



Palliative Care Konzept

Version 01 Stand 07.08.2018
aktualisierte Version 02 Stand 15.02.2023,
aktualisierte Version 03 Stand 29.08.2023



„Sie sind wichtig, weil Sie eben "Sie" sind.
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit
Sie nicht nur in Frieden sterben sondern auch bis zuletzt Leben können“.

Dame C. Saunders

Färberhülistrasse 9
8952 Schlieren
044 732 25 39

Bildquelle: Linda Hutzler, 2018

Bearbeitung

Simmen Nelly, externe Palliative Care Expertin (www.palliative-simmen.ch)

Filippi Priska, stv. Teamleitung Hauswirtschaft und Service, Alter und Pflege

Hemm

Andrea, Teamleitung Wohngruppe 3, Betreuung und Pflege, Alterszentrum Sandbühl

Hess Joel, Teamleitung Pflegewohngruppe Mühleacker, Wohnen und Pflege

Herzog Eveline, Verantwortliche Weiterbildung und Projekte, Alter und Pflege

Huber Daniel, stv. Teamleitung Küche, Alterszentrum Sandbühl

Medic Sanja, dipl. Pflegefachperson HF, Wohngruppe 2, Alterszentrum Sandbühl

Meyer Jaqueline, Pflegefachperson Nachtdienst, Alterszentrum Sandbühl

Rösli Marlis, dipl. Pflegefachperson HF, Wohngruppe 1, Alterszentrum Sandbühl

Ugarovic Slavica, dipl. Pflegefachperson HF, Wohngruppe 1, Alterszentrum Sandbühl

Zürrer Daniela, Pflegehilfe SRK, Pflegewohngruppe Mühleacker, Wohnen und Pflege

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1. Ausgangslage	4
1.2. Zweck des Konzepts	4
2. Definition	4
2.1. Palliative Care	4
2.2. Klärung von Begriffen	5
3. Kernelemente von Palliative Care	5
3.1. Individualität und Multidimensionalität	5
3.2. Leiden lindern	6
3.3. Lebensqualität	7
3.4. Autonomie und Menschenwürde	8
3.5. Angehörige	8
3.6. Interprofessionelle Zusammenarbeit	9
3.7. Systematisches Arbeiten	10
3.8. Entscheidungsprozesse	11
3.9. Beziehungspflege und Kommunikation	11
3.9.1. Gruppengespräche	12
3.9.2. Standortgespräche	12
4. Palliative Care am Lebensende	12
4.1. Vorbereitung	12
4.2. Einschätzung der letzten Lebensphase	12
4.3. Pflege und medizinische Behandlung von Sterbenden	12
4.4. Abschied und Trauer	13
5. Umgang mit Belastung und Überlastung	13
6. Kultur, Ethik und Recht	13
6.1. Ethik	13
6.2. Recht	13
6.2.1. Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung	13
6.2.2. Urteilsfähigkeit und mutmasslicher Wille	14
6.2.3. Sterbehilfe	14
7. Fort- und Weiterbildung	15
8. Vernetzung und Unterstützung	15
9. Konzeptumsetzung	15
10. Dokumente	16
11. Literaturverzeichnis	17
12. Anhang	18

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Gesellschaftliche, medizinische und finanzielle Entwicklungen führen dazu, dass viele Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen leben und dort sterben. Die Komplexität der Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die Qualitätsansprüche nehmen zu. In unserer Gesellschaft überwiegen Ängste und Abwehr gegenüber den Themen Alter, Leiden, Sterben, Tod und Trauer. Entwicklungen in der Medizin ermöglichen ein längeres Leben und einen intensiven Kampf gegen den Tod. Viele Menschen erleben Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit Personen, die an unheilbaren Erkrankungen leiden, mit Sterbenden und Trauernden. Palliative Care hilft dabei.

In der Abteilung Alter und Pflege der Stadt Schlieren hat Palliative Care einen hohen Stellenwert. Dieses Konzept ist Ausdruck davon. Es basiert auf folgenden Dokumenten:

- Leitsätze der Abteilung Alter und Pflege der Stadt Schlieren
- Publikationen vom Bundesamt für Gesundheit BAG
- Publikationen der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften SAMW
- Qualitätskriterien von qualitépalliative zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (2011)

1.2. Zweck des Konzepts

Dieses Palliative Care Konzept

- zeigt das Grundverständnis und die Haltung der Abteilung Alter und Pflege auf
- dient als Basis für das Umsetzungskonzept
- bietet die Grundlage für die Weiterentwicklung von Palliative Care.

2. Definition

2.1. Palliative Care

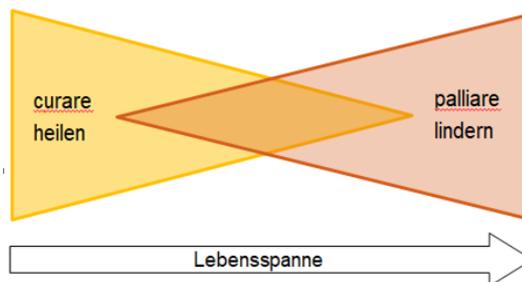
Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen. Ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und/oder kein primäres Ziel mehr darstellt. Den kranken Menschen wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet. 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 (Nationale Leitlinien vom BAG, 2011).

Palliative Care beschränkt sich nicht ausschliesslich auf Krebskranke. Menschen mit anderen unheilbaren, oft chronischen Erkrankungen können ebenso davon profitieren. Namentlich jene mit degenerativen Erkrankungen (Osteoporose, Arthrosen, Rückenprobleme), mit Organversagen (Herz-, Nieren- Leberinsuffizienz), mit chronischen Lungenerkrankungen, mit neurologischen Erkrankungen (Demenz, Parkinson, Chorea Huntington, ALS, MS) und jene mit mehrfachen Erkrankungen.

Palliative Care beschränkt sich nicht nur auf die letzten Tage vor dem Tod. Palliative Care soll frühzeitig, also ab Einzug ins Alterszentrum oder Pflegewohnung angeboten werden. Das Ziel besteht darin Lebensqualität so gut wie möglich zu fördern und zu erhalten. Leiden vorzubeugen oder zu lindern trägt wesentlich zur Erhaltung der Lebensqualität bei.

Palliative Care deckt sich zu einem grossen Teil mit einer qualitativ guten Pflege und Betreuung. Sie nimmt jedoch spezifische Anliegen noch intensiver wahr. Zum Beispiel die ganzheitliche Herangehensweise, die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Symptomlinderung, die Förderung der Lebensqualität und die Führung der Entscheidungsprozesse unter Einbezug aller Beteiligten.

Palliative Care und Kurative Therapie schliessen sich nicht gegenseitig aus. Kurative und palliative Massnahmen werden gemäss Bedarf in Ergänzung zueinander eingesetzt. Zur Veranschaulichung dient nachfolgend das «Schlips-Modell der Palliative Care im 21. Jahrhundert» von Pippa Hawley 2015.



