



Konzept Hospiz/ Palliative Care

AW 5.01.26 h

Zuletzt überarbeitet am: 20.02.18



REUSSPARK
ZENTRUM FÜR PFLEGE UND BETREUUNG



Inhalt

1. Einleitung	4
1.1. Ziel	4
2. Definition	5
2.1. Palliative Care	5
2.2. Lebensqualität	5
3. Haltung im Reusspark zu Palliative Care und Lebensqualität	6
4. Zielgruppe, Eintrittsprocedere, Verlegung und Austrittsprocedere	7
4.1. Aufnahmekriterien.....	7
4.2. Zielgruppe	7
4.3. Ausschlusskriterien für eine Aufnahme im Hospiz.....	8
4.4. Zuweisung für das Hospiz.....	8
4.5. Eintrittsprocedere.....	8
4.6. Verlegung/ Austrittsprocedere.....	9
5. Allgemeine Rahmenbedingungen	9
5.1. Anwendung des Konzeptes «Hospiz/ Palliative Care» im Reusspark	9
5.2. Bewusste Teamkultur	9
5.3. Schulung des Personals	10
5.4. Thementräger Palliative Care	10
5.5. Stellenplan im Hospiz	11
5.6. Interprofessionelle Zusammenarbeit	11
5.7. Zimmergestaltung.....	11
5.8. Aufenthaltsraum/Gemeinschaftsraum	12
5.9. Ausflüge	12
5.10. Transport- und Parkmöglichkeiten.....	12
5.11. Öffentlichkeitsarbeit.....	12
6. Ganzheitliche Betreuung rund um die Uhr	13
6.1. Eintrittsphase.....	13
6.1.1. Bedürfnisraster (Palliative Pflege „Bedürfnisraster“ 5.01.39_FO).....	13
6.1.2. Angehörigengespräch	13
6.1.3. Pflegeplanung.....	14



6.2.	Linderung von belastenden Begleitsymptomen.....	14
6.2.1.	Schmerzen, Angst und Atemnot.....	15
6.2.2.	Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung und Juckreiz	15
6.2.3.	Palliative Sedation mit Dormicum.....	15
6.2.4.	Mundpflege ("Mundpflege" 5.01.22_AW).....	16
6.3.	Geräte	16
6.3.1.	Pflegebadewanne/Therapiebad	16
6.3.2.	Infusionspumpen	16
6.4.	Düfte, Musik, Basale Stimulation, Kinaesthetics, Validation	16
6.5.	Rituale ("Rituale Sterbephase" 5.01.24_CL)	17
6.6.	Aufbahrung «Andante»	17
6.7.	Fallbesprechung	18
7.	Interprofessionelles Angebot Palliative Care	18
7.1.	Ärztliche Versorgung	18
7.2.	Der Pflegedienst	19
7.3.	Ergo-/Physiotherapie/Kinaesthetics/medizinische Massage.....	19
7.4.	Aktivierungs-/Musiktherapie und Malatelier.....	19
7.5.	Diagnostik.....	20
7.6.	Sozialdienst	20
7.7.	Coiffeur/Fusspflege.....	20
7.8.	Apotheke	20
7.9.	Zahnarzt	20
7.10.	Verpflegung.....	21
7.11.	Seelsorge und spirituelle Betreuung.....	21
7.12.	Freiwillige Helferinnen und Helfer.....	22
7.13.	Angehörige/ Bezugsperson	22
7.14.	Angebot für Trauernde/offener Trauertreff.....	22
8.	Netzwerk.....	23
9.	Qualitätssicherung	23
10.	Überprüfung und Weiterentwicklung des Konzeptes.....	23
11.	Interne Anschlussdokumente	24
12.	Literatur- und Quellenverzeichnis	25



1. Einleitung

Im Reusspark finden Betagte, Menschen die eine Tagesstruktur brauchen und unheilbar Erkrankte ein Zuhause. Mit einer Kapazität von 297 Betten ist der Reusspark das grösste Pflegezentrum im Kanton Aargau. Bekannt als regionales Kompetenzzentrum in der Langzeitpflege setzt der Reusspark Massstäbe im Bereich Demenz und positioniert sich seit 2005 mit der Pflege-Segment-Erweiterung Palliative Care.

Auf allen Wohnbereichen, aber auch im gesamten interprofessionellen Team, ist das Konzept Hospiz/ Palliative Care verankert und wird aktiv umgesetzt. Das eigentliche Hospiz, bestehend aus 4 Betten, befindet sich auf dem Wohnbereich 3. Ost. Sein Angebot richtet sich an erwachsene Personen aller Altersgruppen, welche an einer fortschreitenden, lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, auf keine kurative Therapie mehr ansprechen und sich im Endstadium (End of life) befinden.

Palliative Care wird im ganzen Reusspark gelebt. Es ist eine Grundhaltung. Seit dem 10. August 2013 besitzt der Reusspark das Label C «Qualität in Palliative Care» von qualitépalliative welches die Qualität unserer Bemühungen unterstreicht.

Im folgenden Konzept werden die Umsetzung und die Angebote auf den allgemeinen Wohnbereichen und im Hospiz des Reusspark vorgestellt. Das Hospiz ist laut dem offiziellen Dokument «Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015» (BAG, 2012) [1] eine spezialisierte Palliative Care in einer sozialmedizinischen Institution.

1.1. Ziel

Alle Bewohnerinnen und Bewohner welche von einer unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Erkrankung (z.B. Demenz, Tumorerkrankung, usw.) betroffen sind, erhalten im Reusspark eine Pflege, welche die bestmögliche Lebensqualität unterstützt und belastende Begleitsymptome lindert. Dabei sollen die Individualität und die unterschiedlichen Bedürfnisse eines jeden Menschen berücksichtigt und einbezogen werden können. Moderne Therapieansätze kommen zur Anwendung.

Der Reusspark wird von umliegenden Spitälern, von Hausärzten und Privatpersonen als Kompetenzzentrum für Palliative Care wahrgenommen. Es besteht auch die Möglichkeit Bewohnende von anderen Pflegeheimen zu übernehmen.



2. Definition

2.1. Palliative Care

Das Wort «Palliative» leitet sich vom lateinischen «pallium», der Mantel, ab. Bzw. von «palliare»: mit dem Mantel bedecken, lindern, wärmen.

Das englische Wort «Care» bedeutet «Sorge» und «Sorgfalt».

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Betroffenen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Betroffenen sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.

