

Konzept  
**Palliative Care**

Genehmigt durch den Verwaltungsrat	29.11.2017
Inkraftsetzung	1.12.2017
Letzte Anpassung (CU/CD)	1.1.2021
Nächste Überprüfung am	2024

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1 Ausgangslage.....	3
1.2 Ziele des Konzepts Palliative Care.....	3
2. Palliative Care.....	3
2.1 Definition.....	3
3. Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	4
3.1 Kern- und Behandlungsteam.....	4
3.2 Kommunikation.....	4
3.3 Umgang des Kern- und Behandlungsteams mit psychischen und physischen Belastungen.....	4
3.4 Vernetzung.....	5
4. Palliative Care und Ethik.....	5
4.1 Multidimensionalität.....	5
4.2 Ethische Grundsätze.....	6
4.3 Lebensqualität in der Palliative Care.....	6
4.4 Entscheidungsprozesse.....	7
4.5 Wenn die Bewohnerin bzw. der Bewohner nicht mehr will.....	7
4.6 Ethische Entscheidungsprozesse.....	8
4.7 Regelung der organisierten Sterbehilfe.....	8
4.8 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit.....	8
5. Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner.....	8
5.1 Patientenverfügung.....	8
6. Umgang mit Sterben und Tod.....	9
6.1 End of Life Care.....	9
6.2 Abschied und Trauer.....	9
7. Umgang mit den Angehörigen.....	10
8. Palliative Care bei Menschen mit Demenz.....	10
9. Symptommanagement.....	10
9.1 Symptome.....	10
9.2 Pflegekonzepte, -theorien und -methoden.....	11
10. Fort- und Weiterbildung.....	11
11. Umsetzung und Evaluation.....	12
12. Literaturverzeichnis.....	13
13. Anhänge.....	14
13.1 Musterleitfäden Symptommanagement von Bigorio.....	14
13.2 Weitere Anhänge.....	14
14. Links.....	14

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

In unserer Gesellschaft steigt die Lebenserwartung stetig. Durch Fortschritte in Hygiene, Ernährung und Medizin nimmt der Anteil an chronisch-, und schwerkranken Menschen zu. Die Multimorbidität als charakteristisches Phänomen des Alters kommt auch in unserer Institution immer häufiger vor. Die Komplexität der Pflege, Betreuung und Behandlung nimmt weiterhin zu (BAG, 2011, S. 4). Im Alterszentrum Bremgarten (AZB) haben alle Bewohner und Bewohnerinnen Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint. Den Angehörigen und den Bezugspersonen werden eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von der sterbenden/verstorbenen Person ermöglicht.

## 1.2 Ziele des Konzepts Palliative Care

- Das Konzept definiert die Umsetzung von Palliative Care in unserer Langzeitpflegeinstitution.
- Unsere Angebote und Dienstleistungen im Bereich Palliative Care sind definiert und können verständlich kommuniziert werden.

# 2. Palliative Care

## 2.1 Definition

Wir definieren Palliative Care wie folgt:

„Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Bewohnerinnen und Bewohnern wird eine ihrer Situation angepasste optimale 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“ (BAG, 2011, S. 8).

Für die Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität unserer Bewohnerinnen und Bewohner gestalten sich dadurch folgende fünf Herausforderungsfelder in der Pflege, Betreuung und Behandlung in der Langzeitpflege von älteren Menschen:

- Das Bedürfnis nach Schmerz- und Symptomkontrolle
- Das Bedürfnis über den Tod zu sprechen
- Das Bedürfnis nach angemessener Aufklärung und das Bedürfnis, das Ausmass der medizinischen Intervention mitzubestimmen

- Das Bedürfnis nach Begleitung beim Sterben
- Das Bedürfnis Sterbezeit und Sterberaum zu gestalten (Heimerl, 2007, S. 134ff)

Aufgrund der Definition und der Herausforderungsfelder sind die Empfänger von Palliative Care in unserer Langzeitpflegeinstitution Bewohnerinnen und Bewohner, die an einer chronisch fortschreitenden, unheilbaren oder lebensbedrohlichen Erkrankung leiden. Wir haben uns jedoch entschlossen, die Haltung, die Palliative Care umschreibt, allen unseren Bewohnerinnen und Bewohnern entgegen zu bringen.

