

**Projektarbeit für den CAS „Gerontologie heute 2020“ der
Universität Zürich**

Erarbeitung eines Leitfadens zur Erstellung eines
Konzeptes für den Bereich „Palliative Care“ für
kleinere und mittlere Institutionen der stationären
Alterspflege (Langzeitinstitutionen)

Eingereicht von

Maren Pansch

~~Bischofstrasse 17~~

~~8712 Göttingen~~

04.01.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	3
2. Konzept	4
3. Theoretisches Konzept von palliativer Versorgung	6
4. Weltbericht über Altern und Gesundheit der WHO.....	8
5. Begriffe und Bedeutungen im Umfeld von Palliative Care	10
6. Leitfadencategorien	12
7. Endbetrachtung	19
8. Anhang.....	20
9. Literaturverzeichnis.....	22

1. Abstract

Im Rahmen von geforderter Transparenz, Vergleichbarkeit und Qualitätssicherung gibt es vermehrt Anforderungen, für bestimmte Themengebiete der täglichen Arbeit von stationären Institutionen der Alterspflege Konzepte zu erstellen. Hauptsächlich betrifft diese Forderung die Arbeitsbereiche „Palliative Care“, „Demenz“ und „Hygiene“.

Um diese Herausforderung erfüllen zu können, wäre die Benutzung eines Leitfadens hilfreich.

Der Leitfaden sollte themenspezifisch ein Raster vorgeben:

- welche Kategorien das angestrebte Konzept haben muss,
- welche Grundlagendokumente vorgegeben sind,
- welche inhaltlichen Fragestellungen beantwortet sein müssen.

Ziel der Benutzung eines Leitfadens ist, die zeitaufwendige Diskussion über erforderliche oder fakultative Formalien und Inhalte durch Strukturierung abzukürzen und dennoch die Möglichkeit zu bieten, institutionsspezifische Besonderheiten berücksichtigen zu können.

Thema des hier zu erarbeitenden Leitfadens ist „Palliative Care“.

„Palliative Care“ ist ein bedeutendes Thema auf unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft. Der Bund gibt in Form seiner „Nationalen Strategie Palliative Care“ einen Definitions- und Handlungsrahmen vor.

Eine weitere theoretische Grundlage für die Leitfadenerstellung bietet das Modell des Gesunden Alterns der WHO von 2015.

Der im WHO Modell in den Mittelpunkt gerückte Ansatz des „Erhalts der funktionalen Fähigkeiten“ kann ergänzend und erweiternd zu den Dokumenten vom Bund betrachtet werden.

Für die vorliegende Arbeit ergibt sich damit die Fragestellung:

„Welche Leitfadenelemente sind erforderlich, um ein tragfähiges Konzept für „Palliative Care“ in Institutionen der Langzeitpflege erstellen zu können?“

2. Konzept

Ein Konzept ist ein Plan oder ein Programm. Mit einem Konzept sollen Ziele definiert und beschrieben werden und die Massnahmen aufgezeigt werden, die erforderlich sind, um diese Ziele zu erreichen.

Konzepte sollen als *Grundlage* für ein einheitliches praktisches Handeln innerhalb der Institution dienen. Weiterhin können Konzepte als *Informationsquelle* für aktuelle und zukünftige Bewohner und deren Angehörige zum Einsatz kommen, sowie als Basis für die Zusammenarbeit mit externen Stellen fungieren.

Eine besondere Bedeutung erfüllen die erstellten Konzepte für den Bereich der *Qualitätssicherung*.

Die Erstellung von Konzepten kann als ein vielschichtiger Prozess verstanden werden. Ein Konzept sollte so ausgearbeitet sein, dass sowohl eine theoretische Basis vorhanden und erkennbar ist, als auch die Möglichkeit besteht, mit den Inhalten des Konzeptes praktisch zu arbeiten.