Im Einzelnen heisst dies, Palliative Care:

- Respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- Achtet die Würde und Autonomie des Betroffenen und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- Wird unabhängig vom Lebensalter jedem Betroffenen angeboten, der an einer fortschreitenden Krankheit leidet
- Strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an
- Ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen
- Unterstützt Angehörige bei der Krankheitsbewältigung und der eigenen Trauer

(SAMW 2014) [2]

2.2. Lebensqualität

Lebensqualität kann primär nicht medizinisch definiert werden. Die Sichtweise des betroffenen Menschen ist entscheidend und umfasst das körperliche, psychische, soziale und religiös-spirituelle Befinden. Die Sichtweise des Betroffenen und seiner Angehörigen ist dabei nicht immer identisch.

(SAMW 2014) [3]



3. Haltung im Reusspark zu Palliative Care und Lebensqualität

«Palliative Care sieht immer den ganzen Menschen an und schenkt ihm damit Ansehen.»

Cornelia Knipping

Das Konzept Hospiz/ Palliative Care stützt sich auf das übergeordnete Leitbild des Reusspark.

Unsere Haltung basiert auf der individuellen Begleitung schwer kranker Menschen, mit dem Ziel, die grösstmögliche Lebensqualität für die Betroffenen und ihrer Angehörigen zu ermöglichen. Dafür werden deren soziale, physische, psychische, kulturelle und spirituelle Bedürfnisse in unser Handeln einbezogen. Es ist uns ein Anliegen, Leiden zu lindern und nicht Symptome zu behandeln. Sowohl die Bewohnenden, als auch die Angehörigen stehen im Zentrum unserer Bemühungen. Die enge interprofessionelle Zusammenarbeit (Pflegerische, Angehörige, Ärzte, Therapeuten, rückwärtige Dienste) bildet die Grundlage für eine erfolgreiche palliative Pflege und Betreuung.

Pflegerische, medizinische und therapeutische Interventionen richten sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen. Dafür bedarf es dem Einverständnis des Betroffenen oder wenn dies nicht mehr möglich ist, derer Angehörigen. Vorgängig sollte eine Prüfung auf Sinnhaftigkeit und Machbarkeit, sowie ein sorgfältiges Abwägen von Belastung und Nutzen stattfinden. Als wichtiger Grundsatz von Palliative Care gilt, regelmässig mit den Betroffenen und/ oder ihren Angehörigen vorhandene Abmachungen, Wünsche und Therapien auf ihre Aktualität zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

Der Reusspark akzeptiert die Entscheidung der Bewohnenden, wenn sie mit Hilfe einer Sterbehilfsorganisation aus dem Leben scheiden wollen. Die Durchführung des begleiteten Suizids, darf unter Einhaltung des Leitfadens zum Vorgehen beim begleiteten Suizid (5.01.155_RL) im Reusspark durchgeführt werden.



4. Zielgruppe, Eintrittsprocedere, Verlegung und Austrittsprocedere

4.1. Aufnahmekriterien

Für den grössten Teil der Menschen im fortgeschrittenen Alter fällt der Eintritt in den Reusspark in ihre letzte Lebensphase. Das Alter ist häufig verbunden mit chronisch fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und Multimorbidität (d.h. die Bewohnenden sind von mindestens zwei chronischen Krankheiten betroffen). Diese können dazu führen, dass trotz unterstützender Massnahmen, ein Alltag zu Hause nicht mehr ausreichend bewältigt werden kann. Für eine Aufnahme auf einem allgemeinen Wohnbereich muss im Vorfeld die Finanzierung geklärt sein.

Eine Aufnahme im Hospiz ist möglich, wenn die kurative/ adjuvante Therapie abgeschlossen ist. Es stehen vier Einzelzimmer zur Verfügung, für welche der Einzelzimmer- und Palliative Care-Zuschlag verrechnet wird. Im Vorfeld muss die Finanzierung abgeklärt werden. Sollte der Eintritt aus finanziellen Gründen scheitern, kann im speziellen Fall geprüft werden, ob der Einzelzimmerzuschlag erlassen werden kann. Eine Aufnahme geschieht nur, wenn die Betroffenen über das Angebot des Hospiz informiert und mit dem Eintritt einverstanden sind.

4.2. Zielgruppe

Bei allen Bewohnenden kommt eine palliative Pflege, Betreuung und Medizin zur Anwendung, welche von einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung betroffen oder multimorbid sind und eine Einschränkung der Lebensqualität haben oder belastende Symptome wahrgenommen werden.

Die Bewohner und Bewohnerinnen verbleiben dabei in ihrem gewohnten Umfeld und müssen nicht ins Hospiz verlegt werden.

Zielgruppe für das Hospiz:

- Erwachsene Menschen mit einer malignen Erkrankung in der terminalen Phase
- Erwachsene Menschen welche von einer rasch progredienten Erkrankung mit absehbarer Todesfolge betroffen sind und eine Pflegebedürftigkeit ausweisen
- Die betroffenen Personen sind nicht mehr spitalbedürftig, aber in ihrem gewohnten Umfeld ist es nicht möglich, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege und Betreuung zu ermöglichen. Die verbleibende Lebenszeit ist begrenzt und beträgt Tage bis wenige Monate
- Erwachsene Menschen in einer palliativen Situation, welche zu Hause von ihren Angehörigen betreut werden. Im Sinne einer Entlastung der Angehörigen ist es möglich, für einen definierten Zeitraum einen Aufenthalt im Reusspark zu ermöglichen



4.3. Ausschlusskriterien für eine Aufnahme im Hospiz

- Invasiv beatmete Personen (in Ausnahmefällen ist ein Eintritt möglich, je nach Beatmungssystem)
- Personen, welche über venöse Katheter (z.B. zentraler oder peripherer Venenkatheter, Porth-a-cath) isokalorisch ernährt werden
- Beim Betroffenen wird weiterhin eine Chemo-/ oder Radiotherapie durchgeführt (ausgenommen ist eine perorale Zytostatikatherapie welche zu Hause selbstständig vom Betroffenen eingenommen wird und keine umfangreiche Laborkontrolle benötigt)
- Medizinisch dürfen keine ungelösten technischen Probleme bestehen
- Thorax-Saugdrainage (in Ausnahmefällen ist ein Eintritt möglich, je nach Saugdrainagesystem)
- Lediglich passagere palliative Situation ohne progrediente lebensbedrohliche Erkrankung
- Nicht beherrschbares aggressives Verhalten (d.h. wiederholte körperliche aggressive Übergriffe sind bekannt)

4.4. Zuweisung für das Hospiz

Die Zuweisung geschieht hauptsächlich durch Spitäler, Kliniken, andere Pflegeheime, Hausärzte, aber auch durch Betroffene selbst.

