

Leitlinie Palliation

Feldheim

Regionales Alters- und Pflegezentrum

Feldheimstrasse 1

6260 Reiden



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Zielsetzung.....	4
1.2	Verbindlichkeit.....	4
1.3	Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung.....	5
1.3.1	Kompetenzen der Mitarbeitenden.....	6
1.3.2	Kompetenzen der Ärzteschaft.....	7
1.3.3	Unterstützung der Mitarbeitenden.....	7
1.3.4	Reflexion von herausfordernden Situationen.....	7
1.3.5	Aufbau Teamkultur, Selbstpflege und Selbstsorge.....	8
1.4	Kontakt und Organisation.....	8
2	Grundhaltung mit zentralen Konzepten	9
2.1	Grundwerte / Verständnis von Palliative Care.....	9
2.2	Fünf-Dimensionalität des Lebens – Lebens Comfort.....	10
2.3	Grundprinzipien.....	10
2.4	Ethische Richtlinien.....	11
2.5	Grundsatzklärung assistierter Suizid.....	12
3	Zielgruppe und Leistungsauftrag	15
3.1	Aufgabe Feldheim.....	15
3.2	Zielgruppe.....	15
3.3	Rechtsgrundlagen.....	16
4	Ganzheitliche Bedürfnisse	17
4.1	Gestaltung letzte Lebensphase.....	17
4.2	Entscheidungsfindung.....	17
4.2.1	Planung der gesundheitlichen Vorsorge (Advanced Care Planning).....	18
4.2.2	Umgang mit Patienten-Verfügungen.....	18
4.2.3	Ethischer Entscheidungsprozess, gemeinsame Entscheidungsfindung.....	19
4.3	Netzwerk bilden und koordinieren.....	20
4.3.1	Zusammenarbeit.....	20

4.3.2	Einbezug von Freiwilligen	21
4.4	Angehörige	22
4.4.1	Unterstützung der Angehörigen, Information und Kommunikation.....	22
4.4.2	Räume für Angehörige, Übernachtungsmöglichkeiten	22
4.5	Symptome erfassen, behandeln und lindern.....	23
4.5.1	Schmerz.....	24
4.5.2	Atemnot.....	25
4.5.3	Appetitlosigkeit, Erbrechen, Übelkeit	25
4.5.4	Angst und Traurigkeit.....	26
4.5.5	Unruhe und Delir.....	26
4.5.6	Fatigue / Ermüdung	26
4.5.7	Mundtrockenheit / Hydratation	27
4.5.8	Obstipation, Darmverschluss und paralytischer Ileus	27
4.5.9	Indikationskriterien für Tempur- oder Wechseldruckmatratze	27
4.5.10	Aromatherapie	28
4.5.11	Multidimensionale Assessmentinstrumente	28
4.5.12	Verlaufsreflexion Sterbephase	28
4.5.13	Psychosoziale, seelsorgerliche Begleitung	29
4.5.14	Palliative Sedation	29
4.6	Begleitung	30
4.6.1	Ritualkoffer Gate A und B	30
4.6.2	Abschiedskultur im Feldheim	31
4.6.3	Angebote für Trauernde	31
5	Literaturverzeichnis	32

1 Einleitung

Die nachfolgenden Inhalte sind nach intensiver Auseinandersetzung mit dem bisherigen Konzept entstanden, mit dem Wunsch Stellung zur Thematik zu beziehen und auf einer Ebene zu agieren, die von allen Bereichen und involvierten Berufspartnern getragen wird.

Wir versuchen das Verständnis von palliativer Begleitung, Pflege und Medizin mittels konkreten Handlungsanweisungen unter einer Leitlinie zu vervollständigen.

Weiter erachten wir eine positiv-prägende Begleitung und frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema, vor allem für die Angehörigen, von grundlegender gesellschaftlicher Bedeutung.

1.1 Zielsetzung

Die Inhalte in diesem Dokument beschreiben die Umsetzung unserer Palliationskultur. Dabei leiten uns folgende Ziele an:

- Eine Haltung schaffen und leben, die geprägt ist von Bewusstsein und hoher sozialer Kompetenz
- Eigenschaften und Befähigungen entwickeln, die dem Anspruch einer hochstehenden, interprofessionellen Versorgung entsprechen
- Durch verständliche und einfache Handlungsanweisungen eine vorausschauende Planung im Sterbebegleitungsprozess ermöglichen
- Durch eine gemeinsame Zusammenarbeit versuchen wir die Kompetenz aller Mitarbeitenden (MA) zu nutzen. Damit magnetisieren wir
- Durch eine gemeinsame Zusammenarbeit, bereichs- und berufsübergreifend, versuchen wir kostentreibende Doppelspurigkeiten zu vermeiden

1.2 Verbindlichkeit

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass das Gedankengut jeder MA mit ihren Erfahrungswerten einfließen kann. Nur dadurch können die leitbildlichen Grundlagen für alle MA verbindlich sein und als Wegweiser genutzt werden.

Diese Haltung setzt voraus, dass jede MA, unabhängig ihres Arbeitsbereiches, ihre eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit annehmen kann. Damit signalisiert sie

Geborgenheit und Wertschätzung, inmitten von möglicher Unsicherheit zum Thema Lebensende, ob nun auf privater oder beruflicher Ebene.

Die menschliche Würde interpretieren wir daher als Grundlage der Gesundheit, deren Wert sich in jeder Lebenssituation aufrecht zu erhalten lohnt für das Wohlergehen aller an der Begleitung betroffenen MA und Bewohnenden (BW).

Diese Ausgangslage widerspiegelt eine Herzensangelegenheit für das Feldheim.

1.3 Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung

- Diese Leitlinie beschreibt das Vorgehen von palliativer Begleitung, Pflege und Medizin im Setting für Bewohnende eines Alters- und Pflegezentrums für die stationäre Grundversorgung. Die Vielfältigkeit der Bewohnenden und ihrem Betreuungsbedarf ist komplex und grenzenlos (siehe auch unter Zielgruppe und Leistungsauftrag Punkt 3), vor allem auch im Hinblick auf die Demenzstrategie 2018-2028 im Kt. Luzern
- Die Leitlinie wird mind. 1x/Jahr auf Aktualität und Vollständigkeit überprüft mittels Prozessreflexion durch die Arbeitsgruppe Palliation
- Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die weibliche oder die männliche Form verwendet sowie die Abkürzungsformen BW (Bewohnenden) und MA (Mitarbeitenden)
- Zugunsten einer besseren Verständlichkeit zum Thema verwenden wir im Haus die Begrifflichkeit Palliation
- Diese Leitlinie Palliation orientiert sich am betrieblichen Leitbild [DOK 1.1.01](#), welches durch das Kader evaluiert wird
- Es besteht eine Arbeitsgruppe Palliation im Haus, die mit je einer Wissensträgerin pro Team formiert ist. Zusätzlich gibt es in jedem Team eine Stellvertretung. Die Arbeitsgruppe trifft sich im drei-monatigen Rhythmus, max. viermal jährlich
- Informationen und Auffrischungs-Fortbildungen finden über die Arbeitsgruppen-Verantwortlichen über mögliche Kanäle wie Teamsitzungen und Rapporte statt
- Reflexion und Wissenstransfer findet durch Begleitung von Pflegeexpertise statt

- Innerhalb der nächsten zwei Jahre (2018-2020) strebt der Betrieb die Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» an
- Alle angewendeten Handlungsanweisungen zum Thema sind in dieser Leitlinie zusammengefasst und separat im internen Qualitätsmanagements-System WinFEE®.
- Für Optimierungsmöglichkeiten dient [HP 5.5](#) Fehlerbehandlung, Korrekturen und Verbesserungen
- Die erarbeiteten Inhalte sind urheberrechtlich geschützt bezüglich geistigen Eigentums vom regionalen Alters- und Pflegezentrum Feldheim

1.3.1 Kompetenzen der Mitarbeitenden

- Kompetenzen der MA zum Thema werden bei Arbeitseintritt überprüft. MA-spezifische Eigenschaften werden in Grundkursschulungen A1, angelehnt an die Anforderungsprofile der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch) und Inhouse durchgeführt. Ziel der Teilnahme ist allen MA ein einheitliches Wissen und Verständnis zur Thematik zu vermitteln. Daher nehmen
 - alle nicht-pflegerischen MA am ersten Basiskurstag A1 und
 - alle pflegerischen MA am dreitägigen Grundkurs A1 teil
- Auch die Lernenden aus allen Arbeitsbereichen werden aufgrund der gesellschaftlichen/persönlichen Haltungsentwicklung miteinbezogen
- Ziel der Teilnahme ist allen MA ein einheitliches Wissen und Verständnis zur Thematik zu vermitteln
- Mindestens zwei Fachpersonen pro Team weisen als Wissensträgerin Kompetenzen der zehntägigen Fachvertiefung b1, angelehnt an palliative.ch, auf
- Die Umsetzung des Grundkurses A1 oder Nachholtag werden jährlich angeboten, inhouse. Nachholtag sind geplant ab Frühling 2020
- Neue MA werden beim Eintritt an der viertel-jährlichen Einführungssequenzen über die palliative Grundhaltung informiert. Die Daten sind transparent in der jährlichen Datenplanung im Pflegedienst
- Entsprechende Übersichtsdokumente sind bereits in der Personal-Info-Mappe DOK [DOK 2.1.44 01](#) beim Eintritt transparent

1.3.2 Kompetenzen der Ärzteschaft

Die freie Arztwahl im Feldheim fördert eine persönliche, vertrauensvolle Betreuung als eine wichtige Voraussetzung für Palliative Care.

