsnetz
7. Strukturierung von Fallreflexionen und in der Lehre/ beim Lernen inkl. Patientenedukation in der Palliative Care

⁴ Z.B. Moroni M et al. (2014). The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. Palliative Medicine. Vol. 28(7) 959– 964. SAGE. DOI: 10.1177/026921631452627

6 VORGEHEN INITIALES ASSESSMENT (BASISASSESSMENT PALLIATIVE CARE)

6.1 WAS: ANALYSE DER STRESS- UND RESSOURCEN-BEREICHE NACH SENS

6.1.1 EINLEITUNG

Das Ziel ist, eine „Landkarte“ der aktuellen Stress- und Ressourcen-Bereiche zu erstellen (vgl. Anhang 1), und dadurch für den jetzigen Zeitpunkt klare Behandlungsziele und einen Behandlungsplan definieren zu können. Wichtige Fragen sind zu Beginn:

- Wie ist die kognitive und emotionale Situation (d.h. in welchem Ausmass ist Assessment möglich?)
- Ist Anamnese möglich? Wenn ja, mit Patient alleine, mit Angehörigen?
- Was ist die Wahrscheinlichkeit des Überlebens (Prognosefaktoren, „Gut feeling“)
- Welche Bedürfnisse/ Ziele stehen im Vordergrund?
- Welche Erwartungen an das Fachpersonal/ an die Behandlung und Betreuung werden formuliert?**
- „What causes most your suffering?“ (R. Twycross⁵): Erfassung von Leiden/ Stressoren > Probleme > Diagnosen (siehe SENS). Welche Sorgen stehen im Vordergrund (Priorisierung)?
- Was sieht der Betroffene selbst als wichtigste Ressourcen/ Hilfen/ Energiequellen?

6.1.2 SYMPTOME / AUSWIRKUNGEN DER ERKRANKUNG

Zu Beginn des Assessments wird der aktuelle Performance-Status (mittels Karnofsky/ ECOG) dokumentiert. Weitere Instrumente wie ESAS, DOS, Schmerzassessment mittels beispielsweise NRS oder VAS etc. können für spezifische Assessments beigezogen werden.

Einerseits liegt der Fokus beim Assessment der Symptome auf der Frage **«Was macht aktuell am meisten Sorgen?»** und andererseits werden parallel dazu stets die Ressourcen abfragt «was tut Ihnen gut, womit werden die Symptome besser?».

Körperliche Symptome	Erschöpfung/ Fatigue, Schmerz, Übelkeit, Luftnot, Appetit, Ernährung/ Gewicht, Verdauung, Obstipation, Allgemeines Wohlbefinden, andere (Pruritus; Ödeme), Hautsymptome/ Schleimhäute inkl. Mund-trockenheit, neurologische Symptome inkl. Spasmen
Psychische Symptome	Kognition/ Verwirrung / Halluzinationen Gedächtnis, Depression/ Demoralisation, Belastung/ Angst, Schlafstörung, Stimmungslage inkl. Sterbewunsch, Abwehr/ Coping, Distress
Soziale Stressoren/ Auswirkungen der Krankheit	auf Beziehungen (Partnerschaft/ Familie) inkl. Intimität/ Sexualität auf Beruf / bisherige Tätigkeiten
Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen	auf Finanzen Bspw. Familie, Hobbies, Haustiere, Spiritualität

⁵ Twycross RG (2003). Introducing Palliative Care. 4. Aufl. Radcliffe Medical Press Ltd.

6.1.3 ENTSCHEIDUNGSFINDUNG UND ERWARTUNGEN

Persönliche Vorgeschichte	Zentrale Frage: 'Was müssen wir von Ihnen wissen, um Sie gut behandeln zu können?' Bisherige Lebensinhalte (Familie, Beruf), Krankheitsgeschichte, Werte, Lebensqualität
Spirituelle/ kulturelle Bedürfnisse	Zugehörigkeit zu Glaubens- oder spiritueller Gemeinschaft Umgang mit Sinnfragen
Planungen / Erwartungen / Patientenziele	Wichtigste Ziele und Wünsche: 'Was soll/ kann durch die kommende Behandlung erreicht werden?' Realistisch? Messgrösse (Funktion)? Aktuelle Urteilsfähigkeit Wichtigste Vertretungsperson für med. Entscheide a) Angehörige b) Fachperson c) Wer hat den Lead/ wer ist Haupt-Ansprechperson?
Medizinische und pflegerische Entscheide	Wissen und Verständnis der aktuellen medizinischen Situation ggf. welche Lücken? Aktuelle diagnose-spezifische Therapie weiterführen oder stoppen (bspw. Chemotherapie, Dialyse etc.) Vorbestehende Grundsatzentscheide (CPR, Intub., Intensivmedizin, AB, Transfusionen, Spitaleinweisungen, Notfallplan) ggf. pflegerische Bedürfnisse oder Wünsche
Individuelle Planungen für Sterben und Tod (Meist nicht bei Erstbeurteilung, da zuerst Beziehungsaufbau notwendig)	„Unfinished business“ – letzte Wünsche Wünsche bezüglich Rituale, Sterbeort, Bestattung Autopsie Testament

