

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Ausgangslage	3
Einleitung	3
1. Ziele und Maßnahmen für die Palliativversorgung und hospizliche Begleitung	4
1.1 Ziele für die Bewohner*in	4
1.2 Maßnahmen für die Bewohner*in	4
1.3 Ziele für die An- und Zugehörigen	5
1.4 Maßnahmen für die An- und Zugehörigen	5
1.5 Ziele für die Mitbewohner*innen	5
1.6 Maßnahmen für Mitbewohner*innen	6
1.7 Ziele für die Mitarbeitenden	6
1.8 Maßnahmen für die Mitarbeitenden	7
2. Durchführung / Dokumentationshilfen	7
2.1 Erkennen und Erfassen der geriatrischen Palliativpatient*in	7
2.2 Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende	8
2.3 Fallkonferenz / palliative Fallbesprechung	8
3. Ethisches Fallgespräch	8
4. Angepasste medizinische oder medizinisch- pflegerische Versorgung	9
5. Fort- und Weiterbildung	10
6. Vernetzung/ Kooperationen	10
6.1 Ambulante Hospizdienste	10
6.2 Haus- und Fachärzt*innen	10
6.3 Spezialisierte ambulante Palliativ Versorgung (SAPV)	11
6.4 Netzwerk Palliativmedizin Essen (npe)	11
6.5 Krankenhäuser	11
7. Selbstverpflichtung Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen	12

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Inhaltsverzeichnis

Seite

8. Anlagenübersicht

Anlage 1 Palliative Betreuung am Lebensende

– Informationsbroschüre für An- und Zugehörige der KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte

Anlage 2 Screening palliative und hospizliche Bedarfe – Netzwerk Palliativmedizin Essen

Anlage 3 Assessment zur Feststellung palliativen Handlungsbedarfes und zur Evaluierung der Pflegeprozessplanung – Netzwerk Palliativmedizin Essen

Anlage 4 Symptomorientierte Dokumentation in der Sterbephase (SoD, Netzwerk Palliativmedizin Essen)

Anlage 5 Handlungsempfehlungen des Netzwerks Palliativmedizin Essen zur Symptomkontrolle bei:

5.1 Mundtrockenheit

5.2 Luftnot

5.3 Unruhe und Verwirrtheit

5.4 Angst

5.5 Rasselatmung

5.6 Übelkeit und Erbrechen

5.7 Obstipation

5.8 Essen & Trinken am Lebensende

Anlage 6 Handlungsempfehlung Hospizkultur und Palliativversorgung

– Herausgeber Stadt Essen, Kommunale Konferenz Alter und Pflege

Anlage 7 Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen entwickelt im npe, Anlage Palliativversorgung

Anlage 8 Handlungsempfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Ausgangslage

Mit Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung werden prozentual auch mehr **palliativ zu versorgende Menschen in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe bis zum Lebensende versorgt** und betreut. Da die Verweildauer der Betroffenen sich in den letzten Jahren zunehmend verkürzt hat, wird die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zur **Kernaufgabe** der Mitarbeitenden in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen.

Kreberkrankungen machen auch heute noch den größten Anteil der Palliativpatient*innen aus, jedoch hat sich der Blickwinkel in den letzten Jahr(zehnt)en deutlich erweitert. Neben Erkrankungen wie Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Herzinsuffizienz u.a. tritt besonders der **Bedarf der geriatrischen Patient*innen** in den Vordergrund der Handlungsnotwendigkeit. Bei längerer Lebenszeit führen Multimorbidität und dementielle Erkrankungen zu einer längeren Phase nachlassender Leistungsfähigkeit mit einhergehender zunehmender Einschränkung der Lebensqualität. Laut **World Health Organization (WHO)** sollte die Indikationsstellung für eine Palliativversorgung von Patient*innen eher auf der Grundlage ihrer Symptome und Probleme erfolgen, als auf der Grundlage einer bestimmten Diagnose. Somit besteht bei Bewohner*innen mit einer demenziellen Erkrankung ein palliativer Pflege- und Betreuungsbedarf, der je nach Krankheitssituation auch kurative Maßnahmen erfordert. **Die effektive Behandlung interkurrenter Gesundheitsprobleme ist ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität.** Die palliative Versorgung dementiell erkrankter Bewohner*innen ist als Prozess zu sehen, der immer eine veränderte Zielsetzung in der Behandlung und Pflege erforderlich macht.

