

Integrierte Palliative Care

Konzept für Betagtenzentren und
Pflegerwohnungen



Luzern, Juni 2008

Definitiv verabschiedet durch GL HAS 28.06.2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Ziel	3
3	Definition	4
4	Schwerpunkte Palliative Care	4
4.1	Die Bewohnerin	5
4.2	Die Angehörigen	6
4.3	Interdisziplinarität, Fachkompetenz	7
4.4	Konzeptionelle Ausrichtung des Betriebes.....	9
5	Umsetzung von Palliative Care	10
5.1	Evaluation und Massnahmen.....	10
5.2	Freiwillig Mitarbeitende	11
5.3	Patientenverfügung	11
5.4	Öffentlichkeit.....	12
5.5	Palliative Care und Sterbehilfe	12
6	Anhang	13
6.1	Mitglieder der Arbeitsgruppe.....	13
6.2	Finanzierung	13
6.3	Glossar	13
6.4	Internetadressen	14

1 Einleitung

Die Abteilung Heime und Alterssiedlungen der Sozialdirektion der Stadt Luzern hat den Auftrag, in Anlehnung an das Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern ein Konzept zur palliativen Versorgung in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen zu erstellen¹. Dieses Vorgehen stimmt mit der nationalen Strategie überein, allen Menschen eine palliative Medizin, Betreuung und Pflege anbieten zu können (siehe „Freiburger Manifest“ Punkt 6.4).

Palliative Care entspricht einer Haltung, welche die individuellen Bedürfnisse und Ziele unserer Bewohnerinnen der Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern respektiert, aber auch die Grenzen der Medizin und des Lebens anerkennt. Palliative Care will nicht in erster Linie Krankheiten bekämpfen, sondern dem kranken Menschen ein möglichst gutes Leben mit seinen Krankheiten und Einschränkungen ermöglichen (Titelbild „curativ – palliativ“).

Das vorliegende Konzept dient den Mitarbeitenden als Grundlage und Hilfsmittel für die Integration von Palliative Care in den Berufsalltag.

Die Spezialabteilung Palliative Care im Betagtenzentrum Eichhof (Haus Rubin) ist nicht Inhalt dieses Konzeptes. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ist zur Zeit daran, ein Detailkonzept zu erarbeiten.

2 Ziel

Die Palliative Care hat zum Ziel, bei allen Menschen mit einer chronischen, unheilbaren Krankheit die bestmögliche Lebensqualität während des gesamten Krankheitsverlaufes zu erreichen. Dabei ergänzen sich die Erfahrungen aus dem Pflegebereich mit den spezifisch ausgearbeiteten Grundsätzen der Palliative Care. Zum Wohle des Kranken kann auf medizinisch machbare Massnahmen, die nicht in seinem Sinn sind, verzichtet werden.

Für alle Bewohnerinnen und Bewohner² der Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern ist in Ergänzung zum Pflegeleitbild die Pflege und Betreuung nach einheitlichen Grundsätzen der Palliative Care (siehe Punkt 3) gewährleistet. Eine besondere Herausforderung ist die Betreuung der Menschen mit kognitiven Einschränkungen, da die Kommunikation mit ihnen erschwert ist.

¹ Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern §25 Absatz 2: Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.

² Die Bezeichnung Bewohner/ Bewohnerin wurde gewählt, da diese in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen fest eingeführt ist. Mit der weiblichen Schreibform sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

3 Definition

Palliative Medizin, Betreuung und Pflege wird im folgenden mit der Bezeichnung Palliative Care zusammengefasst.

Übersetzung

- „Palliativ“ leitet sich vom lateinischen Wort palliare ab, d.h. mit dem Mantel bedecken, umhüllen.
- „Care“ stammt aus dem Englischen und bedeutet Sorge, Sorgfalt.

In Anlehnung an die Definition der WHO und der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung (palliativ ch) verstehen wir unter Palliative Care eine umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung, welche dem Menschen mit einer fortschreitenden oder unheilbaren Krankheit eine möglichst gute Lebensqualität bietet. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Kranken auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte einbezogen werden. Palliative Care setzt in der letzten Lebensphase ihren Schwerpunkt, insbesondere in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden. Angehörige werden in dieser anspruchsvollen Situation nach Bedarf begleitet und unterstützt.

