



**Gemeinde
Ingenbohl**

Alterszentrum Heideweg

Konzept Palliative Care

Abkürzungsverzeichnis

AZH	Alterszentrum Heideweg
BPB	Bereichsleitung Pflege und Betreuung
BW	Bewohnerin / Bewohner
MA	Mitarbeiterin / Mitarbeiter
TL	Teamleitung
TV	Tagesverantwortung

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
1.1. Ausgangslage	4
1.2. Grundlagen	4
1.3. Geltungsbereich	5
1.4. Ziel und Zweck	5
1.5. Zielgruppe	5
1.6. Mitgeltende Dokumente	5
2. Palliative Care	5
2.1. Definition	5
2.2. Palliative Care und Ethik – Multidimensionalität	6
2.3. Lebensqualität in der Palliative Care	7
2.4. End of Life Care	7
3. Massnahmen und Mittel	8
3.1. Letzter Wille	8
3.2. Symptommanagement	8
3.2.1. Assessment	9
3.2.2. Spiritualität und Religion	10
3.2.3. Notfallplan	12
3.3. Entscheidungsfindung und Planung	12
3.3.1. Patientenverfügung	12
3.3.2. Vorsorgeauftrag bei Urteilsunfähigkeit	12
3.3.3. Wenn der BW nicht (mehr) will	12
3.3.4. Ethische Entscheidungsfindung	13
3.4. Netzwerkorganisation	13
3.4.1. Pflege- und Betreuungsteam AZH	14
3.4.2. Hausärztinnen und Hausärzte	14
3.4.3. Zusammenarbeit Palliative Care Spital Schwyz	14
3.4.4. Fachstelle Palliative Care intern	15
3.4.5. Seelsorge	15
3.4.6. Freiwillige: Institutionalisierte, formelle Freiwilligenarbeit	15
3.4.7. Angehörige	15
3.4.8. Pro senectute	16
3.4.9. Aktivierung	16
3.5. Support	16
3.5.1. Trauernde Angehörige begleiten	16
3.5.2. Umgang mit psychischen und physischen Belastungen der Pflegenden Bezugsperson	16
3.5.3. Abschied	17
4. Palliative Care bei Menschen mit Demenz	17
5. Regelung der organisierten Sterbehilfe	18
6. Kommunikation und Dokumentation	19
6.1. Dokumentation	19
7. Fort- und Weiterbildung	20
8. Zuständigkeiten	20
8.1. Kompetenzregelung	20
9. Qualitätssicherung	22
9.1. Periodische Überprüfung	22
9.2. Qualitätsvorgaben	22
9.3. Nachweise	22
9.4. Beschwerderecht	22
10. Bewilligung	23
.....	23
Quellenverzeichnis	24

1. Einleitung

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. Im kantonalen Gesundheitsgesetz heisst es zudem: „Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinisch, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint. Den Angehörigen und den Bezugspersonen wird eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von der verstorbenen Person ermöglicht.“

Im Alterszentrum Heideweg (AZH) wird die ganzheitliche Herangehensweise verfolgt, die nicht nur die körperlichen Bedürfnisse der Bewohnenden (BW) berücksichtigt, sondern auch ihre emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MA) des AZH kümmern sich einfühlsam und respektvoll um die BW und ihre Angehörigen.

Ein zentrales Thema der Palliative Care im AZH ist das Symptomanagement. Schmerzen, Luftnot, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit usw. sollen ganz oder so erträglich wie möglich behandelt werden. Diesbezüglich, arbeitet das AZH eng mit der Palliative Abteilung vom Spital Schwyz zusammen.

Die Würde und die Autonomie von den BW werden immer respektiert. Dies bedeutet die Entscheidung zu respektieren und ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Die Palliative Care wird in der bestehenden Pflege und Betreuung integriert. Die BW erhalten in allen Lebensphasen die Unterstützung von den MA, um bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende zu erhalten.

1.1. Ausgangslage

Langzeitpflegeinstitutionen sind heute Orte, wo sich Krankheiten und Beschwerden des Alters kumulieren. Eine grosse Mehrheit der heutigen BW sind mittelmässig bis stark pflegebedürftig. Häufigste Diagnosen bei älteren und hochaltrigen Personen in Institutionen sind Herz- und Kreislaufprobleme, Bluthochdruck, aber auch demenzielle Erkrankungen. Der durchschnittliche Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung – vom Eintritt bis zum Tod – hat sich in den letzten Jahren verkürzt. Er beträgt gut 2 bis 2½ Jahre. Künftig ist ein weiterer Anstieg im Eintrittsalter in eine stationäre Einrichtung zu erwarten, mit der Folge, dass Alters- und Pflegeeinrichtungen noch häufiger mit hochaltrigen und multimorbiden Menschen gegen Lebensende konfrontiert sein werden. In der Geriatrie kann palliative Betreuung nie losgelöst von der übrigen Geriatrie stattfinden. Rehabilitative, kurative Anstrengungen und rein palliative Massnahmen werden miteinander verknüpft und im Verlauf der Krankheit verlagert sich das Gewicht immer mehr auf die Seite der palliativen Versorgung.

Palliative Care gehört heutzutage zum Standard in der Pflege. Das Alterszentrum Heideweg (AZH) stellt in diesem Konzept seine Grundsätze und Vorgehensweisen zusammen. Das Hauptanliegen ist das Wohlbefinden aller BW.

1.2. Grundlagen

Die Palliative Care wird auf respektvolle Art und Weise erbracht, indem die persönlichen, kulturellen und religiösen Werte sowie die Überzeugungen der BW berücksichtigt werden. Die Würde des Menschen als unteilbarer Grundwert, der in jeder Lebensphase Gültigkeit hat, wird umfassend geachtet.

In der Palliative Care wird die Endlichkeit des menschlichen Lebens akzeptiert, indem das Sterben und der Tod als Bestandteile des Lebens verstanden werden. Das Machbare wird gegenüber dem Sinnvollen abgewogen. In den Gesundheitsberufen werden die Grenzen der eigenen Möglichkeiten und des menschlichen Lebens akzeptiert.

Zu den Grundwerten der Palliative Care zählt die Selbstbestimmung. Palliative-Care-Leistungen werden nur erbracht, wenn sie den Bedürfnissen der BW entsprechen. Damit BW und Angehörige selbst entscheiden können, müssen ihnen die medizinischen Fakten klar und verständlich dargelegt werden.

Das AZH orientiert sich am Rahmenkonzept der Curaviva und den Vorgaben vom qualivista Stationär. Das AZH setzt die Prinzipien der Palliative Charta vom Kanton Schwyz um und hält sich an deren Leitlinien. Der Beitritt zu der Palliative Charta ist durch das Amt für Gesundheit und Soziales geprüft.

1.3. Geltungsbereich

Das Konzept Palliative Care richtet sich in seiner Ausführung in erster Linie an die BW und deren Angehörige, sowie an die MA des AZH. Für die Mietenden des Betreuten Wohnens gelten die Grundhaltungen des Konzeptes, in der Ausführung jedoch übernimmt das AZH Aufgaben in der Koordination und Beratung in Themen der palliativen Versorgung. Ist bei Mietenden eine End-of-Life-Care angezeigt, so planen wir gemeinsam mit den Angehörigen die Begleitung bis zum Lebensende, empfehlen jedoch bei Bedarf einen Übertritt ins AZH.

1.4. Ziel und Zweck

- Dieses Grundlagenkonzept Palliative Care definiert die Umsetzung von Palliative Care.
- Unsere Angebote und Dienstleistungen im Bereich Palliative Care sind definiert.
- Die aktuellen Qualitätskriterien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C) von palliative.ch sind berücksichtigt und bilden die Grundlage für eine mögliche Zertifizierung.
- Individuelle Prioritäten und Bedürfnisse in Bezug auf die Gestaltung der letzten Lebensphase der BW werden definiert und regelmässig evaluiert.
- Die Kommunikation mit BW, Angehörigen und MA ist offen und adressatengerecht.
- Die Autonomie und die Fähigkeit zum Selbstmanagement bei belastenden Symptomen werden gefördert und gestärkt.

1.5. Zielgruppe

- Bewohnerinnen und Bewohner/ Mieterinnen und Mieter des AZH
- Mitarbeitende AZH aus den Bereichen Pflege und Betreuung, Raumservice, Gastroservice, Aktivierung und technischer Dienst
- Angehörige der BW

1.6. Mitgeltende Dokumente

Um das Konzept zu ergänzen oder zu vervollständigen, sind folgende Dokumente relevant:

- Notfallplan *Palliative Care für Spitex und Heime*
- Konzept *Pflege und Betreuung*
- Konzept *Demenz*
- Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe
- Begleiteter Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf
- Dokupass von der Pro Senectute
- Patientenverfügung von FMH die Kurzversion und Langversion
- Organigramm AZH

2. Palliative Care

2.1. Definition

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten und sowie die Begleitung der Angehörigen. 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 kein primäres Ziel mehr darstellt. BW 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.

Für die Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität unserer BW gestalten sich dadurch folgende fünf Herausforderungsfelder:

- 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.

Aufgrund der Definition und der Herausforderungsfelder sind die „Empfänger“ von Palliative Care in unserer Langzeitpflegeinstitution alle Bewohnerinnen und Bewohner, die an einer chronisch fortschreitenden, unheilbaren oder lebensbedrohlichen Erkrankung leiden. Die Haltung, welche Palliative Care umschreibt, bringen wir allen Bewohnerinnen und Bewohnern entgegen.

