

Konzept Palliative Care

Alters- und Pflegeheim Schloss Eppishausen



Abb. 1: Barmherziger Samariter, Spitalschwestern Luzern

Agnes Kerrison
Gabriela Trachsel
Annemarie Schwinger
Sr. Fina Broich
Dr. med. Markus Oettli
Lisbeth Brücker

Heimleitung
Teamleitung Pflege
Pfleger
Seelsorgedienstleitung
Heimarzt
Projektbegleitung

In Anlehnung an die Vorlage Curaviva Thurgau von Julia Käppeler, Sandra Zingg, Lisbeth Brücker

März 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Ausgangslage.....	3
1.2	Ziele dieses Konzeptes Palliative Care	4
2	Palliative Care	4
2.1	Definition	4
3	Interprofessionelle Zusammenarbeit	5
3.1	Kern- und Behandlungsteam	5
3.2	Kommunikation.....	6
3.3	Umgang des Kern- und Behandlungsteams mit psychischen und physischen Belastungen .	6
4	Palliative Care und Ethik	7
4.1	Multidimensionalität	7
4.2	Lebensqualität in der Palliative Care.....	8
4.3	Entscheidungsprozesse.....	9
4.4	Wenn die Bewohnerin oder der Bewohner nicht (mehr) will	9
4.5	Ethische Entscheidungsprozesse	9
4.6	Regelung der organisierten Sterbehilfe.....	9
5	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	10
5.1	Patientenverfügung.....	10
5.2	Vorsorgeauftrag bei Urteilsunfähigkeit	10
6	Umgang mit Sterben und Tod	10
6.1	End of Life Care.....	10
6.2	Abschied und Trauer	11
7	Umgang mit den Angehörigen	11
8	Institutionalisierte, formelle Freiwilligenarbeit	12
9	Palliative Care bei Menschen mit Demenz	12
10	Symptommanagement	14
10.1	Symptome	14
10.2	Pflegekonzepte, -verfahren und -methoden	14
11	Fort- und Weiterbildung	15
12	Umsetzung und Evaluation	16
12.1	Weiterentwicklung dieses Grundlagenkonzeptes Palliative Care	16
13	Abschluss	16
14	Literatur- und Abbildungsverzeichnis	17
15	Anhang	19
15.1	Links.....	19
15.2	Musterleitfäden Symptommanagement.....	19
15.3	Dokumente APH Eppishausen	19
15.4	Massnahmenplan der Umsetzung	28

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Alters- und Pflegeheim Schloss Eppishausen bietet 43 Bewohnerinnen und Bewohnern ein Zuhause. Ihre Pflege, Betreuung und Begleitung wird durch die Selbst-, Sozial- und Fachkompetenz der Mitarbeitenden gewährleistet. Neue Erkenntnisse der Gerontologie werden nutzbringend umgesetzt. Mit menschlicher Wärme, Einfühlungsvermögen und Respekt werden die Voraussetzungen für ein gegenseitiges Vertrauen und das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner geschaffen.

Die Schwerpunkte in der Pflege und Betreuung haben zum Ziel, allen die nötige Unterstützung sowie eine angemessene Selbstständigkeit zu gewährleisten und vorhandene Ressourcen zu fördern, um eine hohe Lebensqualität zu erhalten. Wir sind bestrebt, dass die Bewohner ihre Privatsphäre behalten und ihr Leben weiterhin soweit als möglich eigenständig, selbstbestimmt und individuell gestalten können.

In der palliativen Pflege und Betreuung möchten wir durch interdisziplinäre Zusammenarbeit in Krisensituationen und im Sterben eine Atmosphäre des Vertrauens und der sicheren Begleitung bieten.

Die kulturelle und religiöse Prägung des Hauses gründet auf der *Bonitas Dei-Schwesterngemeinschaft*, die das Heim bis in die 90-er Jahre geleitet hat. Der jetzige Träger, die Gemeinschaft *Familie Mariens*, führt diese Tradition weiter. Die Mitarbeiterinnen achten darauf, dass diese Werte der menschlichen Zuwendung, der Achtung der Menschenwürde und der Pflege geistiger Werte im Alltag gelebt werden.

Die Zeit des Heimaufenthalts ist für die Bewohnerinnen und Bewohner ein sehr bedeutsamer Lebensabschnitt, für die meisten ist es der letzte. Deshalb möchten wir für Körper, Geist und Seele die bestmögliche Begleitung anbieten und Geborgenheit vermitteln. Daneben sind uns alle Grundsätze wichtig, die im übergeordneten Leitbild verankert sowie im Konzept Pflege und Betreuung und im Seelsorge- und Demenzkonzept ausführlich beschrieben sind.

Gesellschaftliche Aspekte

In unserer Gesellschaft steigt die Lebenserwartung stetig durch Fortschritte in Hygiene, Ernährung und Medizin. Der Anteil an chronisch- und schwerkranken Menschen wächst. Die Multimorbidität als charakteristisches Phänomen des Alters kommt auch in unserer Institution immer häufiger vor. Die Komplexität der Pflege, Betreuung und Behandlung nimmt weiterhin zu (BAG, 2011, S. 4). Im kantonalen Gesundheitsgesetz (GG, 810.1, §33i) 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.“

Der Kanton Thurgau hat diesen Anspruch im Umsetzungskonzept (2010, S.11) so konkretisiert, dass jeder stationär pflegebedürftige Mensch in seiner Region zu einer Langzeitpflegeinstitution Zugang haben soll, welche Palliative Care umsetzt (Grundversorgung).

1.2 Ziele dieses Konzeptes Palliative Care

- Dieses Grundlagenkonzept Palliative Care definiert die Umsetzung von Palliative Care im Alters- und Pflegeheim Schloss Eppishausen.
- 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 (2011a) sind berücksichtigt und bilden die Grundlage für die Organisationsentwicklungsprozesse zur Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenz.

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. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“ (BAG, 2011, S. 8).

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

- Das Bedürfnis nach Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Das Bedürfnis, über den Tod zu sprechen.
- Das Bedürfnis nach angemessener Aufklärung und das Bedürfnis, das Ausmass der medizinischen Intervention mitzubestimmen.
- Das Bedürfnis nach Begleitung beim Sterben.
- Das Bedürfnis, Sterbezeit und Sterberaum zu gestalten (Heimerl, 2007, S. 134ff).

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

Sie verbringen ihren letzten Lebensabschnitt in unserer Langzeitpflegeinstitution. Dabei steht die Erhaltung der selbstbestimmten Lebensqualität im Vordergrund und nicht die Krankheit. Schwerkranken und Sterbenden nehmen so lang als möglich am Leben im Heim teil und werden nicht ausgegrenzt. In der letzten Lebensphase werden unsere Bewohnerinnen und Bewohner bis zuletzt als Lebende in ihrer vollen Menschenwürde wahrgenommen. Sterben ist ein Teil des Lebens.

3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

3.1 Kern- und Behandlungsteam

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

In unserer Institution bestehen:

a) Kernteam – Careteam

Das Kernteam besteht primär aus Pflegefachpersonen und Heim-/Hausarzt.

b) Interprofessionelles Betreuungs- und Behandlungsteam mit direktem Bewohnerkontakt

Das interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus allen weiteren Pflege- und Mitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern mit unterschiedlichen Kompetenzen und Funktionen sowie fallbezogen ergänzenden Fachpersonen wie beispielsweise Seelsorger, Therapeuten, Freiwilligen und Angehörigen.

c) Erweitertes interprofessionelles Betreuungs- und Behandlungsteam

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

Die Betreuung und Pflege ist durch eine adaptierte Form von Primary Nursing, genannt Bezugspersonenpflegesystem, organisiert (Mantey, 2005). Die pflegerische Bezugsperson (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) übernimmt im Careteam die Fallführung und verfügt im Minimum über eine Palliative Care-Weiterbildung A2. Dabei koordiniert sie/er alle Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses.

Die ärztliche Behandlung ist durch die *Hausärzte und/oder den Heimarzt* gewährleistet. Bei Bedarf werden Konsilien durch Alterspsychiater, Alterspsychologen oder Alterspsychotherapeuten verordnet und/oder es wird beratende Unterstützung bei Palliativfachleuten eingeholt.

Externe Vernetzung

Zudem sind wir mit externen Fachexperten und -organisationen vernetzt: Haus- und Spezialärzte, Palliativmediziner, Palliativabteilung Spital Thurgau AG, Palliative Plus-Team, Ambulanter Hospizdienst Thurgau, Spitex-Organisationen v. a. Mittelthurgau und Amriswil, Seelsorger der verschiedenen Glaubensrichtungen, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Krebsliga, Lungenliga, Alterspsychologe/-psychiater, Freiwillige, Sozialarbeitende, Erwachsenenschutzbehörde (KESB), Curaviva Thurgau, Palliative Ostschweiz, palliative.ch.

3.2 Kommunikation

Das gesamte Behandlungsteam beachtet die wesentlichen Aspekte der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation. Die Grundvoraussetzungen für diese hohen Ansprüche sind Empathie und Wahrhaftigkeit sowie die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen offenzulegen. Dies gilt bei uns für die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch untereinander im Kern- und Behandlungsteam sowie gegenüber externen Netzwerkpartnern (SAMW, 2008, S. 7ff).

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



Abbildung 3: Bigorio, 2010, Caring for the carers, S. 3.

Obwohl die Arbeit mit älteren, chronisch- und/oder unheilbar-kranken sowie sterbenden Menschen von den Mitarbeitenden des Kernteams als äusserst befriedigend beschrieben wird, ist sie von Leid und Tragik überschattet (Ramirez et al., 1998, S. 209). Die Ansprüche bei der Umsetzung von Palliative Care in den Dimensionen physisch, psychisch, sozial und spirituell sind hoch und können zu Arbeitsunzufriedenheit, beruflichem Stress, physischer und psychischer Belastung oder Krankheit führen.

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.
- Betrieblichen Rahmenbedingungen (Zingg, 2012, S. 3f).

Mit dieser Grafik des sogenannten Zwiebelmodells möchten wir aufzeigen, dass Belastungen auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind. Deshalb gehen wir diese Problemfelder bzw. -ebenen entsprechend angepasst an; siehe Punkte 1-7 der Abbildung 3.

Wichtig für uns ist:

- Unser Motto „füreinander - miteinander“ gilt auch für die Kommunikation.
- Weiterbildungen und Fallbesprechungen verhelfen den Mitarbeitenden zu fachlicher und persönlicher Kompetenz.
- Rücksprache mit einer Vertretung des Care-Teams verhilft zu fachlicher Sicherheit und zum bewussten Umgang mit Leben und Sterben.
- Zum kompetenten und achtsamen Umgang mit sich selbst gehört auch, Hilfe anzunehmen und in der Freizeit einen Ausgleich zu finden. Das Team gibt sich gegenseitig die Sicherheit, sich an jemanden wenden zu können.
- Wichtig sind ein einheitliches Handeln und eine einheitliche Haltung im Team sowie ein respektvoller Umgang miteinander und die gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen.
- Die klare Führung und die Autorität der Teamleitung sind Basis für eine tragende und von Vertrauen geprägte Teamkultur. Sie kennt ihre Mitarbeitenden und setzt sie den Ressourcen entsprechend ein. Die Fortbildung ist geplant, die Feedbackkultur lebt.
- Ein bewusster Umgang mit Leben und Sterben setzt voraus, dass man den Tod nicht als Tabu sieht, sondern darüber redet.
- Jeder Mitarbeitende ist auch eine spirituelle Persönlichkeit. Diese Ressourcen spenden Trost und Hoffnung und sind wichtig in der Verarbeitung von belastenden Situationen.

4 Palliative Care und Ethik

4.1 Multidimensionalität

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

- *Körperliche Dimension*

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

- *Psychische Dimension*

Die psychischen Stressfaktoren der Bewohnerin oder des Bewohners sowie der betreuenden nahestehenden Bezugspersonen werden 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 Bewohnerin oder des Bewohners in den Vordergrund. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und an den gewohnten Lebens- und Tagesstrukturen des älteren Menschen. Die bestehenden Ressourcen und die Eigenverantwortung werden gestärkt, sodass trotz Einschränkungen durch die Krankheit eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensalltags bis zuletzt möglich ist. Von Bedeutung sind in dieser Dimension unter anderem die nahestehenden Bezugspersonen, der Freundes- und Bekanntenkreis, die finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten usw. 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 und Gruppierungen der informellen und formellen 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 existentiellen, 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, die persönlichen Werte und den eigenen Glauben Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existentiellen, 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 (BAG, 2010, S. 13-14).

Im Wissen um diese Ganzheitlichkeit wird dies in unserem Leitbild und den Konzepten festgehalten (Demenz-, Seelsorge-, Pflegekonzept).

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 sowie 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 betroffenen 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 betroffenen Menschen richtig verstanden wurde und ihm im Rahmen des Möglichen entsprochen wird.
- Sich bei äusserungsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern an von ihnen im Voraus mündlich formulierte oder schriftlich dokumentierte Werte- und Willensäusserungen zu orientieren (SAMW, 2013, S. 8).

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

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

4.2 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 wählen wir 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“ (Schumacher et al., 2003, S. 10).

Demnach ist Lebensqualität:

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

Lebensqualität wird von uns Menschen – nicht nur in Palliative Care-Situationen – äusserst individuell beurteilt. Der Stellenwert des sogenannten aktiven Zuhörens bei der Anwendung des Pflegeprozesses bleibt neben diversen Erhebungsinstrumenten der zuverlässigste Weg zur Erfassung der individuellen Lebensqualität eines kranken Menschen. Die Lebensqualität erfassen wir in allen vier Dimensionen: physisch, psychisch, sozial und spirituell (Bullinger, 2000, S. 10) durch BESA und durch die hausinternen Standards und Handlungsanleitungen. (Siehe Pflege- und Betreuungskonzept)

4.3 Entscheidungsprozesse

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

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

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

4.4 Wenn die Bewohnerin oder der Bewohner nicht (mehr) will

Im Pflegealltag unserer Langzeitpflegeinstitution kommt es vor, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen verweigert. Beispielsweise lässt sie oder er nicht zu, dass Mundpflege gemacht wird, will 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 werden können (SAMW, 2013, S. 14). Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes (§§ 360-456 ZGB) werden eingehalten, indem die Angehörigen oder die bevollmächtigte Vertrauensperson sofort informiert und in die weiteren Entscheidungsprozesse integriert werden.

4.5 Ethische Entscheidungsprozesse

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

Die regelmässigen strukturierten Pflegefachgespräche finden zeitnah statt, damit der entsprechende Konsens den Pflegealltag erleichtert. Darin werden die bioethischen Prinzipien unter sinnvoller Güterabwägung explizit berücksichtigt.

4.6 Regelung der organisierten Sterbehilfe

Die Frage, wie die medizinische Behandlung und Pflege des Menschen in der Endphase des Lebens aussehen sollen, 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 (SBK & FMH, 2001, S. 1ff).

Als Langzeitpflegeinstitution haben wir uns mit der Thematik Assistierter Suizid vertieft auseinandergesetzt. An der Sitzung der Betriebskommission vom 28.11.2013 wurde folgende Grundsatzklärung einstimmig verabschiedet: „Wir schenken den Bedürfnissen unserer Bewohnerinnen und Bewohner grosse Aufmerksamkeit und respektieren ihre Wünsche. Der begleitete Suizid passt nicht zu unserer Auffassung von Sterben und Tod. Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid lehnen wir deshalb ab und lassen in unserem Heim keine entsprechende Aktivität von Sterbehilfeorganisationen wie Exit zu.“ An dieser Entscheidungsfindung waren Pflegefachpersonen, Seelsorgende, die Heimleitung, der Heimarzt und die Betriebskommission beteiligt.

5 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

5.1 Patientenverfügung

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

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

Unsere Institution empfiehlt allen urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern, eine Patientenverfügung zu verfassen. Es besteht ein eigenes Dokument, integriert im Eintrittsdossier. Der Umgang damit gilt für alle Patientenverfügungen (Anhang 1) und ist in einer Handlungsanleitung (Anhang 2) geregelt.

5.2 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. Wird bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner die Urteilsunfähigkeit durch die Ärztin oder den Arzt festgestellt, sind wir bei den administrativen Aufgaben beratend gerne behilflich. Wir empfehlen den Docupass der Pro Senectute. Wir raten den Angehörigen, schon vor dem Eintritt die nötigen Vorsorgeaufträge zu erstellen.

6 Umgang mit Sterben und Tod

6.1 End of Life Care

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

Während der End of Life Care berücksichtigen wir folgende Aspekte:

- Wir nehmen den Menschen in seiner Ganzheit (physisch, psychisch, sozial und spirituell) und unter Einbezug seiner Lebensgeschichte wahr.
- Wünsche und Bedürfnisse thematisieren und erfassen wir frühzeitig.
- Wir schaffen eine würdige Umgebung und Atmosphäre.
- Wir gehen auf die Religion, Spiritualität und Kultur des Bewohners ein.
- Wir gewährleisten eine empathische Begleitung während des Sterbens (Pleschberger et al., 2005, S.137ff).
- Bei Mehrbettzimmern beachten wir die Wünsche und Bedürfnisse aller Beteiligten und leiten wenn nötig die möglichen organisatorischen Massnahmen ein. Wir setzen Raumteiler wie Möbel, Vorhänge und Paravent ein, um die Privatsphäre zu schützen.

6.2 Abschied und Trauer

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

- Im Umgang mit dem Verstorbenen die familiären, sozio-kulturellen und spirituellen Bedürfnisse soweit als möglich berücksichtigt werden.
- Unsere Langzeitpflegeinstitution den Angehörigen und den Mitarbeitenden ermöglicht, in angemessener Art und Weise Abschied zu nehmen. Den Angehörigen wird Unterstützung in ihrer Trauer angeboten oder vermittelt.
- Das Behandlungsteam für den Umgang mit Belastungen Unterstützung erhält (SAMW, 2013, S. 17).
- Vorgehen und Rituale in der Handlungsanleitung „Todesfall im APH“ festgehalten sind: Gedenktisch beim Eingang, Umgang mit Angehörigen, Teilnahme an Beerdigung, Kondolenzkarte.
- Die eigene Hauskapelle zum Rückzug einlädt und individuelles Abschiednehmen in Form von einer Andacht oder Hl. Messe angeboten wird.

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

- An Allerseelen gedenken wir den im Haus Verstorbenen mit einer Gedenkfeier. Dazu sind alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Angehörigen sowie die Mitarbeitenden eingeladen. Im Beisein der Seelsorger/Seelsorgerin beider Landeskirchen leitet eine Pflegefachperson die Feier.

7 Umgang mit den Angehörigen

Der Einbezug der nahestehenden Angehörigen oder anderer der Bewohnerin oder dem Bewohner bedeutender Personen, ist uns wichtig. Diese Personen sind bei der Planung von Pflege, Betreuung und Behandlung als Partner zu betrachten. Dabei beachten wir trotzdem die Selbstbestimmung des betroffenen älteren Menschen (BAG, 2010, S. 12).

Die Angehörigen betrachten wir demnach einerseits als Angehörige des Behandlungsteams – andererseits benötigen sie in belastenden Situationen ebenso Zuwendung, Begleitung und Erklärungen vom Kernteam. Wir ermöglichen ihnen während 24 Stunden den Zugang in unserer Langzeitpflegeinstitution oder zu den Mitgliedern des Kernteams (Hasemann, 2007, S. 375). Auf Wunsch wird ermöglicht, dass sie auch während der Nacht beim betroffenen älteren Menschen sein können. Möglichkeiten für Verpflegung und Übernachtung werden angeboten. Der Umgang mit Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen ist im Pflegestandard „Angehörigenarbeit“ beschrieben.

8 Institutionalisierte, formelle Freiwilligenarbeit

Um die einleitend beschriebenen Herausforderungen von Palliative Care in der Zukunft zu meistern, wird die organisierte Freiwilligenarbeit 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 (SAMW, 2013, S. 6).

Die Schwestern der Familie Mariens übernehmen die begleitende Rolle und die Aufgaben der ehrenamtlichen Helferinnen. Sie sind ausgebildete Seelsorgerinnen und dadurch integrierter Bestandteil von Palliative Care, auf Wunsch für alle Religionen. Sie arbeiten eng mit dem Pflegedienst zusammen und nehmen wöchentlich am Pflegerapport teil.

Im Konzept Seelsorge wird das umfassende Verständnis der Begleitung am Lebensende erläutert. Die Seelsorge im Notfall ist Bestandteil des Notfallkonzepts. Dort ist der Einsatz in Krisensituationen oder im Sterben geregelt.

9 Palliative Care bei Menschen mit Demenz

Wir betreuen in unserer Langzeitpflegeinstitution Menschen mit Demenz in einer geschützten Wohngruppe. Zur Erfüllung der speziellen Bedürfnisse haben wir ein eigenes Demenzkonzept erarbeitet. 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 Person 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 biografiebezogenen Aktivitäten ermöglichen Freude und positive Empfindungen, Rituale vermitteln Ruhe und Geborgenheit, Musik und Tanz lassen das Bewegungsbedürfnis positiv erleben (Kunz & Wilkening, 2005, S. 95ff).

Trotz dieser Unterschiede werden alle unsere Bewohner in der End of Live Care nach den gleichen Prinzipien begleitet, betreut und gepflegt.

Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz benennen wir mit folgenden Begriffen: Liebe, Bindung, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Trost (Kitwood, 2008, S. 122ff). Das Ziel, diese Bedürfnisse möglichst zu erfüllen, wird durch unsere Pflegenden mit den nötigen fachlichen und menschlichen Kompetenzen, fundiertem Wissen und einer sogenannten personenzentrierten Haltung angestrebt (Held & Ermini-Fünfschilling, 2006, S. 22ff). Haltungen und Einstellungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind im „Betreuungskonzept Menschen mit Demenz“ beschrieben.

In diesem Zusammenhang betonen wir nochmals die Werte der Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder anderen wichtigen Personen der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner. Vor allem bei der Biografiearbeit, bei der Informationen aus dem früheren Leben des Betroffenen erfasst werden, benötigen wir das Wissen der Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Freunde und Bekannten, da sich die Menschen selber meist nicht mehr genügend verbal ausdrücken können (Kostrezewa, 2005, S. 124).

Die Schmerzerfassung und -behandlung bei Menschen mit Demenz beruht – wie bei allen anderen Bewohnerinnen und Bewohnern auch – auf Schmerzerkennung, Schmerzerfassung und Schmerztherapie. (Siehe Standard „Schmerz“) Im Alltag werden Schmerzen oft durch Verhaltensveränderungen erkannt. Unruhe, Aggressivität, verminderter Appetit oder Schlafstörungen, wie auch Veränderungen der Mimik, der Körperhaltung und Mobilität können beobachtet werden. Für die Erfassung der Schmerzen wenden wir das validierte ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes zur Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen wie z.B. Demenz) an (Kunz & Wilkening, 2005, S. 95ff).

10 Symptommanagement

10.1 Symptome

Bei chronisch kranken, multimorbiden älteren Bewohnerinnen und Bewohnern und am Lebensende treten Symptome auf, die durch geeignete Massnahmen effektiv minimiert werden können. Um diese Leiden zu lindern, erfassen wir die häufigsten störenden Symptome der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ab dem Eintritt systematisch und regelmässig. Das ESAS besteht aus neun visuell-analogen Skalen zur selbständigen Beurteilung der Intensität der häufigsten Symptome (Neuenschwander, 2006, S. 249ff).

Der Umgang mit dem Instrument ist in einer internen Handlungsanleitung (Anhang 3) beschrieben. Bei Menschen mit Demenz erfolgt die Einschätzung mit Hilfe der Angehörigen durch die Bezugspflegernde. Die subjektiven Symptome Erschöpfung und Depression werden dabei nicht beurteilt.

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

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

(Siehe Anhang „Leitfaden Symptommanagement“)

10.2 Pflegekonzepte, -verfahren und –methoden

In der praktischen Pflege, Betreuung und Behandlung wenden wir folgende Pflegekonzepte, -verfahren und -methoden an: Kinästhetik, Basale Stimulation, Validation.

11 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" (BAG, 2012) sind Empfehlungen bezüglich der Bildung im Bereich Palliative Care formuliert. Es wird festgehalten, dass folgende übergeordnete Bildungsziele für die in 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 (BAG, 2012, S. 17ff).

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 bei der dipl. Pflegefachfrau HF und der dipl. Aktivierungsfachfrau HF, wird Palliative Care bereits im Rahmenlehrplan erwähnt (BAG, 2012, S. 13).

Auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes Kanton Thurgau (2010, S. 27ff) beteiligt sich der Kanton an den Weiterbildungskosten Palliative Care in den unterschiedlichen Ausbildungsniveaus palliative ch (palliative ch, 2011b). Der Einführungskurs zur Sensibilisierung steht auch externen an der Betreuung beteiligten Personen wie Seelsorgern, Ärzten sowie Freiwilligen und Therapeuten offen.

Da sich unsere Institution nicht zertifizieren lässt, nutzt sie das kantonale Angebot für die Fort- und Weiterbildung in Palliative Care wie folgt:

- Alle Mitarbeitenden der Institution besuchen den Einführungskurs.
- Die Mehrheit der Pflegenden mit Abschluss auf Niveau Sekundarstufe II oder Tertiärstufe verfügt über eine A1-Qualifikation in Palliative Care.
- Pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner besucht 1 Mitarbeitende einen A2-Kurs.
- 1 Mitarbeitende absolviert den B1-Kurs (übernimmt die Leitung Internes Palliative Care-Team) (Kanton Thurgau, 2010, S. 29).

Das schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) der FMH hat allgemeine Lernziele, welche für alle 44 Facharztausbildungen gelten, in die Weiterbildungsordnung (WBO) aufgenommen. Damit werden zunehmend verschiedene für die Palliative Care relevante Schlüsselkompetenzen als Bildungsziele vermittelt. Im Bereich "Ärztliche Fortbildung" bestehen lokale Fortbildungsangebote (BAG, 2012, S. 12).

12 Umsetzung und Evaluation

Die Verantwortung für die Umsetzung von Palliative Care liegt in unserer Institution bei der Leitung des Careteams und der Heimleitung.

Zur Umsetzung benutzt unsere Institution als Zielvorgaben die in diesem Grundlagenkonzept Palliative Care erwähnten Qualitätskriterien der Liste C für Langzeitpflegeinstitutionen von palliative ch (2011a). Zudem plant unsere Institution die Umsetzungsschritte detailliert und verwendet das im Anhang angefügte Vorlagendokument (Massnahmenplan der Umsetzung), welches auf die einzelnen Schritte und Rahmenbedingungen angepasst wird. Eine Evaluation erfolgt anhand der Qualitätskriterien der Liste C im Rahmen von Selbstevaluationen.

12.1 Weiterentwicklung dieses Grundlagenkonzeptes Palliative Care

Dieses Grundlagenkonzept Palliative Care wird vom internen Palliative Care-Team mindestens alle drei Jahre auf Aktualität der Inhalte überprüft.

13 Abschluss

Jeder Mensch ist nicht nur er selber, er ist auch der einmalige, ganz besondere Punkt,
wo die Erscheinungen der Welt sich kreuzen, nur einmal und nie wieder.
Darum ist jedes Menschen Geschichte wichtig und jeder Aufmerksamkeit würdig.

Hermann Hesse

Datum der Erstellung: 31.3.2014

Projektteam, Heimleitung und punktuelle Mitarbeitende:

Agnes Kerrison (Leitung), Gabriela Trachsel, Annemarie Schwinger, Sr. Fina Broich, Dr. med. Markus Oettli

Lisbeth Brücker (Projektbegleitung)

Datum der nächsten Überprüfung:

31.3.2017 (alle 3 Jahre)

Verantwortlich für die Qualitätssicherung:

Heimleitung: Agnes Kerrison

14 Literatur- und Abbildungsverzeichnis

- Baumann-Hölzle, R. & Arn, C. (Hrsg.). (2009). Ethiktransfer in Organisationen. Basel: EMH und Schwabe.
- Bullinger, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In M. Rose (Hrsg.), Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. *Habilitationsschrift*. Berlin Humboldt-Universität.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2010): Nationale Strategie 2010-2012. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2012). Nationale Strategie 2013-2015, Bilanz Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG & Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, BBT (2012). Nationales Bildungskonzept. Palliative Care und Bildung. Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen). Bern: BBL, Verkauf Bundespublikationen.
- Curaviava Schweiz (2007) BESA. System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung.
- Gesundheitsgesetz 810.1 Gesetz über das Gesundheitswesen vom 05.06.1985 (Stand 01.01.2013)
- Hasemann, W. (2007). Unterstützung (pflegender Angehöriger in der Palliative Care in C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 375ff). Bern: Huber.
- Held, C. & Ermini-Fünfschilling, D. (2006). Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. Basel: Karger AG.
- Hirslanden, Privatklinikgruppe Hirslanden (2012). Pflege – Sterben – Religion. Mitarbeitendenhandbuch für den Umgang mit Sterbenden und Angehörigen aus unterschiedlichen Glaubensrichtungen. Zürich: Kromer Print.
- Heimerl, K. (2007) Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende in C. Hospizdienst Thurgau (2013). Zugriff am 05.02.2013 auf <http://www.hospizdienst-thurgau.ch/index.php/hospizdienst>.
- Husebö Sandgathe, B. & Husebö, S. (2005). Die letzten Tage und Stunden. Palliative Care für Schwerkranke und Sterbende. Firma Grüenthal GmbH.
- Kanton Thurgau. Departement für Finanzen und Soziales, Gesundheitsamt (01. November 2010). Palliative Care Thurgau, Umsetzungskonzept. Frauenfeld: Büromaterial-, Lehrmittel- und Drucksachenzentrale.
- King, C.R. & Hinds, P.S. (2001). Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven, Theorie – Forschung – Praxis. Bern: Huber.
- Kitwood, T. (2008). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Knipping, C. (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 134ff). 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.
- Manthey, Marie (2005). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber.
- Müller-Hergl, C. (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenerbeit und das Verfahren des Dementia Care Mappings. In P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (S. 248-261). Frankfurt: Mabuse.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Bern: Krebsliga Schweiz.
- palliative ch (2011a), Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung Arbeitsgruppe Qualität. Qualitätskriterien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C), Zugriff am 08.02.2013 auf http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/agqualitaet_kriterienliste_C_DE.pdf.
- palliative ch (2011b). Ausbildungsniveaus in Palliative Care. Zugriff am 08.02.2013 auf http://www.redcross.ch/activities/health/palliativ/redcross_anhang5_AusbildungsniveausPalliativeCare.pdf.

- Paul, C. & Müller (2007). Trauerprozesse verstehen und begleiten. In C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 410ff). Bern: Huber.
- Pereira, S., Fonseca, A. & Carvalho A. S. (2011). Burnout in Palliative Care: A Systematic Review. *Nursing Ethics*, 18(3) 317-326.
- Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.). (2005). Palliativpflege-Grundlagen für Praxis und Unterricht (2. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Porchet-Munro, S., Stolba, V. & Waldmann E. (2006). Den letzten Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. Basel: Schwabe.
- Pro Senectute Schweiz (2012). DOCUPASS – Das Dossier für Ihre persönlichen Vorsorgedokumente. Zugriff am 08.02.2013 auf <http://www.pro-senectute.ch/angebote/themen-rund-um-das-alter-fuer-senioren/docupass-patientenverfuegung.html>.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of Palliative Care. *The Carers. BMJ Journals*, 316(7126), 208–211.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK (2006). Ethik in der Pflegepraxis, Bern.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Band 2). (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Bern: Hogrefe-Verlag.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013). Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.
- Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften, SAMW, (2013). Patientenverfügung. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2001): Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens: Gemeinsame Erklärung SBK/FMH. Zugriff am 06.02.2013 auf www.sbk-asi.ch.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht (2008). Art. 360-456. Zugriff am 19.02.2013 auf <http://www.admin.ch/ch/d/sr/210/index2.html#id-2-3>.
- Spital Thurgau AG (2013). "Palliative Plus" – mobiles Beratungs- und Unterstützungsangebot. Zugriff am 05.02.2013 auf <http://www.stgag.ch/spital-thurgau-ag/angebot-finder/innere-medizin/palliative-care/palliative-plus-mobiles-beratungs-und-unterstuetzungsangebot.html>.
- Spital Thurgau AG (2013). Palliativstation Kantonsspital Münsterlingen. Zugriff am 05.02.2013 auf <http://www.stgag.ch/kantonsspital-muensterlingen/angebot-finder/innere-medizin/palliative-care/palliativstation-kantonsspital-muensterlingen.html>.
- WHOQOL (1998). Division of mental health and prevention of substance abuse, World Health Organisation. User Manual. WHO/MNH/MHP/98.4. S. 1 – 88.
- Zingg, S. (2012). Psychische Belastungen bei der Umsetzung von Palliative Care in Langzeitpflegeinstitutionen. Nichtveröffentlichter Leistungsnachweis. Zürich: Kalaidos Fachhochschule.

Abb. 1:

Barmherziger Samariter, Spitalschwestern Luzern

Abb. 2:

Bigorio Expertengruppe "palliative ch" (2010). Caring for the carers. Konsens zur "best practice" für Palliative Care – Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz. Zugriff am 07.02.2013 auf http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2010_DE.pdf.

15 Anhang

15.1 Links

- Ambulanter Hospizdienst, Geschäftsstelle www.hospizdienst-thurgau.ch
- Berufsbildungszentrum für Gesundheit und Soziales www.bfgs.tg.ch
- Curaviva www.curaviva.ch und www.heime-thurgau.ch
- Caritas www.caritas.ch
- Krebsliga Thurgau www.tgkl.ch
- Lungenliga Thurgau www.lungenliga.ch/de/thurgau/startseite.html
- MS-Gesellschaft, Muskelzentrum AIS St. Gallen www.muskelkrank.ch
- Multiplesklerose Gesellschaft www.multiplesklerose.ch
- Palliative Gesellschaften www.palliative.ch und www.palliative-ostschweiz.ch
- Palliative Plus, STGAG/KSM, das mobile Beratungs- und Unterstützungsangebot www.stgag.ch/kantonsspital-muensterlingen/angebot-finder/innere-medizin/palliative-care.html
- Parkinson-Gesellschaft www.parkinson.ch
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner www.sbk-asi.ch

15.2 Musterleitfäden Symptommanagement

Folgende Musterleitfäden werden von den geplanten Palliative Care-Fachgruppen (Curaviva) für das Symptommanagement für Langzeitpflegeinstitutionen erarbeitet:

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

15.3 Dokumente APH Eppishausen

Anhang 1	Patientenverfügung
Anhang 2	Handlungsanleitung 2, Patientenverfügung
Anhang 3	Handlungsanleitung 11, Umgang mit ESAS
Anhang 4	Handlungsanleitung 12, Notfallplan

Anhang 1

Patientenverfügung

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Nach einem ausführlichen Gespräch mit (Arzt, Pflegefachperson, Seelsorger, usw.):

gebe ich nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich dazu einmal nicht mehr in der Lage sein sollte.

1. Alle meine bisherigen Patientenverfügungen hebe ich hiermit vollständig auf.

2. Meine Einstellung, Erfahrungen, Gedanken, Werte zu Leben und Tod, Krankheit, Abhängigkeit, Lebensqualität, Würde:

3. Wenn bei aussichtsloser Prognose oder im Endstadium einer Krankheit elementare Lebensfunktionen so schwer beeinträchtigt sind, dass das Leben nur durch dauernden Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen aufrechterhalten werden kann und mein Zustand von sich aus zum Tode führen wird, sind alle diagnostischen und therapeutischen lebensverlängernden Massnahmen zu unterlassen. Vorbehalten bleiben Massnahmen der Palliative Care.

4. Bezüglich Palliative Care wünsche ich, dass aufgrund einer ganzheitlichen Beurteilung angemessene Massnahmen getroffen werden, um belastende Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Durst, Angst, Unruhe oder Übelkeit zu lindern. Ich nehme ausdrücklich in Kauf, dass Massnahmen der Palliative Care,

- mein Leben verkürzen können: Ja Nein Weiss nicht
- mein Bewusstsein beeinträchtigen können: Ja Nein Weiss nicht

5. Meine Willenserklärung in Bezug auf Zulässigkeit der folgenden Massnahmen:

Eintrag auf Versichertenkarte: Ja Nein Weiss nicht

Reanimation: Ja Nein Weiss nicht

Langdauernde Künstliche Ernährung: Ja Nein Weiss nicht

Autopsie: Ja Nein Weiss nicht

Transplantation: Ja Nein Weiss nicht

6. Hiermit bestätige ich, dass ich in Bezug auf mein fortgeschrittenes Alter, meine Erkrankungen, deren mögliche Komplikationen und palliativen (lindernden) therapeutischen Massnahmen ärztlich aufgeklärt und beraten wurde. Diese Aufklärung beinhaltete folgende Aspekte:

7. Ich wünsche, dass die vorliegende Patientenverfügung im Rahmen des rechtlich Zulässigen respektiert wird. Soweit in dieser Verfügung Weisungen fehlen, soll der nachfolgend ernannte Vertreter einen Entscheid gemäss meinem mutmasslichen Willen und meinen Interessen fällen. Die behandelnden Ärzte und Pflegepersonen haben sich mit dem Vertreter zu besprechen, falls lebenswichtige Entscheide zu treffen sind. Gegenüber dem Vertreter entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Personen vom Berufsgeheimnis. Zu meinem Vertreter bestimme ich:

Name / Vorname:

Adresse / Wohnort:

Telefon / E-Mail:

Sollte der Vertreter für diese Aufgabe dannzumal nicht geeignet sein, den Auftrag nicht annehmen oder an dessen Ausübung verhindert sein, bestimme ich ersatzweise als Vertreter:

Name / Vorname:

Adresse / Wohnort:

Telefon / E-Mail:

8. Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung: Ja Nein

Wenn ja, möglichst durch:

9. Weitere Wünsche, insbesondere Gestaltung der Sterbephase, erwünschte und unerwünschte Personen, Sterbeort, religiöse Handlungen, Bestattung:

Datum:

Unterschrift:

Diese Verfügung habe ich nach einem Gespräch mit (Arzt, Pflegefachperson, Seelsorger, usw.)

erneuert bzw. aktualisiert:

Datum:

Unterschrift:

Anhang 2

Handlungsanleitung 2

Die Patientenverfügung

Leitfaden für das Vorgehen

Im Rahmen der Informationssammlung BESA, im Assessment, wird im Bereich Lebensperspektiven nach einer Verfügung gefragt.

Eine Patientenverfügung zu erstellen ist als Angebot zu verstehen, es ist nicht gedacht, dass bei allen Bewohnern eine Verfügung eingesetzt werden muss.

Eine Patientenverfügung hat zum Ziel, dem Bewohner die Möglichkeit zu geben, seinen Willen in Bezug auf das Sterben und den Tod zu äussern und zu dokumentieren. Er kann so sein Selbstbestimmungsrecht und seine Selbstverantwortung wahrnehmen.

Eine Patientenverfügung wird grundsätzlich vom Hausarzt angeregt.

Die Aufklärungen und Gespräche werden in der Regel aber von der Bezugspflegerin initiiert und sind Teil des Assessmentgesprächs. Bringt der Bewohner keine Patientenverfügung mit, gibt sie oder die Lebensbegleiterin ihm ein Formular.

Die Bezugspflegerin organisiert das Beratungsgespräch, auf Wunsch mit dem Hausarzt. Sie kann das Gespräch an die Lebensbegleiterin delegieren. Gemeinsam werden alle Aspekte der Verfügung besprochen und dokumentiert.

Die Angehörigen werden vom Bewohner selber oder auf dessen Wunsch von der Teamleiterin informiert.

Die unterschriebene Verfügung wird im letzten Fach der Pflegedokumentation abgelegt. Eine Kopie erhalten der Hausarzt und die als Vertreter bezeichnete Person.

Die Patientenverfügung soll ca. alle 2 Jahre überprüft und evtl. erneuert werden.

Auf der ersten Seite der Pflegedokumentation wird Folgendes festgehalten:

Patientenverfügung Ja / Datum

Rea + (= Ja) oder Rea – (= Nein) / Datum

Ist der Bewohner nicht mehr in der Lage seinen Willen zu äussern, wird mit dem Hausarzt, der Bezugspflegerin und der 1. Kontaktperson des Bewohners ein Gespräch geführt. In wohlwollender Absicht soll der mutmassliche Wille des Bewohners ergründet und auf dem Pflegeauftrag unter Spezielles „Wünsche zu Palliative Care und Sterben“ dokumentiert werden.

Anhang 3

Handlungsanleitung 11

Umgang mit dem Einschätzungsinstrument ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Ziel

Mit diesem Einschätzungsinstrument können die neun häufigsten Symptome bei chronisch- und schwerkranken Menschen und in der Sterbephase (End of Life) erfasst werden.

Vorgehen

Die Symptomerfassung erfolgt durch die Bezugspflegerin.

Der Bewohner schätzt nach Möglichkeit die Intensität der störenden Symptome selber ein, indem er die für ihn bezeichnende Zahl einkreist.

Die Bezugspflegerin überträgt den Wert auf das Einschätzungsinstrument.

Bei Bewohnern mit Demenz erfolgt die Einschätzung mit Hilfe der Angehörigen. Dabei können die „subjektiven“ Symptome Erschöpfung und Depression nicht erhoben werden und bleiben auf dem Blatt leer.

Häufigkeit

In den ersten drei Tagen nach Eintritt des Bewohners.

Wenn keine Symptome angegeben werden Wiederholung einmal monatlich, danach halbjährlich.

Bei chronisch- und schwerkranken Menschen und in der Sterbephase in stabilen Situationen: wöchentlich.

Bei wechselnden oder schlecht kontrollierbaren Symptomen: täglich.

Durchführung

ESAS wird bei allen chronisch- und schwerkranken Menschen und in der Sterbephase angewendet. Die Durchführung des ESAS und allfällige Besonderheiten der Situation des Bewohners werden im Pflegebericht unter ESAS festgehalten.

Über auffällige Ergebnisse der Einschätzung wird der Hausarzt informiert.

Hohe Einstufungen bedürfen pflegerischer und/oder medizinischer Sofortmassnahmen, bis die Werte tiefer bleiben.

Die Behandlung störender Symptome wird mit dem Hausarzt angegangen.

Anhang 4

Handlungsanleitung 12

Notfallplan

**Verordnung von Massnahmen durch den Heimarzt Dr. med. M. Oettli
in medizinischen Palliativ- und Notfallsituationen sowie End of life Care.**

**Dieses Papier ist eine Argumentationshilfe für die Pflegefachfrau bei der Zusammen-
arbeit mit Hausärzten, die keine Fortbildung in Palliative Care haben.**

Was tun bei terminalem Herzversagen?

1. Akutes vom terminalen Herzversagen unterscheiden

Langsame Entwicklung, Ergebnis einer allgemeinen Schwäche oder des hohen Alters. Oft nur wenige Zeichen eines zunehmenden Lungenödems.

2. Arzt rufen

3. Morphin verabreichen

5-10 mg subkutan, alle 4-6 Stunden

Was tun bei Todesrasseln?

1. Medikamente

Buscopan 0.3-0.6 mg (= 0.015-0.03ml mit Insulinspritze) subkutan alle 4-6 Stunden, in Kombination mit Morphin subkutan.

2. Lagerung des Bewohners

Alle 3-4 Stunden umlagern nach Lagerungsplan. Oberkörper hochlagern, Seitenlage hat oft positive Wirkung, da das Sekret besser abfließen kann.

Fenster öffnen, evtl. Ventilator

3. Kein Absaugkatheter!

Es ist sinnlos und verursacht mehr Schaden als Nutzen.

4. Angehörige über das Phänomen informieren

Als präfinales Rasseln (auch: "*Todesrasseln*") wird die geräuschvolle Atmung vor Todesertritt bezeichnet. Bei etwa 60-90% aller Sterbenden tritt dieses Symptom auf.

Das Atemgeräusch entsteht durch das Vibrieren von Bronchialsekret in den unteren Atemwegen und ist daher nicht durch Absaugen zu beheben. Obwohl dieses Symptom mehrere Stunden bestehen kann und von Angehörigen oft als "schweres Atmen" empfunden wird, scheint der Sterbende keine Atemnot zu leiden, wenn er ansonsten ruhig und entspannt wirkt.

Was tun bei einer Lungenentzündung?

- 1. Arzt konsultieren für Diagnosestellung**
Schwerpunkt der kurativen Behandlung evtl. auf palliative Massnahmen verlegen.
- 2. Verschriebene Medikamente verabreichen**

Was tun bei Atemnot oder beschleunigter Atmung?

- 1. Keine Sauerstoffgabe**
Fenster öffnen, Oberkörper hochlagern
- 2. Medikamente:**
Morphin 5-10 mg subkutan alle 4-6 Stunden. Steht der Bewohner schon in Behandlung mit Morphin > Erhöhung der Dosis um 50% (Die Richtigkeit der Dosierung bei Morphin zeigt sich an seiner Wirkung).

Was tun bei Schmerzen?

- 1. Niedrige Dosierung an Schmerzmitteln, da die Toleranz bei alten Menschen oft reduziert ist.**
 - Dafalgan bis 4x.1 g
 - Novalgin Tropfen bis 8x 20 Tropfen
 - Targin 10-50mg alle 12 Stunden
- 2. Morphin geben**
5-10 mg alle 4 Stunden subkutan. (Oft reichen einige Einzeldosen vor dem Sterben aus).
- 3. Verabreichen von Steroiden (Dexamethason)**
Fortecortin 4-12-16 mg/Tag, bis die Tabletten nicht mehr geschluckt werden können.
- 4. Andere Verabreichungsformen in Erwägung ziehen**
 - Schmerzpflaster (Fentanyl, Transtec). In der ersten Woche des Therapiebeginns 2x 1 Tbl. (oder Supp.) Paspertin verabreichen.
 - Suppositorien

Was tun bei Fieber?

- 1. Fiebersenkende Massnahmen einleiten**
Paracetamol oder Novalgin
Kalte feuchte Umschläge um die Unterschenkel oder in der Leistengegend für 20 Minuten. Tücher nicht zudecken.
Ganzkörperwaschung mit Pfefferminztee
Behandlungen können so oft wie nötig wiederholt werden.

Was tun bei Unruhe, Angst und Panik?

1. Menschliche und fachliche psychosoziale Fürsorge

Versuchen, die Hauptursache der Unruhe oder Angst zu finden. Rühren sie von:

- der Entwicklung der Krankheit?
- mangelnder Information?
- Symptomen, die man erkennen und behandeln muss?
- Unsicherheit in Bezug auf Diagnose, Prognose und Behandlung?
- unerwünschten Nebenwirkungen der Behandlung?
- Problemen in der Familie?
- einer Depression oder beginnender Demenz?
- der Entwicklung in der letzten Lebensphase?

2. Medikamente

- Benzodiazepine, Temesta expidet
- Opioide (wenn die Angst aus Schmerzen oder Dyspnoe herrührt)
- Morphin, Morphinpflaster

Was tun gegen Durst und seine Behandlung mit Flüssigkeit?

1. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Infusionen beim Sterbenden den Durst lindern. Infusionen und Flüssigkeit durch Sonden können die Probleme des Bewohners noch vergrößern.
2. Anfeuchten von Lippen, Mund und Rachen. Behandlung allfälliger lokaler Infektionen im Mund. (Siehe Handlungsanleitung 4 „Mundpflege in der letzten Lebensphase“)
3. Angehörige informieren über Palliative Care und deren Nutzen.
4. Evtl. Luftbefeuchter (Defilbiss) einsetzen.

Was tun bei Verwirrtheit oder Delir?

1. Erwägung einer Reduktion oder Absetzen allfälliger Medikamente

Das Morphin sollte aber nicht abgesetzt werden.

2. Haldol verabreichen bei Delirsyndromen, die verbunden sind mit Agitation und Hyperaktivität

Start mit 1-2 mg per os oder subkutan 2x pro Tag (kann bis zu 10 mg/Tag erhöht werden).

Auch Dormicum subkutan kann denselben Effekt haben (3-10 mg 3-4x pro Tag).

3. Unterstützung der Angehörigen

Erlen:

Dr. med. M. Oettli, Heimarzt

Notfallplan

Bewohner: Name:

Vorname:

Schmerzen

1.

2.

3.

Übelkeit

1.

2.

Verstopfung

1.

2.

Angst

1.

2.

Datum:

Unterschrift Arzt:

15.4 Massnahmenplan der Umsetzung

Die Langzeitpflegeinstitution wählt aus den 65 Qualitätskriterien von palliative ch diejenigen Kriterien aus, an denen sie arbeiten möchte. Das Gesundheitsamt des Kantons Thurgau prüft im Rahmen der Aufsichtstätigkeit die Umsetzung der Kriterien wie folgt:

- 8 Kriterien der vom Heim gewählten spezifischen Qualitätskriterien
- 15 Kriterien der vom Heim gewählten allgemeinen Qualitätskriterien in der Langzeitpflege.

Kriterium X => spezifische Palliative Care-Qualitätskriterien

Kriterium X => allgemeine Qualitätskriterien in der Langzeitpflege

Legende	
Careteam CT Gabriela Trachsel GT, Leitung Annemarie Schwinger AS Heimleitung HL, PDL	Seelsorgedienstleitung SL Seelsorgedienst SD Betriebskommission BK
Bezugspflegerperson BP Teamleitung TL Tagesverantwortliche TV Lebensbegleiterin M. Kreis /L	Patientenverfügung PV

A. Konzept

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zu Palliative Care. ¹	Neues Konzept gem. Mustervorlage Curaviva TG	• Konzept für Palliative Care	HL	März 2014
2. Alle Mitarbeitenden mit direktem Bewohnerkontakt kennen das Konzept und wenden es an.	Schulung aller Mitarbeitenden für die Anwendung der Schwerpunkte	• Teilnehmerliste	CT	Dez. 2014
3. Die Gültigkeit des Konzeptes wird periodisch überprüft. ²	In Betriebs-/Jahresziele aufnehmen Kriterienkatalog Palliative Care (Liste C) alle 3 Jahre evaluieren	• Jahresziel • Umsetzung der Massnahmen	HL	2014 2017
4. Der Ansatz Palliative Care ist im Leitbild des Betriebs aufgenommen.	Im Leitbild aufgeführt	• Jahressziel	HL BK	März 2014
5. Die Grundhaltung, Möglichkeiten und Angebote von Palliative Care werden intern und extern regelmässig kommuniziert.				
6. Verantwortlichkeiten, Prozesse und Instrumente zur Verankerung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliative-Care-Konzeptes sind definiert und werden regelmässig überprüft und angepasst.				

¹ Das Konzept Palliative Care kann übergeordnet oder Teil eines umfassenden Pflege- und Betreuungskonzept sein.

Es umfasst im Minimum:

- eine Umschreibung des Begriffs "Palliative Care" ("Was ist Palliative Care für uns?");
- den Leistungsauftrag und die Kernkompetenzen der Einrichtung;
- eine Umschreibung der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten;
- eine Beschreibung des Leistungsangebots der Einrichtung;
- eine Beschreibung, durch wen und wie die Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung der Einrichtung im Versorgungsnetz;
- das Anforderungsprofil des Teams;
- eine Beschreibung der wichtigsten Betriebsabläufe.

² Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus dem Konzept hervorgeht, in welchen zeitlichen Abständen und durch wen das Konzept überprüft werden wird.

B. Anamnese des Bewohners/der Bewohnerin

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
7. Beim Heimeintritt wird geprüft, in welcher Art eine palliative Behandlung und Begleitung für den Bewohner/die Bewohnerin indiziert ist.	Eintrittsgespräch Befinden wird systematisch erfasst	<ul style="list-style-type: none"> • Biografie • Überweisungsrapport • PV • Vorsorgeauftrag • Standardisierte/individuelle Pflegeplanung • BESA • Handlungsanleitung Eintritt 	CT BP	laufend
8. Während des Aufenthalts wird regelmässig ⁴ überprüft, ob und in welcher Art die palliative Behandlung und Begleitung angemessen ist.				
9. Die körperlichen Symptome werden regelmässig und laufend erfasst und evaluiert mittels anerkannter Instrumente. ³	Austausch Kernteam, Arzt und Pflege wöchentlich, monatlich oder nach Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegestandard 4 • ESAS • Patientendokumentation 	CT BP	laufend
10. Die psychischen und seelischen Symptome werden regelmässig und laufend erfasst und evaluiert.	Rapport Kernteam - Pflege und einmal wöchentlich mit SL	<ul style="list-style-type: none"> • BESA • Schmerzprotokoll • Patientendokumentation (schwarzer Eintrag Seelsorge) 	CT BP SL	laufend
11. Soziale Verhältnisse, Biografie, spirituelle Ressourcen und Bedürfnisse, Werte und Grundhaltungen sowie Gewohnheiten des Bewohners bzw. der Bewohnerin sind bekannt und dokumentiert und werden bei Pflege, Behandlung und Begleitung berücksichtigt.	Informationssammlung mit Assessment Eintritt Befindlichkeitsgespräch Pflegeplan erstellen SD stellt sich vor	<ul style="list-style-type: none"> • BESA • Biografie- Erhebung • Überweisungsrapport • Patientendokumentation • PV 	CT BP SD	laufend
12. Für demenzkranke Bewohner/Bewohnerinnen werden spezifische Assessmentinstrumente bzw. Methoden angewendet.	Regelmässige, systematische Verlaufserfassung bei End of Life-Care durch die Bezugspflegerin und evtl. mit den Angehörigen. Wünsche zu Palliative Care und Sterben werden mit den Angehörigen und dem Arzt besprochen und festgehalten	<ul style="list-style-type: none"> • ECPA • BESA • ESAS • Mini-Mentaltest • Pflegedokumentation • Papier „Wünsche zu Palliative Care und Sterben“ • Externe Fachstellen (Memoryklinik) 	CT TL GWG PDL/HL Arzt	Dez 2014 laufend

³ „regelmässig“ bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen die Überprüfung stattfindet. Dies kann eine allgemeine Regelung über die maximale Frist zwischen zwei Überprüfungen sein, oder es ist in der Patientendokumentation individuell vermerkt, wann die nächste Überprüfung stattfinden wird.

C. Behandlung, Begleitung und Betreuung

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
13. Der Bewohner/die Bewohnerin wird regelmässig bei geäusserten oder beobachteten Veränderungen nach seinem/ihrem Befinden gefragt.	Regelmässiges bewusstes Nachfragen nach den Bedürfnissen/dem Wohlbefinden.	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebericht • Arztvisite • Pflegeplanung 	CT BP alle	1x/Wo
14. Die persönlichen Wünsche und Anliegen des Bewohners/der Bewohnerin sind massgebend für die Behandlungsplanung und Tagesgestaltung.	Oberstes Ziel ist die Lebensqualität, formuliert aus Sicht des Bewohners. Diese ist individuell, wird erfragt und fortlaufend dokumentiert und überarbeitet.	Eintrittsgespräch Biografie Pflegeauftrag Plan Gruppenaktivierung	BP alle	laufend
15. Der individuelle Pflege-, Behandlungs- und Begleitungsbedarf und entsprechende Massnahmen sind für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin erfasst und dokumentiert.	Aus Eigenwahrnehmungen und Fremdeinschätzung (Bewohner- und Pflegesicht) resultiert ein klares und differenziertes Gesamtbild der Ressourcen und Defizite. Regelmässiges Überprüfen des Pflegeprozesses	<ul style="list-style-type: none"> • BESA • Biografie • Patientendokumentation • Tagesrapport • Pflegefachgespräch 	TV BP	laufend 14-tägig
16. Behandlungen, Pflege und Begleitung werden im Rahmen von Standortgesprächen regelmässig gemeinsam mit dem Bewohner sowie auf dessen Wunsch mit den Angehörigen evaluiert und angepasst; sie sind dokumentiert.				
17. Der Behandlungs- und Pflegeplan wird regelmässig durch das interprofessionelle Team überprüft, angepasst und dokumentiert. ⁴	Rapport mit Heimarzt/Pflegefachperson 1x/Wo oder bei Bedarf mit Hausärzten 1x/Mt oder bei Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Arztvisite • Eintrag grün in Pflegedokumentation 	BP CT	1x/Wo 1x/Mt
18. Mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit vorhandenen Krankheiten werden vorausschauend diskutiert und die Vorgehensweisen und Handlungsoptionen festgehalten.	Kontinuierliche Erfassung und Anpassung des Symptomanagements, Notfallplan mit Reservemedikamenten Notfallplan von Palliativstation, Palliative Plus berücksichtigen Leitfaden für Umgang mit Palliative plus End of life: Handlungsanleitung Notfallplan um Verordnungen einzuholen Pflegefachgespräch ist institutionalisiert	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung, Visite • Reservemedikamente • Diagnosenliste • Individuelle Vereinbarungen in Pflegedokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsanleitung 12 (Anhang 4) <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll in Ordner 	CT BP TL	laufend Dez. 2014 April 2015
19. Seelsorgliche Unterstützung, psychosoziale und spirituelle Angebote stehen auf Wunsch zur Verfügung; bei psychischem Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, Suizidabsicht etc.) werden Fachpersonen wie Psychologinnen, Seelsorger etc. vermittelt/beigezogen.	Die seelsorgerische und spirituelle Begleitung ist auf Wunsch 24 Std. gewährleistet.	Präsenz Seelsorge und Lebensbegleiterin Pflegedokumentation	SD /L	laufend

⁴ Interprofessionell im Setting der Langzeitpflege bedeutet mindestens Arzt und Pflegefachpersonal.

⁵ In der Bewohnerdokumentation festgehaltene Ziel- und Wirksamkeitsüberprüfung beispielsweise mittels Visiten, Standortgesprächen, Rundtischgesprächen, Bewohnerinnen-Besprechungen.

D. Bewohnerrechte

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
20. Der Bewohner/die Bewohnerin bzw. die stellvertretende Person und die Angehörigen kennen den zuständigen Arzt und die zuständige Pflegefachperson bzw. ihre Stellvertretenden und umgekehrt.	Weiterbetreuung durch bekannten Hausarzt Heimarzt Dr. Oettli Bezugspflegende als Erstkontaktperson ist definiert und festgehalten	Kardex Visite Stammblatt Türschild mit Name der Bezugspflegenden	BP	laufend Dezember 2014
21. Der Bewohner bzw. die vertretungsberechtigte Person ⁶ ist über seine/ihre Rechte informiert, so dass er/sie diesbezüglich freie Entscheidungen treffen kann. ⁷				
22. Der Umgang mit Patientenverfügungen (PV) ist geregelt.	Handlungsanleitung/Leitfaden PV Routinemässig: Nachfrage und Angebot zum Ausfüllen und/oder Besprechen Festhalten, ob vorhanden/nicht erwünscht Leitfaden PV überarbeiten	PV im letzten Fach der Pflege-dokumentation	BP /L HL, GT	laufend April 2015
23. Das Vorhandensein einer bevollmächtigten Vertrauensperson wird abgeklärt. ⁸				
24. Bei Urteilsunfähigkeit ist die stellvertretende Person gemäss Erwachsenenschutzgesetz bestimmt.				
25. Die Mitwirkung von Angehörigen an Entscheiden über Behandlung und Therapien erfolgt in Absprache mit dem Bewohner.				
26. Die Einrichtung verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid.	Aktive Sterbehilfe ist verboten und Beihilfe zum Suizid wird abgelehnt. Entsprechende Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen sind weder erwünscht noch zugelassen.	<ul style="list-style-type: none"> • Leitbild • Seelsorgekonzept • Sitzungsprotokoll 28.11.2013 • Allg. Vertragsbedingungen • Hausordnung 	BK HL	Nov. 2013
27. Diese Grundsatzklärung und diesbezügliche Praxis ist den Bewohnern, ihren Angehörigen und dem Team bekannt.		<ul style="list-style-type: none"> • Allg. Vertragsbedingungen • Hausordnung • Info beim Erstkontakt • Schreiben an Mitarbeitende, Bewohner und Angehörige 	HL	laufend April 2014
28. Das Prozedere bei Wunsch oder Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid ist festgelegt.				
29. Ein strukturiertes, interprofessionelles Verfahren für komplexe Entscheidungssituationen ist definiert und wird praktiziert.				

⁶ Gemäss Erwachsenenschutzgesetz Artikel 378 (gültig ab 2012)

⁷ zum Beispiel Recht auf Selbstbestimmung; Recht auf rechtzeitige und angemessene Information und Aufklärung; Recht auf Einsicht in alle Unterlagen und Dokumentationen, welche die eigene Person betreffen; Recht auf die Verweigerung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen; Recht auf die Verweigerung von Auskünften etc.

⁸ Die bevollmächtigte Vertrauensperson trifft an Stelle und im Sinne des Patienten bzw. der Patientin Entscheide, falls der Patient bzw. die Patientin nicht mehr selber entscheiden kann. Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Regelung, wie in jenen Fällen verfahren wird, in welchen Patientinnen oder Patienten keine Vertrauenspersonen bezeichnen wollen.

E. Ärztliche Behandlung

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
30. Die medizinische Begleitung und Behandlung ist rund um die Uhr sichergestellt.	In Notfallsituationen wenden wir uns an die behandelnden Ärzte. Abends bis 22:00 Uhr, an den Wochenenden und an Feiertagen nehmen wir mit der Notfallpraxis Münsterlingen Kontakt auf. In den übrigen Zeiten wird der Notfallarzt kontaktiert.	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung Notarzt • Pflegedokumentation • Notruftelefonliste • Telefonspeicher 	Pflegepersonal	laufend
31. Die Ärzte nehmen an interprofessionellen Rapporten teil.				
32. Die Ärzte wenden in der Palliativen Medizin anerkannte Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung an. ⁹				
33. Für die Ärzte besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, wer in den nächsten drei Jahren welche Weiter- und Fortbildungen absolvieren wird.				

⁹ Es stehen noch keine spezifischen Richtlinien für die Langzeitpflege zur Verfügung. Soweit zutreffend sind z. B. die Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, veröffentlicht unter www.palliative.ch, Stichwort „best practice“ oder NEUENSCHWANDER Hans et al. (2006): Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. Krebsliga Schweiz, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2006, 308 Seiten. zu berücksichtigen.

F. Pflege

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
34. Die für den Bewohner verantwortlichen Pflegefachpersonen nehmen an interprofessionellen Rapporten und Kolloquien teil.				
35. Der mündliche und schriftliche Informationsaustausch unter den Pflegenden ist gewährleistet.	<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Pflegerapporte im Team • Beobachtungen mündlich austauschen und gemeinsam nach Optimierungen suchen Schriftlicher Informationsaustausch mit Dokumentation • Alle 2-3 Monate obligatorische Teamsitzungen mit Besprechung von Bewohnersituationen • Kadersitzung • Sitzung Pflege- und Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerapport • Pflegedokumentation • Protokolle aller Sitzungen und Pflegefachgespräche (unterzeichnet nach dem Lesen und im Ordner Protokolle abgelegt) 	CT alle	laufend
36. Pflegefachpersonen arbeiten mit Pflegestandards, welche sich an in der Palliative Care allgemein anerkannten Richtlinien und Empfehlungen orientieren. ⁹				

37. Für die Mitarbeitenden der Pflege besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, welche Weiter- und Fortbildungen in den nächsten drei Jahren von wem besucht werden.			
---	--	--	--

G. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
38. Es gibt eine Einführung bezüglich Anwendung von Palliative Care für neu eintretende Mitarbeitende.				
39. Die Leitung der Einrichtung ist um das Wohlergehen des Teams besorgt. Entsprechende Unterstützung und Massnahmen stehen zur Verfügung.				
40. Der interprofessionelle Informationsaustausch und die Zusammenarbeit inkl. Küche, Hausdienst, Administration etc. ist sichergestellt.	Förderung des Austauschs bei der Arztvisite, und mit den Therapeuten beim Pflegerapport. Mit Küche und Hausdienst kontinuierlich mündlich und alle zwei Monate schriftlich nach der Kadersitzung Rapport mit SL 1x/Wo	Arztvisite Wunschkostformbestellung für Küche Protokoll der Kadersitzung	CT TL HL SL	laufend
41. Das interprofessionelle Team hat Anspruch auf unterstützende Beratung.				
42. Ein Fortbildungsplan für alle Berufsgruppen mit direktem Bewohnerkontakt besteht (Fortbildung Inhouse/Extern).	Fort- und Weiterbildungsangebot ist ausgerichtet auf Palliative Care Weiterbildungsplan 2014 mit dem BfGS Gezielte Fort- und Weiterbildung ist gewährleistet	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmerliste • Konzept Fort- und Weiterbildung 	HL	Dez. 2014 jährlich
43. Die Rollen und Aufgaben der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sind geklärt.	Die Schwestern der Familie Mariens begleiten Bewohner/ Angehörige am Lebensende und in Krisensituationen	Konzept Seelsorge	SD	
44. Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer werden für ihre Aufgaben besonders geschult und haben Anspruch auf Anleitung und Begleitung.				

H. Information und Einbezug der Angehörigen

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	überprüfbar	Zuständig	Termin
45. Angehörige ¹⁰ werden als wichtiger Teil des sozialen Netzes des Bewohners/der Bewohnerin einbezogen.	Individuell erwünschter Einbezug und Begleitung der Angehörigen allgemein und in ihrer Trauer. Pflegestandard 07 „Angehörigenarbeit“ und operative Empfehlung zur „Angehörigenarbeit“	Bewohneranlässe, Papiere „Eintritts- und Standortgespräche und Wünsche zu Palliative Care und Sterben“ in Pflegedokumentation, Meldung bei Verschlechterung, Einbezug in Entscheidungsprozess (Protokoll)	BP CT HL	laufend
46. Die Angehörigen werden nach Bedarf vom Betreuungsteam begleitet.				
47. Die Angehörigen können sich an der Pflege und Betreuung beteiligen, wenn der Bewohner /die Bewohnerin dies wünscht oder zulässt.	Die Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege und Betreuung ist erwünscht und im Standard 07 „Angehörigenarbeit“ beschrieben.	Abmachungen in Pflegedokumentation Einladung zu Anlässen	BP CT	laufend
48. Die Angehörigen haben rund um die Uhr ein Besuchsrecht.	Angehörige sind jederzeit willkommen. Auf Wunsch wird ihnen ein Schlüssel des Bewohnerzimmers ausgehändigt.	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation 	BP CT	laufend
49. Die Angehörigen können von Verpflegungs- und Schlafmöglichkeiten in der Einrichtung der Langzeitpflege Gebrauch machen.	Angebot besteht individuell, Verpflegung und Liegemöglichkeit wird angeboten	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation und mündl. Rapport • Angehörigenausagen • Notbett/Lehnstuhl 	BP CT	laufend

¹⁰ Angehörige: Zu den Angehörigen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder oder Geschwister sein, Ehe- oder Lebenspartner oder weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft).

I. Abschiedskultur

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
50. Die betrieblichen und räumlichen Voraussetzungen gestatten ein Sterben in Würde und ein Abschiednehmen gemäss den Bedürfnissen der Angehörigen.	Angehörigen wird Raum und Zeit gegeben zur Begleitung und zum Abschied nehmen. Auf Wünsche wird wenn immer möglich Rücksicht genommen. Angehörige bestimmen, wie lange der Verstorbene im Heim/Zimmer bleibt. In Hauskapelle: Stille/Rückzug, Andacht oder Heilige Messe	mündliche Infoweitergabe Pflegedokumentation Benutzung Hauskapelle	BP SL	laufend
51. Persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, Umgebung, Atmosphäre in der Sterbephase und Vorgehen im Todesfall werden besprochen, schriftlich festgehalten, regelmässig aktualisiert und nach Möglichkeit realisiert.				
52. Die Angehörigen werden im Abschiednehmen und in der Trauer ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet und unterstützt. Bei Bedarf werden spezifische Angebote oder Fachpersonen vermittelt.				
53. Die Vorkehrungen nach dem Todesfall werden mit den Angehörigen besprochen und festgelegt.	Frühzeitige Absprache mit Angehörigen und schriftlich festhalten Infosammlung/Befindlichkeitsgespräch	PV Pflegedokumentation Papier „Wünsche zu Palliative Care und Sterben“	BP CT	laufend
54. Den Angehörigen wird auch nach dem Tod des Bewohners /der Bewohnerin Unterstützung und Begleitung angeboten.				
55. Die Mitarbeitenden sowie andere Bewohner bzw. Bewohnerinnen haben Gelegenheit und Möglichkeit, von einem sterbenden oder verstorbenen Bewohner Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen.	Möglichkeiten zum Abschied nehmen: letzter Besuch im Zimmer Ritual beim Eingang Bewohner können, Mitarbeitende nehmen an der Beerdigung teil	<ul style="list-style-type: none"> • Gedenktisch mit Foto, Blumen, Kerze, Erinnerungstück für drei Tage • Kondolenzkarte an Beerdigung 	BP TL	laufend
56. Die Institution verfügt über eine Form, der Verstorbenen zu gedenken.	Gedenkfeier an Allerseelen	Namensliste	CT	2. Nov. Allerseelen
57. Die Einrichtung der Langzeitpflege ermöglicht den Angehörigen der verschiedenen Religionen und Religionsgemeinschaften individuelle Trauerritten gemäss ihren Traditionen und nach betrieblichen Möglichkeiten zu pflegen.				
58. Die Verstorbenen werden – je nach Wunsch unter Beteiligung der Angehörigen – respektvoll versorgt und aufgebahrt.				

J. Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
59. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind festgelegt.				
60. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind den Interessierten zugänglich.				
61. Der Zugang zu spezialisierten Palliative-Care-Diensten ist sichergestellt. Bei Bedarf werden Fachpersonen und -dienste beigezogen.	<p>Kernteam ist bekannt und arbeitsfähig, zuständige Personen kennen ihre Aufgabe, ihre Kompetenzen sind festgelegt. Zusammenarbeit mit dem Palliative Plus Team KSM ist bekannt und geregelt.</p> <p>Leitfaden Palliative Plus gibt Sicherheit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liste der CT-Ansprechpersonen • Verordnung Logopädie/Physiotherapie • Seelsorgeeintrag • Pflegedokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen von Palliative Plus sind bekannt • Leitfaden erstellen 	<p>CT</p> <p>CT PDL</p>	<p>laufend</p> <p>Dez. 2014</p>
62. Bei Übertritten in einen anderen Versorgungskontext bzw. in eine andere Institution ist der Informationsfluss bzgl. Behandlung und Betreuung gewährleistet.				
63. Ein regelmässiger ¹¹ Austausch mit regionalen Palliative-Care-Netzwerken ist sichergestellt.				

¹¹ "regelmässig" bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen der Austausch stattfindet.

K. Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Qualitätskriterien	Umsetzungsmassnahmen	Überprüfbar	Zuständig	Termin
64. Kritische Zwischenfälle ¹² werden systematisch erfasst, gemeldet und im Team besprochen.				
65. Geeignete Massnahmen werden beschlossen und umgesetzt, und ihre Wirksamkeit wird überprüft.				

¹² Kritischer Zwischenfall: Ereignis, welches den Bewohnern und Bewohnerinnen, ihren Angehörigen, den Mitarbeitenden oder der Einrichtung insgesamt Schaden zufügt oder mit grosser Wahrscheinlichkeit Schaden zugefügt hätte, wäre es nicht rechtzeitig entdeckt worden. Für die Menschen in der Einrichtung kann es sich um einen körperlichen oder psychischen Integritätsschaden bis hin zum Tod, aber auch um einen materiellen Schaden handeln. Schadenfolgen für die Einrichtung können Beschwerden, Klagen, Reputationsverlust und finanzieller Verlust sein.