Die Grundpfeiler der Palliative Care sind im Buch „Den letzten Mantel mache ich selbst“ (Porchet-Munro) wie folgt beschrieben:

- Der Mensch steht im Mittelpunkt
- Linderung von Schmerzen, Symptomen und Leiden
- Die Bewohnerin und ihre Nächsten werden als Einheit betrachtet
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist notwendig
- Freiwillige gewährleisten wichtige Unterstützung
- Leben und Sterben sind untrennbar

4 Schwerpunkte Palliative Care

Die Themen der Palliative Care werden im vorliegenden Konzept in folgende vier Themenbereiche eingeteilt:

- Die Bewohnerin
- Die Angehörigen
- Interdisziplinarität
- Konzeptionelle Ausrichtung des Betriebes

Den vier Themenbereichen sind Qualitätskriterien angefügt, welche dem Evaluationsinstrument „Palliative Care Qualitätskriterien in Alters- und Pflegeinstitutionen“, 2006, von Caritas / CURAVIVA entnommen sind. Die Formulierungen und die Numerierung

wurden ohne Veränderungen übernommen – Anpassungen werden nach Bedarf in einem späteren Zeitpunkt gemeinsam mit Caritas / CURAVIVA gemacht.

4.1 Die Bewohnerin

Die zentrale Aufgabe der Palliative Care ist es, die Lebensqualität der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen zu erhalten und zu verbessern. Das subjektive Erleben des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens der betreuten Menschen ist der Massstab, anhand dessen das interdisziplinäre Team die Wirkung von palliativen Leistungen beurteilt. Die Bewohnerinnen sind die Experten für das, was ihrem Leben Qualität verleiht. Damit die Orientierung an der Lebensqualität der Bewohnerinnen möglich ist, müssen die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche in körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Lebensbereichen fortlaufend erfasst werden. Der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen werden über mögliche Zielsetzungen und Massnahmen informiert und umfassend beraten. Dadurch werden sie befähigt, ihren Möglichkeiten entsprechend aktiv ihr Leben zu gestalten. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche werden unter Einbezug der persönlichen Lebensgeschichte wann immer möglich berücksichtigt und erfüllt. Angestrebt wird eine möglichst optimale Symptomlinderung.

Sterben und Tod gehören zum Alltag, deshalb ist eine sinnvoll gelebte Abschiedskultur (Rituale) ein wichtiger Bestandteil für alle Beteiligten.

Anhand folgender Qualitätskriterien (Caritas / CURAVIVA 2006) kann der Bedarf für die Umsetzung erfasst, respektive die Zielerreichung überprüft werden:

28. Die Bewohnerin wird bei geäusserten oder beobachteten Veränderungen nach ihrem Befinden, ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt.
29. Zielsetzungen sowie Pflege- und Behandlungspläne werden mit dem Bewohner und /oder seinen Angehörigen festgelegt und regelmässig überprüft.
30. Der persönliche, bzw. mutmassliche Wille des Bewohners ist massgebend für die Behandlungsplanung und Tagesgestaltung. Ziel ist, die aus seiner Sicht bestmögliche Lebensqualität in der momentanen Situation zu erreichen.
31. Die Bewohnerinnen werden darin unterstützt, informierte Entscheidungen zu treffen. Gleiches gilt für Angehörige.
32. Persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, Sterben und Vorgehen im Todesfall werden besprochen, in einem entsprechenden Dokument festgehalten und regelmässig aktualisiert.
33. Die Gespräche werden in ruhiger Atmosphäre ohne Zeitdruck geführt. Das adäquate Verständnis der Inhalte und Entscheide durch den Bewohner werden überprüft.
34. Individuelle Wünsche und Bedürfnisse (Lieblingessen, Kontakt zu Tieren, spezielle Missionen, besondere Ausflüge/Besuche, letzte Dinge usw.) werden unterstützt und nach Möglichkeit erfüllt.
35. Es bestehen räumliche Rückzugsmöglichkeiten im Heim (ev. durch Bettenverlegung).

36. Seelsorgliche Unterstützung, psychosoziale und spirituelle Angebote stehen auf Wunsch zur Verfügung: bei psychischem Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, Suizidabsicht usw.) werden Fachpersonen wie Gerontopsychiater, Seelsorger, Religionsvertreter usw. vermittelt/beigezogen.

37. Die Bewohner fühlen sich ernst genommen, sicher und gut aufgehoben, umsorgt und umfassend begleitet. Dazu werden sie regelmässig befragt.

