



Konzept Palliative Care

Qualitätshandbuch Domicil

Erarbeitet von
AG Palliative Care, Domicil

in Zusammenarbeit mit
Christoph Schmid, Gerontologe, Theologe

History:
Version 2.0 / ae_09.10.2014/25.01.2018

Verabschiedet:
XX. MMMM JJJJ Namen Abteilung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung / Grundlagen	3
2	Definition Palliative Care (gemäss Nationalen Leitlinien)	3
3	Grundwerte und Prinzipien	4
3.1	Menschenwürde	4
3.2	Autonomie/Selbstbestimmung	4
3.3	Lebensqualität	4
3.4	Sterben gehört zum Leben	4
4	Zielgruppen / Pflege- und Therapieziele	5
5	Behandlung und Betreuung (Leistungen)	5
5.1	Eintritt	5
5.2	Austritt	6
5.3	Betreuungs- und Pflegeprozess.....	6
5.4	Belastende Symptome.....	6
5.5	Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	6
5.6	Sterben und Tod	6
5.7	Abschieds- und Sterbekultur.....	7
5.8	Angehörige	7
6	Zusammenarbeit	7
6.1	Entscheidungsprozesse.....	7
6.2	Information und Kommunikation	8
6.3	Bezugspersonenpflege	8
6.4	Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	8
6.5	Freiwillige Mitarbeiterinnen	9
7	Einbettung im Versorgungsnetz	9
8	Umsetzung und Qualitätssicherung	9
9	Anhang	10
10	Quellenangaben	11

1 Einleitung / Grundlagen

In den Häusern von Domicil ist der Ansatz Palliative Care ein integrierter Bestandteil von Pflege und Betreuung. Jeder Mensch hat Zugang zum Angebot von Palliative Care, bei schwerer Krankheit und vor allem am Lebensende..

Wir orientieren uns im Verständnis von Palliative Care an den medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW¹ zu Palliative Care und an den Nationalen Leitlinien Palliative Care². Punkto Qualität richten wir uns nach den Anforderungen von palliative.ch und streben mittelfristig die Erreichung des Labels von palliative.ch für Langzeitpflege-Einrichtungen an.

Domicil hat zudem für seine Einrichtungen das geltende Menschenbild und die daraus abgeleiteten Werte festgelegt³.

In diesem Konzept Palliative Care sind die verbindlichen Vorgaben zu Palliative Care für alle Standorte von Domicil festgelegt. Das Konzept konkretisiert dabei auch das Dokument „Betreuungs- und Pflegeverständnis“⁴. Zu einzelnen Themen existieren gemeinsame und/oder betriebseigene, ausgearbeitete Standards, Leitlinien, Merkblätter und Checklisten, die über das Domicil Intranet zugänglich sind.

2 Definition Palliative Care (gemäss Nationalen Leitlinien)

Der Ansatz von Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheiten als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt.

Den Betroffenen wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen und Angehörige werden angemessen unterstützt und begleitet.

Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

¹Intranet: Führung/Organisation: Werte und Ethik – Ethik-ethische Richtlinien Palliative Care

²Nationale Leitlinien Palliative Care: abrufbar unter: www.palliative.ch

³ Intranet: Werte und Menschenbild Domicil

⁴ Intranet: Betreuungs- und Pflegeverständnis

3 Grundwerte und Prinzipien

Der Ansatz von Palliative Care basiert gemäss internationalen und nationalen Vorgaben auf verschiedenen Grundwerten: Zu ihnen gehören:

3.1 Menschenwürde

Das Menschenbild Domicil respektiert den Menschen als einzigartig, der über sichtbare und unsichtbare Ressourcen verfügt und jederzeit Respekt und Vertrauen verdient (Menschenbild Domicil 2013).

Diese Werte haben in jeder Lebenssituation Gültigkeit und müssen ganz besonders in Situationen der Schwäche – beispielsweise bei schwerer Pflegebedürftigkeit und grosser Abhängigkeit, aber auch im Sterben – bedingungslos respektiert werden.

3.2 Autonomie/Selbstbestimmung

Der Anspruch auf Autonomie und Selbstbestimmung ist eng mit der Menschenwürde verknüpft. Die Selbstbestimmung gilt vor allem uneingeschränkt bei medizinischen und pflegerischen Grundentscheidungen, auch wenn der betroffene Mensch nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr fähig ist, von diesem Recht direkt Gebrauch zu machen. In diesem Fall orientieren wir uns am „mutmasslichen Willen“ der Betroffenen⁵, wie er eventuell in einer Patientenverfügung festgelegt ist oder aufgrund von mündlichen früheren Äusserungen und Hinweisen erhoben werden kann. So lange wie möglich gilt für uns aber der vom Menschen selbst und direkt geäusserte Wille.