Im Rahmen der gesetzlichen Fortbildungspflicht berücksichtigen die involvierten Hausärzte Themen aus der Palliativmedizin und nehmen teil an themenspezifischen Qualitätszirkeln. Zur Übersicht dienst [UP 3.3.03](#) Medizinische Betreuung.

1.3.3 Unterstützung der Mitarbeitenden

In belastenden palliativen Situationen oder individuellen Beziehungsebenen/Beratung zwischen MA und BW stehen uns folgende Angebote zur Verfügung:

- Seelsorgerische Begleitung für das Team oder einzelne MA
- Instrument Fallbesprechung, mittels Reflexion Pflegeexpertise [FO 4.7.23](#)
- 1:1 Begleitung vor Ort durch PDL-Team / Pflegeexpertise oder an Teamsitzungen
- Arbeitsgruppe Palliation / Reflexion / Fallanalysen
- Externe Coachings nach Anfrage/Planung

1.3.4 Reflexion von herausfordernden Situationen

Wir halten fest, dass die Definition, wann eine palliative Situation als herausfordernd interpretiert wird, häufig auch mit einer subjektiven Wahrnehmung der MA zu tun hat. Gerade weil die MA gleichwohl im Kern der Begleitung steht, achten wir solche Aussagen und nehmen sie ernst.

Erste Ansprechperson im Team ist immer die Palliations-Verantwortliche oder eine Vertrauensperson.

Das Nachbesprechen mittels Fallbesprechung mit der betroffenen MA oder im Team gilt für uns als eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente zur Reflexion und wird durch die Pflegeexpertin organisiert/geleitet.

Dazu dienen uns folgende Unterlagen:

[FO 4.7.23](#) Fallbesprechung

[DOK 4.7.05 01](#) Gedanken zum Abschied als Möglichkeit für spontanes Reflektieren als Individuum oder im Team mit vier Grundfragen:

- Welche Gedanken und Gefühle lösen die Erinnerung in mir aus?
- Was war gut in der Begleitung und Pflege?

- Was beschäftigt mich?
- Was kann ich für eine nächste Begleitung lernen?

[DOK 4.7.19 02](#) Pflegediagnostischer Prozess

1.3.5 Aufbau Teamkultur, Selbstpflege und Selbstsorge

Palliation ist Teamarbeit und sie ist teamintern individuell gestaltet. Jedes Team in jedem Bereich erhält jährlich einen Zustupf zur Pflege der Teamkultur (z.B. für Teamanlässe, Ausflüge etc.).

Die Möglichkeit der Begleitung durch die Seelsorge besteht auch für das ganze Team oder die individuellen MA.

Wir setzen die Reflexions-Strategie in Konflikten um und können Grenzen dadurch auch mit Humor ausloten. Natürlich wollen wir damit bewusst signalisieren, dass Gedanken und Gefühle wertvolle Wahrnehmungen sind und deren Transparenz im Haus gewünscht ist. Wir setzen auf die Intuition der MA.

1.4 Kontakt und Organisation

Anliegen und Fragen sind an die verantwortlichen Personen im Pflegedienst zu tätigen info@feldheim-reiden.ch

Siehe dazu auch das [DOK 1.6.01 01](#) Organigramm Feldheim.

2 Grundhaltung mit zentralen Konzepten

2.1 Grundwerte / Verständnis von Palliative Care

Die Erfassung der Grundwerte ist innerhalb der Weiterbildungssequenzen von bunt-durchmischten Arbeits- und Berufsbereichen innerhalb von 1½ Jahren entstanden und im zweiten Schritt durch MA aus jedem Team zusammengetragen und evaluiert worden.

Unsere Haltung:

- Wir versuchen mit Wertschätzung, offener Haltung und Ehrlichkeit und ohne Vorurteile würdevoll zu pflegen
- Wir versuchen Geborgenheit zu vermitteln und empathisch auf die BW eingehen
- Es ist uns wichtig, unter Einbezug von BW und Angehörige einen respekt- und vertrauensvollen Umgang zu ermöglichen
- Wir sind ehrlich gegenüber uns selbst, gegenüber der BW und den Angehörigen
- Wir strahlen eine Sicherheit aus über unser Handeln
- Wir respektieren Veränderungen und agieren immer zum Wohle der BW
- Wir achten und respektieren die BW als Individuum (besser Persönlichkeit?)

Unsere Prägung:

- Wir sind uns bewusst, dass uns unsere persönlichen und eigenen Vorstellungen prägen
- Durch vertrauensvolle Gespräche innerhalb unserer interprofessionellen Zusammenarbeit kann unsere Tätigkeit optimiert und unser Wissen gefestigt werden
- Jeder Sterbeprozess verläuft individuell. Die Erfahrungen und Erlebnisse prägen uns sowie unsere weitere Tätigkeit

Unsere Umsetzung:

- Die BW steht im Zentrum unserer Arbeit
- Anliegen und Wünsche der BW sowie ihrer Angehörigen versuchen wir kreativ und bestmöglich umzusetzen
- Vor Betreten des Zimmers von sterbenden BW halten wir inne, sammeln uns und treten ruhig ein

- Grenzerfahrungen besprechen wir individuell oder im Team und versuchen sie gemeinsam zu lösen
- Mit Respekt, Würde, Verständnis und Geduld versuchen wir die BW in der letzten Lebensphase zu begleiten

2.2 Fünf-Dimensionalität des Lebens – Lebens Comfort

Wir wissen um die unterschiedlichen Dimensionen von Geist, Psyche, Körper und sozialem Umfeld (Lehrbuch Palliative Care, 2017). Wir halten fest, dass ohne den bewussten und liebevollen Umgang mit den beschriebenen Dimensionen, keine dieser Ebene vollständig ist. Entsprechend ergänzen wir die gängige Literatur mit der vielfältigsten Dimension – unserem Bewusstsein.

Wir arbeiten vorausschauend, achten die Wünsche und den Willen der BW (bestmöglich mit ihren Angehörigen) und vertreten diese wo nötig gegenüber Dritten.