Symptomerfassung und –Behandlung

45. Körperliche Symptome und psychische Befindlichkeitsstörungen werden systematisch, regelmässig und kontinuierlich durch das Betreuungsteam erfasst und beurteilt.

46. Möglichen Verschlechterungen wird vorausschauend und frühzeitig entgegengewirkt (z. B. durch das Verschreiben, Verabreichen und Anpassen von Reservemedikamenten). Dabei kommen standardisierte und validierte Instrumente zur Anwendung.

47. Die vom Bewohner persönlich als belastend erlebten Symptome und Beschwerden werden nach aktuell wissenschaftlichen Erkenntnissen optimal gelindert.

48. Die Behandlung und Pflege in der Sterbephase geschieht nach aktuellen, wissenschaftlichen Kriterien.

49. Die Biografie, die gegenwärtig aktuelle Situation, die Wünsche, die Gewohnheiten und Eigenheiten des Bewohners werden erfasst und in der Betreuung und Behandlung berücksichtigt.

50. Medikamente zur schnellen Symptomlinderung sind jederzeit verfügbar.

4.2 Die Angehörigen

Mit Angehörigen wird eine partnerschaftliche Beziehung angestrebt. Sie erhalten vom Pflege- und Behandlungsteam umfassende Unterstützung und Beratung, um ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase begleiten zu können. Mögliche Mithilfe aber auch Belastungsgrenzen werden vom Pflege- und Behandlungsteam umsichtig thematisiert. Regelmässige Gespräche dienen dem Informationsaustausch und der Koordination. Als Ansprechpersonen gelten die von der Bewohnerin (mündlich oder schriftlich) genannten Angehörigen. Nach Bedarf werden den Angehörigen Verpflegung und die Möglichkeit zum Übernachten angeboten. Das Pflege- und Behandlungsteam begleitet die Angehörigen bedürfnisorientiert in der Zeit des Abschiednehmens und in der Trauer, falls gewünscht auch nach dem Tod.

Anhand folgender Qualitätskriterien kann der Bedarf für die Umsetzung erfasst, respektive die Zielerreichung überprüft werden:

38. Angehörige werden als wichtiger Teil des sozialen Netzes des Bewohners wahrgenommen. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Bewohner, seinen Angehörigen und den involvierten Fachpersonen wird angestrebt.

39. Das Betreuungsteam kennt die Ansprechperson der Bewohnerin (Angehörige, Beistand, freiwilliger Helfer, Bevollmächtigte) und umgekehrt.
40. Der Bewohner, seine Angehörigen und das Betreuungsteam legen gemeinsam fest, wie die Pflege und Betreuung gestaltet wird und wer welche Aufgaben übernimmt. Die Wünsche des Bewohners werden dabei respektiert.
41. Mitarbeitende suchen regelmässig das Gespräch mit Angehörigen und bieten die Möglichkeit zu „Runder-Tisch“- Gesprächen zwischen Angehörigen, der Bewohnerin und Mitarbeitenden an.
42. Die Angehörigen können von Verpflegungs- und Schlafmöglichkeiten im Heim Gebrauch machen.
43. Die Angehörigen werden im Abschied Nehmen und in der Trauer ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet und unterstützt. Bei Bedarf werden entsprechende Angebote oder Fachpersonen vermittelt.
44. Die Vorkehrungen nach dem Todesfall sind mit den Angehörigen besprochen und festgelegt.

4.3 Interdisziplinarität, Fachkompetenz

Die Betreuung und Pflege der Bewohnerin wird gemäss dem Pflegeprozess geplant, ausgeführt, überprüft und evaluiert. Interdisziplinäre Fallbesprechungen (mit Ärztin, Pflegefachperson, Seelsorgerin), nach Bedarf unter Beizug von weiteren Fachbereichen, finden in regelmässigen Abständen statt. Ziele und Massnahmen werden gemeinsam mit dem Betroffenen und den Angehörigen festgelegt. Die Möglichkeiten der klassischen wie der komplementären Medizin werden in die Entscheidungen mit einbezogen. Eine Pflegeperson ist verantwortlich für die kontinuierliche Situationsbeurteilung und Information – auch in Krisensituationen. Die Umsetzung erfolgt nach evidenzbasiertem Wissen der involvierten Berufsgruppen.

Die freiwilligen Mitarbeitenden als Ergänzung des interdisziplinären Teams übernehmen mit der Begleitung und Unterstützung der Bewohnerin und der Angehörigen einen wichtigen Teil der Palliative Care.

