

Palliativ
Netzwerk
Demenz



Palliative Care im Seniorenpflegeheim „Willy Stabenau“ Zwickau

Matthias Sachse, Stellv. Geschäftsführer und Heimleiter ASB KV Zwickau e.V.

Die Einrichtung

- **Stationäre Pflegeeinrichtung im Zentrum der Stadt**
- **Insgesamt 94 Heimplätze**
 - Vier Wohnbereiche (10/22/26/26)
 - Ein Wohnbereich „Pflegeoase“ 10 Plätze für vollständig immobile, organisch- und psychisch schwerstkranke Menschen
 - Ein Wohnbereich „Kurzzeitpflege“ 8 Plätze
- **Eigene Küche**
- **Wäscherei für Leibwäsche Bewohner**



Die Einrichtung

- **Pflegeschlüssel nach Pflegestufen**
 - PST I 1:4,26
 - PST II 1:2,70
 - PST III 1:1,80
- **69 Mitarbeiter (zuzüglich 7 AZUBIS/3 FSJ/5 Ehrenamt)**
- **Fachkraftquote**
 - 69,3%

Die Einrichtung

- **Pflegeschlüssel nach Pflegegraden ab 01.01.2017**

- PG I	1:5,79	-	BW	-	%
- PG II	1:4,49	10,6	BW	11,27	%
- PG III	1:3,31	34,6	BW	36,80	%
- PG IV	1:2,59	31,1	BW	33,08	%
- PG V	1:2,36	17,0	BW	18,08	%
- **71 Mitarbeiter (zuzüglich 8 AZUBIS/3 FSJ/4 Ehrenamt)**
- **Fachkraftquote bei 44 MA**
 - 69,7%

Entstehung

Palliative Praxis als Vernetzungsmodell der Altenhilfe in den neuen Bundesländern am Beispiel von Sachsen“

01.10.2011 - 31.10.2014

Träger:

ASB Kreisverband Zwickau e.V.

ASB Regionalverband Chemnitz und Umgebung e.V.

Partner:

Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart

Institut für Lebensbegleitung Carmen Birkholz Essen

Allgemeine Betrachtung

- Der demenzkranke hochbetagte Bewohner
 - möchte ohne Schmerzen leben
 - möchte noch Dinge tun
 - möchte nicht allein sein
 - braucht Menschen, die es aushalten in der Finalphase bei oder mit ihm zu sein

Allgemeine Betrachtung

- demenzkranke Hochbetagte sind bereits lange bevor sie sterben palliativbedürftig;
- **Demenz ist eine palliativwürdige Krankheit** – und es ist hoch an der Zeit, dass den Betroffenen palliative Betreuung zugute kommt.
- Dafür braucht es mehr geriatrisches und palliatives **Fachwissen** bei allen betreuenden Berufen und besseren Zugang, z.B. zu **Schmerztherapie, ebenso wie genügend Raum für Dialog und Reflexion.**

Allgemeine Betrachtung

- **Reagieren auf neue Herausforderungen**

heute werden fast **nur noch schwer pflegebedürftige**, fortgeschritten multimorbide Hochbetagte in den Heimen aufgenommen

steigende Anforderungen an die Betreuungspersonen

Zunahme hochsensibler ethischer und konfliktträchtiger Entscheidungssituationen (Einweisung/Ernährung)

drastisch **kürzere Verweildauer** – 30 bis 50% der BW versterben innerhalb eines Jahres

Steigende Anforderungen an Management/Betreuung/Dokumentation

Ziele

Im Kontext einer palliativen Versorgung

- Verbesserung der **Lebensqualität** unserer Bewohner/Patienten
- Palliativ **Netzwerk** Demenz
- **Qualifizierung** Pflegepersonal, Betreuerinnen und Helfer

Ziele

- **Eine palliative Versorgung allen Bewohnern in der letzten Lebensphase ermöglichen**
- **Den Letzten Lebensabschnitt schmerz- und angstfrei gestalten**
 - Hohe Anforderungen an Schmerztherapie und Symptomlinderung
- **Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz speziell beachten**
- **Herausbilden einer palliativen Haltung unserer Mitarbeiter**
- **Gewinnung von Netzwerkpartnern und Freiwilligen**
- **Kompetenzen der Mitarbeiter im Rahmen der Vernetzungen erhöhen**

Ziele

- **Diskussion wann beginnt palliative Care?**

A Nicht jeder Bewohner einer stationären Einrichtung ist ein Palliativpatient

B Palliative Care beginnt (spätestens) mit dem Einzug in die Einrichtung.

(vergl. Schnidl;Kojer 2011: 105; auch die Statements bei Beckers 2007: 27)



Konzept

- **Palliative Care im Gesamtkonzept eingebettet**
 - Keine Reduzierung auf das Lebensende
 - Keine Konkurrenz zu Pflegeangeboten
 - Palliative Care und Dementia Care
 - Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood

- **Konzept enthält**
 - Rahmenbedingungen für das Wohnen
 - Rahmenbedingungen für das Arbeiten
 - Zeigt die Haltung und das Pflegeverständnis auf

Konzept

- **Vorausschauende Betreuungsplanung**
 - Todesfälle Wochen, Monate oder Jahre vorher absehbar
 - Mit Eintritt in die Einrichtung beginnt die Planung
 - Schmerz, Angst, Atemnot, Einweisungen in das KH = Krisen

Folgende Fragen sind typisch für die Planung:

Konzept

Wer wird wann von wem informiert?

Wer ist bei Gesprächen zu beteiligen?

Welche Mittel und Kräfte sind nötig, um die Betreuungsqualität zu gewährleisten?

Welche Wünsche gibt es für das Sterben und den Tod?

Soll der Betroffene wiederbelebt werden bzw. welche medizinischen Maßnahmen werden getroffen?

Welche Medikamente können bei belastenden Symptomen am Lebensende verabreicht werden – also vorab auch verordnet werden?

Konzept

Was ist zu unternehmen, damit unnötige
Krankenhauseinweisungen vermieden werden können?

Wer hat welche Ängste und wie
kann diesen begegnet werden?

Wie kann ermöglicht werden,
dass jedem im interdisziplinären
Team die gleiche Information zur
Verfügung steht?



Konzept

- **Biographie – ohne Vergangenheit keine Zukunft!**
 - Biographie bis Eintritt
 - Verstehen des gegenwärtigen Sein und Handeln – Hilfe für Pflege und Betreuung
 - Biographie nach Eintritt – Biographie endet nicht mit Einzug!!
 - Es gibt noch weitere Erlebnisse (positiv und negativ) – hier geht es um Fragen des Sinns, der Hoffnung und des Humors
 - Wunsch nach Lebensrückblick

Konzept

▪ Pflege

- Team multiprofessionell aufgestellt
 - Altenpflegefachkräfte mit Ausbildung zur Palliativ-Fachkraft
 - Fachkräfte für Gerontopsychiatrie
 - Fachkräfte im Bereich Heilerziehung
 - Ergotherapeuten
 - Sozialarbeiter
 - Hauswirtschaftler
 - Betreuungsassistenten § 43 b
 - Sonstige Mitarbeiter

Einsatz der Mitarbeiter Schnittstellenübergreifend

Konzept

▪ Pflege

- Bezugspflege
 - jeweils ein MA für 3 – 5 BW verantwortlich (je nach Größe Wohnbereich)
- Pflegemodell
 - Strukturierte Informationssammlung
 - Personenzentrierte Pflege nach Kitwood