In kleinen und mittleren Institutionen ist zu den vorgenannten Arbeitsbereichen oft eine grosse Menge an Erfahrungswissen vorhanden. Im Prozess der Konzepterstellung besteht nun die Möglichkeit und auch die Aufgabe, dieses oft sehr unterschiedliche Erfahrungswissen zu ordnen, zu formulieren, Zusammenhänge zu theoretischen Grundlagen herzustellen und eventuell neue Ansätze im entsprechenden Themengebiet zu entdecken. Idealerweise erfolgt die Erstellung eines Konzeptes mit mehreren Teilnehmern. So kann ermöglicht werden, dass verschiedene Erfahrungen, Ansichten und Vorbildungen in die thematische Auseinandersetzung einfließen. Damit verstärkt sich die Chance, eine hohe Akzeptanz bei den Menschen zu erreichen, für die das Konzept als Arbeits- und Entscheidungsgrundlage dienen soll. In diesem Sinne erfüllt der Prozess der Konzepterstellung eine *Bildungsfunktion*.

In kleineren und mittleren Alterspflegeinstitutionen fehlt unter Umständen die Erfahrung zum Erstellen von Konzepten, ebenso sind die personellen und zeitlichen Ressourcen, die zur Konzepterstellung nötig wären, begrenzt.

Zwischen den Institutionen der Langzeitpflege bestehen Unterschiede. Auf die hier zu besprechende Thematik bezogen heisst das, dass es sowohl Institutionen mit einem grossen Bestand an Konzepten, Standards und ähnlichen Vorlagen gibt. Es gibt aber

auch Institutionen, die noch nicht so ausgerüstet sind und für die die Anforderungen zur Konzepterstellung auch eine Herausforderung darstellen.

Die Benutzung eines Leitfadens soll diese Anforderungen strukturieren. Er soll als Stütze fungieren beim Bearbeiten der konzeptrelevanten Themen.

3. Theoretisches Konzept von palliativer Versorgung

Palliative Care wird wie folgt definiert:

„Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr **Ziel** ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorrausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.“ (SAMW, 2019, S.6)

Basisdokumente

Im Januar 2010 begann die Umsetzung der in der „Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012“ definierten Massnahmen.

Da die gesetzten Ziele nicht erreicht wurden, wurde der Prozess in Form der „Nationalen Strategie Palliative Care 2013 – 2015“ verlängert. Diese Strategien mit ihren Teilprojekten bilden die Grundlage für die Umsetzung der „Palliative Care“ in den Institutionen der Langzeitpflege.

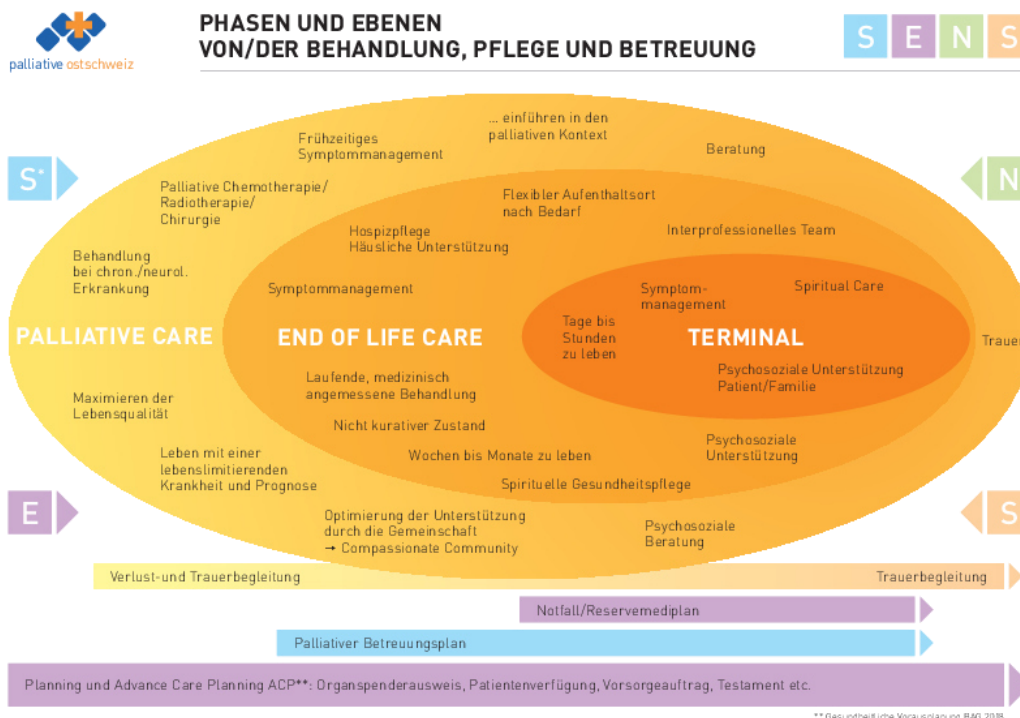
Als Ergebnis eines Teilprojektes der „Nationalen Strategie Palliative Care“ wird die Formulierung der „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ betrachtet. Ziel dieser Leitlinien ist die „...Schaffung eines Konsens hinsichtlich der Definition sowie der Grundwerte, Prinzipien, Zielgruppen und Erbringer der Palliative Care auf gesamtschweizerischer Ebene.“ (Nationale Leitlinien Palliative Care, S.6) Weiterhin sind die Leitlinien als Wegweiser für die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz zu verstehen. (ebd.)