4.5. Eintrittsprocedure

Eintritte auf die allgemeinen Wohnbereiche erfolgen grundsätzlich nach dem gewohnten internen Ablauf über die Sozialberatung, immer in Rücksprache mit der Wohnbereichsleitung/ Stellvertretung der Wohnbereichsleitung oder den Leitungen Geriatrie/ Gerontopsychiatrie. Reguläre Eintritte sind von Montag bis Freitag möglich und sind auf 14 Uhr geplant. Bei Anfragen zu kurzfristigen Eintritten/ Wochenendeintritten oder Pflegenotfällen, besteht mit dem Tages- und Nachtzentrum ein Angebot dies zu ermöglichen.

Eintritte im Hospiz erfolgen nach einem eigens kreierten Ablauf. Nach einer Anmeldung holt die Sozialberatung erste Informationen gemäss «Checkliste Eintritte für Palliativpflege 5.01.97_CL» ein. Diese leitet sie an den zuständigen Belegarzt weiter, welcher mit der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt im Spital/ Hausärztin/ Hausarzt Kontakt aufnimmt. Es wird geprüft, ob die Kriterien für die Zielgruppe und die Ausschlusskriterien erfüllt sind.



Parallel zu dieser Abklärung besuchen diplomierte Pflegepersonen des Hospiz die Betroffenen im Spital/ zu Hause und machen sich ein Bild vor Ort, ob die Pflege und das medizinisch-therapeutische Management im Reusspark gewährleistet werden kann. Erst wenn diese Beurteilung positiv ausfällt, kann der Eintritt geplant werden.

4.6. Verlegung/ Austrittsprocedure

Sollte sich der Zustand einer Bewohnerin oder eines Bewohners im Hospiz über einen längeren Zeitraum stabilisieren, wird gemeinsam mit den Beteiligten ein Austritt nach Hause (wenn dort eine adäquate Pflegemöglichkeit besteht) oder eine interne Verlegung besprochen.

Im Todesfall werden die Angehörigen bei der Regelung aller Formalitäten im gesamten Reusspark von den zuständigen Bezugspersonen, während ihrer Abwesenheit von einer Vertretung aus der Pflege, unterstützt.

5. Allgemeine Rahmenbedingungen

5.1. Anwendung des Konzepts «Hospiz/ Palliative Care» im Reusspark

Im Reusspark sind wir der Überzeugung, dass Palliative Care nur erfolgreich angewendet werden kann, wenn eine gemeinsame Haltung und Kultur gelebt wird. Pro Wohnbereich begleitet ein Thementräger oder eine Thementrägerin die Umsetzung des Konzepts Hospiz/ Palliative Care.

Die Anwendung von Palliative Care kann im ganzen Reusspark rund um die Uhr gewährleistet werden. Treten schwierige Situationen auf, kann aus dem Hospizteam, im Wohnbereich 3.Ost, Unterstützung angefordert werden.

5.2. Bewusste Teamkultur

Die für das Personal oft anspruchsvollen Situationen erfordern eine transparente Teamkultur, Vertrauen, Offenheit und Toleranz. Bei individueller Überforderung und Erschöpfung wird gemeinsam im Team nach Lösungen gesucht. Wenn während des Aufenthaltes das interprofessionelle Team Situationen wahrnimmt, wo Optimierungs- und Entwicklungsbedarf besteht, wird eine Fallbesprechung durchgeführt. Rituale in der Begleitung von Bewohnenden sind ein fester Bestandteil.



5.3. Schulung des Personals

Dem Thema Palliative Care wird im Reusspark viel Gewicht beigemessen. Zu den obligatorischen Eintrittsweiterbildungen für neu eintretendes Personal gehören mehrstündige Weiterbildungen zum Thema Palliative Care (Umsetzung des Konzeptes), Demenz, Schmerz, Depression, Delir, Sturz und die Anwendung des neuen Erwachsenenschutzgesetzes. Zentrales Ziel dieser Weiterbildungen ist die Auseinandersetzung mit Palliative Care, Sensibilisierung im Umgang mit belastenden Symptomen und die Handhabung im Reusspark. Sämtliche Weiterbildungen können auch von externen Personen besucht werden.

Verschiedene Mitarbeitende des Hospiz verfügen über eine Zusatzausbildung in Palliative Care. Die Ausbildungsniveaus liegen zwischen A1 bis B2. An den Teamsitzungen werden Weiterbildungen zu aktuellen Themen durchgeführt. So halten sie ihr Wissen auf dem neusten Stand.

Alle Belegärzte welche im Reusspark tätig sind besuchen regelmässig Weiterbildungen zum Thema Palliative Care und verfügen über den Palliativ-Basiskurs für Ärztinnen und Ärzte Level A2. Alle Assistenzärztinnen und Assistenzärzte aus dem Spital Muri, welche im Reusspark ein viermonatiges Praktikum absolvieren, werden in der Einführung in das Konzept Hospiz/ Palliative Care durch den leitenden Arzt instruiert.

Daneben stehen dem Personal Gefässe wie Fallbesprechungen, Supervisionen und Fachliteratur zur Verfügung.

5.4. Thementräger Palliative Care

Auf jedem Wohnbereich wird eine Person, welche über das Ausbildungsniveau A (tertiäre Stufe) verfügt, als Thementrägerin oder Thementräger Palliative Care definiert. Diese Person nimmt an den sechs bis zehn Mal jährlich stattfindenden Treffen teil. Die Aufgabe der Thementrägerin/ des Thementrägers besteht darin, die Wohnbereichsleitung und das Pflegeteam in der Umsetzung des Konzeptes «Hospiz/ Palliative Care» zu unterstützen und über Neuerungen und Änderungen zu informieren. Die Thementräger bringen Anliegen und Fallbeispiele zu schwierigen Situationen mit Bewohnenden in die Treffen mit und stellen diese dem Plenum vor (siehe «Funktionsbeschreibung Thementräger Palliative Care 4.01.84_FO»).

«Wenn nichts mehr
zu machen ist,
ist noch viel zu tun.»

Andreas Heller



5.5. Stellenplan im Hospiz

Die Situationen der Bewohnenden im Hospiz zeichnen sich in der Regel durch eine höhere Komplexität, aber auch durch kurzfristige Veränderungen des Allgemeinzustand, aus. Aus beschriebenen Gründen ist in jeder Schicht diplomiertes Personal eingeplant, welches die spezialisierten Therapien durchführen kann und über Erfahrung im Umgang mit Akutsituationen verfügt.

