



ALTERS  
ZENTRUM  
**RUBISWIL**  
GEMEINDE **schwyz**

---

# **KONZEPT**

## **HOSPIZ TALKESSEL SCHWYZ**

---

*Stand 11.04.2023*



## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Definition Palliative Care</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Bedarf</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Bisherige Einrichtungen im Kanton Schwyz</b> .....	<b>7</b>
<b>5. Ziel</b> .....	<b>7</b>
<b>6. Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil</b> .....	<b>8</b>
<b>7. Selbstverständnis</b> .....	<b>8</b>
<b>8. Grundprinzipien</b> .....	<b>8</b>
<b>9. Multidimensionalität</b> .....	<b>9</b>
9.1 Körperliche Dimension .....	10
9.2 Psychische Dimension .....	10
9.3 Soziale Dimension .....	10
9.4 Spirituelle Dimension.....	10
<b>10. Grundwerte in der Palliative Care</b> .....	<b>11</b>
10.1 Selbstbestimmung.....	11
10.2 Würde .....	11
10.3 Akzeptanz von Krankheit, Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens .....	11
<b>11. Prinzipien bei der Erbringung der Palliative Care</b> .....	<b>12</b>
11.1 Gleichbehandlung aller Menschen.....	12
11.2 Interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität.....	12
11.3 Offene und angemessene Kommunikation.....	12
11.4 Unterstützung bei Entscheidungsprozessen .....	12
11.5 Einbezug des persönlichen Umfelds (Systemorientierung) .....	13
<b>12. Stationäre Hospizarbeit</b> .....	<b>13</b>
12.1. Aufnahmekriterien .....	13
12.2 Pflegekonzept.....	13
12.2.1 Grundlagen .....	14



---

12.2.2	Pflegeleitbild .....	14
12.2.3	Pflegeverständnis .....	15
12.2.4	Pflegebestreben.....	16
12.2.5	Pflegesystem .....	16
12.2.6	Pflegeprozess .....	16
12.2.7	Pflegedokumentation .....	17
12.2.8	Pflegestandards .....	17
<b>13.</b>	<b>Infrastruktur Hospiz Alterszentrum Rubiswil .....</b>	<b>18</b>
13.1	Bewohnerzimmer.....	18
13.2	Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.....	18
13.3	Gemeinschaftsraum .....	18
13.4	Raum der Stille .....	19
13.5	Dachterrasse.....	19
13.6	Ver-/Entsorgung.....	19
<b>14.</b>	<b>Interdisziplinäres Team .....</b>	<b>20</b>
14.1	Pflegefachkräfte .....	20
14.2	Ärztlicher Dienst .....	20
14.3	Sozialdienst.....	20
14.4	Spirituelle Begleitung .....	21
14.5	Einbezug der Angehörigen .....	21
14.6	Andere Dienste .....	21
14.7	Freiwillige .....	21
14.8	Sterben .....	21
14.9	Trauerbegleitung.....	22
<b>15.</b>	<b>Behandlungsprozess Palliative Care.....</b>	<b>22</b>
15.1	Eintritt und Erstgespräch .....	22
15.2	Gesamtbeurteilung des Patienten.....	22
15.3	Therapien und Begleitung .....	22
<b>16.</b>	<b>Qualitätskriterien .....</b>	<b>23</b>
16.1	Strukturqualität.....	23



---

16.1.1	Räumlichkeiten.....	23
16.1.2	Technische Ausstattung.....	23
16.1.3	Personal.....	24
16.1.4	Personalqualifikation.....	25
16.1.5	Personalweiterbildung.....	25
16.1.6	Vernetzung.....	25
16.1.7	Leistungsangebot.....	26
16.2	Prozessqualität.....	26
16.3	Ergebnisqualität.....	27
<b>17.</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>27</b>
17.1	Interne Qualitätssicherung.....	27
17.2	Externe Qualitätssicherung.....	27
<b>18.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>28</b>
<b>19.</b>	<b>Revisionsverlauf.....</b>	<b>28</b>

---

## 1. VORWORT

Wenn die Möglichkeiten der Behandlung und der Heilung ausgeschöpft sind und das Leben dem Ende zugeht, dann ist es notwendig, dass die Wünsche des sterbenden Menschen an das Leben und an seine Umgebung wahrgenommen werden. Der Mensch sollte so sterben dürfen, wie wir alle leben und damit auch sterben möchten: Selbstbestimmt. Er soll als Mensch sterben und nicht als Patient.

Sterbende Menschen äussern vielfach dieselben Wünsche.

Diese Wünsche gliedern sich in vier Gruppen oder Dimensionen:

1. Die soziale Dimension: «Ich möchte nicht alleine sterben».
2. Die körperliche Dimension: «Ich möchte ohne Schmerzen sterben».
3. Die psychische Dimension: «Ich möchte Dinge noch zu Ende bringen».
4. Die spirituelle Dimension: «Ich brauche Menschen, die es aushalten, wenn ich alles in Frage stelle».

Diese Wünsche beinhalten die Sinnfrage. Sie beinhalten die Hoffnung, einen Sinn im Leben und im Sterben zu finden. Und auch die Hoffnung, Menschen zu haben, an die solche Fragen nach dem Sinn und dem Danach gestellt werden können, ohne dass sie fortlaufen und ohne vorschnelle Antworten von ihnen zu bekommen.

Die meisten Menschen (80% - 90%) würden gerne zu Hause sterben. Tatsächlich sterben aber nur 10% - 20% zu Hause. Die überwiegende Anzahl stirbt in Spitälern und Pflegeheimen. Der Auftrag von Spitälern ist es aber, zu heilen und das Sterben zu verhindern. Ein Mensch sollte eigentlich nicht im Spital sterben. Dies zeigt, dass für das Sterben ein anderer Ort geschaffen werden muss, wenn das Sterben zu Hause, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich ist.

Die Gründe nicht zu Hause sterben zu können sind vielfältig: Die Überlastung von Familienangehörigen oder Freunden durch Pflege und Betreuung gehören genauso dazu, wie eine notwendige medizinische Versorgung, die zu Hause nicht gewährleistet werden kann oder einfach die Tatsache, dass es heute nicht mehr selbstverständlich ist, dass überhaupt jemand da ist, der den Sterbenden begleitet und an seiner Seite steht.

Ein anderer Ort, an dem Sterben möglich ist, kann ein Hospiz sein.