6.1.4 NETZWERK/ ORGANISATION

Lebensumstände	Aktuelle Wohnsituation, angedachte Alternativen Hilfsmittel Beruf/ AUF/ IV beantragt
Privates Netzwerk	Angehörigen – Systemdarstellung (evtl. Sozio-Öko-Genogramm) inklusive Verfügbarkeit vor Ort wichtigste Vertrauensperson(en) Freunde, Nachbarn? Verfügbarkeit 24/7?
Netzwerk der Fachpersonen	Hausarzt/ärztin (Hausbesuche?), involvierte Dienste (Spitex, mobiler Palliativdienst), Fachspezialisten; wichtigste Vertrauensärztin oder – arzt, Sozialarbeit, Psychologische Unterstützung, Seelsorgerische Betreuung → wer hat den Lead und wer übernimmt in welcher Situation? Verfügbarkeit 24/7? Notfallknopf/-armbanduhr, Rettungskette?

6.1.5 SUPPORT FÜR DIE ANGEHÖRIGEN / BETREUENDEN

Sorgen um Angehörige	<i>Wichtig: erfassen, was den/die Patient*in belastet! Wie stark leidet die Patient:in unter dem Gefühl, eine Belastung zu sein?</i>
Belastbarkeit und Entlastungsmöglichkeiten der Angehörigen/ Freunde	Vorhanden oder notwendig: - Unterstützung bei der Pflege - Allgemeine Betreuung (z.B. Nachtwache, Haushalt) - Psychologische Unterstützung
Finanzielle Stressoren für Angehörige	Support beim Arbeitsgeber für passagere Freistellung von der Arbeit? Finanzielle Engpässe in der Zukunft? Vorsorgeauftrag?
Andere Stressoren in Bezug auf die Angehörigen	Bspw. Sorgerecht, juristische Auseinandersetzungen

6.1.6 WEITERE ÜBERLEGUNGEN

- Wen braucht es für welches Thema an weiteren Fachpersonen?
- Welche Informationen benötigt die/ der Betroffene und sein Umfeld?
- Vervollständigung diagnosespezifische Daten und zeitliche Prognose; ggf. Telefonat/Rücksprache mit Hausarzt/Spezialist etc.
- Initiale Verordnung von Diagnostik und medikamentöser Therapie, Verordnung ergänzender Massnahmen

6.2 WIE

Ziel ist, mit der Erfassung keine zusätzliche Belastung zu erzeugen.

6.2.1 DAS VORGEHEN: PALLIATIVES ASSESSMENT

Das Vorgehen beim palliativen Assessment wird bestimmt vom Zustand des/ der Betroffenen.

- Patienten - Anamnese direkt mit dem Patienten
- Patienten - Anamnese indirekt via Angehörige und/ oder involvierte Fachperson(en)
- Umfeld - Anamnese via Angehörige und/ oder involvierte Fachperson(en) insbesondere Hausarzt

Wichtig: wir müssen Rechenschaft darüber ablegen, wieviel von der verbleibenden Lebenszeit wir mit Anamnese belegen (d.h. wieviel der Standardinformation wir auch über andere Quellen erfassen können, bspw. Hausarzt).

6.2.2 DIE ANAMNESE

Meist gilt, dass wir eine sogenannte „Fraktionierte Anamnese“ machen, d.h. initial kurz das Wichtigste, dann in Koordination mit anderen Professionen die weiteren Details ergründen. Insbesondere bei stark belastenden Symptomen wie Atemnot oder Schmerz müssen initial ca. 5 Minuten Anamnese genügen (vgl. Kapitel 6.1.6, Fragen a – d). Meist werden wirklich wichtige Punkte (bspw. Hauptfaktoren für Leiden) erst nach Etablierung eines Vertrauensverhältnisses benannt.