2.2. Klärung von Begriffen

Die beschriebenen Begriffe sind Teil von Palliative Care. Palliative Care beinhaltet mehr und sollte ab Diagnosestellung von einer unheilbaren Erkrankung angeboten werden.

Sterben und Tod

Unter Sterben versteht man das Erlöschen der Organfunktionen von Lebewesen, das zu ihrem Tod führt. Der Beginn des Sterbens kann nicht eindeutig bestimmt werden. Der Sterbeprozess verläuft individuell verschieden. Der Sterbeprozess wird mit dem Tod beendet. Wobei auch dieser aufgrund der fehlenden einheitlichen Definition keinem genauen Zeitpunkt zugeordnet werden kann.

Terminale Phase

Der Begriff steht im Zusammenhang mit dem Ende des Lebens (terminal lat. terminus = Grenze).

Mögliche Anzeichen für den Beginn der Terminalphase sind:

- zunehmend Schwäche, Rückzug und Bettlägerigkeit
- geringeres Interesse für die Umgebung
- abnehmendes Bedürfnis zu Essen und Trinken
- neue Symptome wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Dyspnoe, Somnolenz
- zeitweise Desorientierung oder Delir, abnehmende Wachphasen
- eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen (z.B. Pneumonie)

Pflege am Lebensende (End of Life Care), Komfortpflege

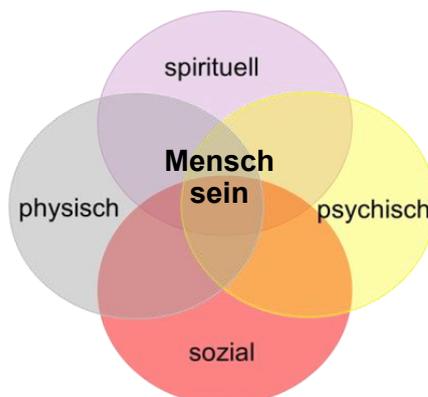
Pflege am Lebensende und Komfortpflege werden unterschiedlich breit verstanden. Die Mitarbeitenden der Abteilung Alter und Pflege bezeichnen damit die Pflege und Betreuung, welche auf die Bedürfnisse von Menschen in der terminalen Phase ausgerichtet ist.

3. Kernelemente von Palliative Care

Folgende zentrale Themen gehören unabdingbar zu Palliative Care. Diese Elemente sind wichtige Teile von Palliative Care und dienen als Basis für deren Umsetzung.

3.1. Individualität und Multidimensionalität

Im Mittelpunkt des Bemühens stehen Menschen in ihrer Einzigartigkeit und Ganzheit. Neben der körperlichen Dimension sind die seelischen, sozialen und spirituellen Aspekte ebenso wichtig. Diese beeinflussen sich gegenseitig. Das «total-pain-Model» von Dame C.Saunders veranschaulicht dies.



Das Modell dient der ganzheitlichen Informationssammlung und dem umfassenden Informationsaustausch. Neben den Informationen zur aktuellen Situation werden wesentliche Informationen aus ihrer Biographie und ihrem kulturellen Hintergrund aufgenommen. Basierend auf diesen Informationen richten alle Mitarbeitenden ihr Bemühen konsequent auf die individuellen und wechselnden Bedürfnisse der Bewohnenden aus. Pflege, Behandlung und Betreuung werden daraus abgeleitet.

3.2. Leiden lindern

Die Bewohnenden sind mit verschiedenen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert. Ihr Leiden kann vielfältig sein. Beispiele sind:

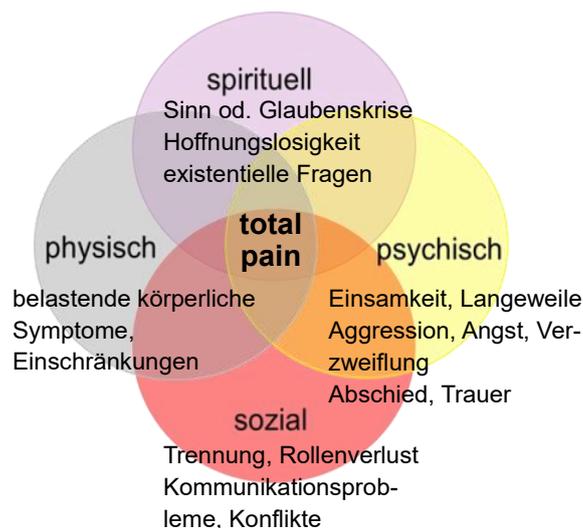
- Neue Wohn- und Lebenssituation mit Bedarf zur Anpassung an neue Strukturen und Menschen
- Verlust der Selbstständigkeit mit zunehmenden Einschränkungen und Abhängigkeiten
- Chronische Krankheiten und deren Auswirkungen
- Sterben, Tod, Abschied und Trauer

Die Lebensphase nach Eintritt ins Alterszentrum oder in eine Pflegewohnung ist besonders wichtig und prägend für den weiteren Verlauf. Das sich gegenseitige Kennenlernen, ein guter Informationsaustausch und der Aufbau von Vertrauensbeziehungen zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden sind Basis für die Zusammenarbeit. Neue Bewohnende sowie ihre Angehörigen sollen sich willkommen und wohl fühlen. Der Aufnahmeprozess wird daher bewusst sorgfältig und systematisch gestaltet mit definierten Zuständigkeiten. Dazu stehen definierte Prozesse, Checklisten und Informationsmaterial zur Verfügung.

Während dem Aufenthalt können unzählige Symptome auftreten, welche das Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen. Leiden entsteht zum Beispiel durch:

- Schmerzen, Angst, Atemnot, Schlaflosigkeit
- Verwirrtheit, Unruhe, Delir, Bewegungsdrang
- Traurigkeit, Rückzug, Depression
- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung
- Gewichtsverlust, Schwäche, Stürze, Frakturen
- Inkontinenz

Das Leiden betrifft immer den ganzen Menschen. Daher muss das Leiden multidimensional betrachtet, die Zusammenhänge erkannt und in interprofessioneller Zusammenarbeit angegangen werden.



Zur Erfassung des Leidens werden wenn immer möglich geeignete Assessmentinstrumente und Dokumente eingesetzt. Bei Bewohnenden welche Auskunft geben, werden gezielte Fragen gestellt. Bei Menschen mit Hirnleistungsstörungen werden Informationen durch Beobachtungen sowie Befragung von Angehörigen und Mitarbeitenden gesammelt.

Das Leiden wird, wenn möglich, ursächlich behandelt. In interprofessioneller Zusammenarbeit werden Ursachen, und Zusammenhänge gesucht und geeignete Massnahmen getroffen (gemäss Pflegeprozess). Falls dies nicht genügend gelingt oder zu belastend wäre, werden Massnahmen zur Symptomlinderung eingesetzt. Nicht-medikamentöse Massnahmen und Medikamente werden je nach Bedarf und oft parallel eingesetzt.