Konzept

▪ Pflege - Besonderheiten

- Ablehnung einer Lebens- und Leidensverlängerung um jeden Preis
- Kein BW soll zwangsernährt werden – Maßnahmen der künstlichen Ernährung sind individuell im Team mit Arzt, Angehörigen und wenn möglich, mit den Betroffenen abzustimmen
- Körperpflege und Lagerungen in der Finalphase auf ein sinnvolles und ertragbares Minimum reduzieren

Konzept

▪ Aktivierung und Lebensbegleitung

„Der bedeutendste Augenblick ist immer der gegenwärtige. Der wichtigste Mensch ist immer der gerade vor Dir steht. Das notwendigste Werk ist stets die Liebe“ M. Eckert

- Für viele Bewohner und Angehörigen ist es wichtig, einen neutralen Ansprechpartner zu haben
- Verantwortlichkeiten regeln
 - Beratung Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Bestattung
 - Eigene Broschüre im Haus (Ergebnis Projekt)

Konzept

▪ Aktivierung und Lebensbegleitung

- Alle Mitarbeiter einbeziehen (Pflege, soziale Betreuung, HWD, Küche, Wäscherei, Hausreinigung, Verwaltung und Betreuungsassistenten)
- Trauer ...
 - braucht Zeit – für Beratung, Zeit für Austausch von Erinnerungen
 - braucht Raum – Raum und Zeit für die Übergaben und Teambesprechungen
 - Nennung der Verstorbenen in unserer monatlich erscheinenden Heimzeitung
 - Gedenken an die Verstorbenen in den Gottesdiensten der Einrichtung
 - Mitarbeiter haben die Möglichkeit der Supervision

Konzept

- **Aktivierung und Lebensbegleitung**
 - Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen
 - Aufbahrung im Zimmer
 - Möglichkeit der Abschiednahme am Totenbett für Angehörige, Bewohner und Mitarbeiter
 - Vorbereitung auf verschiedene Rituale
 - Gedenkminute bei der Dienstübergabe
 - Kerze im Eingangsbereich des WB
 - Überführung im Haus im Holzсарг

Konzept

▪ Aktivierung und Lebensbegleitung

- Angehörige
 - In vielen Belangen die wichtigste Ressource des alten Menschen
 - Brücke bilden zwischen zu Hause und Heim
 - Bedeuten emotionale Sicherheit für den BW



Konzept

- **Aktivierung und Lebensbegleitung**
 - Wir bieten den Angehörigen
 - Pflegeberatung
 - Keine Besuchszeitregelung
 - Hauszeitung
 - Informationen über Ausflüge und Anlässe
 - Gemeinsames Essen
 - Cafeteria- Treffpunkt
 - Kontakt zu den Netzwerkpartnern
 - 3 Angehörigenabende im Jahr

Konzept

▪ **Freiwilligenarbeit**

- Freiwillige sind wertvoll. Sie stellen uns Zeit und Erfahrung zur Verfügung und sind Botschafter unseres Hauses.
 - Schaffung optimaler Rahmenbedingungen
 - Wir bieten Aufgaben, die ihrem Profil entsprechen
 - Austausch zwischen ihnen wird gefördert
 - Möglichkeit der Teilnahme an Inhouse-Weiterbildungen
 - Einbindung und Sensibilisierung der Mitarbeiter im Haus
 - Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung
 - Dank-Veranstaltung am Jahresende

Konzept

▪ Netzwerk

- SAPV Team – Brückenteam Zwickau am Städtischen Klinikum Zwickau
 - Verlässliche Partner seit 2011 – hohes Vertrauen in unsere MA
- Hausärzte
 - Teilweise positive Einstellung
- Fachärzte
 - Im allgemeinen knapp
 - Eine FÄ für Psychiatrie alle vier Wochen im Haus - Visitenkultur

Konzept

▪ Netzwerk

- Mobiler Hospizdienst „Elisa“
 - Ständige Zusammenarbeit – sofort einsatzbereit – Unterstützung bei Gesprächen mit den Angehörigen – Nachbetreuung der Angehörigen
- Schmerz-Stammtisch
 - Vierteljährlich (Hausärzte, Palliativmediziner, Pflegedienstleiter, sonstiges Fachpersonal)
- Seelsorge
 - Pfarrer der Gemeinde
 - Weitere Kirchen

Konzept

▪ Netzwerk

- Zwickauer Arbeitskreise Heim- und Pflegedienstleitungen
 - ASB, Caritas, Diakonie

- Arbeitskreis Palliative Care
 - Regelmäßige Zusammenkünfte im Haus
 - Fallbesprechungen
 - Vorbereitung Weiterbildungen

- Überregionaler AK Palliative Care
 - Regelmäßige wechselseitige Zusammenkünfte in den Einrichtungen
 - Fallbesprechungen
 - Allgemeiner Erfahrungsaustausch
 - Vorbereitung gemeinsamer Weiterbildungen

Konzept

▪ Angebote für Mitarbeiter

- Familienfest
 - Ein Treffen aller Mitarbeiter und deren Familienangehörigen im Garten der Einrichtung
 - Sportangebote
 - Frauensportgruppe / Volleyballmannschaften
- Möglichkeit zur Teilnahme an Gesundheitszirkeln
 - 100 Euro / Jahr / MA
- Jahresfeiern für die Mitarbeiter

Konzept

▪ Mitarbeiter

- Interne Kommunikation
 - Zeit für Dienstübergaben und Fallbesprechungen sichern
 - Teamsitzungen
 - Bei Bedarf ethische Fallbesprechungen, Nachbesprechungen Todesfall
 - Bewohner- und Angehörigengespräche
- Externe Kommunikation
 - Siehe Netzwerk – Arbeitskreis
 - Homepage, Heimzeitung, Fachtagungen, Presse
- Weiterbildung der Mitarbeiter

Konzept

▪ Mitarbeiter

- Weiterbildung der Mitarbeiter
 - Jahresplan der Inhouse-Schulungen
 - Weiterbildung und Qualifizierung im Bildungswerk
 - Teilnahme an Fachtagungen

Konzept

▪ Hauswirtschaft

- Verpflegung
 - Eigene Küche ermöglicht spezielle Kostformen anzubieten und Wünsche kurzfristig zu erfüllen



Konzept

- **Hauswirtschaft**

- Wäscherei
 - Begegnungs- und Kommunikationspunkt



Konzept

▪ Ort zum Leben – Ort zum Sterben

„Nur wo man gut gelebt hat, kann man auch gut sterben und umgekehrt, nur wo es eine gute Begleitung im Sterben gibt, dort kann man sich auch gut darauf einlassen das hohe Alter zu erleben.“ Heimerl, 2008, S. 25.

- Gestaltung der Räume
 - Wohnlichkeit, Geborgenheit, Wärme ...
 - Farben, Materialien ...
 - Raumstrukturen ...
 - Funktionalität

Konzept

- Ort zum Leben – Ort zum Sterben



Konzept

- **Ort zum Leben – Ort zum Sterben**
 - Stimmungen erzeugen
 - Geräusche, Düfte = am Leben teilhaben
 - Mit Licht „spielen“ – Stimmungen erzeugen
 - Sicherung der Privatsphäre
 - Personalpräsenz

Konzept

- Ort zum Leben – Ort zum Sterben

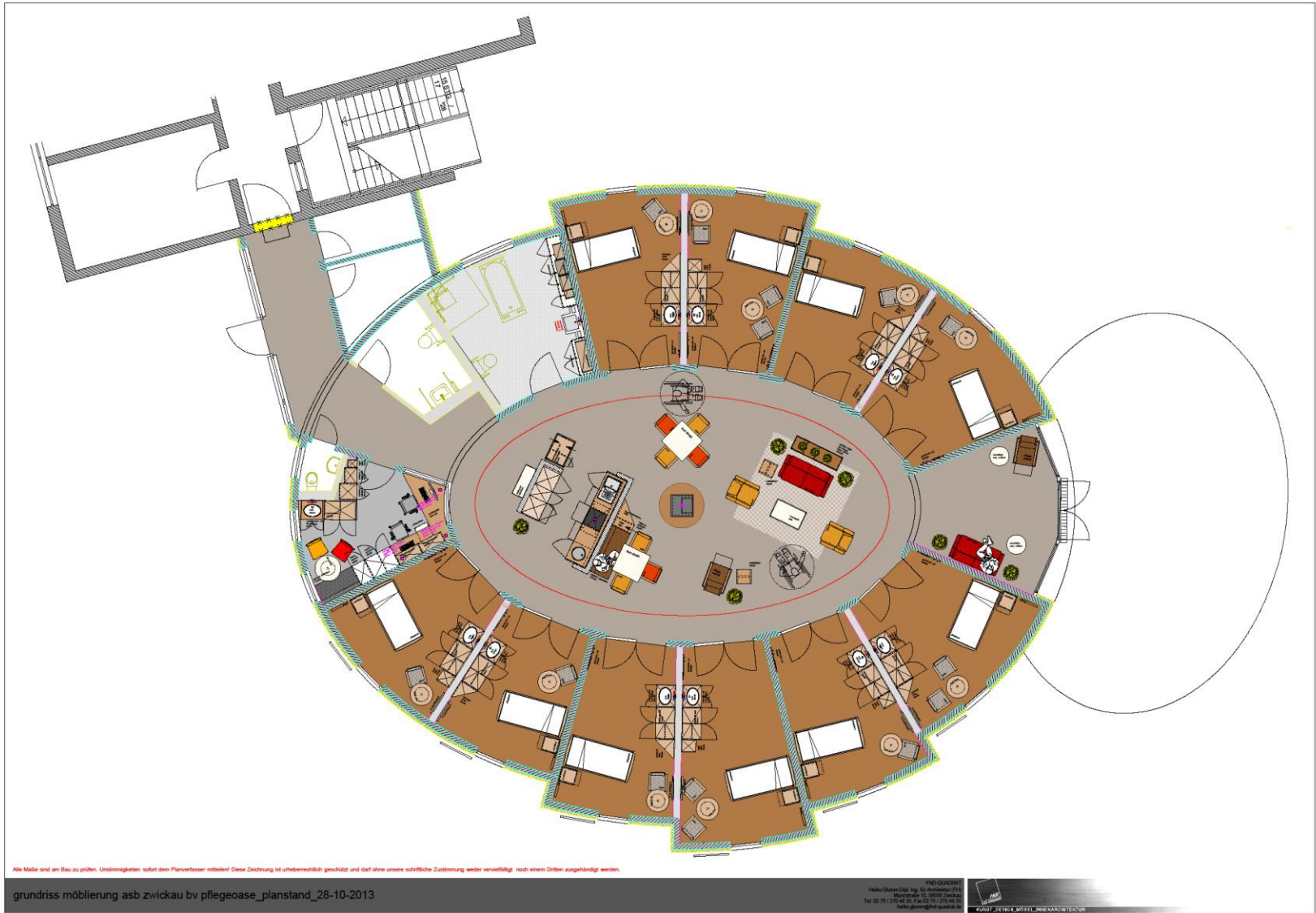


Konzept

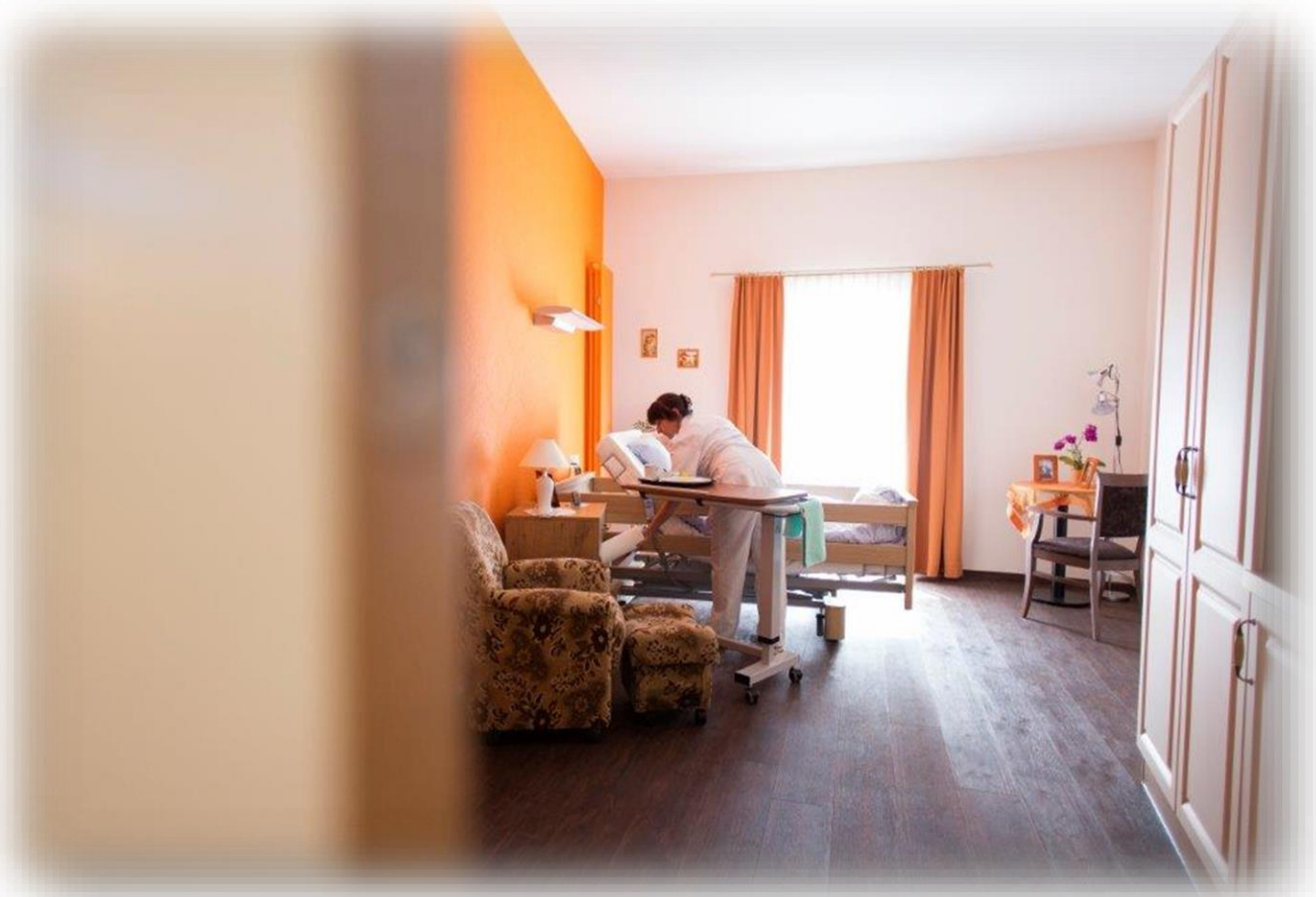
- **Pflegeoase**

Ein Lebensraum für
schwerstpflegebedürftige Menschen im
Alter mit vollständiger Immobilität und
schwerer Demenz





Ergebnisse



Ergebnisse



Ergebnisse



Ergebnisse



Konzept PO

■ Personal

- 1,00 VZÄ Altenpflegerin/Palliativfachkraft/WBL
- 1,00 VZÄ Altenpflegerin
- 0,75 VZÄ Altenpflegerin
- 0,50 VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 0,75 VZÄ Heilerziehungspflegerin
- 0,75 VZÄ Ergotherapeutin
- 0,75 VZÄ Ergotherapeutin
- 0,75 VZÄ Betreuungsassistentin