2.3 Grundprinzipien

- In Beziehung sein mit uns selbst und mit den BW/Angehörigen, das ist unser wichtigstes Arbeitsinstrument. Es kann zu jedem Moment und Zeitpunkt, unabhängig der körperlichen Befindlichkeit und kommunikativen Möglichkeiten der Bewohnenden, angewendet werden
- Zur fachlichen und strukturellen Unterstützung orientieren wir uns an der Bezugspflege. In der Umsetzung bedeutet dies, dass jede BW eine direkte Ansprechperson seitens Fach- und Assistenzperson hat. Umgekehrt nutzen wir eine Bezugsperson auch auf Seiten der Angehörigen, welche gerade auch in biographischen, medizinischen oder rechtlichen Anliegen (gesetzliche Vertretung) kontaktiert und informiert wird. Wir versuchen damit Vertrauen zu schenken und Sicherheit zu erzeugen
- Eine optimale palliative Begleitung beginnt für uns bereits beim Eintritt der BW. Dies hängt damit zusammen, dass das Feldheim mit der BW und den Angehörigen eine aktive Auseinandersetzung mit ihrer Situation ermöglichen und die Behandlung und Betreuung bestmöglich voranzuplanen versucht. Das Ziel ist die Vermeidung von Notfallsituationen
- Wir orientieren uns am Wohl der BW und übernehmen Verantwortung die Bedürfnisse der BW zu schützen sowie zu erfüllen

- Comfort ist unser aller Bedürfnis. Daher erachten wir diesen Wunsch als Grunddimension, das über die eigentliche Fürsorge hinausgeht
- Als Team wünschen wir in guter Erinnerung zu sein, für uns selbst und unsere Umgebung
- Wir erachten einen ehrlichen und wertschätzenden Austausch im Team als Grundlage, BW und Angehörige in neuen und aufwühlenden Situationen kompetent in Entscheidungen zu unterstützen. Eine solche Zusammenarbeit wollen wir auch ermöglichen mit anderen Berufsgruppen im Haus oder ausserhalb

2.4 Ethische Richtlinien

Wir orientieren uns an folgenden ethischen Richtlinien:

- Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW):
 - Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (2017)
 - Umgang mit Sterben und Tod (2018)
 - Zwangsmassnahmen in der Medizin (2015)
 - Ethische Unterstützung in der Medizin (2012)
 - Patientenverfügung (2013)
 - Reanimationsentscheidungen (2013)
 - Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung (2013)
 - Palliative Care (2013)
- Ethischen Standpunkten vom Schweizerischen Berufsverband für Pflegefachpersonen (SBK):
 - Ethischer Standpunkt 1: Beihilfe zum Suizid (2005)
 - Ethischer Standpunkt 2: Verantwortung und Pflegequalität (2006)
 - Ethischer Standpunkt 4: Misshandlungen von PatientInnen oder BewohnerInnen durch Pflegefachpersonen (2010)
 - Ethischer Standpunkt 5: Umgang mit moralischem Stress des Pflegepersonals bei der Begleitung von Menschen am Lebensende (2018)

2.5 Grundsatzklärung assistierter Suizid

Findungsprozess

Wir, Führungskräfte des Alters- und Pflegezentrum Reiden, sind überzeugt, dass wir als Institution den Umgang mit Sterbewünschen und -hilfe gestalten müssen. Darum ist es für uns wichtig, unsere Haltung und Rahmenbedingungen zu definieren, damit unsere aktuellen und künftigen Bewohnenden und Mitarbeitenden sich orientieren sowie Ruhe und Sicherheit erfahren können.

Dies ist uns wichtig, weil

- es sich um ein brisantes und hoch emotionales Thema handelt, das auf individueller und sozialer/gesellschaftlicher Ebene Spannungen verursacht.
- wir uns vom Trend abgrenzen wollen, Sterbehilfe-Entscheidungen auf Grund von hohen Gesundheits- oder Pflegekosten oder als Dienstleistungsangebot zu sehen, sowie alt und krank sein als abwertend zu betrachten. Gerade weil es Menschen gibt die durch solche Trends beeinflussbar sind, wollen wir uns speziell um diese Menschen sorgen.
- das Feldheim den Dialog als Teil einer transparenten und offenen Kultur pflegt.

Unsere Position basiert auf folgendem Menschenverständnis und Werten. Sie leiten unser Engagement im Haus:

- Wir sind alle auf Beziehung angewiesen
- Wir respektieren / tragen Sorge zur Selbstbestimmung jeder einzelnen Person
- Wir fördern den Dialog, damit wir eine transparente Hauskultur weiterentwickeln können
- Menschen brauchen und suchen nach Sinn
- Flexibilität, Offenheit und Inklusivität sind Grundsteine unserer Arbeitsweise
- Die Einzigartigkeit jeder Person ist zu ehren

Bewusstseinsprozess

Es ist uns wichtig, einen nachhaltigen Bewusstseinsprozess zu gestalten. Aufbauend auf unserer Grundhaltung, zeichnet sich dieser aus, dass wir

- mit zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen sowie gesetzlichen Rahmenbedingungen und Veränderungen umgehen können.
- Weiterbildung für Mitarbeitende ermöglichen und fördern.
- den Dialog mit Bewohnenden in Form von Einzelgesprächen, Diskussion in kleinen Gruppen bis hin zu Bildungsanlässen für alle bewusst einbauen.

- den Dialog mit anderen Mitbeteiligten fördern. Wir sind darum gewillt, diese Frage in einer geeigneten Form zu behandeln. Zum Beispiel mit:
 - Menschen aus unserem Haus: Freiwillige, Angehörige/Zugehörige, Bewohnende, Mitarbeitende aller Berufsgruppen, Case Management, Kader/Management, Hausträgerschaft.
 - Personen aus der Gemeinde sowie von Ämtern: Pfarreien, Seelsorgende, Bestattungen, Polizei, politisch Interessierte sowie Entscheidungsträger.
 - Personen aus der Gesellschaft: politisch Interessierte, Entscheidungsträger, weitere Berufsgruppen, kommunale Bevölkerung, wer immer Lust und Interesse hat.

Begleitprozess

Wir ermöglichen, dass unser Umgang mit Sterbewünschen in der Palliationskultur unseres Hauses integriert ist. Dazu brauchen wir unabhängige Kontaktpersonen. Diese beraten und begleiten Menschen mit Sterbewünschen.

Integration und Begleitung heisst daher für uns,

- gründliche Information bieten und Alternativen aufzeigen, damit die Bewohnenden im Zusammenhang mit dem Sterbewunsch ihren Entscheid aus Selbstbestimmung heraus treffen können.
- dass unsere Palliationskultur nicht auf die Verhinderung eines assistierten Suizids reduziert wird.
- einen Sterbewunsch-Begleitprozess zu ermöglichen. Dazu gehören auch die Bestimmung der infrastrukturellen Faktoren (u.a. Mitarbeitende und Kosten). Dieser Prozess wächst aus der Wertschätzung der Person und orientiert sich an unserem Menschenverständnis.
- flexibel und fähig zu sein, auf konkrete sowie aktuelle Situation einzugehen.
- als Drehscheibe die verschiedenen Mitwirkenden verbinden.
- für Mitarbeitende und Bewohnende sowie Angehörige präsent sein.

Wenn trotz aller Alternativen und ganzheitlicher Unterstützung jemand mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation sein Leben zu Ende bringen will, sind wir gewillt diesen Entscheid zu respektieren. Dies bedeutet für uns:

- Es ist grundlegend wichtig, dass diese Menschen persönlich zu Hause, in ihrem eigenen Zimmer sterben können.

- Es braucht einen klaren Ablauf im Haus, wie Sterbehilfeorganisationen einbezogen werden.

Auf die Frage "Sterbehilfe Ja oder Nein" können wir keine Antwort geben. Dafür unterstützen wir Menschen in der Begleitung und Wahrnehmung damit sie mit ihrem Sterbewunsch würdevoll umgehen können. Wir wollen ihre Selbstbestimmung stärken, indem wir gründliche Information und Alternativen zur Verfügung stellen, sowie den potentiellen Druck durch gesellschaftliche Trends in ihrem Entscheidungsprozess vermindern helfen.

Wenn sich am Schluss eines Begleitprozesses jemand für einen assistierten Suizid entscheidet, respektieren wir diesen Entscheid achtvoll, damit diese Person ihrem Zuhause sterben kann. Wir tun dies mit der Perspektive, dass Sterbehilfe innerhalb unserer Institution weder einfach eine Dienstleistung noch ein Angebot nebst anderen ist.

Sterbehilfe ist für uns nicht die selbstverständliche Konsequenz von höheren Gesundheitskosten, anderer gesellschaftlicher Drücke oder einer Haltung, die Sterbehilfe als „ganz normal“ betrachtet. Auf die Frage nach Sterbewunsch sagen wir "Wir begleiten dich - egal wie Dein Entscheid ausfällt und wir begleiten Dich bis zum Schluss".

Die Stellungnahme zur assistierten Selbsttötung ist mittels Coaching umgesetzt worden mit allen verantwortlichen, interprofessionellen Akteuren (Pflege, Ärzteschaft, Seelsorge, Sozialethik, Führung Feldheim) und unter [DOK 4.7.05_02](#) Grundsatzerklärung assistierter Suizid zusammengefasst.

Die Frage nach der Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation, deren bestehende Dauer und das weitere Vorgehen, wenn die Inanspruchnahme im Haus in Frage kommt, ist unter [FO 3.3.12](#) Anmeldung zur Aufnahme und [FO 3.2.02](#) Pensionsvertrag in ersten Schritten für die BW und Angehörigen beschrieben.

