Konzept

Palliative Care

Altersheim Sonnhalde Burgdorf

Version 2, Februar 2024

Das Sterben fängt im Leben an (Komiker Baldrian)

Inhalt

1 Einleitung 1
2 Definition Palliative Care 1
3 Ziele 1
4 Grundhaltung in der Palliative Care 2
4.1 Grundwerte 2
4.2 Grundhaltung 2
5 SENS-Modell 3
5.1 Symptommanagement 3
5.1.1 Lösungsprozess 4
5.1.2 Flussdiagramm zum Symptommanagement 5
5.1.3 Schmerz 6
5.1.4 Angst 7
5.1.5 Akute Verwirrtheit (NANDA) 9
5.1.6 Unwirksamer Atemvorgang 10
5.1.7 Nausea 11
5.1.8 Obstipation 12
5.1.9 Fatigue 13
5.2 Entscheidungsfindung 15
5.3 Netzwerk 15
5.4 Support 17
6 Rituale in der Sonnhalde 19
6.1 Rituale für unsere Bewohner 19
6.1.1 Gedenkminute nach dem Mittagessen 19
6.1.2 Erinnerungstreff 19
6.1.3 Gedenktisch 19
6.2 Rituale für das Pflegeteam 20
6.2.1 Erinnerungsbuch 20
6.2.2 Begleitung des Bewohners zum Leichenwagen 20
6.2.3 Gedenken an Ressortsitzung 20
6.3 Rituale für das ganze Haus 20
6.3.1 Dekoration der Zimmertüre des Verstorbenen 20
6.3.2 Gedenkminute an der Teamsitzung 20
7 Spiritualität 20
8 Palliativ Begleitung – Angebot der Spitex Burgdorf 21
9 Betreuungsplan der Sonnhalde 21
9.1 Ziel und Zweck des Betreuungsplans 21
10 Anhang 22
Literaturverzeichnis 23

Einleitung

Das Altersheim Sonnhalde hat im Jahr 2022 in einer Projektgruppe das Konzept Palliativ Care entwickelt. Mit diesem vorliegenden Konzept ,,Palliative Care'' (PC) setzt das Altersheim Sonnhalde die gewählte Strategie fort und schafft, durch einen weiterhin konsequenten Auf- und Ausbau des Fachbereiches und des Versorgungsangebotes, die Grundlage um die zukünftigen Herausforderungen entsprechend der Nationalen Strategie ,,Palliative Care'' anzugehen. Mit dem vorliegenden Konzept strebt das Altersheim Sonnhalde eine Etablierung und Verbreitung von Fachwissen über Palliative Care und eine Grundversorgung in Palliative Care bei den Bewohnern an.

1 Definition Palliative Care

Das Wort Pallium kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Umhang, Mantel.
Das Wort Care aus dem Englischen bedeutet Sorge, Fürsorge.
Daraus ergibt sich eine ummantelnde Pflege.

Palliative Care ist ein Pflege- und Betreuungsangebot für Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Palliativ Care umfasst ebenfalls die Betreuung der Angehörigen. In der Palliativ Care steht Lebensqualität für uns an oberster Stelle. Hierbei geht es darum, Leiden der Betroffenen und deren Angehörigen vorzubeugen, zu lindern und damit ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Palliative Care wird vorausschauend miteinbezogen. Der Schwerpunkt liegt nicht mehr in der Kuration der Krankheit.
Da für jeden Menschen Lebensqualität eine andere Bedeutung hat, ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten, Bezugspersonen, Bewohner und ihren Angehörigen sowie weitere Dienstleistungsanbietern unabwendbar, um eine optimale Unterstützung gewährleisten zu können.

2 Ziele

- Symptome erfassen, behandeln und lindern
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern
- Im Zentrum steht nicht die Heilung einer Krankheit, sondern das Wohlergehen der Bewohner, um somit eine bestmögliche Lebensqualität für den Betroffenen bis zum Lebensende zu gewährleisten
- In der Palliative Care wird der Tod als normaler Prozess angesehen, daher soll er weder beschleunigt noch hinausgezögert werden
- Die Angehörige werden in den Prozess miteingebunden und darin bestmöglich unterstützt
- Advance Care Planning (Vorausschauende Planung), um Notfallsituationen vermeiden zu können
- Die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner sollen, wenn immer möglich gefördert werden um das Selbstwertgefühl zu stärken

3 Grundhaltung in der Palliative Care

3.1 Grundwerte

Die untenstehenden Grundwerte und Grundhaltungen sind für das Altersheim Sonnhalde in Zusammenhang mit Palliative Care von grosser Bedeutung.

Würde der Heimbewohner
Die Würde wird in jeglicher Lebenssituation geachtet und gewahrt. Die Selbstbestimmung muss immer akzeptiert werden. Gerade in der letzten Lebensphase ist die Würde der Betroffenen leicht verletzbar und muss durch die Pflege auf Kommunikationseben und Verhaltenseben unbedingt gewahrt werden.

Autonomie
Das Altersheim Sonnhalde versteht unter dem Begriff Autonomie, dass die Menschen ihren freien Willen ausleben und ausdrücken können. Die Bewohner können entsprechend ihren Vorstellungen, Werten und Überzeugungen leben.

Umgesetzt heisst für uns, dass wir jederzeit mit dem Bewohner und seinen Angehörigen offen und ehrlich kommunizieren und uns vergewissern, ob wir das Gegenüber richtig verstanden haben. Bei einem urteilsunfähigen Bewohner greifen wir auf die Willensäusserung in Form der Patientenverfügung und der zur Verfügung stehenden Biografie zurück.

3.2 Grundhaltung

Eychmüller (2015) sagt:
,,Die Betroffenen erleben häufig nur noch Defizite, sind ,,professionelle Patienten'', habe die Lektion des Krankseins gelernt. Da braucht es besondere Energie und Aufmerksamkeit, um gemeinsam trotz sehr schwieriger Lebenslage doch noch eine Tür zu öffnen: Was macht ein wenig heil, auch wenn es keine Heilung mehr gibt? Welches Potenzial an positiven Kräften kann der Betroffene und sein Umfeld mobilisieren, um den vielen Defiziten im Sinne der Salutogenese entgegenzusetzen? ''.

Einfühlungsvermögen
Aktives Zuhören, engagiert, konzentriert und versuchen sich in die Person einzufühlen, kann eine wirksame, entlastende Begegnung sein.

Achtung, Respekt, Wärme
Wir wollen den Menschen als Individuum ansehen und dem Gegenüber stets mit Respekt und Wertschätzung entgegentreten.

Aufrichtigkeit, Echtheit, Wahrhaftigkeit
Unser Handeln, Fühlen und Denken soll übereinstimmen. Damit portieren wir Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit. Die Kongruenz ist der Grundstein für ein vertrauensvolles Miteinander.

4 SENS-Modell

Bewohner in palliativ Situationen und deren Angehörige werden bestmöglich anhand des SENS-Modells betreut.

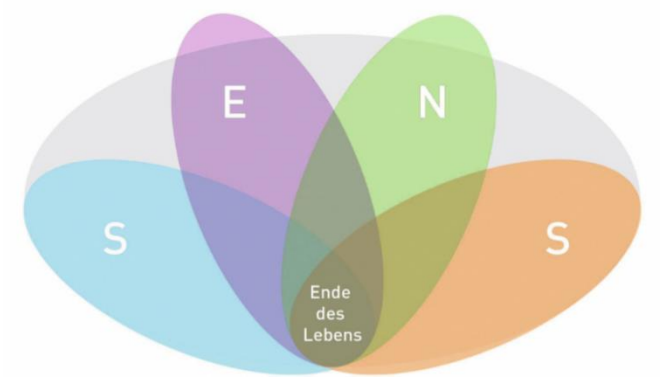


Abb.1: SENS, Copyright by palliative ostschweiz

4.1 Symptommanagement

Welche Symptome/Probleme/Ressourcen stehen im Vordergrund?