Als drittes Dokument des Bundes und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren gibt das „Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz“ die definitorische Grundlage für Palliative Care in der Schweiz vor. Dieses

Dokument soll als Arbeitsinstrument verstanden werden für alle an der Umsetzung der „Nationalen Strategie“ beteiligten Akteure. (Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, 2016, S.4)

Phasen von Palliative Care / Zeitachse

Auf Grundlage der oben genannten Definition fungiert Palliative Care nicht nur für alte Menschen am Lebensende oder für sterbende Menschen. Ein Teil von chronischen Erkrankungen kann auch in jüngerem Lebensalter diagnostiziert werden, geht mit Unheilbarkeit einher und kann teilweise zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Für diesen Personenkreis bedeutet eine Palliative Care etwas ganz anderes als für Menschen, welche sich in einer terminalen Situation befinden. Auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und einem sehr langen Verlauf benötigen eine adäquate Betreuung. Es erscheint sinnvoll, ein Phasenmodell hinzuzuziehen, um auf individuelle Zustände individuell reagieren zu können.



4. Weltbericht über Altern und Gesundheit der WHO

Im WHO Modell des Gesunden Alterns heisst es: „Interventionen des Gesunden Alterns können an zahlreichen Stellen ansetzen, verfolgen jedoch alle das gemeinsame Ziel, die funktionale Fähigkeit zu maximieren. Dies lässt sich einerseits durch den Aufbau und die Erhaltung der intrinsischen Kapazität und andererseits dadurch erreichen, dass Menschen mit eingeschränkter funktionaler Fähigkeit in die Lage versetzt werden, das zu tun, was ihnen wichtig ist.“ (WHO, Zusammenfassung Weltbericht über Altern und Gesundheit, 2016, S.15)

Für die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung heisst dies, dass auch in einem Palliativ Care Konzept der Fokus nicht ausschliesslich auf der Behandlung von Symptomen liegen sollte. Ebenfalls muss im Zuge von Behandlungsentscheidungen bedacht werden, welchen Einfluss die Behandlung auf die funktionalen Fähigkeiten des Menschen hat und ob ein Bezug zur Lebensqualität hergestellt werden kann.

Verbindung des theoretischen Konzeptes der Palliative Care und des WHO Modell für Gesundes Altern

Auf den ersten Blick erscheint eine Verbindung der beiden theoretischen Modelle schwierig. Die Zielgruppe der Palliative Care, definiert als „...Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten...“ scheint nicht unmittelbar mit einem Konzept für „Gesundes Altern“ in Verbindung zu stehen.

Die Verbindung entsteht dort, wo die rein medizinische Terminologie an ihre Grenzen stösst. Viele Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten sind nicht zwingend am Lebensende und gehören noch nicht in die Gruppe, welche in erhöhtem Masse „...Betreuung und Behandlung...“ braucht. Patienten mit solchen Erkrankungen können besser erfasst werden mit dem Ansatz der Förderung der funktionalen Fähigkeiten, welche es ermöglichen, „...zu sein und zu tun, was sie wertschätzen können.“ (WHO Bericht, 2015, S.28)

In den fact-sheets der WHO zum Thema Palliative Care, welche inhaltlich der Definition der SAMW nahe stehen, wird ein Punkt formuliert, der in den Dokumenten des Bundesamtes für Gesundheit und der Konferenz der kantonalen

Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren eher etwas vernachlässigt wird: „Es (die Palliative Care) bietet ein Unterstützungssystem, um Patienten zu helfen, so aktiv wie

möglich bis zum Tod zu leben.“ (www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliativecare)

Hier gelingt der theoretische Übergang zum WHO-Modell des Gesunden Alters.

