

## **Konzept Palliative Care für aamina Pflegewohnungen in Port**

---

Erstellt: September 2016

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Einleitung und Zielsetzung</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen von Palliative Care</b> .....	<b>3</b>
2.1	Definition von Palliative Care .....	3
2.2	Ziele von Palliative Care .....	3
2.3	Zugang zu Palliative Care .....	3
2.4	Prinzipien von Palliative Care.....	4
<b>3</b>	<b>Palliative Care in aamina Pflegewohnungen, Port</b> .....	<b>4</b>
3.1	Zielgruppe / Abgrenzung .....	5
3.2	Bewohner Eintritt .....	5
3.3	Ärztliche Behandlung.....	5
3.4	Pflegerische Betreuung.....	5
3.5	Spiritualität - Seelsorge .....	6
3.6	Patientenverfügung.....	6
3.7	<b>Begleitung im Sterbeprozess</b> .....	<b>6</b>
3.7.1	Multidimensionale Begleitung .....	6
3.7.2	Bewohner mit Demenz.....	7
3.7.3	Integration und Unterstützung der Angehörige .....	7
3.7.4	Gestaltung des Abschiedes.....	7
3.7.5	Passive Sterbehilfe .....	8
3.7.6	Aktive Sterbehilfe .....	8
3.8	<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung</b> .....	<b>8</b>
3.8.1	Multidisziplinäres Team.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
3.8.2	Modell zur Entscheidungsfindung .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
3.9	<b>Qualität Sicherung</b> .....	<b>8</b>
3.9.1	Verantwortlichkeit.....	9
3.9.2	Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	9
<b>4</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>10</b>

## 1 Einleitung und Zielsetzung

Ein Grossteil der Menschen, welche in *aamina Pflegewohnungen* leben, verbringt hier ihren letzten Lebensabschnitt. Sie haben mehrere medizinische Diagnosen und Einschränkungen in einem grossen Teil der ABEDL<sup>1</sup>. Viele von ihnen werden hier sterben. Zur Pflege, Betreuung und Begleitung dieser Bewohner<sup>2</sup> und ihren Angehörigen sind eine Vielfalt von persönlichen, sozialen und fachlichen Fähigkeiten, aber auch die entsprechenden institutionellen Rahmenbedingungen gefragt.

Dieses Konzept hat zum Ziel, die spezifischen Anforderungen zu Palliative Care für die Pflege und Betreuung von betagten Menschen in *aamina Pflegewohnungen* zu definieren und Grundlagen zur Umsetzung zu schaffen sowie die Vorgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zu erfüllen.

## 2 Grundlagen von Palliative Care

### 2.1 Definition von Palliative Care

In der nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 definiert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Palliative Care folgendermassen:

*„Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.“*

### 2.2 Ziele von Palliative Care

Palliative Care hat zum Ziel, das Leiden von Menschen mit nicht heilbaren gesundheitlichen Einschränkungen in der ihnen verbleibenden Zeit zu lindern und eine von ihnen als bestmöglich definierte Lebensqualität zu erhalten. Autonomie, Würde, Wohlbefinden, Lebensqualität und die Individualität der Bewohner stehen im Zentrum. Problemlöseprozesse werden interdisziplinär erarbeitet und unter Einbezug des persönlichen Umfeldes (Angehörige, Freunde) und Entscheide gemeinsam gefällt.

### 2.3 Zugang zu Palliative Care

„Der Zugang zu palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ist allen älteren, pflegebedürftigen

Menschen rechtzeitig zu garantieren, unabhängig vom Ort, wo sie leben. Sowohl in Institutionen der Langzeitpflege als auch in der ambulanten Krankenpflege oder im Spital kennen die Ärzte, Pflegenden und Therapeuten die Konzepte von Palliative Care und wenden sie an.

Der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten nehmen insbesondere belastende Symptome wie Schmerzen, Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit wahr und behandeln sie umfassend, dies unter Einbezug der Angehörigen. Die palliative Betreuung ist ein interdisziplinärer Prozess; bei Bedarf und auf Wunsch der älteren, pflegebedürftigen Person ist ein Seelsorger beizuziehen.“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013).