Noch nicht vollständig geklärt ist eine aktive Umsetzung. Ein Leitfaden dazu ist geplant bis spätestens Ende 2020.

3 Zielgruppe und Leistungsauftrag

Als lernende Organisation über Entscheidungen und Kommunikationsstrukturen erachten wir es als grundlegend wichtig, Prozesse intervallmässig auf Aktualität, Klarheit und Überschaubarkeit zu reflektieren. Dazu dient im Haus das Qualitätsmanagements-System WinFEE®.

Damit jede MA ihrem Kompetenzbereich entsprechend ihr Handeln eigenständig und sicher umsetzen kann, versuchen wir möglichst einfache Handlungsanweisungen zu erstellen.

3.1 Aufgabe Feldheim

[HP 1.2](#) Corporate Identity

[DOK 1.1.01](#) Leitbild als Wegweiser.

[DOK 1.1.02](#) Porträt Feldheim gibt einen kleinen Einblick in die Grundorganisation vom Feldheim.

[DOK 4.7.02](#) Pflegeleitgedanken und [DOK 3.3.19](#) Pflegekonzept der Wohngruppe

[DOK 3.3.01](#) Übersicht Auftragsabwicklung

[HP 3.3](#) Pflege Auftragsabwicklung

[HP 4.7](#) Pflege, Betreuung und Aktivierung

3.2 Zielgruppe

Im Feldheim begleiten und betreuen wir Menschen, die mehrheitlich von unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten betroffen sind. Dabei ist im Verlauf oder in der letzten Lebensphase nicht jede BW auf eine palliative Versorgung angewiesen. Wir stellen fest, dass der Übergang zu spezialisierter Palliative Care fließend ist und punktuell die Instabilität und Komplexität des individuellen Verlaufes einer BW zunimmt. Die Massnahmen sind entsprechend schrittweise einzuleiten. Diese Veränderung betrifft hauptsächlich jüngere, d.h. häufig noch nicht pensionierte, schwer erkrankte BW. Gerade in diesem Bereich, stellt das Feldheim für sogenannte Behandlungslücken unserer Gesellschaft, ein wichtiger Ansprechpartner dar.

Dabei halten wir fest, dass die Begleitung Angehöriger/Bezugspersonen an Intensität deutlich zunimmt.

3.3 Rechtsgrundlagen

Wir orientieren uns an der nationalen und kantonalen Gesetzgebung im Gesundheitswesen, unter Anderem:

- Gesundheitsgesetz des Kanton Luzerns, Artikel 25, Absatz 2 <https://www.lu.ch/suchen?q=Gesundheitsgesetz&sort=§ion=global> sowie
- Planungsbericht in der Gesundheitsversorgung vom Kt. Luzern https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Gesundheitsversorgung/B21_Gesundheitsversorgung_Kanton_Luzern.pdf?la=de-CH unter 13.5 Palliative Care

4 Ganzheitliche Bedürfnisse

Wir versuchen die Lebensqualität der BW zu fördern als Konsequenz vom Leben.

4.1 Gestaltung letzte Lebensphase

Da wir nicht wissen, wann die letzte Lebensphase beginnt, orientieren wir uns frühzeitig und laufend neu. Wir geben uns bewusst feinfühlig und unkompliziert den Bedürfnissen der BW und Angehörigen hin.

Wir thematisieren das Sterben und verlassen uns dabei auf die Intuition der MA, BW und Angehörigen. Wir erfassen Werte, Bedürfnisse zu Leben und Sterben und unterstützen die BW und Angehörigen in der Auseinandersetzung mit möglicher Krankheit, Sterben und Tod.

Zu wissen, dass jeder Mensch in irgendeiner Weise von seinem Umfeld und eigenen Leben Abschied nehmen muss, bevor er sterben kann, hinterlässt bei uns eine tiefe Beeindruckung. Wir erachten es als ehrvolle Aufgabe, die im Feldheim wohnenden BW und ihre Angehörigen in der letzten Phase ihres Lebens begleiten zu dürfen. Die Gestaltung setzen wir nicht per definiertem Tag ab einem gewissen Ereignis ein, sondern versuchen sie bewusst im allgemeinen Alltag einfließen zu lassen, bestmöglich ab dem Eintritt.

Dazu nutzen wir folgende Unterlagen:

[UP 3.3.07](#) Bezugspflege

[UP 3.3.02](#) Betreuungs- und Pflegeplanung / Pflegedokumentation

4.2 Entscheidungsfindung

Auf ihre individuelle Situation bezogen, werden BW dabei unterstützt, ihre Lebensqualität zu beschreiben, Werte und Behandlungserwartungen zu formulieren, die individuelle Situation zu beleuchten und daraus mögliche Vorgehen abzuleiten (auch aus Sicht von HÄ, Seelsorge, anderer Bereiche). Dazu nutzen wir das Bezugspersonen-System und anerkennen die Fachpersonen als Drehscheibe alle involvierten Personen zu koordinieren. Die fachliche Bezugsperson ist verantwortlich zu erfassen und abzuklären, ob alle involvierten Personen auf dem gleichen Wissensstand sind oder ob noch weitere Informationsschritte zu tätigen sind. Unter dieser Voraussetzung sind wir uns bewusst, dass körperliche, sprachliche, kulturelle

und spirituelle Aspekte an Informationen vorhanden sind und zusammengetragen werden dürfen gemäss [DOK 4.7.19](#) Konzept Bezugspflege.

Wir versuchen die BW und Angehörigen bereits ab Eintritt auf sensible Entscheidungsprozesse hinzuweisen und sprechen diese bewusst an.

Möchten die BW oder Angehörigen nicht darüber sprechen, passen wir uns ohne Druck an.

4.2.1 Planung der gesundheitlichen Vorsorge (Advanced Care Planning)

Bei individueller Betreuungsmöglichkeit stellen wir fest, dass die Vorausplanung mit einer Patientenverfügung Übersicht ermöglicht, beim Eintreffen möglicher Beschwerden jedoch eine grosse Ambivalenz entsteht, wobei die Aufklärung und Informationsvermittlung zum möglichen Verlauf oder Symptomentwicklungen zentral sind in der Gesprächsführung mit der BW und auch für die Familienangehörigen. Dieser Erfahrungswert bekräftigt das beschriebene Vorgehen der Informationsvermittlung ab dem Eintrittsprozess.

Das kontinuierliche Gespräch mit den familiären Bezugspersonen, durchgeführt durch die fachliche Bezugsperson, erhält damit einen wegweisenden positiven Prägungseffekt für alle Beteiligten.

[DOK 4.7.19 02](#) Pflegediagnostischer Prozess als Übersicht. Die Pflegeanamnese ist gekennzeichnet durch das ganzheitliche Modell von M. Krohwinkel = **A**ktivitäten, soziale **B**eziehungen und existenziellen **E**rfahrungen **d**es **L**ebens (ABEDL-Modell).

4.2.2 Umgang mit Patienten-Verfügungen

Die Patienten-Verfügung nutzen wir als persönliches Instrument zur Beschreibung der autonomen Bedürfnisse der BW als Werteanamnese. Aufgrund unserer Grundhaltung achten wir in jedem Fall auf subjektive Äusserungen, gerade auch bei BW welche aufgrund ihrer kognitiven Veränderung als nicht mehr urteilsfähig eingestuft werden, gemäss Erwachsenenschutzgesetz.

Wenn die Pat.-Verfügung zum Einsatz kommt, empfehlen wir, aufgrund der detaillierteren Informationen zur Werteanamnese, die ausführliche Version der Schweizerischen Vereinigung der Ärzteschaft zu nutzen https://www.fmh.ch/files/pdf16/FMH_PV_AV_2015_d.pdf

Häufig ist dabei nicht der Hinweis auf spezifische Situationen relevant (z.B. künstliche Zufuhr von Flüssigkeit), sondern die Angaben zur individuellen Lebensvorstellung oder Werthaltungen.

Mittels Vorabklärung [FO 3.3.08](#) Eintritts-Checkliste fragen wir nach der Patientenverfügung.

Ist eine Reanimation gewünscht, wird dies ausdrücklich auf dem ärztlichen Verordnungsblatt [FO 4.7.18 09](#) gekennzeichnet und bei jeder Visite neu thematisiert ([DOK 3.3.02](#) Vorgehen Reanimation).