Um eine hohe Lebensqualität gewährleisten zu können ist das Symptommanagement ein wichtiger Bestandteil. Anhand des ESAS (Endomoton Symptom Assesment System) kann eine optimales Symptommanagement erreicht werden.
Das ESAS ist im BESA unter folgendem Pfad zu finden: *Bewohnerebene_Pflege_Evaluationen_Fokusassessments*

(Neuenschwander & Cina, 2015) beschreiben als Symptom: Ein Symptom (syn = zusammen, pipt-ein=fallen) ist eine Begebenheit die auf einen krankhaften Prozess hinweist. Generell verstehen wir unter einem Symptom eine subjektive Wahrnehmung. Wir grenzen es im klinischen Alltag vom ,,Zeichen'', einem objektivierbaren Befund ab, auch wenn manchmal die Übergänge von einem zum anderen fliessend sind''

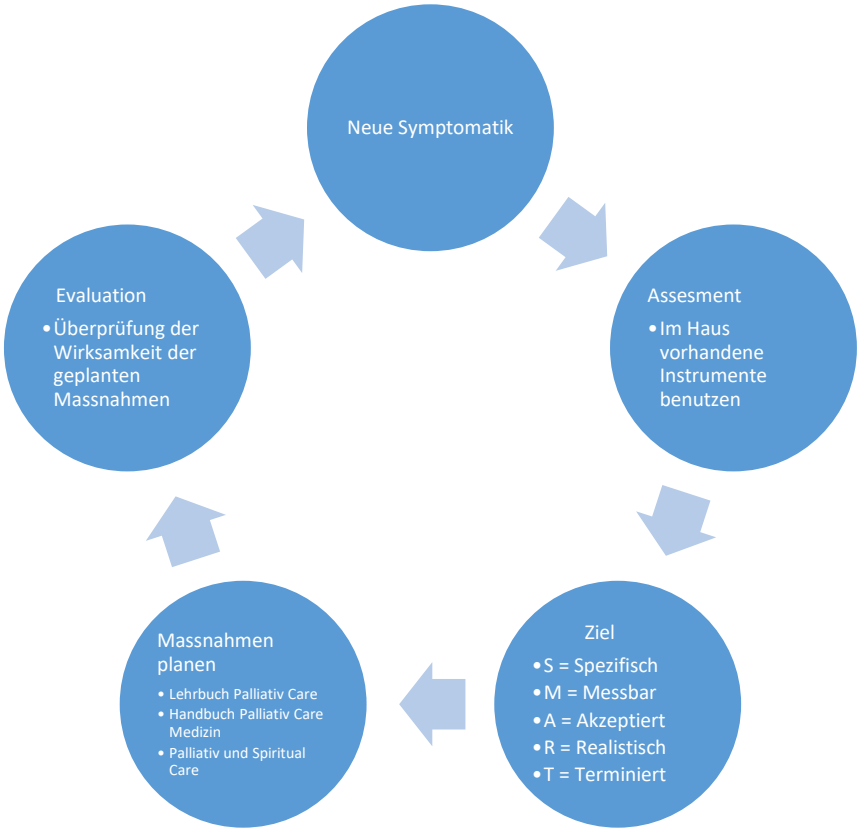
Wir nehmen alle Symptome ernst und was der Bewohner äussert, das gilt.

Unsere Heimärztin und alle anderen Hausärzte werden über das Konzept Palliativ Care der Sonnhalde aufgeklärt. Bei Visiten wird den Ärzten erklärt, dass wir mit dem Handbuch Palliativmedizin arbeiten um die Symptome der Betroffenen optimal zu lindern.

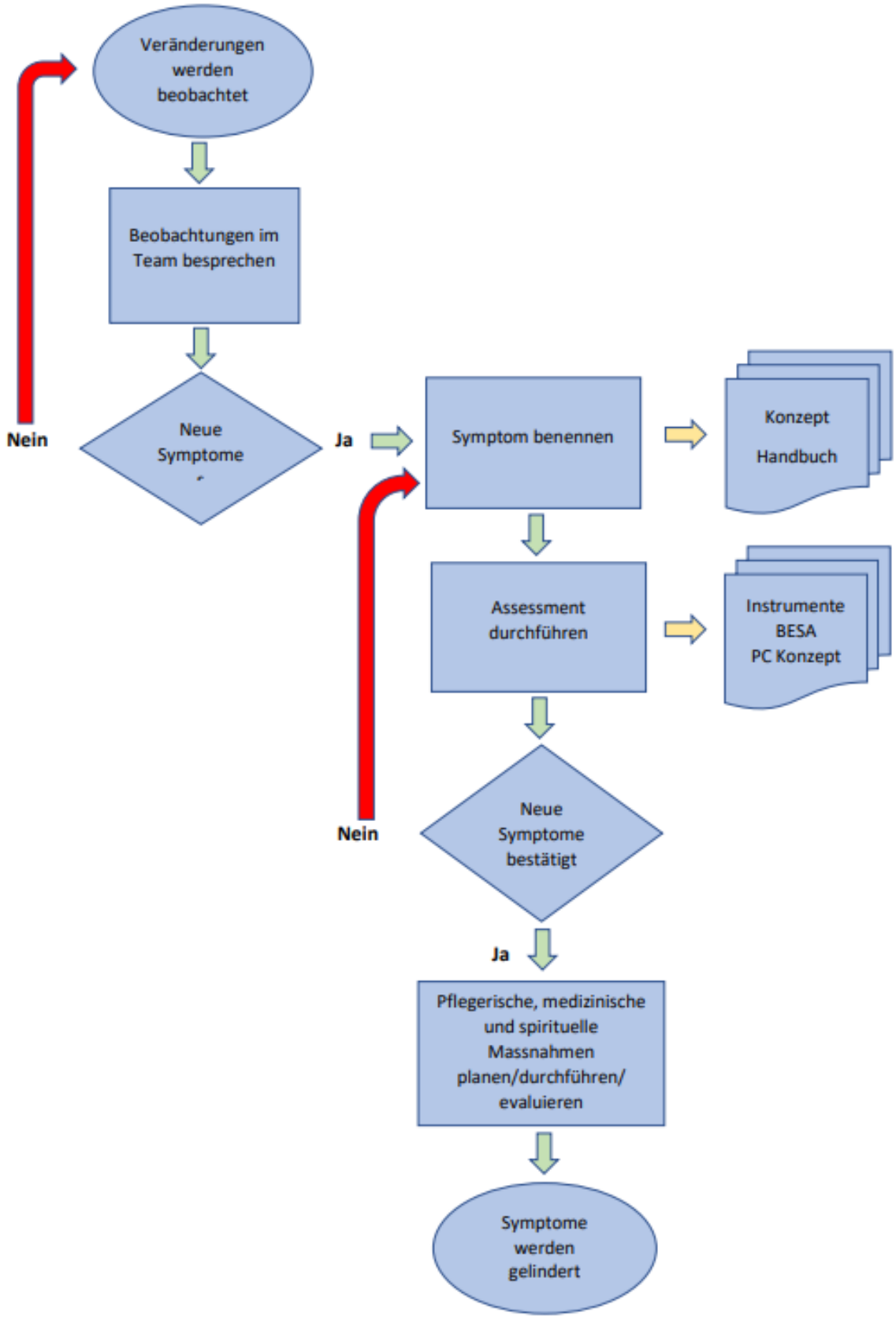
Neue Mitarbeiter Fachpflege müssen das Kapitel 1-3 (S. 11-29) im Handbuch Palliativmedizin bis Ende der Probezeit gelesen haben sowie das komplette Konzept Palliativ Care. Neue Mitarbeiter Assistenzpflege lesen unser Konzept bis Ende der Probezeit.