Die Pflegedokumentation ist allen am Pflege- und Behandlungsprozess involvierten Personen zugänglich, unter Gewährleistung des Persönlichkeitsschutzes der Bewohnerin.

Eine offene Zusammenarbeit aller Beteiligten, d.h. der Betroffenen, Angehörigen und des interdisziplinären Teams, ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen der Palliative Care. Der Wille der Bewohnerin ist die massgebliche Entscheidungsgrundlage, in Gesprächen erfasst oder in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten. Fehlt diese Grundlage, wird gemeinsam mit den Angehörigen der mutmassliche Wille eruiert. Das Fachwissen des verantwortlichen Teams, die Erfahrungen und das Vertrautsein mit den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerin fliessen ebenfalls in die Entscheidungen ein.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit andern Bereichen im Hause, z. B. Verwaltung, Hotellerie, sind eine tragende Säule der Palliative Care.

Die Weiterentwicklung der Palliativen Betreuung erfordert einen kontinuierlichen Wissensaustausch mit externen Organisationen, Netzwerken und Experten.

Die Aus- und Weiterbildung ist eine wichtige Voraussetzung, um eine qualitativ gute Palliative Care anzubieten. Supervision und Fallbesprechungen, gegebenenfalls auch unter Einbezug des Seelsorgers, werden nach Bedarf angewandt.

Anhand folgender Qualitätskriterien kann der Bedarf für die Umsetzung erfasst, respektive die Zielerreichung überprüft werden:

Zusammenarbeit, Vernetzung der Fachpersonen

20. Im Einzelfall arbeiten Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen in der Behandlung und Betreuung interdisziplinär sowie mit der Bewohnerin und ihren Angehörigen zusammen: Pflege, Medizin, Seelsorge, Sozialarbeit, Physiotherapie, Aktivierungstherapie, Ernährungsberatung, Gerontopsychiatrie, Küche, Hausdienst, Administration usw.

21. Freiwillige sind Teil des Betreuungsteams

22. Freiwillige haben eine Leitung/Anlaufstelle, sind in der Begleitung Schwerkranker, in Lebens- und Trauerbegleitung geschult und haben die Möglichkeit zu Supervision.

23. Die Zusammenarbeit mit Küche, Hausdienst, Administration und anderen Bereichen bzw. Mitarbeitenden richtet sich in Palliativ-Situationen auf die persönlichen und situativen Bedürfnisse des Heimbewohners und seinen Angehörigen aus.

24. Das Betreuungsteam pflegt zwecks Wissensaustausch situationsbezogene Kontakte zu Aussenstellen (ambulante Onkologie, Palliativstation, Spitex, Bestatter, Religionsgemeinschaften usw.)

25. Das Rapport- und Kommunikationssystem im Betreuungsteam ist geregelt (vgl. interdisziplinäre Fallbesprechungen, Runder – Tisch – Gespräch)

26. Die Rollen und Funktionen aller Beteiligten sind klar und werden respektiert.

27. Der Austausch mit regionalen Palliative Care – Netzwerken findet statt.

Betreuungsteam und Kommunikation

51. Wenn auf Grund des Zustandes oder der vermuteten Prognose das Lebensende absehbar ist, wird vom Betreuungsteam zusammen mit der Ärztin die Situation als Sterbephase definiert. Diese Einschätzung wird kommuniziert

52. Eine Situationsbeurteilung zur Überprüfung und Anpassung der Behandlung und der Pflegeprozesse wird in individuell festgelegten Abständen durchgeführt.

53. Ziele und Massnahmen der Behandlung werden zusammen mit dem Bewohner und seinen Angehörigen (resp. dessen zuständigen Ansprechperson/en) im Rahmen von Standortgesprächen festgelegt sowie regelmässig evaluiert und bei Bedarf angepasst.

54. Die Entscheide werden gemeinsam, unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven gefällt.

55. Standortgespräche werden durch ein Mitglied des interdisziplinären Betreuungsteams einberufen und durch die Bezugsperson vorbereitet und moderiert.