3.3 Lebensqualität

Für die konkreten Massnahmen der Betreuung und Pflege orientieren wir uns an den individuellen Bedürfnissen, den Erwartungen, sowie den Vorlieben und Ressourcen der Kundinnen und erfüllen sie, sofern uns das aufgrund der vorhandenen Ressourcen möglich ist. Erhoben werden soziale, physische, psychische, kulturelle und spirituelle Bedürfnisse und Wünsche. Auf diese Weise arbeiten wir kundenorientiert (vgl. Dokument Betreuungs- und Pflegeverständnis 3.1) und tragen dazu bei, dass den bei uns lebenden Menschen eine möglichst hohe Lebensqualität gewährleistet wird. Da die Faktoren einer guten Lebensqualität individuell verschieden sind, werden sie im persönlichen Kontakt und Gespräch mit den Betroffenen immer wieder neu erfragt und erhoben.

3.4 Sterben gehört zum Leben

Wir akzeptieren die Endlichkeit des menschlichen Lebens und verstehen Sterben und Tod als wichtige Bestandteile des Lebens. Nicht das medizinisch Machbare ist oberstes Prinzip, sondern das, was die Bewohnerin und ihre Angehörigen als sinnvoll und notwendig erachten. Belastung und Nutzen der vorhandenen medizinischen Möglichkeiten werden in die Gesamtanalyse und in die Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen.

⁵ In die weibliche Form ist die männliche miteingeschlossen

Wir nehmen Sterbewünsche als Ausdruck von Lebensmüdigkeit und/oder schwerem Leiden ernst und versuchen, das Leiden durch geeignete Massnahmen zu lindern. Wenn Menschen trotzdem mit Unterstützung einer Suizidbeihilfe-Organisation ihr Leben selber beenden wollen, orientieren wir uns an der Wegleitung Domicil (2014): Assistierter Suizid⁶.

4 Zielgruppen / Pflege- und Therapieziele

Mit dem spezifischen Ansatz von Palliative Care betreuen wir Menschen mit unheilbaren und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen, welche mit kurativen Massnahmen nicht geheilt werden können. Sie erhalten eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Betreuung und Pflege, welche eine bestmögliche subjektive Lebensqualität schafft und einschränkende und belastende Symptome der Erkrankungen auf möglichst optimale Weise lindert. Dies trifft in besonderer Weise für gesundheitliche Krisensituationen und für die Sterbephase zu.

Wo kurative Massnahmen Leiden beheben oder entschärfen können, werden sie – sofern sie medizinisch indiziert sind und von der Betroffenen gewünscht werden – weiterhin eingesetzt.

Wenn in Krisen oder schweren Krankheitsverläufen die eigenen Pflege- und Betreuungs-Kompetenzen nicht genügen, ziehen wir zur Unterstützung gezielt therapeutische Fachpersonen und Fachleute der spezialisierten Palliative Care bei. Dadurch vermeiden wir unnötige Spitalaufenthalte.

5 Behandlung und Betreuung (Leistungen)

Mit folgenden Massnahmen und Leistungen garantieren wir eine optimale palliative Betreuung und Pflege:

5.1 Eintritt

Beim Eintritt oder Übertritt in das Angebot „Umfassende Pflege“ versuchen wir durch gezielte Gespräche und Beobachtungen möglichst viele Informationen zur Person zu erhalten und den Aufenthalt zu planen. Falls nötig und möglich besuchen wir die zukünftige Bewohnerin an ihrem angestammten Wohn- und Lebensort und nehmen nach Wunsch Kontakt mit deren Angehörigen auf.

Zudem fragen wir nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung und/oder eines Vorsorgeauftrages im Rahmen der RAI - Erfassung und legen diese im Bewohnerdossier ab.