Für die Erstellung eines Konzeptes für den Bereich Palliative Care in Langzeitinstitutionen erscheint es sinnvoll, sowohl die funktionalen Fähigkeiten von chronisch kranken Menschen und die Förderung und den Erhalt dieser in den Blick zu nehmen, als auch gute Vorsorge zu schaffen für die Zeitbereiche, welche als „End of Life“ oder folgend „terminale Phase“ bezeichnet werden.

5. Begriffe und Bedeutungen im Umfeld von Palliative Care

Im Zuge der Konzepterstellung wird es erforderlich sein, bestimmte Begriffe auf ihre Bedeutung hin zu überprüfen. Für die konzepterstellenden Mitarbeiter ist es unabdingbar, sich mit bestimmten Begriffen auseinanderzusetzen, damit in Diskussionen alle Teilnehmer eine einheitliche Terminologie benutzen.

Das Benutzen von Begriffen ohne genaue Inhaltsbestimmung kann zu Problemen führen, wenn Haltungen von Institutionen definiert und kommuniziert werden.

Folgend werden die Begriffe aufgezählt, welche ein grosses Potential haben, als vermeintlich „eindeutig“ verstanden zu werden, bei näherer Betrachtung aber klar wird, dass es diese „Eindeutigkeit“ nicht gibt.

- Autonomie und Selbstbestimmung
- Würde
- Werte
- Mutmasslicher Wille
- Lebensqualität und der Erhalt von Lebensqualität
- Funktionale Fähigkeiten

Je nach persönlichen Erfahrungen und / oder kulturellen Prägungen werden diese Begriffe mit Inhalt gefüllt. In der Realität ist feststellbar, dass Handlungen unter Benutzung der genannten Begriffe begründet werden und dann bemerkt wird, dass interpersonell keine Einigkeit über die jeweilige Bedeutung vorhanden ist.

Im Zuge der Konzepterstellung kann eine Auseinandersetzung mit Begriffen und den verschiedenen Bedeutungen stattfinden. Ziel ist, dass in der Institution ein Konsens über die verwendeten Begriffe erzielt werden kann. Bedeutsam wird dieser Konsens, wenn das Konzept seine Funktion als Handlungsgrundlage erfüllen soll.

Beispiel: „Würde“ als Begriff

Für den Begriff „Würde“ gibt es keine einheitliche, lernbare Definition. In unterschiedlichen Publikationen werden Umschreibungen gefunden. „Die Würde ist mit dem Menschsein gegeben, ist also unabhängig von der Bewusstseinslage eines

Menschen oder einem bestimmten Kontext. In diesem Sinn ist Würde unverlierbar und muss bedingungslos respektiert werden.“ (SAMW, Palliative Care, 2019, S.7) Würdeverletzungen sind dennoch nicht ausgeschlossen: „Trotzdem kann es vorkommen, dass ein sterbender Mensch in seiner Würde verletzt wird, indem er von einem anderen Menschen ignoriert, verniedlicht, bevormundet oder gar gedemütigt wird.“ (Leitfaden Lebensende mit Demenz, Heft 1, 2018, S.16) Pflegebedürftigkeit kann als Würdeverlust wahrgenommen werden.

In den SAMW Richtlinien wird versucht, die „Orientierung an der Würde des Patienten“ zu konkretisieren, indem formuliert wird: „Die Orientierung an der Würde des Patienten zeigt sich insbesondere darin, dass die Behandelnden und Begleitenden:

- Den unheilbar kranken oder sterbenden Patienten in seiner Einzigartigkeit sehen und ihm individuell begegnen;
- Der besonderen Verletzlichkeit des Patienten sowohl im Verhalten als auch in jeder Form der Kommunikation Rechnung tragen;
- Sich auf Fragen von Sinn und Sinnlosigkeit sowie Endlichkeit einlassen und dem Patienten die Möglichkeit geben, auch existentielle Fragen anzusprechen.“

(SAMW, Palliative Care, 2019, S.8)

An diesen Formulierungen wird erkennbar, wie anspruchsvoll und schwierig die Umsetzung in die Alltagspraxis sein kann.