5.6. Interprofessionelle Zusammenarbeit

(Physiotherapie, Ergotherapie, Küche, Technischer Dienst, Seelsorge, Sozialdienst, Ärzte, Pflege, freiwillige Helfer, usw.)

Die Gestaltung einer offenen und kreativen Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, den Betroffenen und den Angehörigen, ist eine Voraussetzung für eine gute palliative Betreuung. Im Reusspark findet bei Bedarf regelmässig Kontakt zwischen den involvierten Berufsgruppen statt.

Jeder Bewohnerin, jedem Bewohner wird bei Eintritt eine diplomierte Pflegeperson als Bezugsperson zugeordnet, welche von Eintritt bis zum Austritt als Ansprechperson Anliegen, Sorgen und Nöte aufnimmt und an das interprofessionelle Team weiterleitet. Die Leitung des Wohnbereichs koordiniert den Einsatz der Teammitglieder. Besonders wichtig ist eine gute Absprache mit der Physio-/ Ergo-/ Aktivierungstherapie, dem Sozialdienst, der Seelsorge, Küche usw. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird individuell geplant. Unser Betreuungsangebot beruht auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen – auch im Sterbeprozess.

5.7. Zimmergestaltung

Die Zimmer sind individuell gestaltbar. Der Reusspark ermöglicht es den Bewohnenden nach Absprache persönliche Gegenstände, wie z. B. Bilder oder ein geliebtes Möbelstück, mitzubringen, um so eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Bewohnenden wohl fühlen.



5.8. Aufenthaltsraum/ Gemeinschaftsraum

Sowohl die Bewohnenden, als auch deren Angehörige verspüren zeitweise den Wunsch nach Rückzug.

- Der Gemeinschaftsraum ist wie ein gemütliches Wohn- und Esszimmer eingerichtet und kann von Bewohnenden und Angehörigen genutzt werden.
- Der grösste Teil der Wohnbereiche verfügt über einen eigenen Aufenthaltsraum. Der Aufenthaltsraum ist mit Tischen, Stühlen, Sofa und Radiogerät eingerichtet und bei Wunsch nach Selbstverpflegung stehen eine Kochnische und Mikrowelle bereit. Dieser Raum ist ein Ort wo Gemeinschaft gestaltet werden kann, z. B. für kleine Familientreffen usw.

5.9. Ausflüge

Die Lage des Reusspark lässt viel Freiraum für kleine Ausflüge in die Natur. Der Kleintierpark, die Pferdekoppeln, der Kinderspielplatz, der Teich und die Klosterkirche bieten Abwechslung. Viele Sitzgelegenheiten laden zum Verweilen ein. Das gesamte Areal des Reusspark und seine Umgebung sind rollstuhlgängig und für Menschen mit einer Gehbehinderung, geeignet. Um auch mit Besuchern und Freunden etwas längere Spaziergänge zu unternehmen, stehen auch elektrische Rollstühle für unsere Bewohnenden zur Verfügung, welche kostenlos benutzt werden können.

5.10. Transport- und Parkmöglichkeiten

Bei Bedarf stehen Fahrzeuge mit Hebebühne, für Bewohnerinnen und Bewohner im Rollstuhl zur Verfügung, um Ausflüge, Untersuchungen oder andere Aktivitäten zu ermöglichen. Sofern der Wohnbereich Kapazität hat, ist es nach Rücksprache möglich, dass eine Fachperson oder eine freiwillige Helferin/ ein freiwilliger Helfer als Begleitung eingeplant wird.

Für Besucher und Besucherinnen stehen unentgeltlich Parkplätze in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Die Haltestelle des Busses ist unweit vom Haupteingang gelegen.

5.11. Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit ist eine wichtige Möglichkeit, die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit den Menschen nahe zu bringen. Wesentliches Ziel ist es, auf das Thema Palliative Care in der Region hinzuweisen und das Bewusstsein zu sensibilisieren.

Eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Bezugspersonen wird aktiv gesucht und gepflegt.



6. Ganzheitliche Betreuung rund um die Uhr

6.1. Eintrittsphase

Um schon frühzeitig Kenntnis zu erlangen, was im Sinne der Bewohnerin oder des Bewohners bzw. der Angehörigen ist, sollte eine Veränderung oder gar eine Verschlechterung eintreten, finden in der Eintrittsphase schon Gespräche diesbezüglich statt.

6.1.1. Bedürfnisraster

(Palliative Pflege „Bedürfnisraster“ 5.01.39_FO)

Es findet im Zeitraum vom Eintrittstag bis zum Ende des 2. Monats (Ausnahme: Kloster West und Kloster Ost 1.Stock bis Ende 3. Monat) nach Eintritt ein Gespräch mit den Bewohnenden/ Angehörigen und mit der Bezugsperson der Pflege (bei Abwesenheit durch die Tagesverantwortliche) statt, wo das Bedürfnisraster ausgefüllt werden soll. Ziel des Gespräches ist, Kenntnis zu erlangen, was die Bewohnerin oder der Bewohner bzw. die Angehörigen für Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse haben, für die Zeit während des Sterbens und nach Eintritt des Todes.

Da der Eintritt in ein Heim für Betroffene und Angehörige ein schwieriger Schritt sein kann, besteht die Möglichkeit, das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen.

6.1.2. Angehörigengespräch

Innerhalb von zwei bis vier Wochen nach dem Eintritt wird das Angehörigengespräch durch die Bezugsperson der Pflege geplant. Im Vorfeld wird das Formular "Behandlungsabsichten bei Zustandsverschlechterung und in Notfällen FO 5.01.02.20" zur Vorbereitung auf das Gespräch, den Angehörigen und nach Möglichkeit den Bewohnenden, abgegeben. Beim Gespräch sind in der Regel Bewohnende, Angehörige, Ärztlicher Dienst und die Bezugsperson der Pflege anwesend. Ziel des Gespräches ist, herauszufinden:

- Was Bewohnende/ Angehörige über die Diagnose, die Prognose wissen und welche Behandlungsabsichten Bewohnende/ Angehörige bei einer Zustandsverschlechterung oder im Notfall wünschen (Behandlungsabsicht klären). Im Verlaufe des Aufenthaltes wird immer wieder überprüft, ob das Besprochene noch aktuell ist
- Verfügt die Bewohnerin, der Bewohner über eine Patientenverfügung
- Ist der Bewohnende Mitglied bei einer Sterbehilfsorganisation (z. B. Exit, Dignitas)



Das Ergebnis wird durch die Pflege und den ärztlichen Dienst in der Bewohnerdokumentation mit Visum und Datum hinterlegt. Sollte eine Bewohnerin, ein Bewohner den Wohnbereich wechseln, wird das Angehörigengespräch auf dem neuen Wohnbereich nochmals durchgeführt.