**Das Hospiz ist ein Angebot wieder entdeckter Traditionen des menschlichen Umgangs mit Sterbenden, zugeschnitten auf die jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen an einem konkreten Ort zu einer konkreten Zeit.**

Zu den Kennzeichen, die inzwischen in allen Hospizen weltweit Grundlage sind, gehören die folgenden:

1. Der Sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes.
2. Den Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung.
3. Freiwillige Helferinnen und Helfer werden miteinbezogen.
4. Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle sind Grundlage der Arbeit.
5. Es besteht eine Kontinuität in der Fürsorge für die Betroffenen.

## 2. DEFINITION PALLIATIVE CARE

Unter Palliative Care wird die umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit lebensbedrohlichen, unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Das Ziel ist, Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine möglichst gute Lebensqualität, gegebenenfalls bis zum Tod, zu ermöglichen. Dabei sollen Schmerzen und andere körperlich belastende Krankheitssymptome optimal gelindert und verbessert werden. Entsprechend den Wünschen der Patienten werden auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Schwerpunktmässig wird die Palliative Care im Zeitraum, in dem Sterben und Tod absehbar werden, eingesetzt. Es ist jedoch oft sinnvoll, durch rechtzeitiges Erkennen, eine sorgfältige Anamnese und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen im physischen und psychischen Bereich, Palliative Care frühzeitig und vorausschauend anzuwenden.

Begriffliche Einordnung zur Palliative Care und Ziele der Palliative Care

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit.
- wird unabhängig vom Lebensalter jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet.
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt.
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, etc. an.

- ermöglicht auch rehabilitative und lebenserhaltende Massnahmen, wenn sie vom Patienten gewünscht werden und sinnvoll sind.
- schafft Rahmenbedingungen, damit ein Sterben in Würde möglich ist.

### 3. BEDARF

Im Kanton Schwyz leben 165'000 Einwohner. Jedes Jahr wird bei ungefähr 500 Personen die Diagnose Krebs gestellt. 40% dieser Patienten sterben an ihrer chronischen Erkrankung. Bevor sie sterben, müssen sie mit ihrer Krankheit und den oft belastenden und einschränkenden Symptomen leben. 2/3 der Krebspatienten sterben im Spital und verbringen auch die letzten Tage vor ihrem Tod dort. Nicht nur Krebspatienten benötigen Palliative Care. In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass auch Menschen mit schweren chronischen Leiden oder multimorbid erkrankte, betagte Menschen einer optimalen palliativmedizinischen Betreuung bedürfen. Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird die Nachfrage nach Palliative Care in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

### 4. BISHERIGE EINRICHTUNGEN IM KANTON SCHWYZ

Palliative Care wird im Kanton Schwyz von unterschiedlichen Institutionen angeboten und unterstützt. Dazu gehören die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime, die Spitex, die Krebsliga, die Hausärzte sowie verschiedene Freiwilligenorganisationen. Seit September 2012 wird im Spital Schwyz eine interdisziplinäre Palliative Care Station und ein professionelles Kompetenzzentrum für Palliative Care für den Kanton Schwyz betrieben. Ausserdem gibt es zwei Hospize in der Ausserschwyz, das Hospiz St. Antonius in Hurden (Freienbach) für vier Patienten und das Hospiz Eternita am Etzel (Feusisberg) für fünf Patienten (Zum Überarbeitungszeitpunkt des Konzepts war das Hospiz Eternita vorübergehend geschlossen).

### 5. ZIEL

Im inneren Kantonsteil des Kantons Schwyz ist leider kein Hospiz vorhanden. Wir sind der Überzeugung, dass ein Hospiz hier ebenfalls sinnvoll und notwendig ist. Damit diese Lücke geschlossen werden kann, streben wir die Errichtung eines Hospizes im Alterszentrum Rubiswil in Ibach mit vorerst drei Betten an. Damit kann und soll die im inneren Kantonsteil bestehende Versorgungslücke geschlossen werden.

## 6. DAS HOSPIZ ALTERSZENTRUM RUBISWIL

Beim Hospiz Alterszentrum Rubiswil handelt es sich um eine bauliche, wirtschaftliche und organisatorische Einrichtung, die an das Alterszentrum Rubiswil angeschlossen ist. Ziel ist es, sich in der Region gut zu vernetzen und enge Kontakte zum Spital Schwyz, den Hausärzten, den übrigen Pflegeheimen, wie auch zu den Spitexorganisationen und den Sterbebegleitgruppen zu unterhalten.

Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil versteht sich somit als ein Teil der regionalen Gesundheits- und Versorgungsstruktur. Die Idee, eine stationäre Einrichtung ins Leben zu rufen, entstand aus dem immer wieder feststellbaren Manko durch Dr. med. Markus Schnoz und Dr. med. Urs Gössi, einen geeigneten stationären Pflegeplatz vor allem für jüngere schwerkranke Patienten zu finden.

## 7. SELBSTVERSTÄNDNIS

Sowohl aus der ethischen Wertschätzung für alles Leben und insbesondere dem Bemühen, menschliches Leben bis zum Tod lebenswert zu gestalten, als auch aufgrund der Anforderungen, die an die professionelle Pflege von Menschen gestellt werden, wird die Pflege im Hospiz Alterszentrum Rubiswil als eine eigenständige und ursprüngliche Aufgabe betrachtet.

## 8. GRUNDPRINZIPIEN

Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil ist eine Einrichtung für junge und alte Menschen, die aufgrund ihrer unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen, für die keine kurativen Therapien mehr möglich sind, nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben. Es ist ein Zuhause für sterbenskranke Menschen, die aus pflegerischen oder psychischen Gründen nicht zu Hause bleiben können und deren letzte Lebensphase so würdig wie möglich gestaltet werden soll.



