

Fragen für Prüfinstanzen, GestalterInnen und EntscheiderInnen

Nachfolgend aufgeführte Empfehlungen sind darauf ausgerichtet, sowohl den Prüfinstanzen als auch den Personen und Institutionen, die an der Fortentwicklung der Berliner Pflegeeinrichtungsstrukturen maßgeblich beteiligt sind, Entscheidungshilfen an die Hand zu reichen, um ein Pflegeheim mit palliativgeriatrischen Kompetenzen zu identifizieren.

1. Konzept

- Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zur hospizlich-palliativen Versorgung, das auf die Versorgung hochbetagter, multimorbider und/oder demenzerkrankter Menschen am Lebensende ausgerichtet ist.
- Das Konzept wurde unter Beteiligung der MitarbeiterInnen entwickelt, ist allen MitarbeiterInnen bekannt und wird regelmäßig reflektiert und ggf. weiterentwickelt.
- Die Palliativversorgung wird nach innen und außen kommuniziert (z. B. Flyer, Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit).

2. BewohnerInnen

- Der Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen ist geregelt, bei Bedarf werden entsprechende Beratungen angeboten oder vermittelt.
- Es ist ein Verfahren zur strukturellen Entscheidungsfindung mit dazugehörigen Kompetenzen vorhanden (Einbeziehung unterschiedlicher Professionen und von Angehörigen, im Sinne von gesundheitlicher Vorsorgeplanung).
- Wünsche und Bedürfnisse zur Versorgung in der letzten Lebensphase sind dokumentiert und werden regelmäßig aktualisiert.
- Das psychische und seelische Befinden wird erfasst und evaluiert, ggf. werden entsprechende Unterstützungsangebote vermittelt (SeelsorgerInnen, Ehrenamtlichendienste, psychosoziale Beratung).

3. Vernetzung

- Es gibt Angebote und Strukturprozesse der externen Vernetzung, insbesondere zu Leistungserbringern im Kontext der hospizlich-palliativen Versorgung und des interdisziplinären Austausches mit diesen.
- Es erfolgt eine feste Zusammenarbeit mit Hospizdiensten.
- Die Einbindung von Ehrenamtlichen ins Team des Pflegewohnheims ist geregelt.

4. Hospizlich-palliative Versorgung

- Es ist definiert, welche Handlungsspielräume MitarbeiterInnen für eine individuelle Anpassung der Versorgungsabläufe haben.
- Die Erreichbarkeit der mit der Pflegeeinrichtung kooperierenden ÄrztInnen ist flexibel und zeitnah sichergestellt.
- Es bestehen nachweisbare Kooperationen zu PalliativmedizinerInnen und SchmerztherapeutInnen.
- Durch systematische Bildung und Reflexion, die alle MitarbeiterInnen beteiligt, wird die Palliative Care-Kompetenz sichergestellt.
- Für die unmittelbare Sterbephase sind spezielle Verfahren und Maßnahmen in Bezug auf die pflegerische, medizinische und psychosoziale Versorgung festgelegt.

5. Interprofessionelle Zusammenarbeit

- Kommunikationsstrukturen für einen interprofessionellen Austausch aller Berufsgruppen in der Pflegeeinrichtung (einschl. Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung, Ehrenamt) sind etabliert.

6. Abschiedskultur

- Es gibt definierte Regelungen, welche Handlungen nach dem Versterben am Verstorbenen und seiner unmittelbaren Umgebung vorzunehmen sind.
- Es gibt die Möglichkeit für Angehörige, MitarbeiterInnen und MitbewohnerInnen, sich vom Verstorbenen in der Pflegeeinrichtung zu verabschieden.
- Es werden Rituale zur Erinnerung von Verstorbenen gepflegt.
- Es bestehen Strukturen auch über den Tod der/des BewohnerIn hinaus, die Angehörige im persönlichen Trauerprozess und bei formellen Angelegenheiten unterstützen.

Checkliste

- ✓ Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Konzept zur Umsetzung des hospizlich-palliativen Ansatzes, das auf die Betreuung hochbetagter, schwerkranker und/oder demenzerkrankter Menschen am Lebensende ausgerichtet ist?
- ✓ Wird eine hospizlich-palliative Betreuungs- und Pflegekultur gelebt, die sich u. a. in einer offenen, wertschätzenden Thematisierung des Sterbens gegenüber HeimbewohnerInnen, Angehörigen und Nahestehenden sowie in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen des Pflegeeinrichtungsteams ausdrückt?
- ✓ Ist der Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen geregelt und werden bei Bedarf entsprechende Beratungen angeboten oder vermittelt?
- ✓ Werden Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen hinsichtlich ihrer letzten Lebensphase besprochen und dokumentiert, etwa im Rahmen von gesundheitlicher Versorgungsplanung (§ 132g SGB V)?
- ✓ Werden ggf. Versorgungsabläufe geändert bzw. modifiziert, wenn entsprechende individuelle Wünsche von BewohnerInnen geäußert werden?
- ✓ Ist eine kontinuierliche berufs- und tätigkeitsübergreifende Zusammenarbeit in der Pflegeeinrichtung (einschl. Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung, soziale Arbeit, Ehrenamt) gewährleistet?
- ✓ Arbeitet die Pflegeeinrichtung mit ergänzenden ambulanten hospizlich-palliativen Diensten (z. B. Hospiz, Palliativ-, SAPV- und/oder Demenzbesuchsdiensten) zusammen?
- ✓ Bestehen Kooperationen mit Haus- und FachärztInnen, auch mit PalliativmedizinerInnen?
- ✓ Werden Unterstützungsangebote und -personen (z. B. SeelsorgerInnen, Trauer- oder Selbsthilfegruppen, Bestattungsunternehmen) vermittelt?
- ✓ Besteht für Angehörige und Nahestehende sowie MitbewohnerInnen und MitarbeiterInnen des Heims die Möglichkeit, sich von verstorbenen HeimbewohnerInnen zu verabschieden? Werden Rituale zur Erinnerung an die Verstorbenen gepflegt?

Quelle



Forschungsprojekt Merkmalsprozess zu Pflegeeinrichtungen mit palliativgeriatrischer Kompetenz in Berlin 2015

AutorInnen Dirk Müller (MAS) | Jeannine Heesch | Prof. Elisabeth Reitingner | Prof. Dr. med. Christian Zippel | Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze | Bettina Wistuba | Nina Lingott

Forschungsteam Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom UNIONHILFSWERK | Alice Salomon Hochschule Berlin | Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz

Kontakt Dirk Müller | Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG vom UNIONHILFSWERK | Richard-Sorge-Straße 21 A | D 10249 Berlin | ☎ +49 30 42265833 | ✉ dirk.mueller@unionhilfswerk.de | 🌐 palliative-geriatrie.de