4.1.1 Lösungsprozess

Das Altersheim Sonnhalde setzt sich vor allem mit Symptomen als Schwerpunkt mit den passenden pflegerischen Massnahmen auseinander. Dabei wenden wir das Modell ,,Der Lösungsprozess'' an. Um ein Symptom optimal behandeln zu können wenden wir einen Teil des Pflegeprozess wie folgt an.



4.1.2 Flussdiagramm zum Symptommanagement



4.1.3 Schmerz

Definition
Unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen herrührt oder als solche Schädigungen beschrieben werden kann (International Association for the Study of Pain): plötzlicher oder allmählicher Beginn mit einer Intensität von leicht bis schwer, konstant oder wiederholend auftretend, ohne ein erwartetes oder vorhersehbares Ende. Chronischer Schmerz mit einer Dauer von mehr als 3 Monaten und Akuter Schmerz mit einer Dauer von weniger als 3 Monaten.

Symptome
- Schonhaltung
- Veränderung des Schlafmusters
- Schwitzen
- Unruhe und Reizbarkeit
- Gesteigerte Atemfrequenz, erhöhter Blutdruck und Puls
- Aktivitätsverminderung
- Schmerzhafter Gesichtsausdruck
- Veränderung des Appetits
- Ablenkende Verhaltensweisen (z.B. stöhnen, weinen, auf und abgehen auf der Abteilung)
- Nachweis von Schmerz anhand einer standardisierten Checkliste

Assessmentinstrument
Die Sonnhalde arbeitet mit folgenden Assessmentinstrumenten zum Thema Schmerz:
- BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) = Schmerz bei Demenz beinhaltet dasselbe wie ECPA (Echelle Comportementale de la douleur pour personnes âgés non communicantes) ist im BESA unter folgendem Pfad zu finden:
  Bewohnerebene_Pflege_Evaluationen_Fokusassessments
- VRS= Verbale Rating Skala im BESA unter den Vitalzeichen zu finden

Pflegerische Massnahmen
- Schmerzlindernde Positionierungen
- Dem Bewohner eine angenehme Atmosphäre im Zimmer schaffen (z.B. Musik, Licht, Stille)
- Ablenkungen (z.B. durch Gespräche, Einbezug der Aktivierung, Beschäftigung welche dem Bewohner Freude bereitet)
- Wickel (warm oder kalt)
- Auflage mit Aconit Schmerzöl (Eisenhutöl) (Anhang 9)
- Massagen/Entspannungsübungen
- Physiotherapie
- Komplementärmedizin: Spezifische Teeanwendungen (z.B. bei Magenbeschwerden Pfefferminztee oder Fencheltee)
- Angebot von Spiritueller Begleitung
- Während der Einstellung der Schmerzsituation ist eine regelmässige Schmerzerfassung über die Vitalwerte im BESA zu planen
- Durchführung der Pflege wird der Schmerzsituation angepasst, bei starker Schmerzintensität ist eine Reserveabgabe vor der Pflege in Betracht zu ziehen

Medikamentöse Massnahmen:
Wir geben Analgetika nachfolgendem Prinzip ab:

- Gemäss der Stufenleiter WHO
- Fixe Zeiten
- Primäre orale Verabreichung (sobald orale Verabreichung nicht mehr möglich dann Transdermal/rektal)
  Bei regelmässigen fixen Abgaben von Opioid Analgetika legen wir subkutan ein BD-Intima.
- Lokale Anwendungen von Schmerzsalben
- Individuelle Reservemedikation (wenn ausgeschöpft Anpassung der Basismedikation) Die Wirkung der Reservemedikation muss dringend dokumentiert werden um eine gezielte Basismedikation zu ermöglichen
- Bei Einsatz von Opioid-Analgetika ist an eine Co-Medikation gegen Nausea und Obstipation zu denken. Weitere Informationen bezüglich Co-Medikation im Handbuch Palliativ Medizin auf der Seite 66

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

Um unseren Hausärzten bessere Argumentation zu bringen warum nun ein Analgetikum erhöht oder angepasst werden muss, benutzt das Altersheim Sonnhalde die Umrechnungstabelle des Universitätsspital Basel.

Der Link kann unter folgenden Pfad aus dem Dokument geöffnet werden *Opioide (spitalpharmazie-basel.ch)*

4.1.4 Angst

Definition
Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Bedrohung begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannte Quelle); eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Massnahmen zum Umgang mit dieser Gefahr einzuleiten.

Sieben Werte welche durch den Tod bedroht werden (Diggory und Rothmann 1961)

- Den Kummer für Angehörige und Freunde
- Das Ende der Sorge um die Angehörigen
- Das Ende aller Pläne und Aktivitäten
- Das Ende aller Erfahrungen
- Die Schmerzhaftigkeit des Sterbens
- Das Schicksal des Körpers nach dem Tod
- Die Ungewissheit über ein Leben nach dem Tod (Knipping, 2007)

Assessmentinstrument

- Hamilton Skala
  Im Besa unter *Bewohnerebene_Pflege_Evaluation_Fokusassessment*

Symptome

- Unsicherheit - Angst vor dem endgültigen AUS - Angst vor dem Leiden - Angst vor einer negativen Lebensbilanz – Angst vor Kontrollverlust – Angst vor dem Alleinsein
- Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, Herumzappeln
- Reizbarkeit
- Umherblicken
- Anspannung (Gesichtszüge oder Spannung im ganzen Körper)
- Zittern – zitternde Stimme – zitternde Hände
- Schweissausbrüche
- Herzklopfen
- Seufzende Atmung
- Schwindel bis Ohrensausen

Pflegerische Massnahmen

- Ursache ermitteln – Anamnese
- Angst ansprechen – Zeit für Präsenz und Gespräch – fragen was beschäftig Sie?
- Spirituelle Begleitung anbieten
- Ruhige Kommunikation – jede Präsenz im Zimmer und jede Handlung informieren
- Berührung – Schulter/Hand/Arme
- Präsenz – Sitzwache – Angehörige
- Lichtverhältnisse im Raum bewusst gestalten (hell, sanft, Sonne, Schatten)
- Aromalampe einsetzen (Lavendel, Zirbelkiefer)
- Musik abspielen – Geschmack des BW berücksichtigen – pausieren
- Aurum Lavendula Pasta als Kompresse anwenden (Anhang 9)

Medizinische Interventionen

- Coping Strategien anwenden z.B. Informationen einholen, Meditation oder Yoga, Störfaktoren ausschalten, Musik hören, Lesen, sich mit etwas beschäftigen das gut tut
- Sicherheit vermitteln durch Informationen, Zuwendung, Aufklärung und Gespräche
- Entspannung durch Massage
- Wärmeanwendungen Bettflasche
- Medikamente (z.B. Temesta expidet, Morphin, Midazolam nasal)

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

4.1.5 Akute Verwirrtheit (NANDA)

Definition
Reversible Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Kognition und der Wahrnehmung, die sich über einen kurzen Zeitraum entwickelt und weniger als drei Monate andauert.