56. Die Ergebnisse der Standortgespräche sowie Beschlüsse und Abmachungen aus Gesprächen mit dem Bewohner und seinen Angehörigen werden in Gesprächsprotokollen festgehalten.
57. Bei Krisen, Fehlermeldungen und innert kürzester Frist nach einem Todesfall finden interdisziplinäre Fallbesprechungen im Team statt.
58. Die zuständige Pflegeperson informiert alle an der Betreuung Beteiligten, wenn beim Bewohner eine bedeutende Veränderung eingetreten ist.
59. Die Mitarbeitenden sowie andere Bewohnerinnen haben Gelegenheit und Möglichkeit, von einer sterbenden oder verstorbenen Bewohnerin Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu geben.

Personelle und fachliche Ressourcen, Aus- und Weiterbildung

10. Pro Betrieb ist ein Expertenteam bestimmt und bekannt, das im Minimum aus einem Arzt, zwei Pflegefachpersonen und einem Seelsorger besteht. Mindestens eine davon hat eine Zusatzausbildung in Palliative Care.
11. Personelle Ressourcen für die Implementierung von Palliative Care stehen bereit.
12. Standardisierte Instrumente zur Erfassung von physischen und psychischen Symptomen sind bekannt und werden gezielt angewendet.
13. Das Betreuungsteam kennt aktuelle Standards und Instrumente in Palliative Care und wendet sie an.
14. Fortbildungsveranstaltungen werden regelmässig – je nach Thema auch interdisziplinär – durchgeführt.
15. Neue Mitarbeitende werden in Palliative Care eingeführt.
16. Die vom Heim angestellten, bzw. beauftragten Fachexperten (Ärzte, Seelsorger, Physiotherapeuten usw.) besuchen regelmässig Fortbildungen in Palliative Care.
17. Das Betreuungsteam hat die Möglichkeit zur Supervision
18. Es bestehen personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zur Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen.
19. Es bestehen personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zur Durchführung von ungestörten Einzel- und „Runder Tisch“ - Gesprächen.

4.4 Konzeptionelle Ausrichtung des Betriebes

Die Institution trägt die Gesamtverantwortung für eine umfassende Palliative Care.

Im Leitbild der Institution ist Palliative Care aufgenommen, die formulierten Standards und Richtlinien sind kommuniziert und in den Alltag integriert. Verantwortlichkeiten, Prozesse und Instrumente werden regelmässig evaluiert und den neuen Gegebenheiten und Bedürfnissen angepasst. Eine respektvolle Abschiedskultur und die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer sind gewährleistet.

Die Palliative Care erfordert eine Vernetzung nach innen und aussen, insbesondere die Zusammenarbeit mit Fachärzten, Seelsorgern, der Spitex und den Spitälern.

Anhand folgender Qualitätskriterien kann der Bedarf für die Umsetzung erfasst, respektive die Zielerreichung überprüft werden:

1. Das Heim hat ein Konzept zur Palliative Care.
2. Verantwortlichkeiten, Prozesse und Instrumente zur Verankerung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliative Care Konzeptes sind definiert und werden regelmässig überprüft und angepasst.
3. Der Grundgedanke der Palliative Care ist im Leitbild des Betriebes aufgenommen.
4. Die Grundhaltung, Möglichkeiten und Angebote von Palliative Care werden intern und extern regelmässig kommuniziert.
5. Ein Verfahren zur strukturierten interdisziplinären Entscheidungsfindung ist definiert.
6. Der Umgang mit Patientenverfügungen ist geregelt und wird kommuniziert.
7. Das emotionale Klima und die räumlichen Voraussetzungen für eine respektvolle Abschiedskultur sind vorhanden.
8. Die Haltung zur Suizidbeihilfe ist diskutiert, eine diesbezügliche Praxis ist vereinbart und wird offen kommuniziert.
9. Die Mitarbeitenden respektieren die Würde und die Rechte der Bewohnerinnen und deren Angehörigen.

5 Umsetzung von Palliative Care

Im Verlaufe der nächsten drei Jahre ist Palliative Care in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen ein Schwerpunktthema, welches in die interne Planung integriert wird.

5.1 Evaluation und Massnahmen

Jeder Betrieb wird an Hand des speziell für die Langzeitpflege erarbeiteten Evaluationsinstrumentes der Caritas / CURAVIVA die Stärken und Schwächen im Bereich der Palliative Care eruieren. Daraus werden spezifische heiminterne Weiterbildungsthemen und Massnahmen abgeleitet.

