

# Konzept Palliative Care

Ausgearbeitet durch die Kerngruppe Palliative Care, Januar 2017

*"Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben."  
Cicely Saunders*

## Inhaltsverzeichnis

1	Verständnis von Palliative Care .....	2
2	Versorgung.....	3
2.1	Zielgruppen und Abgrenzung im Bereich der palliativen Versorgung.....	3
2.2	Ziele, Methoden und Instrumente .....	5
2.2.1	Unterstützung der Rechte der Bewohnenden / Einbindung von Bezugspersonen	5
2.2.2	Unterstützung der Entscheidungsfindung und Erhebung des Bedarfs, vorausschauende Planung	6
2.2.3	Symptommanagement und Leistungen: Unterstützung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Bewohnenden mit Bedarf an Palliative Care.	7
2.2.4	Sterbebegleitung und Gestaltung des Abschieds	9
3	Anforderungsprofil für das Personal.....	11
3.1	Anforderungsprofil / Regelung der Weiterbildung .....	11
4	Zusammenarbeit und Vernetzung.....	12
4.1	Ziele, Methoden, Instrumente.....	12
5	Schlusswort .....	12
6	Anhang.....	13

## 1 Verständnis von Palliative Care

### Palliative Care in der Gutknecht Stiftung

Die Gutknecht-Stiftung verweist in ihrem Leitbild auf die „Nationalen Leitlinien Palliative Care“. Palliative Pflege und Begleitung im Sterbeprozess sind Kernkompetenzen der Stiftung.

Aus unserer Sicht ist der Respekt gegenüber der Würde, Autonomie und persönlichen Lebenswelt unserer Bewohner/-innen ein äusserst wichtiger Bestandteil unseres pflegerischen und betreuenden Handelns.

Wir akzeptieren die Endlichkeit des menschlichen Lebens. Sterben und Tod sehen wir Bestandteil unserer Existenz. Wir anerkennen die Grenzen unserer eigenen Möglichkeiten und wiegen das Machbare gegenüber dem Sinnvollen ab.

Das vorliegende Konzept wurde aufgrund von Vorgaben und Empfehlungen der zuständigen Ämter der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion durch die Kerngruppe Palliative Care der Gutknecht-Stiftung erstellt. Ziel ist die Sicherung der palliativen Grundversorgung im stationären Langzeitbereich, insbesondere in Alters- und Pflegeheimen. Die Umsetzung von einheitlichen und fachlich begründeten Qualitätskriterien in der Palliative Care ist eine Voraussetzung für die Betriebsbewilligung der Gutknecht-Stiftung.

Bei der Erarbeitung des vorliegenden Konzepts haben wir uns auf diverse und umfangreiche Publikationen des Kantons Bern und der Eidgenossenschaft gestützt.

### Unsere Definition von Palliative Care

Der Begriff „Palliative Care“ wird von verschiedenen Organisationen in unterschiedlichem Umfang definiert.

**Pallium** kommt aus dem Latein und heisst „Mantel“.

**Care** ist aus dem Englischen und heisst Sorge, Sorgfalt, Schutz, Pflege, Betreuung und Achtsamkeit. Das Wort beschreibt sowohl eine Haltung als auch die Tätigkeit des Caregivers.

Die Definition in den nationalen Leitlinien Palliative Care erscheint uns passend, da darin alle nötigen Informationen vorhanden sind.

„Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten, ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in welcher die Kuration (Heilung) der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“

Palliative Care soll unseren Bewohnerinnen und Bewohnern unabhängig von Geschlecht, Lebensalter, sozialem Status und religiösem, kulturellem Hintergrund zur Verfügung stehen.

## 2 Versorgung

### 2.1 Zielgruppen und Abgrenzung im Bereich der palliativen Versorgung

#### Zielgruppen

Die Gutknecht-Stiftung bietet, nach Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit, eine sogenannte «Palliative Care in der Grundversorgung» an, ausgerichtet auf die Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen.

Zahlreiche Bewohner/-innen der Gutknecht-Stiftung leiden unter einem **kontinuierlichen, sich langsam verschlechternden Krankheitsverlauf**. Dieser kann unterschiedlich lange dauern. Oft handelt es sich um eine Multimorbidität, also zwei oder mehr meist chronische Erkrankungen gleichzeitig. Der Verlauf geht meist einher mit dem Verlust von körperlichen und/oder kognitiven Fähigkeiten.

Unsere Aufgabe ist es, die Situation unserer Bewohner/-innen immer wieder zu beurteilen, Probleme zu erkennen und entsprechend zu handeln. Palliative und kurative Massnahmen können sich abwechseln. Oft kann nicht die Heilung angestrebt werden, sondern die Linderung von Symptomen wie Schmerz, Angst, Unruhe und Atemnot.