Als Lösungsansatz kann vorgeschlagen werden, sich im Zuge der Konzepterstellung sehr konkret und an realen Beispielen diesen Begriffen anzunähern und sich auch der Auseinandersetzung mit verschiedenen Ansichten und Meinungen zu stellen. Erst dann wird es möglich sein, diese Begriffe auf wirkliche Handlungen anwenden zu können.

Als hilfreich wurde folgender Ratschlag gesehen: „Da Würde ein nicht so leicht fassbarer, und daher schwer zu definierender Begriff ist, kann es ratsam sein, sich an der Lebensqualität, der Behandlung von Schmerzen und Angst und an der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit zu orientieren.“ (Leitfaden Lebensende mit Demenz, Heft 1, 2018, S.17)

6. Leitfadenkategorien

Hauptaufgabe des Leitfadens soll sein, Kategorien zu schaffen und diese mit Stichworten zu füllen.

Für die Konzepterstellung mit Hilfe des Leitfadens bedeutet dies, dass die Stichworte dazu führen sollen, sich innerbetrieblich (innerhalb der Arbeitsgruppe) auszutauschen, zusätzliche Informationen einzuholen, sich von Anforderungen auch zu distanzieren, Diskrepanzen bezüglich Wertigkeit oder Bedeutung aufzudecken um am Ende dieses Prozesses einen Konsens oder ein Ergebnis zu erzielen, welches als Konzeptbaustein verwendet werden kann.

Folgende Kategorien werden vorgeschlagen:

- A Palliative Care als Teilgebiet der täglichen Arbeit**
- B Eintrittsprocedure für neue Bewohner speziell in Hinblick auf Palliative Care**
- C Kommunikation und Interaktion**
- D „End of life care“ und terminale Phase**
- E Strukturell - personell - organisatorische Fragestellungen**

A Palliative Care als Teilgebiet der täglichen Arbeit

Palliative care nimmt per Definition einen grossen Stellenwert in Institutionen der stationären Alterspflege ein. Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der Menschen, welche in eine Institution eintreten, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden. Weiterhin darf davon ausgegangen werden, dass es gewichtige Gründe für einen Eintritt in eine Institution gibt und somit auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben thematisiert werden kann, aber nicht muss.

Stichpunkte zur Konzepterstellung

- Sind die Grundlagendokumente des Bundes zum Thema Palliative Care bekannt?

(Nationale Strategie, Nationale Leitlinien, Rahmenkonzept)
- Sind die Definition, die Ziele und der Zweck von Palliative care bekannt?
- Wann beginnt Palliative Care?
- Wurde über die Begriffe Autonomie, Selbstbestimmung, Würde, mutmasslicher Wille diskutiert?
- Besteht ein Konsens bezüglich der praktischen Bedeutung dieser Begriffe?
- Gibt es eine Positionierung unserer Institution zum Thema „Sterbehilfe“? Ist diese allen Mitarbeitern bekannt?
- Gibt es in unserer Institution eine Abschiedskultur?
- Welche Rituale gehören dazu? Sind diese ausreichend? Werden sie als hilfreich empfunden? Brauchen wir andere Rituale? Wenn ja, welche?

B Eintrittsprocedure für neue Bewohner speziell im Hinblick auf Palliative Care

Eine wesentliche Grundvoraussetzung für die praktische Umsetzung der Palliative Care Idee ist, dass die zu betreuenden Menschen mitteilen können, was ihnen wichtig ist, was sie wertschätzen, was sie mögen, was sie ablehnen u.s.w.. Es kann daher als sinnvoll erachtet werden, in einem definierten Zeitraum nahe des Eintritts Gespräche zu führen, wo für den Bewohner die Gelegenheit eröffnet wird, wichtige Dinge mitzuteilen.

Anzumerken sei an dieser Stelle, dass es keine Verpflichtung des Bewohners gibt, alle Fragen zu beantworten. Diese Fragen sollen als Angebot verstanden werden, sich zu wesentlichen Dingen mitteilen zu können.

