

Alters- und Pflegeheim Clara Dietiker
8260 Stein am Rhein

Konzept
„Palliativ Care“

Stand: Frühjahr 2007

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	3
1 Was ist Palliative Care	4
2 Ziele von Palliative Care	4
3 Kurative und Palliative Behandlung	5
4 Symptomerfassung und Symptomkontrolle	6
5 Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner	6
6 Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	7
7 Umgang mit Emotionen - Kommunikation	7
8 Ethik im Heim	8
9 Umgang mit passiver, indirekter und direkter Sterbehilfe	8
10 Sterbebegleitung	9
11 Abschiedskultur	10
12 Freiwillige Mitarbeiter	10
Anhang I: Publikationen als Orientierungshilfen	11
Anhang II: Verzeichnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Konzept	12

Vorwort

Das vorliegende Konzept soll sowohl den internen als auch interdisziplinären Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Alters- und Pflegeheim, aber auch den Bewohnern und Angehörigen auf gut verständliche Weise die von uns eingenommene Haltung zum Thema Palliative Care darlegen. Es soll aber auch andern interessierten Kreisen zugänglich gemacht werden und unsere Bemühungen zur Thematik näher bringen. Dabei haben wir uns auf die wesentlichen Punkte beschränkt und diese in einer möglichst schlanken Form dargestellt.

Wir freuen uns, mit der Schulung des gesamten Personals einen weiteren wichtigen Schritt in die Zukunft unserer Institution tun zu können. Wir sind davon überzeugt, dass unser Respekt gegenüber der Würde und Autonomie unserer Bewohner und Bewohnerinnen, auch ihr Wohlbefinden im positiven Sinne beeinflussen wird und die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod erleichtert.

Das Konzept wurde in vielen Sitzungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Institution interdisziplinär erarbeitet, an den Ärzte- und Seelsorgersitzungen besprochen. Wir möchten an dieser Stelle allen für ihr grosses Engagement herzlich danken. Es wird uns helfen, den zukünftigen Anforderungen an eine gute Betreuung, besonders in der letzten Lebensphase, gerecht zu werden.

Die Heimleitung

(Die Handlungsrichtlinien für die internen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis sind nicht Bestandteil dieses Konzepts.)

1 Was ist Palliative Care

Palliative Care bezeichnet die umfassende Behandlung und Betreuung chronischkranker, schwerkranker und sterbender Menschen jeden Alters. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Palliative Care wird in der Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams geleistet.

Palliative Care:

respektiert das Leben und seine Endlichkeit

- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen

2 Ziele von Palliative Care

Palliative Care soll nicht als Konzept für sich alleine stehen, sondern als Haltung in die ganze Heimphilosophie einfließen und allen zu Gute kommen. Im Zentrum unseres Handelns stehen die Individualität, Autonomie, Würde und Wohlbefinden unserer Bewohner. Es sollen Schmerzen und belastende Symptome erfasst und gelindert, bestmögliche Lebensqualität

bis zuletzt gefördert oder erhalten werden.

Sterben und Tod werden thematisiert, die Angehörigen werden unterstützt - auch über den Tod der Bezugsperson hinaus.

Eine gute Zusammenarbeit im Heim, aber auch mit Ärzten, Seelsorgern, Therapeuten und andern Beteiligten ist uns wichtig. Diese Vernetzung ist ein Grundpfeiler von Palliative Care.

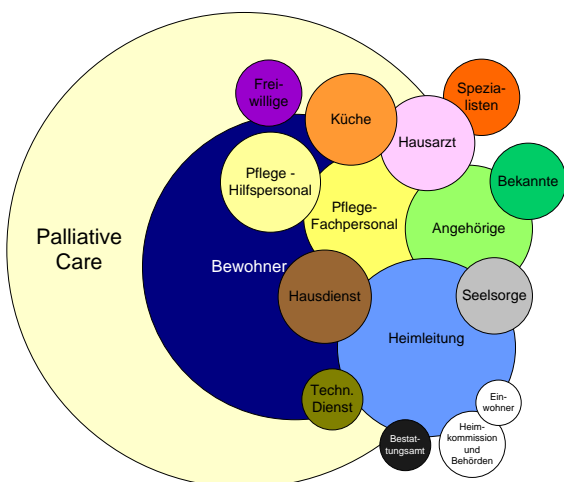


Abb.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

5 Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner

Oberstes Ziel ist die Lebensqualität formuliert aus Sicht des Bewohners. Diese wird individuell verschieden sein und muss erfragt und fortlaufend dokumentiert werden.

Jeder Bewohner hat das Recht auf Aufklärung über seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmassnahmen mit Vor- und Nachteilen. Er und seine Angehörigen bestimmen mit über den weiteren Therapieverlauf oder den Verzicht. Ist der Bewohner urteilsunfähig, soll sich der Entscheid an der Patientenverfügung oder am mutmasslichen Willen der betroffenen Person orientieren und wird, je nach Situation, in Zusammenarbeit von Angehörigen, Arzt und Pflegenden gefällt.

Möchte sich ein Bewohner nicht realistisch mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt ihm, Hoffnungen zu hegen und eine schwierige Situation besser auszuhalten.

6 Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Zur Umsetzung dieses Konzeptes wird von den Mitarbeiterinnen eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt. Sie werden mit Grundlagen der Palliative Care intern vertraut gemacht und geschult. Mehrere MA haben vertiefende Weiterbildungen besucht, so dass die fachliche Kompetenz in den Teams gewährleistet ist.

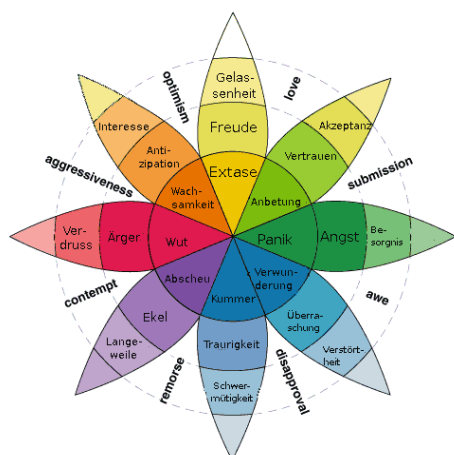
7 Umgang mit Emotionen - Kommunikation

Palliative Care verlangt die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen und eine hohe Kommunikationskompetenz.

Für uns bedeutet dies:

Offenheit, Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören, eine wertschätzende Haltung, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen.

Eine offene Haltung im Team ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen von grösster Wichtigkeit ist.



In regelmässigen Abständen wird den Teams Gelegenheit geboten, über belastende Situationen zu sprechen, Rückschau zu halten.

Bei Bedarf kann auch jederzeit mit der Heimleitung oder beteiligten Fachkräften das Gespräch gesucht werden, um belastende Situationen zu klären. Bei besonders belastenden Situationen, die intern nicht gelöst werden können, besteht auch die Möglichkeit eine externe Fachkraft zur Unterstützung bei zu ziehen.

Neue Mitarbeiterinnen erhalten von Anfang an Unterstützung durch eine Bezugsperson (gilt für alle Ressorts).

8 Ethik im Heim

Es ist wichtig, dass wir uns über die moralische Dimension unseres Handelns bewusst sind und eine gemeinsame Diskussionsgrundlage haben.

Diese finden wir in einem Teil der angewandten Ethik, der Pflegeethik. Sie orientiert sich im Wesentlichen an den folgenden vier ethischen Prinzipien:

- **Autonomie** ⇒ Im Respekt vor Selbstbestimmung.
- **Nicht Schaden** ⇒ In der Vermeidung von potentiellm Schaden.
- **Gutes tun** ⇒ In der Bemühung Wohlbefinden, Sicherheit, Lebensqualität zu fördern.
- **Gerechtigkeit** ⇒ In der Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand.

Es müssen stets von neuem, zentrale ethische Aspekte im alltäglichen medizinischen, pflegerischen und betreuenden Handeln diskutiert werden. Ethische Prinzipien tragen dazu bei, moralische Konflikte zu umschreiben, einzuordnen und zu klären. Keine dieser Prinzipien kann absolute Geltung für sich alleine beanspruchen, sondern sie müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen und immer wieder neu bewertet werden.

Die Mitarbeiterinnen kennen diese ethischen Grundprinzipien und setzen sich damit auseinander. Die Wünsche und Entscheidungen der Bewohner werden respektiert, und in schwierigen Situationen wird gemeinsam nach Lösungen gesucht (Bewohner, Angehörige, Arzt, Pflegenden, Heimleitung).

9 Umgang mit passiver, indirekter und direkter Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird. Oft besteht in den letzten Lebenstagen kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit oder Nahrung. Durch eine gute Aufklärungsarbeit von Bewohnern und Angehörigen, können viele Ängste (z.B. vor dem Verdursten) genommen werden. Eine Entscheidung wird im gegenseitigen Einverständnis aller Betroffenen getroffen. Unser Ziel ist es, das Empfinden und den Willen des Sterbenden zu achten.

Indirekte, aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung Bewusstseins trübend und atemdepressiv wirken können und dadurch eine eventuelle Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Der Einsatz solcher Mittel geschieht nur auf Verordnung des Arztes.

Direkte, aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines unheilbar Kranken zur Verkürzung des Leidensweges.

Grundsätzlich stellen wir uns auf den Standpunkt, dass die Selbstbestimmung von Menschen auch im hohen Alter zu beenden, unterliegt letztlich wir aber davon überzeugt, henden Ressourcen möglich Bewohner soweit zu verbessern gar nicht auftritt.



respektieren ist. Auch die Entscheidung einer bestimmten Lebenssituation zu diesem freien Willen. Als Institution sind dass es uns mit den zur Verfügung steht, die Lebensbedingungen unserer sern, dass der Wunsch nach dem Frei-

Viel mehr müssen unsere Bemühungen im positiven Sinne dahin gehen, eine qualitativ gute Lebenssituation zu schaffen und Leiden erträglich zu machen.

Selbsttötung ist keine Privatsache. Es betrifft uns alle und macht uns betroffen. Wir treten deshalb Modellen, wie man sich in Alters- und Pflegeheimen töten kann, mit unserem Konzept zu Palliative Care entgegen.

10 Sterbebegleitung

Sterben ist ein einzigartiger Prozess. Sterbebegleitung orientiert sich deshalb an den individuellen Bedürfnissen des Sterbenden und seiner Angehörigen.

Folgende Punkte sind uns dabei wichtig:

- Wir passen die Pflege dem momentanen Befinden des Sterbenden an und ergänzen je nach Bedürfnis mit alternativen Methoden (basierend auf unserem Grundangebot).
- In dem das Tages - Team eine Pflegende bestimmt, die sich um das Wohlergehen des Sterbenden und seiner Angehörigen kümmert, erreichen wir Kontinuität und eine ruhige Atmosphäre.
- Wir streben keine „Rund um die Uhr“ Betreuung an, da auch Sterbende Zeit für sich alleine brauchen. Um die Betreuung in Randzeiten zu bewältigen, kann eine zusätzliche Mitarbeiterin aufgeboten werden.
- Die Mitarbeit von Angehörigen wird geschätzt. Sie werden während des Sterbeprozesses individuell einbezogen und begleitet.
- Auf Wunsch informieren wir die Seelsorge.



11 Abschiedskultur

Sterben ist das natürliche Ende des Lebens und hat seinen Platz in unserem Heimalltag. Ein würdiger Umgang mit Sterben und Tod ist uns wichtig. Wir pflegen Rituale, um Abschied zu nehmen und Trauer zu verarbeiten.

12 Freiwillige Mitarbeiter

Zur Optimierung der Begleitung sterbender Menschen integrieren wir freiwillige Mitarbeiter. Diese unterstützen die Pflegenden, in dem sie dort anwesend sind, wo der Bewohner es wünscht, und sein persönliches Umfeld nicht ausreicht, um sein Bedürfnis nach Zuwendung zu stillen.

Anhang I

Zur Erarbeitung dieses Konzeptes orientierten wir uns unter anderem an folgenden Publikationen:

Herausgeber / Autor	Thema
Medizinisch ethische Richtlinien des SAMW (Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften)	Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen 2004; Betreuung von Patienten am Lebensende 2004; Palliative Care 2006.
Ethik in der Pflegepraxis SBK 2003 (Schweizerischer Berufsverband Pflegefachfrauen/Männer)	Ethik
Palliative ch	Standards - Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung
Sanacert Suisse	Standard 25: Palliative Betreuung
Abschlussarbeit HöFa 1 Janine Hatt	Strukturen für Palliative Care in der Langzeitpflege
Curaviva	Grundhaltung von Curaviva Schweiz zur Selbsttötung und zur Suizidbeihilfe in Alters -und Pflegeheimen vom 11. Juli 2005
Roland Kunz, Karin Wilkening Vandenhoeck & Rupprecht Göttingen 2003	Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur

Anhang II

Dieses Konzept wurde ressortübergreifend erarbeitet vom Juni bis November 2006 in alphabetischer Reihenfolge durch:

Bilger Andrea	Dipl. Kinderkrankenschwester, Nachtwache
Derrer Michèle	Pflegefachfrau DN1, Pflegegruppe 1. Stock
Dietschweiler Rosi	Pflegefachfrau, Pflegegruppe 2. Stock
Elsner Ulrike	Pflegefachfrau, Pflegegruppe 1. Stock
Etzweiler Melanie	Pflegefachfrau HöFa 1, Nachtwache
Hänggi Elsy	Pflegehelferin SRK, Pflegegruppe 2. Stock
Hatt Janine	Pflegefachfrau HöFa 1, Leitung Pflege und Betreuung
Hruschka Judith	Pflegefachfrau DN1, Pflegegruppe 2. Stock
Keller Peter	Heimleiter, NDK Zertifikat in Gerontologie, HF
Neidhart Monika	Pflegefachfrau HöFa 1, Stationsleitung 2. Stock
Pauly Elisabeth	Altenpflegerin, Stationsleitung 1. Stock
Stirnemann Hanni	Hausdienst
Tonina Lori	Hausdienst
Vetterli Doris	Pflegefachfrau DN 1, Nachtwache

Dazu kamen je 1 Sitzung mit den Ärzten und den Seelsorgern sowie diverse informelle Gespräche mit Fachleuten zur Thematik.