Unruhe -> Delir präfinales
Definition Knipping S. 469
Das so genannte präfinale Delirium ist ein in den letzten Lebenstagen oder -stunden häufig auftretendes Symptom und ist charakterisiert durch eine unspezifische, global-zerebrale Dysfunktion. Kognitive Veränderungen sind in der Sterbephase in bis zu 70% der Fälle normal.

Symptome
Störungen:
- des Bewusstseins - somnolent bis komatös
- der Aufmerksamkeit - braucht länger Zeit sich auszudrücken
- der Gedankenprozesse - spricht wirr und inadäquat
- der Sinneseindrücke - halluziniert
- der Kommunikationsmuster spricht nicht mehr, drückt sich mit Mimik aus, Laute von sich geben/stöhnen
- der Emotionen - zu kalt/heiss, zu laut/leise
- des Schlafes - schläft nicht
- des psychomotorischen Verhaltens - im Bett herumrutschen, in die Luft greifen, am Bettzeug/den Kleidern nesteln, sich entkleiden

Assessmentinstrument
Neecham-Skala ist in Papierform vorhanden im Ordner Palliativ Konzept (Anhang 8). Nach dem Ausfüllen im Hängeregister ablegen und einscannen im BESA unter Gesprächsprotokoll ablegen.

Pflegerische Massnahmen
- Ruhige Kommunikation – jede Präsenz im Zimmer und jede Handlung informieren
- Berührung – Schulter/Hand/Arme
- Präsenz – Sitzwache – Angehörige
- Lichtverhältnisse im Raum bewusst gestalten (hell, sanft, Sonne, Schatten)
- Aromalampe einsetzten
- Musik ablassen – Geschmack des BW berücksichtigen – pausieren
- Bodenbett
- Falls notwendig freiheitseinschränkende Massnahmen wie Bettgitter/Klingelmatte
- Basale Stimulation (z.B. nestelt der BW an den Kleidern oder am Bettzeug etwas in die Hände geben Waschlappen, Plüschtier oder Ball, wohlriechende Hautcreme anwenden
- Entspannung durch Massage
- Hand- und Fussmassage mit Solum Öl (Anhang 9), kann gut von den Angehörigen gemacht werden

Medizinische Massnahmen
- Sicherheit vermitteln durch Informationen, Zuwendung, Aufklärung und Gespräche
- Wärmeanwendungen Bettflasche/Wickel
- Medikamentöse Behandlung mit Haldol
- Gute Erfahrungen mit Off-Label-Use (Midazolam-Nasenspray gegen starke Unruhe)

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

4.1.6 Unwirksamer Atemvorgang

Definition
Unwirksamer Atemvorgang: der Zustand, indem eine Person, eine gestörte Atmung einem tatsächlichen oder potentiellen Verlust an adäquater Atmung erfährt.
Unwirksamer Atemvorgang (engl. Ineffectiv breathing pattern): Inspiration und/oder Exspiration, die nicht zu einer ausreichenden Belüftung der Lungen führen.

Symptome
- Veränderung der Atemtiefe – oberflächlichere Atmung
- Schnappatmung bzw. Tachypnoe
- Zyanose - zunehmende blau Verfärbung der Lippen, Finger, Zehen, Gesicht
- Reduzierte Atemfrequenz aufgrund der terminalen Ermüdung der Atemmuskulatur
- Aussetzer der Atmung, die immer länger werden bis zum Stillstand
- Terminales Rasseln – wegen Sekreten in den oberen Atemwegen, die nicht abgehustet werden
- Atmung mit offenem Mund

Anamnese durchführen
- Befinden, Unruhe Angst
- Schmerzen durch Atemnot
- Wie geht es den Angehörigen mit der erschwerten Atmung des Bewohners?
- Atemfrequenz (Norm 12-18 Atemzüge pro Min.)

Pflegerische Massnahmen
- Ruhige Atmosphäre, ruhige Stimme und kurze Sätze
- Hoch-Lagerung des Oberkörpers in der sich der BW gut fühlt
- Bequeme Kleidung offen am Hals
- Frischluftzufuhr
- Zimmerluft anfeuchten mit Duftlampe mit Eukalyptus
- Raumschaffung damit mehr Luft/Raum entsteht -> Ordnung im Zimmer, Fenster und Türen offen
- Mund und Lippen feucht halten mit guter Mundpflege
- Mundpflege mit Aldiamed Mundgel durchführen (Anhang 9)
- Atemerleichternde Einreibungen z.B. Produkte mit Kampfer
  Tisch- oder Handventilator auf die Wange richten (Idee aus Eychmüller - Erfahrungen sammeln)

Medizinische Massnahmen
- Sauerstoffzufuhr 2-6 lt. über die Sauerstoffbrille
- Morphin zur Verringerung der Wahrnehmung der Dyspnoe
- Midazolam nasal
- Off-Label-Use von Buscopan s/c über das BD -Intima, oder in Tablettenform rectal

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

4.1.7 Nausea

Definition
Reflex, bei dem der Mageninhalt durch den Mund entleert wird; entsteht durch Relaxation von distalem Oesophagussphincter, Magen und Pylorus, vermehrte duodenale Motilität, kräftige Bauchpresse und Zwerchfelldruck.

Ein subjektives Phänomen einer unangenehmen Empfindung im hinteren Rachenraum und im Magen, das zu Brechreiz oder Erbrechen führen könnte

Symptome
- Übelkeit (Befindlichkeitsstörung mit flauem Gefühl in der Magengegend)
- Verweigerung der Nahrungsaufnahme
- Würgereiz
- Vermehrter Speichelfluss
- Tachykardie
- Mundhöhle (Pilz, Aphten, offene Läsionen)
- Bauchschmerzen
- Blässe und kalter Schweiss
- Hypotonie

Anamnese durchführen:
- Zeit (Auftreten der Nausea
- Einflussfaktoren, Auslöser (z.B. Medikamenteneinnahme, Nahrungsaufnahme)
- Mundschleimhaut und Geschmack
- Dauer
- Intensität mit VAS messen
- Häufigkeit
- Linderung/Verstärkung
- Labor

Ständige Übelkeit →charakteristisch für metabolische oder toxische Ursachen
Erleichterung durch Erbrechen → charakteristisch für intestinale Ursache
Erbrechen ohne Nausea → charakteristisch für zerebrale Ursache

Pflegerische Massnahmen
- Gute konsequente Mundpflege (vor allem nach Erbrechen)
- Erbrochenes schnell aus dem Zimmer entfernen
- Für genügend Frischluft sorgen (regelmässiges Lüften)
- Bequeme Lagerung (Oberkörper hochlagern)
- Wunschkost anbieten (eher kalte Speisen da weniger intensiver Geschmack)
- Kleine Portionen anbieten
- Trockene, leichte Kost wie z.B. Zwieback, Salzstangen anbieten
- Auf eine ruhige Umgebung achten
- Flüssigkeitsaufnahme (keine kohlensäurehaltigen Getränke, z.B. Zitronen oder Pfefferminztee)
- Entspannungstechniken (Atemübungen)
- Sea-Band anbringen an den Handgelenken (Anhang 9)

Medizinische Massnahmen
Für eine effektive Behandlung sollte bei akuter oder chronischer Nausea immer der Applikationsweg überdacht werden

- Metoclopramid: Paspertin**,** Primperan
- Domperidom: Motilium sublingual →Könnte rektal gegeben werden
- Magensonde zur Entlastung bei häufigem Erbrechen
- Buscopan rektal (Reduktion der Sekretion und Mobilität des Darmes)
  Auf subkutane, transdermale oder rektale Medikationsgaben ausweichen

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

4.1.8 Obstipation

Man geht davon aus, dass in der terminalen Phase 90% der Menschen obstipiert sind (Bigorio 2007)

Definition
Als Obstipation bezeichnet man eine erschwerte und/oder seltene Darmentleerung (weniger als ein Stuhlgang alle drei Tage oder gegenüber den Gewohnheiten des Bewohners verringerte Häufigkeit der Stuhlgänge).