Die jüngeren Bewohner/-innen leiden gelegentlich **an akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes**. Hier wird meist eine Spitaleinweisung zur Stabilisierung gewünscht. Jede Episode kann mit einer graduellen Verschlechterung des Allgemeinzustandes einhergehen und zu einem plötzlichen Tod führen.

Die Gutknecht-Stiftung verfügt über ein so genanntes Palliativzimmer. Obwohl wir nicht spezialisiert sind, besteht hier die Möglichkeit, Menschen nach einem **stabilen Krankheitsverlauf für die kurze Sterbephase** in unserer Institution aufzunehmen.

#### Grenzen in der Gutknecht-Stiftung

Neben der palliativen Sedation (künstliches Koma) können auch andere Situationen auftreten, in denen sich die Gutknecht-Stiftung externe Hilfe in Anspruch nehmen muss:

- Wenn die Verabreichung von Schmerzmedikamenten per os oder subcutan ungenügende Wirkung zeigt und eine intravenöse Behandlung nötig wird.
- Wenn Bewohner/-innen im Delir zu massiver Gewalt neigen.

Hier besteht die Möglichkeit einer Überweisung in die **akute Palliativstation der STS AG**. Dort kann innerhalb von zwei Wochen eine Stabilisierung der Symptome erzielt werden.

#### Ressourcen aus dem Verein Netzwerk Palliative Care Thun

- **MPD: Mobile Palliative Dienste**, Spital STS AG: In komplexen Situationen können die Grundversorger rund um die Uhr auf die Unterstützung eines **spezialisierten Teams aus Ärzten und Pflegefachpersonen** zählen.
- **PaCa: Spezialdienst Palliative Care** der Spitex Thun unterstützt Spitex Organisationen und Pflegeheime.

Es ist uns ein grosses Anliegen, nach Absprache mit dem zuständigen Arzt, diese Dienstleistungen zum Wohl unserer Bewohner/-innen und zur Entlastung des Pflegeteams zu nutzen.

**Grundsätzlich ist unser Ziel, jeder Bewohnerin, jedem Bewohner die Möglichkeit zu geben, im eigenen Zimmer sterben zu dürfen.**

## Der Umgang mit dem Inhalt wichtiger Definitionen in der Gutknecht- Stiftung

Hier erscheint es uns sehr wichtig, dass alle Pflegenden in unserer Institution von den gleichen Begriffserklärungen und einer gemeinsamen Grundhaltung ausgehen.

Bei der **passiven Sterbehilfe** wird auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet. Medikamente werden, wenn überhaupt, zur Leidenslinderung und nicht zur Lebensverlängerung eingesetzt. Das zunehmend mangelnde Bedürfnis von betagten Menschen nach Flüssigkeit und Nahrung ist für Pflegende und Angehörige oft schwer zu ertragen. Wir bieten Getränke und Nahrungsmittel an, ohne den Bewohnerinnen und Bewohnern diese aufzudrängen.

Es ist unsere Aufgabe immer wieder Aufklärungsarbeit zu leisten. Wir sehen den Alterungsprozess als natürlichen Vorgang und akzeptieren, dass die meisten Betagten immer weniger essen. „Terminales Fasten“, also der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Sterbephase, erhöht die Ausschüttung von Endorphinen im Gehirn, diese wirken stimmungsaufhellend und schmerzlindernd.

**Indirekte, aktive Sterbehilfe** liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden ärztlich verordnete Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkungen eine Bewusstseinstäubung, eine Atemdepression und damit eine in Kauf genommene Lebensverkürzung mit sich bringen.

**Direkte, aktive Sterbehilfe** ist die gezielte Tötung eines unheilbar Kranken zur Verkürzung der Leidenszeit. Hierbei handelt es sich um eine Straftat.

Die Entscheidung, das eigene Leben in einer bestimmten Lebenssituation, zu einem ebenfalls bestimmten Zeitpunkt zu beenden, gehört aus unserer Sicht zum Recht auf Selbstbestimmung. Wir in der Gutknecht-Stiftung sind aber überzeugt, dass eine umfassende medizinische und pflegerische Betreuung im Sinne von Palliative Care die Lebensqualität unserer Bewohner/-innen soweit verbessern kann, dass der Wunsch nach dem Freitod in den Hintergrund gerückt wird. Sollte trotzdem die Situation eintreten, dass **Beihilfe zum Suizid** durch eine Sterbehilfeorganisation gewünscht wird und wir mit unseren Angeboten den Entschluss nicht beeinflussen können, muss gemeinsam nach einem geeigneten Vorgehen gesucht werden. Da die Bewohner/-innen in der Gutknecht-Stiftung zu Hause sind, wäre es unwürdig, sie für diesen Vorgang aus dem Haus zu weisen. Wir leisten jedoch keinerlei Hilfe bei der Organisation und Durchführung eines begleiteten Suizides. Zudem erwarten wir von den betroffenen Personen und deren Angehörigen adäquate Informationen zu den geplanten Absichten.