Folgende Grundsätze resultieren daraus:

- Das Konzept sieht vor, den Sterbenden unter Einbezug der Angehörigen und Freunde bei ihrem Leiden eine selbstverständliche und liebevolle Unterstützung zu geben und zwar in körperlicher, psychosozialer und spiritueller Hinsicht. Auch wenn es paradox klingt, so soll das Hospiz den Menschen an der Grenze ihres Daseins ein Ort des Lebens sein.
- Die Begleiterinnen und Begleiter betrachten den sterbenden Menschen als autonom im Behandlungsplan. Sie gehen konsequent auf die persönlichen Bedürfnisse ein. Der sterbende Mensch allein legt die Prioritäten seiner letzten Lebenstage fest, die in
  - der Schmerz- und Beschwerdelinderung,
  - der Reduktion der Angst vor dem Tod,
  - der Regelung letzter Dinge (z.B. Abfassung des Testaments),
  - der liebevollen Pflege und psychischen Betreuung,
  - der Möglichkeit des Abschiednehmensbestehen können.
- Da die Sterbenden häufig den Wunsch haben, in vertrauten Beziehungen zu Hause zu leben, erfolgt die Aufnahme in das Hospiz nur dann, wenn eine ambulante Begleitung aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr möglich ist.
- Eine professionelle Bezugspflege steht im Mittelpunkt der Bemühungen. Damit treten intensive medizinische Diagnostik und ärztliche Therapie hinter die Pflege zurück und dienen in erster Linie der palliativen Versorgung beziehungsweise der Symptomkontrolle. Die Palliativversorgung ist interdisziplinär ausgerichtet ohne eine fachärztliche Dominanz. Sie wird weder lebensverlängernd noch -verkürzend eingesetzt.
- Angehörige und Freunde, die genauso wie der Betroffene selbst zu den Zielgruppen des Hospizteams zählen, sollen während des Sterbeprozesses begleitet werden.
- Sollte sich der Zustand des Patienten wider Erwarten wieder stabilisieren, wird er nach Möglichkeit wieder in die ambulante Pflege entlassen.

## 9. MULTIDIMENSIONALITÄT

Im Hospiz Alterszentrum Rubiswil wird der Mensch in seiner Ganzheit betreut, das heisst unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen.

## 9.1 KÖRPERLICHE DIMENSION

Alle körperlichen Symptome werden systematisch, regelmässig und kontinuierlich erfasst und behandelt. Zur Symptomkontrolle werden geeignete, valide Messinstrumente für die kontinuierliche Beurteilung des Verlaufs eingesetzt. Massgebend für den interprofessionellen, therapeutischen Plan sind der persönliche Wille und die Bedürfnisse der Patienten. Die Selbständigkeit des kranken Menschen ist unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» zu fördern.

## 9.2 PSYCHISCHE DIMENSION

Die psychischen Stressfaktoren der Bewohnerin, des Bewohners sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden systematisch erfasst. Die Bewältigungsressourcen des kranken Menschen, also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, seine belastenden Erlebnisse adäquat verarbeiten zu können, sollten stabilisiert und gefördert werden. Die Resilienz ist zu stärken. Dabei ist das regelmässige Gespräch mit ihm und seinen nahe stehenden Bezugspersonen zu suchen. Psychologische und/oder psychotherapeutische Interventionen und Angebote sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Betreuung und Behandlung ist zu gewährleisten.

## 9.3 SOZIALE DIMENSION

Die soziale Dimension stellt die Lebenswelt der Bewohnerin/des Bewohners in den Vordergrund. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und an den Gewohnheiten, Lebens- und Tagesstrukturen des Menschen. Die bestehenden Ressourcen und die Eigenverantwortung werden gestärkt, sodass trotz Einschränkungen durch die Krankheit eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensalltags bis zuletzt möglich ist. Von Bedeutung sind in dieser Dimension die nahe stehenden Bezugspersonen, der Freundes- und Bekanntenkreis, die Wohnsituation, die finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten etc.

## 9.4 SPIRITUELLE DIMENSION

Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensbedeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbegleitung. Sie tut dies in einer Art,

die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden. Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten.

## 10. GRUNDWERTE IN DER PALLIATIVE CARE

Selbstbestimmung, Würde und die Akzeptanz von Krankheit, Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens sind Grundwerte, die bei der Erbringung der Palliative Care – sowie bei jedem pflegerischen Handeln – umfassend geachtet werden.

### 10.1 SELBSTBESTIMMUNG

Im Zentrum der Palliative Care steht der Mensch in seiner persönlichen Lebenswelt. In der Palliative Care wird jeder Mensch als einzigartiges Individuum anerkannt und respektiert. Die Palliative Care wird nur erbracht, wenn die Bewohnerin/der Bewohner und/oder – unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des kranken Menschen – die nahe stehenden Bezugspersonen dies wünschen.

### 10.2 WÜRDE

Die Palliative Care wird auf respektvolle Art und Weise erbracht, indem die persönlichen, kulturellen und religiösen Werte sowie die Überzeugungen der Menschen berücksichtigt werden. Die Würde des Menschen als Grundwert in jeder Lebensphase wird umfassend geachtet.

### 10.3 AKZEPTANZ VON KRANKHEIT, STERBEN UND TOD ALS BESTANDTEIL DES LEBENS

In der Palliative Care wird die Endlichkeit des menschlichen Lebens akzeptiert, indem das Sterben und der Tod als Bestandteil des Lebens verstanden werden. Das Machbare wird gegenüber dem Sinnvollen abgewogen. In den Gesundheitsberufen werden die Grenzen der eigenen Möglichkeiten und des menschlichen Lebens akzeptiert.

## 11. PRINZIPIEN BEI DER ERBRINGUNG DER PALLIATIVE CARE

- Gleichbehandlung aller Menschen
- Interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität
- Offene und angemessene Kommunikation
- Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
- Einbezug des persönlichen Umfeldes
- Multidimensionalität (siehe Punkt 9)

### 11.1 GLEICHBEHANDLUNG ALLER MENSCHEN

Die Palliative Care soll Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten unabhängig vom Geschlecht, Lebensalter, sozioökonomischem Status, Lebensart und kultureller sowie religiöser Herkunft und den nahe stehenden Bezugspersonen zur Verfügung stehen.

### 11.2 INTERPROFESSIONELLE VERNETZUNG UND KONTINUITÄT

Palliative Care Betreuung ist Teamarbeit. Der Einbezug der verschiedenen interdisziplinären Dienste ist von der jeweiligen Patientensituation abhängig. Die Interdisziplinarität erfordert einen kontinuierlichen, optimalen Informationsaustausch. Um das Vertrauen der Bewohnerin/des Bewohners und ihrer Angehörigen zu festigen, ist auf eine möglichst grosse Kontinuität der betreuenden und beteiligten Fachspezialisten zu achten.

### 11.3 OFFENE UND ANGEMESSENE KOMMUNIKATION

Zur Palliative Care gehört eine einfühlsame und offene Kommunikation mit dem kranken Menschen und auf dessen Wunsch mit den nahe stehenden Bezugspersonen. Empathie, Aufmerksamkeit und Wahrhaftigkeit der Bewohnerin/dem Bewohner gegenüber bilden Grundvoraussetzungen dafür.