Symptome

- Reduzierte Häufigkeit der Stuhlabsetzung
- Appetitlosigkeit und Völlegefühl
- Blähungen und Flatulenzen
- Bauchschmerzen bis zu Krämpfen
- Übelkeit und Erbrechen
- Harninkontinenz oder -verhalt
- Delirium

Anamnese durchführen:

- Wie waren die letzten Stuhlentleerungen (Frequenz, Konsistenz, Menge, Schmerz)
- Stuhlgewohnheiten
- Gebrauch von Abführmitteln
- Funktionelle Defizite (Immobilisation)
- Eingenommene Medikamente
- Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme (ausreichende Menge, Ballaststoffe, Schoggi, Feigen)
- Rektale Untersuchung

Pflegerische Massnahmen

- Prävention: Ausreichende Hydration und ballaststoffreiche Ernährung (mehr Ballaststoffe sind nur mit genügend Flüssigkeit wirkungsvoll)
  Mobilisation fördern
- Günstiges Umfeld für den Toilettenbesuch schaffen
  - Zugang zur Toilette
  - Zeit lassen für den Toilettengang
  - Toilettentraining
  - Bequemes Sitzen auf der Toilette
  - Schutz der Intimsphäre
- Schmerzen behandeln

- Analfissuren und Hämorrhoiden behandeln
- Verstopfende Medikamente reduzieren oder Wirkstoffwechsel - sofern möglich (Fentanyl obstipiert weniger als andere Opiate Bigorio 2007)
- Abdomenmassagen (nicht durchführen bei Aszites und gastrointestinaler Obstruktion) Massage mit Carum Carvi (Kümmelöl) siehe Anhang 9, in kreisenden sanften Bewegungen (im Uhrzeigersinn) um den Nabel starten und auf den ganzen Unterbauch ausweiten. Ruhig arbeiten und sich 10-20 Min. Zeit lassen für die Massage.
- Wärmende Wickel
- Stimulierender Tee (Kamille, Pfefferminze, Kümmel, Fenchel)
- Stimulierende Säfte (Frucht-, Rhabarber- oder Sauerkrautsaft) oder Buttermilch

Medizinische Massnahmen

- Darauf achten das Passende für den Bewohner zu finden (Weichmacher oder stimulierende Laxantien in Kombination).
- Rektaler Zugang (nicht möglich bei Thrombozytopenie, lokaler Infektion, Fistel)
  - Glyzerinzäpfchen (Bulboid)
  - Sorbit-Einlauf (Microclist 5ml)
  - Kleines Klistier (Freka-Clyss 120ml)
  - Glyzerinlösung (Practomil 1000ml)
- Manuelle Entleerung des Enddarmes (vorher Lidocain Gel anbringen und Morphin verabreichen, 1 Stunde vorher)

Eine regelmässige Stuhlentleerung verliert im Angesicht des Todes an Bedeutung. (C. Knipping, S. 284).

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020)

4.1.9 Fatigue

Definition

Ein überwältigendes, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung und eine verminderte Fähigkeit, körperliche und geistige Arbeit auf gewohntem Niveau zu leisten. (Herdman & Kamitsuru, 2018-2020).
Fatigue in Verbindung mit einer schweren, fortschreitenden Krankheit ist ein subjektives, beschwerliches und anhaltendes Symptom, das sowohl körperliche Wahrnehmungen (fehlende Kraft und Energie; erhöhtes Bedürfnis, sich auszuruhen) wie auch emotionale, kognitive und/oder spirituelle Wahrnehmungen beinhaltet. Fatigue reicht von Müdigkeit bis hin zu Erschöpfung und beeinträchtigt den betroffenen Menschen in seinem Alltag. Fatigue hat Auswirkungen auf die Lebensqualität. Sie wird durch Ruhe oder Schlaf nicht gelindert. (Bigorio 2013)
Fatigue reicht von Müdigkeit bis hin zur Erschöpfung und beeinträchtigt den betroffenen Menschen in seinem Alltag. Sie wird durch Ruhe und Schlaf nicht gemindert. Fatigue als stilles und invalidisierendes Symptom ist in palliativen Situationen häufiger als gemeinhin wahrgenommen und demzufolge unbehandelt. (Dr. med. Manuel Jungi, Swiss Medical Forum 2017;17(6):131-134)

Symptome

- Reduktion von physischen Aktivitäten
- Übliche Routinen können nicht aufrechterhalten werden
- Müdigkeit, Apathie, Lethargie
- Fehlendes Interesse an der Umgebung
- Gesteigertes Ruhebedürfnis
- In-Sich-Gekehrt-Sein

Assessmentinstrument
Fatigue Assessment Scale ist in Papierform vorhanden im Ordner Palliativ Konzept (Anhang 7). Nach dem Ausfüllen im Hängeregister ablegen und einscannen im BESA unter Gesprächsprotokoll ablegen.

Depressionen und Fatigue zeigen sehr ähnliche Symptome. Ein Bewohner mit Fatigue kann auf die Frage: Was würden sie tun, wenn sie nicht so erschöpft wären? Mit Wünschen und Ideen antworten, was ein Bewohner mit einer Depression nicht kann.

Pflegerische Massnahmen
- Ursachen wenn möglich behandeln
- Ausreichend Ruhepausen gewähren
- Stimulierende Aktivitäten planen und umsetzen
- Ziele so setzen, dass die Lücke zwischen dem momentanen Zustand und den Erwartungen möglichst klein ist (Calman-Gap)
- „Unwichtige“ Anstrengungen (Mobilisation/Duschen/Bäder, Besucher) vermeiden
- Kunsttherapie AT
- Besuch vom Therapiehund
- Psychologische Unterstützung
- Seelsorgerliche Unterstützung
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Bewegung fördern (Bettrand, Rollstuhl, Gang zum Speisesaal, Spaziergang ums Haus)
- Schlafhygiene: Regelmässige Schlafenszeiten, keine stimulierenden Tätigkeiten 2 Std. vor Der Schlafenszeit, Rituale vor dem Schlafen, leichte Mahlzeit am Abend, nicht wach im Bett liegen bleiben, gute Schlafumgebung (Temperatur, Licht, Bett), das Bett nur zum Schlafen benutzen,
- Progressive Muskelentspannung vor dem Schlafen

Medizinische Massnahmen
- Akupunktur
- Probatorische Sauerstoffgabe mit Evaluation einer Besserung (physisch, psychisch oder kognitiv) innerhalb von Stunden.
- Erythrozyten Transfusion bei Anämie
- Fiebersenkung
- Korrektur von Elektrolyte Störungen
- Antibiotika bei Infekt
- Medikation gegen Angst/Depression/Schlafstörung
- Überprüfung der Medikation und „müde machende“ Substanzen reduzieren oder stoppen, sofern möglich
- Stimulierende Medikation mit Methylphenidat, Steroiden oder Ginseng

(Eychmüller, Palliativmedizin Essentials , 2020).