4.2.3 Ethischer Entscheidungsprozess, gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Mitwirkung von BW und Angehörigen an Entscheiden über Behandlung und Therapie erfolgen bestmöglich an einem Tisch, zusammen mit allen involvierten Professionen (Pflege, Ärzteschaft, Seelsorge und Sozialdiensten bei BW mit veränderter Urteilsfähigkeit oder nicht vorhandener Vertrauensperson/familiärer Bezugsperson). Siehe dazu auch [FO 3.2.02](#) Pensionsvertrag mit Angaben der Vertretungsrechte gemäss Erwachsenenschutzrecht. Das wahre und echte Informieren ist absolute Voraussetzung

Bestehen unterschiedliche Vorstellungen zwischen den Wünschen von BW und den Angehörigen, versuchen wir diese so früh als möglich zu erkennen und anzusprechen. Wir sind überzeugt, dass Kreativität auch in diesem Abschnitt einen grossen Stellenwert hat.

Besprochen werden mittels Leitfaden Familiengespräch [DOK 4.7.19 01](#):

- Aktueller Informationsstand aller Beteiligten mit Besprechen von Wünschen der BW/Angehörigen,
- Reflexion der bisherigen Massnahmen und Vorausplanung (Anpassung und/oder Reduktion von Medikamenten, Verabreichungsweg der Medikamente, entlastende/pflegerische Massnahmen, Klärung von möglichen Notfallmassnahmen, vorausschauende Massnahmen),
- Ausmass von möglichen belastenden Beschwerden,
- Angst vor Komplikationen oder psychosozialen Stressfaktoren,
- Wünsche/Vorstellungen,
- Verlaufsreflexion siehe unter 4.5 Symptome erfassen, behandeln und lindern

Entscheidungen im Team tragen wir gemeinsam. Jede Entscheidungsfindung erhält im Team Platz zum Austausch und Diskussion. Die Vermittlung der Informationen

und Koordinationen davon obliegt in der Verantwortung der fachlichen Bezugsperson und Pflegeexpertise.

Mit der BW und Angehörigen erfolgt die Begleitung durch die Bezugspersonen. Komplexe Gesprächssituationen werden durch die Anwesenheit des PDL-Teams/Pflegeexpertise begleitet oder übernommen.

4.3 Netzwerk bilden und koordinieren

4.3.1 Zusammenarbeit

Innerhalb der bereichs- sowie auch berufs-übergreifenden Zusammenarbeit setzen wir auf offene Dialoge und Vertrauen. Zur Übersicht dient [HP 3.3](#) Pflege Auftragsabwicklung.

Es ist uns wichtig, die interprofessionelle Zusammenarbeit so zu organisieren, dass sie möglichst effektiv/einfach und zum Wohl der BW umgesetzt werden kann. Gefässe zum Austauschen sind Teamsitzungen, Rapporte, Visiten, geplante Gesprächstermine, geplante Fallbesprechungen, Coachings, Feedbacks mittels bekannten und bewährten schriftlichen Unterlagen (z.B. Protokolle). Eine Übersicht gibt [DOK 1.6.02](#) Übersicht Sitzungen und Rapporte.

In komplexen Situationen sind die Teams engmaschig begleitet durch das Pflegedienstleitungsteam/Pflegeexpertise an Rapporten oder individuellen Fallbesprechung [FO 4.7.23](#). In Reflexionsprozessen kann auch ein Begleitcoaching von Aussen organisiert werden.

Schnittstellen-übergreifende Informationen von BW in der Sterbephase werden durch die verantwortliche Fachperson weitergeleitet (z.B. an die Reinigungsfachfrauen nach dem Einlesen/Rapport bei Dienstbeginn) [DOK 4.7.12](#) Richtlinie Tagesverantwortung Pflegedienst.

Reflexionsbeispiele mittels Fallbesprechung werden gesammelt und in der Arbeitsgruppe besprochen/reflektiert. Die Schlussfolgerungen folgen entweder über den bekannten Weg mittels Protokollführung oder direkt an die zuständigen Bereichsleitungen bei Prozessanpassung ([UP 5.5.02](#) Protokollführung). Es kommt

auch vor, dass die Bereichsleitungen direkt in die Arbeitsgruppe eingeladen werden. Damit ist der gemeinsame Austausch sichergestellt und wird unseren hohen Ansprüchen in der Zusammenarbeit gerecht.

In den Verbandsgemeinden bestehen (noch) keine Angebote von mobilen Palliative Care-Teams.

Für die berufsübergreifende Austauschmöglichkeit werden die aufgebauten Kanäle und Netzwerke genutzt, zum Beispiel:

- Mitgliedschaft/Netzwerk palliative Luzern (mind. 1x/Jahr),
- HiLA Verein Luzerner Wundmanagement, Treffpunkt halbjährlich im Haus
- Austausch Spitex Wiggertal im halbjährlichen Austausch,
- Teilnahme an Symposien,
- Fachgruppe Pflegeexperten Nordwest-Schweiz im viertel-jährlichen Austausch,
- Austauschmöglichkeiten auf Anfrage mit spez. Palliative Care Abteilung Spital Zofingen oder Luzerner Kantonsspital Luzern,
- Netzwerk pensionierte Palliativmediziner
- Netzwerktreffen mit HÄ, Seelsorge, Bestattungswesen (mind. im zwei-jahres Intervall)
- Feedback-Möglichkeiten an LUKS mittels <https://www.luks.ch/ihr-luks/kontakt/lob-erkennung-beschwerden> oder Kontaktmöglichkeit mit Ombudsstelle ombudstelle@luks.ch

4.3.2 Einbezug von Freiwilligen

[UP 4.7.03](#) Freiwillige HelferInnen

[DOK 4.7.23](#) Freiwillig engagiert im Feldheim

Für die Begleitung in Krisen und/oder im Sterben nutzen wir die Ressourcen der Krisenbegleitgruppe. Die Begleitung der Gruppe im Sterben wird verstanden als eine Erfahrung der Reise und sie dient als Entlastungs- und Betreuungsangebot für BW und Angehörige. Die Begleitpersonen sind einfach da für die BW.

Die Gruppe trifft sich zweimal jährlich, die Sitzung wird protokolliert für die Anerkennungssymbolik.

[DOK 4.7.23 03](#) Adressliste Begleitgruppe Krisensituationen

[FO 4.7.33 01](#) Einsatzplanung Begleitung Krisensituationen

Sind die freiwilligen Helfenden nicht pensioniert, erhalten diese bestätigte Arbeitseinsätze. Die Einsatzzeiten sind mittels Kollektivversicherung abgedeckt für Betriebsunfälle.

4.4 Angehörige

Unserer Wertehaltung und Grundprinzipien entsprechend, sind Angehörige wie die BW auch, im Zentrum der Betreuung. In Beziehung treten können wir am einfachsten mittels Bezugspflege:

[HP 3.6](#) Dienstleistungen für Bewohnende und Angehörige

[UP 3.3.07](#) Bezugspflege

[UP 3.3.04](#) Psychische und seelsorgerliche Betreuung

Wir sind uns bewusst, dass sich die Familienstruktur verändert und wissen um die wichtige Ressource von Angehörigen, Bereitschaft und Flexibilität in die Gestaltung mitzubringen.

4.4.1 Unterstützung der Angehörigen, Information und Kommunikation

Informationsbroschüren zum Thema sind auf jeder Abteilung und beim Haupteingang aufgelegt.

Die fachliche Bezugsperson leitet Gesprächsintervalle gemäss der aktuellen Befindlichkeit der BW mit den Angehörigen ein. Wir wollen signalisieren: Es ist uns wichtig, dass Sie sich wohl fühlen. Es wird im Verlauf erfragt, wie es den Angehörigen geht, ob sie Bedürfnisse zum Rückzug haben und Entlastungsmöglichkeiten benötigen (Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen, Version Fachpersonen, 4. Verlaufsevaluation).

Es besteht eine Rund-um-die-Uhr-Präsenz durch fachliche Pflegepersonen. BW und Angehörigen können jederzeit auf Fachpersonen zurückgreifen.

4.4.2 Räume für Angehörige, Übernachtungsmöglichkeiten

In sich verändernden Situationen von Bewohnenden erhalten die familiären Bezugspersonen die Mahlzeiten auf der Abteilung. Getränke werden kostenlos zur Verfügung gestellt.