Die Anamnese muss die sogenannte „Unit of Care“ erfassen. Die Gesamtsicht sollte Klärung bringen in Bezug auf den Patienten, seine Angehörigen und seine weiteren Betreuungs-/ Vertrauenspersonen. Hier empfiehlt sich immer ein direkter Kontakt mit dem Hausarzt bzw. weiteren Vorbehandelnden wie Spitex oder anderen medizinischen Fachspezialisten.

6.2.3 DAS GESAMTBILD

Die Kunst des Anamnesegesprächs ist, dass wir im interprofessionellen Team möglichst wenige Punkte doppelt oder gar dreifach abfragen. Deshalb muss bei der Anamnese bei Palliativpatienten eine interne „Staffelholz – Übergabe“ stattfinden, initiales Assessment immer gemeinsam durch Pflege und Medizin anhand der SENS-Struktur (inkl. wer macht was wann). Der Vorgang ähnelt einem „Indizienprozess“ gemäss Sherlock Holmes: verschiedene Puzzleteile werden zusammengetragen und koordiniert. Das Gesamtbild entsteht nur im interprofessionellen Team.

6.3 PRAKTISCHE UMSETZUNG

Vor der Anamnese nimmt der Assistenzarzt Kontakt mit Pflege auf: Austausch, was vom Patienten schon bekannt ist und was noch erfragt werden muss (um Doppelspurigkeiten zu vermeiden).

Das initiale Assessment erfolgt durch Assistenzarzt und (Bezugs-)Pflegeperson gemeinsam (zumindest Hauptziele und -Probleme anhand vom SENS-Assessment. Anschliessend folgt aufgrund des SENS-Assessment-Dokumentes gemeinsam mit dem Oberarzt eine kurze Besprechung zwischen Arzt und Pflege. In Folge wird der initiale Behandlungsplan erstellt.

Dazu gehört:

- a) Involvierung weiterer Fachpersonen (bspw. Fachspezialisten, Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit etc.)
- b) Definition der Grundsatzentscheide (CPR, Verfügung)
- c) Initiale Verordnungen incl. Reservemedikation für Notfallsituation
- d) Fehlende Informationen, bspw. Rücksprache mit Hausarzt

7 INITIALES ASSESSMENT AUS SICHT DER BETROFFENEN

Gemäss der SENS-Struktur wurde ein Arbeitsblatt für Betroffene (PatientIn, Angehörige) entwickelt, welches als sog. „Prompt Sheet“, als Vorbereitungs-Skript für die partizipative Erarbeitung des Behandlungsplans und möglicherweise als Grundlage für die Diskussion der Inhalte einer Patientenverfügung dienen soll. Das SENS-Arbeitsblatt kann auch wertvolle Dienste bei der partnerschaftlichen Vorbereitung eines Runden Tisches leisten, um sicherzustellen, dass die individuelle Perspektive der Betroffenen ein ausreichendes Gewicht bei der Erarbeitung des Behandlungsplans erhält (vgl. Anlage 2).

ANHÄNGE

Anhang 1: SENS-Assessment Struktur für initiales Assessment/ palliatives Basisassessment

Anhang 2: SENS-Arbeitsblatt für Betroffene

Anhang 1:

SENS – Assessmentübersicht für Fachpersonen

Erwartungen an die Behandlung/ Betreuung		Name:	
		Datum:	
Symptome / Auswirkungen der Erkrankung			
Aktueller Performance-Status		Karnofsky:	ECOG:
Körperliche Symptome: 'Was macht aktuell am meisten Sorgen?'			
• Erschöpfung/ Fatigue • Luftnot • Schmerz • Appetit, Ernährung/ Gewicht • Übelkeit • Stuhlgang/ Urin • Ödeme • Hautsymptome / Schleimhäute inkl. Mundtrockenheit • Neurologische Symptome inkl. Spasmen • Andere:		Problembeschreibung & Hilfreiches/ Medikamente	
Psychische Symptome/ Stressoren			
• Kognition/ Verwirrung/ Halluzinationen • Depression/ Demoralisation • Belastung/ Angst • Schlafstörung • Andere:			
Soziale Stressoren/ Soziale Auswirkungen der Krankheit			
• Beruf/ bisherige Tätigkeit • Beziehungen (Partnerschaft/ Familie) inkl. Intimität/ Sexualität • Finanzen			
Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen		Bspw. Familie, Hobbies, Haustiere, Spiritualität	