Im Rahmen einer Startveranstaltung im Betrieb werden alle Mitarbeitenden der Betagtenzentren und Pflegewohnungen, die im Alltag Kontakt zu Bewohnern und Angehörigen haben (ohne Praktikanten und befristet angestellte Mitarbeitende), und die freiwilligen Mitarbeitenden über die Palliative Care informiert

In einer Aufbauphase von drei Jahren wird das Pflegepersonal je nach Ausbildung zu verschiedenen Themen während fünf bis sieben Tagen geschult. Berufsgruppen ausserhalb der Pflege, die im Alltag mit Palliative Care konfrontiert sind, besuchen einen bis zwei Weiterbildungstage. Das Wissen und die Erfahrungen anderer Organisationen werden gezielt

eingeholt und in die Praxis eingebaut. Mit Praxisaufträgen wird der Wissenstransfer in die Praxis vertieft und überprüft.

In den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern wird der einheitliche Gebrauch von Arbeitsinstrumenten wie z. B. Assessment-Instrumente und Dokumentationen, festgelegt.

Die Kosten für die Weiterbildungen Palliative Care werden im Rahmen des Globalbudgets der Abteilung Heime und Alterssiedlungen von den Betagtenzentren und Pflegewohnungen finanziert. Die Kosten betragen für alle Betriebe gemeinsam zirka Fr. 80'000.- pro Jahr (siehe Anhang 6.2.)

5.2 Freiwillig Mitarbeitende

Freiwillig Mitarbeitende sind bereits heute in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen tätig. Sie besuchen unsere Bewohnerinnen in regelmässigen Abständen und unterstützen, unterhalten oder begleiten sie im Alltag.

Für die Freiwilligenarbeit bei Schwerkranken und Sterbenden können die Betagtenzentren und Pflegewohnungen als Mitglieder der „Luzerner Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender“ die Angebote der Vereinigung in Anspruch nehmen.

Einerseits vermittelt die Vereinigung ihren Mitgliedern (Heime, Privatpersonen) kostenlos Frauen und Männer zur Begleitung von Schwerkranken. Andererseits wird den freiwillig Mitarbeitenden unserer Betriebe ermöglicht, den Grundkurs der Caritas zu absolvieren sowie kontinuierlich an Weiterbildungen und Supervisionen teilzunehmen. Für die freiwillig Mitarbeitenden, die im Rahmen der Palliative Care schwerkranke und sterbende Menschen betreuen möchten, ist der Besuch des Grundkurses der Caritas „Schwerkranke und Sterbende begleiten“ eine Voraussetzung.

5.3 Patientenverfügung

Die zentrale Zielsetzung der Patientenverfügung ist, dass Menschen selbstbestimmt leben, bis das Leben zu Ende ist.

Wenn der Bewohner nicht mehr in der Lage ist, selber seinen Willen zu äussern, müssen andere Menschen entscheiden, ob medizinische Interventionen, bzw. lebensverlängernde Massnahmen, angefangen, eingestellt oder fortgeführt werden. Für die Angehörigen und alle am Prozess beteiligten Personen der Institution ist es oft schwierig zu wissen, welche Entscheidung der Betroffene gewählt hätte.

Das Erstellen einer Patientenverfügung ist somit auf zwei Ebenen wertvoll. Die Patientenverfügung ermöglicht die Auseinandersetzung mit den persönlichen Vorstellungen und Wünschen vom Leben und Sterben. Der Betroffene übernimmt die Verantwortung zur Gestaltung der letzten Lebensphase. Somit ist die Patientenverfügung eine Orientierungshilfe für den Arzt, das Personal und für die Angehörigen, um nach dem Willen des Patienten zu handeln.

Eine gesetzliche Grundlage für die Umsetzung der Patientenverfügung ist zurzeit im Rahmen des neuen Erwachsenenschutzrechtes auf Bundesebene in Arbeit. Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) hält bereits heute fest, dass die Patientenverfügung zu befolgen ist, soweit keine Anhaltspunkte vorliegen, dass sie dem derzeitigen Willen des Patienten nicht mehr entsprechen.

In den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern wird beim Eintritt geklärt, ob eine Patientenverfügung formuliert ist. In der Pflegedokumentation ist dies festgehalten (Formular „Ergänzungen zum Dossierblatt“). Eine Kopie der Patientenverfügung befindet sich in der Pflegedokumentation.

Wenn keine Verfügung vorhanden ist, bietet eine erfahrene Fachperson der Bewohnerin und ihren Angehörigen die notwendigen Informationen und Hilfestellungen an, um eine Verfügung zu erstellen, falls dies erwünscht ist.