Als ebenfalls bedeutsam erscheint es, dass die Sammlung dieser Informationen durch solche Mitglieder des Pflegepersonals durchgeführt werden, welche sich mit der Thematik des „Palliative care“ schon auseinandergesetzt haben, da davon auszugehen ist, dass eventuell Antworten gegeben werden, welche irritierend, nicht nachvollziehbar oder in anderer Weise „anders“ sein können. Wichtig ist, dass Bewohner die von ihnen getroffenen Entscheidungen kommunizieren können. „Das müssen nicht unbedingt Entscheidungen sein, die man gemeinhin als „vernünftig“ betrachten würde, denn es geht in diesem Zusammenhang um den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen.“ (Borasio, 2013, S.60)

Praktikabel erscheint, dass Fragebögen erstellt werden und festgelegt wird, wer von den Mitarbeitern die Befragungen durchführt.

Stichpunkte zur Konzepterstellung

- Standortbestimmung des Bewohners:
Welche Einschränkungen in seinem Dasein sind aktuell für ihn relevant?
Welche Wünsche bestehen hinsichtlich seiner funktionalen Fähigkeiten (definiert als ... „sein und tun, was man Grund hat wertzuschätzen...“)
Was macht Lebensqualität für ihn aus?
Welche Unterstützung benötigt der Bewohner, um eine gute Lebensqualität zu erreichen oder unter den neuen Gegebenheiten aufrechtzuerhalten?
Von wem erhofft und / oder erwartet er diese Unterstützung?
- Biografiegespräch:
Wer gehört zur Familie? Wer ist am Wichtigsten?
Welche einschneidenden Erlebnisse im Lebensverlauf sollen mitgeteilt werden?
- Wünsche für das Lebensende:
Wird eine Reanimation in Betracht gezogen?
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Gibt es den Wunsch nach seelsorgerischer Begleitung? Wenn JA, von wem?
Welche Angebote für die terminale Phase gibt es im Haus und möchte der
Bewohner diese annehmen?

Soll jemand aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis für die
Sterbebegleitung angefragt werden?

C Kommunikation und Interaktion

Diese Kategorie kann in zwei Unterkategorien gegliedert werden:

C1 Angehörigenbetreuung:

In den oben erwähnten Grundlagendokumenten vom Bund zur Gestaltung und Etablierung von Palliative Care in der Schweiz nimmt die Einbeziehung von Angehörigen einen festen Platz ein. In der 3. Leitlinie der „Nationalen Leitlinien“ wird unter „Einbezug des persönlichen Umfelds“ formuliert: „Die nahestehenden Bezugspersonen sind bei der Behandlung, Pflege und Begleitung als Partner zu betrachten.“ (Nationale Leitlinien, S.12) Weiterhin ist zu finden: „Die psychischen Stressfaktoren der Patientin, des Patienten sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden systematisch erfasst.“ (ebd. S.13) Die Betonung der Bedeutung von Angehörigen für den Patienten / den Bewohner zieht sich durch alle Grundlagendokumente.

Stichpunkte zur Konzepterstellung:

- Wie soll die Kommunikation mit Angehörigen gestaltet werden? Welche Kommunikationsform (per Mail, telefonisch) ist in unserem Haus etabliert? Machen wir das Angebot eines regelmässigen proaktiven Informierens? Wenn JA, wer ist verantwortlich?
- Welche Angebote gibt es speziell für Angehörige von Menschen im Sterbeprozess (Anwesenheit, Verpflegung, Teilnahme an pflegerischen Handlungen)?
- Haben wir in unserem Haus Einschränkungen in der Besuchszeit? Wenn JA, wie werden diese kommuniziert?

- Wie kommunizieren wir die sich ändernden CORONA-Regeln? Welche Ausnahmen gibt es? Wie gehen wir mit Angehörigen um, welche eingeschränkt oder gar nicht kooperativ sind?