Bis spätestens vier Wochen nach Eintritt im Domicil findet mit der Bewohnerin und ihren Angehörigen ein erstes Gespräch zu Therapie- und Pflegezielen statt. Nach ca. 3 Monaten, wenn die Bewohnerin und Angehörige Zeit gefunden haben, sich etwas einzugewöhnen trifft man sich für ein weiteres Gespräch. Hier werden Möglichkeiten der Lebensgestaltung auch in palliativen Situationen angesprochen. Zu medizinischen und pflegerischen Grundentscheiden wird die Zustimmung oder Ablehnung

⁶ abrufbar im Intranet Domicil: AG Ethikforum

der betroffenen oder der Entscheid berechtigten Person gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht (Art. 388 ZGB) eingeholt.

5.2 Austritt

Wir unterstützen die Bewohnerin, wenn sie einen Austritt nach Hause oder in eine andere, spezifischere Betreuungsinstitution vornimmt. Die nachbetreuenden Pflegenden und Ärztinnen werden von uns umfassend mündlich und schriftlich informiert und dokumentiert.

5.3 Betreuungs- und Pflegeprozess

Als Grundlage der Pflege dient die systematische Arbeit mit dem Pflegeprozess. Hier werden Situationen regelmässig neu beurteilt und die Betreuung und Pflege entsprechend angepasst.

5.4 Belastende Symptome

Bei Fortschreiten von unheilbaren und/oder chronischen Krankheiten, in Krisensituationen und/oder in der Sterbephase können belastende Begleitsymptome auftreten, welche die Lebensqualität deutlich einschränken. Grundsätzlich gilt, dass wir diejenigen Symptome erfassen und behandeln, welche die Kundin am stärksten stören und belasten. Wir berücksichtigen dabei, dass Symptome von den Betroffenen oft als multidimensionale Phänomene (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) erlebt werden.

Zu spezifischen Themen bestehen in den Domicil - Betrieben Standards, Leitlinien und Merkblätter; diese werden laufend weiter entwickelt und an die Best Practice – Empfehlungen von palliative.ch angepasst.

5.5 Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Massnahmen zur Ernährung (auch „künstliche Ernährung“) und zur parenteralen Flüssigkeitszufuhr werden individuell im Rahmen des Allgemeinzustandes und den Therapiezielen in enger Zusammenarbeit mit der Bewohnerin und der von ihr bestimmten Entscheid berechtigten Vertretungsperson getroffen. Vor allem in den letzten Lebenstagen besteht oft kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit und Nahrung. Wir respektieren diese Situation und setzen eine künstliche Hydrierung nur ein, wenn sie der subjektiven Lebensqualität dient und keine Belastung für den Todesprozess darstellt

5.6 Sterben und Tod

In der Sterbephase werden unsere Bewohnerinnen gemäss früher geäusserten Wünschen achtsam begleitet. Die spezifischen, belastenden Symptome werden auf kreative Weise und gemäss fachlich abgestützten, Best-Practice-Richtlinien gelindert; belastende Massnahmen werden möglichst unterlassen. Notfalls werden auch sedierende Medikamente eingesetzt.

Trotz aller Bemühungen haben wir es nicht in der Hand, ob ein Mensch ein gutes Sterben erlebt, da das Sterben eng mit der individuellen Lebensgeschichte verknüpft ist. Bei schwierigen Sterbeprozessen achten wir auf genügend Personalressourcen, damit wir die Sterbende und ihre Angehörigen während diesen Phasen und Zeiten optimal begleiten können. Bei Bedarf stellen wir auch gerne den Kontakt zu Freiwilligendiensten her. Diese schulen Menschen für die Sterbebegleitung und zur Entlastung von Angehörigen aus.

5.7 Abschieds- und Sterbekultur⁷

Den Umgang mit Verstorbenen gestalten wir in der gleichen wertschätzenden Haltung wie den Umgang mit Lebenden. Wir achten besonders darauf:

- im Umgang mit dem Leichnam die familiären, sozio-kulturellen und spirituellen Bedürfnisse der betroffenen Personen soweit als möglich zu berücksichtigen
- den Angehörigen ihrem Bedürfnis entsprechenden Raum und Zeit zur Verfügung zu stellen, um in angemessener Weise von der verstorbenen Person Abschied zu nehmen
- dem Betreuungsteam Aufmerksamkeit und Unterstützung zu schenken, um die einzelnen Todesfälle in geeigneter Form aufzuarbeiten.

5.8 Angehörige

Zu den Angehörigen besteht ein vertrauensvoller Kontakt in allen Belangen der Betreuung und Pflege. Zuständig ist in erster Linie die pflegerische Bezugsperson. Falls Sterbende und Angehörige es wünschen, ist ein angeleiteter Einbezug in Betreuungs- und Pflegeverrichtungen möglich, ganz besonders in der Sterbephase.