Entscheidungsfindung und Erwartungen	
Persönliche Vorgeschichte: 'was müssen wir von Ihnen wissen, um Sie gut behandeln zu können?'	
- Bisherige Krankengeschichte, Werte, Lebensqualität <u>Spirituelle / kulturelle Bedürfnisse</u> - Zugehörigkeit zu Glaubens- oder spiritueller Gemeinschaft - Umgang mit Sinnfragen	
Planungen/ Erwartungen/ Patientenziele: 'Was soll/ kann erreicht werden?'	
Wichtigste Ziele und Wünsche: 'Was soll durch die kommende Behandlung erreicht werden?'	
- Aktuelle Urteilsfähigkeit - Wichtigste Vertrauensperson für med. Entscheidung a) Angehörige/ Vertretungsperson b) Fachperson c) Wer hat den Lead? Haupt-Ansprechperson?	
<u>Medizinische & pflegerische Entscheide</u> - aktuelle med. Situation/ geplante Therapien - vorbestehende Grundsatzentscheide (CPR, Intub., Intensivmedizin, AB, Transfusionen, Spitaleinweisungen, Notfallplan)	
<u>Individuelle Planungen für Sterben und Tod:</u> - "Unfinished Business" - Gewünschte Rituale - gewünschter Sterbeort - Wünsche bzgl. Beerdigung	

Netzwerkorganisation	
<u>Lebensumstände</u> - Aktuelle Wohnsituation, angedachte Alternativen - Hilfsmittel - Beruf/ AUF/ IV beantragt	
<u>Privates Netzwerk</u> - Familie, Freunde, Nachbarn - Verfügbarkeit 24/7?	
<u>Professionelles Netzwerk und Verfügbarkeit 24/7</u> - HÄ (Hausbesuche?), Spitex, mobiler Palliativdienst, Freiwillige - Notfallknopf - Rettungskette? - Psychologische Unterstützung/Seelsorge...	
Support für Angehörige/ Betreuende	
<u>Belastbarkeit und Entlastungsmöglichkeiten der Angehörigen/ Freunde</u> - Pflege - Betreuung (z.B. Nachtwache) - Psychologische Unterstützung <u>Finanzielle Stressoren für Angehörige</u>	<i>Wichtig: erfassen Sie, was den/ die Patient*in belastet!</i>

Anhang 2: SENS-Arbeitsblatt („Prompt Sheet“)

SENS –

ein Arbeitsblatt für wichtige Themenbereiche bei schwerwiegenden Erkrankungen

Wozu dient dieses Arbeitsblatt?

Dieses Arbeitsblatt hat zum Ziel, in einer zunehmend schwierigen, belastenden und manchmal fast ausweglos scheinenden Situation einen Überblick über verschiedene Probleme aber auch Stärken herzustellen. Es dient dazu, Planungen zu koordinieren und dadurch letztendlich nicht in der Vielzahl der Aufgaben und Belastungen „unterzugehen“. In schwieriger Lebenssituation das Beste daraus machen, vorauszuplanen und eine gewisse Kontrolle zu behalten - das ist das Ziel.

Dies ist ein Arbeitsblatt, das heißt, es kann und soll schrittweise bearbeitet werden. Idealerweise auch zusammen mit der Partnerin/ dem Partner und Familie beziehungsweise Freunden, wenn dies gewünscht und als hilfreich empfunden wird.

Die Aufteilung in die vier Hauptbereiche **S**ymptom-Management, **E**ntscheidungsfindung, **N**etzwerk und **S**upport folgt den Erfahrungen von vielen Menschen, die sich in ähnlicher Situation orientieren mussten – und die Abkürzung ergibt dann SENS – von lateinisch *Sinn*. Wir hoffen, dass dieses Arbeitsblatt auch für Sie Sinn macht. Wir als Palliativteam arbeiten mit derselben Themenstruktur. So finden Sie und wir gemeinsam leichter eine gemeinsame Sprache.

Besprechen Sie die einzelnen Bereiche auch gerne mit Ihren Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Sozialarbeit; – eben wem Sie vertrauen. Das Dokument kann und soll auch als Vorbereitung für sogenannte Rundtisch-Gespräche dienen. Dies sind Planungsgespräche zwischen Ihnen, Ihren Angehörigen und den Fachpersonen über die Frage „wie weiter“. Möglicherweise möchten Sie anhand dieser Themen auch eine Patientenverfügung erstellen.

Fragen Sie auch uns – diskutieren Sie Ihre Anliegen mit uns. Wir verstehen uns als Ihre Partner.