C2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auch für diesen Punkt ist die Grundlage in der 3. Leitlinie der „Nationalen Leitlinien“ gelegt: Unter „Interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität“ findet man: „Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ist ein tragendes Element der Palliative Care.“ (Nationale Leitlinien, S.11)

Stichpunkte zur Konzepterstellung:

- Mit welchen Berufsgruppen arbeiten wir schon zusammen?
- Welche Berufsgruppen müssten für eine mögliche Zusammenarbeit angefragt werden?
- Welche Position nehmen wir zum Thema „Freiwilligenarbeit“ ein? Wenn diese schon vorhanden ist: wird sie als hilfreich erlebt?
Wenn sie nicht vorhanden ist, sollte sie eingeführt werden?
- Gibt es einen Kontakt bzw. die Kontaktdaten zu Seelsorgern der gängigsten Religionsgemeinschaften?

D „End of Life Care“ und terminale Phase

Diese beiden Begriffe sind der Abbildung auf Seite 6 entnommen. Ziel der Abbildung ist, die zeitliche Struktur der Palliative Care Betreuung zu verdeutlichen.

In diesen beiden Phasen steigt die Intensität der Betreuung an. Gleichzeitig trifft man häufiger Bewohner an, welche sich aus vielfältigen Gründen nicht mehr eindeutig äussern können. Ein gutes Symptommanagement in Kombination mit einer reibungslosen Zusammenarbeit von Pflege und Arzt ist an dieser Stelle unabdingbar. Eine empathische Betreuung von Menschen in diesen Phasen durch das Pflegepersonal wird angestrebt.

Stichpunkte zur Konzepterstellung:

- Gibt es eine tragfähige Basis für die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt?
- Welche Instrumente zur Symptomerfassung sind in unserer Institution vorhanden? Sind alle Mitglieder des Pflegepersonals fähig, diese einzusetzen? Welche Symptome müssen ohne Instrumente erfasst werden? Gelingt das?
- Gibt es eine Idee zum Symptommanagement? Gibt es Standardmedikationen, welche in Absprache mit dem behandelnden Arzt eingesetzt werden können?
- Besteht Sicherheit beim Personal mit derartigen Entscheidungen?
- Bietet unsere Institution alternative Behandlungen zur Symptomkontrolle an, z. Bsp. Aromatherapie? Wenn JA, gibt es ein Konzept dafür? Wenn NEIN, besteht der Bedarf, sich mit diesem Thema zu beschäftigen?

E Strukturell - personell - organisatorische Elemente

Wie eingangs erläutert kann ein Konzept mehrere Funktionen erfüllen. Wenn es als Grundlage für einheitliches gemeinschaftliches Handeln funktionieren soll, muss diese Funktion geplant werden.

In dieser Kategorie soll Platz sein für die Wiederaufnahme des Gedankens, dass die Herstellung von Lebensqualität auch ein sozialer Prozess ist. Von dieser Aussage ausgehend soll die Rolle des Pflegepersonals (als ein Teilnehmer an diesem Prozess) betrachtet werden.

In der Zusammenfassung des WHO Berichtes „Weltbericht über Altern und Gesundheit“ wird festgehalten, dass „...Betreuungspersonen in der Langzeitpflege, anders als im Gesundheitssystem, derzeit mehrheitlich Familienangehörige,...und bezahlte, aber ungelernte Arbeitskräfte sind.“ (WHO, 2015, S.20) Weiter heißt es: „Für den Aufbau eines Systems der Langzeitpflege ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Menschen so ausgebildet werden, dass sie gute Arbeit leisten können, und dass sie von der Belastung befreit werden, die ihnen durch eine unzureichende Vorbereitung auf den Umgang mit schwierigen Situationen entsteht.“ (WHO, 2015, S.20)

Für die dieser Arbeit zugrundeliegende Thematik bedeutet dies, dass sowohl für die Unterstützung der Erhaltung von Lebensqualität als auch für die Unterstützung von

Sterbenden in der terminalen Phase Personal bereit sein muss, welches bestmöglich für diese Anforderungen ausgebildet oder weitergebildet wurde.

Stichpunkte für die Konzepterstellung:

- Gibt es einen Mitarbeiter, der die Hauptverantwortung für das Thema Palliative Care trägt?

Wenn JA, wird ihm ausreichend Kapazität zugebilligt, um diese Aufgabe erledigen zu können? Ist er in Fachgruppen vertreten und mit Fachkollegen vernetzt? Hatte er die Möglichkeit, eine spezifische Fachweiterbildung zu absolvieren?

Wenn NEIN, sollte diese Funktion geschaffen werden?