Wir nehmen auch die Bedürfnisse der Angehörigen wahr und erfüllen sie nach unseren Ressourcen. Ganz besonders bemühen wir uns um eine aufmerksame Begleitung in ihrem Abschieds- und Trauerprozess.

6 Zusammenarbeit

6.1 Entscheidungsprozesse

Die Pflege- und Betreuungsplanung wird gemäss der gesundheitlichen Situation der Bewohnerin regelmässig überprüft und angepasst. In schwierigen gesundheitlichen Situationen werden durch ein multiprofessionelles Team geeignete Lösungsmöglichkeiten und Lösungsvarianten erarbeitet.

Für Entscheide zu medizinischen Massnahmen und einschneidenden Veränderungen der Pflegeplanung gilt so lange wie möglich der Wille der Bewohnerin selbst. Bei urteilsunfähigen Menschen orientieren wir uns – falls vorhanden – an den Inhalten der Patientenverfügung oder am „mutmasslichen

⁷Siehe auch Standard Abschieds- und Sterbebegleitung (ab Mitte 2014)

Willen“. Wenn die Urteilsfähigkeit nicht mehr genügend vorhanden ist, um medizinische und pflegerische Grundentscheidungen zu fällen, ziehen wir die Entscheid berechnigte Stellvertretungsperson⁸ gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht (Art. 388 ZGB) bei. Mit ihr pflegen wir regelmässigen Kontakt denn ihre Zustimmung zu oder Ablehnung von medizinischen und/oder pflegerischen Entscheidungen ist für uns verbindlich, solange wir in ihrem Entscheid den „mutmasslichen Willen“ der Betroffenen erkennen. Bei diesbezüglichen Bedenken oder Uneinigkeiten wenden wir uns an die zuständige Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

6.2 Information und Kommunikation

Die Kommunikation bzw. die Haltung der Mitarbeitenden orientiert sich an den von Domicil definierten Werten: Verlässlichkeit, Achtsamkeit, Wertschätzung, Ehrlichkeit, Heitere Gelassenheit. Besonders achten wir umfassende Information über vorgesehene diagnostische, präventive, pflegerische oder therapeutische Massnahmen, sodass die Bewohnerin (oder die Entscheid berechnigte Stellvertretungsperson) frei und aufgeklärt entscheiden kann. Die Information soll verständlich und gleichzeitig differenziert genug erfolgen. Kommunikationserschwerisse wie Gehöreinschränkungen und Schwankungen in der Aufnahmefähigkeit werden entsprechend berücksichtigt.

Die Mitarbeitenden (in erster Linie die pflegerischen Bezugspersonen) sprechen auch „schwierige Gesprächsthemen“ und ungelöste, existentielle Fragen an. Sie verstehen sich auch dazu als Gesprächspartner und versuchen, mit der Bewohnerin geeignete Massnahmen und Lösungen zu finden. Bei Bedarf vermitteln sie seelsorgerliche und/oder therapeutische Fachkräfte.

6.3 Bezugspersonenpflege

Jeder Bewohnerin werden beim Eintritt ins Domicil zwei pflegerische Bezugspersonen zugeteilt, welche gemäss Pflegestandard „Bezugspersonenpflege“⁹ für spezifische Aufgaben zuständig sind. Diese Personen sind für die Bewohnerin und ihre Angehörigen vom Eintritt bis Austritt direkte Ansprech- und Vertrauenspersonen für Betreuung und Pflege. Sie stellen eine optimale verantwortungsvolle und fachkundige Begleitung der Bewohnerin und ihrer Angehörigen sicher. Die erste Bezugsperson hat die Führung bei multiprofessionellen Besprechungen und sichert zudem den Kontakt zur reformierten und katholischen Seelsorge, den Vertreterinnen anderer Religionen und zu weiteren therapeutischen Diensten.

6.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Gestaltung einer offenen und kreativen Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen des Betriebes ist eine zentrale Voraussetzung für eine gute palliative Betreuung. Um eine optimale Lebensqualität bis am Ende zu gewährleisten, leisten alle Dienste (Hauswirtschaft, Gastronomie, Technischer Dienst, Administration, Pflege, Aktivierung, Ärzte/Ärztinnen) je ihren unverzichtbaren Beitrag. Konkrete Rahmenbedingungen wie elektronische Pflegedokumentation, Intranet, Gefässe für Rapport und Besprechungen sichern einen möglichst lückenlosen Informationsaustausch. Bei Bedarf nehmen die involvierten Berufsgruppen gegenseitig den Kontakt untereinander im Sinne einer „Bring- und Holschuld“ auf.