### 11.4 UNTERSTÜTZUNG BEI ENTSCHEIDUNGSPROZESSEN

Der kranke Mensch soll im Entscheidungsfindungsprozess unterstützt und ermutigt werden, seine Wünsche zu einem Zeitpunkt festzuhalten, in dem seine kognitiven Funktionen dies vollumfänglich

erlauben (Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag, letzter Wille, Testament). Es soll jederzeit möglich sein, dass der kranke Mensch seinen letzten Willen wieder neu festlegen und aktualisieren kann. Die nahe stehenden Bezugspersonen sind – in Absprache mit der Bewohnerin/dem Bewohner – jeweils davon in Kenntnis zu setzen.

## **11.5 EINBEZUG DES PERSÖNLICHEN UMFELDS (SYSTEMORIENTIERUNG)**

Der rechtzeitige Einbezug der nahe stehenden Bezugspersonen und der persönlichen Lebenssituation der Bewohnerin/des Bewohners ist zentral. Die nahe stehenden Bezugspersonen sind bei der Planung der Behandlung, Pflege und Begleitung als Partner zu betrachten.

## **12. STATIONÄRE HOSPIZARBEIT**

### **12.1. AUFNAHMEKRITERIEN**

Zielgruppe des Hospizes Alterszentrum Rubiswil sind unheilbar kranke und sterbende Menschen ab 16 Jahren in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen, die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und ihre Angehörigen.

Das medizinisch Machbare ist bei diesen Patienten bereits ausgeschöpft, sodass lediglich die Palliative Medizin eingesetzt wird, um dem Sterbenden Linderung zu verschaffen.

Generelle Einschränkungen bezüglich der Aufnahme aufgrund der Krankheit, des Alters, der Religionszugehörigkeit oder anderen Merkmalen bestehen nicht.

Das bedeutet, alle Krankheitsbilder, die für ein Hospiz in Frage kommen, werden aufgenommen. Dazu gehören zum Beispiel Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, Erkrankungen des Nervensystems mit fortschreitenden Lähmungen oder der Endzustand einer chronischen Nieren-, Verdauungstrakt-, Lungen - oder Herzerkrankung.

### **12.2 PFLEGEKONZEPT**

### 12.2.1 GRUNDLAGEN

Das Pflegekonzept stützt sich auf die Grundlagen von palliative.ch, die Richtlinien der SBK (Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und -männer) und die Prinzipien der SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften). Im Übrigen hat das Alterszentrum Rubiswil die «Charta Palliative Care» des Kantons Schwyz unterschrieben.

Die Grundsätze der Sterbebegleitung im Alterszentrum Rubiswil sind in einer separaten Richtlinie detailliert mit allen Voraussetzungen aufgeführt (siehe Richtlinie Grundsätze der Sterbebegleitung AZR).

### 12.2.2 PFLEGELEITBILD

Die Pflege im Hospiz Alterszentrum Rubiswil beruht auf einem umfassenden Pflege- und Betreuungskonzept. Sie ist auf die besondere Situation sterbender und schwerstkranker Menschen und derer Angehörige ausgerichtet. Dieses wird getragen durch Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit und Berücksichtigung aller Dimensionen.

Individuelle Tagesabläufe geben die Richtung für pflegerische Interventionen. Im Zentrum der Pflege stehen weitgehende Schmerzlinderung und Symptomkontrolle, sowie die Begleitung der sterbenden Menschen und derer Angehörigen und Bekannten. Palliativpflege, Schmerztherapie und Symptomkontrolle sollen den betroffenen Menschen eine Teilnahme am Geschehen der Umgebung ermöglichen, um die letzte Phase ihres Lebens soweit als möglich bewusst und selbstbestimmt zu gestalten.

- Eine Umgebung wird geschaffen, in der Fragen nach dem Sinn des Lebens und Sterbens Raum haben und Hilfestellung geboten wird, darauf eine Antwort zu finden.
- Die betroffenen Menschen werden unterstützt durch eine Beziehung, die durch Unvoreingenommenheit, Aufrichtigkeit, Akzeptanz und Achtung geprägt ist.
- Ziele des anvertrauten Menschen werden erfragt und es wird individuell auf seine Wünsche eingegangen.
- Nicht die Schwierigkeiten werden in den Vordergrund gestellt, sondern die Stärken.
- Den betroffenen Menschen wird geholfen, Hoffnungen zu entwickeln.
- Der Kontext von Problemen und möglichen Lösungen wird berücksichtigt.
- Der uns anvertraute Mensch darf Gefühle und Emotionen zurückhalten.
- Der Tod soll weder beschleunigt noch hinauszögert werden.

- Der betroffene Mensch behält seine Selbstbestimmung in Behandlung und Begleitung.
- Es ist das Bestreben, dem betroffenen Menschen, seinen Angehörigen und Freunden das Gefühl zu vermitteln, angehört und verstanden zu werden. Dies kann durch verbale und nonverbale Kommunikation und durch die Art und Weise des Umgangs mit dem anvertrauten Menschen geschehen.
- Menschlichkeit wird als Grundprinzip aller humanitären Hilfe verstanden, unabhängig von den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen, in denen wir leben.
- Menschlichkeit bildet die Grundvoraussetzung des Zusammenlebens. Sie umfasst den Schutz der Entfaltung des Menschen, seines Geistes, seines Charakters und seiner Fähigkeiten, sowie die liebevolle Begegnung mit dem Nächsten.
- Grundlage der Menschlichkeit ist die Achtung vor dem Menschen. Dabei bildet die Anerkennung der jedem Menschen eigenen Würde die Grundvoraussetzung für ein auf ihn abgestimmtes Handeln.

### 12.2.3 PFLEGEVERSTÄNDNIS

- Dass es unser Ziel ist, den pflegebedürftigen Menschen in seiner Ganzheit von Leben und Sterben zu sehen, Chancen wahrzunehmen und Grenzen anzuerkennen – sowohl bei den zu Pflegenden als auch bei uns selbst
- Dass wir die Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen und seines Umfeldes (Angehörige, Freunde) anerkennen und in unser pflegerisches Handeln mit einbeziehen
- Dass wir dort, wo der pflegebedürftige Mensch in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt ist, unterstützen und gegebenenfalls stellvertretend tätig werden
- Dass wir Bezugspersonen zu Hilfe anleiten, diese organisieren und fördern
- Dass wir dem pflegebedürftigen Menschen, seinen Angehörigen und Freunden verständnis- und vertrauensvoll begegnen und ihn in seiner Situation annehmen
- Dass sich die Pflege an Gesundheit orientiert, die wir als dynamischen Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit verstehen
- Dass wir Pflege nicht als Fortschritt und Förderung um jeden Preis verstehen, sondern auch als Bewahrung dessen, was Wohlbefinden und Zufriedenheit des einzelnen betroffenen Menschen bewirken. Damit schaffen wir eine Atmosphäre, in der menschenwürdiges Sterben und Tod zugelassen werden können