Besuche sind jederzeit möglich. Fröhorgens oder in der Nacht sind Besuche An- / Abzumelden, damit in Notfällen transparent ist, wer sich alles im Haus befindet. Für Angehörige hat es Schlafmöglichkeiten, welche direkt vor Ort im Bewohnenden-Zimmer eingerichtet werden können (Klappbett oder Lehnstuhl). Der Raum der Stille ist jederzeit offen.

4.5 Symptome erfassen, behandeln und lindern

Die Behandlung möglicher Symptomerscheinungen erfolgt auf Grundlage evidenzbasierter Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (siehe palliative.ch, BIGORIO-Empfehlungen).

Unterstützt werden diese Richtlinien mittels frühzeitiger Erfassung im interprofessionellen Kontext und nachfolgenden, ergänzenden Unterlagen:

- Therapieempfehlungen für die Sterbephase [FO 4.7.04 02](#) (abgeleitet von Best Care for the Dying/Palliativzentrum St. Gallen, Uniklinik Köln, 2015), überschaubar mit Matrizen dargestellt,
- Verordnungsblatt Palliation [FO 4.7.04 01](#), erstellt in Zusammenarbeit mit der Spitex Wiggertal und Hausärztereion Reiden nach Anfrage vom Feldheim,
- Zur Übersicht dient auch [FO 4.7.18 18](#) Beurteilen von Schmerzen bei Demenz. (BESD). Die Erfassung erfolgt im careCoach
- [DOK 4.7.06](#) Standard s.c.-Infusionstherapie mit Saf-T-Intima
- [FO 4.7.04 03](#) Reservemedikation Weisung an Pflegestationen
- [DOK 3.3.22](#) Medikamenten Notfallbox / b1
- [UP 3.3.09](#) Pflege Techniken / Bedienungsanleitungen
- [FO 4.7.04 05](#) ESAS Leitfaden,
- [FO 4.7.04 04](#) ESAS Instrument
- [DOK 4.7.19 02](#) Pflegediagnostischer Prozess für Transparenz von individueller Pflege, Behandlung und Begleitbedarf

Die Erfassung, Behandlung und Linderung betrifft alle nachfolgend beschriebenen Symptome.

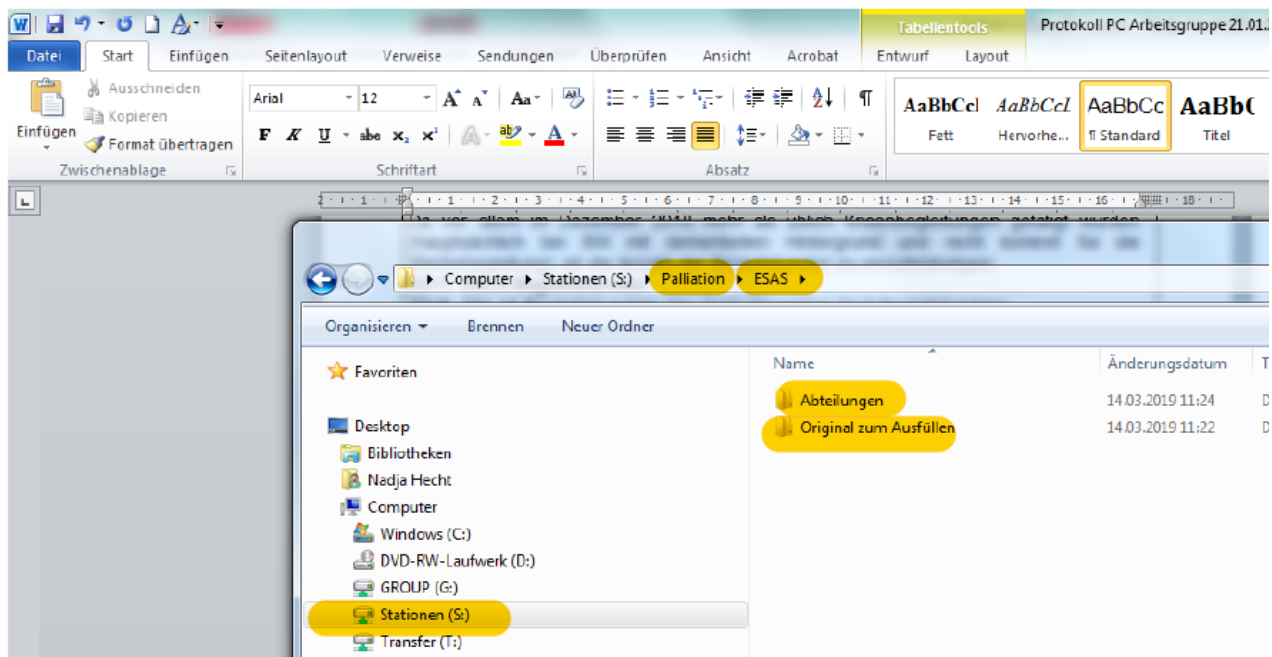
ESAS-Assessment und das Verordnungsblatt Palliation kann nicht direkt im careCoach erfasst werden, da noch keine optimale Darstellungsmöglichkeit vorhanden ist. Es gilt folgendes Vorgehen für die digitale Ablage:

Die Formulare aus dem Qualitätssystem WinFEE ziehen oder unter Laufwerk S→Palliation→ESAS→Original / Laufwerk S→Palliation→Verordnungsblatt Palliation →Original zum Ausfüllen benutzen.

Das ESAS Assessment kann auch mittels laminiertes Version dem BW und/oder Angehörigen abgegeben/erfasst oder durch die fachliche Bezugsperson mittels Leitfaden ESAS beim BW erfasst werden.

Ausgefüllte Unterlagen mittels Zwischenspeicher unter Laufwerk S→ Palliation→ ESAS oder Verordnungsblatt Palliation→Abteilungen abspeichern.

Die Unterlagen können so im zweiten Schritt im careCoach unter Berichte/Protokolle→Dokumente→Hinzufügen→Durchsuchen und hochladen abgelegt werden. Zum Überblick:



Siehe dazu auch [DOK 4.7.18](#) Pflegedokumentation / Wegleitung (careCoach)

4.5.1 Schmerz

- Einbezug von Evidenz-basierten Assessments wie Visueller-Analog Skala (VAS) oder Numerischer-Rating Skala (NRS) und BESD im careCoach unter Berichte / Protokolle →Protokolle →Hinzufügen, entsprechendes Protokoll auswählen

- Die Umsetzung mittels Basis- und Bolussystem der Opiatdokumentation (Morphin Tr. 2%, Morphin Amp. 10mg/ml und Oxynorm Lös. 10mg/ml) ist zur Reduktion von Fehlerquellen konsequent mit folgenden Textbausteinen im careCoach unter Medi Reserve zu erfassen:

Maximal verordnete Tagesdosierung =

Aktuelle Tagesdosierung =

Bolusgabe = 1/6 – 1/10 der aktuellen Tagesdosierung =

- Zur Eintitrierung und Umrechnung von Opiateinheiten ist der Opimeter des USZ zu <http://www.anaesthesie.usz.ch/fachwissen/schmerzzentrum/seiten/opimeter.asp> nutzen:
[x](http://www.anaesthesie.usz.ch/fachwissen/schmerzzentrum/seiten/opimeter.asp)
- Jede Fachperson erhält bei Eintritt eine Umrechnungstabelle der Krebsliga zh zur [Übersicht](https://zuerich.krebsliga.ch/fileadmin/krebsliga_zuerich/downloads/broschueren/karte-analgetika-therapie-krebsliga-zuerich-klz014.pdf) der WHO-Stufen 1-3:
https://zuerich.krebsliga.ch/fileadmin/krebsliga_zuerich/downloads/broschueren/karte-analgetika-therapie-krebsliga-zuerich-klz014.pdf
- Die ersten drei Seiten der Broschüre wiedergeben einen guten Überblick der Grundlagen. Wir weisen darauf hin, dass wir für die Berechnung der Boli konsequent auf den Opimeter zurückgreifen

4.5.2 Atemnot

Ausgangslage ist:

- Therapieempfehlungen für die Sterbephase [FO 4.7.04 02](#) (abgeleitet von Best Care for the Dying/Palliativzentrum St. Gallen, Uniklinik Köln, 2015), überschaubar mit Matrizen dargestellt,
- Verordnungsblatt Palliation [FO 4.7.04 01](#), erstellt in Zusammenarbeit mit der Spitex Wiggertal und Hausärzteregeion Reiden nach Anfrage vom Feldheim