6.1.3. Pflegeplanung

In den ersten zwei bis drei Wochen nach dem Eintritt wird mit den Bewohnenden/ Angehörigen und der Bezugsperson der Pflege ein Eintrittsgespräch durchgeführt. Danach wird eine individuelle Pflegeplanung erstellt. Als eigenständiger, selbstbestimmender Mensch ist die Bewohnerin, der Bewohner in die Planung und Gestaltung des Tagesablaufes einbezogen. Wir richten uns nach seinen persönlichen Wünschen und Bedürfnissen. Es ist es uns wichtig, dass die Bewohnenden ihren eigenen Lebensrhythmus und ihre Lebensgewohnheiten beibehalten können.

6.2. Linderung von belastenden Begleitsymptomen

Bei Fortschreiten einer unheilbaren Krankheit oder in der Sterbephase können belastende Begleitsymptome auftreten, welche die Lebensqualität deutlich einschränken. Auf allen Wohnbereichen im Reusspark wird der Linderung dieser Begleitsymptome viel Gewicht beigemessen, um den Bewohnenden so lang wie möglich eine gute Lebensqualität zu ermöglichen. Es wird nach einheitlichen Leitlinien vorgegangen.

Auf den allgemeinen Wohnbereichen werden die Therapien in den gängigen Formen verabreicht - in Tablettenform, als Suppositorien, subcutan und wenn nötig auch intravenös („Umgang mit Infusionen“ 5.01.25_RL, „Intravenöse Injektion“ 5.01.24_RL).

Im Hospiz treten die Bewohnenden aus Spitälern und Kliniken oft in einem sehr fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung ein. Häufig geht es dabei um die Gestaltung von End of Life Care. Da die verbleibende Lebenszeit häufig nur noch Stunden, Tage bis wenige Wochen beinhaltet, wird die Therapie wie gewohnt weitergeführt.

Im Hospiz können aus diesem Grund die Medikamente auch intravenös via Port-à-cath verabreicht werden („Port-à-cath Allgemeines“ 5.01.85_RL).



6.2.1. Schmerzen, Angst und Atemnot

("Schmerzerfassung Schmerztherapie" 5.01.19_CL, "Schmerzprotokoll" 5.01.43_FO, "BISAD" 5.01.100_CL, "Medikamente subcutan verabreichen" 5.01.21_AW, "Leitlinie: Durchbruchschmerz" 5.01.103_AW, "Leitlinie: Dyspnoe" 5.01.105_AW, "Leitlinie: Rasselatmung" 5.01.106_AW, "Leitlinie: Akute Blutung" 5.01.107_AW)

Schmerzen werden wahrgenommen und mittels eines strukturierten Assessments erfasst, dokumentiert und angegangen. Die Wirkung der Schmerztherapie wird laufend überprüft und bei Bedarf angepasst.

Ängste werden ernst genommen, angesprochen und es wird gemeinsam nach einer sinnvollen Lösung gesucht. Auf Wunsch kann der Liaisondienst der PDAG oder die Seelsorge beigezogen werden.

Bei Atemnot wird Sauerstoff angeboten oder es werden Medikamente eingesetzt, welche die Atmung erleichtern. Wo es sinnvoll und gewünscht ist, kann auch die Physiotherapie beigezogen werden, um atmungsunterstützende Therapien durchzuführen.

6.2.2. Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung und Juckreiz

("Leitlinie: Übelkeit/ Nausea" 5.01.104_AW, "Leitlinie: Obstipation, mechanischer u. paralytischer Ileus" 5.01.109_AW, "Leitlinie: Pruritus/ Juckreiz" 5.01.141_AW)

In der Palliative Care kommt diesen Symptomen eine wichtige Bedeutung zu. Oft wird unterschätzt, wie weit die Lebensqualität reduziert sein kann, wenn Menschen an Übelkeit, Verstopfung oder Juckreiz leiden. Es werden frühzeitig Reservemedikamente verordnet, um bei Bedarf rasch handeln zu können.

6.2.3. Palliative Sedation mit Dormicum

("Leitlinie: Sedation mit Dormicum" 5.01.102_AW, "Verordnung: Sedation mit Dormicum" 5.01.101_FO)

Es kann das Problem auftreten, dass trotz Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten, die Linderung der belastenden Begleitsymptome nur ungenügend für die Betroffenen möglich ist. In diesem Falle kann die bewusste Verabreichung sedierender Medikamente ein Angebot sein, welche den Betroffenen eine Perspektive gibt, um die verbleibende Lebenszeit erträglich zu gestalten.

Die palliative Sedation mit Dormicum als Infusion verabreicht, unterscheidet sich vollständig von der Euthanasie. Deshalb gelten bei der palliativen Sedation mit Dormicum spezielle Anforderungen in den Bereichen "Entscheidungsfindung, Durchführung und Überwachung".

Das Ziel der palliativen Sedation mit Dormicum besteht darin, den Betroffenen in einen schlafähnlichen Zustand zu versetzen um die Erträglichkeit der Symptome zu gewährleisten.



Dieses Vorgehen entspricht den anerkannten ethischen Richtlinien (SAMW- schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften).

Die palliative Sedation mit Dormicum ist ein Angebot welches ausschliesslich im Hospiz durchgeführt wird und nur mit der Zustimmung der Betroffenen und deren Angehörigen.

6.2.4. Mundpflege ("Mundpflege" 5.01.22_AW)

Ein spezielles Merkblatt im Umgang mit Mundpflege steht den Pflegenden zur Seite. Die verschiedenen Massnahmen werden individuell angeboten und angewendet.

6.3. Geräte

6.3.1. Pflegebadewanne/Therapiebad

Bewohnerinnen und Bewohner schätzen und geniessen die wohltuende und lindernde Wirkung eines Bades. In unseren Räumlichkeiten verfügen wir über eine Pflegebadewanne (Patientenheber ist vorhanden).

Das hausinterne Schwimmbad ist über einen Lift erreichbar und steht zur Benützung zur Verfügung.

6.3.2. Infusionspumpen

Für eine sichere Verabreichung von Schmerz-/ und Infusionstherapien stehen mehrere Infusionspumpen zur Verfügung.

6.4. Düfte, Musik, Basale Stimulation, Kinaesthetics, Validation („Ätherische Öle“ 5.01.25_CL)

Wir erfassen die Bewohnenden ganzheitlich und versuchen ihre Wünsche, Anliegen und Gewohnheiten zu berücksichtigen.