Palliative Care als Vorgehensweise zur bedürfnisorientierten Leidenslinderung kann über den gesamten Verlauf der unheilbaren Krankheit eine Rolle spielen. Wann Palliative Care während eines Krankheitsverlaufs zum Einsatz kommt und was die Begriffe «palliativ» und «am Lebensende» in diesem Zusammenhang bedeuten, darüber herrschen verschiedene Vorstellungen. Im klinischen Kontext besitzt das Begriffspaar «kurativ» und «palliativ» weiterhin eine prognostische, d.h. zeitliche Bedeutung. Sprechen MA von «palliativ» oder gar von einem «Palliativen-BW» wird dies implizit oft mit der Einschätzung verbunden, dass der oder die Betroffene nur noch wenige Wochen oder Monate zu leben hat. Dies ist jedoch insofern problematisch, als es keine einheitlichen Kriterien oder Faktoren auf wissenschaftlicher Basis gibt, die bei der Definition des Zeitpunkts helfen würden, wann kurativ in palliativ umschlägt. Der Verlauf einer unheilbaren Krankheit kann einige Wochen und Monate bis Jahre betragen. Die Vorstellung, es gäbe einen bestimmten Zeitpunkt des Wechsels von kurativ zu palliativ, trifft nicht immer zu. Zwar wird dieser Wechsel häufig auch als abrupt erfahren (Stichwort «austherapiert»). Im Falle von chronisch fortschreitenden Krankheiten z.B. lässt sich der Wechsel jedoch vielmehr im Sinne einer Verschiebung hin zur Palliation beschreiben. Kurative und palliative Elemente kommen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg ergänzend zum Einsatz. Verschlechtert sich der Zustand des BW nimmt, der Anteil an Palliative Care zu – je nach Bedarf der Betroffenen. Es gibt also Phasen im Verlauf einer unheilbaren Krankheit, in der die palliativen Elemente klar vorherrschen. Dies ist oft – aber nicht nur – die letzte Phase des Lebens. Die Arbeiten im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» fokussieren vor allem auf die Situation, in der die palliativen Elemente vorherrschen und die BW sich vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen.

Für das AZH steht die konkrete zeitliche Eingrenzung dieser Zeitspanne nicht im Vordergrund. Stattdessen ist die Bedürfnislage des betroffenen Menschen ausschlaggebend. Im Rahmenkonzept werden daher die Begriffe «in einer palliativen Situation», «verbleibende Lebenszeit» und «am Lebensende» verwendet.

2.2. Palliative Care und Ethik – Multidimensionalität

Palliative Care und Ethik haben viele Berührungspunkte miteinander. Beide befassen sich mit der Fürsorge für schwer kranke BW auf die moralische verantwortungsvolle Weise. In einem Altersheim zu arbeiten erfordert eine ausgewogene Anwendung ethischer Prinzipien: Das Herz für Empathie und Mitgefühl, die Hand für qualitativ hochwertige Pflege und Unterstützung und der Kopf für die Fähigkeit zur ethischen Reflexion und Entscheidungsfindung, um die bestmögliche Betreuung für ältere Menschen zu gewährleisten. Die nachstehend beschriebenen Dimensionen spielen sowohl in der Palliative Care wie auch in der Ethik eine Rolle.

• 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 BW. 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 BW sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden systematisch erfasst. Die Bewältigungsressourcen des kranken Menschen, also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, seine belastenden Erlebnisse adäquat verarbeiten zu können, sollten stabilisiert und gefördert werden. Dabei ist das regelmässige Gespräch mit ihr oder ihm und den nahestehenden Bezugspersonen zu suchen. Psychologische und/oder psychotherapeutische Interventionen und Angebote sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Betreuung und Behandlung ist zu gewährleisten.

• Soziale Dimension

Die soziale Dimension stellt die Lebenswelt der BW 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. Die vorhandenen lokalen Angebote und das soziale Helfernetz werden gestärkt und vernetzt. Der Zugang zu adäquaten Angeboten verschiedener Fachpersonen und die Zusammenarbeit mit den regionalen Organisationen der Freiwilligenarbeit sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren und die Kontinuität der Betreuung ist zu gewährleisten. 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. Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung sind in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten.

Die ethische Orientierung von 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 klar und offen wie möglich zu informieren.
- Sich zu vergewissern, ob die Information verstanden wurde.
- Sich immer wieder 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 formulierten oder schriftlich dokumentierten Werte- und Willensäusserungen zu orientieren.

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 potentielltem Schaden. |
| • Gutes tun | Fördern von Wohlbefinden, Sicherheit und Lebensqualität. |
| • Gerechtigkeit | Bei der Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten |

2.3. **Lebensqualität in der Palliative Care**

Wenn von Palliative Care gesprochen wird, geht es stets um die Verbesserung oder zumindest Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen. Lebensqualität umfasst viele verschiedene Dimensionen. Hierzu folgende Definition:

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet“.

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 älteren, kranken Menschen. Die Lebensqualität erfassen wir in allen vier Dimensionen (physisch, sozial, psychisch und spirituell). Mit welchen Methoden und Instrumenten die Lebensqualität erfasst wird, ist unter Punkt 5.2 Massnahmen definiert.

2.4. **End of Life Care**

Die Konzepte von Palliative Care und End of Life Care sind zwar ähnlich, aber nicht gleich. End of Life Care ist Palliativpflege, die sich an Personen richtet, welche das Ende des Lebens erreicht haben, also an

Menschen, welche das letzte Jahr ihres Lebens erreicht haben. End of Life Care beschreibt die medizinische Versorgung, Unterstützung und Pflege rund um die Zeit des Todes. Diese Unterstützung und Pflege erfolgen nicht nur in den Momenten bevor das Herz zu schlagen aufhört, sondern schon Tage und Wochen davor. Das Lebensende ist eine Phase, in der die Pflege der BW sich von der in einer anderen Lebensphase unterscheiden soll. BW, Familienmitglieder und Angehörige des Gesundheitswesens sind sich einig, dass in dieser Phase die Verbesserung der Symptome durch minimalinvasive Mittel wichtiger ist, als die Spezialisierung auf Lebensverlängerung durch invasive Verfahren. End of Life Care ist für alle verfügbar, die Behandlung von Symptomen wie Schmerz oder Atemnot benötigen, egal welche Erkrankung sie haben. Ausserdem kann End of Life Care als Unterstützung beim Verarbeiten von Emotionen sein, die aufgrund von einer Krankheit entstehen. Manche Menschen benötigen End of Life Care nur für ein paar Wochen, andere in Intervallen über eine längere Zeit.

3. Massnahmen und Mittel

Dem Rahmenkonzept liegt ein personenbezogener Ansatz zugrunde. Das heisst, dass nicht die medizinische Diagnose ausschlaggebend bzw. richtungsweisend ist für die Abbildung des Leidens und die Erstellung eines Behandlungsplans, sondern die Bedürfnisse und Sorgen des betroffenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

Der personenbezogene Ansatz baut auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis auf und führt ihn zu einem partnerschaftlichen Vorgehen bei der Bewältigung der Herausforderungen in Verbindung mit dem Thema Lebensende weiter.

Auf dieser Ebene können die Palliative-Care-Leistungen mit den «SENS-Modell» umschrieben werden.

Dieses Modell lässt sich in vier Hauptbereiche strukturieren:

1. **Symptommanagement:** Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung (Was sind die Symptome was sind die vorherrschenden Symptome? Welche sind störend und welche nicht?)
2. **Entscheidungsfindung:** Schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung anhand der Prioritäten und Präferenzen der Betroffenen und präventive Planung für das Lebensende. (Wer kann in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden? Was sind Optionen?)
3. **Netzwerk:** Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zu Hause) und stationären Strukturen, insbesondere auch für Notfallsituationen und Vorausplanung alternativer Betreuungs – Umgebungen. (Professionelle Unterstützung geholt? was sind für Möglichkeiten vorhanden?)
4. **Support:** Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auf über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeiten auch für die beteiligten Fachpersonen. (Support für die Angehörigen)

Die Komplexität der Bedürfnisse entscheidet darüber, welche Leistungen notwendig und welche Versorgungsstrukturen geeignet sind und welche Kompetenzen bei Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund vorhanden sein müssen.

3.1. Letzter Wille

Das Erfassen des letzten Willens eines BW in palliativer Behandlung erfordert ein einfühlsames und respektvolles Gespräch, das sensible Themen umfasst, um sicherzustellen, dass die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des BW respektiert und umgesetzt werden.

Im AZH ist die Berücksichtigung des letzten Willens vom BW auch nach dem Versterben ein zentraler Aspekt. Um dem Willen der BW nach dem Versterben gerecht zu werden, führt die Bezugsperson nach dem Eintritt ein Gespräch mit dem BW, folgende Themen werden an diesem Gespräch geklärt und in der Pflegedokumentation dokumentiert:

- Die letzten Lebenswünsche des BW
 - Wird eine Diagnostik angestrebt oder nur eine Symptomlinderung?
 - Welche religiösen Bedürfnisse hat der BW oder welche Rituale wünscht er sich?
- Darf ein Abschiedstischli im Gang auf der Abteilung gestalten werden?
- Dürfen Bilderrahmen in der Cafeteria und der Kapelle aufgestellt werden?

3.2. Symptommanagement

Alle körperlichen Symptome werden systematisch, regelmässig und 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 BW. Die Selbstständigkeit des kranken Menschen ist unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» zu fördern.

Die psychischen Stressfaktoren der BW sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden systematisch erfasst. Die Bewältigungsressourcen des kranken Menschen, also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, seine belastenden Erlebnisse adäquat verarbeiten zu können, sollten stabilisiert und gefördert werden

Unterschiedliche Symptome können im Verlauf der Palliativen Pflege in Erscheinung treten, wobei einige davon für die Betroffenen eine grosse Belastung darstellen können. Dazu zählen unter anderem:

- Schmerzen
- 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

In der palliativen Pflege wird hierbei gut abgewogen, ob eine Diagnostik durchgeführt wird, welche unter Umständen eine Mehrbelastung für den BW darstellt, oder ob die Linderung der Symptome zentral ins Auge gefasst werden – ohne Klärung der Ursachen. Ausschlaggebend ist hier der Wille des BW. Im Aufklärungsgespräch soll ein Informend Consens angestrebt werden, so dass der BW oder stellvertretend die Angehörigen eine adäquate Entscheidung treffen können, wie mit den belastenden Symptomen umgegangen wird. Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und gegebenenfalls mit den Angehörigen wird im Einzelfall entschieden

3.2.1. Assessment

Assessmentinstrumente unterstützen Pflegenden bei Entscheidungen im Verlauf des gesamten Pflegeprozesses. Sie können an unterschiedlichen Punkten in diesem Prozess greifen, immer dann, wenn diagnostische Massnahmen erforderlich sind. Alle Instrumente haben das Ziel, Gesundheitsindikatoren, Fähigkeiten, Verhaltensweisen von Menschen im Pflegebedarf systematisch festzuhalten und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Allgemein müssen Assessmentinstrumente in der Pflege dazu beitragen, pflegerelevante Phänomene strukturiert und eindeutig zu erfassen. Sie sind immer Teil der Pflegediagnostik.

Wichtig bei der Planung der Behandlung ist es, Prioritäten zu setzen. Häufig werden Symptome und Probleme, die leicht zu messen sind, zuerst behandelt. So könnte einer Überschreitung der Grenzwerte des Blutdrucks mehr Beachtung geschenkt werden, als der Tatsache, dass die Hörschwäche des BW zum sozialen Rückzug führt. Beim Assessment ist es deshalb wichtig zu erfassen, welche Symptome den BW subjektiv am meisten stören, um die Behandlung dort anzusetzen. Die erfassten Daten sollten dann zu klar formulierten Zielen führen, welche idealerweise mit dem BW und den Angehörigen gemeinsam besprochen werden. Im AZH wenden wir verschiedene Assessmentinstrumente an. Nachstehend sind die wichtigsten beschrieben.

3.2.1.1. SENS-Modell als Form des Basisassessments

Das SENS Modell fächert sehr pragmatisch die Probleme bei weit fortgeschrittenen Leiden auf und ermöglicht eine gewisse Übersicht und Priorisierung – gemeinsam mit dem BW. Dieses Modell ist mehr problemals diagnosegesteuert dies macht angesichts der demografischen Entwicklung und der Polymorbidität der alternden Gesellschaft Sinn. SENS eröffnet auch klare Wege zu einem kompetenzorientierten interprofessionellen Teamwork, wo nicht immer alle Register gezogen werden müssen, sondern je nach Priorität und Instabilität.

Dieses Assessment ist die Grundlagen für die Beurteilung einzelner Lebensbereiche und wird im AZH als Basisassessment verwendet. Folgende weitere Assessments werden im AZH durchgeführt:

- *ESAS Assessment (Edmonton Symptom Assessment System)*: Erfassung der für den BW am häufigsten störenden Symptome.
- *Nummerische Rangskala (NRS), BESD/BISAD, ECPA*: Erfassung der Schmerzen
- *Geriatric Depression Scale (GDS)*: Frühzeitige Erkennung von einer Depression
- *Pittsburgh Agitation Scale*: Beurteilung des Agitations-Niveaus/ Grad des Unruhezustandes
- *Hamilton-Skala (Angst)*: Bewertung des Schweregrades von Angstsymptomen
- *Delirium Observation Scale (DOS)*: Beurteilung von einem Delirium

Die Assessments werden von einer Dipl. Pflegefachfrau durchgeführt. Ein durchgeführtes Assessment zeigt gewisse Risiken und Tendenzen auf, welche mit dem Arzt für eine mögliche Diagnosestellung besprochen werden müssen.

3.2.2. Spiritualität und Religion

Die Religion und Spiritualität bieten den BW und ihren Angehörigen Trost, Sinnfindung und Unterstützung welche in der Endphase des Lebens oft eine grosse Bedeutung hat.

Das AZH respektiert die vielfältigen, religiösen und spirituellen Bedürfnisse der BW und unterstützt sie, sei es durch die Bereitstellung von Gebetsräumen, die Organisation religiöser Rituale oder die Vermittlung von spiritueller Beratung. Das Einbeziehen von religiösen und spirituellen Aspekten kann den BW helfen, Frieden und innere Ruhe zu finden, was sich positiv auf ihre Lebensqualität in der Endphase ihres Lebens auswirken kann. Die Autonomie der BW wird in dieser Hinsicht im AZH respektiert. Sie haben die Freiheit, ihre eigenen spirituellen und religiösen Überzeugungen und Praktiken auszuwählen oder abzulehnen.

3.1.3.1 Einblick in die religiöse Rituale

Im Folgenden werden die Bedeutung von Tod und Ritualen aus verschiedenen Religionen verallgemeinert umschrieben, es besteht kein Vollständigkeitsanspruch. Im AZH wird vorgängig mit den BW oder deren Angehörigen das Bedürfnis nach religiösen Ritualen und Besonderheiten, sowie die Möglichkeiten und Grenzen der religiösen Begleitung durch Mitarbeitende des AZH geklärt.

- **Bedeutung des Todes Im Christentum**

Nach christlichem Glauben hat der Mensch durch sein Fehlverhalten den Tod in die Welt gebracht und damit die Verbindung zu Gott gestört. Um die unterbrochene Verbindung wiederherzustellen, hat Gott seinen Sohn Jesus Christus in die Welt geschickt, der durch seinen Opfertod das Böse der Menschheit auf sich nahm. Er besiegte den Tod und ist von den Toten auferstanden. Heute haben die Menschen die Möglichkeit, sich im Gebet an ihn zu wenden, sich von ihm ihre Schuld vergeben zu lassen und somit wieder mit Gott verbunden zu sein.

Das Sterben ist für den Christen die letzte Chance, sich auf das Leben nach dem Tod vorzubereiten. Es gibt aber auch Christen, die Krankheit und Sterben müssen – zumindest vorübergehend – als Strafe Gottes erleben und mit Wut oder Angst reagieren.

Nach christlichem Glauben werden alle Menschen nach ihrem Tod von Gott gerichtet, jedoch brauchen die Menschen die sich an Gott gewandt haben um sich ihre Schuld vergeben zu lassen, keine Angst davor zu haben.

Alle christlichen Religionen lehren ein Leben nach dem Tod. Die Vorstellungen darüber sind allerdings unterschiedlich und reichen von der Ansicht, dass die Seele in anderer Form in dieser Welt weiter existiert, bis zu konkreten, bildhaften Vorstellungen des Himmels und einer Hölle.

- **Rituale im Christentum**

Die meisten christlichen Kirchen kennen die Praxis des „Abendmahls“ (Kommunion), der Krankensalbung (letzte Ölung) des Schuldbekenntnisses (Beichte).

Die Bedeutung dieser Elemente ist in den einzelnen Kirchen allerdings recht unterschiedlich. Oft möchten Sterbende diese noch einmal als Zeichen ihrer vergebenen Schuld und als Zeichen ihrer Hoffnung auf Auferstehung erleben.

Für Christen ist das Kreuz – für Katholiken auch ein Kruzifix mit Darstellung des Körpers Jesu Christi – ein wichtiges Symbol, das sie eventuell in den Händen halten möchten. Katholiken vielleicht auch einen Rosenkranz ein Marien- oder Heiligenbild Für orthodoxe Christen ist eventuell eine Ikone (ein geweihtes Tafelbild) von besonderer Bedeutung.

- **Bedeutung des Todes im Judentum**

Das Judentum ist eine Religion, die das Leben hier auf Erden sehr stark betont. Obwohl die Seele göttlich und damit unsterblich ist, sind die Annahmen über das, was nach dem Tod kommt eher verschwommen. Viele Menschen jüdischen Glaubens glauben aber an eine Auferstehung und ein Leben nach dem Tode. Während im Christentum die Liebe Gottes zu den Menschen hervorgehoben wird, betonen die Juden die Gerechtigkeit Gottes. Das jüdische Religionsgesetz enthält eine Vielzahl von Weisungen, die alle Lebensbereiche betreffen. Bekannt sind beispielsweise die Speisevorschriften und die Schabbatruhe. Das Bewusstsein, den Regeln für das „rechte Verhalten“ (Halacha) gemäß gelebt zu haben, kann gerade für orthodoxe sterbende Juden ein Trost sein.

- **Rituale im Judentum**

Der Sterbende jüdischen Glaubens spricht vor seinem Tod das Kol Nidre, ein Sündenbekenntnis und segnet seine (Enkel-)Kinder, gemeinsam wird das Schma Israel (Gebet für Sterbende) gesprochen. Die Kleider werden vorgängig von den Angehörigen bereit gemacht. Die jüdisch gläubigen Menschen ziehen nach dem Versterben viele schichten an Kleider an und die Angehörigen geben dem verstorbenen Menschen diverse Sachen mit auf seine Reise. Sie glauben daran, dass alles was Sie dem Verstorbenen mitgeben auch in den Himmel kommt.

- **Bedeutung des Todes im Islam**

Die muslimische Vorstellung vom Tod und vom Leben nach dem Tod unterscheidet sich im Prinzip kaum von der christlichen. Sterben zu müssen ist das Schicksal („Kismet“) jedes Menschen. Im Tod kehrt der Mensch zu Gott zurück. Der Glaube an ein Leben nach dem Tod gehört zu den sechs Glaubensartikeln. Jeder Mensch muss in seinem Leben versuchen, das Gute zu tun, darf aber trotz seiner Verfehlung im Weltgericht auf die Barmherzigkeit und Fürsorge Gottes hoffen

- **Rituale im Islam**

Der Sterbende möchte in Richtung Mekka, also nach Osten blicken. Die Angehörigen übernehmen häufig die religiöse Begleitung. Sie beten und lesen aus dem Koran vor, dabei wird auch immer wieder das Glaubensbekenntnis gesprochen. Das sind auch die letzten Worte, die ein sterbender Muslim sprechen sollte. Gibt es keine Angehörigen, die den Sterbenden begleiten, so dürfen auch andere gläubige Muslime diese Aufgabe übernehmen.

In der Regel sollte der BW nach dem Versterben nicht mehr durch einen MA vom AZH berührt werden. Einen Imam wird vorgängig von der Bezugsperson, Teamleitung oder Bereichsleiterin Pflege und Betreuung kontaktiert. Er wird nach dem Versterben ins AZH kommen und die Waschung übernehmen.

- **Bedeutung des Todes im Hinduismus**

Nach hinduistischer Weltanschauung soll das Leben in vier Abschnitte gegliedert werden: In die Zeit der Erziehung, die Zeit der Tätigkeit in dieser Welt, die Zeit der Ablösung von dieser Welt und das Warten auf die Befreiung durch den Tod.

Im Hinduismus glauben die Menschen an eine Wiedergeburt und daran, dass ihr Handeln in dieser Welt auf ihr Schicksal im nächsten Leben Einfluss hat. Die Lehre der Wiedergeburt (Re-inkarnation) oder Seelenwanderung ist ein sehr alter Todesmythos, nach dem die Seele beim Tod des Körpers in ein anderes Wesen (Tier, Mensch oder Pflanze) übergeht. Sie finden sich als grundlegender Gedanke nicht nur im Hinduismus, sondern auch im Buddhismus und bei den Anthroposophen.

- **Rituale im Hinduismus**

Hinduistische Praktiken variieren stark, daher suchen Pflegende immer zuerst das Gespräch mit der Familie und fragen sie nach den jeweiligen religiösen Bräuchen.

Für Hindus ist die körperliche Reinigung sehr wichtig, weil dadurch nicht nur der Körper, sondern auch die Seele gereinigt wird. Jedoch muss die Waschung unter fließendem Wasser erfolgen (kein Bad).

Dem Sterbenden spricht MA Worte aus den Weden („heiliges Wissen“) vor, um ihnen dadurch die Gewissheit einer angenehmen Wiedergeburt zu geben.

- **Bedeutung des Todes im Buddhismus**

Auch im Buddhismus glauben die Menschen an einen Zyklus von Wiedergeburten. Alles was sie in diesem Leben tun, wirkt sich im nächsten Leben aus. Glauben und leben sie nach den buddhistischen Lehren, so lernen sie in jedem Leben aus der Vergangenheit und nähern sich stufenweise dem Nirwana, einem Bewusstseinszustand völliger Freiheit und völligen Friedens.

Viele Buddhisten können den bevorstehenden Tod als Teil des menschlichen Lebenszyklus mit grosser Gelassenheit akzeptieren.

- **Rituale im Buddhismus**

Der Sterbende soll einen möglichst gelassenen Bewusstseinszustand erreichen, da dieser die Wiedergeburt positiv beeinflusst. Zu diesem Zweck werden ihm Sutren (buddhistische Lehren) vorgesungen, die den Geist beruhigen. Ausserdem meditiert der Sterbende so viel wie möglich. Das tibetanische Totenbuch bereitet sterbende tibetanische Buddhisten auf den Übergang vom Tod zum neuen Leben vor.

3.2.3. Notfallplan

In einem Notfallplan wird vorausschauend das konkrete Vorgehen bei bestimmten Symptomen oder Situationen festgehalten. Ziel ist es, dass betroffene Patientinnen und BW, Angehörige und professionelle (ambulante) Teams in Notfallsituationen befähigt werden, rasch und gemäss des Willens des BW reagieren zu können. Falls es zu einer (Notfall-) Hospitalisation kommt, sollen Notfallärzten und Rettungssanitätern sowie dem Personal auf der Notaufnahme klare und rechtlich verbindliche Handlungsanweisungen gegeben werden, was lebenserhaltende Massnahmen betrifft. Zu einem Notfallplan gehört daher, solche wichtigen Informationen mit den Patientinnen, BW und Angehörigen zu besprechen und schriftlich festzuhalten. Ausserdem muss vor allem bei der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim sichergestellt sein, dass rund um die Uhr Fachleute erreichbar sind, die entsprechend ausgebildet sind. Zudem müssen notwendiges Material und Medikamente vorhanden sein.

3.3. Entscheidungsfindung und Planung

3.3.1. Patientenverfügung

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine umfassende Selbstbestimmung nicht in jedem Fall möglich ist. Gerade weil der Mensch in seiner persönlichen Lebenswelt im Zentrum steht, spielen auch system- und ressourcenbedingte Faktoren eine Rolle (z.B. finanzielle Ressourcen der Patientin, des BW, zeitliche Ressourcen und Belastbarkeit der nahestehenden Bezugspersonen, vorhandene Angebote). Andererseits gibt es Menschen, die aufgrund ihres Alters (z.B. Kinder), einer demenziellen Erkrankung, einer Behinderung oder einer weit fortgeschrittenen Erkrankung nicht (mehr) selbst entscheiden können. Ist eine Person nicht mehr urteilsfähig, gilt der in einer allfälligen Patientenverfügung zu dieser Situation geäusserte BW-Wille.

In der Patientenverfügung kann zudem eine Person bezeichnet werden, die über die medizinische Behandlung entscheidet, wenn der kranke Mensch dazu nicht in der Lage ist (Vertretungsperson).

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 Werte und Vorstellungen, im eigenen Interesse Entscheidungen zu fällen. Eine Patientenverfügung wird im AZH stets freiwillig, d.h. ohne äusseren Druck oder Zwang, verfasst.

Das AZH empfiehlt allen urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern, eine Patientenverfügung zu erstellen. Die Thematik wird bereits im Eintrittsprozess im gemeinsamen Gespräch mit den BW und Angehörigen aufgegriffen und erläutert. Zudem wird im Rahmen des Eintrittsprozesses auch die abgeklärt, ob eine Reanimation grundsätzlich erwünscht ist, oder ob darauf verzichtet wird. Das AZH verweist sie auf das Angebot der Pro Senectute mit dem Docupass wie auch die Onlineversionen von der FMH.

3.3.2. Vorsorgeauftrag bei Urteilsunfähigkeit

Für den Fall einer Urteilsunfähigkeit, ist im Erwachsenenschutzrecht der Vorsorgeauftrag mit Vorsorgevollmacht vorgesehen. Darin ist festgelegt, wer die Dinge des Alltags stellvertretend erledigen darf. Falls noch keinen Vorsorgeauftrag vorhanden ist, empfehlen wir den Bewohnerinnen und Bewohnern einen zu erstellen - dies vor einer allfälligen Urteilsunfähigkeit. Das AZH unterstützt die BW sowie die Angehörige bei der Vereinbarung eines Termines mit der pro Senectute.

3.3.3. Wenn der BW nicht (mehr) will

Im Pflegealltag unserer Langzeitpflegeinstitution kommt es vor, dass ein BW Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen verweigert. Beispielsweise lässt sie oder er nicht zu, dass eine Mundpflege durchgeführt wird, sie oder er möchte die Medikamente nicht einnehmen oder isst und trinkt nicht mehr. Nach der Abklärung behandelbarer Ursachen erachten wir eine Verweigerung als Willensäusserung. Immer wieder bieten wir die Massnahmen an, akzeptieren jedoch, wenn sie nicht angenommen wird. Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes werden eingehalten, indem sofort die Angehörigen oder die bevollmächtigte Vertrauensperson informiert und in die weiteren Entscheidungsprozesse integriert werden.

Fehlt eine schriftliche Patientenverfügung, muss der möglichst authentische mutmassliche BW Wille eruiert werden. Bei BW, die nie urteilsfähig waren, ist vom wohlverstandenen BW Interesse auszugehen. Um diesen mutmasslichen Wille vom BW ausfindig zu machen, können die nahestehenden Angehörigen gefragt werden.

3.3.4. Ethische Entscheidungsfindung

In Bezug auf ethische Dilemmata und/ oder Konflikte kann der Weg der Entscheidungsfindung anspruchsvoll sein. Es gilt hier im individuellen Fall sorgfältig abzuwägen, welche ethischen Prinzipien vorrangig gewichtet werden. Der BW ist bei Urteilsfähigkeit grundsätzlich Entscheidungsträger. Bei urteilsunfähigen BW ist der mutmassliche Wille des BW wegweisend in den Entscheidungsprozessen. Der oder die gesetzliche Vertretung wird bei massgebenden Fragen in der Gestaltung der Pflege und/ oder medizinischen Versorgung miteinzubeziehen, sofern nicht anders geregelt. Entscheidungsbefugnisse im Detail sind in der Tabelle Kompetenzenregelung einzusehen.

Zwei Prozesse unterstützen die Entscheidungsfindung im AZH: die Pflegerische Entscheidung und die ethische Entscheidungsfindung. In beiden Prozessen wird jeweils eine Person in der Moderationsrolle sein. Dies kann die TL NW, oder aber auch gezielt MA, welche die BW-Situation nicht kennen und so eine möglichst neutrale Rolle einnehmen. Gegebenenfalls benötigen diese Personen eine Instruktion im Ablauf der Entscheidungsprozess-Schritte. Durch die Gestaltung des Entscheidungsprozesses in einem schematischen Ablauf wird sichergestellt, dass möglichst alle Aspekte, welche durch eine Fehlentscheidung tangiert werden könnten, möglichst Berücksichtigung finden. Entsprechend wichtig ist bei beiden Entscheidungswegen auch die zeitnahe Evaluation der getroffenen Massnahme und gegebenenfalls die Wiederholung des Prozesses.

Pflegerische Entscheidungsfindung

In der pflegerischen Entscheidungsfindung werden 4 Elemente beachtet. Dazu gehören:

- Ergebnisse aus der Pflegeforschung/ Wissenschaftliche Erkenntnisse
- Expertise der Pflegenden
- Umgebungsbedingen
- die Vorstellungen und Wünsche des BW
- Nach Gewichtung der Elemente Treffen der pflegerischen Entscheidung und Planung/ Umsetzung der entsprechenden Massnahmen

Ziel in diesem Entscheidungsfindungsprozess ist es, die vier Wissensfelder mit möglichst vielen Informationen zu füllen und abzugleichen. Die Informationssammlung sollte möglichst durch mehrere Personen im Behandlungsteam erfolgen, gegebenenfalls werden auch Angehörige oder der/die behandelnde Arzt/ Ärztin mit einbezogen. Dazu werden Fallbesprechungen durchgeführt, gegebenenfalls auch Intervisionen, falls im Behandlungsteam keine Einigung erzielt wird.

Ethische Entscheidungsfindung

Das Schema ethischer Entscheidungsfindung nach Bleisch/Huppenbauer umfasst fünf Schritte:

1. die Analyse des Ist-Zustandes (Fakten, geltendes Recht, Stakeholder, Kontextsensibilität)
2. die Benennung der moralischen Frage (moralische Konflikte benennen, strittige Frage formulieren, nichtmoralische Aspekte ausscheiden),
3. die Analyse der Argumente (Pro-Kontra, Rekonstruktion moralischer Normen und Werte, Abgleich der Argumente mit ethischen Theorien),
4. die Evaluation und Entscheidung (Beurteilung der Argumente aus moralischer Sicht, Entscheid fällen) und
5. die Implementierung (Massnahmen und Alternativen).

Ziel dieses Entscheidungsprozesses ist vorrangig das ethische Dilemma zu lösen, in dem scheinbar schlechte Optionen gegen weniger schlechte abgewogen werden. Im gemeinsamen Austausch sollen auch Hemmungen abgebaut werden bezüglich Benennung moralischer Grundhaltungen und persönlicher Wertvorstellungen.

3.4. Netzwerkorganisation

Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ist ein tragendes Element der Palliative Care. Für eine gute Zusammenarbeit sind die gegenseitige Akzeptanz und die Wertschätzung der jeweiligen Fähig-

keiten und Erfahrungen sowie ein regelmässiger Informationsaustausch von grosser Bedeutung. Die Kontinuität der Betreuung und Behandlung wird durch die Vernetzung der involvierten Fachpersonen und Institutionen gewährleistet, insbesondere auch am Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung und Behandlung sowie umgekehrt.

Frühzeitig geht es darum, sich einen Überblick über die lokal vorhandenen Ressourcen zur Bildung eines Netzwerks zu verschaffen. Dazu können verschiedene Berufsgruppen gehören: (Haus-)Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Fachpersonen der Sozialen Arbeit, der Seelsorge oder anderer Bereiche. Zudem können lokale Freiwilligendienste wichtige Kooperationspartner sein. Auch die Ressourcen und Möglichkeiten der Angehörigen müssen mitbetrachtet werden.

3.4.1. Pflege- und Betreuungsteam AZH

Die MA verfügen über eine fachliche und persönliche Qualifikation, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die MA verfügen über eine gute Kommunikationsfähigkeit, um schwierige Gespräche über Krankheit und End-of-Life Entscheidungen zu führen. Schmerz- und Symptommanagement, spirituelle Kompetenz und ethisches Verständnis sind weitere wichtige Fähigkeiten über welche die MA des AZH verfügen. Die MA sind bestrebt im interprofessionellen Team zu arbeiten um eine umfassende und einfühlsame Betreuung zu gewährleisten.

Folgenden zehn Kernkompetenzen in der Palliative Care werden von den MA des AZH berücksichtigt:

1. Die Kernelemente der Palliative Care auf das Betreuungssetting anpassen, in dem die betroffene Person und seine Familie sich befinden
2. Das körperliche Wohlbefinden während dem ganzen Krankheitsverlauf verbessern
3. Die psychologischen Bedürfnisse der Patientin, des BW berücksichtigen
4. Die sozialen Bedürfnisse der Patientin, des BW berücksichtigen
5. Die spirituellen Bedürfnisse der Patientin, des BW berücksichtigen
6. Die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die kurz-, mittel- und langfristigen Betreuungsziele der Patientin, des BW berücksichtigen
7. Der Herausforderung der klinischen und ethischen Entscheidungsfindung in Palliative Care begegnen
8. Übergreifende Koordination der Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit über alle Settings, in denen Palliative Care angeboten wird, praktizieren
9. Für Palliative Care angemessene Fertigkeiten hinsichtlich des persönlichen Umgangs mit betroffenen Personen und der Kommunikation entwickeln
10. Sich selber reflektieren und sich kontinuierlich beruflich weiterbilden.

3.4.2. Hausärztinnen und Hausärzte

Für die BW und Angehörige ist die Hausärztin, der Hausarzt oft eine wichtige Ansprechperson, besonders im Falle einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit bzw. Altersgebrechlichkeit. Oft begleiten Hausärztinnen und Hausärzte die BW seit vielen Jahren, sie kennen die Angehörigen und die persönliche Lebenssituation. Das bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte den grossen Vorteil haben, den Palliative-Care-BW zu kennen, noch bevor die unheilbare Krankheit einsetzt. Diesen Vorteil hat die ärztliche Grundversorgung gegenüber der spezialisierten Palliative Care, die oft einen relativ späten ersten Kontakt mit den BW und Angehörigen hat.

Um die Kontinuität der Betreuung zu sichern, sind eine gute Zusammenarbeit und ein fortwährender Informationsaustausch zwischen den involvierten Fachpersonen unabdingbar. Bei älteren, multimorbiden Menschen besteht eine wichtige Aufgabe darin, frühzeitig, proaktiv und gemeinsam Risiken und Komplikationen wie Stürze oder Delir anzugehen.

3.4.3. Zusammenarbeit Palliative Care Spital Schwyz

Die enge Zusammenarbeit zwischen dem AZH und der spezialisierten Palliative Care Station im Spital Schwyz ist von grosser Bedeutung für die bestmögliche Versorgung unserer BW. Die Pflegefachpersonen können rund um die Uhr fachliche Unterstützung und Beratung von den Experten des Spitals in Anspruch nehmen, was die Qualität der Betreuung erheblich verbessert.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die BW für Sprechstunden, mobile Einsätze oder, wenn erforderlich, stationäre Aufenthalte in der Palliativpflege durch den Hausarzt anzumelden. Dies gewährleistet unseren BW, die bestmögliche palliative Versorgung zu erhalten, die auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem AZH und dem Spital Schwyz trägt dazu bei, die Lebensqualität unserer BW in dieser wichtigen Phase ihres Lebens zu erhalten und zu verbessern.

3.4.4. Fachstelle Palliative Care intern

Die in der Palliative Care verantwortliche Person von der Fachstelle verfügt neben den erforderlichen Handlungskompetenzen (Fach-, Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenzen) auch über die notwendigen personalen und sozialkommunikativen Kompetenzen, namentlich über Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit.

Die untenstehenden Kompetenzen werden von der Fachstellen MA übernommen:

- Sie ist befähigt, in interprofessionellen und interdisziplinären Teams zu arbeiten.
- Sie verfügt über profunde Fach-, Kommunikations- und Sozialkompetenzen.
- Sie kennt die Aspekte der Multidimensionalität in der Palliative Care. Sie sind sich der unterschiedlichen berufsspezifischen Kompetenzen bewusst, achten jedoch gleichzeitig auf die unterschiedlichen Kompetenzen und nehmen die Verantwortung in der Zusammenarbeit gegenüber den BW wahr. So kann der ganzheitliche Zugang zum BW unter Berücksichtigung seiner körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension gewährleistet werden.

3.4.5. Seelsorge

Die Seelsorge vom AZH ist regulär drei Mal in der Woche anwesend. Auf Wunsch welcher bereits im Eintrittsprozess erfragt wurde, besucht sie die BW und nimmt Kontakt mit den Angehörigen auf. Somit ist sie bei den Angehörigen bereits bekannt und unterstützt sie bei Wunsch nach dem Tod eines geliebten Menschen von ihnen.

Sie ist die aufsuchende Zuwendung mit dem Angebot der Präsenz und des Zuhörens, des Dialogs und des prozesshaften Begleitens in existentiellen, spirituellen und systemischen Kontext von den BW, deren Angehörigen und den MA, in Krisen und Übergängen durch Begegnungen, Gespräche, Gebete; Segen, symbolischen, rituellen und organisiert die sakramentalen Handlungen welche durch einen Priester (Pfarrer) durchgeführt werden.

Die Seelsorge im AZH ist für die religiöse und spirituelle Themen und Fragestellungen von BW, den Angehörigen und von den MA Ansprechperson. Dabei ist für sie nicht wichtig, welcher Konfession sie zugehörig sind. Die Seelsorge nimmt in der Regel an den Interdisziplinären- und Rundtischgesprächen teil.

3.4.6. Freiwillige: Institutionalisierte, formelle Freiwilligenarbeit

Die organisierte Freiwilligenarbeit wird in der Palliative Care immer wichtiger. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer leisten mit ihrem unbezahlten Einsatz einen wichtigen Beitrag, indem sie begleitende Angehörige und betreuende Berufsgruppen psychosozial und emotional entlasten. Folgende Aspekte werden von uns dazu berücksichtigt. In begründeten Situationen kann in der Nacht der Begleitedienst für Schwerkrane organisiert werden. Die Rolle, die Aufgabe und die Abgrenzung der Freiwilligen ist mit dem Begleitedienst geklärt. Die Freiwilligen MA vom Begleitedienst erhalten in der Nacht eine kleine Verpflegung vom AZH zur Verfügung gestellt.

3.4.7. Angehörige

Der rechtzeitige Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen und der persönlichen Lebenssituation der BW ist zentral. Die nahestehenden Bezugspersonen sind bei der Planung von Behandlung, Pflege und Begleitung als Partner zu betrachten. Dabei achten wir trotzdem auf die Selbstbestimmung des betroffenen älteren Menschen.

Für Angehörige ist die Betreuung und Begleitung eines BW in einer palliativen Situation in vielerlei Hinsicht belastend. Überforderung, Ängste und Unsicherheiten, die alleine kaum zu bewältigen sind, können auftreten, aber auch rechtliche und organisatorische Schwierigkeiten oder gar existenzielle Not.

Die Angehörigen betrachten wir demnach auf der einen Seite als Angehörige des Behandlungsteams – sie benötigen in belastenden Situationen jedoch ebenso Zuwendung, Begleitung und Erklärungen vom Kernteam. Wir ermöglichen ihnen während 24 Stunden den Zugang ins AZH oder zu den Mitgliedern des Kernteams. Auf Wunsch wird ermöglicht, dass sie auch während der Nacht beim betroffenen älteren Menschen sein können. Möglichkeiten für Verpflegung und Übernachtung werden angeboten.

Die Angehörigen können vom Behandlungsteam in Rundtischgespräche involviert, da sie wichtige Bezugspersonen von den BW sind. Bei Fragen und Unklarheiten, können Sie sich jederzeit, bei der Bezugsperson der Abteilung, der Teamleitung, der Mitarbeiterin der Fachstelle oder der Bereichsleiterin Pflege und Betreuung melden.

3.4.8. Pro senectute

Die Pro senectute ist ein Partner mit welchem wir eng zusammenarbeiten. Die MA der Pro senectute sind bei folgenden Themen für die BW und seine Angehörigen eine wichtige Ansprechperson:

- Zur Persönlichen Vorsorge
- Zum Sozialversicherungsrecht
- Zum Erbrecht
- Zum Erwachsenenschutzrecht

Die MA von der Pro senectute beraten unsere BW und ihre Angehörigen zu folgenden Themen:

- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag
- Testament
- Anordnungen für den Todesfall
- Palliative Care

Die MA vom AZH unterstützen die BW und ihre Angehörigen beim Knüpfen des Kontaktes zu der Pro senectute und vereinbaren auf Wunsch von Ihnen einen ersten Termin.

3.4.9. Aktivierung

Die Aktivierung ist mit dem spezifischen Angebot wie auch dem allgemeinen hausinternen Angebot für die BW in der palliativen Pflege ein wichtiges Netzwerk.

Durch die Erfassung der letzten Lebenswünsche von den BW im Gespräch mit der Bezugsperson kommen Wünsche auf, welche durch die Aktivierung erfüllt werden. Nach dem Gespräch gibt die Bezugsperson der Aktivierung den Auftrag, mit dem BW seinen letzten Lebenswunsch zu erfüllen. Diesen Wunsch haben die MA der Aktivierung als prioritär gegenüber allem zu behandeln. Dabei werden auch die Angehörigen einbezogen, gegebenenfalls auch externe Unterstützung, wenn die Wünsche die Ressourcen des AZH übersteigen.

3.5. Support

Die nahestehenden Bezugspersonen sei es Angehörige wie auch MA aus dem Bereich Pflege und Betreuung und Hotellerie und Facility erhalten die Möglichkeit und Unterstützung vom AZH Abschied von den BW zu nehmen.

3.5.1. Trauernde Angehörige begleiten

Trauer von Angehörigen betrachten wir als komplexes und intensives emotionales, somatisches, kognitives, soziales und kulturelles Geschehen während der Reaktion auf einen Verlust.

Die allgemeine Palliative Care umfasst nicht nur die Krankheits- und Sterbephase, sondern auch den damit einhergehenden Trauerprozess. Trauerreaktionen der BW und der Bezugspersonen zu erfassen und abzuschätzen ist daher integraler Bestandteil der Palliativbetreuung. Im Verlauf der Krankheit gilt es, auf den drohenden Verlust und den Umgang damit einzugehen und den Angehörigen über den Tod hinaus Unterstützung und Trauerbegleitung anzubieten. Das bedeutet, dass Fachpersonen auch nach dem Tod der BW Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Angehörigen anbieten. Zu diesen Angeboten zählen z.B. die Seelsorge der Kirchgemeinden, Trauerbegleitung durch speziell ausgebildete Fachpersonen oder Gesprächs-/Selbsthilfegruppen.

In der Begleitung der trauernden Angehörigen werden die Trauerphasen nach Kübler Ross berücksichtigt.

3.5.2. Umgang mit psychischen und physischen Belastungen der Pflegenden Bezugsperson

Obwohl die Arbeit mit älteren, chronisch-, unheilbar- und sterbenden Menschen von den MA des Kernteam als äusserst befriedigend beschrieben wird, kann sie auch mit Leid und Tragik überschattet sein. 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.

Psychische Belastungsfaktoren ergeben sich aus:

- Dem Umgang mit Sterben und Tod der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Dem Umgang mit Angehörigen.
- Der Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam.

- Der eigenen/persönlichen Lebensgeschichte und Lebenserfahrung.
- Durch betriebliche Rahmenbedingungen.

Belastungen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Deshalb gehen wir auf spezifische Problemfelder bzw. -ebenen in den folgenden sieben Punkten ein, um die Belastung für die Pflegemitarbeitenden möglichst gering zu halten.

1. **Individuum:** Die persönlichen und fachlichen Kompetenzen werden von jedem MA abgeholt. Durch die Mitarbeiterin der Fachstelle Palliative Care wird der bewusste Umgang mit dem Leben und Sterben den MA vermittelt.
2. **Gemeinsam:** Die Situationen der Palliative Care werden gemeinsam im Team mit der Mitarbeiterin der Fachstelle besprochen. Dabei werden Massnahmen und Ziele vereinbart. Der Einbezug des Hausarztes/der Hausärztin ist jederzeit gewährleistet. Es finden Fallbesprechungen mit dem Kernteam wie auch intra- und interprofessionell statt.
3. **Teamleitung:** Personelle und fachliche Führung des Teams und Übernahme der Verantwortung über die Palliative Situation mit der Mitarbeiterin der Fachstelle.
4. **Institution:** Das AZH bietet den BW eine ganzheitliche und würdevolle Betreuung, die ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche jederzeit respektiert. Die MA dürfen jederzeit auf die Seelsorge zugehen und mit ihr für sie schwierige Situationen besprechen.
5. **Politik:** Erarbeitet die Rahmenbedingungen welche für eine Palliative Behandlung wichtig sind.
6. **Gesellschaft:** Das AZH schafft Bewusstsein und stellt Ressourcen bereit, um die Palliativversorgung für alle zugänglicher und besser verstanden zu machen.
7. **Transparenz:** Offene und klare Kommunikation an alle Beteiligten von Seiten des Kernteams.

3.5.3. Abschied

Wichtig ist zudem auch die institutionsinterne Abschiedskultur. Die sterbende Person soll ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Angehörigen Abschied nehmen können. Wenn das Bedürfnis besteht, hat sie Anspruch auf spirituellen Beistand ihrer Wahl. Die Institution schafft einen Rahmen, der Abschiedsrituale und -riten für alle Beteiligten sicherstellt. Die Institution sollte besondere religiöse und kulturelle Abschiedsrituale der Hinterbliebenen respektieren.

Nach dem Versterben eines BW wird auf der Abteilung ein Abschiedstischli erstellt. Bei diesem können die Angehörigen, BW und MA Abschied nehmen. In der Cafeteria wie in der Kapelle wird je einen Bilderrahmen aufgestellt um allen BW wie Gästen vom Haus mitzuteilen, dass jemand verstorben ist.

4. Palliative Care bei Menschen mit Demenz

Wir betreiben in unserer Langzeitpflegeinstitution Menschen mit Demenz in offenen wie auf einer geschützten Abteilung. Menschen mit Demenz erhalten palliative Pflege, Betreuung und Behandlung ab ihrem Einzug. Sie unterscheiden sich durch ihr Erleben und Verhalten von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in folgenden Aspekten:

- **Gedächtnis:** Durch den zunehmenden Verlust des Frischgedächtnisses leben Menschen mit Demenz oft in einem früheren Teil ihres Lebens. Informationen verstehen sie zwar im Moment, vergessen sie jedoch während einer Handlung wieder und wehren sich dann oft gegen für sie unverständliche Massnahmen. Mit der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten ist auch die Orientierungsfähigkeit in Raum und Zeit, aber auch bezüglich des eigenen sozialen Umfeldes und der eigenen Personen verbunden. Dies kann zu Angst und Unruhe führen.
- **Abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit:** Der Verlust des abstrakten Denkens lässt das Verstehen von Zusammenhängen zunehmend unmöglich werden. Trotz Informationen können sich Menschen mit Demenz kaum mehr entscheiden. Deshalb ist in dieser Situation die Bestimmung der bevollmächtigten Vertrauensperson unerlässlich.
- **Kommunikation:** Es fällt Menschen mit Demenz zunehmend schwer, Wünsche, Bedürfnisse aber auch Beschwerden sowie ihr subjektives Erleben verbal auszudrücken. Unsere sorgfältigen Verhaltensbeobachtungen helfen, aus Mimik, Körperhaltung und Reaktionsweisen auf mögliche störende Symptome zu schliessen.

- Körperempfindung: Die Wahrnehmung des eigenen Körpers kann zunehmend verloren gehen. Dies zeigt sich manchmal in einer völlig veränderten Körperhaltung oder darin, dass der Mund für die Nahrungsaufnahme nicht mehr gefunden wird. Die Lokalisation von Schmerzen kann dadurch verunmöglicht werden, weil die Person nicht mehr anzeigen kann, wo es wehtut. Eine volle Harnblase kann zu einer zunehmenden Unruhe und Aggressivität führen.
- Emotionen: Die Erlebnisfähigkeit für Gefühle bleibt bis zuletzt erhalten. Wir sind überzeugt, dass unser positiv gestaltetes Umfeld den Menschen mit Demenz das Gefühl von Geborgenheit und Verständnis vermittelt und dass Gefühle bei uns ausgelebt werden dürfen. Damit verbessern wir die Lebensqualität. Die Biografie bezogenen Aktivitäten ermöglichen Freude und positive Empfindungen, Rituale vermitteln Ruhe und Geborgenheit, Musik und Tanz lassen das Bewegungsbedürfnis positiv erleben.

Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz benennen wir mit folgenden Begriffen: Liebe, Bindung, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Trost. Das Ziel, diese Bedürfnisse möglichst zu erfüllen, wird durch unsere Pflegenden mit den nötigen fachlichen und menschlichen Kompetenzen, fundiertem Wissen und einer sogenannten Person zentrierten Haltung angestrebt.

In diesem Zusammenhang betonen wir nochmals die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder anderen wichtigen Personen der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner. Vor allem bei der Biographiearbeit, bei welcher Informationen aus dem früheren Leben des Betroffenen erfasst werden, benötigen wir das Wissen der Lebenspartner, Kinder, Freunde und Bekannten, da sich die Menschen selber meist nicht mehr genügend verbal ausdrücken können.

Im Umgang und die Haltung gegenüber Menschen mit Demenz beachten wir das Demenzkonzept vom Alterszentrum Heideweg.

5. Regelung der organisierten Sterbehilfe

Die Frage, wie die medizinische Behandlung und Pflege des Menschen in der Endphase des Lebens aussehen soll, beschäftigt die Öffentlichkeit seit Jahren. Palliative Care lehnt den assistierten Suizid ab – mit dem Vorbehalt, dass es jedoch Situationen gibt, in denen die Autonomie des Menschen stärker gewichtet werden muss.

Bei einem Wunsch nach Suizidbeihilfe muss sichergestellt sein, dass die betreffende Person urteilsfähig ist und dass der Entscheid zum Suizid nicht auf äusseren Druck zurückzuführen ist. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass die erforderlichen palliativen, therapeutischen und/oder psychiatrischen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden und der Wunsch nicht deshalb aufgekommen ist, weil die Abklärung, Behandlung oder Betreuung nicht adäquat sind.

Besteht der Wunsch nach einem assistierten Suizid ist die Bereichsleiterin Pflege und Betreuung die erste Ansprechperson. Sie koordiniert anschliessend das weitere Vorgehen.

Wir haben uns im AZH mit der Thematik assistiertem Suizid vertieft auseinandergesetzt und folgende Entscheidung getroffen. Im AZH ist es den BW erlaubt mit einem assistierten Suizid sein Leben zu beenden. Folgende Argumente sind für das AZH sehr zutreffend und hatten in der Entscheidung einen grossen Stellenwert:

- Die Achtung der Autonomie von den BW mit Unterstützungsbedarf sowie von deren Recht, selbst zu bestimmen wann, wo und wie sie ihr Leben beenden möchten.
- Die Rechtsgleichheit zwischen den BW von einer Langzeitpflegeinstitution einerseits und zu Hause lebenden Menschen andererseits.
- Der Umstand, dass das AZH der Lebensort der meisten BW ist und es nicht angemessen erscheint sie für einen begleiteten Suizid aus ihrem Zuhause auszuweisen.

Folgende Grundsätze werden vom AZH wahrgenommen:

- Im AZH werden die Rollen und Aufgaben der Institution sowie der Pflege und Betreuung einerseits und der Sterbehilfeorganisation andererseits klar getrennt. Die MA des AZH setzen sich dafür ein, dass die BW bis zuletzt leben möchten und ihr Leben mit grösstmöglicher Lebensqualität zu Ende führen können. Die Vertretenden von Sterbehilfeorganisation beraten und unterstützen die BW bei der Vorbereitung und Durchführung des begleiteten Suizids.
- Die MA vom AZH beteiligen sich nicht aktiv an der Vorbereitung eines assistierten Suizids.
- Das AZH bietet dem BW sein gemietetes Zimmer an.
- Bis zum assistierten Suizid gewährleistet das AZH weiterhin eine hochstehende Pflege und Betreuung und akzeptieren auch, wenn der BW auf den geplanten assistierten Suizid verzichtet und sich entscheidet auf natürliche Weise zu sterben.

6. Kommunikation und Dokumentation

Erfolgreiche Kommunikation hat Einfluss auf den Erfolg der Behandlung und bestimmt das Befinden der BW und Angehörigen. Verständnisprobleme oder ein falscher Umgangston können zu Frust bei den BW führen. Gerade bei älteren BW ist die Kommunikation häufig erschwert. Nicht nur kognitive Einschränkungen geriatrischer BW können ein Gespräch erschweren, 75 % der über 65-Jährigen hören schlecht, viele benötigen Sehhilfen. Diese Faktoren müssen in der Kommunikation berücksichtigt werden

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 BW, aber auch untereinander im Kern- und Behandlungsteam sowie gegenüber externen Netzwerkpartnern.

Entsprechend der Qualitätssicherung sind folgende Arbeitssettings und Sitzungsgefässe geplant. Die Sitzungs-Abdeckung ist für mindestens 1 Jahr im Voraus geplant.

Gefässe	Verantwortlich	Teilnehmende	Häufigkeit	Inhaltliche Schwerpunkte
Ethische Entscheidungsfindungen gemäss Leitfaden im Konzept.	MA der Fachstelle	Interprofessionelles Team	Nach Bedarf	Information / Austausch. In Schwierigen Situationen eine bestmögliche Lösung generieren.
Fallbesprechungen im intra- und interprofessionell	MA der Fachstelle	Gesamtes Kern- und interprofessionelles Team.	Nach Bedarf	Verbesserung der Lebensqualität vom BW mit einem gemeinsamen Austausch.
Fallbesprechungen der Abteilung	Bezugsperson in Absprache mit der MA der Fachstelle	Tagesteam	2x im Monat	Verbesserung der Lebensqualität und der Leistungserfassung.
Teamsitzung	TL (Abteilung)	MA der Abteilungen und MA der Fachstelle.	1x pro Jahr und je nach Bedarf zusätzlich.	Schulung der MA, Abgabe von Informationen bei Erneuerungen wie Abholung von Feedback bezüglich Verbesserungen
Teamleitersitzungen	Bereichsleiterin Pflege und Betreuung	TL und bei Bedarf Mitarbeiterin der Fachstelle	Nach Bedarf	Abgabe von Informationen bei Erneuerungen wie Abholung von Feedback bezüglich Verbesserungen.

6.1. Dokumentation

Die Dokumentation bildet im gesamten Pflegeprozess einen wichtigen Standard. Alle pflegerischen Handlungen, Auffälligkeiten bei den BW; besondere Vorkommnisse, aber auch der Einsatz von Medikamenten und anderen medizinischen Verrichtungen wird sorgfältig und lückenlos dokumentiert. Dies mit dem Ziel, einen Verlauf festzuhalten und Massnahmen auch evaluieren zu können. Die Dokumentation erfolgt zudem als Nachweis gegenüber dem Leistungserbringer. Sie obliegt wie alle anderen Dokumentationsformen im AZH den geltenden Datenschutzrichtlinien.

Prozessrelevante Gespräche mit Mitarbeitenden und Angehörigen werden sorgfältig und vollständig dokumentiert und im entsprechenden Dossier abgelegt.

In der interdisziplinären Zusammenarbeit werden zudem Gespräche, Visiten und Behandlungsverläufe erfasst.

7. Fort- und Weiterbildung

Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen sollen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen in der Palliative Care verfügen. Im Nationalen Bildungskonzept "Palliative Care und Bildung" sind Empfehlungen bezüglich der Bildung im Bereich Palliative Care formuliert. Es wird festgehalten, dass folgende übergeordnete Bildungsziele für die Palliative Care tätigen interprofessionellen Fachpersonen aber auch für Freiwillige zu erreichen sind:

1. In der Aus- und Weiterbildung besteht ein gesamtschweizerisch einheitliches Verständnis zu Palliative Care.
2. 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.
3. 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 Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit.

Bei den nicht-universitären Pflege- und Betreuungsberufen wird Palliative Care einerseits in der beruflichen Grundbildung in den Bildungsverordnungen und Bildungsplänen im Grundsatz thematisiert. Beispielsweise in den Grundbildungen zu "Fachfrau Gesundheit EFZ", "Fachfrau Betreuung EFZ" (3-jährige Ausbildungen) und "Assistentin Gesundheit und Soziales EBA" (2-jährige Ausbildung). In den drei Lernorten (Lehrbetriebe, Berufsfachschulen und überbetriebliche Kurse) werden die entsprechenden Kompetenzniveaus vermittelt und eingeübt. In den Lehrgängen der höheren Berufsbildung, wie beispielsweise bei der dipl. Pflegefachfrau HF und der dipl. Aktivierungsfachfrau HF, wird Palliative Care bereits im Rahmenlehrplan erwähnt.

Das AZH nutzt die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliative Care wie folgt:

- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besuchen den Einführungskurs.
- Alle Pflegenden mit Abschluss auf Niveau Sekundarstufe II oder Tertiärstufe verfügen über eine A1-Qualifikation in Palliative Care.
- Pro 20 Bewohnerinnen und Bewohnern besuchen 2 MA einen A2-Kurs.
- 1 MA absolviert den B1.
- 1 MA absolviert den B2 (übernimmt die Leitung des internen Palliative Care-Teams)
- Die MA der Fachstelle Palliative Care führen interne Schulungen für die MA vom AZH durch.

Die MA der Fachstelle führt einmal im Jahr eine Schulung in den Teamsitzungen der Abteilung von mindestens einer Stunde durch. Die MA der Fachstelle kann auch durch die Teamleitung bei Bedarf und jederzeit zu einer Teamsitzung einladen um ein Thema zu besprechen.

Die Schulungen in den Teamsitzungen plant die MA der Fachstelle.

8. Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten in den Bereichen Führungsverantwortung strategisch und operativ sind den jeweiligen Stellenbeschreibungen zu entnehmen. Das Organigramm AZH bildet den Rahmen für die Zuständigkeitsbereiche.

8.1. Kompetenzregelung

F-Funktion	A – Aufgaben	K – Kompetenzen	V – Verantwortlichkeiten
Teamleitung Pflege	Fallbesprechungen planen	P/ E/ W/ K	Überprüfung der abgemachten Massnahmen, dass diese von allen MA eingehalten werden. Datum für die Reevaluation der Fallbesprechung wird geplant. Sie achtet, dass der Datenschutz und die Schweigepflicht während einer Fallbesprechung eingehalten werden.
Fachstelle Palliative Care	Fallführung von den Palliativen Situationen im AZH.	A/E/I/K/M/W	Durch die Teamleitungen wird die MA informiert. Sie liest sich in die BW Akte ein und unterstützt die MA der Abteilung mit ihrem Wissen.

Fachstelle Palliative Care	Das wissen anhand von Weiterbildungen stufengerecht an die MA weitergeben.	A/E//M/W	Schulung der MA mindestens einmal im Jahr an einer Teamsitzung. Überprüfen, dass die MA die Informationen verstanden haben und das Wissen in der Praxis umgesetzt wird.
Fachstelle Palliative Care	Fallbesprechungen vorbereiten und in den Teams durchführen.	A/E//M/P/W	Durch die Teamleitung Überprüfung der abgemachten Massnahmen, dass diese von allen MA eingehalten werden. Datum für die Die MA der Fachstelle plant die Reevaluation der Fallbesprechung. Weiter achtet sie, dass der Datenschutz und die Schweigepflicht während einer Fallbesprechung eingehalten werden.
Fachstelle Palliative Care	Ethische Fallbesprechungen vorbereiten und durchführen anhand des Leitfadens.	A/E//M/P/W	Überprüfung der abgemachten Massnahmen, dass diese von allen MA eingehalten werden. Sie achtet, dass der Datenschutz und die Schweigepflicht während einer Fallbesprechung eingehalten werden.
Fachstelle Palliative Care	Kontaktaufnahme in einer komplexen Situation mit dem Palliative Care Team vom Spital Schwyz.	A/E//M/P/W	Sicherstellung der Verordnungen und eintragen der Erneuerungen im Pflegedokumentationssystem. Information an die MA der Abteilung mündlich und schriftlich. Überprüfung der eingeleiteten Massnahmen bei den BW auf Wirkung.
Fachpersonal Dipl. Pflegefachfrau HF Fachfrau Gesundheit	Beobachtungen dokumentieren, weiterleiten und mit der Fachstelle Palliative Care weiteres Vorgehen besprechen.	A/E/M/W	Erkennen von komplexen Situationen und Einleitung von Massnahmen. Sicherstellung der eingeleiteten Palliativ Massnahmen durch die Teamleitung wie die MA der Fachstelle.
Fachpersonal Dipl. Pflegefachfrau HF Fachfrau Gesundheit	Durchführung des ESAS Assessment	A/E/M/W	Überprüfung der MA der Fachstelle, dass bei Eintritt bei einem BW in der Palliativen Situation ein ESAS Assessment durchgeführt wird wie auch bereits die Evaluationen geplant wurden. Mithilfe und Unterstützung beim Einsetzen von spezifischen Massnahmen.
Pflegemitarbeitende SRK	Ausführung der Pflege anhand der Pflegeplanung und ärztlicher Verordnung. Weiterleitung der Beobachtungen an das Fachpersonal.	A/M	TL überprüft bei den MA die Ausführung der Pflegeplanung und gibt Feedback.
TV/MA	Abschiedstischli als Abschiedsritual	A/E/M/W	Die TV überprüft, dass der Datenschutz wie auch der letzte Wille vom BW eingehalten wird.
Bereichsleiterin Pflege und Betreuung	Bei Todesfall findet ein Gespräch telefonisch oder persönlich statt um Informationen abzugeben.	A/E//M/P/W	Information den Angehörigen abgeben, Unterstützung anbieten und Sicherstellung der Räumung des Zimmers.
QMB	Evaluation Konzept	I/K/P/W	Das Konzept wird im Rahmen des jährlichen Audits über <i>Qualivista stationär</i> überprüft
QMB	MA-Befragungen	A/I/P	Die Praxisanteile des Konzepts Palliative Care werden im Rahmen der regelmässigen MA-Befragungen berücksichtigt und überprüft. Ergebnisse fliessen in die Massnahmenplanung mit ein
QMB	Umfrage Angehörige	A/I/P	Die Aspekte der Angehörigenarbeit aus dem Konzept Palliative Care werden in der Befragung der Angehörigen aufgenommen. Die Ergebnisse dieser fliessen in die Massnahmenplanung mit ein
MA	Herrichten des verstorbenen Bewohners	A/I/M/P	Sicherstellung durch die Hausverantwortung / Tagesverantwortung, dass der BW nach hausinternem Standard hergerichtet wird.

Legende:

A: Ausführen
E: Entscheidungskompetenz
I: Informationskompetenz
K: Kontrollkompetenz
M: Mitspracherecht
P: Planen
W: Weisungskompetenz

9. Qualitätssicherung**9.1. Periodische Überprüfung**

Das Konzept Palliative Care wird alle fünf Jahre an den aktuellen Entwicklungen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sonstigen Anregungen aus Theorie und Praxis gemessen und überprüft: Die Überprüfung findet im Rahmen des Qualitätsmanagements AZH statt

- Nach Erstellung wird das Konzept Palliative Care den MA des AZH im Rahmen einer Einführung vermittelt.
- Das Konzept Palliative Care ist Bestandteil des regulären Einführungsprogramms für neue MA im AZH
- Die Kenntnisnahme aller MA wird dokumentiert.
- Die Umsetzung der Inhalte des Konzeptes bilden die Messkriterien. Die erste Evaluation findet im Rahmen eines internen Audits ein Jahr nach Freigabe statt.
- In regelmässig stattfindenden Befragungen bei MA und Angehörigen werden proaktiv Rückmeldungen zu Zufriedenheit eingeholt und ausgewertet. Entsprechende Massnahmen werden im Rahmen des Qualitätsmanagements gemeinsam mit der Bereichsleitung Pflege und Betreuung geplant und initiiert.

9.2. Qualitätsvorgaben

Die Qualitätskriterien von Qualivista stationär sowie die Empfehlungen zu Qualitätskriterien der *Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung* bilden den Anforderungsrahmen an die Palliative Pflege und Betreuung im AZH.

Das Konzept Palliative Care wurde am 31.10.2023 durch das Amt für Gesundheit und Soziales geprüft und freigegeben.

9.3. Nachweise

Das Konzept Palliative Care dient als Nachweisdokument für die Integration der von Qualivista vorgegebenen Mindestqualitätskriterien für die Palliative Care im AZH.

9.4. Beschwerderecht

Bei Anträgen oder Beschwerden ist der Dienstweg einzuhalten. Richtet sich die Beschwerde gegen den oder die unmittelbare(n) Vorgesetzte(n), kann sie dem/ der nächsthöheren Vorgesetzten unmittelbar eingereicht werden.

Bei Unsicherheiten von Seiten der MA, wenn sie in einem ethischen Dilemma oder einen Konflikt sind gilt das Einhalten des Dienstweges und die Meldepflicht.

Weitere Anlaufstellen sind:

Ombudsstelle für das Alter
UBA Zentralschweiz
Telefon: 058 450 60 60
zentralschweiz@uba.ch
www.uba.ch

Opferhilfe Beratungsstelle Kt. Schwyz und Uri
Gotthardstrasse 61 A
6410 Goldau
Telefon: 0848 82 12 82
opferhilfe@arth-online.ch

10. Bewilligung

Dieses Konzept wurde am 31.10.2023 durch die Leitung Pflege und Betreuung geprüft und bewilligt.

Livia Schelbert



Leitung Pflege und Betreuung

Quellenverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit, Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, 2018
- Curaviva, Begleiteter Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, 2018
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK), Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe, 2006
- Bundesamt für Gesundheit, Nationale Leitlinien Palliative Care, 2012
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung, 2015
- Palliative.ch, Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege, 2011
- SAMW medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen – Patientenverfügungen, 2013