⁸ Siehe auch RAI NH Merkblatt 2.14: Rechtsdelegation

⁹ Intranet: Pflegestandard Bezugspersonenpflege

6.5 Freiwillige Mitarbeiterinnen

Freiwillige Mitarbeiterinnen unterstützen unsere Bestrebungen nach einer möglichst optimalen Lebensqualität der Kundinnen. Sie werden für individuelle Wünsche der Kundinnen wie begleitete Spaziergänge, Alltagsgestaltung usw. eingesetzt. Sie werden von uns für Ihre Tätigkeiten und Begleitung fachlich vorbereitet und in ihrem Einsatz begleitet.

7 Einbettung im Versorgungsnetz

In spezifischen, pflegerischen Fragen unterstützen sich die Fachpersonen innerhalb der Domicil - Betriebe im Sinne eines gegenseitigen Coachings. Um den Austausch zu fördern und sicher zu stellen, besteht eine Übersicht über die betriebseigenen Merkblätter und Checklisten.

Zu verschiedenen spezialisierten Diensten der palliativen Versorgung des Kantons Bern bestehen funktionierende Kontakte. Bei Bedarf werden diese Dienstleitungen konsiliarisch in Anspruch genommen. Eine Liste mit den einschlägigen Adressen steht zur Verfügung¹⁰.

8 Umsetzung und Qualitätssicherung

Neu eintretende Mitarbeiterinnen werden durch die Leitung Betreuung und Pflege und der Fachverantwortlichen Palliative Care der einzelnen Betriebe in das Konzept Palliative Care und die konkretisierenden, geltenden Standards eingeführt.

Zu einzelnen Themen der palliativen Versorgung werden kontinuierlich Domicil eigene Weiterbildungen durchgeführt. Den Lead dazu hat die Weiterbildungsverantwortliche.

Zu einzelnen Symptomen und Anliegen von Palliative Care werden verbindliche Standards, Leitlinien und Merkblätter formuliert, die die Ziele und Abläufe konkretisieren. Eine Zusammenstellung dieser Dokumente sichert den Austausch¹¹.

In jedem Betrieb gibt es eine Ansprechperson, die einen Kurs in Palliative Care besucht hat und für die Umsetzung von Palliative Care vor Ort zuständig ist.

Einmal jährlich wird das Konzept Palliative Care durch die Projektleiterin Betreuung und Pflege von Domicil überprüft und aktualisiert.

¹⁰ Stiftung Diaconis, Palliative Care, Schänzlistrasse 15, 3013 Bern. www.diaconis.ch

¹¹ Forum im Intranet geplant

9 Anhang

Adressen

Freiwilligendienst:

Einsatzbedingungen entnehmen Sie bitte den Bestimmungen des Freiwilligendienstes:

- <http://www.sterbebegleitung-bern.ch/>
- www.caritas.ch
- <http://www.fbk-svam.ch/index2.html>
- www.zapp-bern.ch

Mobiler Palliative Dienst

Diaconis Palliative Care
Schänzlistrasse 15
3013 Bern
Tel. 031 337 70 10
www.diaconis.ch

10 Quellenangaben

<p>Quellenangaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adressen für Freiwilligendienst: • Betreuungs- und Pflegeverständnis Domicil, 2014 • Kunz, R. / Wilkening, K.: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen 2003 • Palliative Care. Medizin-Ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften, 2006/2012 • Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015.abrufbar unter: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de • Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C): www.palliative.ch>Fachportal>Arbeitsgruppen/Standards • Kurzfassung Konzept Palliative Care der tilia Pflegezentren (Januar 2012) • www.curaviva.ch>Fachinformationen>Dossiers>Palliative Care Intranet Quelle • Intranet Domicil AG Ethikforum (2014): Wegleitung Domicil AG: Assistierter Suizid
<p>Rechtliche Grundlagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neues Erwachsenenschutzrecht gemäss n-ZGB Artikel 360 – 456 (2008/2013)
<p>Copyright Domicil Bern ©</p>	<p>Reproduktion nur mit ausdrücklicher Einwilligung von Domicil© erlaubt.</p>