## 3. Interprofessionelle Zusammenarbeit

### 3.1 Kern- und Behandlungsteam

Palliative Care wird in Langzeitpflegeinstitutionen durch das interprofessionelle Behandlungsteam erbracht (BAG, 2011, S. 21). Die Sicherstellung der Kontinuität in der Pflege, Betreuung und Behandlung stellt dabei eine spezielle Herausforderung dar (SAMW, 2013, S. 7).

In unserer Institution bestehen:

#### Kernteam

Das Kernteam besteht primär aus der/den Pflegefachpersonen und der Ärztin/dem Arzt.

#### Interprofessionelles Betreuungs- und Behandlungsteam mit direktem Bewohnerkontakt

Das interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus allen weiteren Pflegemitarbeitenden mit unterschiedlichen Kompetenzen und Funktionen. Fallbezogen werden ergänzend Fachpersonen hinzugezogen, so beispielsweise Seelsorgerinnen/Seelsorger, Therapeutinnen/Therapeuten und Angehörige.

#### Erweitertes interprofessionelles Betreuungs- und Behandlungsteam

Das erweiterte interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus Mitarbeitenden der Küche, des Hausdienstes und der Administration.

### 3.2 Kommunikation

Das gesamte Behandlungsteam beachtet die wesentlichen Aspekte der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation. Die Grundvoraussetzungen für diese hohen Ansprüche sind Empathie und Wahrhaftigkeit sowie die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen offen zu legen. Dies gilt bei uns für die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch untereinander im Kern- und Behandlungsteam sowie gegenüber externen Partnern und Angehörigen.

### 3.3 Umgang des Kern- und Behandlungsteams mit psychischen und physischen Belastungen

Obwohl die Arbeit mit älteren, chronisch kranken, unheilbar kranken und sterbenden Menschen von den Mitarbeitenden des Kernteams als äusserst befriedigend beschrieben wird, ist sie mit Leid und Tragik überschattet (Ramirez et al., 1998, S. 209). Die Ansprüche bei der Umsetzung von Palliative Care in den Dimensionen physisch, psychisch, sozial und spirituell sind hoch und

können zu Arbeitsunzufriedenheit, beruflichem Stress, physischer und psychischer Belastung oder Krankheit führen. Das Burnout ist diesbezüglich eine oft erwähnte Konsequenz (Pereira et al., 2011, S. 318). Um dem entgegen zu wirken, achten wir innerhalb des Pflorgeteams in Palliativsituationen bewusst aufeinander. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass belastende Situationen im Team offen angesprochen und diskutiert werden können. Bei Bedarf kann die Leitung Pflege weitere Massnahmen zur Unterstützung planen.

### 3.4 Vernetzung

Wir sind mit folgenden Partnern in Kontakt:

- Spitäler
- Spitex-Organisationen
- Heimgärtin/Heimarzt, Hausärztinnen und Hausärzte
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Kirchgemeinden

## 4. Palliative Care und Ethik

### 4.1 Multidimensionalität

In der Palliative Care wird dem älteren Menschen in seiner Ganzheit begegnet. Dies gelingt unter Berücksichtigung der folgenden vier Dimensionen:

#### Körperliche Dimension

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

#### Psychische Dimension

Die psychischen Stressfaktoren der Bewohnerin oder des Bewohners sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden durch Gespräch und Beobachtung erfasst. Die Bewältigungsressourcen des kranken Menschen, also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, seine belastenden Erlebnisse adäquat verarbeiten zu können, sollen stabilisiert und gefördert werden. Psychologische und/oder psychotherapeutische Interventionen und Angebote sind zu thematisieren.

#### Soziale Dimension

Die soziale Dimension stellt die Lebenswelt der Bewohnerin oder des Bewohners in den Vordergrund. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und an den gewohnten Lebens- und Tagesstrukturen des älteren Menschen. Die bestehenden Ressourcen und die Eigenverantwortung werden gestärkt, sodass trotz Einschränkungen durch die Krankheit eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensalltags bis zuletzt möglich ist. Von Bedeutung sind in dieser Dimension unter anderem die nahestehenden Bezugspersonen, der Freundes- und Bekanntenkreis, die finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten, usw. Auch kulturspezifische Aspekte sind im Rahmen der Behandlung und Betreuung mit einzubeziehen.

## Spirituelle Dimension

Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden.