Bei Eintritt werden Lieblingsdüfte/ -musik, Wohltuendes bei Schmerzen, Angst, Schlaflosigkeit usw., mittels Bedürfnisraster erfasst und bei Bedarf gezielt eingesetzt.



6.5. Rituale ("Rituale Sterbephase" 5.01.24_CL)

Rituale haben in der letzten Lebensphase und auch nach dem Sterben ihren festen Platz.

- Als Symbol dafür, dass eine Bewohnerin, ein Bewohner in der letzten Lebensphase ist (auch als Zeichen für die anderen Dienste), bringen wir eine Rose an der Zimmertüre an.
- Wir sorgen dafür, dass Gebete in schriftlicher Form bei uns vorhanden sind.
- Wenn eine Bewohnerin, ein Bewohner in der letzten Lebensphase ist, ist es für uns selbstverständlich, dass wir den Pfarrer jederzeit informieren. Er bespricht dann mit den Bewohnenden oder den Angehörigen welche Wünsche oder Bedürfnisse bestehen.
- Wir sind uns bewusst, dass es Bewohnende gibt, die von einem Mitbewohnenden Abschied nehmen möchten. Wir ermöglichen dies, indem wir sie begleiten.
- Wir ermöglichen den Mitbewohnenden das Abschied nehmen, auch beim Verstorbenen im Zimmer.
- Mitbewohnende werden bei der nächsten Gelegenheit über den Todesfall informiert.
- Wenn eine Bewohnerin, ein Bewohner gestorben ist, werden im Eingang des Wohnbereichs eine Kerze, ein Foto und ein Trauerkärtchen mit dem Namen, Datum und dem Todeszeitpunkt aufgestellt. Es werden persönliche Gegenstände wie zum Beispiel Brille, "Lismete", usw. beigelegt.
- Wenn eine Bewohnerin, ein Bewohner verstorben ist, halten wir eine Ruhestunde ein. Wir versuchen, die Angehörigen dabei zu integrieren.
- Wir schreiben den Angehörigen, mit denen wir in engster Beziehung waren, eine Trauerkarte.
- Mindestens ein Teammitglied (wenn möglich die Bezugsperson) nimmt an der Beerdigung teil, wenn diese nicht im engsten Familienkreis stattfindet.

6.6. Aufbahrung «Andante»

Die Angehörigen können von den Verstorbenen im Zimmer Abschied nehmen. Auf Wunsch ist dies auch im Aufbahrungsraum möglich. Wenn immer möglich, werden persönliche Kleider angezogen. Die Verstorbenen bleiben solange als möglich/ vertretbar im Wohnbereich (Stunden bis zu einem Tag). Die Verlegung vom Wohnbereich in den Aufbahrungsraum wird mit Respekt und Achtung durchgeführt. Der Transport der Verstorbenen in das «Andante» erfolgt im Bett. Im Reusspark besteht die Haltung, dass der Tod zum Leben gehört und Teil im Alltag sein soll. Bei einem Todesfall auf einem Wohnbereich im Hauptgebäude findet der Transport der Verstorbenen ohne Abdeckung des Gesichtes statt. Bei einem Todesfall im Klostergebäude wird das Gesicht zugedeckt, da im Quergang zwischen Kloster und Hauptgebäude sich Menschen aufhalten können, welche z. B. zum Schwimmen kommen und sonst wenig Bezug zum Reusspark haben.



6.7. Fallbesprechung

Nach einem Todesfall plant die Bezugsperson (oder eine Vertretung), im Idealfall innert 24 bis 48 Stunden, eine Fallbesprechung. Die Bezugsperson übernimmt die Verantwortung für die Moderation. Eingeladen ist das Pflegeteam des Wohnbereiches, fakultativ anwesend sind die Teilnehmer des interprofessionellen Teams. Ziel der Fallbesprechung ist zu evaluieren: Was ist während des Aufenthalts/ während der Sterbephase gut gelöst worden? Was ist in einem nächsten Fall zu optimieren? Wie ist die Befindlichkeit im Team nach dem Todesfall? („Fallbesprechung“ 5.01.50_FO).

7. Interprofessionelles Angebot Palliative Care

«Was uns alle angeht, müssen wir alle miteinander angehen.»

7.1. Ärztliche Versorgung

Im Reusspark wird die ärztliche Versorgung durch sechs Belegärzte und eine Assistenzärztin/ einen Assistenzarzt gewährleistet. Diese sind auf fest zugeordneten Wohnbereichen tätig. Auf den allgemeinen Wohnbereichen findet einmal wöchentlich eine Visite statt.

Im Hospiz finden zwei geplante Visiten statt, da es bei diesen Bewohnenden zu rasch wechselnden Ausgangssituationen kommen kann. Fallweise kann der ärztliche Dienst im Reusspark auf Fachärzte zurückgreifen.

Bei notfallmässigen Veränderungen bei den Bewohnenden im ganzen Reusspark, kann jederzeit der ärztliche Dienst kontaktiert werden.



7.2. Der Pflegedienst

Bei Eintritt wird jedem Bewohnenden eine Bezugsperson Niveau A zugeordnet. Diese ist von Eintritt bis Austritt/ Todesfall für sämtliche Anliegen der Bewohnerin, des Bewohners und der Angehörigen zuständig. Die Bezugsperson koordiniert den Informationsfluss und vertritt die Interessen im Sinne der Bewohnenden und Angehörigen bei Drittpersonen. Das Pflege team auf dem Wohnbereich unterstützt die Bezugsperson in der Umsetzung einer guten Pflege und Betreuung.

Es besteht auch jederzeit die Möglichkeit, dringende Anliegen, mit der Wohnbereichsleitung, der Leitung Geriatrie oder Gerontopsychiatrie, zu klären.

7.3. Ergo-/Physiotherapie/Kinaesthetics/medizinische Massage

(„Infoblatt-Palliative Care/ End of Life Care und die Rolle der Therapien“ 5.01.04.32 a)

Ergo-/ Physiotherapie führen Therapien durch zur Linderung und Beseitigung von Schmerzen. Die Therapien werden vom ärztlichen Dienst nach Rücksprache mit den Bewohnenden verordnet.