Eine Patientenverfügung kann nicht stellvertretend, z. B. von Angehörigen, für einen Bewohner erstellt werden. Die Angehörigen können Informationen geben über den mutmasslichen Willen des Bewohners.

Vorformulierte Patientenverfügungen werden von verschiedenen Organisationen wie Caritas, Dialog Ethik, FMH, Konsumentenschutz und andern angeboten. In den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern wird die klar und übersichtlich gestaltete Patientenverfügung „So möchte ich leben – so möchte ich sterben“ der Caritas angewendet.

5.4 Öffentlichkeit

Die Pflege und Betreuung von unheilbar kranken oder sterbenden Menschen ist ein Thema, auf das die Öffentlichkeit sensibel reagiert. Es ist deshalb wichtig, den Begriff Palliative Care den verschiedenen Anspruchsgruppierungen mit Kommunikationsarbeit zu erklären und auf die Bedeutung der Palliative Care in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern aufmerksam zu machen. Mit verschiedenen kommunikativen Massnahmen wie Artikeln in der Presse oder Broschüren für Bewohner und Angehörige kann für dieses Thema sensibilisiert werden.

Die Stadt Luzern ist Mitglied des Vereins Palliativ – Luzern.

5.5 Palliative Care und Sterbehilfe

Zurzeit läuft in der Stadt Luzern die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe. Das Ziel dabei ist, eine Hilfestellung für den Umgang mit dem Wunsch nach begleitetem Suizid zur Verfügung zu haben.

6 Anhang

6.1 Mitglieder der Arbeitsgruppe

Kreienbühl Ruth, Projektleiterin HAS

Andenmatten Daniel, Leiter Betagtenzentrum Wesemlin

Lindenmann Ruth, Pflegeexpertin HAS

Raña Rosa, Pflegefachfrau, Betagtenzentrum Dreilinden

Reinhard Alois, Seelsorger

Tomasini Heidi, Leitung Pflege Bewohner, Betagtenzentrum Rosenberg

Winzeler Brigitte, Dr. med., Heimärztin

6.2 Finanzierung

Die Kosten für die Weiterbildungen sind wie folgt budgetiert:

5 Standortbestimmungen à Fr. 900.-	Fr.	4'500.-
10 Startveranstaltungen à Fr. 300.-	Fr.	3'000.-
144 Weiterbildungstage à Fr. 1500.- - 1600.-	Fr.	224'300.-
15 Praxisaufträge mit Auswertung à Fr.800.-	Fr.	12'000.-
total	Fr.	243'800.-
Kosten pro Jahr (2008 – 2010)	Fr.	81'000.-

Da die Weiterbildungen auf drei Jahre verteilt sind, werden die Absenzen der Mitarbeitenden den bisher durchschnittlichen Rahmen von Weiterbildungstagen pro Jahr nicht überschreiten.

6.3 Glossar

Angehörige	Familie, Freunde, Bekannte, die vom Bewohner als ihm nahestehend definiert sind
Interdisziplinarität	(lat.) die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen betreffend
Evidenzbasierte Pflege	die sinnvolle Integration der aktuellen Erkenntnisse in die tägliche Pflegepraxis unter Einbezug von; - der besten wissenschaftlichen Erkenntnissen - des vorhandenen Wissens und der Erfahrung der Pflegenden - der Bedürfnisse und Vorstellungen des Patienten
kognitiv	wahrnehmen, denken

6.4 Internetadressen

- www.samw.ch Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
„Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“ 2004
„Betreuung von Menschen am Lebensende“ 2004
„Palliative Care“ 2006
SAMW, Petersplatz 13, 4051 Basel
- www.palliative.ch Schweizerische Gesellschaft der palliativen Medizin, Pflege und Betreuung SGPM PB
Standard 25: „Palliative Betreuung“
Seebahnstrasse 231, 8004 Zürich
- www.Palliativ-Luzern.ch Verein Palliative Care im Kanton Luzern
c/o Krebsliga Zentralschweiz, Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
- http://www.swisscancer.ch/fileadmin/swisscancer/professionals/files/manifest_d.pdf
Freiburger Manifest 2001
- www.caritas.ch (Schweiz/Bildungsangebote)
- sterbebegleitung.luzern@bluewin.ch Luzerner Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker
Postfach, 6000 Luzern 7, Telefon 041 675 02 20