<sup>1</sup> Pflegekonzept nach dem Modell „fördernde Prozesspflege“ M. Krohwinkel, vom 01.09.2014

<sup>2</sup> Die im Text benutzte männliche Form gilt für beide Geschlechter

## 2.4 Prinzipien von Palliative Care

Palliative Care beruht auf folgenden ethischen Prinzipien:

- **Prinzip Respekt vor Autonomie und Selbstbestimmung:**  
Autonomie und Selbstbestimmung ist das Recht des Menschen auf Unabhängigkeit und Freiheit. Sie basiert auf dem inneren Vermögen des Menschen zur Willensfreiheit und dem Willen selber zu entscheiden. Autonomie, Wille und Würde des Bewohners stehen über jeder Pflegehandlung.
- **Prinzip der Gerechtigkeit, Gleichbehandlung:**  
Jeder Bewohner erfährt das gleiche Recht unabhängig von seinem sozialen Status und seiner Herkunft.
- **Prinzip des Guten Tuns:**  
Das Wohlbefinden soll gefördert werden. Wohlbefinden bezeichnet ein selbst wahrgenommenes gutes Gefühl und das Fehlen von Beschwerden.
- **Prinzip des Nicht Schadens:**  
Bewohner dürfen nicht geschädigt werden (körperliche, seelische, geistige Unversehrtheit). Mögliche Risiken müssen erkannt, gemindert und wenn möglich vermieden werden.

## 3 Palliative Care in aamina Pflegewohnungen, Port

Palliative Care ist ein aktiver Prozess und umfasst körperliche, psychische, spirituelle, soziale und materielle Pflege und Betreuung, Behandlung und Unterstützung. Palliative Care ist nicht ausschliesslich Sterbebegleitung. Ihr Schwerpunkt betrifft aber die Zeit, wo Sterben und Tod näher rücken. Dies unabhängig davon, wie alt die Betroffenen sind und an welcher Krankheit sie leiden.

Das bedeutet:

- Die individuellen Wünsche und Bedürfnissen des Bewohners sind wegleitend. Es werden physische, psychische, spirituelle, soziale und materielle Aspekte berücksichtigt, um Wohlbefinden in allen Lebensbereichen zu ermöglichen.
- Palliative Care bietet Raum für Spiritualität. Spiritualität beschreibt die grundlegende, jedem Menschen eigene Dimension seines existentiellen Herausgefordert seins.
- Palliative Care schliesst eine angemessene Rehabilitation im Sinne von Erhalten und Verbessern von Fähigkeiten, von Selbstständigkeit, von Gestaltungsmöglichkeiten, weiterem Wachstum und der Umorganisation vorhandener Kompetenzen nicht aus.
- Die Einbeziehung des Umfelds (Angehörige, Freunde) des Bewohners sowie der individuellen Ressourcen sind ein fester Bestandteil des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Team. Angehörige werden während der Krankheit und auch nach dem Tod unterstützt.
- Begegnungen basieren auf Empathie und Wertschätzung, um gemeinsame Entscheidungen zu treffen.
- Belastende Symptome wie z.B. Schmerz, Atemnot, Angst, werden gelindert.
- Sterben ist ein natürlicher Teil vom Leben.

### 3.1 Zielgruppe / Abgrenzung

Zielgruppen für Palliative Care sind alle Bewohner und Bewohnerinnen, die an einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leiden und/oder alt und gebrechlich sind. Bewohner, welche eine medizinische Behandlung wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung benötigen, werden durch den Arzt an ein Spital überwiesen.

### 3.2 Bewohnerrechte

Im Wohnervertrag, welcher jeder Bewohner bei Eintritt erhält, sind die Rechte geregelt.

### 3.3 Bewohner Eintritt

Jedem Bewohner und/oder seinen Angehörigen wird bei Eintritt in *aamina Pflegewohnungen* die Broschüre „*Brochuere\_Palliativecare*“ von palliative.ch abgegeben und Fragen sowie Anliegen dazu besprochen.

Beim Erstgespräch und in der Beobachtungsphase wird erhoben in welcher Art der Bewohner palliative Pflege benötigt und ob er eine Patientenverfügung besitzt. Informationen zu sozialen Verhältnissen, Biografie, Werte und spirituelle Ressourcen werden im Laufe der ersten drei Monate gesammelt, und dienen als Grundlage für die Pflegeplanung.

Auch persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, der Umgebung und der Atmosphäre in der Sterbephase und dem Vorgehen im Todesfall werden mit jedem Bewohner besprochen, schriftlich festgehalten und regelmässig aktualisiert. Bei Bewohnern, welche nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse und Vorstellungen zu äussern, werden ihre Angehörigen oder frühere und zuweisende Gesundheitsversorger einbezogen, um die mutmasslichen Vorstellungen zu erfahren.

Spätestens drei Monate nach Eintritt werden mit dem Bewohner und seinen Angehörige anlässlich eines Gesprächs die Bedürfnisse für palliative Pflege evaluiert. Zu diesem Gespräch wird ein Protokoll verfasst, welches in der Pflegedokumentation abgelegt wird und die Pflegeplanung wird entsprechend angepasst.

### 3.4 Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Versorgung ist über 24 Stunden gewährleistet. Die medizinische Behandlung erfolgt nach anerkannten Richtlinien der palliativen Medizin in Zusammenarbeit mit spezialisierten Ärzten, Institutionen und Spitälern.

### 3.5 Pflegerische Betreuung

Als Basis für die Ausübung der Pflege gilt das Pflegekonzept nach dem Modell „fördernde Prozesspflege“<sup>3</sup> nach M. Krohwinkel, diverse Pflegekonzepte und Pflegerichtlinien und das Einstufungssystem BESA.

Die Leitung Pflegedienst garantiert, dass körperliche, psychische und seelische Symptome regelmässig erfasst und evaluiert werden. Dies geschieht einerseits im Pflegeprozess der täglichen Pflege wie auch im Rahmen der BESA-Neueinstufung alle sechs Monate. Der Behandlungsplan wird periodisch auf der Arztvisite, so weit wie möglich zusammen mit dem Bewohner, evaluiert und bei Bedarf angepasst. Weitere Anpassungen erfolgen bei Bedarf laufend.

---

<sup>3</sup> Pflegekonzept nach dem Modell „fördernde Prozesspflege“ M. Krohwinkel, vom 01.09.2014

### 3.6 Spiritualität - Seelsorge

Jedem Bewohner und seinen Angehörigen wird seelsorgerische Betreuung und Begleitung angeboten. Auf Wunsch wird auch der Besuch durch Geistliche von nicht christlichen Religionen ermöglicht. Die Zusammenarbeit festgelegt ist mit der Kirchgemeinde Port.

### 3.7 Patientenverfügung

Der Wille des Bewohners ist massgebend. Ideal ist, wenn dieser in einer Patientenverfügung festgehalten ist. Bei Bewohnern mit fortgeschrittener Erkrankung können die Autonomie- und Urteilsfähigkeit betreffend medizinischen und pflegerischen Massnahmen jedoch eingeschränkt sein und nicht alle Situationen, wie sie bei schwerer Krankheit und am Lebensende eintreten können, sind voraussehbar. Deshalb wird eine Vertrauensperson, welche im Interesse der Betroffenen entscheiden kann, benannt.

Das Thema Patientenverfügung wird bei Eintritt oder während der BESA-Beobachtungsphase, spätestens jedoch drei Monate nach Eintritt, mit dem Bewohner und seinen Angehörigen thematisiert. Falls der Bewohner keine Patientenverfügung erstellen will oder kann, werden seine geäusserten Vorstellungen und Wünsche in einem Protokoll festgehalten. Sie sind für das Pflege- und Behandlungsteam verbindlich.

### 3.8 Begleitung im Sterbeprozess

#### 3.8.1 Multidimensionale Begleitung

Die Begleitung findet auf den vier Ebenen körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimension und in Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team statt.

Jeder Bewohner hat das Recht auf Individualität und Autonomie im Leben wie im Sterben. Deshalb orientiert sich die Pflege und Betreuung an den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden und seiner Angehörigen. Zu Gunsten der individuellen Lebensqualität wird nicht an standardisierten Abläufen festgehalten.



Grafik 1: multidim. Begleitung

### 3.8.2 Bewohner mit Demenz

Welche Bedürfnisse, Ängste und Gefühle Demenzkranke empfinden, lässt sich häufig nur intuitiv erschliessen. Zeichen und Signale des Bewohners werden ernst genommen und müssen richtig gedeutet werden. Eine wichtige Basis dazu ist die im Verlaufe der Zeit erhobene Biographie. Auch hier ist die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen / Bezugspersonen wichtig.

### 3.8.3 Integration und Unterstützung der Angehörige

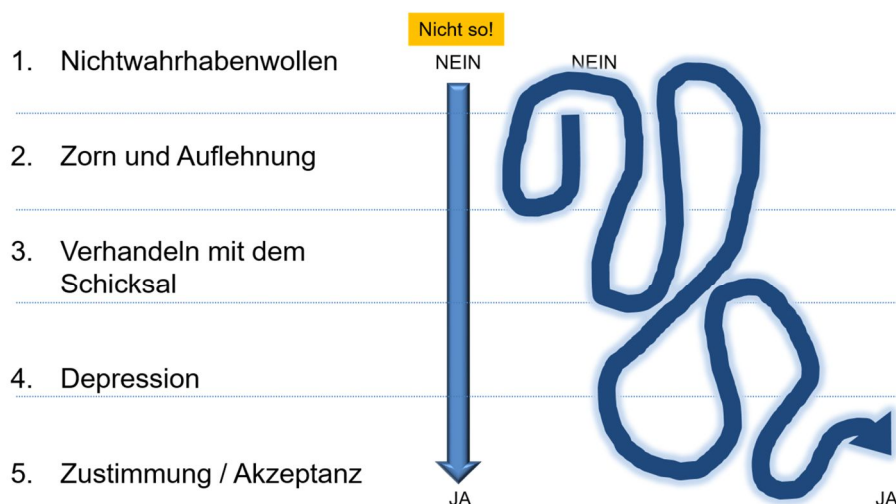
Angehörige, welche sich aktiv beteiligen möchten, werden auf Wunsch in die Pflege einbezogen, instruiert und unterstützt. Sie erhalten im Prozess des Abschiednehmens und der Trauer Unterstützung und Anteilnahme. Die Kommunikation mit ihnen wird bewusst gestaltet und dazu Raum und Zeit gegeben. Wenn der Bewohner verstorben ist, erhalten Angehörige auf Wunsch Unterstützung bezüglich Organisation eines Bestatters.

### 3.8.4 Gestaltung des Abschiedes

Für den Verstorbenen wird ein würdevoller Abschied gestaltet; er wird ein letztes Mal liebevoll versorgt und anschliessend in würdigem Rahmen aufgebahrt. Angehörige, Bewohner und Mitarbeitende haben die Möglichkeit, vom verstorbenen Bewohner Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen. Trauer ist in jeder Form erlaubt, Mitarbeitende sind sich bewusst, dass Bewohner unterschiedliche Reaktionen zeigen können. Nachdem ein Bewohner verstorben ist wird ein Gedenktisch mit Foto, Namen und persönlichen Gegenständen des Verstorbenen wird aufgestellt. Wenn möglich nimmt eine Vertretung von *aamina Pflegewohnungen* an der Abdankungsfeier teil.

Zur Unterstützung trauernder Mitarbeiter erkundigt sich die Leitung Pflegedienst nach dem Befinden des Teams und Einzelner und bietet Gespräche an.

#### Fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross



Grafik 2: Sterbephasen Kübler-Ross

### **3.8.5 Passive Sterbehilfe**

Verzicht oder Abbruch auf lebenserhaltende Massnahmen gehören zu den alltäglichen Fragestellungen. Die Thematik wird in Zusammenhang mit der Patientenverfügung oder auch bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dem Bewohner, seinen Angehörigen und dem Arzt diskutiert und Entscheidungen gemeinsam getroffen.

### **3.8.6 Aktive Sterbehilfe**

Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid werden in *aamina Pflegewohnungen* nicht angeboten. Bewohner und Angehörige werden im Vertrags-Anhang darauf hingewiesen.

## **3.9 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung**

Die multidimensionale Problematik der Palliative Care erfordert ein qualifiziertes multidisziplinäres Team und eine gut koordinierte Teamarbeit. Das Multidisziplinäre Team besteht aus einem Netzwerk von Ärzten, Spitälern, spezialisierten Pflegefachpersonen, Spitex, Seelsorger, Psychiater, Psychologen, Aktivierungstherapeuten, Physiotherapeuten, Küche, Hauswirtschaft und Administration.

Hauptziel dieser Vernetzung ist die Optimierung der palliativen Versorgung durch spezialisiertes Fachwissen. *Aamina Pflegewohnungen* arbeitet unter anderem mit der Pflegeexpertin für Onkologie<sup>4</sup> des Spitalzentrums Biel zusammen. Ebenso sind wir in Kontakt mit den lokalen Spitex-Organisationen, welche teilweise auch spezialisierte Palliative Leistungen erbringen. Ferner können wir auf die Beratungs-Unternehmen "Pflege-Beratung Willener GmbH" zugreifen, welche eine Pflege-Institution bei der Zertifizierung durch Palliative.CH leitend unterstützt hat. Für einen einfacheren Zugriff auf wissenschaftliche Entwicklungen und Weiterbildungsmöglichkeiten ist *aamina* Mitglied von PalliativeBern.

Als instrumentelle Grundlage dient ein "Memorandum of Understanding", welches mit den verschiedenen Organisationen abgeschlossen werden soll.

In der Praxis wird wie folgt vorgegangen: *aamina Pflegewohnungen* beschreiben eine palliative Situation mit Ausgangslage und Fragestellungen und leiten diese an eine oder mehrere Fachpersonen weiter. Der Input der Fachpersonen wird intern beurteilt und fliesst direkt oder indirekt in unsere individuelle Pflegeplanung ein.

### **3.10 Entscheidungsfindung**

Um ethisch verantwortungsvolle Entscheidungen treffen zu können, auch bei Bewohnern mit eingeschränkten Fähigkeiten, erfolgt der Entscheidungsprozess interdisziplinär und interprofessionell. Bei komplexen Fragestellungen wird unser Leitfaden zur ethischen Entscheidungsfindung<sup>5</sup> angewendet. Dabei werden die Autonomiefähigkeit und der mutmassliche Wille der betroffenen Person sorgfältig abgeklärt, die medizinischen Befunde, therapeutischen Möglichkeiten, die Rechtslage, Werte und Prinzipien berücksichtigt, die Angehörigen einbezogen und das ganze Betreuungsteam am Entscheidungsprozess beteiligt.

### **3.11 Qualität Sicherung**

---

<sup>4</sup> Beatrice Hengartner

<sup>5</sup> Leitfaden zur Ethischen Entscheidungsfindung, 7.9.2016



### 3.11.1 Verantwortlichkeit

Das Führungsteam von *aamina Pflegewohnungen* ist verantwortlich für die Umsetzung, Evaluation und Überarbeitung dieses Konzeptes.

### 3.11.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Führungsteam von *aamina Pflegewohnungen* garantiert, dass ausreichend ausgebildetes Pflegepersonal vorhanden ist und die für Palliative Care spezifischen beruflichen Kompetenzen, analog der Vorgabe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, sichergestellt sind. Palliative Care ist ein fester Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung und wird budgetiert. Um das Lernen und die Entwicklung zu Palliative Care nachhaltig zu fördern und zu sichern werden bestehende Massnahmen/Gefässe wie Fallbesprechungen und Supervision auch auf Themen im Bereich Palliative Care erweitert. Neue Mitarbeitende werden systematisch eingeführt.

Wir setzen interne Fortbildungen nach einem Verfahren der "regelmässigen, kurzen Sequenzen" um. Das heisst, wir werden die Grundausbildung in sinnvolle Themen-Blöcke aufteilen und diese Themen in unseren Qualitäts-Zirkeln schulen. Weiter nutzen wir Team-Meetings und Einzel-Coachings um eine konkrete Fachfrage anhand von Praxisarbeit zu beurteilen/diskutieren. Mit diesem 'on-the-job-learning' machen wir heute schon positive Erfahrungen in der Fortbildung von Assistenz Mitarbeitenden.

Die Pflegeexpertin von *aamina Pflegewohnungen* übernimmt die interne Fachverantwortung und erfüllt alle Anforderungen von Niveau B1.

#### 4 Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), 2009: Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de>

Zugriff am 22.08.2016.

Heimerl Katharina & Heller Andreas, Husebö Stein (Hrsg.) 2007: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun: Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus Verlag.

Neuenschwander Hans & Cina Christoph, 2015: Handbuch Palliativmedizin, 3. Auflage, Huber Verlag.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, (SAMW), 2004, Anpassung 2013: Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen.

<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> Zugriff am 18.06.2015

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, (SAMW), 2006, Anpassung 2012: Palliative Care, Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen.

<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> Zugriff am 22.08.2016

Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1999: Ethik und Pflege. SBK ASI, Bern.

Wilkening Karin & Kunz Roland, 2003: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

palliative.ch: <http://www.palliative.ch/de/home/> Zugriff am 22.08.2016

Grafiken:

Sterbephasen Kübler Ross, modifiziert. Zugriff am 12.09.2016

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Die\\_f%C3%BCnf\\_Sterbephasen\\_nach\\_K%C3%BCbler-Ross](http://www.pflegewiki.de/wiki/Die_f%C3%BCnf_Sterbephasen_nach_K%C3%BCbler-Ross)

Multidimensionale Begleitung modifiziert nach Student & Napiwotzki, 2011; Palliative Care, Thieme, S. 151.