4.2 Entscheidungsfindung

Was bereitet Ihnen am meisten Sorgen? Was macht Ihnen am meisten Angst? Welche Dinge sind Ihnen in der verbleibenden Lebenszeit besonders wichtig? Gibt es eine Patientenverfügung? (Eychmüller, Entscheidungsfindung am Lebensende, 2015)

Advance Care Planning heisst für das Altersheim Sonnhalde, dass bereits beim Eintritt wichtige Punkte zusammen mit dem Bewohner und seinen Angehörigen besprochen und erfasst werden, die für später eine wichtige zentrale Rolle spielen können.
Uns ist es wichtig, die Sterbephase so früh wie möglich zu thematisieren, um es dem Bewohner in der Sterbephase so angenehm wie möglich zu machen. Die Pflegenden stehen engmaschig und regelmässig mit den Angehörigen, den behandelten Ärzten oder anderen involvierten Fachbereichen in Verbindung. Dies gibt uns Pflegenden sowie den Bewohnern sowohl auch den Angehörigen Sicherheit.
Beim Eintritt erfragen wir ob eine aktuelle Patientenverfügung vorhanden ist und bitten die Angehörigen uns diese zu übergeben. Falls die Patientenverfügung älter als zwei Jahre ist, bitten wir den Bewohner und seine Angehörigen um Aktualisierung. Wenn der Inhalt unverändert bleibt, kann nur das Datums und die Unterschrift erneuert werden. Wenn der Bewohner keine Patientenverfügung hat, geben wir ein Exemplar der Kurzversion FMH an die Angehörigen ab.

Die ausgefüllte Patientenverfügung wird anschliessend im BESA unter folgendem Pfad hinterlegt: *Bewohnerebene_Pflege_Persönliche Daten_Sterben und Tod*

4.3 Netzwerk

Wo soll die weitere Behandlung erfolgen? Wenn braucht es dazu? Wer ist wofür zuständig?

Beran-Kühne & Büche (2020) sagen:
,,Ziel des Netzwerkes ist eine kontinuierliche, koordinierte und problemorientierte Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen. Um das zu gewährleisten, bedarf es folgender Voraussetzungen:

- Klar definierte gemeinsame Behandlungsziele
- Klärung der Verantwortlichkeiten
- Zielorientierte und realistisch umsetzbare (adressatengerechte) Kommunikation (S. 75).

<u>Angehörige</u>
Wir arbeiten eng mit den Angehörigen unserer Bewohner zusammen. Die Bewohner sind emotional auf Kontakt zu ihren Familien angewiesen und werden auch mit Kleidung und Toilettenartikeln von den Angehörigen versorgt. Das Pflegeteam informiert die Angehörigen über Veränderungen im Befinden der Bewohner. Jährlich führt die Bezugsperson sicher ein Gespräch mit dem Bewohner und seiner ersten Bezugsperson aus der Familie durch.

Die Verpflegung der in den letzten Tagen anwesenden Angehörigen erfolgt in Absprache mit der Pflegedienstleitung.

<u>Freiwillige Mitarbeitende</u>
Im Altersheim Sonnhalde dürfen wir auf mehrere ehrenamtliche Mitarbeitende zählen. Diese werden ausschliesslich im Bereich der Aktivierung eingesetzt. Folgende Angebote werden durch ehrenamtliche Mitarbeitende durchgeführt: Strickgruppe, Jassen, Turnen, Einzelbeschäftigung mit Spielen, Begleitung auf Ausflügen. Koordiniert werden die Einsätze von der Aktivierungstherapeutin.

Psychiatrische Pflegedienst
Regelmässig durchgeführte Supervisionen durch Frau Saner (Psychiatriefachfrau) unterstützen das Pflegeteam in der Betreuung der Bewohner mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Hausärzte
Eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Bewohner ist Voraussetzung für eine wirkungsvolle und angepasste Behandlung der Symptome, welche bei Menschen in einer palliativen Lebenssituation auftreten. Vor allem wichtig ist uns in dieser Zusammenarbeit das Advance Care Planning und eine maximal mögliche Behandlung der vielschichtigen Beschwerden an denen unsere Bewohner leiden.

Palliative Betreuung der SPITEX Burgdorf-Oberburg
Die SPITEX Burgdorf-Oberburg bietet eine palliative Betreuung durch Laien an. Dieses Angebot kann auch von Heimen genutzt werden. Die Möglichkeiten, Bedingungen und Kosten sind auf dem Flyer im Palliativ Konzept Ordner zu finden.

Pfarrer/Seelsorger
In regelmässigen Abständen wird in der Sonnhalde ein Gottesdienst der reformierten Landeskirche abgehalten. Der für unser Haus zuständige Pfarrer Manuel Dubach ist bereit Bewohner auf Wunsch auch zu besuchen. Für Bewohner mit anderer Konfession organisieren wir gerne entsprechende Angebote.

Mobiler Palliativer Dienst Emmental

WAS WIR TUN

Die fünf öffentlichen Spitex-Organisationen in der Region Emmental, die Spitex Oberaargau AG in der Region Oberaargau sowie das Spital Emmental stehen für den mpdEO. Gemeinsam erbringen wir Leistungen für Grundversorger wie auch für Kunden und Angehörige. Unser Leistungsangebot im Überblick:

ANGEBOT FÜR GRUNDVERSORGER (SPITEXORGANISATION, HAUSARZT, PFLEGEHEIM ETC.)

- Beratung und Support (telefonisch und vor Ort)
- Begleitung von Einsätzen bei Klienten
- Unterstützung bei Betreuungsplänen
- Organisation und Durchführung von Rundtischgesprächen
- Unterstützung bei der Austrittsplanung in komplexen Situationen
- Beratung beim Symptommanagement
- Handhabung der Reservemedikation
- Support bei anspruchsvollen medizinaltechnischen Verrichtungen
- Durchführen von Weiterbildungen
- Fallbesprechungen, Supervision

ANGEBOT FÜR KUNDEN UND ANGEHÖRIGE

- Beratung und Support (telefonisch und vor Ort)
- Punktuelle Einsätze in komplexen Situationen
- Erstellen des Betreuungsplans
- Beratung beim Symptommanagement
- Unterstützung bei Entscheidungsfindungen
- Beratung sowie Organisation von weiteren Angeboten (Freiwillige, Sozialdienste, Seelsorger etc.)
- Unterstützung bei komplexer Austrittsplanung aus dem Spital nach Hause oder in eine Langzeitinstitution

Um unsere Hausärzte zusätzlich konsiliarisch eine Unterstützung anbieten zu können haben wir das Einverständnis, dass wir Frau Dr. Barbara Affolter, Leitende Ärztin Palliative Care, Spital Emmental beiziehen dürfen.
Telefon: 034 421 23 00
E-Mail: barbara-affolter@spital-emmental.ch

Frau Dr. Affolter arbeitet zusammen mit dem Mobilen Palliativ Dienst Emmental Oberburg (MPDEO).
Telefon: 034 460 50 00
E.Mail: palliativ-emmental@spitexlueg.ch

4.4 Support

Wer braucht welche Unterstützung? (Bewohner/Angehörige/Team)

Das Altersheim Sonnhalde bietet dem Pflegeteam regelmässig Supervision.
Angehörige werden vom Pflegeteam begleitet, beraten und bei Bedarf an weitere Hilfsangebote verwiesen.
Im Team besteht die Möglichkeit für einen regelmässiger Austausch über die erlebten palliativen Situationen.

Caring for the Carers
Caring for the Carers richtet sich primär an Mitarbeitende, Teams, Führungspositionen und Institutionen der Palliativ Care.