Vorausschauend werden geeignete Massnahmen frühzeitig geklärt und bei Bedarf rasch eingeleitet. Dies in der Absicht Bewohnende nicht unnötig leiden zu lassen. Die Erfassung und Behandlung von Schmerzen ist besonders wichtig. Generell wird grossen Wert auf eine enge und vorausschauende Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Ärzten und Therapeuten gelegt.

3.3. Lebensqualität

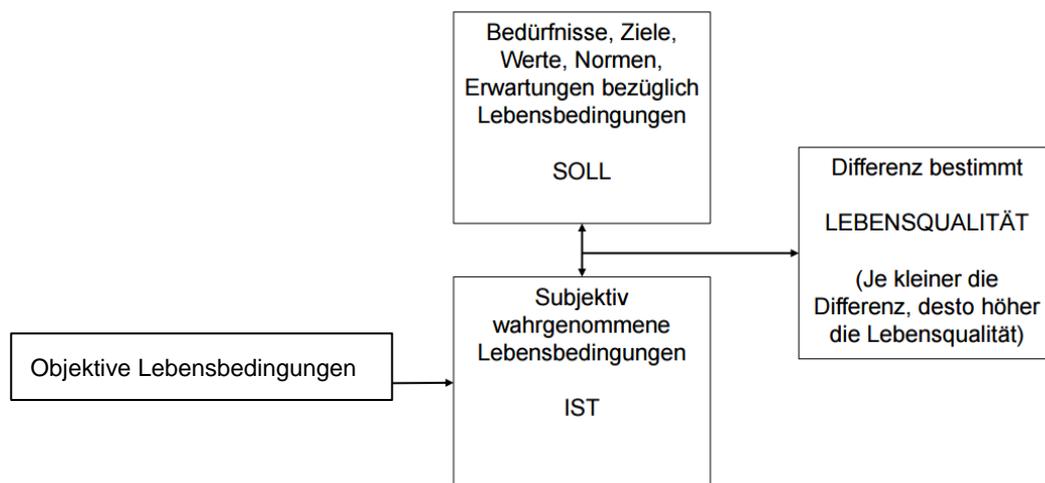
Das Hauptziel von Palliative Care ist die Verbesserung oder zumindest die Erhaltung der Lebensqualität. Lebensqualität ist:

- multidimensional (körperlich, seelisch, sozial, spirituell)
- subjektiv (beruhend auf der Einschätzung der Bewohnerin und des Bewohners)
- in Bezug auf deren Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen zu sehen
- und dynamisch (sich stets wandelnd).

Die nachfolgende Graphik zeigt auf, dass die IST-Situation durch die Lebensbedingungen geprägt ist. Die Übereinstimmung oder der Unterschied zwischen SOLL-Vorstellungen und der wahrgenommenen IST-Situation entscheiden über den Grad der Lebensqualität.

Zur Förderung der Lebensqualität kann auf mehreren Ebenen Einfluss genommen:

- Einfluss auf die Lebensbedingungen
- Erkennen und Verändern der SOLL-Vorstellungen
- Wahrnehmung und Bewertung der IST-Situation



Quelle: Curaviva Lebensqualitätskonzeption 2014

Die Lebensqualitätskonzeption zeigt auf, dass Anerkennung und Sicherheit, Funktionalität und Gesundheit, Menschenwürde und Akzeptanz, Entwicklung und Dasein die Basis für Lebensqualität sind. Zur Förderung und Erhaltung der Lebensqualität werden Vorlieben und Anliegen in diesen Bereichen aufmerksam aufgenommen. Bedürfnisse und Wünsche werden ernst genommen und bestmöglich darauf eingegangen. Ressourcen der Bewohnenden, Angehörigen und Mitarbeitenden werden erkannt, gefördert und einbezogen.

Eine wohltuende, schöne und familiäre Atmosphäre mit Raum für Individualität, Gefühle und Humor dient vielen Menschen als Basis für das Wohlbefinden. Als wichtiger Faktor gilt Zeit und Zuwendung der Mitarbeitenden. Sie sollen sich auf den Zeitbedarf, das Tempo und den Bedarf des Gegenübers einstellen.

Wo nötig und erwünscht wird Unterstützung für Alltagsgestaltung, Aktivitäten, Beschäftigung und Kontakt mit der Natur angeboten. Die Beziehungspflege zu den Angehörigen wird aktiv gefördert. Den Einbezug der Angehörigen in die Pflege wird mit allen Beteiligten geklärt und dementsprechend ermöglicht.

Individuellen Essenswünschen und dem Essen wird besondere Beachtung geschenkt. Dem Wunsch nach Alkohol und Süßigkeiten im Rahmen der Lebensqualität stattgegeben. Raucher können im Raucherzimmer oder im Freien rauchen.

3.4. Autonomie und Menschenwürde

Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen selbstbestimmt zu leben. Die Autonomie ist abhängig vom Informationsstand, der aktuellen Situation sowie der Bereitschaft und Fähigkeit der Betroffenen, Verantwortung für ihr eigenes Leben und Sterben zu übernehmen. Autonomie beinhaltet auch Verantwortung anderen gegenüber. Die Autonomiefähigkeit wird immer im Kontext der Situation beurteilt.

Viele Bewohnende wollen nicht, dass andere über sie und ihr Leben verfügen. Wann immer möglich bestimmen sie alle Angelegenheiten, die sie betreffen. Insbesondere ihre Pflege, Behandlung, den Informationsaustausch und den Einbezug der Angehörigen. Die Anordnungen dazu können sie für den Fall der Urteilsunfähigkeit im Voraus geben. Ihre Entscheidungen werden respektiert, auch dann wenn diese nicht nachvollzogen oder gutgeheissen werden können.

Die Menschenwürde wird als innerer Wert betrachtet, den alle Menschen haben, unabhängig von Fähigkeiten, Verhalten, Bewusstseinszustand und Lebensumständen. Diese Würde ist dem Menschen innewohnend und letztlich unverlierbar. Die Würde kann jedoch verletzt werden und Menschen können sich unwürdig fühlen. Die Würde von kranken, schwachen und verletzlichen Menschen braucht besondere Aufmerksamkeit, Respekt und Schutz. In Beziehungen mit Machtgefälle besteht die Gefahr, dass die Würde des Schwächeren (unabsichtlich) verletzt wird. Palliative Care strebt an die Menschenwürde durch einen würdevollen Umgang zu bewahren.

3.5. Angehörige

Palliative Care bezieht die Angehörigen mit ein. Sie sollen sich willkommen wohl und unterstützt fühlen. Angehörige sind Menschen, die der leidenden Person nahestehen. Sie haben oft eine wichtige Funktion, indem sie eine soziale und praktische Stütze sind. Sie begleiten, geben Nähe und fördern das Wohlbefinden. Sie sind Informationsträger insbesondere dann, wenn die Bewohnenden keine Auskünfte erteilen können. Sie haben wertvolle Ressourcen. Einschätzungen, Informationen und die Arbeit dieser Personen werden wertgeschätzt. Wenn die Bewohnenden einverstanden sind, werden die von ihnen ausgewählten Personen eng involviert. Wenn erwünscht werden sie aktiv in die Betreuung und in die Pflege miteinbezogen.

Die Angehörigen brauchen oft selber Zuwendung, Erklärungen, Informationen, Unterstützung und Begleitung von den Fachpersonen. Dieser Einbezug und die Unterstützung der Angehörigen werden aktiv angegangen. Die Aufgaben und Zuständigkeiten sind geklärt. Die Angebote für die Angehörigen werden diesen kommuniziert. Alle Mitarbeitenden begegnen den Angehörigen mit Offenheit, Wertschätzung und Wohlwollen. Medizinisch-pflegerische Fachinformationen geben die Pflegefachpersonen. Hilfspersonen können Auskunft geben zu unverfänglichen Alltagsinformationen. Sie ziehen diplomierte Fachpersonen bei für weitergehende Auskünfte und bei Unsicherheiten.

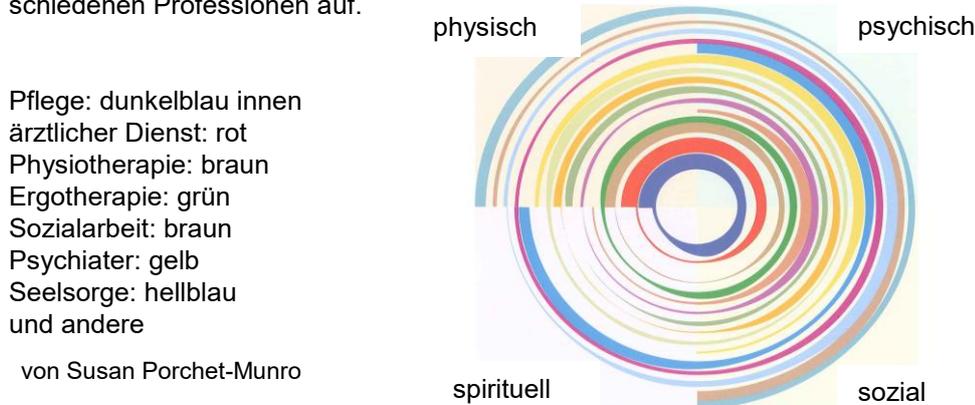
Mit Bewohnenden und ihren Angehörigen wird geklärt wer, wann, welche Informationen erhalten sollen und wie wer in die Betreuung eingebunden wird. Die Angehörigen werden dementsprechend laufend informiert. Angehörige werden zu Informationsveranstaltungen (Angehörigenabende) und zu Festen eingeladen. Idealerweise entsteht ein gut funktionierendes Team. Gebildet aus Bewohnenden, Angehörigen und Mitarbeitenden des interprofessionellen Teams. Belastungsgrenzen der Angehörigen werden beobachtet, kommuniziert und gemeinsam nach Entlastung und Rückzugsmöglichkeiten gesucht.

Für Angehörige können Eindrücke vor, während und nach dem Sterben prägend sein für ihr weiteres Leben und Sterben. Sie erhalten daher gemäss ihrem Bedarf mündliche und schriftliche Informationen, Beratung und Unterstützung. Angehörigen wird ermöglicht Sterbende zu begleiten und letzte Dienste zu erweisen. Telefonische Kontakte und Besuche sind rund um die Uhr möglich. Essen und eine Übernachtungsmöglichkeit stehen zur Verfügung. Den Angehörigen werden Gespräche und Beratung angeboten. Bei Bedarf über den Todesfall hinaus.

3.6. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Palliative Care wird immer durch ein interprofessionelles Behandlungsteam erbracht (s. Informationsheft «Interprofessionelle Zusammenarbeit» BAG 2011).

Die folgende Grafik zeigt einerseits die vielschichtige, interprofessionelle Zusammenarbeit, um die bio-psycho-sozialen und spirituellen Bedürfnissen abzudecken. Andererseits zeigt sie die jeweiligen Schwerpunkte der verschiedenen Professionen auf.



Das zentrale, gemeinsame Anliegen von allen Mitarbeitenden ist das Wohlergehen der Bewohnenden. Dazu wird auf eine gute, enge Zusammenarbeit mit zweckmässigem, lückenlosem Informationsaustausch geachtet. Alle bringen ihre Kompetenzen und Erfahrungen aus ihrer Berufsrichtung ein. Jede Fachperson kennt ihre Rolle und Aufgaben, sowie jene der gleichwertigen Beteiligten. Die vertrauensvolle, partnerschaftliche Zusammenarbeit ist geprägt von Respekt, Offenheit, Akzeptanz und Wertschätzung. Diese Haltung der Mitarbeitenden ist für die Bewohnenden und ihre Angehörigen spürbar. Für ihre kontinuierliche und persönliche Betreuung werden Aufgaben und Zuständigkeiten geklärt und kommuniziert.

Neben den medizinischen Fachpersonen leisten auch freiwillige Mitarbeitende, das Hauswirtschafts- und Küchenpersonal, Mitarbeitende der Administration und der Technik einen wichtigen Beitrag zum Wohl der Bewohnenden und zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Bei Bedarf wird mit externen Fachexperten und -organisationen zusammengearbeitet: z.B. Spezialärzte, Seelsorger der verschiedenen Glaubensrichtungen, Ernährungsberatung, Krebsliga, Lungenliga, Psychologe, Freiwillige des Vereins WABE, Sozialarbeitende, Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

Pflegeteam

Die Pflegenden arbeiten am engsten und intensivsten mit den Bewohnenden und ihren Angehörigen zusammen. Die Organisation, Koordination und der Informationsaustausch läuft hauptsächlich über sie. Alle Pflegenden sind am Pflegeprozess beteiligt und alle sind wichtig für die Umsetzung der Palliativpflege. Sie haben eine wichtige Funktion im interprofessionellen Team und tragen einen grossen Anteil bei der Umsetzung von Palliative Care.

Ärzte

Die Hausärzte sind für die Palliative Care Prozesssteuerung und die medizinische Versorgung im Einzelfall verantwortlich. In der interprofessionellen Zusammenarbeit spielen sie in der Zusammenarbeit mit den Pflegenden eine zentrale Rolle.

Aktivierung

Die Aktivierungstherapie sorgt für sinnvolle Tätigkeiten, Abwechslung, Beschäftigung und Begegnung mit anderen. Dies kann zur Förderung der Lebensqualität beitragen. Während Einzel- und Gruppensitzungen lernen die Aktivierungstherapeutinnen die Bewohnerinnen und Bewohner von ihrer Seite her kennen. Sie erhalten wichtige Informationen, die sie ins interprofessionelle Team einbringen.

Seelsorge

Im Bereich Palliative Care wird Seelsorge in einem sehr weiten Sinn verstanden. Es geht um die Begleitung und Unterstützung im psychischen, sozialen und spirituellen Bereich. Alle Fragen und Themen, die eine BewohnerIn mit Seelsorgenden besprechen will, sind willkommen. Die Seelsorgenden verstehen sich als Teil des interprofessionellen Teams und beteiligen sich am angemessenen Informationsaustausch und an der Aufgabenteilung zum Wohl der Bewohnenden.

Verpflegung

Essen und Trinken ist für viele Menschen ein Genuss und Teil der Lebensqualität. Die Essenszeiten geben Struktur und viele freuen sich darauf. Wunschkost und Eingehen auf individuelle Bedürfnisse kann sehr wichtig sein. Das Küchenpersonal trägt daher wesentlich zur Lebensqualität bei.

Hauswirtschaft und Service

Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden Hauswirtschaft dienen dazu den Bewohnenden den Aufenthalt angenehm zu gestalten. Sie sorgen für Ordnung und Sauberkeit. Im Service bieten sie Hilfestellung während den Esszeiten. Die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft und des Service lernen die Bewohnenden zum Teil sehr gut kennen. Diese erzählen ihnen manchmal Dinge, die sie sonst niemandem mitteilen. Ihre Beobachtungen und Informationen sind wichtig für die Pflegenden bzw. das interprofessionelle Team.

Technischer Dienst

Die Mitarbeitenden des Technischen Dienstes sind verantwortlich für die technische Sicherheit, das Funktionieren aller Apparate, für Reparaturen und für Sonderwünsche. Die Bewohnenden sind dankbar für ihre Handreichungen und schätzen Zuwendung von und Gespräche mit ihnen.

Coiffeur und Podologin

Viel Bewohnende schätzen ihre Dienste, weil sie sich während und nach der Behandlung gut fühlen. Dabei lernen sie sich kennen. Manchmal entstehen wichtige Gespräche und Beziehungen.

Freiwilligenarbeit

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer leisten mit ihrem unbezahlten Einsatz einen wichtigen Beitrag, indem sie Bewohnenden Zeit und Dasein schenken. Angehörige und die Fachpersonen ergänzen und entlasten sie im psychosozialen Bereich (Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care BAG 2016). Sie werden gut in ihre Tätigkeit eingeführt und haben definierte Ansprechpersonen. Für ihre Einsätze werden sie angemessen informiert und in die Teamarbeit eingebunden. Bei Bedarf werden speziell für die Begleitung von Schwerkranken ausgebildete Freiwillige beigezogen.

3.7. Systematisches Arbeiten

Zur Umsetzung von Palliative Care arbeitet das interprofessionelle Team mittels Pflegeprozess systematisch strukturiert und aufeinander abgestimmt.



Auf eine gezielte und umfassende Informationssammlung sowie auf die Dokumentation des ganzen Prozesses wird besonderen Wert gelegt. Informationen aus allen Bereichen des Menschseins (körperlich, seelisch, sozial und spirituell) werden aufgenommen.

Zur Informationssammlung dienen folgende Quellen:

- Äusserungen der Bewohnenden
- Äusserungen der Angehörigen
- Informationen aus der Lebensgeschichte (Erlebnisse, Prägungen, Erinnerungen)
- Wahrnehmungen der Mitarbeitenden

Die Informationen werden dokumentiert, im interprofessionellen Team ausgetauscht und laufend ergänzt. Sie dienen als Grundlage für die Anwendung von Palliative Care. Bei Veränderungen wird der Pflegeprozess angepasst oder neu begonnen.

Um die Informationen und den Informationsaustausch zu strukturieren dient das SENS Modell nach Prof. Eychmüller:



3.8. Entscheidungsprozesse

Bewohnende sowie Angehörige oder Personen mit Vorsorgeauftrag werden in wichtige Entscheidungsprozesse einbezogen. Bei unterschiedlichen Ansichten gilt der Wille der Bewohnenden als prioritär. Es wird darauf geachtet, dass Angehörige nicht gegen den Willen der Bewohnenden über deren Schicksal verfügen. Wichtige Entscheidungen werden im Team unter Berücksichtigung von ethischen Prinzipien und den rechtlichen Rahmenbedingungen besprochen. Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes (ZGB, 360-456) werden eingehalten.

Die Entscheidung über die Durchführung, das Unterlassen oder den Abbruch einer vorgeschlagenen medizinischen Massnahme liegt primär bei den urteilsfähigen Bewohnenden selbst, nachdem sie umfassend und verständlich informiert wurden. Die für die Bewohnenden notwendigen Entscheidungsgrundlagen werden vom Behandlungsteam zuvor erarbeitet. Der Arzt oder die Ärztin haben als Leitende des Entscheidungsprozesses eine zentrale Funktion. Die Information an die Bewohnenden, an die Angehörigen bzw. an die Personen mit Vorsorgeauftrag erfolgt so, dass der Inhalt verstanden wird. Beim Gespräch wird ein Resultat angestrebt, welches von allen Beteiligten mitgetragen werden kann (Konsens). In der Entscheidungsfindung werden Sinnhaftigkeit und Machbarkeit, Wirkung und Nebenwirkung, Aufwand und Nutzen abgewogen (Knipping, 2007).

Wenn Bewohnende Massnahmen ablehnen, werden zuerst die Ursachen geklärt und falls möglich behoben. Ist das nicht möglich, werden Alternativen angeboten. Nach diesen Abklärungen wird die weitere Verweigerung als Willensäusserung respektiert. (SAMW, 2013). Dasselbe Vorgehen gilt auch für den Fall, dass jemand den Mund verschliesst oder den Kopf wegdreht. Medikamente werden verabreicht, solange sie die Bewohnenden einnehmen. Es wird kein Druck zur Medikamenteneinnahme ausgeübt. Diese und ähnliche Situationen werden mit den Beteiligten an Rundtischgesprächen, bei Arztvisiten oder bei Fallbesprechungen diskutiert. Diesbezüglich werden die wesentlichen Punkte dokumentiert. Die Fachpersonen orientieren sich daran.

3.9. Beziehungspflege und Kommunikation

Tragfähige Beziehungen und Kommunikation sind die Basis einer guten Palliative Care. Diese müssen nachhaltig gefördert, gepflegt und reflektiert werden. Das gesamte Behandlungsteam beachtet die wesentlichen Aspekte einer einfühlsamen, offenen und adäquaten Kommunikation. Dies gilt für die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen sowie auch untereinander im Team und gegenüber externen Netzwerkpartnern. Der Informationsaustausch in Bezug auf die Bewohnenden erfolgt auf schriftlichem und mündlichem Weg. Unterschiedliche Ansichten, Missverständnisse und Konflikte werden direkt und zeitnah geklärt.

3.9.1. Gruppengespräche

Um die Kommunikation, den Informationsaustausch, die Reflexion und die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sicherzustellen und zu fördern, finden in regelmässigen Abständen Gruppengespräche statt (Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Supervision).

3.9.2. Standortgespräche

Um den Informationsaustausch mit Bewohnenden, deren Angehörigen und dem professionellen Team sicher zu stellen, werden Standortgespräche ("Rundtischgespräche") geführt. Inhalte der Gespräche sind:

- Kennenlernen, Klärung der Situation und der Zusammenarbeit
- Aufnehmen von Anliegen, Standortbestimmung, Fragenklärung
- vorausschauende Planung, Entscheidungsfindungsprozesse
- Klärung von Konflikten, Meinungsverschiedenheiten, Unstimmigkeiten

4. Palliative Care am Lebensende

4.1. Vorbereitung

Für viele Menschen sind die Themen «Leiden», «Sterben», «Tod» und «Trauer» mit negativen Gefühlen und Abwehr verbunden. Trotzdem beschäftigen sie viele. Daher ist es sinnvoll Gespräche zu diesen Themen anzubieten. Die Auseinandersetzung damit kann wichtig und wertvoll sein. Alle Mitarbeitenden sind bereit, falls Bewohnende die Themen von sich aus ansprechen. Die Pflegenden nutzen Gelegenheiten aktiv. Unklarheiten und unnötige Stresssituationen in den letzten Wochen oder Tagen sollen wenn möglich vermieden werden. Daher werden frühzeitig, ab der Eintrittsphase individuelle Vorstellungen, Werte und Willensäusserungen erfasst und dokumentiert. Diese Informationen werden für die Begleitung und Pflege während dem Aufenthalt und im Sterbeprozess genutzt. Bewohnende werden über Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag informiert. Auf Wunsch erhalten sie Hilfe beim Erstellen der Dokumente.

4.2. Einschätzung der letzten Lebensphase

Krankheits- und Sterbephasen verlaufen individuell verschieden, wellenförmig oder in Schüben. Sie sind oft schwer vorhersehbar. Es ist jedoch wichtig das Lebensende rechtzeitig zu erfassen, um Willen und Wünsche für die letzte Zeit zu überprüfen. Die Behandlung und Pflege wird dementsprechend angepasst. Als Hilfsmittel dient die «Ampel zum Erkennen der Sterbephase» (siehe 12. Anhang).

Menschen am Lebensende können von Palliative Care profitieren. Sie bietet eine möglichst gute Unterstützung und Begleitung bis zum Tod. Für die Angehörigen über den Tod hinaus. «Gutes Sterben» kann nicht durch objektive Kriterien festgelegt werden. Das Individuum und die individuelle Situation sind bestimmend für Beurteilung, Entscheidungen und Vorgehen. Die Vorstellungen der Angehörigen und der Mitarbeitenden spielen dabei mit, sind jedoch nicht ausschlaggebend. «Gutes Sterben» kann durch Palliative Care nicht garantiert werden, weil es von vielen zum Teil unbeeinflussbaren Faktoren abhängt.

4.3. Pflege und medizinische Behandlung von Sterbenden

Der Umgang mit Sterbenden erfolgt in einer empathischen, sorgfältigen, respektvollen und ruhigen Haltung in der Annahme, dass Sterbende alles wahrnehmen. Im Zimmer werden keine unangemessenen Themen besprochen. Angehörige werden bei Bedarf darauf aufmerksam gemacht. Behandlung und Pflege orientieren sich an den Wünschen und dem aktuellen Bedarf der Bewohnenden. Beim Sterbenden soll eine ihm angenehme Atmosphäre herrschen. Feinfühlig werden Bedürfnisse nach Nähe - Distanz, Ruhe – Besuch, Schmerzmittel, Essen, Trinken, Schleimhautbefeuchtung, Positionierung, Musik, Düfte wahrgenommen und darauf eingegangen. Diagnostik, Therapie, Pflegemassnahmen, Basalstimulation und Kinästhetik werden laufend überdacht und bei Bedarf angepasst. Massnahmen zur Lebensverlängerung werden unterlassen und belastende Massnahmen möglichst gering gehalten. Medikamentöse und pflegerische Massnahmen werden mit dem Ziel des Wohlbefindens und der Symptomlinderung (Schmerzen, Angst, Unruhe Dyspnoe, Rasselatmung Schleimhauttrockenheit) eingesetzt. Dazu werden die vorsorglich verordneten Reservemedikamente eingesetzt. Schmerzen werden so gut wie möglich gelindert. Bedenken bezüglich Beeinflussung der Lebensdauer sind dabei kein Hinderungsgrund (SAMW, 2018).

Die Ablehnung von Essen und Trinken wird als Teil des natürlichen Sterbeprozesses respektiert im Wissen, dass eine Dehydratation am Ende hilfreich ist. Die trockenen Schleimhäute in Mund, Nase und Lippen werden sehr häufig befeuchtet und gefettet.

Teammitglieder und Angehörige werden gemäss Bedarf laufend über Veränderungen informiert. Den Angehörigen wird angeboten bei der Pflege, insbesondere der Mundpflege, mitzuhelfen, falls das dem (mutmasslichen) Willen der sterbenden Person entspricht.

4.4. Abschied und Trauer

Gemäss Willen der sterbenden Person wird den Bewohnenden und Mitarbeitenden ermöglicht, von der sterbenden bzw. der verstorbenen Person Abschied zu nehmen. Todesfälle werden offen kommuniziert und diesbezügliche Rituale gepflegt. Angehörige, Mitarbeitende und Bewohnende erhalten die Gelegenheit zu trauern und über ihre Erfahrungen zu sprechen. Todesfälle werden in Gruppengesprächen nachbesprochen. Das dient der Verarbeitung und der Weiterentwicklung. Die Pflegebezugsperson kann an der Beerdigung bzw. Abschiedszeremonie von Bewohnenden teilnehmen.

5. Umgang mit Belastung und Überlastung

Die Arbeit mit chronisch kranken, unheilbaren und sterbenden Menschen wird von vielen Mitarbeitenden als befriedigend beschrieben. Die dauernde Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben und Trauer ist aber herausfordernd und oft belastend. Die Ansprüche bei der Umsetzung von Palliative Care sind hoch. Das kann zu physischer und psychischer Überbelastung und zu Burnout führen. Alle Mitarbeitenden achten auf Zeichen von Überlastung und ergreifen Gegenmassnahmen. Die Themen Belastungen und Entlastungen sowie eigene Stärkung und gegenseitige Unterstützung werden regelmässig in den Teams besprochen und entsprechende Massnahmen ergriffen. Die Teamleitungen sind zuständig, dass nach Todesfällen und insbesondere nach herausfordernden Situationen Nachbesprechungen in den Teams stattfinden. Weiter wird darauf geachtet, dass an Fortbildungen und Gruppengesprächen auf die Stärkung der Selbst- und Teamkompetenz geachtet wird.

6. Kultur, Ethik und Recht

Palliative Care spielt sich in einem kulturellen, ethischen und rechtlichen Rahmen ab. Dieser Rahmen dient zur Orientierung und Sicherheit, setzt aber auch Grenzen. Unsere Kultur ist geprägt von der Tabuisierung des Todes und Hilflosigkeit im Umgang mit Sterbenden und Trauernden. Dieser Voraussetzung muss Rechnung getragen werden, indem bewusst und vorsichtig damit umgegangen wird.

6.1. Ethik

Oft entstehen ethische Fragestellungen bei schwierigen Entscheidungen, Wertefragen und Dilemma. Im Bemühen verantwortlich und richtig zu handeln, ist die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen wichtig. Als Diskussionsbasis dienen dabei die medizinethischen Prinzipien: Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit. Das Empfinden und Verhalten der Bewohnenden und der Mitarbeitenden werden anhand dieser Prinzipien beleuchtet und besprochen.

Die Abteilung Alter und Pflege verfügt über ein Ethik-Konzept. Bei Bedarf können nach Absprache mit den Bereichsleitungen ethische Fallbesprechungen einberufen werden. Diese werden je nach Thema von den Bereichsleitungen wohnen und Pflege und Pflege und Betreuung geleitet. In komplexen Situationen kann Dr. Roland Kunz als Moderator der ethischen Fallbesprechung für eine ethische Entscheidungsfindung hinzugezogen werden

6.2. Recht

Seit 2013 ist das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft. Die Neuerungen und die aktuelle rechtliche Situation sind in der Broschüre «Neues Erwachsenenschutzrecht» von Curaviva.ch gut verständlich und ausführlich beschrieben. Daher werden hier nur wenige wichtige Punkte bezüglich Palliative Care erwähnt.

6.2.1. Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung

Der Vorsorgeauftrag ist im Erwachsenenschutzrecht für den Fall einer Urteilsunfähigkeit vorgesehen. Darin ist festgelegt, wer die Dinge des Alltags stellvertretend erledigen und in persönlicher Angelegenheit entscheiden darf. Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wird die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt. Die Patientenverfügung tritt dann in Kraft, wenn die Urteilsfähigkeit

für die zu beurteilenden Situation nicht mehr gegeben ist. Die Patientenverfügung ist für die Behandlung grundsätzlich verbindlich.

Bei Schwierigkeiten kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB beigezogen werden. Heime und Institutionen sind dazu angehalten, Bewohnerinnen und Bewohner zu ermutigen, einen Vorsorgeauftrag und eine Patientenverfügung abzufassen, so lange sie urteilsfähig sind. Diese Dokumente werden in die Bewohnerakten aufgenommen.

6.2.2. Urteilsfähigkeit und mutmasslicher Wille

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, die nicht wegen des Kindesalters oder in Folge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln. Die Vermutung der Urteilsfähigkeit stellt bei Einwilligung höhere Ansprüche als im Falle einer Verweigerung. Ob eine Person urteilsfähig ist, wird immer in Bezug auf die konkrete Situation beurteilt.

Folgende Fragen können bei der Klärung helfen:

- Hat die Person verstanden, um was es geht?
- Kennt sie die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten?
- Weiss sie, was es bedeutet sich für die eine oder andere Möglichkeit zu entscheiden?
- Weiss sie, wer alles vom Entscheid betroffen sein wird?
- Ist sie in der Lage, gemäss ihrer Einschätzung der Situation zu handeln?
- Kann sie sich Einflüssen Dritter entgegenstellen?

Das Bestehen oder Nichtbestehen der Urteilsfähigkeit lässt sich manchmal schwer beurteilen. Bei Bedarf wird eine Fachärztin, ein Facharzt (z.B. Geriatrie, Psychiatrie) beigezogen.

Wenn Bewohnende ihren Willen in Bezug auf eine Situation nicht mehr äussern können, treten Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung in Kraft. Falls kein Vorsorgeauftrag erteilt wurde und keine Patientenverfügung vorhanden ist, gelten die gesetzlichen Vertretungspersonen. Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

- der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
- wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet
- die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet
- die Nachkommen, wenn sie
- die Eltern, wenn sie...
- die Geschwister, wenn sie...
- Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde kann einbezogen werden, wenn die Interessen der urteilsunfähigen Person durch die Behörden geschützt werden soll.

Die beteiligten Personen haben die Aufgabe im Interesse jener Person, zu entscheiden und zu handeln, die nicht mehr urteilsfähig ist. Zur Ermittlung des mutmasslichen Willens werden Anhaltspunkte in ihrer Biographie, ihren Wertvorstellungen und früheren Äusserungen gesucht.

6.2.3. Sterbehilfe

Die rechtlichen Rahmenbedingungen bezüglich der verschiedenen Formen von Sterbehilfe sind wichtig, um die Möglichkeiten und Grenzen für Palliative Care zu kennen. Grundsätzlich versucht Palliative Care das Leiden auf ein erträgliches Mass zu reduzieren. Sie beabsichtigt weder die Verzögerung noch die Beschleunigung des Todes.

Passive Sterbehilfe

Meint den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen. Diese meist von Ärzten geleistete Form der Sterbehilfe ist kein strafbares Verhalten. Diese Form wird für Palliative Care häufig eingesetzt.

Indirekte aktive Sterbehilfe

Zur Linderung von Leiden werden Mittel eingesetzt, die als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Dieser Vorgang ist im Strafgesetzbuch nicht explizit geregelt, gilt aber als zulässig. Die Absicht von Palliative Care ist die Linderung des Leidens nach den Palliative Care Empfehlungen und nicht die Tötung. Am Ende der

Sterbephase kann die Verabreichung von lindernden Medikamenten mit dem Tod zusammenfallen. Leiden nicht zu behandeln aus Angst, wäre ethisch nicht vertretbar.

Direkte aktive Sterbehilfe

Die gezielte Tötung, um das Leiden eines anderen Menschen zu verkürzen. Die direkte aktive Sterbehilfe ist gemäss StGB Art. 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 114 (Tötung auf Verlangen) und Artikel 113 (Totschlag) strafbar.

Beihilfe zur Selbsttötung

Gemäss Strafgesetzbuch wird die Beihilfe zur Selbsttötung nicht bestraft, wenn jemandem die Mittel dazu beschafft werden, sofern der Zuträger "aus uneigennütigen Motiven" handelt.

Die Regelungen bezüglich Suizidbeihilfe ist in dem Prozess «Umgang mit begleiteten Suizid in den Alterseinrichtungen der Stadt Schlieren» festgehalten.

Bezugnehmend auf das Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich betreffend Sterbehilfe in Heimen können Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinde Schlieren in den Räumlichkeiten der Abteilung Alter und Pflege auf eigene Kosten Sterbehilfe in Anspruch nehmen.

7. Fort- und Weiterbildung

Im Nationalen Bildungskonzept "Palliative Care und Bildung" (BAG, 2012) sind Empfehlungen bezüglich Bildung im Bereich Palliative Care formuliert. Es wird festgehalten, dass folgende übergeordnete Bildungsziele für Fachpersonen des interprofessionellen Teams zu erreichen sind:

- In der Aus- und Weiterbildung besteht ein einheitliches Verständnis zu Palliative Care.
- Die Auszubildenden werden stufengerecht befähigt, 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.
- Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen verfügen neben den erforderlichen Handlungskompetenzen (Fach-, Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenzen) auch über die notwendigen personalen und sozialkommunikativen Kompetenzen, namentlich über Kommunikations-, Team- und Kooperationsfähigkeit (BAG Bildungskonzept, 2012).

Alle Mitarbeitenden der Abteilung Alter und Pflege der Stadt Schlieren werden in die Grundlagen von Palliative Care eingeführt. Die Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung werden gemäss Bedarf und ihren Funktionen vertieft geschult (Thementräger Fachgruppe Palliative Care sollten den A1 Kurs besucht haben).

8. Vernetzung und Unterstützung

Die Abteilung Alter und Pflege der Stadt Schlieren ist Kollektivmitglied bei der Fachgesellschaft «palliative ch» und bei «palliative zh+sh». Kontakte zu Fachpersonen im Palliative Care Netzwerk werden genutzt, um Informationen einzuholen, sowie für Austausch und Beratung. Auf Ebene der Leitung besteht eine Zusammenarbeit mit der Palliativstation im Limmattal Spital.

9. Konzeptumsetzung

Die Verantwortung für die Einführung und Umsetzung des Palliativ Care Konzeptes liegt bei den Bereichsleitungen. Sie stellen mit den Teamleitungen und den Thementrägern Palliative Care die Umsetzung in den einzelnen Bereichen sicher.

Das Palliative Care Konzept wird von der Leiterin Pflege und Betreuung alle 2 Jahre auf Aktualität der Inhalte überprüft und angepasst.

10. Dokumente

- Leitsätze der Abteilung Alter und Pflege der Stadt Schlieren (F:\Verwaltung\AP\01_Abteilung\12_Führung\120_Organigramm_Leitsätze
- Begleiteter Suizid in den Alterseinrichtungen (F:\Verwaltung\AP\00_Prozesse\05_Pflegeprozesse)
- Ethik-Konzept Alter und Pflege (F:\Verwaltung\AP\05_Qualitätsmanagement\54_E
- Publikationen der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften SAMW (F:\Verwaltung\AP\01_Abteilung\19_Projekte\Palliative Care\Unterlagen, Dokumente)

11. Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit, BAG: Bundespublikationen <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>
- Nationale Strategie 2010-2012 und Nationale Strategie 2013-2015
- Nationale Leitlinien Palliative Care (2011), Qualitätskriterien von Qualitätspalliative zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (<http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/qualitaet/>)
- Nationales Bildungskonzept. Palliative Care und Bildung.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit. (2011)
- Formelle Freiwilligenarbeit (2014)
- Curaviva Schweiz
- Neues Erwachsenenschutzrecht für Alters- und Pflegeinstitutionen (2015)
- Lebensqualitätskonzeption (2014)
- Eychmüller S., Palliativmedizin Essentials (2015)
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern (2014)
- Hasemann, W. Unterstützung pflegender Angehöriger in der Palliative Care in C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2007). (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Hawely Pippa, The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care (2015)
- Knipping, C. (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Kostrzewa, S. (2005). Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. Bern: Huber.
- Kunz, R. & Wilkening, K. (2005). Sterben im Pflegeheim, Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Neuenschwander H., Cina Ch. (2015) Handbuch Palliativmedizin.
- palliative.ch (2011), Qualitätskriterien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C), Zugriff am 7.01.2018
- Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.) (2005). Palliativpflege-Grundlagen für Praxis und Unterricht (2. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Porchet-Munro, S., Stolba, V. & Waldmann E. (2006). Den letzten Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. Basel: Schwabe.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Palliative Care (2013), Patientenverfügung (2013), Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (2017) Umgang mit Sterben und Tod (2018)

12. Anhang

Ampel zum Erkennen der Sterbephase

Krankheits- und Sterbephasen verlaufen oft schwer vorhersehbar. Situationseinschätzungen und Prognosen sind schwierig zu erstellen. Für Behandlung und Pflege ist es jedoch wichtig das Sterben frühzeitig zu erkennen und sich dementsprechend zu verhalten. Die Ampel mit den Kriterien soll als Hilfsmittel dienen um Zeichen frühzeitig wahrzunehmen und darüber zu sprechen.

Grün

- stabile, unveränderte Situation

Gelb

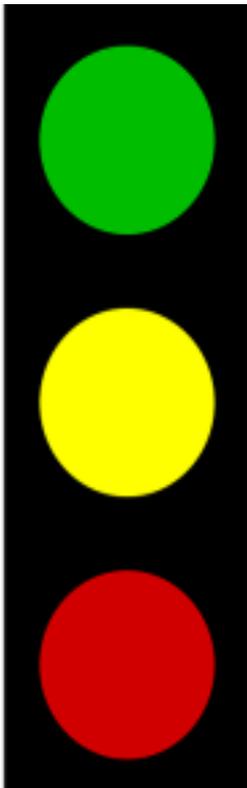
Kriterien, welche auf End of life Phase hinweisen

- Aussage der Beobachtenden: „Wir wären nicht erstaunt, wenn die betreffende Person innerhalb der nächsten 6 Monate versterben würde“
- Thematisierung des Sterbens
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes,
- Infektionen
- zunehmende Symptome wie Müdigkeit, Schmerz, Atemnot, Unruhe etc.
- Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Gewichtsverlust
- zunehmende Schwäche, Müdigkeit, Stürze oder Immobilität
- Rückzug
- Veränderter Gesichtsausdruck (müder oder leerer Blick)
- Häufigere Arztvisiten

Rot

Kriterien, die auf den nahen Tod hinweisen

- Bauchgefühl der Beobachtenden
- Bettlägerigkeit, Schläfrigkeit
- verminderte Ausscheidung
- Veränderung des Bewusstseins (Schläfrigkeit, Eintrübung, Koma, Unruhe)
- Veränderung der Temperatur (Fieber, kalte Extremitäten)
- Veränderungen der Haut (blass, grau, marmoriert, ödematös)
- Tachykardie, später Bradykardie
- geringe Ausscheidung
- Veränderung der Atmung (Atemnot, Frequenz, Tiefe, Geräusche, Pausen)



Quellen:

palliative.ch. Empfehlung. Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.
Palliativzentrum Kantonsspital St. Gallen. Best Care for the Dying.
International Collaborative Best Care for the Dying. Positionspapier.