

1. Auflage 2017

Leseprobe

Palliative Care

Eine Einführung für Mitarbeitende in Institutionen der Altenpflege



Autoren

Eva Niedermann
Claudia Pflugshaupt
Heinz Rüegger
Beatrice Schär
Christoph Schmid

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zum Einstieg	5
1 Einführung	7
1.1 Entwicklung der Palliative Care	7
1.2 WHO-Definition von Palliative Care	8
1.3 Palliative Care in der Schweiz – Nationale Strategie	8
1.4 Palliative Geriatrie – Palliative Care in der Langzeitpflege	11
2 Schlüsselaspekte von Palliative Care	13
2.1 Schlüsselaspekt 1: Lebensqualität	15
2.2 Grundhaltung des Respekts und der Solidarität	19
2.3 Radikale Orientierung an der betroffenen Person	25
2.4 Linderung belastender Symptome	29
2.5 Einbezug von Angehörigen	33
2.6 Sterbebegleitung	37
2.7 Abschiedskultur	41
2.8 Interprofessionalität und Interinstitutionalität	45
2.9 Vorausschauendes Handeln und laufende Evaluation	49
3 Fallbeispiele palliativer Situationen	53
4 Zertifizierung der Qualität von Palliative Care in der Schweiz – ein Bericht	59
Anhang	62
Literatur- und Quellenverzeichnis	72
Abbildungsverzeichnis	75

Wichtige Aktualisierungen finden Sie auf www.careum.ch/service

Vorwort

Sterbealter und Sterbeorte verschieben sich seit Jahrzehnten kontinuierlich. Drei Viertel der Menschen sterben in der Schweiz im Alter von über achtzig Jahren. In den Ländern Mitteleuropas verbringen Betagte die letzte Lebensphase immer häufiger in Alters- und Pflegeinstitutionen. Dies stellt eine grosse Herausforderung für die Institutionen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar.

Palliative Care stellt die Versorgung der multimorbiden (an mehreren Krankheiten leidenden), oft zusätzlich von Demenzerkrankungen betroffenen alten Menschen und ihrer Angehörigen sicher. Sie erfordert eine besondere Haltung und Fachkompetenz der Professionellen und Ehrenamtlichen einerseits, geeignete Strukturen und eine entsprechende Kultur in den betreuenden Einrichtungen andererseits. Palliative Care entwickelte sich primär für die Zielgruppe der an Krebs erkrankten Patienten. Lange fehlte es an der Umsetzung der Inhalte für die Bedürfnisse der Betagten und die Kompetenzen der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen. Erst in den letzten Jahren haben sich die grossen internationalen Fachgesellschaften der Geriatrie und der Palliative Care der Thematik angenommen, Guidelines erarbeitet und Forschungsprojekte gestartet. Auch die Politik hat die Bedeutung der palliativen Versorgung für die ältere Bevölkerung lange kaum beachtet, bis endlich nationale Strategien und Programme ins Leben gerufen wurden.

Internationale Guidelines und nationale Programme sind meistens weit weg vom Patientenbett. Sie erreichen die wichtigste Zielgruppe nicht: die engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen. Lehrmittel, Ausbildungen und Begleitung in der Praxis sowie die Bereitschaft zu Organisationsentwicklung sind nötig, um die Sorgeskultur der Palliative Care in den Institutionen zu verankern und die Kompetenz der Pflegenden zu verbessern. Die vorliegende Publikation ist ein sehr begrüenswerter, wichtiger Beitrag zur Schulung, Vertiefung und Umsetzung dieses Anliegens.

Palliative Care für geriatrische Patientinnen und Patienten wird unter dem Begriff Palliative Geriatrie zu einem nicht mehr wegzudenkenden eigenständigen interdisziplinären Fachbereich. Die Umsetzung ist von Land zu Land unterschiedlich, geprägt von den jeweiligen Strukturen und Traditionen. Trotzdem können wir im Austausch sehr viel voneinander lernen, uns gegenseitig ermutigen und gemeinsamen Anliegen Nachdruck verleihen. Zu diesem Zweck wurde 2015 die deutschsprachige, internationale Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie FGPG gegründet. Als Interessensvertreterin für Palliative Geriatrie will sie Fachverbände, Politik und Kostenträger einbeziehen und auf den Ausbau und die Weiterentwicklung des palliativ-geriatrischen Ansatzes hinwirken. Mit der eigenen «Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie» und Tagungen kommt sie dem Bedürfnis nach erweitertem Wissen nach.

Roland Kunz, Zürich (CH)

Dirk Müller, Berlin (D)

Katharina Heimerl, Wien (A)

Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie

www.fgpg.eu

Zum Einstieg

Die vorliegende Publikation ist ein Arbeitsinstrument zum Thema Palliative Care. Palliative Medizin, Pflege und Begleitung haben zum Ziel, das Leiden von Menschen mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit zu reduzieren und bis zuletzt eine möglichst hohe Lebensqualität aufrechtzuerhalten.

Die nachstehenden Impulse wollen insbesondere Mitarbeitende in Pflegeheimen dazu anregen, ihre berufliche Praxis zu überdenken und im gemeinsamen Gespräch Möglichkeiten zu entdecken, wie eine qualitativ hochstehende Sorgeskultur entstehen kann, die dem heutigen Verständnis von Palliative Care entspricht.

Aufbau

Der Inhalt beschreibt zuerst kurz, wie sich Palliative Care entwickelt hat. Anschliessend werden auf Basis der durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002 formulierten Definition von Palliative Care neun Schlüsselaspekte bestimmt, die für dieses Konzept grundlegend sind. Diese neun Schlüsselaspekte werden im selben Schema beschrieben:

- Schlüsselaspekt (entspricht dem Titel des entsprechenden Kapitels)
- Foto einer alltäglichen Szene aus einem Pflegeheim
- Fragen, die zum eigenen und gemeinsamen Nachdenken anregen.
- Platz für Notizen lädt dazu ein, Beobachtungen und Gedanken zur eigenen Praxis festzuhalten.
- Hinweise, was unter dem jeweils spezifischen Schlüsselaspekt besonders zu bedenken ist.

Nach den Schlüsselaspekten folgen Fallbeispiele. Sie laden dazu ein, die geschilderten Situationen im Licht der neun dargestellten Schlüsselaspekte zu diskutieren und so die Sensibilität für Palliative Care zu vertiefen.

Den Abschluss bildet ein kurzer Bericht darüber, wie in der Schweiz Institutionen im Langzeitbereich für hohe Qualität von Palliative Care zertifiziert werden und wie Institutionen von einem solchen Zertifizierungsverfahren profitieren können.

Wer durch das Arbeiten mit dieser Publikation Interesse bekommt, sich noch intensiver mit Palliative Care auseinander zu setzen, findet weiterführende Literaturhinweise am Schluss und im Anhang Vorgehensweisen zu verschiedenen Gesprächen.

Der Inhalt dieser Broschüre konzentriert sich einerseits auf die sogenannte allgemeine Palliative Care im Unterschied zur spezialisierten Palliative Care, die für Patienten mit besonders komplexen Symptomen oder instabilen Situationen wichtig ist.

Andererseits liegt der Schwerpunkt auf palliativen Situationen in der Geriatrie und im Kontext der Langzeitpflege. Angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung besteht die Hauptzielgruppe der Palliative Care aus älteren und hochbetagten Menschen mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Gebrechlichkeit (frailty) (Quelle: «Allgemeine Palliative» Care von BAG und GDK). Dabei bezieht sich Palliative Care nicht nur auf die Sterbephase, sondern in einem weiteren Sinne auf die letzte Lebensphase, in der die Auseinandersetzung mit unheilbaren, chronisch fortschreitenden Krankheiten eine besondere Herausforderung darstellt.

1 Schlüsselaspekte von Palliative Care

Palliative Care ist wie erwähnt ein Behandlungskonzept für Menschen, die an einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit leiden oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. In solchen palliativen Situationen ist das Gesamtziel nicht mehr auf Heilung ausgerichtet (kurativer Ansatz), sondern belastende Symptome zu lindern und eine möglichst hohe Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten (palliativer Ansatz). Dabei können im Rahmen einer palliativen Gesamtbehandlung auch einzelne kurative oder rehabilitative Massnahmen integriert werden. Folgende Inhalte sind für Palliative Care zentral:

1. Lebensqualität

Palliative Care strebt für unheilbare, chronisch kranke Menschen eine möglichst hohe individuelle Lebensqualität an. Diese bezieht sich zugleich auf die körperliche, psychische, kognitive, spirituelle, soziale und kulturelle Dimension des Menschseins und schliesst Ressourcen und Defizite mit ein.

2. Grundhaltung des Respekts und der Solidarität

Palliative Care leitet dazu an, jedem Menschen mit Respekt vor seiner Würde und Autonomie zu begegnen, in einer Haltung mitfühlender Solidarität (Empathie) sowie der Achtung vor seiner Biografie, seinen Werten und Überzeugungen.

3. Radikale Betroffenen-Orientierung

Im Zentrum von Palliative Care steht immer der betroffene Mensch. Seine subjektive Sicht und sein autonomer Wille sind massgebend für die medizinische Behandlung und Pflege. Palliative Care unterstützt Patienten darin, ihre eigenen Ressourcen zu nutzen und bis zuletzt ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, indem sie schwierige Situationen empathisch mitträgt und fachlich mit Rat und Tat beisteht.

4. Linderung belastender Symptome

Ein zentrales Element von Palliative Care ist die fachliche Kompetenz, körperliche Beschwerden sowie psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Leiden wirksam zu lindern.

5. Einbezug von Angehörigen

Palliative Care sieht den einzelnen Menschen als Teil eines sozialen Beziehungsgeflechts. Sie bemüht sich aktiv darum, auch Angehörige als Mitbetroffene mit ihren Fragen und Bedürfnissen zu begleiten.

6. Sterbebegleitung

Palliative Care betrachtet Sterben als einen Prozess, der zum Leben gehört. Sie unterstützt Sterbende dabei, diesen Prozess so gut wie möglich und auf eine ihnen entsprechende Art und Weise zu meistern.

7. Abschiedskultur

Zur letzten Lebensphase und zum Sterben gehört für alle Beteiligten das Abschiednehmen. Palliative Care entwickelt darum eine Abschiedskultur und begleitet Betroffene und deren Angehörige in ihrem Trauerprozess.

Schlüsselaspekt 1

Lebensqualität

bee



Impuls 1

Fragen zum Reflektieren der eigenen Praxis

- Wie erfassen wir die Lebensqualität einer Heimbewohnerin? Welche Ebenen berücksichtigen wir: die körperliche? die seelische? die kognitive? die spirituelle? die soziale? die kulturelle?
- Wie regelmässig prüfen wir das subjektive Befinden und die Lebensqualität einer Person?
- Wissen wir, wie die betroffene Person ihre jetzige Situation subjektiv erlebt? Was belastet sie? Was erfreut sie? Was ist ihr für ihre Lebensqualität besonders wichtig?
- Was gibt einer Person Halt und Sicherheit? Worin findet sie Geborgenheit und Sinn?
- Bemühen wir uns, zwischen Selbstbeurteilung der Lebensqualität (durch die betroffene Person) und Fremdbeurteilung (z. B. durch uns als Betreuungspersonal) zu unterscheiden?
- Was könnte die Lebensqualität einer Person noch verbessern?
- Haben wir als interdisziplinäres Team alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität eines Heimbewohners ausgeschöpft?

Persönliche Notizen:

Schlüsselaspekt Lebensqualität

Palliative Care strebt für unheilbare, chronisch kranke Menschen eine möglichst hohe individuelle Lebensqualität an. Diese bezieht sich zugleich auf die körperliche, psychische, kognitive, spirituelle, soziale und kulturelle Dimension des Menschseins und schliesst Ressourcen und Defizite mit ein.

Lebensqualität ist variabel und hängt von äusseren und inneren Bedingungen ab. Der Lebenswert und Anspruch auf Lebensschutz hingegen sind von solchen Bedingungen unabhängig; sie sind immer gegeben.

Lebensqualität fördern

Ziel der Palliative Care ist nicht die Heilung und Lebensverlängerung, sondern ein möglichst gutes Leben, also Lebensqualität trotz bleibender Krankheit, Beeinträchtigung und Beschwerden. Dabei ist zu beachten, dass sich die Kriterien für Lebensqualität im Verlauf der Krankheit verändern können.

Eine von palliativen Grundsätzen geprägte Haltung geht davon aus, dass in jedem menschlichen Leben, also auch bei multimorbiden Patienten und solchen mit einer Demenz, Lebensqualität vorhanden sein und gefördert werden kann. Es gibt spezielle Instrumente, um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu erfassen (Becker/Kaspar/Kruse, 2010; Eychmüller, 2015; Neuenschwander/Cina, 2015).

Was Lebensqualität ist, bestimmen die Betroffenen

Lebensqualität ist eine individuelle Grösse. Worin sie besteht und wodurch sie am besten gefördert wird, entscheidet die betroffene Person selbst. Betreuende Personen müssen dies im Gespräch mit ihr immer wieder neu erfragen.

Um Auskunft über die subjektiv empfundene Lebensqualität einer Person zu bekommen, eignet sich eine Frage wie: «Wie geht es Ihnen heute?». Wer so fragt, muss sich auf das Gegenüber einstellen und dessen verbale und nonverbale Reaktionen genau wahrnehmen.

Wichtig ist, sich im Betreuungsteam über das allgemeine Befinden und die Lebensqualität der in einem Heim Wohnenden regelmässig zu unterhalten. Dazu dient z. B. ein täglicher Austausch. (vgl. dazu den Leitfaden für den Pflege-Rapport im Anhang).

Entscheidend für Pflegenden ist, selbstkritisch zwischen der Beurteilung des Befindens durch den Heimbewohner selbst und der Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal oder Angehörige zu unterscheiden. Einziges Kriterium ist, wie die Betroffenen selbst ihre Lebensqualität beurteilen.

Was Betroffene als Lebensqualität empfinden, kann sich im Lauf des Lebens und im Verlauf einer Krankheit je nach Situation ändern.

Zur Lebensqualität trägt bei, die Tagesplanung soweit wie möglich den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen.

Lebensqualität ist mehrdimensional

Lebensqualität ist ein persönliches Empfinden, das sich aus verschiedenen Dimensionen zusammensetzt:

- Körperlich: Schmerzen, Beeinträchtigungen, Abnahme der Sinnesfähigkeit, Mobilität, Wohnraum, Nahrung etc.;
- Psychisch: emotionales Erleben: Freude, Trauer über Verluste, Depressionen, Ängste etc.;
- Kognitiv: geistige Anregungen, Konversation, kulturelle Impulse, Lektüre, Orientierungsfähigkeit, Vergessen, Konzentrationsfähigkeit, Unterstützung und Beratung in Entscheidungsprozessen etc.;
- Spirituell: Sinnfragen, Verwirklichung von Werten, eingebunden sein in ein grösseres Ganzes / den Kosmos / die Natur, religiöse Orientierung etc.;
- Sozial: tragende Beziehungen, Wertschätzung durch andere Personen, für andere bedeutsam sein können (Generativität), Erfahrung von Solidarität, nicht einsam sein, ausgewogene Balance von Alleinsein und Zusammensein, Distanz und Nähe, Rollenverlust, Teilhabe an der Gesellschaft etc.;
- Kulturell: Familienkultur, Rollenverständnisse, Traditionen, Sprache, Musik, kulinarische Gewohnheiten, Verhaltensweisen (wie man sich benimmt, was sich gehört und was nicht, Umgang Mann – Frau), Kunst etc.

Ziel von Palliative Care ist es, unheilbar bzw. chronisch kranke Menschen bei der Suche nach Wegen zu unterstützen, wie Ressourcen mobilisiert werden können, um mit Defiziten umzugehen und dabei möglichst hohe Lebensqualität zu bewahren oder zu erlangen. Dazu gehört insbesondere: Symptome lindern, Selbstbestimmung ermöglichen, Halt und Sicherheit vermitteln sowie Zuwendung und Beratung.

Lebensqualität entsteht auch in Beziehungen. Bereits die erste Begegnung mit Vertreterinnen einer Pflegeinstitution kann darüber entscheiden, ob sich Heimbewohner und ihre Angehörigen willkommen fühlen. Oft ist massgebend, wie eine Pflegeperson auf die Betroffenen zugeht, ihnen die Hand gibt, in die Augen schaut und so Kontakt aufnimmt, dass Vertrauen entstehen kann. Gerade bei Menschen mit Demenz sind adäquate Kommunikation und Beziehungsgestaltung entscheidend für das Wohlbefinden.

2 Fallbeispiele palliativer Situationen

Beispiel 1

Seit einem Jahr wohnt Frau K. in unserer Institution. Den Entschluss in dieses Pflegeheim einzuziehen hat sie selbst gefällt. Ihr Sohn hat sie dabei unterstützt.

Für Frau K. ist Autonomie zentral. Sie legt wert darauf, selbständig zu sein und ihren Tagesablauf mitbestimmen zu können. Auch Bewegungsfreiheit ist ihr wichtig. Durch ihr früheres Engagement in einem Wohltätigkeitsverein hat sie ein grosses soziales Umfeld. Sie trifft sich gerne mit Bekannten und Freunden in der Stadt, besucht Konzerte und ist zu Fuss oder mit dem öffentlichen Verkehr unterwegs.

Frau K. wirkt zufrieden und geht oft ausser Haus; sie informiert das Personal, wenn sie unterwegs ist. Über längere Zeit geht das gut. Dann stürzt Frau K. beim Einsteigen ins Tram. Sie zieht sich kleine Verletzungen zu, die auf der Notfallabteilung eines Spitals versorgt werden. Kurze Zeit später stürzt Frau K. erneut, diesmal im Gedränge des Abendverkehrs. Sie erholt sich, die Blessuren verheilen, doch die Gangunsicherheit nimmt zu. Verlässt Frau K. das Haus, um in die Stadt zu fahren, beschleicht die Pflegenden und Betreuenden ein unsicheres Gefühl: Geht alles gut oder wird Frau K. erneut stürzen? Zur Sicherheit trägt Frau K. einen Notrufknopf, den sie betätigen könnte. Die Betreuenden empfehlen Frau K., Ausflüge eher tagsüber zu unternehmen. Dies empfindet Frau K. als Einschränkung, sie will selbst entscheiden, wann sie unterwegs ist; und zudem finden Konzerte meist abends statt. Im Übrigen sei ihr Sohn einverstanden, dass sie oft unterwegs sei.

Die Stürze häufen sich weiter, Frau K. muss oft während der Spätdienstschicht auf der Notfallabteilung des Spitals abgeholt werden. Die Situation ist schwierig. Die Ärztin informiert den Sohn jedes Mal. Frau K. äussert gegenüber der Ärztin, ihr Sohn sei einverstanden, dass sie alleine unterwegs sei. Die Situation spitzt sich zu, die Pflegenden befinden sich in einem Spannungsfeld: Was wiegt mehr, Autonomie oder Fürsorge? Deshalb findet ein Treffen mit Frau K., ihrem Sohn, der Ärztin und der Stationsschwester statt. Das Resultat des Gesprächs: Die Autonomie und Bewegungsfreiheit von Frau K. stehen über allem; sie soll sich weiter frei bewegen können, Stürze werden in Kauf genommen. Allerdings beschliesst Frau K., künftig mit dem Taxi in die Stadt zu fahren.

Dies geht längere Zeit gut. Dann aber nehmen Gangunsicherheit und Stürze wieder zu; ein selbstständiger Ausflug in die Stadt wird unmöglich. Selbst auf dem Areal des Heims benötigt Frau K. Begleitung, zumal sie immer vergesslicher wird. So oft es geht, begleiten die Betreuenden Frau K. nach draussen. Zunehmende kognitive Einschränkungen machen es für Frau K. allerdings schwierig, geduldig darauf zu warten, dass jemand für einen Spaziergang draussen Zeit hat. Nach einer Teambesprechung setzen sich freiwillige Mitarbeitende ein, die mit Frau K. ausgedehnte Spaziergänge machen.

Der Allgemeinzustand von Frau K. verschlechtert sich erneut, die Sturzgefahr erhöht sich. Die Bewohnerin stürzt nun auch im eigenen Zimmer, besonders nachts. Bewegungseinschränkende Massnahmen wie etwa Bettgitter lehnt sie ab: Sie wolle nicht eingesperrt sein, sonst könne man sie gleich in den Sarg legen!

Reflexionsfrage:

- Wie kann das Personal die Fürsorgepflicht gegenüber Frau K. wahrnehmen, ohne ihre Selbstbestimmung zu beschneiden?

Das weitere Vorgehen (es hätte sicher auch andere Möglichkeiten gegeben):

Das Pflorgeteam schlägt Frau K. vor, am Boden in ihrem Zimmer eine Alarmmatte zu installieren. Damit ist Frau K. einverstanden; sie will keine Bettgitter. Leider bietet die Alarmmatte nachts doch nicht die erhoffte Sicherheit. Frau K. ist oft bereits aus ihrem Bett aufgestanden, wenn die Nachtwache das Zimmer betritt. Das Team bespricht die Situation mit Frau K. erneut. Sie will nach wie vor nicht «eingesperrt» werden, wirkt aber verunsichert. Deshalb ist ein Vorschlag, freiwillige Mitarbeitende einzusetzen, die nachts in ihrem Zimmer anwesend sind und Frau K. bei Bedarf zur Toilette begleiten können. Frau K. willigt ein. Ein paar Nächte geht dies gut, dann äussert Frau K. etwas ambivalent, sie fühle sich unwohl, wenn immer jemand im Zimmer sei, wenngleich sie froh sei, jemanden in der Nähe zu haben. Frau K. fragt, was das Team empfehle.

Die Wichtigkeit der Selbstbestimmung verändert sich. Frau K. wirkt teilweise verunsichert, realisiert ihre Vergesslichkeit und sucht zunehmend Rat. Die Idee ist, die Tür nachts ein wenig offen zu lassen, dann könne sie rufen, falls sie die Klingel nicht finde. Zudem fragt das Team, ob Bettgitter ihr nicht doch ein Mehr an Sicherheit bieten würden. Die Betreuenden schlagen ihr vor, diese einfach einmal zu montieren und versprechen ihr, dass der Spätdienst vor Dienstschluss zu ihr kommt und sie fragt, ob das Bettgitter hochgezogen werden solle oder nicht. Auf diese Weise habe sie immer die Möglichkeit, Nein zu sagen und dieses Nein werde akzeptiert. Damit ist Frau K. einverstanden, da ihre Selbstbestimmung so nicht beschnitten wird. Frau K. ist dankbar für diese Lösung.

Um Frau K. auch sonst in ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen, überlegen die Pflegenden, bei welchen Gelegenheiten sie Frau K. bewusst zwischen verschiedenen Möglichkeiten selbst auswählen lassen können. Es gibt viele kleine, alltägliche Möglichkeiten, Selbstbestimmung ernst zu nehmen: Möchten Sie heute den Rollladen oben oder unten haben? Wünschen Sie die Zimmertür leicht offen oder geschlossen? Soll das Fenster geöffnet oder gekippt werden? Bleibt das Licht im Badezimmer angeschaltet oder lieber nicht? Und jeden Abend um 22 Uhr wird nachgefragt, ob Frau K. das Bettgitter haben will. Frau K. äussert nun jeden Abend, dass sie diese Sicherheitsmassnahme gerne beanspruchen möchte.

Beispiel 2

Herr A., ein 89-jähriger Mann mit schwerer Herzinsuffizienz, antikoaguliert (er bekommt gerinnungshemmende Medikamente) und Diabetiker, lebt seit vielen Jahren im Pflegeheim. Er betont immer wieder, sich hier zu Hause zu fühlen. Herr A. ist ein humorvoller Mensch, der den Kontakt zum betreuenden Team genießt.

Am Morgen geht er mit einem Stock von seinem Zimmer in den Aufenthaltsraum. Er verbringt dort oft den ganzen Tag in einem Lehnstuhl, wo er andere Menschen sieht und hört. Er schläft hin und wieder ein und stört sich zeitweise daran, wenn er von lauten Geräuschen geweckt wird.

Anhang

Kardexvisite

Dauer:	Je nach Situation der Bewohnerin länger oder kürzer
Teilnehmende:	Ärzte, Pflegende, Betreuende. Die betroffene Person selbst ist nicht anwesend.
Leitung:	Ärztin
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässiger interprofessioneller (ärztlicher und pflegerischer) Austausch über das Befinden und die Beschwerden der betroffenen Bewohnerin unter Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen, spirituellen und kulturellen Bedürfnisse. • Überprüfung und wenn nötig Anpassung der Massnahmen auf Basis des Betreuungsansatzes von Palliative Care. Angemessene palliative Behandlung, Betreuung und Begleitung.

Organisatorisches:

- Die Termine der Kardexvisite werden von den zuständigen Ärzten mitgeteilt.
- Eine Pflegefachperson ist so vorbereitet, dass sie zu den folgenden Fragestellungen Auskunft geben kann; sie tauscht sich mit dem Arzt aus.
- Die Pflegefachperson nimmt neue Verordnungen entgegen und ist für deren Dokumentation und Durchführung verantwortlich.

Fragen:

- Welche Äusserungen (verbal/nonverbal) macht der Bewohner über sein Befinden?
- Wie schätzen wir das Befinden ein?
- Äussert die Bewohnerin Beschwerden? (z. B. nach dem ESAS-Schema, siehe Anhang)
- Beobachten wir Beschwerden?
- Hat sich etwas verändert (Atmung, Mobilität, Ernährung, Kognition, Ausscheidungen, Hautzustand, Schlafen/Wachsein, Einnahme Medikation etc.)?
- Ist mit weiteren Beschwerden zu rechnen?
- Haben wir dafür die notwendigen Medikament-Reserven?
- Welche medizinisch-therapeutischen oder diagnostischen Massnahmen müssen wir vornehmen?
- Welche Informationen haben wir von anderen Professionen, die an der Behandlung beteiligt sind?
- Erachten wir die palliative Pflege, Behandlung und Begleitung als der Lebenslage der Bewohnerin angemessen?
- Welche Massnahmen stehen im Vordergrund (kurativ, rehabilitativ, palliativ)?
- Welche weiteren Massnahmen müssen wir treffen?
- Wie geht es den Angehörigen? (Selbst- und Fremdeinschätzung)
- Soll ein Rundtischgespräch organisiert werden?
- Ist der Termin des nächsten Arztbesuchs bekannt?