## 4.2 Ethische Grundsätze

Unsere ethische Orientierung in der Palliative Care basiert auf der Würde und dem Autonomieanspruch des Menschen. Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Sie ist abhängig vom Informationsstand, der aktuellen Situation und der Bereitschaft und Fähigkeit des Betroffenen, Verantwortung für das eigene Leben und Sterben zu übernehmen. Autonomie beinhaltet auch Verantwortung anderen gegenüber. Autonomie zu respektieren bedeutet für uns:

- Dem biografischen Hintergrund des älteren Menschen Rechnung zu tragen
- Die Familiendynamik im Auge zu behalten
- Den älteren Menschen und seine Angehörigen so transparent und offen wie möglich zu informieren
- Sich zu vergewissern, ob die Information verstanden wurde
- Sich laufend zu vergewissern, ob der Wille des älteren Menschen richtig verstanden wurde und ihm im Rahmen des Möglichen entsprochen wird
- Sich bei äusserungsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern an von ihnen im Voraus mündlich formulierte oder schriftlich dokumentierte Werte- und Willensäusserungen zu orientieren (SAMW, 2013, S. 8)

Die ethischen Richtlinien des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner benennen die ethischen Prinzipien in der Pflege mit folgenden Begriffen:

- Autonomie    Respekt vor Selbstbestimmung
- Nicht schaden    Vermeidung von potentiellm Schaden
- Gutes tun    Fördern von Wohlbefinden, Sicherheit und Lebensqualität
- Gerechtigkeit    Bei der Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand (SBK, 2006, S. 10ff).

## 4.3 Lebensqualität in der Palliative Care

Wenn wir von Palliative Care sprechen, steht für uns die Lebensqualität im Mittelpunkt. Lebensqualität umfasst viele verschiedene Dimensionen. Für uns stimmt die Definition der WHO:

"Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen".

In dieser Definition sind die gesamte Lebenssituation und die kulturellen Besonderheiten des betroffenen Menschen in den Mittelpunkt gestellt. Lebensqualität wird als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen und Interessen definiert.

Demnach ist Lebensqualität:

- Subjektiv
- Sich stets wandelnd und dynamisch
- Beruhend auf der Selbstbeschreibung der Bewohnerin und des Bewohners
- Eine Darstellung multidimensionaler Begrifflichkeiten (King & Hinds, 2001, S. 33)

Lebensqualität wird von uns Menschen – nicht nur in Palliative Care-Situationen – äusserst individuell beurteilt. Der Stellenwert des sogenannten aktiven Zuhörens bei der Anwendung des Pflegeprozesses bleibt neben diversen Erhebungsinstrumenten der zuverlässigste Weg zur Erfassung der individuellen Lebensqualität eines Menschen. Die Lebensqualität erfassen wir in allen vier Dimensionen (physisch, sozial, psychisch und spirituell) (Bullinger, 2000, S. 10). Die erfassten Informationen werden im BESA Informationssystem bei der Bewohnerin/dem Bewohner eingegeben.

## 4.4 Entscheidungsprozesse

In der Entscheidungsfindung wägen wir Sinnhaftigkeit und Machbarkeit ab, prüfen Wirkung und Nebenwirkung, beachten den Willen des Betroffenen und seinen Angehörigen und den daraus entstehenden Nutzen unter Berücksichtigung der oben beschriebenen bioethischen Prinzipien (Knipping, 2007, S.521ff).

Die Entscheidung über die Durchführung, den Abbruch oder das Unterlassen einer vorgeschlagenen medizinischen Massnahme liegt primär bei der urteilsfähigen Bewohnerin oder dem urteilsfähigen Bewohner selbst, nachdem er umfassend und verständlich informiert wurde. Die für die Bewohnerin oder den Bewohner notwendigen Entscheidungsgrundlagen werden vom Kernteam zuvor erarbeitet. Dabei soll ein Resultat angestrebt werden, welches von allen Beteiligten mitgetragen werden kann (Konsens).

Besonders herausfordernd sind Situationen, in welchen sich der betroffene ältere Mensch nicht mehr selbst zu einer Fragestellung äussern kann. Hier regelt seit 2013 das neue Erwachsenenschutzrecht den Schutz der nicht entscheidungs- und handlungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohner (ZGB Art. 360-456).

## 4.5 Wenn die Bewohnerin bzw. der Bewohner nicht mehr will

Es kann im Leben einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners der Moment kommen, an dem sie/er bewusst oder unbewusst nicht mehr weiterleben will. Mit unserem Pflegeverständnis unterstützen wir sie oder ihn auch in diesen schwierigen Entscheidungsmomenten. Wir suchen das Gespräch, klären auf und versuchen Ursachen (wie z.B. Schmerzen), die zu einem solchen Entscheid geführt haben, zu beheben. Wir beziehen Arzt und Angehörige in den Prozess ein und bieten Trost und Unterstützung. Entscheidet ein Bewohner/eine Bewohnerin trotzdem bewusst ihr Leben zu beenden oder verweigert weitere Massnahmen, erachten wir dies als zu akzeptierende Willensäusserung (SAMW, 2013, S. 14). Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes (ZGB Art. 360-456) werden eingehalten, indem die Angehörigen oder die bevollmächtigte Vertrauensperson informiert und in die weiteren Entscheidungsprozesse integriert werden.

## 4.6 Ethische Entscheidungsprozesse

Bei schwierigen Entscheidungen kann eine strukturierte ethische Fallbesprechung oder Beratung hilfreich sein (SAMW, 2013, S. 9). Beim Erkennen von ethischen Dilemmata findet die ethische Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kern- und Behandlungsteam statt. Der erarbeitete Konsens wird nachvollziehbar im BESA-Informationssystem dokumentiert.

## 4.7 Regelung der organisierten Sterbehilfe

Der assistierte Suizid (z.B. mit Exit) ist ein persönlicher und in Eigenverantwortung gefasster Entscheid, den wir aus Autonomiegründen respektieren. Wir gestatten deshalb Sterbehilfeorganisationen den Zugang in unsere Langzeitpflegeinstitution, wenn keine andere Lösung gefunden werden kann. Mitarbeitende des AZB dürfen weder bei der Organisation des assistierten Suizids, noch bei der Durchführung mitwirken oder Unterstützung anbieten.

## 4.8 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit

Bei einem beobachtbaren und/oder kommunizierten Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit müssen die Gründe differenziert abgeklärt werden, um das weitere Vorgehen festzulegen. Liegt effektiv ein freiwilliger Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit vor, begleiten wir diesen Prozess zusammen mit der zuständigen Hausärztin/dem zuständigen Hausarzt und den Angehörigen (s. Punkt 4.4). Wir stellen sicher, dass eine Bewohnerin/ein Bewohner solange wie möglich die Möglichkeit hat, ihre Entscheidung zu ändern (s. Anhang zum Sterbefasten).

# 5. Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

## 5.1 Patientenverfügung

Ethisch ist der Anspruch, den eigenen Willen mit einer Patientenverfügung für Situationen der Urteilsunfähigkeit festzuhalten, im Prinzip der Autonomie begründet. Dieses beinhaltet das Recht des Individuums, aufgrund persönlicher Wertungen und Vorstellungen, im eigenen Interesse Entscheidungen zu fällen. Eine Patientenverfügung wird in unserer Langzeitpflegeinstitution stets freiwillig, d.h. ohne äusseren Druck oder Zwang, verfasst (SAMW, 2013, S. 8).

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wird die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt (ZGB Art. 360ff). Grundsätzlich gilt: Je klarer eine Patientenverfügung ist und je konkreter sie auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, desto gewichtiger ist ihre Rolle im Entscheidungsprozess. Ob es sich um eine individuelle oder um eine standardisierte, vorformulierte Patientenverfügung handelt, welche der Verfügende nur noch zu unterschreiben braucht, steht dabei nicht im Vordergrund (SAMW, 2013, S. 7-8).

Unsere Institution empfiehlt allen urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern zusammen mit ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin eine Patientenverfügung zu verfassen. Es empfiehlt sich, eine Kopie an unsere Institution abzugeben. Diese wird im Bewohnerdossier (Kardex) aufbewahrt.

## 6. Umgang mit Sterben und Tod

### 6.1 End of Life Care

Ältere Menschen am Lebensende sind in besonderem Masse auf Palliative Care angewiesen. Palliative Care soll eine möglichst gute Unterstützung bis zum Lebensende ermöglichen. Was unter einem „guten Sterben“ verstanden wird, kann nicht durch objektive Kriterien festgelegt werden, sondern ist stets von Mensch zu Mensch von sehr unterschiedlichen Vorstellungen abhängig. Frühere Äusserungen sind für uns wegleitend. Die Vorstellungen der Angehörigen und unserer Mitarbeitenden des Kern- und Behandlungsteams spielen bei der Beurteilung mit, sind jedoch nicht entscheidend. Ein „gutes Sterben“ ist jedoch auch durch optimale Palliative Care nicht garantiert, da es eng mit der Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner und dem Verlauf der Krankheit(en) verknüpft ist. Medikamentöse und pflegerische Massnahmen setzen wir mit dem Ziel der Symptomlinderung ein, belastende Massnahmen unterlassen wir möglichst. Schmerzen und Leiden sollen gelindert werden, auch wenn dies in Einzelfällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen kann (SAMW, 2013, S. 15-16).

Während der End of Life Care berücksichtigen wir folgende Aspekte:

- Wir nehmen den Menschen in seiner Ganzheit (physisch, psychisch, sozial und spirituell) und unter Einbezug seiner Lebensgeschichte wahr
- Wünsche und Bedürfnisse thematisieren und erfassen wir frühzeitig
- Wir schaffen eine würdige Umgebung und Atmosphäre
- Wir gehen auf die Religion, Spiritualität und Kultur ein
- Wir gewährleisten eine empathische Begleitung während des Sterbens (Pleschberger et al., 2005, S.137ff)

### 6.2 Abschied und Trauer

Der Umgang mit Verstorbenen erfolgt in unserer Langzeitpflegeinstitution in der gleichen wertschätzenden Haltung, wie der Umgang mit dem lebenden Menschen. Dies bedeutet für uns insbesondere:

- im Umgang mit dem Verstorbenen die familiären, sozio-kulturellen und spirituellen Bedürfnisse soweit als möglich zu berücksichtigen
- es den Angehörigen, den Mitarbeitenden und den Mitbewohnerinnen/-bewohnern zu ermöglichen, in angemessener Art und Weise Abschied zu nehmen. Den Angehörigen wird durch Anteilnahme und Gespräche Unterstützung in ihrer Trauer angeboten oder vermittelt
- dass das Behandlungsteam für den Umgang mit Belastungen Unterstützung durch das Ernstnehmen der Situation, durch Gespräche und Anteilnahme erhält (SAMW, 2013, S. 17).
- im Eingangsbereich ein Gedenktisch zu gestalten
- den Angehörigen in schriftlicher Form zu kondolieren und in Absprache mit den Hinterbliebenen mit einer Vertretung an der Trauerfeier teilzunehmen

Die Trauer von Angehörigen betrachten wir als komplexes und intensives emotionales, somatisches, kognitives, soziales und kulturelles Geschehen während der Reaktion auf einen Verlust (Paul & Müller, 2007, S. 411).

## 7. Umgang mit den Angehörigen

Der Einbezug der nahestehenden Angehörigen oder anderer, der Bewohnerin oder dem Bewohner wichtigen Personen, ist uns wichtig. Diese Personen sind bei der Planung von Pflege, Betreuung und Behandlung als Partner zu betrachten. Dabei achten wir trotzdem auf die Selbstbestimmung des betroffenen älteren Menschen (BAG, 2010, S. 12). Angehörige benötigen in belastenden Situationen Zuwendung, Begleitung und Erklärungen vom Kernteam. Wir ermöglichen ihnen während 24 Stunden den Zugang in unserer Langzeitpflegeinstitution (Hasemann, 2007, S. 375). Auf Wunsch wird ermöglicht, dass sie auch während der Nacht beim Sterbenden sein können. Möglichkeiten für Verpflegung und Übernachtung werden angeboten.

## 8. Palliative Care bei Menschen mit Demenz

Wir betreiben in unserer Langzeitpflegeinstitution Menschen mit Demenz. Sie unterscheiden sich durch ihr Erleben und Verhalten von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern u.a. in folgenden Aspekten:

- durch den Verlust von kognitiven Fähigkeiten treten in der Sterbephase vermehrt Angst und Unruhe auf.
- da sie nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen (auch für oder gegen das Leben/Sterben) bewusst zu treffen, ist bei Ihnen in dieser Situation die Bestimmung der bevollmächtigten Vertrauensperson unerlässlich.
- durch die fehlende Möglichkeit der verbalen Kommunikation sind die Pflegenden auf eine sorgfältige Verhaltensbeobachtung (Mimik, Körperhaltung und Reaktionsweisen) angewiesen, um störende Symptome (z.B. Schmerz, Durst, Übelkeit, etc.) zu erfassen und zu lindern. Dafür sind spezifische Assessmentinstrumente einzusetzen.
- Biografiearbeit ist unerlässlich für ein positiv gestaltetes Umfeld, das das Gefühl von Geborgenheit und Verständnis vermittelt. Damit verbessern wir die Lebensqualität. Aktivitäten mit einem Bezug zur Biografie ermöglichen Freude und positive Empfindungen, Rituale vermitteln Ruhe und Geborgenheit (Kunz & Wilkening, 2005, S. 95ff).

## 9. Symptommanagement

### 9.1 Symptome

Bei chronisch kranken, multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohnern und am Lebensende können Symptome auftreten, die durch geeignete Massnahmen effektiv minimiert werden können. Um diese Leiden lindern zu können, erfassen wir die häufigsten störenden Symptome der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem ESAS (Edmonton Symptom Assessment System, s. Anhang).

Folgende störenden Symptome kommen am Lebensende von älteren Menschen häufig vor (Neuenschwander, 2006, S. 217ff):

- Schmerzen
- Chronisch
- akut
- Xerostomie (Mundtrockenheit)
- Hydratation – Dehydratation
- Müdigkeit (Fatigue)
- Dyspnoe (Atemnot)
- Delir (Verwirrtheit)
- Gastrointestinale Aspekte (Verdauungsbeschwerden):
  - Ileus (Darmverschluss)
  - Verstopfung (Obstipation)
- Nausea und Emesis (Übelkeit und Erbrechen)
- Kachexie, Anorexie (Appetitlosigkeit)
- Diarrhoe (Durchfall)
- Psychologische Beeinträchtigungen wie Depression, Angst, Schlafstörungen
- Hautprobleme
- Dekubitus
- Juckreiz

Beim Symptommanagement hält sich das AZB an die vorhandenen Bigorio-Expertenstandards von palliative.ch (s. Anhang).

## 9.2 Pflegekonzepte, -theorien und -methoden

Alle im Betreuungs- und Pflegekonzept erwähnten Konzepte, Theorien und Methoden werden auch während der Sterbephase angewandt.

# 10. Fort- und Weiterbildung

Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen sollen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen in der Palliative Care verfügen. Im Nationalen Bildungskonzept "Palliative Care und Bildung" (BAG, 2012) sind Empfehlungen bezüglich der Bildung im Bereich Palliative Care formuliert.

Das AZB befähigt die Auszubildenden stufengerecht, das Leiden von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen zu erkennen und zu verstehen sowie mit diesen Menschen gemeinsam die Behandlungs- und Betreuungsziele zu erarbeiten (Shared Decision Making). Diese Ziele werden in interprofessioneller Arbeit unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen umgesetzt.

Alle Mitarbeitenden kennen das vorliegende Konzept Palliativ Care und richten ihr Handeln danach aus. Durch interne und externe Weiterbildungen werden Professionalität und Qualität sichergestellt.

Die Mehrheit der Pflegenden mit Abschluss auf Niveau Sekundarstufe II oder Tertiärstufe verfügt über eine A1-Qualifikation in Palliative Care.

Mind. eine Mitarbeitende verfügt über eine B1-Qualifikation (Zuständige Palliative Care).

## 11. Umsetzung und Evaluation

Zur Umsetzung benutzt unsere Institution als Zielvorgaben die in diesem Konzept erwähnten Qualitätskriterien der Liste C für Langzeitpflegeinstitutionen von palliative.ch. Zudem plant unsere Institution die Umsetzungsschritte detailliert und verwendet das im Anhang angefügte Vorlagendokument (Massnahmenplan der Umsetzung), welches auf die einzelnen Schritte und Rahmenbedingungen angepasst wird. Eine jährliche Evaluation erfolgt anhand der Qualitätskriterien der Liste C durch die Leitung Pflege.

Das Konzept Palliative Care wird durch die Zuständige Palliative Care mindestens alle drei Jahre auf Aktualität der Inhalte überprüft.

