

Palliative Care Konzept



Erstellt durch die Bereichsleitung Pflege
und dem Team der Stationsleitungen
des Kloster Ingenbohl

Zuletzt überarbeitet im Oktober 2021

INHALT	Seite
1. Einleitung	3
2. Definition	3
3. Die Ziele der Palliative Care	4
3.1 Spirituell Care	5
3.2 Total Pain	5
3.3 Die vier Dimensionen des Schmerzes	5
4. Kurative und Palliative Behandlung	6
5. Selbstbestimmung (Autonomie) der Bewohnerinnen	6
6. Definition / Grundhaltung zur Sterbehilfe	7
6.1 Direkte Sterbehilfe	7
6.2 Indirekte Aktive Sterbehilfe	7
6.3 Passive Sterbehilfe	7
6.4 Suizidbeihilfe (Assistierter Suizid)	7
7. Die Sterbebegleitung	7-8
8. Die Abschiedskultur	8
9. Offenheit, Emotionen zulassen, Kommunikation	9
10. Weiterbildung der Mitarbeitenden	9
11. Symptombehandlung	9
12. Mitgeltende Dokumente	9
13. Anhang I: AA Arbeiten nach dem Tod s. OR Arbeitshandbuch	9
14. Quellenverzeichnis	9

Die verwendete weibliche Sprachform gilt sinngemäss für Ordensschwestern, Frauen und Männer.

1. Einleitung

Im Jahr 2009 haben das Eidgenössische Departement des Innern und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor*innen die Nationale Strategie Palliative Care vorgestellt. Das Hauptziel der Nationalen Strategie ist die Verankerung von Palliative Care im Gesundheitswesen. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz sollen damit eine ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten. Mit der Revision der Gesundheitsverordnung im Jahr 2009 hat der Schwyzer Regierungsrat das Recht auf palliative Behandlung und Betreuung von Schwyzer Patient*innen gesetzlich verankert. Mit der Erarbeitung eines Versorgungskonzeptes (Juli 2010) wurde die aktuelle Situation der Palliative Care unter Mitwirkung einer Arbeitsgruppe aus Fachexperten im Kanton Schwyz ermittelt und der konkrete Handlungsbedarf im Sinne von Empfehlungen definiert. Es entstand das Palliative Care Umsetzungskonzept (August 2012), welches als Grundlage für das Konzept Palliative Care Alterszentrum St. Josef gilt.

Als Absichtserklärung zur Förderung und Anwendung von Palliative Care wurde in Zusammenarbeit mit den Fachexperten der erwähnten Arbeitsgruppe eine Charta Palliative Care erarbeitet. Diese formuliert Leitlinien und Grundsätze der palliativen Behandlung und Betreuung. Das Institut Ingenbohl hat die Charta am 19. Dezember 2014 unterschrieben. Leitlinien und Grundsätze der palliativen Behandlung und Betreuung gelten als weitere wichtige Grundlagen unseres Konzeptes.

Sämtliche Mitarbeitende aller Fachbereiche werden laufend zu diesem Thema geschult. Ziel für uns alle ist es, eine gemeinsame Werthaltung zu entwickeln und diese in die Praxis umzusetzen. Das Thema Palliative Care soll dem Berufsalltag frische Impulse geben, neue Ideen sollen in die Praxis einfließen.

«Ziel der Strategie ist die Verankerung von Palliative Care im Gesundheitswesen»

2. Definition

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen¹ mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.

Im Alterszentrum St. Josef respektieren wir das Leben und seine Endlichkeit:

- Wir achten die Würde und Autonomie der Bewohnerinnen und stellen ihre Prioritäten in den Mittelpunkt.
- Wir streben eine optimale Linderung bei belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an.
- Wir ermöglichen rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

«Bis zum Tod die bestmögliche Lebensqualität gewährleisten»

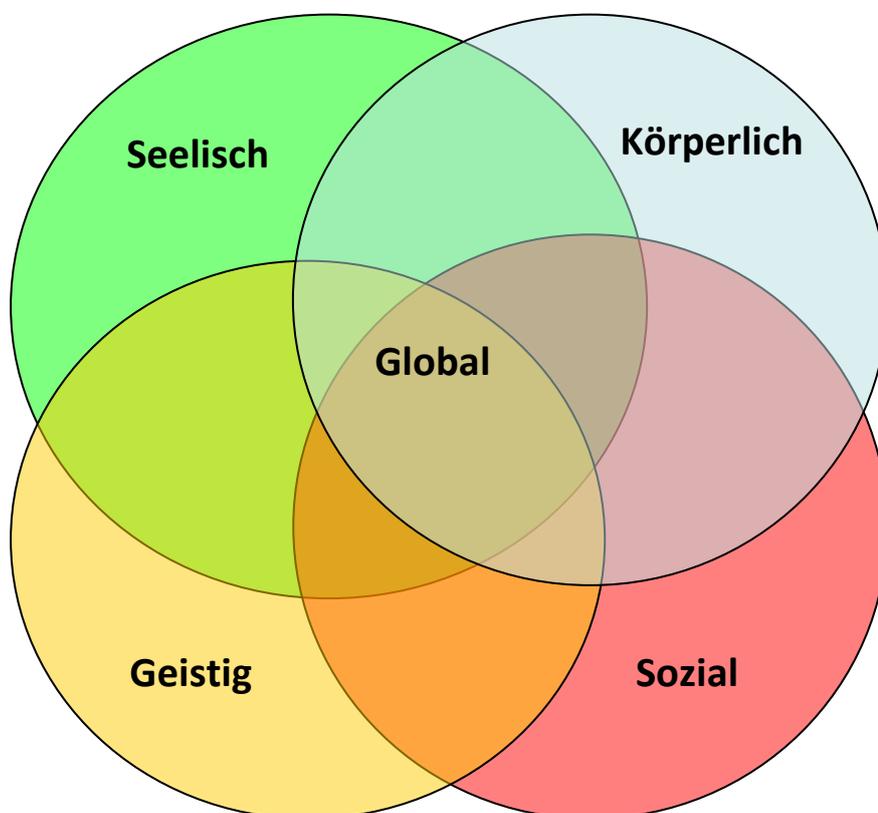
¹ Als Angehörige im Sinne dieses Konzepts werden die einem Bewohner nahestehenden Personen, insbesondere das Betreuungsteam, Ehe- und Lebenspartner sowie nächste Verwandte oder enge Bezugspersonen bezeichnet

3. Die Ziele von Palliative Care

Palliative Care soll nicht als Konzept für sich alleinstehen, sondern als Haltung in die ganze Heimphilosophie einfließen und allen zugutekommen. Im Zentrum unseres Handelns stehen Individualität, Autonomie, Würde und Wohlbefinden unserer Bewohnerin². Es sollen Schmerzen und belastende Symptome erfasst und gelindert, bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt gefördert oder erhalten werden. Das Sterben und der Tod werden thematisiert, die Angehörigen unterstützt – auch über den Tod des Bewohners hinaus.

Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

- Körperliche Beschwerden lindern:
Schmerzen, Atemnot, Mundtrockenheit, Unruhe
- Seelische Beschwerden lindern:
Angst, Depression, Verluste, Verzweiflung, Wut, Aggression
- Soziale Beschwerden lindern:
Rückzug, Einsamkeit, Verlassenheit, Trauer, Depression
- Spirituelle Schmerzen lindern:
Sinnkrise, Glaubenskrise, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Verlust von Vertrauen und Zuversicht, Existenzielle Not



Die gute Zusammenarbeit innerhalb des Alterszentrum St. Josef und auch ausserhalb – mit Ärzten, Seelsorgern, Therapeuten und anderen Beteiligten – ist uns wichtig. Diese Vernetzung ist ein Grundpfeiler von Palliative Care.

«Oberstes Ziel ist die Lebensqualität»

² Die Schreibform Bewohner gilt sowohl für externe Bewohner*innen als auch Ordensschwestern. Für eine angenehme Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden die männliche Form.

3.1 Spirituell Care

Bei Spiritual Care geht es um die geistige Dimension menschlichen Lebens. Sie bezieht sich auf die Identität und die Werte des Menschen, auf seine Beziehung zu Gott, auf alles was seinem Leben Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde verleiht. Dieses Verständnis wird im Alters-Pflege Leitbild mit der für uns in der Pflege verbindlichen Aussage bestärkt:

„Wir unterstützen die Schwestern in ihrer Beheimatung in Gott...; indem wir zur gelebten Spiritualität und zur Sinnfindung beitragen“³

3.2 Total Pain

Diesen Begriff stellte Cicely Saunders⁴ bereits in den 1960er Jahren vor. Für Saunders war von Anfang an klar, dass die emotionale und spirituelle Dimension der Begleitung nicht greift, wenn keine effektive Schmerzkontrolle und Erleichterung bei quälenden Begleitsymptomen gewährleistet ist.

3.3 Die vier Dimensionen des Schmerzes

Pfarrer Wolfgang Weiss⁵, aus dem Hospiz der Diakoniestiftung Lazarus Berlin, erklärt die Begriffe folgendermassen:

Der physische Schmerz

„Hierunter versteht man die rein körperlichen Schmerzen. Der Wunsch, ohne Schmerzen sterben zu können, ist das am häufigsten geäußerte Bedürfnis. Sie werden medikamentös behoben.“

Der psychische Schmerz

„Bei Sterbenden meint der psychische Schmerz besonders die schmerzliche Erfahrung, dass er und seine Angehörigen nur noch die begrenzte Chance haben, letzte Dinge zu erledigen oder ungelöste Konflikte zu einem Ende zu bringen. Angst vor dem Schmerz, der Ungewissheit, dem Leiden, oder dem Versagen sind ebenfalls dieser Kategorie des Schmerzes zuzuordnen. Sich ausgeschlossen oder gar isoliert zu fühlen verursacht ebenfalls Schmerzen. Unabhängig von der Anwesenheit oder Abwesenheit von Menschen, kann Einsamkeit empfunden werden, nämlich immer wieder da, wo das Gefühl bleibt, mit seinen Ängsten und Problemen oder gar Hoffnungen allein zu sein. „Warum versteht mich denn keiner?“

Der soziale Schmerz

„Sterbenden ist es wichtig, im sozialen Umfeld aufgehoben zu sein, umgeben zu sein von Angehörigen, Freunden, dem Pater, all denjenigen, die ihm nahestehen und zu denen er liebevolle Beziehungen unterhält. Aber auch der Wunsch nach Helfern wird deutlich, nach solchen, die stark genug sein mögen, den Sterbeprozess auszuhalten, die in der Lage sind, mit dem Thema Sterben frei umzugehen.“

Der spirituelle Schmerz

„Spirituelle Schmerz ist nicht auf eine bestimmte Religion oder Konfession bezogen. Gemeint ist zunächst eine gewisse transzendente Ebene, bei welcher der Mensch anfängt über sich hinaus zu fragen und dabei unsicher wird. So sind unter spirituellem Schmerz all die Schmerzen zu verstehen, die sich an der Sinnfrage entzünden: Der Frage nach dem Sinn des Lebens, Leidens, Sterbens. Eine nicht selten geäußerte Frage ist die, nach dem „Woher“ und „Wohin“ des Lebens. Fast alle Sterbenden haben Fragen, die unter dieser Dimension zusammenzufassen sind.“

³ Vgl. Alters-Pflege-Leitbild

⁴ Begründerin der modernen Hospizbewegung und Pionierin der Palliativ Care

⁵ In der Hospizbewegung engagierter evangelischer Pfarrer und Autor des Buches «Im Sterben nicht allein. Hospiz»

4. Kurative und Palliative Behandlung

In der Langzeitpflege besteht immer ein Nebeneinander von kurativen (heilenden) und palliativen (lindernden) Massnahmen. Gegen das Lebensende rückt die palliative Haltung in den Vordergrund, ohne dass kurative Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität ausser Acht gelassen werden.

Die Behandlung und Betreuung stellt eine spezielle Herausforderung dar und ist als Teamarbeit mit verschiedenen Fachleuten zu verstehen. (siehe Charta)

Ggf. sind in Absprache mit dem behandelnden Hausarzt weitere externe Fachpersonen einzubeziehen, wie z.B. der telefonische Beratungsdienst des Kompetenzzentrums Palliative Care im Spital Schwyz, konsiliarische Dienste oder seelsorgerische Begleitung.

5. Selbstbestimmung (Autonomie) der Bewohnerinnen

Oberstes Ziel ist die Lebensqualität, formuliert aus Sicht der Bewohnerin. Diese ist individuell verschieden und muss durch Gespräche ermittelt sowie fortlaufend evaluiert und dokumentiert werden.

Alle Bewohnerinnen haben das Recht auf Aufklärung über ihre Krankheit und die möglichen Behandlungsmassnahmen inklusive Vor- und Nachteile. Sie und ihre Angehörigen bestimmen mit über den weiteren Therapieverlauf oder den -verzicht. Wir unterstützen die Bewohnerinnen in der Erstellung einer Patientenverfügung. Ist jemand urteilsunfähig, soll sich der Entscheid am mutmasslichen Willen der betroffenen Person orientieren und wird, je nach Situation, in Zusammenarbeit mit Angehörigen, Arzt und Pflegenden gefällt.

Möchte sich jemand nicht realistisch mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt dieser Person, Hoffnung zu hegen und eine für sie schwierige Situation besser auszuhalten.

«Durch eine gute Aufklärung können viele Ängste abgebaut werden»

6. Definition / Grundhaltung zur Sterbehilfe

6.1 Direkte aktive Sterbehilfe

Ist die gezielte Tötung eines unheilbar Kranken zur Verkürzung des Leidensweges. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Arzt oder ein Dritter der Bewohnerin absichtlich eine Spritze verabreicht, die direkt zum Tod führt. Diese Form der Sterbehilfe ist strafbar.

6.2 Indirekte aktive Sterbehilfe

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

6.3 Passive Sterbehilfe

Liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird. Oft besteht in den letzten Lebenstagen kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit oder Nahrung. Durch eine gute Aufklärungsarbeit mit Bewohnerin und Angehörigen können viele Ängste (z.B. vor dem Austrocknen) abgebaut werden. Eine Entscheidung wird im gegenseitigen Einverständnis aller Betroffenen gefällt. Unser Ziel ist es, das Empfinden und den Willen des Sterbenden zu achten.

6.4 Suizidbeihilfe (assistierter Suizid)

Wird von sogenannten Sterbehilfeorganisationen angeboten. Diese ist gesetzlich erlaubt, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen geschieht. Bei der Suizidhilfe wird der Bewohnerin eine tödliche Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selbst einnimmt.

Grundsätzlich stellen wir uns auf den Standpunkt, dass die Selbstbestimmung von Menschen auch im hohen Alter zu respektieren ist. Die Entscheidung, das eigene Leben in einer bestimmten Lebenssituation zu beenden, unterliegt diesem freien Willen. Als Institution sind wir davon überzeugt, dass es uns mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen möglich ist, die Lebensbedingungen unserer Bewohnerin im Rahmen einer palliativen Pflege so weit zu verbessern, dass der Wunsch nach dem Freitod gar nicht auftritt.

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

Ein assistierter Suizid mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation ist in den Räumlichkeiten des Alterszentrum St. Josef nicht gestattet.

7. Die Sterbebegleitung

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

Folgende Punkte sind uns dabei wichtig:

- Im Tagsteam wird eine Pflegende bestimmt, welche sich um das Wohlergehen des Sterbenden und dessen Angehörigen sorgt. In der Regel ist dies die tagesverantwortliche Person. Sie koordiniert die angepasste Pflege unter Einbezug des Pflegeteams. Dadurch soll eine ruhige, entspannte und persönliche Atmosphäre erreicht werden. Die individuellen Bedürfnisse des Sterbenden stehen im Vordergrund. Persönliche Wünsche werden akzeptiert. Angehörige können jederzeit beigezogen werden.
- Wir setzen alle lindernden Massnahmen bei Schmerzen, Atemnot, Angstzuständen etc. gemäss den neuesten medizinischen Erkenntnissen und ärztlichen Verordnungen ein. Um die grösstmögliche Lebensqualität zu erreichen, ergänzen wir unsere Betreuung und Pflege je nach Bedürfnis mit folgenden Methoden
 - Kinästhetik
 - Luftbefeuchter
 - Musik (Lieblingsmusik);
 - Lieblingsspeisen und -getränke

- Mundpflege mit Lieblingsgetränk (siehe Pflegestandard)
 - Fotos, z.B. von geliebten Menschen, geliebten Orten, Landschaften
 - geliebten Gegenständen (Decke, Kissen, Stofftier)
 - Weihwasser, Gebeten, LED-Kerzen, Kreuz, Rosenkranz, Engeln, Symbolen
 - Aromapflege und Wickel (siehe Aromapflege- und Wickelkonzept)
 - Duftlampe, Salzkristalllampe
- Die pflegerischen Massnahmen besonders bei der Körperpflege, sind der jeweiligen Situation angepasst und dienen vor allem dem Wohlbefinden (Zeit, Umfang, Ziel...).
 - Unsere Türen stehen Tag und Nacht für die Angehörigen offen. Auf Wunsch stellen wir ein Notbett zur Verfügung.
 - Wir nehmen Wünsche und Anliegen von Bewohnern und Angehörigen ernst. Angehörige können auf Wunsch in die Betreuung und Pflege einbezogen werden.
 - Für religiöse Begleitung und Rituale wie Krankensalbung oder Gespräche, kann jederzeit ein Priester aufgebeten werden. Dieses Angebot ist mehrfach möglich und richtet sich nicht nur an sterbende Bewohner, sondern kann von allen auch zwischendurch als Trost in Anspruch genommen werden.
 - Auch Angehörige, Mitbewohner und Mitarbeiter sollen die Möglichkeit erhalten, Abschied zu nehmen.

Das natürliche Ende des Lebens im Heimalltag- begleiten mit Ritualen

8. Die Abschiedskultur

Sterben ist das natürliche Ende des Lebens und hat seinen Platz in unserem Heimalltag. Wenn ein Bewohner uns verlässt, ist es nicht nur für die Angehörigen, sondern auch für die Mitbewohner und für die Mitarbeitenden wichtig Abschied zu nehmen. Mit folgenden Ritualen möchten wir dies ermöglichen:

- Der Bewohner soll nach den eigenen Wünschen oder nach den Wünschen der Angehörigen unter der Einhaltung der offiziellen Vorschriften gekleidet werden.
- Das Zimmer wird aufgeräumt (Entfernen von Geräten und Pflegeutensilien) und der Nachttisch schön hergerichtet (weisses Tischtuch, je nach Person Kreuz, Weihwasser, Engelsfiguren, Fotos, LED-Kerze, Blume...).
- Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, im Zimmer des Bewohners Abschied zu nehmen. Verstorbene können in ihrem Zimmer bleiben, bis sie zum vereinbarten Termin in den Aufbahrungsraum gebracht werden.
- Vor dem Zimmer wird ein kleiner Tisch hingestellt. Darauf befindet sich ein Foto der Verstorbenen sowie persönliche Gegenstände. Der Tisch bleibt bis zur Beisetzung vor dem Zimmer stehen.
- Die Mitbewohner werden durch das Team B über den Todesfall informiert. Bei externen Bewohnern werden die Mitbewohner durch die Bereichsleitung Pflege, deren Stellvertretung oder der Tagesverantwortlichen Person informiert.
- Die Handhabung der Formalitäten und Abläufe sind in der „Checkliste Todesfall“ geregelt.
- Die Bereichsleitung Pflege, Stationsleitung oder die Bezugsperson schreibt eine persönliche Kondulation mit Bezug zur Person an die Angehörigen (gilt für externe Bewohner).
- An den Betreuungs- und Pflegerapporten oder an Teamsitzungen besteht die Gelegenheit, belastende Situationen anzusprechen und Rückschau zu halten.
- Bei Bedarf kann auch jederzeit mit der Pflegedienstleitung das Gespräch gesucht werden.

9. Offenheit, Emotionen zulassen, Kommunikation

Palliative Care verlangt die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen und eine hohe Kommunikationskompetenz. Für uns bedeutet dies Offenheit, Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören, eine wertschätzende Haltung, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen. Eine offene Haltung im Team ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was für die Gesundheit der Mitarbeitenden von grösster Wichtigkeit ist.

10. Weiterbildung der Mitarbeitenden

Zur Umsetzung des Konzeptes wird von den Mitarbeitern eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt. Das Fachpersonal Pflege wird/wurde an 1 Tagen intensiv zum Thema Palliative Care geschult, das Assistenzpersonal, sowie alle weiteren Mitarbeitenden (Hausdienst) 1/2 Tag.

11. Symptombehandlung

Für uns dienen die „Best Practise BIGORIO“ Empfehlungen als Richtlinie für folgende Symptome:

- Angst
- Delir
- Dyspnoe
- Fatigue
- Hydratation
- Nausea
- Obstipation
- Schmerz
- Spiritualität.

Diese sind zu finden unter: www.palliative.ch und sind als PDF im OR Arbeitshandbuch abgelegt.

12. Mitgeltende Dokumente

- Charta Palliative Care Schwyz
- Pflegestandards

13. Anhang I: AA Arbeiten nach dem Tod s. OR Arbeitshandbuch

14. Quellenverzeichnis

www.samw.ch. (26. August 2021). Von <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Palliative-Care.html> abgerufen

Karin Wilkening, Roland Kunz: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen) 2003. 271 Seiten. ISBN 978-3-525-45631-6.

Konzept Palliative Care aus dem Alters- und Pflegeheim Ybrig

- Für die Genehmigung der Übernahme einiger Inhalte bedanken wir uns bei Martin Baumann (Heimleiter).