Einleitung

Dieses Konzept ist das Ergebnis einer Arbeitsgemeinschaft des **Netzwerks Palliativmedizin Essen**. Die an diesem Konzept beteiligten stationären Einrichtungen der Altenhilfe haben alle die Palliative Care implementiert. Sie folgen dem Rahmenplan des Landes NRW zur Etablierung der Hospiz- und Palliativkultur und setzen sich mit ihrer Unterschrift verpflichtend für die Unterstützung und Umsetzung der Ziele der Charta für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ein. Sie sind an einer Weiterentwicklung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in ihren Einrichtungen interessiert und stellen sich einrichtungsübergreifend in der **Arbeitsgemeinschaft der Geriatrischen Palliative Care Teams (GPCT)** dieser prozesshaften Aufgabe.

DEFINITION DER WHO 2002

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung, der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur.

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

1. Ziele und Maßnahmen der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung

1.1 Ziele für die Bewohner*in

- uneingeschränkte Bewohner*innenorientierung
- rechtzeitiges Erkennen des palliativen Versorgungsbedarfes und frühzeitiges Einleiten aller entsprechenden Maßnahmen
- Wahrung und Umsetzung von Wünschen und Bedürfnissen
- Gewährleistung des Rechts auf Selbstbestimmung, Vermeidung von Krankenhauseinweisung, wenn diese nicht gewünscht ist
- Linderung von Symptomen und ihren Auswirkungen mit Kenntnis über bestehende Erkrankungen und Erkrankungsverläufen
- Ethische und Rechtliche Aspekte werden berücksichtigt
- die Indikation für medizinische und pflegerische Interventionen orientiert sich am Einfluss auf die Lebensqualität und misst sich am Gewinn der Selbstständigkeit und Erhalt von Ressourcen
- ein empathisches Miteinander auf Augenhöhe wird gelebt
- die Bewohner*in darf darauf vertrauen, dass in Zeiten der Krise in ihrem Sinne gehandelt wird und erhält vorzeitig eine individuelle Beratung zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung in der letzten Lebensphase
- erhält die Möglichkeit Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende (GVP) zu führen

1.2 Maßnahmen für die Bewohner*in

- vorausschauendes Denken und Planen zu Behandlungszielen am Lebensende mit und für die Bewohner*in fließt in eine achtsame und wertschätzende Pflege und Begleitung ein
- im Wissen um die Biografie sowie die Inhalte der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende (GVP) wird die Autonomie gewahrt und die Individualität respektiert
- die Bewohner*in erhält Angebote der Seelsorge und Kontaktvermittlung zu religiösen Gemeinschaften
- die Kommunikation über Sorgen und Ängste in Krisensituationen am Lebensende und in der Sterbephase wird gepflegt

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

1.3 Ziele für die An- und Zugehörigen / gesetzliche Vertreter*innen

- die Einbeziehung von An- und Zugehörigen / gesetzlichen Vertreter*innen ist fester Bestandteil von Palliative Care und hospizlicher Begleitung
- sie erfahren Respekt, Verständnis und Mitgefühl
- fühlen sich nach ihren Wünschen und Möglichkeiten informiert, einbezogen und unterstützt in der Sterbebegleitung
- An- und Zugehörige / gesetzliche Vertreter*innen erfahren Unterstützung im Umgang mit belastenden Ereignissen, Abschiednehmen und Trauer
- sie wissen um Ansprechpartner*innen und kommunikativen Austausch mit Mitarbeitenden der Einrichtung und ambulanten Hospizgruppen

1.4 Maßnahmen für die An- und Zugehörigen / gesetzlicher Vertreter*innen

- eine Informationsbroschüre zur palliativen Betreuung am Lebensende z.B. „*Palliative Betreuung am Lebensende*“ der KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte wird ihnen zur Verfügung gestellt (*Anlage 1*)
- sie werden zu themenbezogenen Informationsveranstaltungen eingeladen
- An- und Zugehörige werden in Entscheidungsprozesse mit hineingenommen und fühlen sich ernst genommen
- sie erhalten Anregungen und Anleitung zur persönlichen Mitwirkung in der Sterbebegleitung
- es wird die Möglichkeit geschaffen, bei den Bewohner*innen zu übernachten, und der Erhalt von Essen und Trinken in der Zeit der Begleitung wird gewährleistet
- sie erhalten Informationen über Ansprechstellen der Trauerbegleitung und den Besuch eines Trauercafés
- sie werden zu hausinternen Gedenkfeiern eingeladen

1.5 Ziele für die Mitbewohner*innen

- Mitbewohner*innen fühlen sich über Abschiedskultur und aktuelle Sterbeprozesse gut informiert und mit einbezogen
- es besteht die Möglichkeit des persönlichen Abschiednehmens
- Mitbewohner*innen können ihren gewünschten Abstand zum Thema Sterben und Tod wahren
- sie erleben einen würdevollen Umgang mit dem sterbenden Menschen und seiner den An- und Zugehörigen

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

1.6 Maßnahmen für die Mitbewohner*innen

- im Beschäftigungskreis oder bei Veranstaltungen wird die Möglichkeit zum themenbezogenen Austausch gegeben
- die Information über das Versterben einer Bewohner*in erfolgt über die Heimzeitung und wird mit einem Foto des/der Verstobenen und / oder Eintrag im Gedenkbuch auf dem Wohnbereich oder im Eingangsbereich der Einrichtung kenntlich gemacht
- Mitbewohner*innen können an Gedenkfeiern teilnehmen und mitwirken
- sie erfahren den Umgang mit Erinnerungsritualen, erhalten die Möglichkeit zur Teilnahme am Trauercafé nach Einrichtungsangebot

1.7 Ziele für die Mitarbeitenden

- sie verfügen über Grundkenntnisse der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung
- sie sind sensibilisiert in der Entwicklung und Stärkung der hospizlichen Haltung
- sie achten und fördern verbleibende Ressourcen und eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbstbestimmung der Bewohner*innen
- Mitarbeitende berücksichtigen in respektvoller Weise mit Blick auf die Biografie individuelle Lebensgeschichten, charakterliche Eigenheiten und lebenslang erworbene Umgangsformen, die Einstellung zu körperlicher Nähe und anderen Gewohnheiten
- Mitarbeitende wissen um die Inhalte der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)
- Mitarbeitende unterstützen durch gute Krankenbeobachtung, fachkundige Beratung und mit Hilfe der pflegerischen Möglichkeiten eine Symptomlinderung
- sie wissen um die Option einer spezialisierten Palliativversorgung (QPA/SAPV) und um die Anfrage zur Unterstützung einer hospizlichen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst
- Mitarbeitende wissen zur rechtlichen Sicherung um die Wichtigkeit einer transparenten Kommunikation und Dokumentation
- sie haben die Möglichkeit zum kollegialen Austausch mit zertifizierten Mitarbeitenden in Palliative Care / Palliativbeauftragten und der Inanspruchnahme einer Supervision

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

1.8 Maßnahmen für die Mitarbeitenden

- neue Mitarbeitende erhalten über curriculare Schulungen Wissen über die Grundlagen der Palliative Care
- sie erhalten durch eingeführte und modifizierte Dokumentationshilfen Sicherheit im Umgang mit Krisen und Notfällen
- sie erhalten die Möglichkeit des kollegialen Austauschs und die Teilnahme an supervidierte Teamsitzungen
- neue Mitarbeitende werden durch den/die Palliativbeauftragte(n) über einrichtungseigene Standards, Assessments und Handreichungen informiert
- sie reflektieren im Pflege- und Betreuungsteam die Begleitung des sterbenden Menschen

2. Durchführung / Dokumentationshilfen

2.1 Erkennen und Erfassen der geriatrischen Palliativpatient*in

Die Voraussetzung zur Umsetzung des Konzeptes liegt in der Erkennung, Wahrnehmung und Erfassung der individuellen, symptomlindernden Pflege, Betreuung und palliativen Versorgung. Hierzu kann das *„Screening palliative und hospizliche Bedarfe“ (Anlage 2)*, welches durch die npe Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams erstellt wurde, genutzt werden.

Ziel des Instrumentes ist es, jede Bewohner*in ab dem ersten Tag des Pflegeauftrages dahingehend zu erfassen und einzuordnen. Nach positivem Screening erfolgt ein weiterführendes Assessment zur differenzierteren Einschätzung. Hierzu kann das *„Assessment zur Feststellung palliativen Handlungsbedarfes und zur Evaluierung der Pflegeprozessplanung“* des npe genutzt werden (*Anlage 3*).

Es gibt keine allgemeingültige Hierarchie der Symptome und Funktionseinschränkungen nach der die Behandlungspriorität bestimmt wird. Jede(r) Bewohner*in durchläuft ein Assessment zur Erhebung aktueller Symptome, welche die Lebensqualität am meisten beeinträchtigen.

Ob kausale und rehabilitative Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden, bedingt eine sorgfältige Analyse der vorhandenen Symptome bezüglich ihrer Ursache mit notwendiger, sinnvoller und zumutbarer diagnostischer Abklärung. In diesem Assessment wird der Frage nach einem pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Handlungsbedarf differenziert nachgegangen und die Wünsche sowie die individuellen Bedürfnissen zur letzten Lebensphase erfasst.

Die Ergebnisse des Assessment werden in einer Fallkonferenz / palliativen Fallbesprechung mit allen am Pflege- und Betreuungsauftrag Beteiligten vorgestellt und besprochen.

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

2.2 Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende

Jeder Bewohner*in bzw. der gesetzlichen Vertreter*in wird unabhängig von der aktuellen Gesundheitssituation das Angebot einer GVP unterbreitet. Das Beratungsangebot wird zum integralen Bestandteil der Gesamtkonzeption (*Qualitätskonzept*) der Einrichtung und über Druck- bzw. elektronische Medien, z.B. in Form eines Flyers oder über die Homepage bekannt gemacht.

Die „*Handlungsempfehlung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung des npe*“ kann hier ebenfalls genutzt werden.

2.3 Fallkonferenz / palliative Fallbesprechung

Eine Fallkonferenz ist immer zum Zeitpunkt des Erkennens von palliativen Versorgungsbedarfen erforderlich, zusätzlich bei schwerwiegenden gesundheitlichen und / oder psychosozialen Veränderungen. An ihr sollen mindestens die Bezugspflegerinnen und eine Mitarbeitende des Sozialdienstes, sowie nach Möglichkeit auch Hausärzt*in teilnehmen. Wenn erforderlich können Vorsorgebevollmächtigte / Betreuer*in, sowie weitere Therapeut*innen oder auch ehrenamtliche Hospizmitarbeiter*innen eingeladen werden. **Ziel der Besprechung ist die Erarbeitung eines palliativen / hospizlichen Versorgungskonzeptes auf der Grundlage des palliativen Basisassessments sowie der Wünsche und Vorstellungen der Bewohner*in (ggf. unter Einbeziehung der Patient*innenverfügung oder der Niederschrift der Ergebnisse der Gespräche zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende).** Die Ergebnisse der Fallkonferenz werden protokolliert und der Bewohner*innenakte beigelegt.

3. Ethisches Fallgespräch

Ethische Konflikte entstehen immer dann, wenn durch eine aktuelle oder geplante Maßnahme einer der großen medizinethischen Grundsätze (*Autonomie, Nutzen-Wollen, Nicht-Schaden Wollen und Angemessenheit, sowie das Fürsorgeprinzip*) von einer oder mehrerer Beteiligten als gefährdet oder verletzt angesehen werden.