4.5.3 Appetitlosigkeit, Erbrechen, Übelkeit

Ausgangslage ist:

- Therapieempfehlungen für die Sterbephase [FO 4.7.04 02](#) (abgeleitet von Best Care for the Dying/Palliativzentrum St. Gallen, Uniklinik Köln, 2015), überschaubar mit Matrizen dargestellt,

- Verordnungsblatt Palliation [FO 4.7.04 01](#), erstellt in Zusammenarbeit mit der Spitex Wiggertal und Hausärzteregeion Reiden nach Anfrage vom Feldheim
- Integration/Austausch mit Küche zur Klärung möglicher Massnahmen zur Unterstützung
- Geruchsneutralisation mittels Aktivkohle oder Kaffeesatz im Zimmer oberhalb Schrank deponieren
- Verlangen nach Nahrung/Flüssigkeit wird dem BW-Bedürfnis angepasst. Auch bei anders-orientierten BW wird die non-verbale Willensäusserung respektiert

4.5.4 Angst und Traurigkeit

Ausgangslage ist die Bezugspflege und Gesprächsführung wie vorab beschrieben. Damit können Angst und Traurigkeit erkannt und mögliche Massnahmen eingeleitet werden. Im Vordergrund stehen nicht-medikamentöse Massnahmen, welche vor allem auf die Begleitung abzielen.

4.5.5 Unruhe und Delir

Bei verändertem Verhalten/Auftreten der BW nutzen wir zur Ausgangslage den effizienten Combustest als erster, wichtigster Ausschlussfaktor einer Harnwegsinfektion. Erfassen im careCoach unter Berichte / Protokolle →Protokolle →Hinzufügen, entsprechendes Protokoll auswählen.

Ausgangslage ist weiter:

- Therapieempfehlungen für die Sterbephase [FO 4.7.04 02](#) (abgeleitet von Best Care for the Dying/Palliativzentrum St. Gallen, Uniklinik Köln, 2015), überschaubar mit Matrizen dargestellt,
- Verordnungsblatt Palliation [FO 4.7.04 01](#), erstellt in Zusammenarbeit mit der Spitex Wiggertal und Hausärzteregeion Reiden nach Anfrage vom Feldheim

4.5.6 Fatigue / Ermüdung

Das Ausmass von Fatigue von Müdigkeit bis hin zur Erschöpfung hat weitreichende Auswirkungen auf die Befindlichkeit der BW. Im Alltag übernimmt die MA bewusst Tätigkeiten für den BW, welche bereits nach der Durchführung (z.B. Körperpflege, Mobilität) vorhandene Energiereserven für die schönen Sachen im Alltag aufgebraucht hat.

4.5.7 Mundtrockenheit / Hydratation

Mundpflegeset mit Augen- und Nasenpflege bestehend aus folgenden Materialien:

- 10. Stk. Mundpflegestäbli neutral (grün)
- ½ Pkg. Gazen 5×5 cm unsteril
- 2 Ampullen NaCl 0,9% à 10 ml zur Augenpflege
- 1 Rachensprüh-Flasche 50 ml
- 10 Rundtupfer
- 1 Bepanthen Salbe 3,5 g zur Nasen- und Lippenpflege

Eine Taschenlampe zur Inspektion der Mundhöhle ist in jedem Medikamentenschrank pro Abteilung vorhanden. Ziel ist eine sorgfältige Mundpflege und nur wenn sie vom BW toleriert wird. Mittels Kontinuität durch die Mundpflege soll auch ein möglichst geringes Durstgefühl vorhanden sein.

Des Weiteren orientieren wir uns an der Richtlinie Mund-, Nasen-, Lippen und Rachenschleimhautpflege in der Palliative Care von palliative.ch (2014).

4.5.8 Obstipation, Darmverschluss und paralytischer Ileus

Ausgangslage ist:

- Therapieempfehlungen für die Sterbephase [FO 4.7.04 02](#) (abgeleitet von Best Care for the Dying/Palliativzentrum St. Gallen, Uniklinik Köln, 2015), überschaubar mit Matrizen dargestellt,
- Verordnungsblatt Palliation [FO 4.7.04 01](#), erstellt in Zusammenarbeit mit der Spitex Wiggertal und Hausärztereion Reiden nach Anfrage vom Feldheim

4.5.9 Indikationskriterien für Tempur- oder Wechseldruckmatratze

- Senectovia Wechseldruck Matratze oder
- Tempurmatratze mit viskoelastischer Schaumstoffauflage

Anwendung unter folgenden Kriterien:

- Bestehende Dekubiti oder sonstige Hautirritationen bei BW, welche vom Spital/Spitex/Reha/zu Hause eintreten
- Kachektische, immobile BW über mehrere Wochen/Monate
- Regelmässiger Intervall, max. vier-stündliche Positionierung

Beachte:

- Mit der Wechseldruckmatratze verliert der BW das Körpergefühl und dadurch das Bedürfnis sich zu bewegen. Basale Stimulation gewinnt hohen Stellenwert als pflegerische Massnahme
- Keine Anwendung solcher Matratzen in der Terminalphase oder bei sich rasch veränderndem Allgemeinzustand des BW
- Bei Lärmempfindlichkeit der BW/Angehörige, auch wenn die Senectovia Matratze nur leicht schnurrt
- Alternativen nutzen, z.B. Mikrolagerungen mittels Kinästetik-Kissen und -Rollen

4.5.10 Aromatherapie

Aromatherapie kommt zum Einsatz, wenn die biographischen Anhaltspunkte aufzeigen, dass der BW mit Düften/Aromen bereits Umgang hatte. Ziel ist eine individuelle Anwendung und keine quantitative Verbreitung. Zur Übersicht dient: [DOK 3.3.17 02](#) Aromatherapie

4.5.11 Multidimensionale Assessmentinstrumente

- Erfassung VAS/NRS und BESD im careCoach unter Berichte / Protokolle
→Protokolle →Hinzufügen, entsprechendes Protokoll auswählen.
- [FO 4.7.04 05](#) ESAS Leitfaden,
- [FO 4.7.04 04](#) ESAS Instrument

Beachte:

- Die systematische Erfassung mittels Assessment-Protokoll ist immer an eine Massnahme/Tätigkeit gekoppelt für die Evaluation

4.5.12 Verlaufsreflexion Sterbephase

Die festgelegten Massnahmen sind mind. 1x/24h mit den beschriebenen Unterlagen während der Sterbephase zu evaluieren und in der Pflegedokumentation mittels Evaluationseintrag zu beschreiben [DOK 4.7.18](#) Wegleitung Pflegedokumentation.

Ziel ist die Einschätzung der Gesamtsituation:

- Besprechung möglicher akt. Probleme
- Besprechung vorhandener neuer Stressfaktoren

- Einschätzung der Angehörigen ist immer miteinzubeziehen
- Das Befinden der Angehörigen, Bedürfnis nach Rückzug und Entlastung sind kontinuierlich zu erfragen
- Informationen an die Angehörigen weiterleiten, was normal ist im Sterbeprozess (z.B. in Sterbephase)

4.5.13 Psychosoziale, seelsorgerliche Begleitung

[UP 3.3.04](#) Psychische und seelsorgerliche Betreuung als Überblick von psychosozialen und spirituellen Angebote, bei psychischen Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, welche auf Wunsch für die Angehörigen im Sinne der Machbarkeit angeboten werden können. Dazu besteht immer auch die Möglichkeit, persönliche Gespräche mit den Seelsorgenden [DOK 3.3.09](#) Seelsorge zu organisieren.

Zur Unterstützung bei Fragen für das weitere Vorgehen nutzen wir auch die Leitlinie Spiritual Care in Palliative Care (2018) weil darin die möglichen spirituellen Nöte klar angesprochen sind und transparent ist, wie wichtig dieser Aspekt zur Bewältigung für eine möglichst positive Prägung der BW und Angehörigen, sowie auch dem Team ist.

Begleitung/Entlastung vom Team ist unter 1.3.4 Reflexion von herausfordernden Situationen beschrieben

4.5.14 Palliative Sedation

Als letzte Möglichkeit, d.h. wenn alle vorangegangenen Massnahmen keine vollständige oder keine optimale Behandlungswirkung zeigen, kann eine palliative Sedation, d.h. eine kontinuierliche oder zeitlich begrenzte Herabsetzung des Bewusstseinszustandes durch bewusste Verabreichung sedierender Medikamente in der kleinsten wirksamen Dosierung zum Einsatz kommen (SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, 2018).

Diese Massnahme kommt nur zum Einsatz unter vorausgegangener einheitlicher, interprofessioneller Kommunikation und unter Abwägung aller möglichen weiteren Massnahmen mit der betroffenen BW und ihren Angehörigen.

Wir sind uns bewusst, dass ältere Menschen sehr wohl den Wunsch äussern dürfen Sterben zu wollen, wir jedoch das aktive Handeln um diesen Wunsch zu erfüllen, in keiner Weise unterstützen können.

Wir sind uns bewusst, dass die palliative Sedation als mögliche Behandlungsmassnahme, das subjektive Leiden einer BW lindern, jedoch auch ihre Lebenszeit verkürzen kann. Wir orientieren uns hierfür an der Bigorio Richtlinie Palliative Sedation.

4.6 Begleitung

Individuellen, kreativen Wünschen/Bedürfnissen von sterbenden BW und Angehörigen sind praktisch kaum Grenzen gesetzt. Grundlegend wichtig ist für uns, dass Entscheide im Team getroffen sind, alle die Inhalte davon verstehen und mittragen.

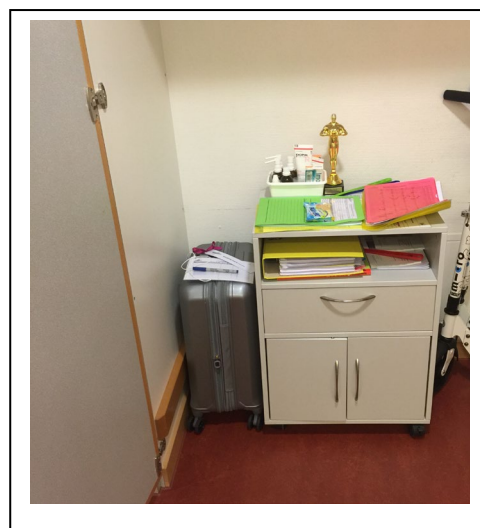
Wir sind uns bewusst, dass es keinen definierten Zeitraum gibt, der sagt, wann das Trauern stattfinden soll.

4.6.1 Ritualkoffer Gate A und B

Die Ritualkoffer sind zur freien Verfügung für Ritual-, Krisen- oder Sterbebegleitungen. Die Koffer sind an folgenden Standorten:



Standort Apotheke



Standort Nachtdienstschrank Team b1

Die Koffer haben folgenden Inhalt:

- Licht mit Salzkristalllampe
- Neroli und Lavendel-Öl als Grundausrüstung
- Übersicht Duftöle und ihre Wirkung
- Geschütztes Kerzen-Windlicht
- Feuerzeug
- Duftöl Stein
- 2 elektrische Kerzen
- Bibel
- Vater unser
- Gebete
- Gedichtbänder
- Herrgott-Kreuz
- Rosenkranz
- Kleenex-box

4.6.2 Abschiedskultur im Feldheim

Haltung und Vorgehen gemäss [UP 3.3.06](#) Abschiedskultur.

Als Symbol des Loslassens findet häufig das Ritual statt, das Seelenfenster zu öffnen mittels Öffnung des Fensters mit kleinem Spalt (Fenster einen Spalt öffnen = «Seelabalgga»).

Wir sind uns bewusst, dass Vergessen ohne Erinnerung nicht möglich ist und diese Erfahrung zum Leben dazugehört.

[DOK 4.7.05 01](#) Gedanken zum Abschied fürs Team, auch bereichsübergreifend

[DOK 3.3.04](#) Todesfall Merkblatt für Pflegende

[FO 3.3.17 02](#) Meldung Zivilstandsamt – Todesanzeige Feldheim

4.6.3 Angebote für Trauernde

Trauernde Angehörige sind im ersten Schritt folgenden unterstützt:

[DOK 3.3.07](#) Todesfall Merkblatt Organisation Feldheim

[DOK 3.3.07 01](#) Todesfall Merkblatt Organisation Angehörige

Ob weitere Trauerbegleitungen benötigt werden, klären wir am Trauergespräch mit den Angehörigen. Eine weitere professionelle Betreuung können wir im Haus nicht mehr selbständig begleiten. Die Angehörigen werden dafür an psychologische Fachpersonen/Trauerbegleitungen weitergeleitet. Flyer dazu liegen beim Haupteingang auf und werden beim Gespräch abgegeben.

5 Literaturverzeichnis

Ethische Standpunkte vom Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK), abgerufen im Oktober 2018 unter <https://www.sbk.ch/pflegethemen/ethik>

Gesundheitsgesetz des Kanton Luzerns, Artikel 25, Absatz 2, abgerufen am 23. November 2018 unter <https://www.lu.ch/suchen?q=Gesundheitsgesetz&sort=§ion=global>

Handbuch Palliativmedizin (2015), Hrsg.: H. Neuenschwander und Ch. Cina (1. Aufl.). Bern: Hogrefe

Lehrbuch Palliative Care (2017), Hrsg.: B. Steffen-Bürgi; E. Schärer-Santschi; D. Staudacher; S. Monteverde (3. Aufl.). Bern: Hogrefe

Krebsliga Zürich (n.d.), Umrechnungstabelle der Krebsliga zh zur Übersicht der WHO-Stufen 1-3, abgerufen erstmals im Juni 2016 unter https://zuerich.krebsliga.ch/fileadmin/krebsliga_zuerich/downloads/broschueren/karte-analgetika-therapie-krebsliga-zuerich-klz014.pdf

Opimeter Universitätsspital (USZ, n.d.), zur Eintitrierung und Umrechnung von Opiateinheiten, abgerufen erstmals Juni 2016 unter <http://www.anaesthesie.usz.ch/fachwissen/schmerzzentrum/seiten/opimeter.aspx>

Planungsbericht in der Gesundheitsversorgung vom Kt. Luzern, abgerufen am 22. Februar 2019 unter https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Gesundheitsversorgung/B21_Gesundheitsversorgung_Kanton_Luzern.pdf?la=de-CH unter 13.5 Palliative Care

Palliative.ch (2014), Richtlinie Mund-, Nasen-, Lippen- und Rachenschleimhautpflege in der Palliative Care. Abgerufen am 10. März 2016 unter http://www.palliative-vs.ch/docs/formation/de/Richtlinie_Mundpflege_in_der_Palliative_Care_2014.pdf

Palliative.ch (2008), Richtlinie Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Abgerufen am 24. Mai 2015 unter

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualitaet_de.pdf

Palliative.ch (2018), Spirituell Care in Palliative Care, *Leitlinien zur interprofessionellen Praxis*. Abgerufen im Februar 2019 unter https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Fachgruppe_seelsorge/Broschuere_Leitlinien_Spiritual_Care_in_Palliative_Care_d_e_RZ_low.pdf

Palliative Essentials (2015), Hrsg.: St. Eychmüller (1. Aufl.). Bern: Hogrefe

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), abgerufen im Januar 2019 unter <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Bigorio Richtlinien, abgerufen am 13. März 2016 unter <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice>

Therapieempfehlungen: Best Care for the Dying Person/Palliativzentrum St. Gallen und Uniklinik Köln, 2015. Persönlich angefragt für die Bearbeitung der Empfehlungen innerhalb der Arbeitsgruppe Palliation bei St. Eychmüller im Sommer 2016.

→Unterstützungsliteratur zum Thema Beihilfe zum Suizid im Kt. Luzern

Weisung zur Suizidbeihilfe in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern <https://www.curaviva.ch/files/CCOYXVG/Weisungen-zur-Suizidbeihilfe-in-den-Betagtenzentren-und-Pflegewohnungen-der-Stadt-Luzern.pdf>

Bericht an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 28. September 2011 (StB 872) <https://www.curaviva.ch/files/T22MSRH/Regelung-Beihilfe-zum-Suizid-in-den-Betagtenzentren-und-Pflegewohnungen-der-Stadt-Luzern-09-2011.pdf>

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, „Beihilfe zum Suizid“
(Stellungnahme Nr. 9/2005) https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf

Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für Erwachsene Menschen mit Behinderung (Grundlagenpapier) https://www.palliativecare-thun.ch/files/4ASPHP7/22_positionspapiercuraviva.pdf