#### 12.2.4 PFLEGEBESTREBEN

- «Dem Leben nicht mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben zu geben» (Cicely Saunders)
- Die optimale Linderung körperlicher Beschwerden, insbesondere die Schmerzbekämpfung
- Die ganzheitliche und liebevolle mitmenschliche Betreuung und Pflege des unheilbar kranken Menschen, des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen
- Den Menschen und seine individuellen Lebensqualitäten in den Mittelpunkt zu stellen
- Die Fürsorge durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Pflegefachkräften, Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Hausärzten und palliativ ausgebildeten Ärzten, sowie ehrenamtlichen Helfern
- Die ehrenamtlichen Helfer sind nicht als Hilfskräfte, sondern als Partner in der Hospizarbeit einzubinden
- Die Begleitung von Trauernden

#### 12.2.5 PFLEGESYSTEM

Es ist vorgesehen, das Pflegesystem auf der Grundlage eines Bezugspflegesystems zu basieren.

Im Sinne einer effektiven Arbeitsorganisation und der Kontinuität des Pflegeprozesses zwischen Pflegepersonen und Bewohnern erfolgt eine Zuordnung der Mitarbeiter. Bewohnerinnen/Bewohner erhalten dadurch Bezugspersonen und damit Kontinuität im Pflegeprozess. Bewohnerbezogene Verrichtungen werden von der Bezugsperson durchgeführt.

#### 12.2.6 PFLEGEPROZESS

Der Pflegeprozess beginnt mit der Planung der Aufnahme einer/eines zukünftigen Bewohnerin / Bewohners. Im Vorfeld erfolgt ein Besuch an ihrem/seinem aktuellen Wohnort oder im Spital durch Pflegefachkräfte. Dies geschieht nach Möglichkeit zeitnah vor der Aufnahme. Eine differenzierte Einschätzung der bisherigen Lebenssituation und wichtige pflegebezogene Informationen werden dadurch möglich. Der Besuch bildet die Basis für die Informationssammlung. Neben der Einschätzung der derzeitigen Verfasstheit der neuen Bewohnerin/des neuen Bewohners findet eine Absprache bezüglich der organisatorischen Planung für den Einzug statt. Offene Fragen können direkt miteinander geklärt werden.



### 12.2.7 PFLEGEDOKUMENTATION

Die Pflegedokumentation ist das zentrale Instrument zur Sicherstellung und Steuerung eines geplanten, verbindlichen, nachvollziehbaren und fortschreitenden Pflegeprozesses, indem alle wesentlichen pflegerischen, medizinischen und biographischen sowie Informationen zur aktuellen Befindlichkeit, Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen festgehalten werden. Die Pflegedokumentation bildet – soweit beschreibbar – die Lebenssituation der Bewohnerin/des Bewohners und seiner sozialen Situation ab.

Die Pflegesituation fast aller im Hospiz Alterszentrum Rubiswil aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohner lässt selten längerfristige Absprachen und Planungen zu, da Befindlichkeiten häufig wechseln, Symptome sich oft verändern, körperliche Abbauprozesse in unterschiedlicher Dynamik stattfinden, psychische Krisen auftreten, Angstzustände einsetzen oder auch familiäre oder andere Beziehungskonflikte aufbrechen.

Um dieser Realität in der gesamten Versorgung angemessen begegnen zu können, muss die Dokumentation so strukturiert sein, dass in der jeweiligen Situation jede Pflegeperson oder der zuständige Arzt ein zusammenhängendes Bild angeboten bekommt und adäquat reagieren kann.

Dem folgend werden Erhebungsbereiche festgelegt, in denen dort zugehörige, dokumentationsbedürftige Inhalte hinterlegt werden. Informationen werden festgehalten und ausgewertet. Sofern planbar, werden durchzuführende Massnahmen benannt, die in den nächsten Tagen Gültigkeit behalten. Ebenso werden Ziele festgelegt, wenn sie von grundlegender Bedeutung sind und in diesem Erhebungsbereich Orientierung für alle nachfolgenden Situationen geben. Massstab für das Dokumentieren ist, dass jeder nachfolgende Mitarbeiter in diesem Bereich ohne Befragung eines Kollegen und der Bewohnerin/des Bewohners pflegerisch und medizinisch handeln kann.

### 12.2.8 PFLEGESTANDARDS

Standards sind allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Standards legen themen- und tätigkeitsbezogen fest, was Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen bzw. sollen und wie diese Leistung auszusehen hat.

Bevor ein Standard zur Anwendung kommen kann, muss gesichert sein, dass er dem Bedarf und der Erwartung der Pflegebedürftigen entspricht. In der palliativen Pflege kommt es oft zu Abweichungen von

Standards. Beispielsweise muss in der Dekubitusprophylaxe billigend in Kauf genommen werden, dass keine ausreichende Lagerung erfolgen kann, da jede Seitenlage zu mehr Luftnot oder Schmerz führt.

Eine hohe Versorgungsqualität entsteht, wenn Fachkompetenz und Expertenwissen zur Verfügung stehen und in dem Mass eingesetzt werden, wie dies im Einklang mit der Situation bzw. den Wünschen und Erwartungen des Pflegebedürftigen ist. Das heisst, es ist plausibel zu begründen, warum eine Abweichung vom «Standard» erfolgt.

## 13. INFRASTRUKTUR HOSPIZ ALTERSZENTRUM RUBISWIL

### 13.1 BEWOHNERZIMMER

Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil bietet vorerst in drei Zimmern Platz für Schwerstkranke und ihre Angehörigen. Es handelt sich um Einzelzimmer im obersten Stock des Pflegezentrums. Alle Zimmer sind mit einer eigenen behindertengerechten Nasszelle mit Dusche und WC ausgestattet.

Eine individuelle und persönlich gehaltene Gestaltung der Zimmer ist möglich. Dies wird unter anderem durch Bilderleisten zum Aufhängen eigener Bilder und der Möglichkeit der Gestaltung des Zimmers durch persönliche, kleine Möbelstücke und Ähnliches gewährleistet.

Zur festen Einrichtung des Zimmers gehören ein Pflegebett (auch in Extragrösse vorhanden), ein Nachttisch und ein Kleiderschrank. Jedes Zimmer verfügt darüber hinaus über ein Telefon, einen Fernseher und einen Internetanschluss.

### 13.2 ÜBERNACHTUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ANGEHÖRIGE

Falls Angehörige im Haus übernachten wollen, gibt es in jedem Zimmer die Möglichkeit ein Beistellbett aufzustellen.

Andernfalls kann je nach Verfügbarkeit ein separates Zimmer im 5.OG genutzt werden (Flex-Zimmer).

### 13.3 GEMEINSCHAFTSRAUM

Der Gemeinschaftsraum ist der Mittelpunkt des Hauses. Hier kann Begegnung stattfinden – Kommunikation zwischen den Gästen und den Angehörigen. Und er kann in der aussergewöhnlichen

Situation, die eine Erkrankung für die Betroffenen darstellt, ein Ort sein, an dem Normalität stattfindet. Er bietet Raum für Aktivitäten. Ausserdem kann auch einmal eine Lieblingspeise zubereitet werden. Dies spielt für die Lebensqualität der Betroffenen eine grosse Rolle und kann gerade bei Kranken, die in ihrem Aktionsradius eingeschränkt sind und das Haus nicht mehr verlassen können, ein kleines Highlight sein.

### 13.4 RAUM DER STILLE

«Um die Stille herum ist es laut».

Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil bietet deshalb einen besonderen Ort an – den Raum der Stille. Seine Gestaltung, sowie Farb- und Materialauswahl sollen ein intensives Raumerleben erzeugen, das Gelegenheit bietet

- für einen Augenblick der Stille
- zum Abschalten
- um zur Ruhe zu kommen und
- zum Nachdenken

Dieser Raum folgt keiner religiösen Ausrichtung. Er soll allen Menschen im Haus die Möglichkeit geben, eine Weile in der Stille Platz zu nehmen, zu entspannen, zu beten, zu meditieren, ein abgeschiedenes Gespräch zu führen oder vielleicht auch sich einfach nur seiner selbst zu besinnen.

Er ergänzt das Angebot des Hospizes Alterszentrum Rubiswil um ein wesentliches Element und lädt ein, sich Zeit zu nehmen.

### 13.5 DACHTERRASSE

Die Dachterrasse liegt auf der Südseite des Hauses und ist sowohl mit Rollstühlen als auch mit einem Pflegebett erreichbar. Durch eine entsprechend gärtnerische Gestaltung wird die Terrasse zu einer kleinen Gartenanlage. Sie ist am Rande so bepflanzt, dass ein ungestörter und abgeschirmter Aufenthalt möglich ist. Ein Teil der Terrasse ist bedeckt, so dass sie auch bei schlechter Witterung nutzbar ist.

### 13.6 VER-/ENTSORGUNG

Die allgemeine Versorgung (Speiseversorgung, Wäscheversorgung, Hausreinigung, Abfallentsorgung, Entsorgung der hauswirtschaftlichen und medizinischen Alltagsartikel) beruht auf der Infrastruktur des Alterszentrums Rubiswil.

---

## 14. INTERDISZIPLINÄRES TEAM

### 14.1 PFLEGEFACHKRÄFTE

Es sind genügend in Palliative Care geschulte Fachpersonen vorhanden. Die Mitarbeitenden müssen vom gleichen Palliative Care Verständnis ausgehen, damit eine einheitliche Grundhaltung zum Thema Leben, Sterben und Tod gelebt wird. Es braucht Zeit und Raum, um über palliative Therapien und den Sterbeprozess zu reden und zu diskutieren.

### 14.2 ÄRZTLICHER DIENST

Menschen in der Lebensendphase leiden oft unter verschiedenen Beschwerden. Neben Angst, Unruhe, Verdauungsstörungen, Müdigkeit und Schlafstörungen sind es vor allem Schmerzen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen. Für ein würdiges Sterben ist aber eine weitgehende Schmerzlinderung von besonders grosser Bedeutung. Dabei soll dem sterbenden Menschen die Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit möglichst erhalten bleiben. Deshalb ist es wichtig, dass in Palliative Care geschulte Ärzte zur Verfügung stehen. Sie sollten in Palliative Care weitergebildet sein und die in der Palliative Care anerkannten Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung anwenden.

Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit einem Palliativmediziner oder einem in Palliative Care weitergebildeten Arzt ist unerlässlich. Er muss vorausschauend alle zu erwartenden und denkbaren Entwicklungen im Krankheitsverlauf abwägen und die aktuelle und gegebenenfalls benötigte Therapie als Bedarfstherapie schriftlich festlegen. Um auf unerwartete Entwicklungen kurzfristig reagieren zu können, muss seine Erreichbarkeit beziehungsweise seine Vertretung abgesprochen sein.

### 14.3 SOZIALDIENST

Die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen werden in sozialen Fragen kompetent unterstützt. Bei schwierigen Problemen werden Fachleute beigezogen in folgenden Bereichen:

- Allgemeine administrative Arbeiten im Umgang mit Krankenkassen, Behörden und Ämtern (z. B. Einreichung der Heimrechnung)
- Austrittsvorbereitungen: Organisation Spitex, nachbehandelnde Ärzte, Familienhilfe
- Erstellen von Patientenverfügungen, Vorsorgeaufträgen, Testamenten

- Administrative Arbeiten zusammen mit den Angehörigen nach dem Tode des Bewohners/der Bewohnerin (z.B. Bestattung)

#### **14.4 SPIRITUELLE BEGLEITUNG**

Im Hospiz Alterszentrum Rubiswil hat jede Bewohnerin/jeder Bewohner die Möglichkeit, unabhängig von Kultur und Religion spirituelle Begleitung zuzuziehen. Bewohnerinnen/Bewohner werden beim Finden der richtigen Person unterstützt.

#### **14.5 EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN**

Wo immer gewünscht und sinnvoll, werden die Angehörigen in die Prozesse mit eingebunden. Die Bewohnerin/der Bewohner entscheidet, wie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen stattfindet.

#### **14.6 ANDERE DIENSTE**

Die psychotherapeutische Begleitung und Betreuung (Triaplus AG – Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug) wird gewährleistet. Ebenfalls kann eine somato-therapeutische Begleitung und Betreuung (Physiotherapie, Atemtherapie, Ergotherapie, Aktivierungstherapie) in Anspruch genommen werden.

#### **14.7 FREIWILLIGE**

Die Zusammenarbeit mit den Freiwilligen (Sterbebegleitgruppen) ist enorm wichtig und ist zu fördern. Sie können zur Hilfe beigezogen werden, wenn der Betroffene aus irgendeinem Grund eine 24-Stunden Betreuung benötigt.