Selbsttötung ist in einer Institution keine Privatsache. Es betrifft den gesamten Heimbetrieb und macht alle im Haus lebenden und arbeitenden Personen betroffen.

In einer solchen Situation müssen wir uns bewusst sein, dass externe, beratende Unterstützung nötig sein kann.

Bei der **palliativen Sedation** geht es um die Abgabe von stark sedierenden Medikamenten, um den Sterbenden in ein künstliches Koma zu versetzen.

Das komplexe Vorgehen bei dieser Handlung übersteigt ganz klar die Ressourcen in der Gutknecht-Stiftung. Besteht der Wunsch nach palliativer Sedation, wird eine Verlegung in eine spezialisierte Institution für Palliative Care zwingend.

## 2.2 Ziele, Methoden und Instrumente

### 2.2.1 Unterstützung der Rechte der Bewohnenden / Einbindung von Bezugspersonen

#### Bezugspersonen

Die Angehörigen und Vertrauenspersonen unserer Bewohner/-innen sind aktive Beteiligte in der palliativen Begleitung. Sofern es für den Betroffenen stimmt, legen wir Wert darauf, dass dieser Personenkreis sich jederzeit in unserem Haus willkommen fühlt und, sofern dies gewünscht wird, in den Tagesablauf einbezogen wird. Sie sollen Fragen stellen und ihre Anliegen anbringen können. In der palliativen Phase sind die Vertrauenspersonen eine wichtige Informationsquelle, was die Wünsche und Bedürfnisse von verbal eingeschränkten Bewohnern anbelangt. Auf Wunsch ziehen wir die Angehörigen und Vertrauenspersonen direkt in den Pflege- und Betreuungsprozess mit ein.

#### Patientenverfügung

Aus unserer Sicht ist eine Patientenverfügung ein geeignetes Instrument der Selbstbestimmung bis in die Sterbephase und den Tod. Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welche medizinischen Massnahmen in Fall ihrer Urteilsunfähigkeit durchgeführt oder weggelassen werden sollen. Sie bestimmt darin eine Vertrauensperson, die stellvertretend zusammen mit den Ärzten die medizinischen Massnahmen bespricht und im Namen der urteilsunfähigen Person entscheidet. Sofern eine gültige Patientenverfügung vorhanden ist, wird eine Kopie in der Bewohnerdokumentation aufbewahrt. Hier denken wir auch daran, diese gegebenenfalls bei einer Einweisung ins Spital mitzugeben.

Auf Wunsch der Bewohner/-innen und Angehörigen händigen wir Vorlagen zu Patientenverfügungen aus. Diese finden wir unter [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) > Fachinformationen > Themendossiers > Erwachsenenschutzrecht.

Im Rahmen der Erstbeurteilung RAI MDS ermutigen wir die Bewohner/-innen, sofern die kognitiven Fähigkeiten es erlauben, sich mit dem Thema Patientenverfügung zu befassen.

Eine Patientenverfügung ist so lange gültig, bis sie vom Aussteller widerrufen wird. Dieser muss zum Zeitpunkt des Widerrufs einwilligungsfähig sein.

Auch heute verfügen noch viele Menschen über keine Patientenverfügung. Daher händigt die Gutknecht-Stiftung den eintretenden Bewohnerinnen und Bewohnern ein Blatt mit drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten aus. Hier geht es um Lebenserhaltung um jeden Preis, Lebenserhaltung unter Einbezug der im Heim möglichen Massnahmen oder Leidenslinderung im Sinn von Palliative Pflege und Medizin.

Auf diesem Blatt wird ebenfalls einer Vertrauensperson sowie einer Ersatzperson eine Bevollmächtigung erteilt. Zusätzlich wird das Angebot eines Familiengesprächs (nach Vorlage interdisziplinäre Situationsbesprechung) gemacht, da wir uns bewusst sind, dass zu diesem Thema innerhalb einer Familie unterschiedliche Meinungen herrschen können.

Dieses Konzeptblatt gilt als grobe Richtlinie und kann von den Bewohnerinnen und Bewohnern jederzeit angepasst werden.

#### Rechte der Bewohner/-innen und der vertretungsberechtigten Personen

Das neu angepasste Kinder- und Erwachsenenschutzrecht vom 1. Januar 2013 gibt Auskunft über die Rechte der Bewohner/-innen und der vertretungsberechtigten Personen.