- Es werden Möglichkeiten zur schmerzfreien Lagerung und Bewegung aufgezeigt
- Beratung und Unterstützung im Umgang mit Hilfsmitteln
- Unterstützung der Mobilität und Selbstständigkeit durch Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der körperlichen, geistigen und psychosozialen Fähigkeiten
- Anwendung von diversen Massagen, Wickel und Lymphdrainage
- Bieten Abwechslung im Alltag und erzeugen Wohlbefinden. Die Therapien werden auf dem Wohnbereich oder in den Therapieräumen angeboten

7.4. Aktivierungs-/Musiktherapie und Malatelier

Pro Wohnbereich ist eine Aktivierungsverantwortliche von Montag bis Freitag und an Festlichkeiten anwesend. Sie ist zuständig für die Aktivierung der Bewohnenden. Das Aktivierungsprogramm berücksichtigt die individuellen Interessen und Möglichkeiten der Bewohner, der Bewohnerin. Ziel ist es, die Selbstständigkeit zu fördern und zu erhalten, sowie für Abwechslung im Alltag zu sorgen.

Zusätzlich besteht das Angebot eines Malateliers und der Musiktherapie, um verschiedene Sinne anzuregen.



7.5. Diagnostik

Der Reusspark verfügt über ein eigenes Labor, Röntgen und EKG. Dies ermöglicht bei Bedarf, dass einfache Abklärungen vor Ort schnell durchgeführt werden können. Den Bewohnenden werden belastende Transporte erspart. Ergebnisse liegen so rasch vor und geeignete Massnahmen können schnellstmöglich eingeleitet werden. Sollten Abklärungen/Therapien nötig sein, welche im Reusspark nicht durchgeführt werden können, werden die Bewohnenden in ein nahe gelegenes Spital oder zum Spezialisten geschickt. Dies geschieht stets nur in Absprache mit dem Bewohner, der Bewohnerin oder den Angehörigen.

7.6. Sozialdienst

Der Sozialdienst organisiert den Eintritt in den Reusspark. Während des Aufenthalts unterstützt er die Bewohnenden und ihre Angehörigen in Finanzierungsfragen und bei der Beantragung von Ergänzungsleistungen.

7.7. Coiffeur/ Fusspflege

Gerade in Zeiten, wo Bewohnende eine Verschlechterung ihres Zustandes erleben, kann ein gepflegtes Aussehen das Wohlbefinden steigern.

Der Reusspark verfügt über einen eigenen Coiffeursalon, wo Bewohnerinnen und Bewohner sich unkompliziert und kurzfristig anmelden können. Das Pflegepersonal ist bei der Anmeldung sehr gerne behilflich und begleitet, wo nötig, die Bewohnenden zum Coiffeur.

Um zu gewährleisten, dass die Füsse der Bewohnenden in einem gepflegten Zustand sind, ist mindestens einmal wöchentlich eine Podologin zur Fusspflege im Reusspark.

Die Kosten für den Coiffeur und die Fusspflege müssen von der Bewohnerin, dem Bewohner selbst übernommen werden.

7.8. Apotheke

Durch die hausinterne Apotheke ist eine schnelle Medikamentenversorgung gewährleistet.

7.9. Zahnarzt

Der Zahnarzt ist wöchentlich im Reusspark. Er ermöglicht dem Bewohnenden eine Behandlung im Haus, ohne lange Anfahrtswege.



7.10. Verpflegung

Im Reusspark können die Bewohnenden täglich aus einem reichhaltigen Angebot ihre Mahlzeiten selber zusammenstellen. Es kann auf Wunsch/ Verordnung auch diätetische Kost angeboten werden. Wunschkost wird durch den Arzt, mittels Formular „Spezialkost“ 6.05.04_FO verordnet. Der Verpflegungsbereich ermöglicht, unter Einhaltung einer Bestellfrist von 24 Stunden, (fast) jeden Wunsch. Kurzfristige Wünsche, d. h. bis drei Stunden vor der Mahlzeit, werden wenn immer möglich erfüllt. Bei verordneter Wunschkost entstehen dem Bewohner, der Bewohnerin keine Mehrkosten.

Für Angehörige kann ein Menü gegen Verrechnung bestellt werden. Kleine Imbisse, wie Suppen und Zwieback, sowie Tee und Kaffee, sind auf dem Wohnbereich kostenlos erhältlich. Im Café Reuss können Kleinigkeiten auch in der Nacht konsumiert werden (Sandwiches, Birchermüesli, usw.) Der Kaffeeautomat kann mit Kleingeld oder Jetons bedient werden. Das Café bleibt 24h offen, so besteht auch in der Nacht die Möglichkeit, sich ausserhalb des Wohnbereiches zu verpflegen.

7.11. Seelsorge und spirituelle Betreuung

Wir respektieren die individuelle religiöse Haltung unserer Bewohnenden und begegnen ihr mit Achtung.

Die Seelsorge wird als ökumenische Seelsorge verstanden. Seelsorgende unterstützen und begleiten Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und auch das Personal bei der Bewältigung von Krisensituationen (Krankheitsverlauf, Vergangenheitsbewältigung, Sterbeprozess, Sterbesegen, Krankensalbung etc.). Sie geben religiösen und spirituellen Fragen Raum und arbeiten in ökumenischer Offenheit im Auftrag der Landeskirchen.

In derselben Haltung finden regelmässig katholische und reformierte Gottesdienste im Saal und in der Klosterkirche statt.

Die Klosterkirche auf dem Gelände ist rollstuhlgängig und jederzeit zugänglich für die Bewohnenden.



7.12. Freiwillige Helferinnen und Helfer

(„Freiwillige Helfer“ 5.01.07.01_AW, „Einsatz freiwillige Helfer Palliative Care“ 5.01.14)

Freiwillige Helferinnen und Helfer sind eine wichtige Ressource und unterstützen das Team. Sie sind ausgebildet bei einfachen Pflegeverrichtungen Unterstützung zu geben und Hilfestellungen zu leisten. Im Alltag übernehmen sie kleine Besorgungen, gehen spazieren, lesen den Bewohnenden vor oder begleiten sie auf Ausflügen. Sie entlasten so auch Angehörige und Bezugspersonen. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer werden sorgfältig ausgewählt und entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt.

In der Sterbephase oder wenn der Bewohnende sich in einer Krise befindet, besteht die Möglichkeit, spezialisierte Freiwillige Palliative Care anzufordern. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer besuchen ein Ausbildungsprogramm für ihren Einsatz in der Palliative Care. Sie besuchen regelmässig Weiterbildungen und Coachings um ihr Wissen zum Thema Palliative Care aktuell zu halten.