Ergebnisse

- **deutlichere Anteilnahme und Wahrnehmung der Umgebung**
- **Steigerung des Aufmerksamkeitsniveaus**
- Zunahme sprachlicher Reaktionen
- Verbesserung der Ernährungssituation
- **mehr Kontakte zu positiven Bezugspersonen**
- mehr Aktivitäten, die Freude bereiten
- häufiger angenehme Alltagssituationen

fett \triangleq Ergebnis wurde von zwei oder allen Studien festgestellt

Ergebnisse

- **nicht-kognitive Störungen gehen gegen null**
 - (Unruhe, Aggressivität, Halluzinationen ...)
- **Angehörige sind sehr zufrieden**
 - (Unsicherheit im Umgang mit den Bewohnern nimmt ab)
- **Pflegende haben zwar eine höhere Belastung, aber eine höhere Arbeitszufriedenheit**


Ergebnisse

- kontinuierliche Präsenz von Pflegenden – diese nehmen die Bedürfnisse der Bewohner direkt wahr und können darauf reagieren
- durch Präsenz wird Einsamkeit und Isolation vorgebeugt
- bessere Facharztbetreuung
- Verbesserung medikamentöser Versorgung (Kontext Palliative Versorgung)
- Einweisungen ins Krankenhaus werden reduziert

Ergebnisse

- In dieser Variante stellen Personal, Bewohner, Angehörige und Besucher Teile eines **Kommunikationssystem**s dar, die die Verantwortung um das Wohlergehen der Bewohner teilen.
- Das **Kommunikationssystem** bildet die Grundlage des Milieus und somit auch der **Milieuthérapie**, deren Ziel in der positiven Beeinflussung der Kommunikations- und Handlungsmöglichkeiten gesehen wird.
- Persönliches Wohlbefinden der Personen als zentrales Pflegekonzept – wird als Ziel von Lebensqualität wahrgenommen

Wir helfen hier und jetzt.



Arbeiter-Samariter-Bund

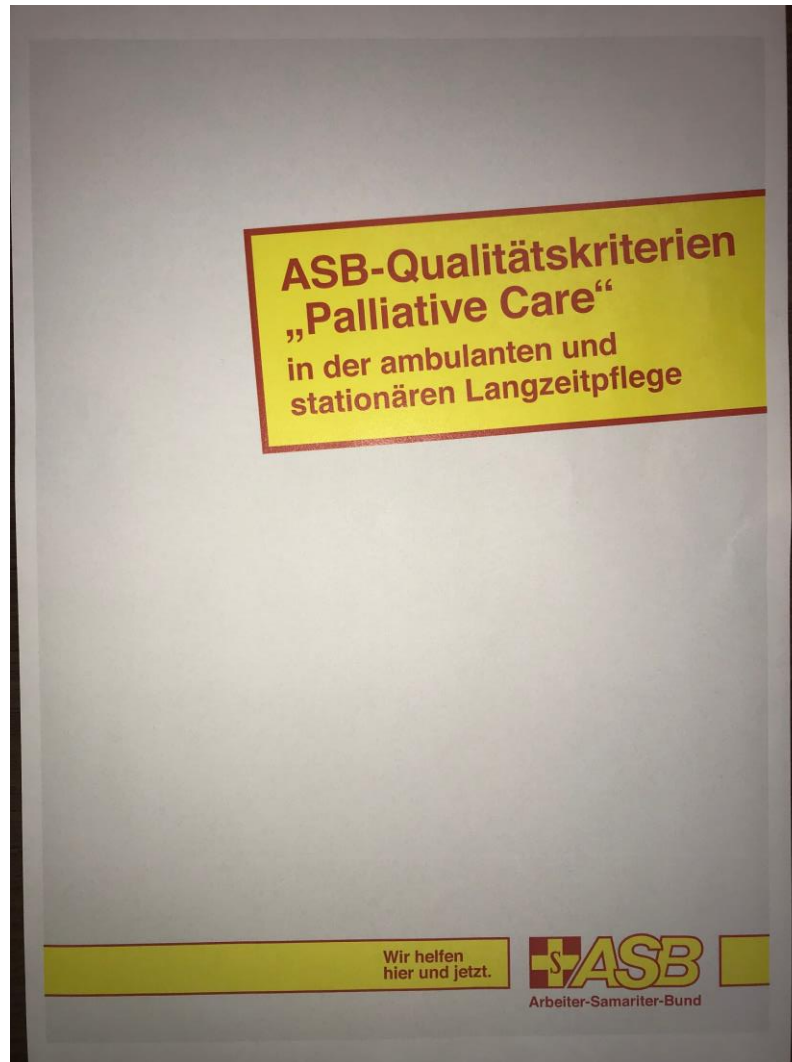
PALLIATIVBLATT

ASB Seniorenpflegeheim „Willy Stabenau“, Robert-Blum-Straße 34, 08056 Zwickau

Mustermann, Martha
 geboren am: 06.10.1920
 Zimmer: 325
 Pflegegrad: 4

Palliativ medikamentös Therapie	½ Ampulle Vencal s.c. bei Schmerzen, Atemnot, Erstickungsgefühl, Panik, Angstäußerung Mexalan 500 mg Supp. Bei Temperatur > 37,5°	
Ernährung/Flüssigkeit	500 ml NaCl s.c. bei reduzierter Harnproduktion- oder reduzierter Trinkmenge; Laut Angehöriger (Tochter/Sohn) ist es im Sinne der Bewohnerin auf eine PEG-Sonde zu verzichten;	
Reanimation	keine Wiederbelebungsmaßnahmen im Falle eines Herz/Kreislaufstillstandes; In Notfallsituationen Verschlucken, Blutungen ... wird selbstverständlich medizinische Hilfe eingeleitet;	
Krankenhauseinweisung	keine Krankenhauseinweisung im Falle einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes; bei plötzlich auftretenden Symptomen wie z.B. akutes Abdomen o.ä. wird selbstverständlich eine Untersuchung in einem KH jederzeit ermöglicht;	
Absaugen	nur bei den oberen Atemwegen Mundpflege erwünscht	
Sauerstoffgabe	i.A.	
Gespräch Vertrauensperson/Betreuer	Mit Tochter und Sohn über o.g. palliative Maßnahmen gesprochen. Ziel war es, die in Zukunft auftretenden Probleme vorausschauend zu besprechen.	
Betroffener <small>Dies ist Ausdruck meines Behandlungswillens</small>	Datum:	Unterschrift:
Vertreter/Angehöriger <small>Ich nehme dies zustimmend zur Kenntnis</small>	Datum:	Unterschrift:
Pflegefachkraft <small>Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet</small>	Datum:	Unterschrift:
Freigebender Arzt	Datum:	Unterschrift / Stempel

Dieses PALLIATIVBLATT ist der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung / Patiententestament vom 00.00.0000 der ein qualifizierter Beratungsprozess zu Grund liegt.



Ausblick / Anforderungen Gegenwart

- Strukturmodell/Pflegestärkungsgesetz III/Umsetzung Hospiz- und Palliativgesetz = Einheit
 - Personelle Ressourcen (Berücksichtigung HPG)
 - Personalschlüssel nach PG !!
 - Fallzahlen im palliativen Bereich steigen
 - Beratung nach § 132 d, SGB V
 - Auslastungsquote unter Beachtung Palliative Care ggf. neu verhandeln

*Wer nicht mehr gut denken kann,
kann dennoch sehr gut fühlen.“*

- Dr. Marina Kojer, Ärztin und Theologin