Für diese Situation ist das **Instrument der ethischen Einzelfallberatung** etabliert, wobei verschiedene validierte Modelle (z. B. *das Nimwegen oder das Kölner Konzept*) existieren. Eine wesentliche Bedeutung kommt hier der klinischen Ethikberater*in zu, die idealerweise eine externe und deshalb neutrale Person mit entsprechender Qualifikation ist. Diese legt die Gesprächsteilnehmer*innen fest (*i.d.R. fünf bis zehn an der Versorgung und Begleitung beteiligte Personen, sowie Bewohner*in mit ggf. Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer*in*), Ort und Zeit des Beratungsgesprächs und prüft, ob alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Sachinformationen vorliegen. Ihr obliegt die Moderation des Gespräches, die Erstellung des Protokolls und die schriftliche Fixierung der Empfehlung der Einzelfallberatung. **Diese hat keinen bindenden sondern nur beratenden Charakter.** Es gelingt aber in aller Regel eine einvernehmliche Konfliktlösung zu erzielen, die bei allen Beteiligten dann ein großes Gefühl der Sicherheit und Entspannung auslöst.

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

4. Angepasste medizinische oder medizinisch- pflegerische Versorgung

Nach dem von der Pflege erstellten Maßnahmenplan erfolgt die angepasste medizinisch, pflegerische Versorgung in Absprache mit der Hausärzt*in.

Im Vordergrund stehen die Überprüfung der bestehenden Medikation sowie die Anpassung der Bedarfsmedikation. Ziel ist es, in der Sterbephase die bestehende kurativ ausgerichtete Medikation auf das Notwendigste zu beschränken und die Bedarfsmedikation zur Symptomlinderung zu überprüfen und anzupassen. Gerade in der letzten Lebensphase können eine Anzahl von unerwünschten Symptomen wie Angstzustände, Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und Erbrechen auftreten, denen schnell entgegen gewirkt werden muss. Daher sind diese Bedarfsmedikamente im Vorfeld mit behandelnder Hausärzt*in abzusprechen. Im Rahmen eines komplexen Symptomgeschehens kann über eine hausärztliche Verordnung die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)** hinzugezogen werden.

Bei der pflegerischen Versorgung steht die „Wohlfühlpflege“ im Vordergrund. Der Bewohner*in wird eine Körperpflege ausschließlich nach ihren Wünschen angeboten. Inhalte aus der basalen Stimulation finden hier Berücksichtigung. Prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeerkrankungen werden überprüft und reduziert. Die Durchführung orientiert sich an der bestehenden Symptomatik, z. B. schmerzlindernde Lagerung, und dem Wohlbefinden der Bewohner*in/Palliativpatient*in.

Die Sterbephase ist eine sehr intime und sensible Phase. In dieser Phase steht ausschließlich die symptomorientierte Behandlung im Vordergrund. Häufig können sich Bewohner*innen in dieser Phase nicht mehr gut oder gar nicht äußern, daher werden alle im Vorfeld besprochenen Maßnahmen und Wünsche umgesetzt. Empathisches Vorgehen ist besonders wichtig, um aufmerksam auf die jeweilige sich schnell verändernde Situation eingehen zu können. Hier steht den begleitenden Mitarbeiter*innen das Instrument „**Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation in der Sterbephase**“ SoD des Netzwerks Palliativmedizin Essen zur Verfügung (**Anlage 4**). Bei diesem Instrument handelt es sich um eine Checkliste, in der spezielle Symptome und Maßnahmen zur Orientierung abgefragt werden. Entsprechend der Auswertung erfolgen ein Maßnahmenplan zur sofortigen Umsetzung sowie eine kontinuierliche, dokumentierte Verlaufskontrolle zur Unterstützung der handelnden Mitarbeitenden liegen **weitere Handlungsempfehlungen des npe** vor (**Anlage 5**).

5. Fort- und Weiterbildung

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung. Um diesem gerecht zu werden, erhalten die in der Palliativversorgung Tätigen die Möglichkeit sich weiter zu qualifizieren, um so über das erforderliche Fachwissen, notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine reflektierte Haltung zu verfügen. Für diese Haltung bedarf es der Bereitschaft, sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie mit spirituellen und ethischen Fragen auseinanderzusetzen.

Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sichern die Umsetzung der neusten pflegewissenschaftlichen Ergebnisse in der palliativen Begleitung.

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

6. Vernetzung / Kooperationen

Entsprechenden Vorgaben des Hospiz- und Palliativgesetzes konnten Kooperationsvereinbarungen mit dem Netzwerk Palliativmedizin Essen und ambulanten Hospizdiensten getroffen werden.

6.1 Ambulante Hospizdienste / ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen

- sind in der Begleitung von Sterbenden befähigt
- werden auf Wunsch der Bewohner*innen über die Koordinator*innen eines ambulanten Hospizdienstes eingesetzt
- werden von den Mitarbeitenden der Einrichtung wohlwollend in ihrem Tun und Handeln unterstützt
- können mit Absprache und Erlaubnis der Bewohner*in an Einzelfallbesprechungen im Team teilnehmen
- werden über das Versterben der Bewohner*innen zeitnah informiert
- werden zu Gedenkfeiern eingeladen

6.2 Haus- und Fachärzt*innen

- Möglichst frühzeitig werden Bewohner*innen und ihre gesetzlichen Vertreter*innen auf die Möglichkeit der Krisen-/ Notfallplanung aufmerksam gemacht.
- Hausärzt*innen und / oder qualifizierte Mitarbeiter*innen der Einrichtung führen eine entsprechende Beratung (GVP) durch.
- Sie wissen um die Option zur Verordnung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

6.3 SAPV

- Palliativpatient*innen haben bei besonders aufwendiger Versorgung Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- ein komplexes Symptomgeschehen muss vorliegen
- die Verordnung (Formular 63) zur spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung kann von Haus-, Fach- und Krankenhausärzt*innen und ärztlichen Notdienst ausgestellt werden
- verordnende Ärzt*in und ein Mitglied des Palliative Care Teams (PCT) entscheiden gemeinsam über den Umfang der Betreuung entsprechend den Erfordernissen
- die Verordnung der SAPV ist unabhängig vom Pflegegrad, es entstehen keine zusätzliche Kosten

Konzept

der Arbeitsgemeinschaft Geriatrische Palliative Care Teams (GPCT)
des Netzwerks Palliativmedizin Essen (npe)

zur Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

6.4 Netzwerk Palliativmedizin Essen (npe)

- die Einrichtungen wirken aktiv bei der Vernetzung hospizlicher und palliativer Angebote in der Stadt Essen mit
- die von der Stadt Essen und dem npe entwickelten Broschüre „*Hospizkultur und Palliativversorgung*“ wird umgesetzt (*Anlage 6*)
- die Arbeit des npe wird durch Teilnahme an den Arbeitsgemeinschaften unterstützt
- das npe unterstützt die Einrichtungen durch Bereitstellung von Informationen und Broschüren und kann den Einrichtungen Schulungs- und Implementierungsangebote unterbreiten

6.5 Krankenhäusern und Kliniken

- bei Aufnahme und Rückverlegung von Bewohner*innen in palliativer Krankheitssituation wird der „*Überleitungsbogen Patientenüberleitung*“ (©Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen) entwickelt im Netzwerk Palliativmedizin Essen als ein hilfreiches Dokument gesehen (*Anlage 7*)

7. Selbstverpflichtung – Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

- mit der Unterzeichnung bekunden und verpflichten sich die Einrichtungen Ziele und Inhalte der „*Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen*“ in Deutschland mitzutragen und zu unterstützen (*Anlage 8*)

„Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben. Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können.

Was immer in den letzten Stunden geschieht, kann viele Wunden heilen, aber auch in unerträglicher Erinnerung verbleiben“

Cicely Saunders