7.13. Angehörige/ Bezugsperson

Angehörige und Bezugspersonen sind wichtige Personen in der Betreuung der Bewohnenden. Wenn die Bewohnerin, der Bewohner nicht mehr selber in der Lage ist, Auskunft zu geben oder Entscheidungen zu fällen, sind Angehörige und Bezugspersonen eine wertvolle Ressource, um im Sinne der Bewohnenden handeln zu können. Sie stehen wie die Bewohnenden im Zentrum unserer Bemühungen.

Das Betreuungsteam unterstützt Angehörige/ Bezugspersonen während des Aufenthalts ihrer Nächsten im Reusspark und bezieht sie in die Entscheidungsfindung mit ein. Eine Mithilfe in der Betreuung der Bewohnenden ist erwünscht. In der Phase des Abschieds ermöglichen wir, dass Angehörige 24 Stunden anwesend sein können. Im Hospiz bieten wir Übernachtungsmöglichkeiten im selben Zimmer an, ohne Aufpreis. Auf den allgemeinen Wohnbereichen steht ein Notbett zur Verfügung.

7.14. Angebot für Trauernde/ offener Trauertreff

Nach Möglichkeit nimmt die Bezugsperson oder eine Vertretung an der Beerdigung teil und behält den Kontakt zu den Angehörigen. Sie führt zwei Wochen nach dem Todesfall das abschliessende Telefongespräch („Telefongespräch nach Todesfall“ 3.01.04_FO) und informiert über das Angebot für den Trauertreff. Die Trauertreffs vom Aargauer Hospiz-Verein können unentgeltlich besucht werden (siehe auch www.hospiz-aargau.ch/hospiz-trauertreff/). Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.



8. Netzwerk

Der Reusspark arbeitet eng mit verschiedenen Institutionen zusammen. Die Mitarbeitenden nehmen regelmässig an Tagungen und Fallbesprechungen von palliative.ch oder palliative aargau teil. Im Reusspark wird seit 2013 einmal jährlich die Fallbesprechung der Region Aargau durchgeführt.

Institutionen in der Region wurden über unser erweitertes Angebot informiert. Es ist uns ein Anliegen, als Kompetenzzentrum für Palliative Care wahrgenommen zu werden. In der Entwicklung von Palliative Care arbeitet der Reusspark aktiv mit und bietet auf Anfrage anderen Institutionen Unterstützung mit dem erworbenen Know-how.

9. Qualitätssicherung

Die Mitarbeitenden des Reusspark setzen sich für eine hohe Qualität in der Pflege und Betreuung ihrer Bewohnenden ein. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden anhand des Bedarfsabklärungs-Instruments nach RAI erfasst. Dies ermöglicht eine standardisierte und für alle Beteiligten transparente Beurteilung der Bewohnenden.

Wir bekennen uns zum Qualitätsmanagementsystem ISO 9001:2008.

10. Überprüfung und Weiterentwicklung des Konzeptes

Das Konzept wird einmal jährlich, nach der internen Prozessüberprüfung Palliative Care, auf seine Aktualität überprüft und weiterentwickelt. Die Überarbeitung wird durch die Leitung Geriatrie, welche für den Prozess Palliative Care verantwortlich ist, durchgeführt.



11. Interne Anschlussdokumente

Antrag zur Einberufung der Ethikkommission 4.01.97_FO

Ärztliche Todesbescheinigung 5.01.14_FO

Ätherische Öle 5.01.25_CL

BISAD Schmerzerfassung Beobachtungsinstrument 5.01.100_CL

Checkliste Eintritte für Palliativpflege 5.01.97_CL

Einsatz freiwillige Helfer Palliative Care 5.01.14_HB

ESAS Erfassungsinstrument 5.1.157_CL

Ethische Richtlinien 4.01.96_RL

Fallbesprechung 5.01.50_FO

Freiwillige Helfer 5.01.07.01_AW

Funktionsbeschreibung Thementräger Palliative Care 4.01.84_FO

Hilfestellungen für den Todesfall 5.01.09_CL

Intravenöse Injektion 5.01.24_RL

Leitfaden zum Vorgehen beim begleiteten Suizid 5.01.155_RL

Leitlinie: Sedation mit Dormicum 5.01.102_AW

Leitlinie: Pruritus/ Juckreiz 5.01.141_AW

Leitlinie: Durchbruchschmerz 5.01.103_AW

Leitlinie: Übelkeit/ Nausea 5.01.104_AW

Leitlinie: Dyspnoe 5.01.105_AW

Leitlinie: Rasselatmung 5.01.106_AW

Leitlinie: Akute Blutung 5.01.107_AW

Leitlinie: Delir 5.01.108_AW

Leitlinie: Obstipation, mechanischer u. paralytischer Ileus 5.01.109_AW

Medikamente subcutan verabreichen 5.01.21_AW

Mundpflege 5.01.22_AW

Palliative Pflege Bedürfnisraster 5.01.39_FO



Port-à-cath Allgemeines 5.01.85_RL

Rituale Sterbephase 5.01.24_CL

Schmerzerfassung Schmerztherapie 5.01.19_CL

Sinn finden 5.01.12_RL

Spezialkost 6.05.04_FO

Telefongespräch nach Todesfall 3.01.04_FO

Überwachungsblatt Palliative Sedation 5.01.126_FO

Umgang mit Infusionen 5.01.25_RL

Verordnung Sedation mit Dormicum 5.01.102_AW

Vorgehen nach dem Tod 5.01.06_CL

Was tun bei einem Todesfall / Merkblatt für Angehörige 5.01.05_CL

12. Literatur- und Quellenverzeichnis

Held C. (2013). Was ist «gute» Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben- Ein Praxishandbuch für Pflegende (1.Aufl.). *Kapitel 10: Dissoziatives Erleben beim Sterben*, S/91-96. Hans Huber 2013

Hinrichs S. (2009). Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen (2. Aufl.). Hans Huber Verlag

Kojer M., Schmidl M. (2011). Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis (1. Aufl.). Springer Verlag Wien/ New York

Knipping C. (2007). Lehrbuch Palliative Care (2. Aufl.). Hans Huber Verlag

Porchet-Munro S., Stolba V., Waldmann E. (2006). Der letzte Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care (2. Aufl.). Schwabe Verlag

[2] **SAMW** (2014). Palliative Care. *Kapitel: Präambel*, S/5. (7.Aufl.). Herausgeber SAMW

[3] **SAMW** (2014). Palliative Care. *Kapitel: 1.Definition*, S/6. (7.Aufl.). Herausgeber SAMW

[1] **von Wartburg L., Näf F.** (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. *Kapitel: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care*, S/21. Herausgeber BAG und GDK

Wilkening K., Kunz R. (2003). Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur (2.Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht