



PALLIATIVE CARE KONZEPT



VORBEMERKUNGEN ZUM PALLIATIVE CARE KONZEPT DES PFAUEN

Die Inhalte des Palliative Care Konzepts sind gestützt auf die Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C, Fassung 21.09.2011).

Am 10. November 2017 wurde ein Audit durch die Firma SanaCert durchgeführt. Die Erst-Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» wurde am 25. Januar 2018 verliehen und erfüllt die Normative Grundlage. Dieses Zertifikat gilt bis und mit 24. Januar 2023. Die Überprüfung des Labels findet am 24. Mai 2022 statt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Seite 2 von 17

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Bedarf für das Konzept	4
1.2 Absicht des Konzepts	4
1.3 Überprüfung des Konzepts	5
1.4 Betriebliche Kommunikation des Konzepts	5
1.5. Leistungsauftrag	5
1.6. Zielgruppe	5
2. Was ist Palliative Care?	6
2.1 Definition von Palliative Care	6
2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	6
2.3 Ethische Grundhaltung - ethische Entscheidungsfindung	7
2.4 Autonomie und Selbstbestimmung	8
2.5 Patientenverfügung	8
2.5.1 Mutmaßlicher Wille	9
2.6 Spiritualität	10
2.7 Terminalphase – Sterbeprozess	10
2.8 Sterbehilfe (Euthanasie)	10
2.9 Kurativ und palliativ	11
2.10 Anforderungsprofil des Teams	12
3. Palliative Care im Alltag	12
3.1 Symptomerfassungen	12
3.2 Wohnen und Leben	12
3.3 Kommunikation	13
3.3.1 Integrative Validation (IVA)	13
3.3.2 Rituale	13
3.3.3 Basale Stimulation	13
3.3.4 Kinästhetik	14
3.4 Angehörige und Angehörigenarbeit	14
3.5 Internes und externes Versorgungsnetz	15
3.6 Sterbebegleitung	17
3.7 Religiöse Begleitung – Seelsorge	17
3.8 Abschiedskultur	18
Quellenverzeichnis	19



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 | Version 2.0

1. Einleitung

1.1 Bedarf für das Konzept

Im Pfauen, dem Zentrum für Pflege und Betreuung orientieren wir uns an den Nationalen Leitlinien der Palliative Care, sowie den medizinisch ethischen Richtlinien Palliative Care der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).

Das vorliegende Konzept soll auf verständliche Weise allen Beteiligten, interdisziplinären Fachleuten, sowie Bewohnenden und deren Angehörigen die Haltung erläutern, welche im Pfauen bezüglich Palliative Care gelebt wird. Wir verstehen das Sterben und den Tod als einen natürlichen Bestandteil des Lebens.

Wir akzeptieren der Endlichkeit des menschlichen Daseins und verstehen das Sterben und den Tod als einen natürlichen Bestandteil des Lebend und als normalen Prozess.

Die höhere Lebenserwartung ist vor allem ein Resultat der Behandlungs- und Präventionserfolge der modernen Medizin. Mit zunehmendem Alter bedeutet dies nicht nur Heilung, sondern die Umwandlung von bedrohlichen Gesundheitsstörungen in chronische Langzeiterkrankungen, deren Auswirkungen den Alltag und die Lebensqualität beeinflussen. Der Eintritt ins Heim erfolgt meist nicht freiwillig, vielmehr erst dann, wenn`s nicht mehr geht. Der Mensch hat das Recht in Würde zu leben und in Würde Abschied zu nehmen. Die Anerkennung der Würde jedes Menschen schliesst Autonomie und Selbstbestimmung ein. Die Pflege und Betreuung richtet sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen. Sie müssen zudem dem letzten Willen, wie er in der persönlichen Patientenverfügung festgehalten ist, oder dem mutmasslichen Willen der betreffenden Person entsprechen und diesen einhalten. Dies erfordert vom Heim ein kompetent einfühlsames Betreuungsteam mit einer gut funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Damit wird den Bewohnenden und ihren Angehörigen beim Heimeintritt echtes Vertrauen und Sicherheit vermittelt. **Der regelmässige Austausch zwischen Bewohnenden, Angehörigen und dem Pflege- und Betreuungsteam fördert eine palliative Kultur.** Dadurch wird Raum geschaffen, um Ängste, Überforderung, Unsicherheit, Anliegen, Emotionen und Grenzen ansprechen zu können. Die Beteiligten wachsen an der Auseinandersetzung mit Leben, Sterben und Tod. Das Sterben soll als natürlicher Prozess wahrgenommen werden und dem Aushalten und Loslassen wird genügend Zeit eingeräumt.

Literatur: Porchet-Munro/Stoba / Waldmann (2006: Seiten 13-58). Kunz (2007: Seite 11-14)

1.2 Absicht des Konzepts

Palliative Care ist eine komplexe Aufgabe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von alten, unheilbar kranken und sterbenden Menschen. Die Möglichkeiten und Grenzen zum Planen und Angehen des letzten Lebensabschnittes sind im vorliegenden Konzept aufgezeigt. Entscheidungen betreffend medizinischen und pflegerischen Behandlung werden gemeinsam mit den Bewohnenden, sofern sie dies wollen und können, mit den Angehörigen und mit dem Betreuungsteam getroffen. Ressourcen wie Biografie, Fähigkeiten und Angewohnheiten werden im Betreuungsalltag nach Möglichkeit umgesetzt, um die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten. Jeder Mensch ist ein Individuum - dies gilt für sein Leben wie auch für sein Sterben. Angehörige werden vom Betreuungsteam situationsbezogen beraten und gestützt. **Das Betreuungspersonal ist mit den Grundwerten von Palliative Care vertraut und kann diese im Alltag mit den Bewohnenden leben.** Regelmässige interne Schulung, Aus- und Weiterbildung gewährleisten die fachlichen Kompetenzen. Betreuungspersonen setzen sich mit ihrer eigenen Endlichkeit auseinander und



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

erhalten, nebst persönlichem Gewinn wie Reife, Kompetenz und Lebenserfahrung, ein vertieftes Verständnis für Menschen in der letzten Lebensphase.

Literatur: Porchet-Munro / Stoba / Waldmann (2006: Seiten 99-121)

1.3 Überprüfung des Konzeptes

Das bestehende Konzept wird regelmässig 1x/Jahr (Januar) durch die Fachgruppe Palliative Care, die Abteilungsleitungen und die Pflegedienstleitung evaluiert. Das Ergebnis wird in einer WB-Sequenz zeitnah (Monat Mai) allen Mitarbeitern vermittelt. Ziel dieser regelmässigen Überprüfung ist die kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung des Konzeptes. Die Verantwortung der Überprüfung obliegt der Fachaufgabengruppe Palliative Care, der Pflegedienstleitung und den Abteilungsleitungen.

1.4 Betriebliche Kommunikation des Konzeptes

Die betriebliche Kommunikation des Konzeptes wird intern von der Fachgruppe Palliative Care regelmässig 2x/Jahr (Juni + Dezember) im Rahmen der Teamsitzungen und des Pfauen APP kommuniziert und neuen Mitarbeitenden bei Eintritt.

Extern wird das Konzept durch das Pfauen APP, die Homepage und Medien transparent gemacht.

1.5. Leistungsauftrag:

Palliative Betreuung von allen Bewohnenden, welche im Pfauen wohnen.

Alle palliativ Kranken, welche eine Aufnahme in den Pfauen beantragen und welche nicht den Ausschlusskriterien entsprechen

1.6. Zielgruppe:

Zielgruppe sind Bewohnende aller Altersklassen mit einem breiten Spektrum an Diagnosen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit einer andauernden oder wiederkehrenden, belastenden Erkrankung leben, welche die Aktivitäten des Alltags beeinträchtigen oder die Lebenserwartung vorhersehbar verkürzen. Bei uns im Pfauen handelt es sich hauptsächlich um (hoch-)betagte Menschen, die an fortgeschrittener Gebrechlichkeit leiden («frailty»), an Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Organversagen und/oder degenerativen neurologischen Erkrankungen - meistens an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität).

Wir ermöglichen unseren Bewohnenden in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Mit dem für sie bereits bekannten Fachpersonal und ihren Angehörigen und Bekannten streben wir eine für sie bestmögliche Pflege an.

Durch klare Strukturen (wie z.B. eine Patientenverfügung) und eine offene Kommunikation wird festgehalten, wieviel akutmedizinische Versorgung die Bewohnenden noch möchten und was an interprofessionellen Angeboten gewünscht wird. Dies wird regelmässig nach Aktualität evaluiert und kann jederzeit verändert werden.

Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 (PDF, 3 MB, 09.11.2016)



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

2. Was ist Palliative Care?

2.1 Definition von Palliative Care

"Pallium", lateinisch, mantelartiger Überwurf und "Care", englisch, Pflege im umfassenden Sinne.

Palliative Care gilt als internationaler Pflegefachbegriff und beinhaltet die aktive, umfassende Behandlung, Betreuung und Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen / Bekannten.

Palliative Care

- bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Prozess.
- beabsichtigt, weder den Tod zu beschleunigen, noch ihn hinauszuzögern.
- achtet die Würde und Autonomie der Bewohnenden und bietet ihnen Unterstützungsmöglichkeiten an, damit sie ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich gestalten können.
- ermöglicht rechtzeitige, gezielte Diagnostik, therapeutische Massnahmen und Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Fatigue, Atemnot, Übelkeit, Angst und Verwirrung. Damit trägt Palliative Care zur bestmöglichen Lebensqualität bei.
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte in die Pflege und Betreuung der Bewohner.
- bietet Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige im Umgang mit dem Krankheitsverlauf und der Bewältigung ihrer eigenen Trauer.

Die angeführte Definition nimmt Bezug auf Knipping (2007: Seite 31)

Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben!

(Ciceley Saunders, englische Ärztin, 1918-2005, Hospizbewegung)

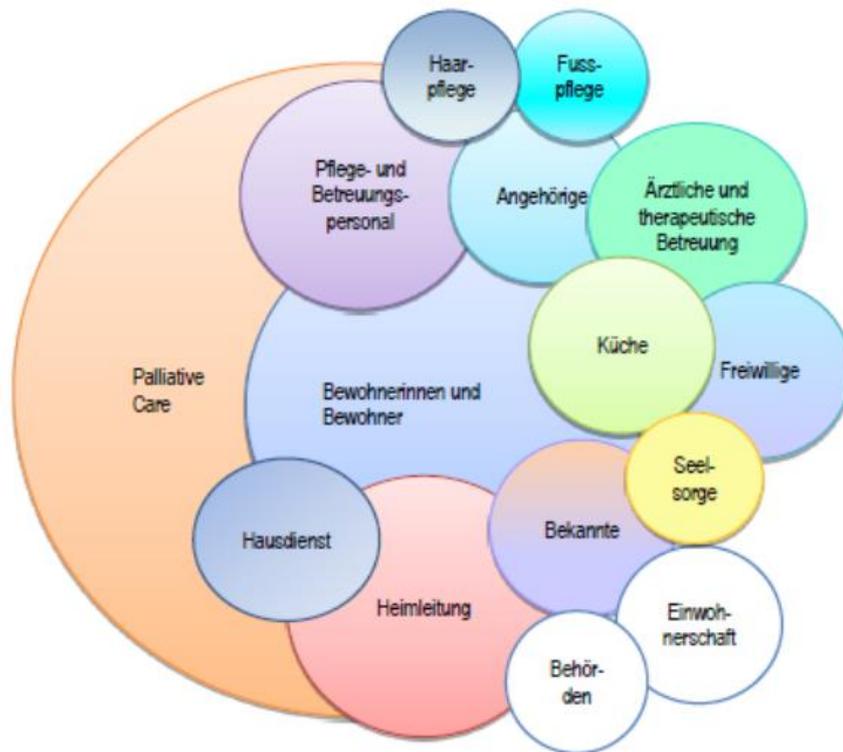
2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Mittelpunkt der Palliative Care stehen die Linderung der körperlichen und geistig-seelischen Beschwerden, die Vermittlung von Sicherheit und Wohlbefinden sowie die Achtung der Würde jedes einzelnen Menschen. Wir wollen die bestmögliche Lebensqualität der Bewohnenden sichern und ihre Angehörigen unterstützen und begleiten. Dazu ist eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Das Fachwissen der unterschiedlichen Berufsgruppen wird für das Wohl und die Lebensqualität fruchtbar gemacht. Damit ein Vertrauensverhältnis unter allen Beteiligten möglich ist, gehört die Offenheit zu unserer Grundhaltung.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0



Die Darstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit wird verwendet mit freundlicher Genehmigung des Alters- und Pflegeheims Clara Dietiker, Stein am Rhein, vergleiche Bilger (2007: Seite 4)

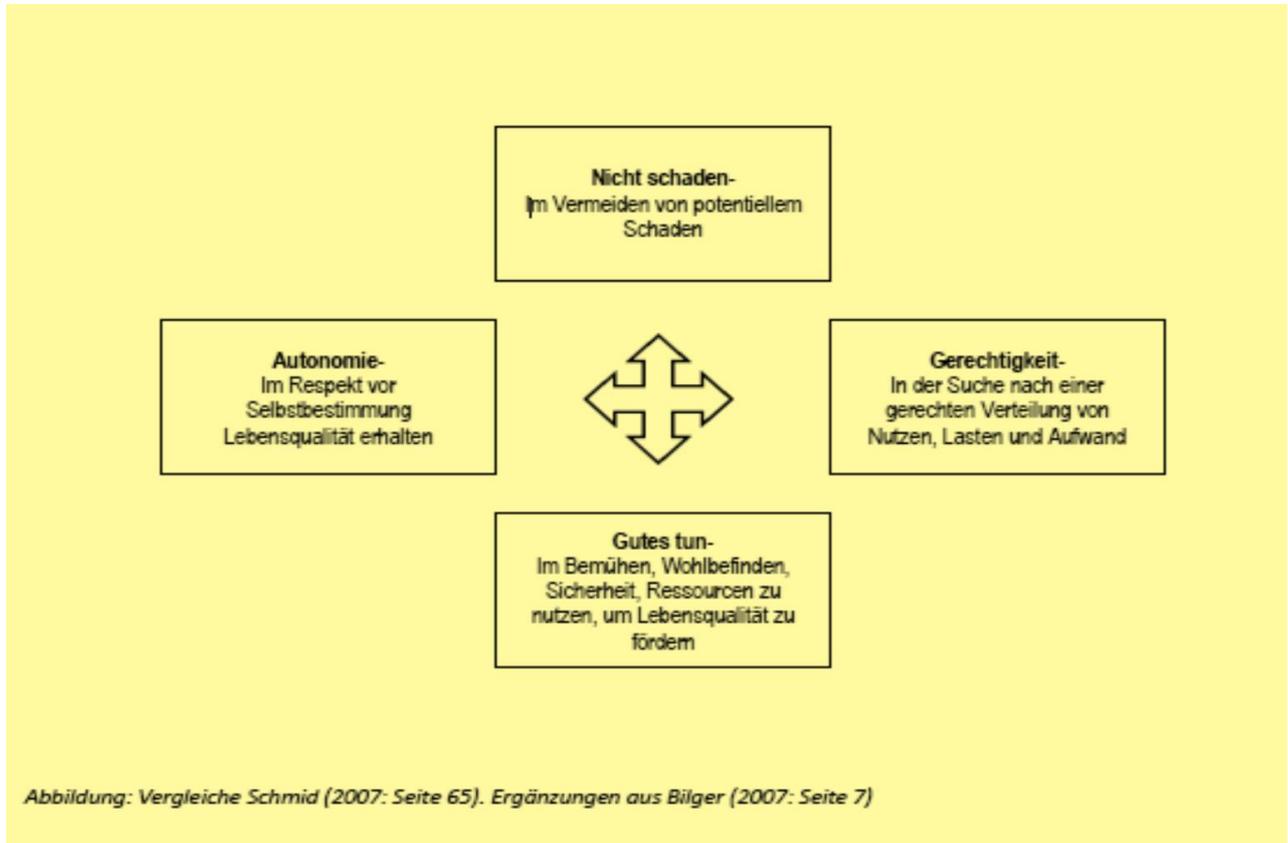
2.3 Ethische Grundhaltung - ethische Entscheidungsfindung

Jedem Handeln liegt eine persönliche Haltung zugrunde. Diese spiegelt sich im Verhalten und wirkt sich auf die ethischen Prinzipien aus. Dies kann zu unterschiedlichen Meinungen und zu Konflikten führen, die diskutiert und ausgewertet werden müssen, um eine Lösung zu finden. Als gemeinsame Basis braucht es eine Haltung, die auf ethischen Prinzipien basiert, welche die Grundwerte für ein verantwortungsvolles Geben und Nehmen in der Pflege und Betreuung von Bewohnenden respektiert. Palliative Care orientiert sich an den vier bioethischen Grundprinzipien nach Beauchamp/Childress. Sie werden im Kontext angewendet und geben Orientierung im Verhalten und bei Entscheidungsfindungen.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 | Version 2.0



2.4 Autonomie und Selbstbestimmung

Die Achtung der Würde eines Menschen schliesst das Respektieren seiner Autonomie und Selbstbestimmung mit ein. Eine klare und offene Kommunikation und Information sowie das Vergewissern, dass die Bewohnenden verstanden haben, sind wichtig. Sie bilden die Voraussetzung den Willen und die Werte der betreuten Personen wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Bei urteilsunfähigen Bewohnenden orientieren sich Betreuungsteam und Angehörige an der Patientenverfügung oder, wenn diese fehlt, am mutmasslichen Willen. Das Einschätzen des Willens der betreffenden Person stützt sich auf frühere Werte und Willensäusserungen. Auch wenn nicht alle Bewohner ihre Selbstbestimmung bis zuletzt wahrnehmen können oder wollen, bedeutet es für Palliative Care eine Selbstverständlichkeit, ihre Wünsche und Bedürfnisse wiederholt zu erwägen. (Literatur: Kunz (2007: Seiten 19-20).

2.5 Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung hält eine urteilsfähige Person im Voraus fest, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall der Urteilsunfähigkeit zustimmen möchte und welchen nicht. Die Verfügung dient dazu, der Selbstbestimmung und dem Willen der betreffenden Person bis zuletzt zu entsprechen. Die Patientenverfügung muss dem freien Willen der urteilsfähigen Person entsprechen. Wir empfehlen die Patientenverfügung der FMH (ausführliche Version) und der Krebsliga.

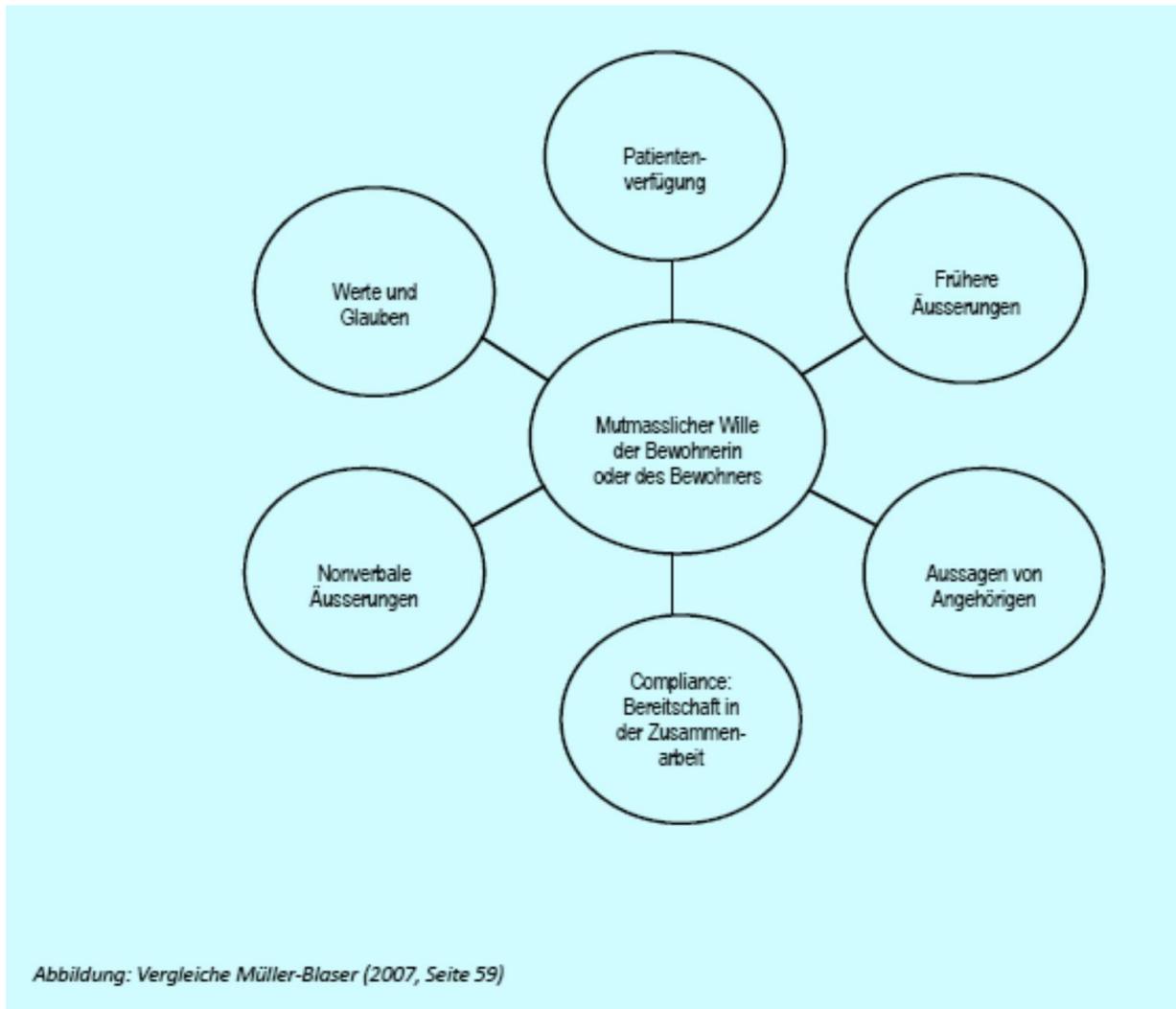


PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 | Version 2.0

2.5.1 Mutmasslicher Wille

Ist eine Person urteilsunfähig und es liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor, müssen sich Entscheide am sogenannten mutmasslichen Willen der betreffenden Person orientieren.



2.6 Spiritualität

Spiritualität ist eine wichtige Ressource zur Gestaltung des ganzen Lebens. Für das Verarbeiten von Leidsituationen und für das Bewältigen von Sterben, Tod und Trauer ist sie eine wichtige Stütze. Es gibt sowohl religiöse wie auch nicht religiöse Formen der Spiritualität. Jeder Mensch besitzt eine spirituelle Dimension. Sie entspricht der Individualität jedes einzelnen Menschen, so wie er sie lebt und pflegt. Spiritualität in Religionen ist uns bekannt. Von spiritueller Bedeutung können auch Rituale, Aufhalten in der Natur, Musik hören, Gespräche führen, sich aufhalten an einem schönen Ort und ähnliche Aktivitäten sein. Alles, was innere Kraft, Sinn und Geborgenheit schenkt, das Bedürfnis nach Aufgehoben sein und Vertrauen



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

stillt, ist spirituell. Es ist Aufgabe der Palliative Care, die individuellen spirituellen Ressourcen der Bewohnenden zu erspüren. Sie werden in ihrer persönlichen Spiritualität, in ihren Ritualen und Gewohnheiten wahrgenommen und entsprechend im Alltag unterstützt. Für eine umfassende Betreuung und Begleitung bei Menschen mit Demenz ist die Spiritualität mit ihren zugehörigen Ritualen und Gewohnheiten besonders wichtig und von grosser Bedeutung und Nutzen.

2.7 Terminalphase - Sterbeprozess

In der Pflegepraxis bezeichnet die Terminalphase jenen Zeitabschnitt, in dem Sterben und Tod absehbar werden. Die Aktivitäten des Menschen sind immer mehr eingeschränkt, die Symptomlinderung und Begleitung erhalten zunehmend Bedeutung. In der Literatur, etwa bei Kübler-Ross und Stufen 1972, Pattison 1978 oder Weissmann 1972, sind uneinheitliche Begriffe zu diesem Zeitabschnitt des Sterbens zu finden. In der Realität kann nur retrospektiv der Beginn der einzelnen Phasen festgelegt werden. Auch Personen mit viel Erfahrung in der Sterbebegleitung ist es nicht möglich, den Beginn des Sterbens, sowie den genauen Todeszeitpunkt zu prognostizieren. Ab jenem Zeitpunkt, ab welchem sich ein Mensch von seinem Leben zu lösen beginnt, befindet er sich in einer individuellen Entwicklung, welche Stunden bis hin zu mehreren Monaten dauern kann. Seine Gefühle sind immer mit Respekt wahrzunehmen um seine Symptome bestmöglich zu lindern, damit die individuelle Lebensqualität bis zu seinem Tod gewährleistet ist.

2.8 Sterbehilfe (Euthanasie)

Die Sterbehilfe kann auf drei verschiedenen Stufen beschrieben werden:

Passive Sterbehilfe: Es werden keine lebensverlängernden Massnahmen, beispielsweise eine Antibiotika-Therapie zur Bekämpfung einer Lungenentzündung getroffen oder lebensverlängernde Massnahmen werden eingestellt oder nicht aufgenommen.

Indirekt aktive Sterbehilfe: Zur Linderung von Symptomen werden Mittel eingesetzt, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer verkürzen können. Darunter fällt die Verabreichung von morphinhaltigen Medikamenten.

Direkte aktive Sterbehilfe: Bewusstes Herbeiführen des Todes auf Wunsch des Bewohners. Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz verboten. Es gibt jedoch Sterbehilfeorganisationen die einen begleiteten Suizid anbieten. Nur die betroffene Person selber kann eine Freitodbegleitung anfordern. Dabei muss die Person urteilsfähig sein und den Todeswunsch schon seit längerer Zeit haben. Ein Arzt muss bestätigen, dass keine Aussicht auf Heilung besteht. Die betroffene Person muss sich zudem das tödliche Medikament selber verabreichen können.

Palliative Care distanziert sich ausdrücklich von direkter, aktiver Sterbehilfe und begleitetem Suizid. (Die beschriebenen Stufen nehmen Bezug auf Pöhler-Häusermann (2007: Seiten 35-36)

Der Wunsch oder die Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid wird im Pfauen ernst genommen. Wir bieten unseren Bewohnenden die Möglichkeit zur Abklärung mit professionellen Organisationen, wie im Leitbild beschrieben. Wir schaffen eine geborgene Atmosphäre und pflegen wo immer möglich, Mitsprache und Mitbestimmung.

2.9 Kurativ und palliativ



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 | Version 2.0

Die kurative und die palliative Behandlung gehen von unterschiedlichen Ansätzen aus. Die kurative Behandlung will heilen, entsprechend dem in der Bezeichnung enthaltenen lateinischen Wort "curare". Die Ursache einer Krankheit wird durch gezielte Therapie angegangen und eine vollständige Heilung wird angestrebt. Bei fortschreitendem und unheilbarem Krankheitsverlauf ergänzen sich kurative und palliative Behandlungsformen. Durch die palliative Behandlung wird Bewohnenden mit nicht heilbarer fortschreitender Krankheit für die verbleibende Lebenszeit zu bestmöglicher Funktionsfähigkeit und Lebensqualität verholfen. Dabei soll Leiden durch Vorbeugen und frühzeitiges Erkennen der Symptome optimal gelindert werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnenden und ihren sozialen, geistigen und spirituellen Bedürfnissen. Angehörige werden nach Möglichkeit in die Betreuung integriert und in ihrer situationsbezogenen Bewältigung über den Tod des Bewohnenden hinausbegleitet.

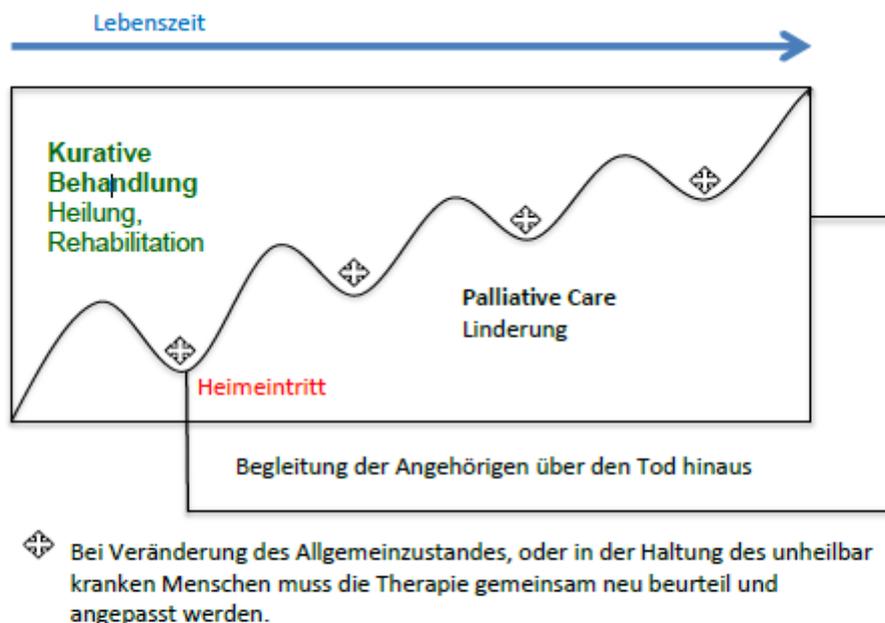


Abbildung: Vergleiche Kunz (2007: Seite 17)

2.10 Anforderungsprofil des Teams:

Im Pfauen gibt es eine Fachperson B1.

In jedem Team gibt es eine Fachpersonen A2 und eine Abteilungsleitung, welche die Umsetzung des Konzepts auf den Stationen begleiten.

Zusammen mit dem Bereich Bildung bilden sie die Fachgruppe Palliativ Care

Diese Fachgruppe trifft sich regelmässig 4-6x /Jahr.

2x/Jahr finden interdisziplinäre Sitzungen mit definierten Vertretungen aus: Küche, Hausdienst, Technischer Dienst und Aktivierung (evtl. externe Physio) statt.

Diese Sitzungen werden Anfangs Jahr terminiert und sind verbindlich.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

Schwierige Themen, Entwicklungen und Optimierungen werden mit Hilfe von Fallbesprechungen aufgearbeitet.

Sollte so keine Lösung gefunden werden, besteht auch die Möglichkeit einer externen Supervision.

3. Palliative Care im Alltag

3.1 Symptomerfassungen

Belastende **Symptome wie Schmerz, Fatigue, Atemnot, Angst, Verdauungsprobleme** und andere, beeinflussen die Lebensqualität der Bewohnenden. Diese Symptome wahrzunehmen, zu erfassen und gezielt interdisziplinär anzugehen ist eine wichtige Aufgabe von Palliative Care. Zur bestmöglichen Linderung setzt sich das Betreuungsteam mit biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekten als mögliche Ursachen auseinander und berücksichtigt bekannte Bewältigungsstrategien betroffener Personen. Dabei sind Biografie und Diagnose wichtige und nützliche Hilfen. Mit geeigneten Assessmentinstrumenten werden die belastenden Symptome erfasst und interdisziplinär ausgewertet angegangen.

3.2 Wohnen und Leben

Der Heimeintritt bedeutet für Bewohnende und Angehörige eine Zeit des Abschiednehmens, Loslassens und der Neuorientierung. Er ist oft mit Verlust, Trauer und Schmerz verbunden. Sich dem Neuanfang zuwenden und seine letzte Bleibe einrichten, die weiterhin einen normalen Alltag ermöglicht, ist nicht immer einfach. Es braucht - soweit dies möglich ist - Engagement von jedem Bewohner und jeder Bewohnerin, von Angehörigen sowie die Unterstützung durch das Pflege- und Betreuungsteam. Im Alters- und Pflegeheim Pfauen können die Zimmer mit persönlichen Möbeln, Bildern und Gegenständen eingerichtet werden. Für die Bewohner soll damit eine möglichst vertraute und somit sichere Umgebung geschaffen werden. Ihre biografischen Ansätze und Ressourcen werden im Aktivierungsangebot des Heims berücksichtigt und die sozialen, körperlichen, medizinischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse im Alltagsleben umfassend integriert. Individuelles Wohlfühlgefühl und Geborgensein jedes einzelnen Menschen stehen im Zentrum der Behandlung, Begleitung und Betreuung. Das Mitbringen von Haustieren bei Besuchen ist erlaubt, vorausgesetzt die Bewohnerinnen und Bewohner wünschen dies in der Sterbephase.

3.3 Kommunikation

Kommunikation bedeutet mehr als Worte. Sie ist ein **tragender Grundpfeiler von Palliative Care**. Sie verlangt von den einzelnen Mitarbeitenden eine hohe Kompetenz und fordert in einem komplexen Vorgang die ganze Aufmerksamkeit. Durch Gestik, Mimik und Sprache finden gegenseitiger Kontakt und Verständigung statt. Umgang und Verhalten spiegeln Normen und Werte, lösen ethische und moralische Effekte aus und verlangen angemessenes Handeln. Eine Gesprächskultur, in der Wünsche, Ängste und Fragen formuliert werden, sowie Zuhören, Verständnis haben, Aushalten und Schweigen Raum haben. Dies bedeutet Lebensqualität für Bewohnende und Betreuende. Die Mitarbeitenden orientieren sich im gegenseitigen Respekt an einer offenen und ehrlichen Gesprächskultur. Zielorientierte Informationen werden klar verständlich formuliert und Abmachungen schriftlich festgehalten. **Regelmässige interne**



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

Fortbildungen, dazu gehören Teamsitzungen, Integrative Validations-, Hygiene- und Produkte Schulungen und externe Bildungsangebote schaffen den Rahmen, die Kultur der Wertschätzung zu reflektieren und zu stärken. Informationen und belastende Situationen werden in verschiedenen Gruppen, etwa bei Rapporten, Fallbesprechungen oder bei Angehörigen- und Rundtischgesprächen besprochen und nach Möglichkeit geklärt. In dringenden Fällen stehen allen Bewohnenden, Mitarbeitenden und Angehörigen Ansprechpersonen zur Verfügung.

3.3.1 Integrative Validation (IVA)

Die integrative Validation bildet eine besondere Form der Kommunikation mit Demenzerkrankten Menschen. Der Grundgedanke liegt darin, die Realität und die persönliche Wahrheit der desorientierten Person zu akzeptieren. Validieren bedeutet, Gefühle anzuerkennen und für gültig zu erklären.

3.3.2 Rituale

Der Ausdruck „Ritual“ bedeutet ursprünglich „Brauch, Zeremoniell“. Rituale haben zeremoniellen Charakter und werden je nach Kultur in Gesellschaft, Familie oder auch als Einzelperson gelebt. Ihr Ablauf ist meist gleichbleibend und vertraut. Rituale vermitteln Sicherheit und Ruhe. Sie entlasten, da über bestimmte Vorgehensweisen nicht mehr nachgedacht werden muss. Ein Beispiel: Beim Grüßen geben wir uns die rechte Hand.

3.3.3 Basale Stimulation

Basale Stimulation bedeutet grundlegende Anregung der Sinne. Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten, Fühlen und Snoezelen sollen angesprochen werden. Über die Sinnesorgane nehmen wir uns selbst und unsere Umwelt wahr. Bei älteren Menschen ist durch den natürlichen Abbauprozess die sinnliche Wahrnehmung häufig verändert. Deshalb ist das bewusste Anbieten gezielter Reize besonders wichtig. Je nach Ursache des Wahrnehmungsdefizits können die Schwerpunkte der basal stimulierenden Pflege und Betreuung von Mensch zu Mensch variieren und demzufolge auch eine unterschiedliche Gewichtung aufweisen. Bei verwirrten Bewohnern kann der Schwerpunkt beispielsweise darin liegen, mit ihnen in Beziehung zu treten. Bei bettlägerigen Personen ist die Körper- und Umwelterfahrung wichtig, bei sterbenden Menschen liegt der Fokus auf der Begleitung. Das Betreuungsteam achtet auf die Lebensqualität der Bewohnenden bis zu ihrem Lebensende. Sinnliche Wahrnehmungsdefizite werden möglichst frühzeitig erfasst. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden werden entsprechende Anwendungen der basalen Stimulation angeboten und mit besonderer Sorgfalt eingesetzt. (Literatur: Müller-Blaser (2007: Seiten 52-53)

3.3.4 Kinästhetik

Der Begriff „Kinästhetik“ ist aus den griechischen Wörtern "Kinesis" und "Aisthesis" zusammengesetzt und bedeutet Bewegungsempfindung. Kinästhetik ist ein Konzept, das sich ständig weiterentwickelt und einen wertschätzenden Umgang mit sich selbst und Menschen mit körperlichen Einschränkungen ermöglicht. Bewohnern mit kognitiven und körperlichen Defiziten werden in ihrer Alltagsbewältigung durch harmonische und fließende Bewegungsmuster unterstützt. Das Ziel ist, mit wenig Kraftaufwand die verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten anzusprechen und so Mobilisation und Transfer zu erleichtern. Das



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

bewusste Nutzen der Schwerkraft und die Koordination der Bewegungsabläufe ist für den in seiner Lebensbewältigung eingeschränkten Menschen eine wirksame Unterstützung.

3.4 Angehörige und Bekannte

Für **Angehörige** kann der Heimeintritt ihrer Eltern, Verwandten und Bekannten ebenso eine erleichternde wie auch belastende Erfahrung sein. Oft wurden sie über Jahre von einem angehörigen Menschen betreut und gepflegt, diese kennen seine Biografie und Krankengeschichte. Sie verfügen über wichtige Informationen und können damit für das Pflege- und Betreuungsteam in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit eine **wertvolle Stütze** sein. Auf freiwilliger Basis können sie ihre Ressourcen nach ihren Möglichkeiten im Heimalltag einbringen. Im Umgang mit dem Krankheitsverlauf und ihrer persönlichen situationsbezogenen Bewältigung werden sie vom Betreuungsteam begleitet und gestützt. Im Rahmen eines Eintrittsgesprächs werden Bewohnende und ihre Angehörigen von der Leitung Pflege und Betreuung mit der Organisation des Alters - und Pflegeheim Pfauen bekannt gemacht. Gewünschte Abmachungen und insbesondere die Ansprechpersonen für allgemeine Fragen und für Krisensituationen werden im Pensionsvertrag und der Patientenverfügung festgehalten. Im Bedarfsfall kann sich eine Ansprechperson Tag und Nacht über den Allgemeinzustand eines angehörigen Menschen informieren. Tagsüber können sich Angehörige direkt auf der zuständigen Abteilung melden. Hier kommt auch unser **Bezugspersonensystem** zum Tragen, das bedeutet, dass für jeden Bewohner eine Pflegefachkraft die Hauptverantwortung (= **Bezugsperson**) innehat (= **primäre Ansprechperson für Angehörige**). Spontane Kontakte und Gespräche bei Besuchen und Heimanlässen, sind sehr wertvoll. Die Begegnungen stützen das Vertrauen und stärken die Lebensqualität aller Beteiligten.

Im Pfauen werden neben den Eintrittsgesprächen zusätzlich strukturierte Angehörigengespräche geplant und durchgeführt (Ziel: 1x/Halbjahr). Inhalte dieses Gespräches sind Palliative Care und Pflegeschwerpunkte. Ein wesentliches Ziel ist die Bildung von Transparenz, Vertrauen und Verständnis der Gesamtsituation des betreffenden Bewohners.

Je nach Anliegen können Angehörige zusätzlich ein Gespräch mit der Geschäftsführung, der Leitung Pflege und Betreuung, mit dem Abteilungsleiter oder der Bezugsperson verlangen. Inhalt, Datum und ungefähre Dauer des Gespräches werden von den Beteiligten vorgängig vereinbart.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0



Abbildung: Vergleiche Haller (2011: Seite 2)

3.5 internes und externes Versorgungsmanagement

Der Pfauen ist Mitglied bei palliative.ch und nutzen aktiv die Angebote bei fehlenden Ressourcen.

Wir besuchen pro Jahr die Angebote von Netzwerk palliativ Langzeit von palliatve.ch

Die Pflegedienstleitung nimmt regelmässig an der Erfahrungs-Treffs der regionalen Langzeitinstitutionen teil und tauscht sich dort zum Thema palliative aus.

Der Pfauen nutzt die sozialen Medien über LinkedIn der Plattform palliative care

Eine externe Supervision kann jederzeit bei Bedarf genutzt und organisiert werden

Wir tauschen uns einmal im Quartal intern in der Fachgruppe Palliative Care aus.

Die Pflege gibt den Bewohnenden und Angehörigen zu folgenden Dienstleitungen sehr gerne genauere Informationen und hilft ihnen sich anzumelden. Fast alle Angebote können auch im Zimmer angeboten werden.

Verpflegung

In der End-of-Life Phase kann die Küche fast alles für unsere Bewohnenden zaubern, was ihren Wünschen entspricht. Jedoch braucht es je nach Wunsch eine gewisse Vorbereitungszeit. Sind Angehörige in die Betreuung involviert, so können sie sich im Pfauen zu einem Vorzugspreis verpflegen.

Arzt

Der Bewohnenden werden bis zum Schluss von ihrem Hausarzt betreut. Das Fachpersonal bespricht bereit im Vorfeld die therapeutischen Handlungen, so dass auch am Wochenende und an Feiertagen nur im Notfall der Dienstarzt hinzugezogen werden muss, da sie die Bewohnenden nicht kennen und oft lange Reaktionszeiten haben.

Physiotherapie



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

Sollte es den Bewohnenden Linderung geben, wird für Massagen, Wickel, Lymphdrainagen die Physiotherapie (z.B. DeCaes) hinzugezogen.

Aktivierung/ Snoezelraum

Snoezelen ist eine Phantasieschöpfung aus den beiden niederländischen Verben „snuffelen“ (etwa: schnüffeln) und „doezelen“ (dösen)

Dabei wird der Aufenthalt in einem gemütlichen, angenehm warmen Raum verstanden, in dem bequem liegend oder sitzend, umgeben von leisen Klängen und Melodien, Lichteffekte betrachtet werden. Das gezielt ausgesuchte Angebot steuert und ordnet die Reize, weckt Interesse, ruft Erinnerungen hervor und lenkt Beziehungen. Das Snoezelen soll immer Wohlbefinden erzeugen. In der ruhigen Atmosphäre werden den Menschen Ängste genommen und sie fühlen sich geborgen.

Die Aktivierungsmitarbeiter sind von Mo-Fr anwesend und unterstützen bei End-of-Life Situationen mit individuellem Programm nach Bedarf.

Der Snoezelraum befindet sich auf der Demenzstation. Des Weiteren verfügen wir im Pfauen über einen mobilen Wagen, mit diversen Materialien zum Snoezeln.

Podologie

Der Pfauen bietet eine interne Podologie welche einmal wöchentlich im Haus ist und bei Bedarf auch ins Zimmer kommt.

Coiffeur

Bewohnenden können kurzfristig an und abgemeldet werden und bei Bedarf kommt die Coiffeuse auch ins Zimmer.

Apotheke:

Der Pfauen arbeitet mit naheliegenden Apotheken zusammen. Dies gewährleistet eine schnellst- und bestmögliche medikamentöse Versorgung.

Zahnarzt/Dentalhygienikerin

Eine Dentalhygienikerin kommt 3x/Jahr ins Haus und bei Bedarf auch ins Zimmer.

Der Zahnarzt ist in Gehdistanz, hat einen Lift in seinem Gebäude, welcher Rollstuhl geeignet ist und kann dadurch ohne lange Anfahrtswege besucht werden

Trauertreff

Der Trauertreff des Vereins Hospiz Aargau ist jeden zweiten Montag bei uns im Haus und kann unentgeltlich und unverbindlich besucht werden. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Freiwillige

Nicht jede Bewohnerin und jeder Bewohner verfügt über ein soziales Netz, das Begleitung durch Angehörige abdeckt. Auch die personellen Ressourcen im Pflege- und Betreuungsteam sind begrenzt. Es wird deshalb begrüsst und geschätzt, wenn Freiwillige regelmässig bei Bewohnenden Besuche machen, Gespräche führen, Spaziergänge unternehmen, Unterhaltung organisieren oder bei Anlässen mithelfen.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

Verschiedene Vereine und Gruppen der Umgebung bereichern den Heimalltag mit Gesang, Musik und Spielnachmittagen oder sie helfen bei Anlässen mit. Die Freiwilligeneinsätze werden von der Aktivierungskordinatorin organisiert und betreut. Die Begleitung durch Freiwillige oder durch Seelsorgepersonen während der Sterbephase ist auf Wunsch der Betroffenen möglich. Auch Angehörige können eine Begleitung initiieren. Diese wird vom Pfllegeteam koordiniert.