Fehlt eine bevollmächtigte Person, so halten wir uns an das «Merkblatt Erwachsenenschutzrecht für im Gesundheitswesen tätige Fachpersonen». Unter den Punkten 16 – 18 ist das genaue Vorgehen beschrieben.

## 2.2.2 Unterstützung der Entscheidungsfindung und Erhebung des Bedarfs, vorausschauende Planung

### Anamnese der Bewohnerin, des Bewohners

Bei Eintritt in die Gutknecht-Stiftung erhalten unsere Bewohner/-innen das oben bereits erwähnte Blatt mit den drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten. Diese werden dem Neueintretenden von der zuständigen Tagesverantwortlichen erklärt. Dies muss nicht am Eintrittstag geschehen, zeitnah ist aber von Vorteil.

Ebenfalls bei Eintritt wird ein Formular zu Biografie / Lebenslauf ausgehändigt. Hier wird nach der Lebenssituation vor dem Eintritt, den Lebensgewohnheiten, der momentanen Familiensituation und den Erwartungen an die Institution und das Personal gefragt.

Da wir uns bewusst sind, dass wir zurzeit noch eine Generation betreuen, die nicht gewohnt ist ihre Wünsche offen zu äussern, geht ein weiterer Fragebogen zur Biografie an die Angehörigen. Hier wird nach speziellen Bedürfnissen, Ängsten und Befürchtungen, aber auch nach Gegenständen von hohem (emotionalen) Wert, entscheidenden Erlebnissen und der Bewältigung von schwierigen Situationen gefragt.

Wir akzeptieren die Tatsache, dass nicht alle Bewohner/-innen bereit sind, ausführliche Angaben über ihre Biografie zu machen. Oft muss zuerst eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, dann können die Puzzlestücke zusammengetragen werden.

Diese Angaben helfen uns, neue Bewohner/-innen umfassender zu betreuen. Für spezielle Verhaltensweisen und Eigenheiten kann oft eine Erklärung in der Biografie gefunden werden.

### Der Pflegeprozess

Physische und psychische Symptome werden wahrgenommen, erfasst und entsprechende Massnahmen getroffen. Eine Pflegeplanung mit Problemformulierung, Zielsetzung und dem entsprechenden Massnahmenkatalog wird erstellt. Geäusserte und sichtbare Veränderungen werden mit der Bewohnerin, dem Bewohner besprochen, am täglichen Pflegerapport erörtert und die nötigen Handlungsschritte eingeleitet. Hier steht uns das interdisziplinäre Team mit Hausarzt/Hausärztin, Psychiatrischer Dienst und Heimpfarrer/-in zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit einer «Interdisziplinären Fallbesprechung». Hierzu besteht eine Anleitung in den Standards der Gutknecht-Stiftung.

Individuelle Pflegeplanungen werden in den Abständen von drei Tagen, drei Wochen, drei Monaten und einem halben Jahr überprüft. In der terminalen Phase werden die Massnahmen in kurzen Intervallen den Bedürfnissen angepasst.

Hilfreich für eine Gesamtbeurteilung ist das RAI (Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohner). Durch das halbjährliche Abgleichen der Abklärungszusammenfassung mit der Pflegeplanung wird zusätzlich ersichtlich, welchen Problembereichen mehr Beachtung geschenkt werden muss.

### Lebenskontext im MDS

In der Version 2.0 des RAI-NH (Resident Assessment Instrument für Nursing Homes), also dem Bedarfsabklärungsinstrument für Alters- und Pflegeheimbewohner finden wir unter dem Bereich A sowohl in der Gesamtbeurteilung als auch in der halbjährlichen Zwischenbeurteilung (RUG III) Fragen zum Thema «Lebenskontext». Die Punkte 14 bis 16 befassen sich mit der Lebenserwartung, der Kommunikation darüber und dem Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. Hier geht es darum, vorausschauend mögliche Komplikationen einer Erkrankung zu erkennen und sowohl den Bewohner, die Bewohnerin als auch die Vertrauenspersonen in einem sorgfältig geführten Gespräch auf den komplexen Sachverhalt anzusprechen. Im Handbuch 2016 werden auf den Seiten 84 – 86 die genauen Ziele, das Vorgehen und die möglichen Kodierungen beschrieben.

Die halbjährlichen Beobachtungsphasen werden von den MDS-Koordinatorinnen genutzt um, wenn möglich, zusammen mit der Bewohnerin/dem Bewohner, dem Arzt und den Vertrauenspersonen die Palliative Care – End of Life (PCE) Punkte 16 a bis f anzuschauen und entsprechende Entscheidungen zu fällen.

Hier kann nicht genügend betont werden, wie subtil mit diesen Fragen umgegangen werden muss. Das Handbuch verweist immer wieder auf einen sorgfältigen Dialog, während dem die Beteiligten nicht zu Aussagen gedrängt werden, hinter denen sie allenfalls nicht stehen können.

**Denn jeder Mensch hat das Recht auf Hoffnung, niemand hat das Recht, ihm diese auszusprechen!**

### **Assessmentinstrumente**

Zurzeit arbeiten wir mit den in der RAI ePDok vorhandenen Instrumenten.

- Schmerzerfassungsinstrument (ähnlich der ECPA Schmerzerfassung)
- Wundprotokoll

Wund- und Hautprotokolle werden bei Bedarf durch die Pflegefachpersonen eröffnet. Beobachtungsphasen zur Schmerzerfassung bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit verbalen und kognitiven Einschränkungen werden mit dem Arzt abgesprochen.

## **2.2.3 Symptommanagement und Leistungen: Unterstützung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Bewohnenden mit Bedarf an Palliative Care.**

### **Die Sterbephasen**

Es ist auch immer wieder möglich, dass sich Bewohner/-innen in den von Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen fünf Phasen psychischen Erlebens befinden.

Phase 1 Schock und Verleugnung

Phase 2 Emotionsphase

Phase 3 Verhandlungsphase

Phase 4 Depressionsphase

Phase 5 Akzeptanz

Diese sind bei Schwerkranken und Sterbenden regelmässig zu beobachten. Die Phasen werden nicht immer in dieser Abfolge und nicht abschliessend erlebt, sie können sich immer neu und unsortiert wiederholen.

Auch der Eintritt ins Heim kann eine Krise mit einem solchen Erleben auslösen. Oft ist damit auch schon ein Schritt im Loslösungsprozess gemacht.

Jede dieser Phasen weist bestimmte Merkmale auf und bedarf der einfühlsamen Reaktion der Pflegenden. Wichtig ist auch hier die Autonomie wertzuschätzen und eine palliative Haltung zu zeigen. Das heisst, nicht besser wissen, nicht werten, präsent und authentisch sein, sich selbst achten und die eigenen Grenzen erkennen, weniger ist manchmal mehr.

### **Begleitung im Leben und Sterben**

Die individuellen Bedürfnisse und die Lebensqualität unsere Bewohner/-innen stehen, im Rahmen unserer Möglichkeiten, grundsätzlich immer im Vordergrund. Während der Sterbephase liegt uns viel daran, Wünsche zu erfüllen und auf Anliegen einzugehen. Diese erfassen wir anhand der „Checkliste zur Pflege von Sterbenden“ mit anschliessender Pflegeplanung in der Pflegedokumentation.

Checkliste zur Pflege von Sterbenden beinhaltet vor dem Tod folgende Themen:

- Die drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten (grünes Blatt) überprüfen und deren Gültigkeit bestätigen lassen.
- Überprüfen der Medikamente mit dem Arzt. Für genügend Reserven sorgen.
- Wünsche und Anliegen der Bewohnerin/des Bewohners erfassen und soweit als möglich erfüllen oder darauf eingehen
- Symptome erkennen und die entsprechenden Massnahmen ergreifen
- Zusammenarbeit mit Angehörigen/Vertrauenspersonen
- Wünsche betreffend seelsorgerischer, spiritueller Begleitung
- Laufender Informationsaustausch, Bewohner/-in/Vertrauensperson/Pflegende
- Anwendungen aus der Basalen Stimulation anbieten
- Atmosphäre im und rund um das Zimmer
- Pläne betreffend Kleidung im Todesfall und Bestattung ansprechen

Den Tagesverantwortlichen ist die Liste bekannt und es liegt in ihrem Ermessen zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie eingesetzt wird. In herausfordernden Situationen wird die Verantwortliche für Palliative Care (Ausbildung B1) beigezogen.

### **Symptommanagement**

Hier liegt der medizinische Teil der Behandlung beim Arzt. Pflegende können höchstens Vorschläge unterbreiten und ihren reichen Erfahrungsschatz anbieten.

Für die pflegerischen Massnahmen richten wir uns nach den Standards Best Practice BIGORI, die auf jeder Station im Ordner «Symptommanagement», Palliative Care und Organisationsethik zu finden sind.

- Dyspnoe (eine subjektive Erfahrung von Unwohlsein beim Atmen)
- Schmerzen
- Nausea (Übelkeit) und Erbrechen
- Hydratation (Zufuhr von Flüssigkeit): Hier halten wir uns auch an die Empfehlungen von Dr. Albert Wettstein. Wenn Hochbetagte nicht mehr essen und trinken wollen, sollte man sie in Ruhe und Würde sterben lassen.
- Delirium (akuter Verwirrtheitszustand)

Zurzeit sind die darin enthaltenen Versionen aktuell, es empfiehlt sich aber, vor der Umsetzung unter folgender Adresse nach einer eventuell überarbeiteten Ausgabe zu suchen:

<https://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/>

### **Schnittstellen in der palliativen Versorgung**

Palliative Care bedeutet auch, alle Disziplinen in einem Betrieb ins Boot zu holen. In der Gutknecht-Stiftung wird der wöchentliche Kaderrapport genutzt, um auch Bereiche wie Hauswirtschaft, Küche, Technischer Dienst, Administration und Tagestreff einzubeziehen. Informationen über den Zustand der Bewohner/-innen werden mitgeteilt, Wünsche und Anliegen betreffend Palliative Care angebracht, die Umsetzung geplant und in einer späteren Sitzung evaluiert.

## 2.2.4 Sterbebegleitung und Gestaltung des Abschieds

### Haltung gegenüber Spiritualität

Die persönliche Individualität unserer Bewohner/-innen in Geistes- und Glaubensfragen liegt uns am Herzen. Wir streben eine professionelle, ethisch reflektierte und neutrale Grundhaltung in Sachen Glauben und Lebensphilosophie an.

Zu unseren Aufgaben gehört das Vermitteln der gewünschten Unterstützung. Sei es das Beiziehen einer bestimmten Person, Organisation von geistlichem Beistand oder anderer spiritueller Organisationen.

Wir bieten, sofern dies gewünscht wird und Ressourcen vorhanden sind, persönliche Unterstützung und Begleitung an.

Uns ist bewusst, dass Sterbende Ruhe benötigen und Zeit für sich alleine brauchen. Können sie ihre Wünsche nicht mehr verbal äussern, ist unsere Beobachtungsgabe gefragt. Hier ist das Gespräch im Team und mit den Angehörigen nötig, um sich über die Intensität der Begleitung einig zu werden.

Auch wenn wir dem Sterbenden und seinen Vertrauenspersonen die Auseinandersetzung mit dem Leiden und dem Tod nicht nehmen können, so darf auch in dieser Situation der Humor und das Lachen in pietätvoller Weise Platz haben. Laut Harald Alexander Korp wirkt Lachen entspannend, hilft die Sprachlosigkeit zu durchbrechen und schafft Erleichterung.

### Abschiedskultur

Sterbenden und Vertrauenspersonen wird ein würdevoller Rahmen für das Abschiednehmen geboten. Das Sterben im eigenen Zimmer und nach eigenen Wünschen betreffend Behandlungsmassnahmen, Umgebung, Atmosphäre hat hohe Priorität. Sollte es in einem Zweier-Zimmer Schwierigkeiten geben, suchen wir nach einer Möglichkeit, der Mitbewohnerin/dem Mitbewohner vorübergehend eine passende Alternative anzubieten.

Sollte unsere Zuwendung während des Abschieds die bestehenden Bedürfnisse nicht abdecken, kann externe Unterstützung beigezogen werden. Hier handelt es sich vorwiegend um kostenpflichtige Zusatzleistungen.

- für das Heim zuständige Seelsorge
- Trauerbegleitung vermittelt über den Verein Netzwerk Palliative Care Thun
- Verein Schwerkranken Begleiten VBS (Freiwillige)
- SRK Bern-Oberland Beocare (Freiwillige)

Neben den oben aufgeführten Punkten aus der «Checkliste zur Pflege von Sterbenden» ist die Pflege und Betreuung sehr engmaschig. Bei jedem Besuch werden klare Abmachungen mit dem Sterbenden (auch wenn keine Reaktion spürbar) und den im Zimmer befindenden Vertrauenspersonen betreffend anstehender Schritte gemacht. Wir bieten auch immer wieder an, dass jederzeit der Schwesternruf betätigt werden kann, um die Unterstützung der Pflegenden anzufordern.

Den Angehörigen und Vertrauenspersonen bieten wir das Gästezimmer, bequeme Sitzgelegenheit, Liegebett, Decken, Kissen, Getränke und Mahlzeiten an.

Nach dem Tod lassen wir den Angehörigen genügend Zeit um Abschied zu nehmen. Wir sprechen mit ihnen den Zeitpunkt des Herrichtens des/der Verstorbenen ab. Spüren wir das Bedürfnis einer Vertrauensperson, die Pflegenden bei dieser Aufgabe zu unterstützen, zeigen wir, dass uns die Mithilfe willkommen ist.

Grundsätzlich ermöglichen wir den Angehörigen individuelle Trauerriten der verschiedenen Religionen und Religionsgemeinschaften in der Gutknecht-Stiftung zu pflegen. Voraussetzung ist, dass die Verstorbenen innerhalb von 12 Stunden durch ein Bestattungsinstitut abgeholt werden.