## 12. Literaturverzeichnis

- Bullinger, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In M. Rose (Hrsg.), Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. *Habilitationsschrift*. Berlin Humboldt-Universität.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2010): Nationale Strategie 2010-2012. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2012). Nationale Strategie 2013-2015, Bilanz Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG & Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, BBT (2012). Nationales Bildungskonzept. Palliative Care und Bildung. Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen). Bern: BBL, Verkauf Bundespublikationen.
- Gesundheitsgesetz 810.1 Gesetz über das Gesundheitswesen vom 05.06.1985 (Stand 01.01.2013)
- Hasemann, W. (2007). Unterstützung (pflegender Angehöriger in der Palliative Care in C.
- Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 375ff). Bern: Huber.
- Hirslanden, Privatklinikgruppe Hirslanden (2012). Pflege – Sterben – Religion. Mitarbeitendenhandbuch für den Umgang mit Sterbenden und Angehörigen aus unterschiedlichen Glaubensrichtungen. Zürich: Kromer Print.
- Heimerl, K. (2007) Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende in C.
- Kanton Thurgau. Departement für Finanzen und Soziales, Gesundheitsamt (01. November 2010). Palliative Care Thurgau, Umsetzungskonzept. Frauenfeld: Büromaterial-, Lehrmittel- und Drucksachenzentrale.
- King, C.R. & Hinds, P.S. (2001). Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven, Theorie – Forschung – Praxis. Bern: Huber.
- Knipping, C. (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 134ff). Bern: Huber.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Bern: Krebsliga Schweiz.
- Palliative.ch (2011a), Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung Arbeitsgruppe Qualität. Qualitätskriterien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung
- zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C), Zugriff am 08.02.2013 auf [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/agqualitaet\\_kriterienliste\\_C\\_D\\_E.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/agqualitaet_kriterienliste_C_D_E.pdf).
- palliative.ch (2011b). Ausbildungsniveaus in Palliative Care. Zugriff am 08.02.2013 auf [http://www.redcross.ch/activities/health/palliativ/redcross\\_anhang5\\_AusbildungsniveausPalliativeCare.pdf](http://www.redcross.ch/activities/health/palliativ/redcross_anhang5_AusbildungsniveausPalliativeCare.pdf).
- Paul, C. & Müller (2007). Trauerprozesse verstehen und begleiten. In C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 410ff). Bern: Huber.
- Pereira, S., Fonseca, A. & Carvalho A. S. (2011). Burnout in Palliative Care: A Systematic Review. *Nursing Ethics*, 18(3) 317-326.
- Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.). (2005). Palliativpflege-Grundlagen für Praxis und Unterricht (2. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of Palliative Care. *The Carers*. *BMJ Journals*, 316(7126), 208–211.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK (2006). Ethik in der Pflegepraxis, Bern.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013). Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.
- Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften, SAMW, (2013). Patientenverfügung. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.
- Schweizerische Aerztezeitung, Tribüne Ethik (2017/98), Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2001): Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens: Gemeinsame Erklärung SBK/FMH. Zugriff am 06.02.2013 auf [www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch).
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht (2008). Art. 360-456. Zugriff am 19.02.2013 auf <http://www.admin.ch/ch/d/sr/210/index2.html#id-2-3>.

## 13. Anhänge

### 13.1 Musterleitfäden Symptommanagement von Bigorio

Aktuell vorhanden

- Besonderheiten der Pharmakotherapie in der Palliative Care
- Angst am Lebensende
- Obstipation, Darmverschluss und Paralytischer Ileus
- Hydratation/Dehydratation
- Durchbruchschmerz
- Delirium
- Nausea
- Dyspnoe

### 13.2 Weitere Anhänge

- Sterbefasten (Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten, Schweiz. Ärztezeitschrift)
- Mitarbeiterhandbuch für den Umgang mit sterbenden und Angehörigen aus unterschiedlichen Glaubensrichtungen (Klinik Hirslanden)
- Edmonton Symptom Assessment System ESAS
- Massnahmenplan für die Umsetzung von palliative.ch (Liste C)

## 14. Links

- Palliative Gesellschaften [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch) und [www.palliative-ostschweiz.ch](http://www.palliative-ostschweiz.ch).
- Palliative Plus, STGAG/KSM, das mobile Beratungs- und Unterstützungsangebot [www.stgag.ch/kantonsspital-muensterlingen/angebot-finder/innere-medizin/palliative-care.html](http://www.stgag.ch/kantonsspital-muensterlingen/angebot-finder/innere-medizin/palliative-care.html).
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch).