

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 den Bewohner	4
1.2 Maßnahmen für den Bewohner	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	5
1.6 Maßnahmen für die Mitbewohner	6
1.7 Ziele für die Mitarbeiter	6
1.8 Maßnahmen für die Mitarbeiter	7
2. Durchführung / Dokumentationshilfen	7
2.1 Erkennen und Erfassen des geriatrischen Palliativpatienten	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 Fachärzte	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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Ausdrucksform benutzt. Sie wird jedoch immer im Sinne der männlichen als auch der weiblichen Form verwendet.

GPCT | 2019 | Konzept „Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in der stationären Altenhilfe“

Dokument erstellt am 01.04.2019 durch AG GPCT

Freigabe durch M. Kloke

Revision 1 geplant: Mai 2021

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 Angehörige 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 Mitarbeiter in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen.

Krebserkrankungen machen auch heute noch den größten Anteil der Palliativpatienten 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 des geriatrischen Palliativpatienten** 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 Patienten eher auf der Grundlage ihrer Symptome und Probleme erfolgen, als auf der Grundlage einer bestimmten Diagnose. Somit besteht bei Bewohnern 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 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 den Bewohner

- uneingeschränkte Bewohnerorientierung
- 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
- der Bewohner darf darauf vertrauen, dass in Zeiten der Krise in seinem 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 den Bewohner

- vorausschauendes Denken und Planen zu Behandlungszielen am Lebensende mit und für den Bewohner 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
- der Bewohner 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

- die Einbeziehung von An- und Zugehörigen / gesetzliche Vertreter 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
- Angehörige / gesetzliche Vertreter erfahren Unterstützung im Umgang mit belastenden Ereignissen, Abschiednehmen und Trauer
- sie wissen um Ansprechpartner und kommunikativen Austausch mit Mitarbeitern der Einrichtung und ambulanten Hospizgruppen

1.4 Maßnahmen für die An- und Zugehörigen / gesetzlicher Vertreter

- 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
- Angehörige 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 Angehörigen 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

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

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

- im Beschäftigungskreis oder bei Veranstaltungen wird die Möglichkeit zum themenbezogenen Austausch gegeben
- die Information über das Versterben eines Bewohners erfolgt über die Heimzeitung und wird mit einem Foto des Verstorbenen und / oder Eintrag im Gedenkbuch auf dem Wohnbereich oder im Eingangsbereich der Einrichtung kenntlich gemacht
- Mitbewohner 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 Mitarbeiter

- 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
- Mitarbeiter 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
- Mitarbeiter wissen um die Inhalte der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)
- Mitarbeiter 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
- Mitarbeiter wissen zur rechtlichen Sicherung um die Wichtigkeit einer transparenten Kommunikation und Dokumentation
- sie haben die Möglichkeit zum kollegialen Austausch mit zertifizierten Mitarbeitern 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 Mitarbeiter

- neue Mitarbeiter 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 Mitarbeiter werden durch den Palliativbeauftragten 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 des geriatrischen Palliativpatienten

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, jeden Bewohner 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. Jeder Bewohner durchläuft ein Assessment zur Erhebung aktueller Symptome, welche seine 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

Jedem Bewohner bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wird unabhängig von seiner 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 Bezugspfleger, ein Mitarbeiter des Sozialdienst und nach Möglichkeit auch der Hausarzt teilnehmen. Wenn erforderlich können Vorsorgebevollmächtigte / Betreuer, sowie weitere Therapeuten oder auch ehrenamtliche Hospizmitarbeiter eingeladen werden. **Ziel der Besprechung ist die Erarbeitung eines palliativen / hospizlichen Versorgungskonzeptes auf der Grundlage des palliativen Basisassessments** sowie der Wünsche und Vorstellungen des Bewohners (*ggf. unter Einbeziehung der Patientenverfügung oder der Niederschrift der Ergebnisse der Gespräche zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende*). Die Ergebnisse der Fallkonferenz werden protokolliert und der Bewohnerakte 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 einem oder mehreren 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 dem klinischen Ethikberater zu, der idealerweise eine externe und deshalb neutrale Person mit entsprechender Qualifikation ist. Er legt die Gesprächsteilnehmer fest (*i.d.R. fünf bis zehn an der Versorgung und Begleitung Beteiligte sowie Bewohner bzw. Vorsorgebevollmächtigte und / oder betroffener Bewohner bzw. Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer*) bestimmt Ort und Zeit des Beratungsgesprächs und prüft, ob alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Sachinformationen vorhanden sind und ob noch welche besorgt werden müssen. Ihm obliegen dann 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 dem Hausarzt.

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 dem behandelnden Hausarzt abzusprechen. Im Rahmen eines komplexen Symptomgeschehens kann über eine Verordnung durch den Hausarzt die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)** hinzugezogen werden.

Bei der pflegerischen Versorgung steht die „Wohlfühlpflege“ im Vordergrund. Dem Bewohner wird eine Körperpflege ausschließlich nach seinen 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 des Bewohners / Palliativpatienten.

Die Sterbephase ist eine sehr intime und sensible Phase. In dieser Phase steht ausschließlich die symptomorientierte Behandlung im Vordergrund. Häufig können sich die Bewohner 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 dem begleitenden Mitarbeiter 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 Mitarbeiter 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

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

6.2 Haus- und Fachärzte

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

6.3 SAPV

- Palliativpatienten 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 jedem Haus-, Fach- und Krankenhausarzt und ärztlichen Notdienst ausgestellt werden
- der verordnende Arzt 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 des Bewohners 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