Die weiteren Vorkehrungen werden mit den Angehörigen und Vertrauenspersonen besprochen. Bestatter schlagen wir keine vor, händigen aber eine Liste mit den Instituten in der näheren Umgebung aus. Wir halten uns an die Weisung zum Vorgehen bei einer Todesmeldung.

In der Eingangshalle werden eine Todesanzeige und eine Kerze am speziell dafür vorgesehen Standort platziert. Die Wohngruppen informieren ihr Bewohner/-innen individuell und den Gegebenheiten entsprechend.

Die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner haben, in Begleitung der Pflegenden, die Möglichkeit zu einem Besuch im Zimmer des Verstorbenen, um Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen.

Das Vorgehen nach dem Tod ist ebenfalls in der «Checkliste zur Pflege von Sterbenden» Punkt für Punkt aufgeführt. Geregelt ist folgendes:

- Herrichten des Verstorbenen
- Merkblatt «Weisung zum Vorgehen bei einer Todesmeldung»
- Information der Angehörigen
- Arzt, Betätigung des Todes
- Bestatter
- Information der Mitbewohner/-innen
- Information Heim- und Pflegedienstleitung

Wird der Verstorbene abgeholt, begleiten wir den Sarg aus dem Haus.

Mindestens ein Mitglied des betreffenden Pflgeteams nimmt während der Arbeitszeit an der Beerdigung teil.

Angehörigen und Vertrauenspersonen bieten wir an, sich bei Fragen, Unklarheiten und Unsicherheiten betreffend Sterben, Abschied und Trauer, auch nach der Bestattung, an uns zu wenden. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dieses Angebot bei der Verabschiedung nach der Beerdigung zu machen.

Jedes Jahr im November wird unsere regelmässig stattfindende Andacht als Ewigkeitsgottesdienst abgehalten. Die Angehörigen der Verstorbenen des betreffenden Jahres werden eingeladen, um mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Pflegenden den Toten zu gedenken.

### 3 Anforderungsprofil für das Personal

#### 3.1 Anforderungsprofil / Regelung der Weiterbildung

##### **Vorgaben zur Fortbildung**

Hier halten wir uns an die Forderung der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, welche verlangt, dass sämtliche Mitarbeitenden im Betreuungsbereich über eine Basis-Fortbildung von mindestens einem Tag in Palliative Care verfügen. Dieser Tag soll vor allem ein Grundwissen vermitteln und der Inhalt der Fortbildung sollte auf der Teilnahmebestätigung erläutert sein. Die Pflegedienstleitung überprüft jährlich, wie viele Mitarbeiter/-innen diese Fortbildung besuchen müssen und organisiert entsprechende Möglichkeiten.

Mindestens eine diplomierte Pflegefachperson auf Funktionsstufe 3 verfügt über das Ausbildungsniveau B1 (10 Tage Fortbildung). Hier wäre eine Stellvertretung wünschenswert, jedoch gemäss GSI nicht zwingend. Gemäss palliativ.ch ist dieser Kurs «für sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an».

Je nach Personenzahl wird entschieden, ob eine Inhouse-Schulung durch externe Dozentinnen oder Dozenten angebracht ist, oder ob einzelne Mitarbeitende an einer externen Weiterbildung teilnehmen.

Wünschenswert wäre, wenn alle über ein ähnliches Grundwissen zum Thema verfügen würden. Wichtig ist auch, dass auf den Teilnahmebestätigungen der Inhalt der Fortbildung erläutert wird. Fortbildungen werden angeboten durch das SRK, CURAVIVA, den vbb, das HES-SO Wallis oder selbständige Lehrpersonen wie Erika Schärer-Santschi.

##### **Verantwortung für die Umsetzung**

In der Gutknecht-Stiftung übernimmt die Pflegefachperson mit der Weiterbildung B1 die Rolle der/des Palliative Care Verantwortlichen. Bei einer Kündigung des Palliative Care Verantwortlichen ist es die Aufgabe der Pflegedienstleitung, für Ersatz zu sorgen.

Die besuchten Schulungen werden durch die Pflegedienstleitung auf einer Excel-Liste mit dem Titel Fortbildung Palliative Care festgehalten.

Die Umsetzung von Palliative Care und Wünsche betreffend Weiterbildung und Engagement zu diesem Thema sind Bestandteil des jährlichen Mitarbeitergesprächs.

Halbjährlich werden neue Mitarbeitende aus allen Bereichen zusammengenommen und durch die Palliative Care Verantwortliche über das Konzept Palliative Care in der Gutknecht-Stiftung informiert. Die Planung, Durchführung und Dokumentation unterliegt ebenfalls ihrer Verantwortung.

Das fertiggestellte Konzept Palliative Care wird den Mitarbeitenden in einer Inputveranstaltung durch die Kerngruppe Palliative Care vorgestellt.

Die Kerngruppe Palliative Care bleibt nach der Erarbeitung des Konzeptes bestehen und trifft sich halbjährlich zu einem Standortgespräch.

## 4 Zusammenarbeit und Vernetzung

### 4.1 Ziele, Methoden, Instrumente

#### **Zusammenarbeit in der Gutknecht-Stiftung**

In schwierigen Situationen können die Probleme und Anliegen während dem täglichen Übergaberapport vorgetragen werden. Oft ist Pflegenden geholfen, wenn sie im Rahmen des Tageteams eine Situation schildern und ihre Gefühle äussern können.

Im Fall eines ethischen Dilemmas steht das Formular „Der Prozess der ethischen Entscheidungsfindung“ nach dem Modell von Van den Hoven und Tenwolde, 1988 zur Verfügung. Hier ist es angebracht, die Pflegedienstleitung, den Heimleiter oder die Pflegefachperson mit der Weiterbildung B1 in Palliative Care beizuziehen. Es besteht auch die Möglichkeit externe Beratung in Anspruch zu nehmen.

Je nach Bedürfnis der Bewohner/-innen kann ein interdisziplinäres Team gebildet werden. Gespräche zwischen Bewohner/-innen, Angehörigen, Pflegepersonal, Arzt, Seelsorger und Koch, können in verschiedenen Konstellationen anhand des Merkblattes „Interdisziplinäre Situationsbesprechung“ einberufen werden.

#### **Lernen aus kritischen Ereignissen**

Kritische Ereignisse, Pflegefehler und versehentlich falsches Handeln können auch in einer palliativen Situation zu Konsequenzen für die Bewohner/-innen führen. Anhand des Formulars „Lernen aus kritischen Ereignissen“ reflektieren die Pflegenden Fehlverhalten, ziehen daraus Schlüsse, um diese Situation in Zukunft zu vermeiden. Das Vorgehen ist auf dem Bogen beschrieben. Greifen Pflegenden nicht von sich aus zum besagten Formular, müssen sie von der/dem Vorgesetzten darauf aufmerksam gemacht werden.

#### **Ressourcen aus dem Palliative Care-Netzwerk Region Thun**

Als Mitglied des Vereins Netzwerk Palliative Care Thun verfügen wir über schnellen und unkomplizierten Zugang zu den anderen Vereinsmitgliedern. Telefonisch kann Kontakt zu den Anbietern aufgenommen werden (auf Seite 6 aufgeführt).

Vierteljährlich haben zwei bis drei Mitarbeiterinnen der Gutknecht-Stiftung die Gelegenheit, an einer ethischen Fallbesprechung des Netzwerks teilzunehmen und, wenn der Bedarf besteht, eine Problemsituation vorzutragen.

## 5 Schlusswort

Unser Konzept erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In unzähligen Büchern und Weiterbildungen tauchen immer wieder neue Aspekte auf, die uns wesentlich erscheinen.

Hier geht es um UNSER Konzept, um die Beschreibung wie wir das Thema in der Gutknecht-Stiftung handhaben.

Das Konzept Palliative Care ist ein stetiger Prozess und kein geschlossenes Projekt. Wir sind uns bewusst, dass immer wieder Anpassungen und neue Erkenntnisse dazukommen werden.

## 6 Anhang

- Nationale Leitlinien Palliative Care, Schweizerische Eidgenossenschaft  
Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Aktualisierte Version: Dezember 2014
- Medizinische und pflegerische Betreuung der Heimbewohner/-innen in der Gutknecht-Stiftung  
– Bevollmächtigung einer Vertrauensperson  
Die 3 grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten (grünes Blatt)
- Merkblatt Erwachsenenschutzrecht für im Gesundheitswesen tätige Fachpersonen  
(Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern)  
(Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB)
- Kapitel Lebenskontext (Bereich A: Angaben zur Person)  
RAI-NH-Handbuch, RAI für Alters- und Pflegeheime  
Gesamtausgabe Version 2.0, 2016
- Standard  
Interdisziplinäre Situationsbesprechung IS, Gutknecht-Stiftung, 2002
- Checkliste zur Pflege von Sterbenden, Gutknecht-Stiftung, 2016
- Weisung zum Vorgehen bei einer Todesmeldung, Gutknecht-Stiftung, 2014
- «Der Prozess der ethischen Entscheidungsfindung» nach dem Modell von Van den Hoven und  
Tenwolde, 1988
- Lernen aus kritischen Ereignissen, Gutknecht-Stiftung, 2013
- Biografie – Fragen an die Angehörigen, Gutknecht-Stiftung
- Biografie / Lebenslauf, Gutknecht-Stiftung
- «Wenn der Körper nicht mehr will»  
Beobachter Artikel von Albert Wettstein, 2014