3.6 Sterbebegleitung

Palliative Care bejaht das Leben, betrachtet Sterben als einen natürlichen Prozess und beabsichtigt, weder den Tod zu beschleunigen, noch ihn hinauszuzögern. Das Personal des Alters- und Pflegeheims Pfauen schliesst sich diesem Grundsatz an. Die Sterbephase bedeutet einen Ablösungsprozess, der mit physischem und psychischem Schmerz verbunden ist. Gefühle müssen stets beobachtet, Veränderungen wahrgenommen und belastende Symptome gelindert werden. Diese Belastung bei Sterbenden wird von den Angehörigen meist verstärkt empfunden. Es ist nicht immer möglich, alle physischen und psychischen Beschwerden mittels Medikamenten oder durch Gespräche und Zuwendung vollständig zu beheben. Monika Renz, Sterbeforscherin und Leiterin der Psychoonkologie am Kantonspital St. Gallen hat Studien über Sterbebegleitung durchgeführt. Im Sterben verändert sich die Wahrnehmung. Die Menschen kommen in einen Bewusstseinszustand ausserhalb von Schmerzen und Not. „Ich beobachte sterbende Menschen, die eben noch sehr verzweifelt sind und kämpfen, dann sind sie plötzlich in einem Zustand von Ruhe, Gelassenheit, Glückseligkeit. Obwohl sie sich äusserlich immer noch in der gleichen ohnmächtigen Situation befinden. Die Veränderung geschieht innerlich. Die sterbenden Menschen überschreiten eine für uns unsichtbare Bewusstseinschwelle.“

(Zitat: Curaviva Fachzeitschrift, Wenger (2011: Seite 11)

Angehörige sollen in die Sterbebegleitung einbezogen werden. Sie stellen für das Pflegepersonal eine wichtige und ergänzende Stütze dar. Persönliche, religiöse und nichtreligiöse spirituelle Bedürfnisse der Bewohnenden sind mit Respekt und Würde zu berücksichtigen. Persönliche Wünsche, die in der Sterbephase aktuell werden, sind in der Patientenverfügung der Bewohnenden festgehalten.

3.7 Religiöse Begleitung - Seelsorge

Das Leben im Pfauen, Zentrum für Pflege und Betreuung steht in der Tradition christlicher Werte. Religion beinhaltet spirituelle Werte, die für die Bewohnenden von grosser Bedeutung sind und entsprechend in ihrem Heimalltag Platz finden sollen. Der Pfauen steht grundsätzlich auch anderen Religionen und Weltanschauungen offen gegenüber, es finden regelmässig katholische und reformierte Gottesdienste statt. Durch das Jahr werden christliche Feste gefeiert und Traditionen im Heimalltag gelebt, beispielsweise wird die Dekoration des Hauses miteinbezogen.

Persönliche Gespräche mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin und religiöse Begleitung in der Sterbephase können im Pfauen genutzt werden. Sofern erwünscht und möglich, können Bewohnende von auswärts den Bezug zu ihrer Kirchgemeinde aufrechterhalten.

Zuständig im Pfauen, Zentrum für Pflege und Betreuung sind:

- Pastoralraum Zurzach
- Reformierte Kirche Bad Zurzach



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 Version 2.0

- Christkatholisches Pfarramt Baden-Brugg-Wettingen

3.8 Abschiedskultur

Sterben ist das natürliche Ende eines Lebens und findet in diesem Sinn seinen Platz im Heimalltag. Das Pflege- und Betreuungsteam hält sich an einen würdigen und respektvollen Umgang mit Sterben und Tod. Rituale dienen dem Abschiednehmen und der Trauerverarbeitung. Wenn immer möglich werden spezielle Wünsche des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen in einem würdigen Rahmen respektvoll einbezogen.

Nachdem der Tod durch einen Arzt bestätigt ist, wird der verstorbene Mensch in seinem Zimmer zum Abschiednehmen würdevoll vorbereitet. Je nach Wunsch der Angehörigen wird der Bewohner im Zimmer oder im Aufbahrungraum im Untergeschoss aufgebahrt. Auf der jeweiligen Abteilung und im Bistro wird eine Gedenkecke für die verstorbene Person eingerichtet mit einem Foto und andere Gegenstände. An diesen Gedenkecken soll es für alle Platz haben, für ein Gespräch oder eine Erinnerung an den Verstorbenen, was einer sinnvollen Trauerverarbeitung dient. Die Teams besprechen die Sterbephase an einem Rapport oder bei einer Fallbesprechung. Nach der Beerdigung werden die Gedenkecken aufgehoben. Persönliche Gegenstände werden wieder ihren Angehörigen übergeben.

Bei Pandemien gelten spezielle Massnahmen, diese richten sich nach den internen Richtlinien des Pandemiekonzeptes.



PALLIATIVE CARE KONZEPT

Seite 19 von 17

Erstellt: Gerhard Brunner, 05.12.2018
Überarbeitet: A. Bendel, R. Schilling & C. Frauendiener,
30.03.2023 | Version 2.0

Quellenverzeichnis

- Bilger, Andrea et al. (2007): Konzept Palliative Care. Stein am Rhein: Interne Publikation des Alters- und Pflegeheims Clara Dietiker.
- Haller, Thomas et al. (2011): Jahresbericht APH Murhof. St. Urban: Alters- und Pflegeheim Murhof.
Palliative Care- Konzept Alters- und Pflegeheim Murhof, Murhofstrasse 4, 4915 St. Urban
- Kostrzewa, Stephan (2010): Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Knipping, Cornelia (Herausgeberin) (2007): Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kunz, Roland (2007): Individuelle Bedürfnisse – ganzheitliche Angebote. Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.
- Jordi, Elisabeth (2007): Endlichkeit erleben – loslassen lernen. Für eine hilfreiche Abschiedskultur. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.
- Müller-Blaser, Yvonne (2007): Sorgfältig beobachten – aufmerksam hinhören. Wenn demenzkranke Menschen kaum mehr oder nicht mehr sprechen können. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.
- Pöhler-Häusermann, Sara (2007): Krisensituationen und Sterben. Pflege und Betreuung.
Lehrmittel Fachangestellte Gesundheit. 1. Auflage 2007. Zürich: Verlag Careum
- Porchet-Munro, Susan / Stolba, Verena / Waldmann, Eva (2006): Den letzten Mantel mache ich selbst. Über die Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. 2. unveränderte Auflage. Basel: Schwabe Verlag.
- Schärer-Santschi, Erika (Herausgeberin) (2012): Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmid, Christoph (2007): Gemeinsam suchen – gemeinsam finden. Schwierige Entscheidungen am Lebensende gut meistern. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.
- Wenger, Susanne (2011): Was Sterbende erleben – Erkenntnisse der Sterbeforscherin Monika Renz. In: Fachzeitschrift Curaviva Ausgabe 11.2011, Seite 11.
- Konzept Hospiz/ Palliative Care, Reusspark
AG und GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. 3. Leitlinie «Prinzipien bei der Erbringung von Palliative Care»
Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015: (PDF, 3 MB, 09.11.2016)
Nationale Leitlinien Palliative Care 2014
Medizinisch ethische Richtlinien und Empfehlungen SAMW 2005