#### **14.8 STERBEN**

Das Sterben ist ein sehr individueller Prozess. Die Wünsche und Vorgaben der betroffenen Bewohnerinnen/Bewohner und der Angehörigen werden aufgenommen. Die Patientenverfügung oder der schriftlich verfasste letzte Willen werden absolut berücksichtigt.

Es wird alles unternommen, der Bewohnerin/dem Bewohner das Sterben so harmonisch und komplikationslos wie möglich zu machen. Es gilt der Standard «best care of dying».

## **14.9 TRAUERBEGLEITUNG**

Im Rahmen unserer Möglichkeiten werden die Angehörigen nach dem Tod der Bewohnerin/des Bewohners bei der Gestaltung des Abschieds und im Trauerprozess begleitet.

## **15. BEHANDLUNGSPROZESS PALLIATIVE CARE**

### **15.1 EINTRITT UND ERSTGESPRÄCH**

Die Palliative-Pflegefachperson des Hospizes Alterszentrum Rubiswil führt mit dem Patienten und eventuell seinen Angehörigen separat ein umfassendes Erstgespräch durch. Es wird nochmals überprüft, ob eine palliative Behandlung und Begleitung für den Patienten indiziert ist. Ziel dieses Erstgespräches ist es, die Krankheit, die Symptomatik, die Pflegebedürftigkeit und die Versorgungsbedürftigkeit des Patienten zu erfassen und zu beurteilen. Die Probleme und die Ressourcen werden zusammen mit der medikamentösen Therapie festgehalten.

### **15.2 GESAMTBEURTEILUNG DES PATIENTEN**

Die Pflegefachperson erfasst und evaluiert die körperlichen Symptome mittels eines anerkannten, standardisierten Instrumentes (dazu wird z.B. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) verwendet). Die sozialen Verhältnisse, Werte- und Grundhaltungen, spirituelle Aspekte sowie die Gewohnheiten des Patienten werden erfragt, dokumentiert und bei Pflege, Behandlung und Begleitung berücksichtigt.

### **15.3 THERAPIEN UND BEGLEITUNG**

Das Palliative Team (Arzt und Pflegefachperson des Hospizes Alterszentrum Rubiswil) legt bei jedem Patienten einen individuellen Pflege-, Behandlungs-, Begleitungsbedarf fest. Pflege und Begleitung werden gemeinsam mit dem Patienten und im Einverständnis des Patienten, sowie den Angehörigen geplant und festgelegt. Die medikamentöse Behandlung erfolgt gemäss in der Palliativen Medizin und Pflege anerkannten Richtlinien und Empfehlungen, z. B. gemäss den Empfehlungen der Fachgesellschaft zu Nausea, Obstipation, Darmverschluss, paralytischem Ileus, Hydratation in der palliativen Betreuung, Durchbruchschmerz, Dyspnoe, palliativer Sedation, Delirium usw.

Zusammen mit der betroffenen Bewohnerin/dem betroffenen Bewohner wird interprofessionell entschieden, welche Therapien noch zur Anwendung kommen sollen. Dabei besteht ein offenes Ohr für alle Richtungen der Schul- und Alternativmedizin. In Absprache mit der Bewohnerin/dem Bewohner, dem behandelnden Arzt und allenfalls den Angehörigen wird die richtige Fachperson gewählt. Wenn möglich, findet die Therapie im Haus statt, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.

## 16. QUALITÄTSKRITERIEN

### 16.1 STRUKTURQUALITÄT

#### 16.1.1 RÄUMLICHKEITEN

- Eigenständige Pflegeabteilung innerhalb des Alterszentrums Rubiswil mit vorderhand drei Einzelzimmern und den üblichen Nebenräumen.
- Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Bewohnerbereiche
- Einbettzimmer mit Nasszellen (Dusche und WC), grundmöbliert mit Pflegebett (auch in Extragrösse), Nachttisch, Schrank, TV, Telefon, Internetanschluss, Rufsystem). Eine individuelle Gestaltung des Zimmers wird unterstützt.
- Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige im Patientenzimmer sowie nach Verfügbarkeit im separaten Zimmer (Flex-Zimmer) im 5.OG.
- Wohn- und Essbereich mit Kochgelegenheit
- Aufenthaltsraum
- Raum der Stille
- Terrasse
- Stationszimmer
- Individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnenden angepasste Rufsysteme sind vorhanden.

#### 16.1.2 TECHNISCHE AUSSTATTUNG

- Sauerstoff
- Absauge Einrichtung
- Perfusoren und Infusomaten
- Patientenheber
- Anti-Dekubitus-Matratzen



- Lehnstühle, Rollstühle, Rollatoren
- Nachtstuhl
- Bademöglichkeit

### 16.1.3 PERSONAL

Administrative Leitung	Die administrative Leitung (inkl. Personal) obliegt der Gesamtleitung des Alterszentrums Rubiswil.
Fachliche Leitung	Die fachliche Leitung wird durch die Pflegedienstleitung des Alterszentrums Rubiswil sichergestellt.
Pflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rund um die Uhr – Präsenz von tertiärem/sekundärem Pflegefachpersonal</li><li>- Zusätzlich ist Pflegeassistentpersonal auf der Abteilung tätig</li><li>- Bei Bedarf kann nachts eine Sitzwache von den freiwilligen Sterbebegleitgruppen beigezogen werden.</li></ul>
Ärzte	<p>Es steht ein in Palliative Care speziell geschulter Arzt zur Verfügung, mit dem eine Vereinbarung abgeschlossen wird.</p> <p>Die ärztliche Versorgung/Verantwortung wird durch den zuständigen in Palliative Care geschulter Arzt im AZR sichergestellt. Beim Eintritt ins AZR sowie bei Bedarf arbeiten wir mit den Hausärzten zusammen.</p> <p>Visiten finden einmal wöchentlich oder nach Bedarf im Hospiz statt. Elektronische Visiten sind jederzeit möglich.</p>
Psychosoziale Betreuung und Seelsorge	Individuell verfügbar



Physio-, Ergotherapie	Individuell verfügbar
Freiwillige	Individuell vor allem nachts verfügbar
Reinigungspersonal	Hauswirtschaftliche Mitarbeiter Alterszentrum Rubiswil
Küchenpersonal	Alterszentrum Rubiswil
Personaladministration	Alterszentrum Rubiswil

### 16.1.4 PERSONALQUALIFIKATION

Ärzte: Heimarzt mit Palliative Care Weiterbildung, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Hausärzte)

Pflegepersonal: Pflegehelferinnen SRK/FaGe/FaBe/FaSRK/HFP Langzeitpflege/  
dipl. Pflegefachpersonen HöFa I und II, HF, DN I und II, AKP

Freiwillige Mitglieder einer Organisation, eines Vereins zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender oder Ausbildung/Erfahrung in Palliative Care und Sterbebegleitung

### 16.1.5 PERSONALWEITERBILDUNG

Das Pflegepersonal bildet sich regelmässig zu den Themen der Palliative Care weiter, z.B. Teilnahme an den Veranstaltungen des Palliative Zentrums Spital Schwyz, Teilnahme an internen und externen Weiterbildungen zu spezifischen Themen.