- Sind die Mitarbeiter unseres Hauses ausreichend sensibilisiert und auch geschult, um Palliative Care zu etablieren?
- Gibt es regelmässige interne Weiterbildungen? Wer sollte diese durchführen? Wie oft werden sie angeboten?
- Gibt es ein Angebot zur Schulung für neu eingestellte Mitarbeiter?

7. Endbetrachtung

In die vorliegenden Schrift sind die Anmerkungen, welche nach der Projektpräsentation gemacht wurden, mit eingearbeitet worden.

Vorschläge für die in Kapitel B empfohlenen Fragebögen finden sich im Anhang.

Die gestellte Forschungsfrage:

„Welche Leitfadenelemente sind erforderlich, um ein tragfähiges Konzept für „Palliative Care“ in Institutionen der Langzeitpflege erstellen zu können?“

konnte in dieser Arbeit beantwortet werden, indem 5 Leitfadenkategorien definiert wurden. Diese Kategorien können mit der Beantwortung der vorgeschlagenen „Stichpunkte zur Konzepterstellung“ ausgefüllt werden. Sollten im Prozess der Konzepterstellung noch andere Fragestellungen erscheinen, besteht völlig zwanglos die Möglichkeit, diese ins Konzept einfließen zu lassen.

Um den tatsächlichen praktischen Nutzen des Leitfadens festzustellen wäre es wünschenswert, dass er in kleinen und mittleren Institutionen getestet wird.

8. Anhang

Fragebögen zur Kategorie „Eintrittsprocedure für neue Bewohner speziell im Hinblick auf Palliative Care“

„Lebensqualität“

- Was essen Sie gerne? Wogegen haben Sie eine starke Ablehnung?
Mögen Sie lieber süss oder salzig?
- Sind Sie lieber in Gesellschaft oder lieber allein?
- Sind Sie eher ein „Gfrörli“ oder ist Ihnen eher heiss?
- Sind Sie eine „Lerche“ (Frühaufsteher) oder eine „Eule“ (Spätaufsteher)?
- Gehen Sie abends gerne früh ins Bett?
- Mögen Sie Musik? Wenn JA, welche? Mögen Sie lieber Ruhe?
- Sind Sie religiös? Wenn JA, welcher Gemeinschaft gehören Sie an?
- Welche Ihrer Hobbys haben Sie noch vor kurzem ausgeübt?

„Biografie“

- Wer gehört für Sie zu Ihrer Familie?
- Welche Person (welche Personen) ist (sind) für Sie am Wichtigsten?
- Welche Lebensereignisse möchten Sie mitteilen?

„Wünsche für das Lebensende“

- Wird eine Reanimation in Betracht gezogen?
Wissen Sie, was genau bei einer Reanimation gemacht wird?
- Haben Sie eine Patientenverfügung ausgestellt?
Wenn JA, ist sie aktualisiert?
Wenn NEIN, möchten Sie das tun?
- Wünschen Sie eine seelsorgerische Begleitung?
Wenn JA, von wem?
- Soll jemand aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis für eine Sterbebegleitung angefragt werden?
- Unser Haus bietet an, dass aromatherapeutische Produkte angewendet werden. Ist das für Sie interessant?

9. Literaturverzeichnis

Publikationen vom Bundesamt für Gesundheit

- Nationale Leitlinien Palliative Care [Nationale Leitlinien Palliative Care \(admin.ch\)](#)
- Nationale Strategie Palliative Care 2013 – 2015 Kurzfassung [Palliative Care \(admin.ch\)](#)
- Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz (Link am 27.11.2020 nicht mehr abrufbar)

Publikationen der WHO

- Palliative Care fact sheets [Palliative Care \(who.int\)](#)
- Weltbericht über Altern und Gesundheit [Ageing \(who.int\)](#)

Abbildung: [Palliative Ostschweiz - Palliative Care - Versorgungsstruktur \(palliative-ostschweiz.ch\)](#)

Borasio, Gian Domenico

- Über das Sterben, 2013

Deutscher Taschenbuchverlag und Co. KG, München

Eicher, Stefanie; Geschwindner, Heike; Wolf, Henrike; Riese, Florian

- Leitfaden „Lebensende mit Demenz“, 2018

Universität Zürich

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

- Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Palliative Care, 2019