Die Mitarbeitende erleben in der Palliative Care viele Höhen, Tiefen und Freuden. Gleichzeitig sind sie aber vielen belastenden Situationen ausgesetzt. Deshalb ist es umso wichtiger, kräftig und widerstandsfähig zu sein.

Besteht ein Missverhältnis zwischen Kraft und Last so kommt es im Team zu Krankheitsfällen und die Arbeit wird ineffizient.

Caring for the Carers in der Palliative Care kann am besten anhand von zwei Konzepten beschrieben werden, das Resilienzmodell und das Schichtenmodell.

Resilienz bedeutet, die Fähigkeit die Ressource eines Individuums trotz Krisen, Risiken oder Traumata möglichst positiv zu bewältigen sodass die Funktionsfähigkeit aufrecht erhalten bleibt oder wieder hergestellt werden kann. Ein Team, welches eine hohe Resilienz aufweist, kann sich z.B. bei Not oder einschneidenden Erlebnissen schnell wieder erholen.

In der Palliative Care beschreibt man das Wort Resilienz auch als ,,psychische Widerstandsfähigkeit''.

Um die Resilienz im Team oder als Betrieb zu stärken kann an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Zum Beispiel die Gefahr beziehungsweise die Gefährdung minimieren. Hierbei spricht man von einer risikozentrierten Strategie. Auch können die verschiedenen internen Ressourcen erhöht werden, die sogenannte ressourcenorientierte Strategie.

Resilienz ist ein dynamischer Prozess und kann jederzeit im Leben erlernt werden. Resilienz charakterisiert einen Prozess bei dem ein Individuum auf seine Umwelt reagiert.

Das sogenannte Zwiebelmodell[1] hilft in der Palliative Care verschiedene Probleme/Thematiken anzugehen. Häufig ungeklärte Probleme führen zu kräfteraubende, endlose Debatten und unbefriedigenden Resultaten.

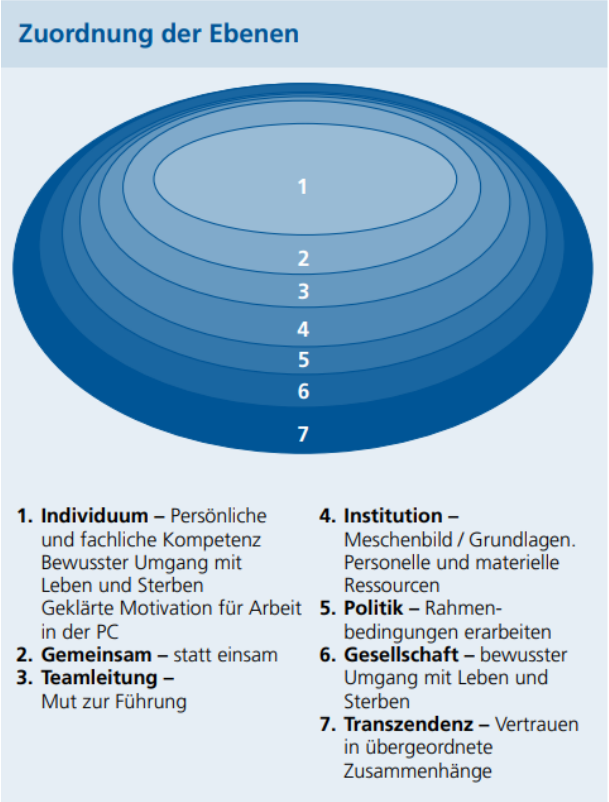


Abbildung: Das Zwiebelmodell

[1] Bigorio Expertengruppe "palliative ch" (2010). Caring for the carers. Konsens zur "best practice" für Palliative Care.

5 Rituale in der Sonnhalde

5.1 Rituale für unsere Bewohner

5.1.1 Gedenkminute nach dem Mittagessen

Beim Mittagessen nach einem Todesfall gehen zwei Pflegende von Tisch zu Tisch und informieren die Bewohner über das Ableben des verstorbenen Bewohners. Das Foto vom Gedenktisch kann dabei helfen, dass die Bewohner wissen um wen es sich handelt.
Nach dem Hauptgang spielt die zuständigen Pflegenden im Speisesaal und ersten Stock mithilfe des CD-Players das Lied ,,So nimm den meine Hände'' ab. So gedenken wir dem verstorbenen Bewohner. Es befindet sich je eine CD im Speisesaal im Schrank bei der Musikanlage und im ersten Stock rechts im Sideboard.

5.1.2 Erinnerungstreff

In der Sonnhalde erleben die Bewohner immer wieder, dass Mitbewohner sterben. Was die eigene Endlichkeit sehr bewusst macht. Der Erinnerungstreff soll der Trauer Raum geben, sowie den Wert und die Würde eines jeden Bewohner deutlich machen. Eine bewusste Verabschiedung eines Bewohners ist uns wichtig.
Der Erinnerungstreff soll innerhalb von 5 Arbeitstagen nach dem Ableben des Bewohners stattfinden.
Es wird immer ein Aushang geben, welcher als Einladung zum Erinnerungstreff dienen soll. Die Einladung wird im Speisesaal, an der Infowand vor dem Speisesaal und im Stationszimmer aufgehängt. Die Bewohner werden von der Pflege darauf hingewiesen und werden eingeladen. (Siehe Anhang 2).

Der Pfad vom Erinnerungstreff ist im Computer unter folgendem Pfad zu finden: *14_Pflege und Betreuung_Ablage_Palliative Care_Erinnerungstreff*

Die Anleitung zur Planung und Durchführung des Erinnerungstreffs ist digital unter demselben Pfad zu finden oder in Papierform im Ordner Palliativ Care.

5.1.3 Gedenktisch

Der Gedenktisch steht rechts neben dem Eingang vom Speisesaal (Anhang 3). Der Tisch wird mit folgenden Gegenständen dekoriert:

- Farbiges Tuch
- Kerze ausgeschmückt
- Bild von Bewohner im Rahmen
- Karte mit dem Namen und den Lebensdaten des Bewohners
- Typischen, persönlichen Gegenstand des Bewohners
- Kondolenzschreiben zur Unterschrift durch Mitarbeitende und Bewohner

Das Material für den Gedenktisch befindet sich im Schrank hinter dem ovalen Tisch im Speisesaal.

Der Gedenktisch bleibt bis zum Erinnerungstreff stehen. Die Mitarbeitende welche den Erinnerungstreff durchführt räumt den Tisch ab.

5.2 Rituale für das Pflegeteam

5.2.1 Erinnerungsbuch

Es befindet sich ein Buch im Stationsbüro auf dem Regal oben neben dem Fenster rechts. In diesem Buch wird von jedem Bewohner ein Foto eingeklebt, welches beim Eintritt gemacht wurde. Der Geburtstag und der Todestag werden unter dem Foto festgehalten. Auf der gegenüberliegenden Seite werden Sprüche und Aussagen des Bewohners festgehalten. Pflegende schreiben Erlebnisse mit dem Bewohner ein. Besonderheiten des Bewohners werden genannt.

5.2.2 Begleitung des Bewohners zum Leichenwagen

Die Tagesverantwortung fragt wer aus dem Team den verstorbenen Bewohner begleiten will. Falls sich niemand freiwillig meldet ist es die Aufgabe der Tagesverantwortung. Die Pflegeperson bleibt während der Einsargung des Bewohners durch den Bestatter im Zimmer. Anschliessend begleitet sie den verstorbenen Bewohner vom Zimmer bis zum Leichenwagen.

5.2.3 Gedenken an Ressortsitzung

Es wird immer einen kurzen Input an der Ressortsitzung Pflege geben, an dem wir uns zurückerinnern an den zuletzt verstorbenen Bewohnern. Dazu liest die Pflegedienstleitung aus dem Erinnerungsbuch alle Bewohner vor die von der letzten Ressortsitzung bis zu der heutigen verstorben sind.

5.3 Rituale für das ganze Haus

5.3.1 Dekoration der Zimmertüre des Verstorbenen

Es wird ein Bild sichtbar an der Türe angebracht (siehe Anhang 4). An einem blauen Tuch welches am Handlauf angebunden wird steht eine weisse Laterne mit elektronischer Kerze (siehe Anhang 5). Die Mitarbeiter welche den verstorbenen Bewohner zurecht machen, dekorieren die Zimmertüre. Die Nachtwache räumt die Gegenstände in der nächsten Nacht wieder ab. Die Dekoration soll ein Tag belassen werden, mindestens bis der verstorbene Bewohner abgeholt wurde.

5.3.2 Gedenkminute an der Teamsitzung

An der Teamsitzung wird für jeden Bewohner welcher von der letzten bis zur nächsten Sitzung verstorben ist, eine Kerze angezündet. Die Pflegedienstleitung zündet die Kerzen an, liest anschliessend die Namen der verstorbenen Bewohner aus dem Erinnerungsbuch vor. Anschliessend führen wir eine Gedenkminute für die Verstorbenen durch. Die Pflegedienstleitung bläst die Kerzen aus, was die Gedenkminute visuell abschliesst.

6 Spiritualität

Spiritualität ist ein komplexer Begriff, den jeder Mensch individuell für sich selbst definiert. Oftmals wird der Begriff Spiritualität synonym mit Religiosität verwendet. Dies kann, muss aber nicht so sein. Wir verstehen unter Spiritualität die Auseinandersetzung des Menschen mit den zentralen Fragen des Lebens, Sinn- und Wertefragen des Daseins und der Endlichkeit des Lebens.

(Winter-Pfändler, 2017) schreibt zu religiöse-spirituelle Begleitung am Lebensende:
,,Spiritualität und Religiosität thematisieren den Sinn des Lebens, das ,,Woher komme ich?'' und ,,Wohin gehe ich?'' sowie die grundlegenden Werte und Überzeugungen einer Person. Auch Menschen am Lebensende und ihre Angehörige stellen sich immer wieder Fragen nach dem Sinn: Welchen Sinn hat mein Leben noch in der derzeitigen Situation? Was macht mein Leben noch Lebenswert? Worauf kann ich noch hoffen? Was bleibt von mir, wenn ich einmal nicht mehr da bin? Es gibt jedoch auch schwer kranke Menschen, denen solche Fragen nicht wichtig sind. Entsprechend unterscheidet sich auch der Bedarf an religiös-spiritueller Begleitung.

Die Fachpflege gibt beim Erstgespräch und in den Standortgesprächen mit dem Bewohner und der Bezugsperson das Dokument Biografie Daten ab. Auf dem Dokument befindet sich ein Fragebogen

welcher entweder durch Angehörige oder Bewohner die noch genügend Kognition aufweisen ausgefüllt werden soll. In diesem Fragebogen ist auch die Spiritualität eine Frage und wird damit angesprochen und aufgenommen.

Das Dokument Biografie Daten ist im Computer unter folgendem Pfad zu finden:
14 Pflege und Betreuung_Ablage_Erstgespräche

7 Palliativ Begleitung – Angebot der Spitex Burgdorf

Das Pflegeteam von der Sonnhalde klärt mit der Angehörigen die Möglichkeiten und Bereitschaft einer Sitzwache ab. Den Angehörigen wird die palliative Begleitung der Spitex Burgdorf – Oberburg vorgestellt (Flyer im Palliativ Konzept Ordner). Im Betreuungsplan werden die Wünsche und Möglichkeiten der Angehörigen festgehalten.

8 Betreuungsplan der Sonnhalde

8.1 Ziel und Zweck des Betreuungsplans

Advance Care Planning ACP – vorausschauender Behandlungsplanung.

Wer schwer krank ist, soll seine Behandlung mitbestimmen und seine Werte und Wünsche darin einfliessen lassen können.

- Gerade in fortgeschrittenen Palliativsituationen und am Lebensende leiden viele Bewohner (bis 80%) unter kognitiven Einschränkungen und sind nur noch begrenzt oder gar nicht mehr entscheidungs- und handlungsfähig
- Nicht alle Bewohner wollen von ihrem Mitbestimmungsrecht Gebrauch machen, was ihr gutes Recht ist
- Manche Bewohner sind mit den weitreichenden Fragen zum eigenen Leben stark gefordert bis überfordert. Sie meinen, aus Rücksicht auf ihre Angehörigen oder die Gesellschaft bestimmte Entscheidungen fällen zu müssen

Das Ziel der vorausschauenden Pflege ist es, Wünsche und Vorlieben der Bewohner zu erfragen/zu kennen und diese in die Betreuung in der letzten Lebensphase zu integrieren. Der Bewohner soll auch im Sterben so viel Selbstbestimmung wie möglich erhalten.

Der Betreuungsplan (Als Anhang 1 in Papierform im Palliativ Konzept Ordner abgelegt) befähigt die Pflege zu einem guten Symptommanagement. Informationen und Verordnungen liegen vor, Medikamente sind vorhanden und können eingesetzt werden.

Der Bewohner ist möglichst symptomfrei und kann ruhig und ohne Angst sterben.

9 Anhang

Folgende Dokumente befinden sich in digitaler Form unter *14_Pflege und Betreuung_Ablage_Palliative Care* oder in Papierform im Palliativ Care Ordner im Stationszimmer.

1. Betreuungsplan am Lebensende
2. Dokumente zum Erinnerungstreff (Ablauf, Einladung, Texte)
3. Dekoration Gedenktisch
4. Dekoration Zimmertüre
5. Palliative Betreuung SPITEX Burgdorf-Oberburg
6. Flyer Mobiler palliativer Dienst Emmental
7. Fatigue Assessment Scale
8. Neecham Scala
9. Ergänzende Anwendungen in der Palliative Care

Literaturverzeichnis

Beran-Kühne, A., & Büche, D. (2020). Eine Herausforderun nicht nur für Hausärztinnen und Hausärzte. *Netzwerkarbeit in der Palliative Care*, S. 72-76.

Eychmüller, S. (2015). Entscheidungsfindung am Lebensende. In H. Neuenschwander , & C. Cina, *Handbuch Palliativmedizin* (S. 375-382). Bern: hogrefe.

Eychmüller, S. (2020). *Palliativmedizin Essentials .* Bern: Hoegrefe Verlag .

Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018-2020). NANDA International Pflegediagnosen. Kassel: RECOM.

Knipping, C. (2007). *Lehrbuch Palliative Care.* Bern: Hans Huber .

Neuenschwander, H., & Cina, C. (2015). *Handbuch Palliativmedizin .* Bern: Hans Huber.

Winter-Pfändler, U. (2017). Nahe sein bis zuletzt. Ein Ratgeber für (pflegende) Angehörige und Freunde. In U. Winter-Pfändler, *Nahe sein bis zuletzt. Ein Ratgeber für (pflegende) Angehörige und Freunde* (S. 64). St. Gallen: Verlag des Schweizerischen Pastoraldoziologischen Instituts.

Umrechnungstabelle für Opiate abgerufen am 13.12.2022 von Opioide (spitalpharmazie-basel.ch)

Titelbild Konzept fotografiert von Annemarie Güdel

BIGORIO Guidelines abgerufen von
https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/bigorio-best-practice