Vertiefte Weiterbildungen im Bereich Palliative Care werden gefördert. Neben den üblichen vom Betrieb zur Verfügung gestellten Weiterbildungstagen werden mit den einzelnen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern anlässlich der jährlichen Mitarbeitergespräche individuelle Weiterbildungsziele vereinbart.

Freiwillige werden vorerst nur aus entsprechenden Organisationen beigezogen. Für deren Weiterbildung sind diese selbst zuständig. Eine fundierte Einführung «on the job» ist sichergestellt.

### 16.1.6 VERNETZUNG

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit folgenden Partnern:

- Palliative Kompetenzzentrum des Spitals Schwyz

- Triaplus AG – Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
- Sterbebegleitgruppen Schwyz und Umgebung (Begleitdienst für Schwerkranke und Sterbende), Arth Goldau und Region (Verein wachen und begleiten Arth-Goldau und Region)
- Regionale Spitexorganisationen
- Spital Schwyz und Hospize Kanton Schwyz – Teamarbeit «1 Konzept – 1 Team»

### 16.1.7 LEISTUNGSANGEBOT

- Betreuung von Bewohnerinnen/Bewohnern und Angehörigen
- Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle
- Behandlung interkurrenter Erkrankungen
- Bewohnerinnen/Bewohner orientierte, ganzheitliche Palliative Pflege
- Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Massnahmen
- Vermittlung von Psychotherapien, Physiotherapien und anderen gewünschten Therapien im Haus oder bei externen Therapeuten
- Spirituelle Begleitung für alle Glaubensrichtungen mit externen Seelsorgern
- Vermittlung von Sozialarbeiterischer Unterstützung (Finanzangelegenheiten, letzter Wille)
- Alltagsbetreuung und Aktivierung durch das Pflegepersonal, die hausinterne Aktivierungstherapeutin und hinzu gezogene externe Anbieter
- Trauerbegleitung
- Bedarf: Entlastungsmanagement (Abklärung, Planung, Koordination) in enger Zusammenarbeit mit den nachbehandelnden Fachkräften wie z. B. Spitex.

### 16.2 PROZESSQUALITÄT

- Der Eintritt erfolgt gemäss Standards.
- Die Pflege orientiert sich an den gültigen Pflegestandards, welche für das ganze Alterszentrum Rubiswil gelten.
- Definition und regelmässige Überprüfung von Therapiezielen.
- Regelmässige Dokumentation spezifisch palliativmedizinischer Leistungen.
- Standardisierte Symptom- und Symptomverlaufsdokumentation.
- Korrekter, regelmässiger Einsatz von subkutanen Pumpen.
- Massnahmen zur Qualitätssicherung.

### 16.3 ERGEBNISQUALITÄT

- Ein würdevolles Leben und Sterben im Hospiz Rubiswil ist sichergestellt durch
  - Ethisches Handeln in allen Bereichen
  - Genügend und richtig qualifiziertes Personal
  - Eine geeignete Infrastruktur
- Angehörige und Freunde werden als Partner wahrgenommen und begleitet.
- Ärzte und interdisziplinäre Dienste werden als gleichwertige Partner akzeptiert.
- Die Freiwilligen werden eingeführt und mit einbezogen.

## 17. QUALITÄTSSICHERUNG

### 17.1 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (regelmässige Anpassung des Konzepts und der Richtlinien).
- Qualitätsrelevante Richtlinien sind vorhanden und deren Umsetzung/Einhaltung werden überprüft.
- Die Bewohnerin/der Bewohner und / oder deren Angehörige werden regelmässig zu deren Zufriedenheit befragt. Die Resultate werden soweit als möglich berücksichtigt und umgesetzt.
- Die Mitarbeitenden werden jährlich durch die Vorgesetzten qualifiziert. Nach Bedarf werden Weiterbildungen angeordnet oder andere Massnahmen getroffen.
- Regelmässiger Austausch mit der Palliative Care Station des Spital Schwyz («1 Konzept – 1 Team»)

### 17.2 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

- Das Alterszentrum Rubiswil hat die Palliative Charta des Kantons Schwyz mitunterzeichnet und hält sich an diese Vorgaben und Rahmenbedingungen.
- Das Hospiz Alterszentrum Rubiswil erfüllt die Qualitätsvorgaben des Kantons Schwyz.

## 18. LITERATURVERZEICHNIS

Konzept Palliative Care Station Spital Schwyz, Schweiz

Konzept des Wilhelminen-Hospizes Niebüll, Deutschland

Haus- und Pflegekonzept des Johannes-Hospizes Münster, Deutschland

Konzept Eternita-Hospiz am Etzel Feusisberg, Schweiz

Richtlinie Grundsätze der Sterbebegleitung im AZR

Ibach, 11.04.2023

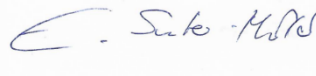
Alterszentrum Rubiswil in Ibach



Rita Bruhin  
Gesamtleitung



Sonja Andermatt  
Leitung Pflege und  
Betreuung



Edith Suter  
Leitung Hospiz Talkessel Schwyz



Dr. Benedikt Dettling  
Facharzt FMH für allgemeine  
innere Medizin und Geriatrie

## 19. REVISIONSVERLAUF

Datum	Version	Änderung Bezeichnung	Kürzel
15.01.2018	1.0	Basis Version	XYX
22.11.2021	2.0	Neues Layout	wes
11.04.2023	3.0	Überarbeitung Anpassungen	AG Hospiz

Gültig für	alle Mitarbeitenden AZR
Ablage	<a href="#">W:\13 Informationen\00 Management-Handbuch\04 Konzepte Richtlinien\03 Richtlinien</a>



---

Überprüfung	Diese Richtlinie wird alle zwei Jahre überprüft
Erstellt	Jan 2018
Genehmigt	Jan 2018/GL
In Kraft	01.01.2018
Überprüft	22.11.2021/wes