Ihr Palliative Care- Team am Inselspital

Symptommanagement

Welche Probleme/Themen/ Symptome bereiten mir derzeit oder für die Zukunft am meisten Sorgen?
In Bezug auf welche der unten aufgeführten Punkte verspüre ich Angst?

Aber auch: welche eigenen guten Erfahrungen habe ich bei der Bewältigung dieser Themen/ Probleme/ Herausforderungen/ Symptome bereits gemacht (= sogenannte Ressourcen)?

<u>Körperlich</u>	<u>Psychisch</u>	<u>Spirituell</u>	<u>Soziokulturell</u>
z.B. Schmerz	z.B. Einschränkungen beim Denken/ Ge- dächtnis	z.B. Glaube/ Religion	z.B. eigene Rolle (Fa- milie/ Beruf)
Übelkeit/Erbrechen		Sinnfrage	Traditionen/ Rituale
Atemnot	Verwirrtheit	Hoffnung	Beziehung zu anderen Mitmenschen
Müdigkeit/Schwäche	Trauer, Wut	Leiden	Beziehung zu Fach- personen
Appetitlosigkeit	Angst	Beziehung zu etwas Grösserem	Finanzielle Sorgen
Verdauung	Depression	Andere:	Rechtliche Sorgen
Andere:	Schlafstörung		Andere:
	Körperbildveränderung/ Scham		
	Gefühl der Einsamkeit		
	Andere:		

Meine wichtigsten Ressourcen/ Energiequellen:

Entscheidungsfindung

Wie habe ich bisher wichtige Entscheidungen im Leben gefällt (alleine, mit.....)? Oder habe ich mich vor allem auf den Rat von anderen abgestützt oder sie entscheiden lassen?

Was ist mir ganz besonders wichtig? Was möchte ich in der kommenden Zeit dringend erleben/ erledigen? Welche Ziele möchte ich (mit den medizinischen Massnahmen) erreichen?

Welche Fragen zu meiner Krankheit sind noch nicht geklärt? Was (und wieviel) möchte ich noch wissen?

Wenn es um das Sterben geht, was muss noch erledigt werden: was möchte ich im Voraus bereits festlegen (bspw. im Rahmen einer Patientenverfügung)? Wie stehe ich zu lebensverlängernden Massnahmen, zur Wiederbelebung bei einem Kreislaufstillstand, zur Frage, was mit meinem Körper geschehen soll, wenn ich nicht mehr lebe (Autopsie, Organspende)? Habe ich bestimmte Wünsche/ Vorstellungen was mit mir gemacht werden soll, wenn ich darüber nicht mehr selber entscheiden kann (incl. Pflege, Rituale, Bestattung)?

Gibt es „unerledigte Geschäfte oder Dinge“, die ich unbedingt in Angriff nehmen oder regeln will?

Brauche ich noch spezifische Unterstützung (bspw. für finanzielle Dinge)?

Netzwerk

Wenn sich mein Gesundheitszustand nicht mehr wesentlich bessert: Wo möchte ich am liebsten sein/ bleiben? Wie sind die örtlichen Verhältnisse (bspw. Treppen, Zugang zu Bad/ WC etc.)?

Wer kann mich/ meine Angehörigen unterstützen, wenn meine Kräfte weniger werden? Welche Personen aus meinem Umfeld (Familie, Freunde) könnte ich beiziehen? Welche Fachpersonen (bspw. Sozialdienst, Seelsorge, Brückendienst, Spitex, Hausarzt, Freiwillige etc.) stehen zur Verfügung?

Wenn es zu einer Komplikation/ zu einem Notfall kommen sollte: was mache ich/ machen wir ganz konkret? Was kann ich/ können wir im privaten Umfeld zu Beginn selber machen, wen rufen wir dann an? Welche Fachpersonen (bspw. Spitex, Hausarzt, Mobiler Palliativdienst kann auch nachts kommen? Brauchen wir die Sanpol („144“)? Wie sieht damit unsere „Rettungskette“ aus?

Welche Alternativen für eine weitere Betreuung (bspw. Pflegeinstitution) muss ich in Betracht ziehen und bereits konkret vorausplanen, wenn die Betreuung am Ort meiner Wahl (bspw. zuhause) nicht mehr möglich ist?

Support

Wer meiner wichtigsten/ liebsten Angehörigen braucht am ehesten selbst Unterstützung, um wen mache ich mir besondere Sorgen? Wen gibt es bereits als Unterstützer? Fachpersonen? Familie/ Freunde? Wenn ich versterbe, wer kann auch nach meinem Tod mithelfen?

Weitere Fragen/ Anmerkungen: