

# Bifang



Wohn- und Pflegezentrum Wohlen

## Konzept Palliative Care

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	4
1.1 Vorbemerkungen.....	5
2. Ziel, Sinn und Zweck .....	5
2.1 Ziel .....	5
2.2 Sinn.....	5
2.3 Zweck.....	6
2.4 Gesetzliche Grundlagen .....	6
2.4.1 Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung .....	6
2.5 Nationale Vorgaben .....	6
2.6 Abgrenzung und Verbindlichkeit.....	7
3. Verschiedene Definitionen der Palliative Care .....	7
3.1 Definition Palliative Care .....	7
3.2 Definition von Grundpalliative Care .....	7
3.3 Definition von spezialisierter Palliative Care (SPC) .....	7
3.4 Definition End of Life Care.....	9
3.5 Die letzte Lebensphase – terminale Phase .....	9
3.6 Sterbephase .....	10
4. Grundhaltung der Palliative Care im Bifang.....	10
4.1 Was heisst Palliative Care im Bifang .....	10
5. Zielgruppe.....	10
6. Leistungsauftrag und Kompetenzen .....	11
6.1 Leistungsauftrag.....	11
6.2 Kompetenzenkatalog.....	11
6.3 Kompetenzen der Mitarbeitenden.....	11
6.4 Einführung neuer Mitarbeitenden .....	12
7. Grundlagen der Palliative Care (zentrale Konzepte) .....	12
7.1.1 SENS-Modell.....	12
7.1.2 Selbstbestimmung.....	14
7.1.3 Autonomie.....	15
7.1.4 Würde .....	15
7.1.5 Lebensqualität .....	15
7.1.6 Ethik.....	15
7.1.7 Symptommanagement.....	15
7.1.8 An- und Zugehörige.....	16

7.1.9	Trauer .....	16
7.1.10	Spiritualität .....	16
7.1.11	Psychosoziale Unterstützung .....	18
7.1.12	Freitod .....	18
7.1.13	Patientenverfügung.....	18
8.	Leistungsangebot für Bewohnende des Bifangs .....	19
8.1	Leistungen der Palliative Care .....	19
8.2	Symptome erfassen, behandeln und lindern .....	19
8.3	Die letzte Lebensphase gestalten .....	19
8.4	Bei der Entscheidungsfindung unterstützen und vorausplanen.....	19
8.5	Netzwerk bilden und koordinieren.....	19
8.6	Die An- und Zugehörigen unterstützen .....	20
8.7	Während der Trauerphase begleiten.....	20
8.8	Verantwortlichkeiten .....	20
9.	Beschreibung der betrieblichen Abläufe / Strukturen .....	20
9.1	Bei Heimeintritt.....	20
9.2	Während dem Aufenthalt .....	21
9.3	Bei Austritt / Verlegung .....	21
10.	Qualitätskriterien .....	22
11.	Inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit.....	23
11.1	Erfassung der Symptome.....	24
11.2	Pflege.....	24
11.3	Ärztliche Behandlung .....	24
11.4	Information und Einbezug der An- und Zugehörigen .....	25
11.5	Freiwillige Mitarbeitende .....	25
11.6	Abschiedskultur .....	25
11.6.1	Bedürfniserfassung .....	26
11.6.2	Zeichen der End of Life-Situation .....	26
11.6.3	Trauerbegleitung.....	27
11.6.4	Fallbesprechungen.....	27
11.6.5	Im Todesfall.....	27
11.6.6	Administration .....	27
11.6.7	Im Gedenken .....	28
11.6.8	Totenpflege .....	28
11.6.9	Überführung .....	28
11.6.10	Teilnahme an der Beerdigung .....	28

11.6.11	Abdankungsgottesdienste in der Bifang-Kapelle .....	28
11.6.12	An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall .....	28
11.7	Aussergewöhnliche oder unvorhergesehene Todesfälle .....	29
11.8	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	29
11.9	Umgang mit kritischen Zwischenfällen .....	29
12.	Unterstützung der Mitarbeitenden bei belastenden palliativen Situationen .....	29
13.	Weiterbildung für alle internen Berufsgruppen.....	30
14.	Qualitätssicherung .....	31
14.1	Fachgruppe Palliative Care.....	31
14.2	Kommunikation .....	31
14.2.1	Interne Kommunikation .....	31
14.2.2	Externe Kommunikation.....	31
14.2.3	Fachwissen .....	32
14.2.4	Netzwerk intern .....	32
14.2.5	Netzwerk extern .....	32
14.3	Controlling und Entwicklung .....	32
14.3.1	Überprüfung Verantwortlichkeiten .....	32
14.3.2	Überprüfung Prozesse und Instrumente .....	32
14.3.3	Überprüfung Gültigkeit des Konzeptes .....	32
14.4	WZW-Kriterien.....	33
14.4.1	Wirksamkeit.....	33
14.4.2	Zweckmässigkeit .....	33
14.4.3	Wirtschaftlichkeit .....	33
15.	Weiterführende interne Literatur.....	34
16.	Danksagung .....	34
16.1	Beteiligte Personen .....	34
17.	Inkraftsetzung .....	35
17.1	Beschluss .....	35

## 1. Einleitung

Im Herzen des Freiamts bietet das Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen 114 älteren, oftmals vulnerablen Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles Wohn-, Pflege- und Betreuungsangebot. Von zentraler Bedeutung sind unsere Bemühungen, Raum für Wahlmöglichkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner anbieten zu können, immer unter Achtung und Förderung der Selbstbestimmung.

Gemäss dem Krankenversicherungsgesetz KVG (Art. 32) schreibt der Gesetzgeber vor, dass Leistungen im Gesundheitssystem die WZW-Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – erfüllen müssen<sup>1</sup>. Pflegeleistungen und -dokumente müssen deshalb zunehmend evidenzbasiert erscheinen. Daher wird in diesem Konzept der Inhalt durch Quellen aus geprüfter Fachliteratur von renommierten Fachpersonen untermauert. Definitionen und Theorien zentraler Konzepte fördern eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis und unterstützen die Vernetzung mit der Praxis. Zum Beispiel: In einer Umfrage des Bundesamtes für Gesundheit wird klar ersichtlich, dass vier von fünf Personen der Meinung sind, dass Palliative Care allen Menschen in der Schweiz zur Verfügung stehen sollte<sup>2</sup>. Daher hat der Vorstand des Vereins Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen an der Vorstandssitzung vom 31. März 2020 mit der einstimmigen Annahme des am 13. März 2020 eingereichten Projektplans «Konzept Palliative Care» den Auftrag für das evidenzbasierte Konzept Palliative Care erteilt. Per 26. Oktober 2021 wurde Palliative Care im Leitbild integriert und verankert.

Mit der Implementierung der Qualitätskriterien von palliative ch<sup>3</sup> besteht die Möglichkeit, nach Abschluss der Konzeptimplementierung, diese ist über zwei Jahre vorgesehen, eine Zertifizierung durch [qualit epalliative](http://qualit epalliative.ch) durchführen zu lassen.

«Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern dem Tag mehr Leben.» (Cicely Saunders). In diesem Sinne fördert und erhält das Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen, anhand dieses Konzepts Palliative Care, die Lebensqualität und das Wohlbefinden nach dem individuellen Bedarf und den individuellen Bedürfnissen aller Bewohnerinnen und Bewohner.

Im Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen wird das Leben bejaht und das Sterben als Teil des Lebens erachtet. Es wird weder der Tod verzögert noch herbeigeführt, jeder Mensch wird unabhängig von soziodemographischen Aspekten (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, ethnischer Zugehörigkeit) akzeptiert, es wird Abhängigkeit vermieden u.v.m.

Um das Konzept effizient umsetzen zu können, wurden alle Mitarbeitenden des Bifang Wohn- und Pflegezentrums Wohlen in das Thema Palliative Care eingeführt und

---

<sup>1</sup> Quelle: [https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/20150101/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328\\_1328\\_1328-20150101-de-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/20150101/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328_1328_1328-20150101-de-pdf-a.pdf)

<sup>2</sup> Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bevoelkerungsbefragung-palliative-care-2018.html>

<sup>3</sup> Quelle: Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2001). Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

Über das Konzept, ihren Auftrag gemäss Rollen und Kompetenzen, die Implementierung und Umsetzung unterrichtet und darin geschult. Neue Mitarbeitende werden bereits im Selektionsverfahren auf das Konzept hingewiesen, um sie für diese Grundhaltung zu gewinnen und bei Eintritt entsprechend zu schulen.

Im Sinne der Partizipation haben verschiedene Mitarbeitende des Bifang Wohn- und Pflegezentrums Wohlen auf unterschiedliche Arten an diesem Konzept mitgewirkt.

## 1.1 Vorbemerkungen

Für das einfachere Lesen wird in der Folge das Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen nur noch mit der Kurzform «das Bifang» erwähnt.

Quellenangaben sind mit Fussnoten angegeben, Abkürzungen sind im Text bei der ersten Erwähnung ausgeschrieben.



Dieses Symbol weist auf weiterführende interne Dokumente hin, welche integrierenden Bestandteil dieses Konzeptes sind.

## 2. Ziel, Sinn und Zweck

### 2.1 Ziel

Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, leitender Palliativmediziner am Berner Inselspital und Professor für Palliative Care an der Universität Bern, sagt klar, für die Zielerreichung einer inter- und multiprofessionellen, qualitativ hochstehenden Palliative Care unter höchster Beachtung der Autonomie und Würde bis zum Lebensende und am Lebensende, brauche es deutlich länger, als oft in der letzten Lebensphase Zeit zur Verfügung stehe<sup>4</sup>. Daher ist es wichtig, dass Palliative Care frühzeitig einbezogen, d.h. schon bei Eintritt und vorausschauend gedacht und besprochen wird. Oft gibt es bei älteren Menschen bei schwerer Krankheit und erst recht vor dem Tod viele Fragen, viele Unklarheiten und wenn gar der erkrankte Mensch sich selbst nicht mehr äussern kann, stehen die An- und Zugehörigen vor vielen Ungewissheiten.

Initiiert durch den Vorstand und die Geschäftsleitung, ist dieses ganzheitlich ausgerichtete Konzept Palliative Care für das Bifang erarbeitet worden. Das Ziel ist es, dass Palliative Care durchgängig und abteilungsübergreifend als Haltung und Kultur gelebt wird. Es umfasst alle Grundlagen für die Grundversorgung in Palliative Care.

### 2.2 Sinn

Der Sinn dieses Konzept dient der evidenzbasierten Implementierung und Umsetzung von Palliative Care für die vulnerablen älteren, betreuungs- und/oder pflegebedürftigen Menschen und ihre An- und Zugehörigen und soll wegweisend sein. Ebenso soll es für die Professionals der Medizin, Pflege, Begleitung und Betreuung, der Verwaltung, Aktivierung, Gastronomie, Hauswirtschaft, des Technischen Dienstes und der

---

<sup>4</sup> Quelle: Eychmüller, S. (2012). SENS macht Sinn – Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag.

freiwilligen Mitarbeitenden eine solide Hilfestellung im Umgang mit vorhersehbaren oder aktuellen palliativen Situationen sein.

## 2.3 Zweck

Der Zweck dieses Konzeptes wird durch evidenzbasierte Literatur und Forschungsergebnisse mit klar nachvollziehbaren Gründen angegeben, weshalb den Bewohnerinnen und Bewohnern in palliativen Situationen diese spezielle Aufmerksamkeit gewidmet werden soll und wie dies gelingen kann<sup>5</sup>.

Ob und inwiefern mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren An- und Zugehörigen dieser Prozess begleitet wird, kann grosse Auswirkungen auf den Verlauf, das Abschiednehmen und den Trauerprozess haben. Die Mitarbeitenden des Bifangs erhalten durch das evidenzbasierte Konzept Sicherheit im vorausschauenden Denken und Handeln, bezogen auf Palliative Care und im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer.

## 2.4 Gesetzliche Grundlagen

Seit dem 1. Januar 2013 ist die Revision des Vormundschaftsrechts (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) in Kraft. Im neuen Erwachsenenschutzrecht stehen die individuellen Vorsorgemassnahmen und die Selbstbestimmung der Betroffenen allgemein stärker im Zentrum und sind verbindlich, so auch im Falle von Urteilsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit. Unter anderem hat das neue Erwachsenenschutzrecht zwei Instrumente zur Selbstbestimmung gesetzlich verankert und schweizweit vereinheitlicht: Den Vorsorgeauftrag und die Patientenverfügung.

### 2.4.1 Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung

Mit dem Vorsorgeauftrag kann jede handlungsfähige Person für den Fall einer Urteilsunfähigkeit festlegen, wer in welchem Umfang für ihre Betreuung und Pflege, die Verwaltung ihres Vermögens und ihre rechtliche Vertretung zuständig ist. Auch können damit Weisungen erteilt werden, wie diese Aufgaben auszuführen sind.

Die Patientenverfügung legt fest, welche medizinischen Massnahmen im Falle einer Urteilsunfähigkeit gewünscht bzw. abgelehnt werden und welche Bezugspersonen aus dem persönlichen Umfeld als Willensvertreter benannt sind<sup>6</sup>.

## 2.5 Nationale Vorgaben

Die Nationale Strategie<sup>7</sup> das Rahmenkonzept Palliative Care<sup>8</sup> und die Leitlinien sind die gesetzlichen Vorgaben für das Konzept Palliative Care des Bifangs.

---

<sup>5</sup> Quelle: Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Bern: BAG.

<sup>6</sup> Quelle: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht). Änderungen vom 19. Dezember 2008 <http://www.admin.ch/ch/d/as/2011/725.pdf>

<sup>7</sup> Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

<sup>8</sup> Quelle: <file:///bifangsv/userdata/schiess/Downloads/rahmenkonzept-palliative-care-schweiz.pdf>

## 2.6 Abgrenzung und Verbindlichkeit

Dieses Konzept ist ausschliesslich für das Bifang erstellt worden. Es gilt für die interne Anwendung und Umsetzung. Es ist für alle Mitarbeitenden gleichermaßen ab dem 26. Oktober 2021 verbindlich umzusetzen. Es ist für den internen Gebrauch umfassend verfasst worden, ergänzend wird auf die weiterführende Literatur bzw. Dokumente verwiesen.

## 3. Verschiedene Definitionen der Palliative Care

Bekommt ein Mensch eine Diagnose oder ist schon älter, so stellt er sich automatisch irgendwann diese oder ähnliche Fragen:

- Wie viel Zeit habe ich noch?
- Wie und wo kann ich die Zeit noch verbringen?
- Soll ich hoffen, soll ich resignieren, soll ich kämpfen?
- Wer ist da, wer hilft mir, werde ich allein sein?
- Was wird mit meinen Liebsten?
- Muss ich leiden?
- Wie werde ich sterben?

Palliative Care soll Klärung schaffen und Sicherheit bringen.

### 3.1 Definition Palliative Care

Der Begriff «palliativ» stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Mantel bzw. Umarmung oder auch Umhüllung. Care leitet sich ab vom Englischen „to care“ – pflegen, kümmern, sorgen, achtsam sein<sup>9</sup>.

### 3.2 Definition von Grundpalliative Care

«Grundpalliative Care oder auch allgemeine Palliative Care genannt, umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»<sup>10</sup>

### 3.3 Definition von spezialisierter Palliative Care (SPC)

«Die spezialisierte Palliative Care unterscheidet sich von der Palliative Care in der Grundversorgung darin, dass eine instabile Krankheitssituation vorliegt, eine komplexe Behandlung bzw. eine Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigt wird oder bei nahestehenden Personen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Sie richtet sich auch an Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leis-

<sup>9</sup> Quelle: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>

<sup>10</sup> Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010). Nationale Leitlinie Palliative Care.

tungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind.» In Anlehnung an: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012). Versorgungsstrukturen für Spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

### 3.4 Definition End of Life Care

«End of Life Care ist der englische Fachbegriff für Medizin, Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase. Er beinhaltet medizinische, psychologische, spirituelle und soziokulturelle Aspekte. Die Kommunikation mit Bewohnenden und An- und Zugehörigen sowie die Begleitung der An- und Zugehörigen haben einen hohen Stellenwert. Am Lebensende können sich besondere ethische Fragen stellen, beispielsweise zum Verzicht oder Abbruch einer Behandlung, zur Patientenverfügung u.v.m.»<sup>11</sup>

End of Life		Sterbephase		
Es besteht das Risiko, in 6-12 Monaten zu sterben, es besteht aber auch die Möglichkeit, noch für Jahre leben zu können	<b>Monate</b> 2-9 Monate	<b>Wenige Wochen</b> 1-8 Wochen	<b>Letzte Tage</b> 2-14 Tage	<b>Letzte Stunden</b> 0-48 Stunden
	<b>Relevanz der Krankheit(en)</b> Progression ist wenig beeinflussbar, die Behandlungsvorteile nehmen ab	<b>Veränderungen im Gange</b> Vorteile der Behandlungen sind wenig offensichtlich, die Auswirkungen der Behandlungen weniger tolerierbar	<b>Erholung weniger wahrscheinlich</b> Das Risiko des Todes steigt	<b>Das Sterben beginnt</b> Verschlechterung ist wöchentlich, täglich

Grafik 1 <sup>12</sup>

### 3.5 Die letzte Lebensphase – terminale Phase

«Die letzte Lebensphase. Wann die letzte Lebensphase beginnt, lässt sich nicht exakt definieren. Sie kann Stunden, Tage, Wochen oder sogar wenige Monate dauern. Die betroffenen Bewohnenden sind trotz guter Beschwerdebehandlung zunehmend in ihren Aktivitäten eingeschränkt. Ihre Bedürfnisse, wie Hunger, Durst oder Schlafbedürfnis, ändern sich. Die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen nehmen Abschied von geliebten Menschen, Hoffnungen und Wünschen. Die meisten Bewohnenden setzen sich mit der Endlichkeit ihres Lebens und mit dem eigenen Sterben auseinander. Angesichts der vielen Veränderungen, Einschränkungen und der seelischen Belastung fühlen sich die begleitenden An- und Zugehörigen manchmal sehr unsicher.»<sup>13</sup>

Die internen Spezialisten der Palliative Care können u.a. für Fragen in Bezug auf die End of Life Care bzw. in der letzten Lebensphase oder der Sterbephase hinzugezogen werden.

<sup>11</sup> Quelle: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/fachbegriffe/>

<sup>12</sup> Grafik 1: Zeitraffer der letzten Lebensphase (Neuberger, Guthrie & Aaronovitch, 2013, S. 14) angepasst auf Deutsch von Mirjam Tanner

<sup>13</sup> Quelle: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/fachbegriffe/>

### 3.6 Sterbephase

«Der Übergang von der terminalen Phase zur Sterbephase ist fließend. Die Sterbephase bezieht sich meistens auf die letzten Stunden des Lebens. Anzeichen für die Sterbephase können sein: starkes Schlafbedürfnis, reduzierte Wahrnehmung der Außenwelt, Verwirrtheit, verminderte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, versiegende Ausscheidung, kalte Hände und Füße, veränderter Atemrhythmus (schnell oder mit Atempausen), bleiche, wächserne Haut, schwacher Puls.»<sup>14</sup>

## 4. Grundhaltung der Palliative Care im Bifang

### 4.1 Was heisst Palliative Care im Bifang

Im Bifang ist Palliative Care ein Grundsatz, welcher ganzheitlich und über alle Bereiche als Haltung getragen, gelebt und umgesetzt wird. Wir begegnen dem Menschen mit Liebe, Zuwendung und Fürsorge. Jeder Mensch im Bifang ist individuell, einzigartig und seine Wünsche und Bedürfnisse sind unser Anliegen.

## 5. Zielgruppe

In diesem Konzept werden Bewohnerinnen und Bewohner, ihre An- und Zugehörigen und alle Mitarbeitenden des Bifangs angesprochen.

Aus ihren Forschungen, den Erkenntnissen der Systemtheorie und der Geistes- und Gesundheitswissenschaften haben Friedemann und Köhler die Theorie des systemischen Gleichgewichts entwickelt<sup>15</sup>. Die Erkrankung eines Menschen hat Auswirkungen auf den Menschen selbst, aber auch auf seine nahestehenden An- und Zugehörigen, ja die ganze Familie. Gegenseitig beeinflussend ist das jeweilige Verhalten. Der Umgang mit der Krankheit und auch die daraus folgenden Einschränkungen in der Lebensqualität werden verschieden erlebt und anhand verschiedener Bedürfnisse gelebt. Einerseits ist es oft für alle Involvierten eine neue, schwierige Grenzerfahrung. Andererseits ist das Wohl des erkrankten Menschen und das der An- und Zugehörigen eng miteinander verbunden. Essenziell ist, dass die An- und Zugehörigen für den erkrankten Menschen das wichtigste Netz in der schweren Zeit sind und eine enorme Bedeutung für das Wohlbefinden haben oder dazu beitragen. Dies ist insbesondere dann so, wenn die Krankheit nicht mehr kurativ, sondern nur noch palliativ behandelt werden kann und/oder das Lebensende ganz nah ist.

Viele medizinische und pflegerische Fachpersonen erleben das Sterben und den Tod sehr unterschiedlich<sup>16</sup>. Je nach kultureller Herkunft, je nach eigener Lebensgeschichte sowie individuellen Erfahrungen und je nach Einstellung gegenüber der eigenen Endlichkeit wird verschieden damit umgegangen. Trotzdem ist es wichtig, eine professionelle und empathische Haltung gegenüber dem Sterben und dem Tod zu entwickeln und umzusetzen. Begleitende Fachpersonen können sich hilflos fühlen,

<sup>14</sup> Quelle: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/fachbegriffe/>

<sup>15</sup> Quelle: Friedemann, M.-L. & Köhler, C. (2010). Familien- und umweltbezogene Pflege (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

<sup>16</sup> Quelle: Friedemann, M.-L. & Köhler, C. (2010). Familien- und umweltbezogene Pflege (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

sind sie fortlaufend mit Verlust konfrontiert, aber auch durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Prinzipien und Werten des Lebens und den eigenen emotionalen Verbindungen damit. Oft sind fehlendes Selbstvertrauen, fehlende Erfahrungen oder Angst die Auslöser, nicht offen über das Sterben und den Tod sprechen zu können. So kann es sein, dass die erkrankten Menschen oder ihre An- und Zugehörigen das Schlimmste bereits ahnen, niemand aber, aus gegenseitiger Rücksichtnahme, darüber zu sprechen wagt. Fehlen die Kommunikation und Informationen, so können sich die Menschen des Familiensystems keine Gedanken zum Beispiel zu Sinn, Prozedere und Verantwortung machen, etwa: Können wir das, wollen wir das? Diese Belastung aller Beteiligten kann gravierende Auswirkungen auf die Prozessfaktoren, die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre An- und Zugehörigen und auf das Erleben und die Bedürfnisse haben. Es herrscht vor allem für die Betroffenen, aber auch für ihre An- und Zugehörigen vereinsamendes Schweigen. Eine These der systemischen Ordnung bestätigt, dass Angst vor dem Sterben und dem Tod durch den systemischen Lebensprozess überwunden und das Sterben und der Tod bejaht werden können, wenn sie als normaler Prozess des Lebens betrachtet und der Sinn und die Möglichkeiten darin erkannt werden. Wichtig dabei ist, dass den Familien ihre Autonomie und Selbstverantwortung stets gewährt wird und sie würdevoll begleitet werden.

Jede Bewohnerin und jeder Bewohner des Bifangs wird als Individuum betrachtet und jede Situation mit den betroffenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen wird als solche behandelt.

So wird auch Wert daraufgelegt, dass es in, um und nach palliativen Situationen den Mitarbeitenden gut geht. Dafür werden gegebenenfalls Fallbesprechungen aus aktuellem Anlass oder nach dem Todesfall durchgeführt.

## 6. Leistungsauftrag und Kompetenzen

### 6.1 Leistungsauftrag

Das Bifang möchte den Leistungsauftrag der palliativen Grundversorgung annehmen und seine Kompetenzen dementsprechend aufbauen.

### 6.2 Kompetenzkatalog

Das Bifang orientiert sich am Kompetenzkatalog «Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care» von palliative ch<sup>17</sup>.

### 6.3 Kompetenzen der Mitarbeitenden

Gemäss den Ausbildungsniveaus von palliative ch verfügen angestellte und freiwillige Mitarbeitende über Kompetenzen der Level A1, A2, B1 und B2.

Eine Fachperson mit den Niveau C ist die Hauptverantwortliche in Palliative Care.

---

<sup>17</sup> Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2012). Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

<b>Ausbildungsniveaus</b>					
	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>C</b>
<b>Definition</b>	Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit chronisch kranken Menschen oder mit akuten Situationen am Lebensende konfrontiert sind. Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Gemeinwesen tätig.	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Palliative Care Situationen umfasst (Palliative Care Einrichtungen, Palliative Care Teams (Spitalintern/-extern)) oder als Ressource-Personen für Fachleute aus anderen Gebieten. Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.
<b>Versorgungsstufen</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Spezialisierte Versorgung</b>	<b>Hochspezialisierte Versorgung</b>

Grafik 2 <sup>18</sup>

## 6.4 Einführung neuer Mitarbeitenden

Für neu eingetretene Mitarbeitende gibt es regelmässige Einführungsschulungen zum Thema Palliative Care. Mehrmals im Jahr, je nach Anzahl neuer Mitarbeitender, werden mindestens fünf Mitarbeitende zusammen geschult.

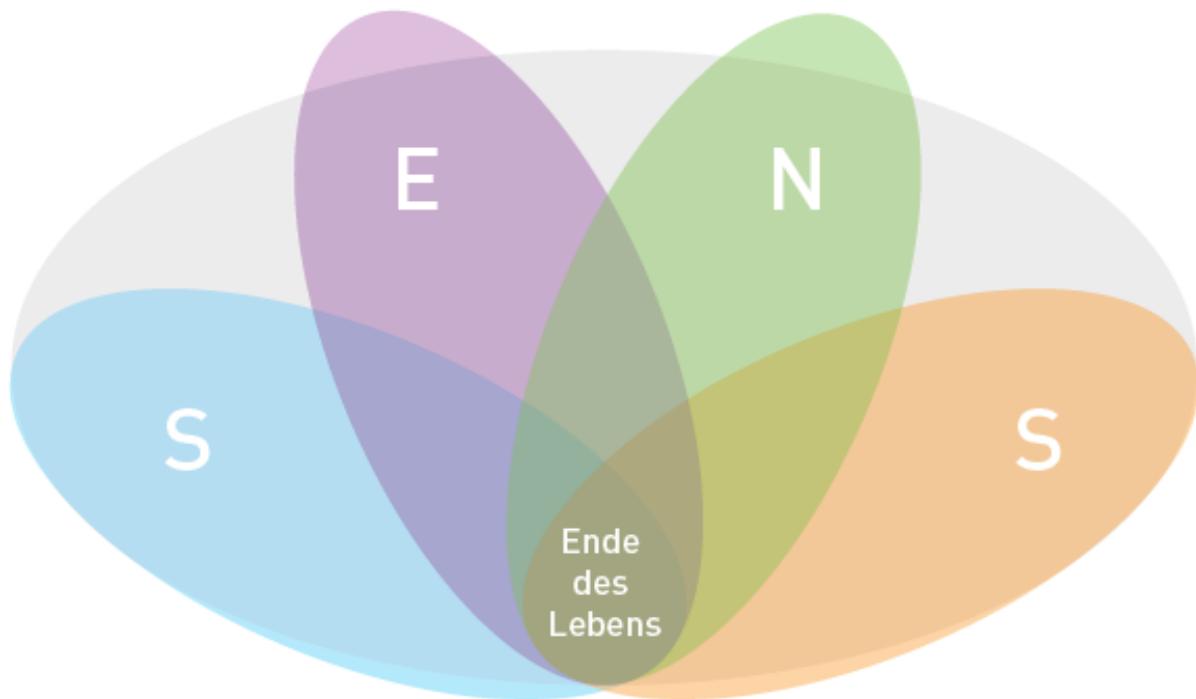
## 7. Grundlagen der Palliative Care (zentrale Konzepte)

### 7.1.1 SENS-Modell

Ein übersichtliches und gut verständliches Modell ist das SENS-Modell<sup>19</sup>. Es zeigt anschaulich die verschiedenen Phasen, Zeitspannen und Herausforderungen der Palliativversorgung. Das Bifang hat sich bewusst für dieses Modell entschieden. Wird das SENS-Modell in den palliativen Situationen bedacht, ist eine ganzheitliche Medizin, Pflege, Begleitung und Betreuung sichergestellt.

<sup>18</sup> Grafik 2: Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2012). Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

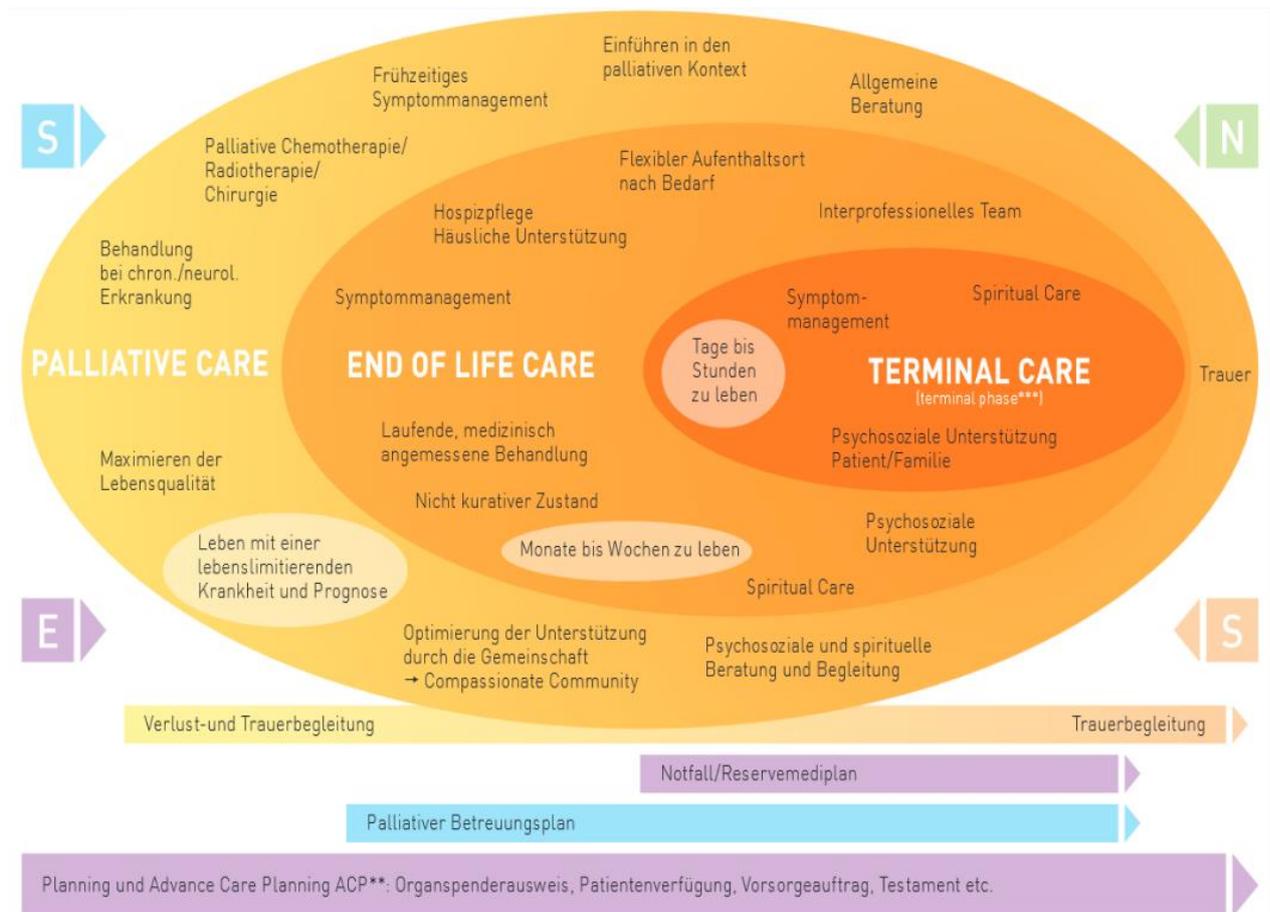
<sup>19</sup> Quelle: Eychmüller, S. (2014). Palliative Care – SENS-Modell. Bern: palliative ostschweiz.



- G Grundlagen**  
Transversale Kompetenzen, die sowohl für das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support als Grundvoraussetzungen gelten damit Palliative Care/die Palliativversorgung erfolgreich umgesetzt werden kann.
- S Symptom-Management**  
Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung.
- E Entscheidungsfindung**  
Definition der eigenen Ziele und Prioritäten, schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung und präventive Planung für mögliche Komplikationen.
- Ende des Lebens**  
Hat seine eigenen Herausforderungen, die sowohl das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support betreffen. Die Entscheidungsfindung wird jedoch meist als am schwerwiegendsten empfunden.
- N Netzwerk**  
Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zuhause) und stationären Strukturen.
- S Support**  
Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auch über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeit auch für die beteiligten Fachpersonen.

Grafik 4 <sup>20</sup>

<sup>20</sup> Grafik 4: Eychmüller, S. (2014). Palliative Care – SENS-Modell. Bern: palliative ostschweiz.

Grafik 5<sup>21</sup>

### 7.1.2 Selbstbestimmung

Der Mensch möchte (in der Regel) bis zum Schluss selbst über das Leben bestimmen. Heute informieren sich Menschen aktiv über Gesundheitsanliegen und wollen mitentscheiden. Diese Selbstbestimmung und Autonomie wünscht man sich auch für die letzte Lebensphase. Palliative Care fördert eine Behandlung, die auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt ist, und plant vorausschauend.

Selbstbestimmung ist im Bifang gemäss Definition die Ausgangslage jeglicher Zusammenarbeit (aus rechtlicher Sicht) mit den handlungsfähigen Bewohnenden. Die Bewohnerin, der Bewohner kann stets selbstbestimmt tun und handeln und damit die eigene Verantwortung wahrnehmen und tragen. Bei Eintritt bestimmt jeder Bewohnende mittels Pensionsvertrag eine stellvertretende Person für den Fall einer Urteilsunfähigkeit. Oder die aktuelle Patientenverfügung tritt in Kraft.

Achtung: Die Patientenverfügung steht über der bei Eintritt definierten stellvertretenden Person, es sei denn, dass dieselbe Person auch in der Patientenverfügung schriftlich aufgeführt und von allen Involvierten visiert wurde. Die Patientenverfügung kommt erst zum Tragen, wenn die Bewohnerin, der Bewohner nicht mehr urteilsfähig ist.

<sup>21</sup> Grafik 5: Eychmüller, S. (2014). Palliative Care – SENS-Modell. Bern: palliative ostschweiz.

### 7.1.3 Autonomie

«Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Sie ist abhängig vom Informationsstand der aktuellen Situation und der Bereitschaft und Fähigkeit des Betroffenen, Verantwortung für das eigene Leben und Sterben zu übernehmen<sup>22</sup>.»

### 7.1.4 Würde

Im Bifang wird allen Bewohnenden jederzeit, unabhängig von Kultur, Religion und Herkunft würdevoll und mit Respekt begegnet.

### 7.1.5 Lebensqualität

Für jeden Menschen ist Lebensqualität anders definiert. Allen Mitarbeitenden des Bifangs ist es wichtig zu erfahren, was Lebensqualität für die oder den Einzelne/n bedeutet, um sich möglichst danach richten zu können.

### 7.1.6 Ethik

Das Bifang hat eine eigene interne Ethikgruppe, welche sich regulär und regelmässig zwei Mal im Jahr für einen Austausch trifft. Die Ethikgruppe besteht aus der Geschäftsleitung und der Stellvertretung, der Pflegedienstleitung oder ihrer Stellvertretung, der beauftragten Qualitätsverantwortlichen, mindestens einer Stationsleitung und mehreren Vertretungen der Pflege und der Leitung Technischer Dienst als unabhängige, querdenkende Person. Die Ethikgruppe kann einberufen werden im Falle einer ethischen Fragestellung oder eines ethischen Dilemmas. Ggf. werden externe Fachpersonen der Medizin, Pflege, Begleitung oder Betreuung dazugeholt. Eine ethische Fallbesprechung wird anhand des METAP-Modells durchgeführt<sup>23</sup>.

### 7.1.7 Symptommanagement

In der Palliative Care treten regelmässig verschiedene Symptome auf, welche zwingend für eine gute Lebensqualität ein adäquates Symptommanagement erfordern. Dabei müssen körperliche, psychologische, soziale und spirituelle Ursachen sowie mögliche Bewältigungsstrategien der betroffenen Person beachtet werden. Die Erfassung und Linderung von belastenden Symptomen geschieht in Zusammenarbeit mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt, Fachärzten, den zuständigen Pflegefachpersonen, wenn gewünscht mit den An- und Zugehörigen und ggf. weiteren Diensten.

Gemeinsam mit dem betroffenen Menschen werden Ziele und Massnahmen zur Symptombehandlung besprochen und umgesetzt. Dabei ist immer auch der Fokus

---

<sup>22</sup> Quelle: Waldvogel-Lötscher, M. (2019). Palliative Care in der Langzeitpflege – Leitfaden Fortbildung Praxis. Schüpfheim: Waldvogel-Lötscher, M.

<sup>23</sup> Quelle: <http://www.klinischeethik-metap.ch/>

auf mögliche Risiken von akuten Situationen zu legen und vorausschauendes Denken und Planen gefordert, um ggf. schnell und effizient handeln zu können (Notfall- und Massnahmenplan, Reservemedikamente)<sup>24</sup>.

Für ein gutes evidenzbasiertes Symptommanagement halten wir uns an die Empfehlungen «Best Practice» von Bigorio<sup>25</sup>, bzw. dem «White Paper» Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC)<sup>26</sup>.

### 7.1.8 An- und Zugehörige

Hinter einem jeden Menschen stehen meist noch enge Bezugspersonen. Sie haben den betreuungs- oder hilfsbedürftigen Menschen schon bis hierher begleitet und sind seine wichtigsten Menschen im Leben. Daher sollten sie auch als solche und als eine Einheit anerkannt und eingebunden werden<sup>27</sup>. Für das Bifang ist die Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen von unschätzbbarer Wichtigkeit.

### 7.1.9 Trauer

Im Trauerfall werden nicht nur der im Bifang wohnende Mensch, sondern auch seine An- und Zugehörigen, ggf. nahestehende Bewohnende und betroffene Mitarbeitende in ihrer Trauer begleitet. Dies kann durch Spezialisten der Palliative Care, Pflegefachpersonen, durch Fachpersonen der Aktivierung oder der Seelsorge in Einzelgesprächen, Fallbesprechungen oder Rundtischgesprächen stattfinden.



Siehe auch Merkblatt: Seelsorge

### 7.1.10 Spiritualität

«Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie Menschen in ihren existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung.»<sup>28</sup> Das Bifang hat für die Seelsorge eine Partnerschaft mit der röm.-katholischen und reformierten Kirchengemeinde Wohlen, die auch für andere kulturelle Fragen oder Anliegen unterstützend zur Seite stehen oder mithelfen zu organisieren.



Siehe Merkblatt: Seelsorge

<sup>24</sup> Quelle: Waldvogel-Lötscher, M. (2019). Palliative Care in der Langzeitpflege – Leitfaden Fortbildung Praxis. Schüpfheim: Waldvogel-Lötscher, M.

<sup>25</sup> Quelle: <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen/bigorio-best-practice/>

<sup>26</sup> Quelle: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1276909>

<sup>27</sup> Quelle: Friedemann, M.-L. & Köhler, C. (2010). Familien- und umweltbezogene Pflege (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

<sup>28</sup> Quelle: Waldvogel-Lötscher, M. (2019). Palliative Care in der Langzeitpflege – Leitfaden Fortbildung Praxis. Schüpfheim: Waldvogel-Lötscher, M.

Was bedeutet Spiritualität im Bifang:

«Konkret zeigt sich für mich die Spiritualität im Bifang, wie achtsam und würdevoll der heilige Raum eines Sterbenden gestaltet wird. Ich schätze es sehr, dass ich mich als nicht pflegende Mitarbeiterin von sterbenden Bewohnenden verabschieden kann.»

Fachfrau Empfang/Information

«Auf der Abteilung ist es mir wichtig, dass dieses Thema mit den Bewohnenden, wenn möglich bei einem adäquaten Zustand thematisiert werden kann, ihre Wünsche, Rituale dokumentiert sind und dann bei Bedarf ausgeführt werden können.»

Stationsleitung

«Ich finde die Spiritualität im Bifang nimmt man schon beim Eintreten wahr. Der freundliche Empfang, die ansprechende Cafeteria mit den schönen Tisch-Dekos oder die freundliche, warme Atmosphäre, zu welcher eigentlich alle Mitarbeiter beitragen. (Dies höre ich öfters von Besuchern oder An- und Zugehörigen.) Die Integration spiritueller Aspekte in unserem Wohn- und Pflegeheim zeigt sich in erster Linie in einer Haltung, die im Bifang von allen Mitarbeitenden gelebt und mitgetragen wird. Sie umfasst das Vermitteln von Wertschätzung, Zuneigung, Geborgenheit, Wärme, Liebe und Verständnis, aber auch die Bereitschaft, für den betreffenden Menschen da zu sein, ihm zuzuhören und ihn respektvoll zu berühren. Wir von der Aktivierung versuchen, die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen, Nöte und Leiden mit Hilfe der Pflegestationen zu erkennen und die Bewohnenden in unsere Wochenaktivitäten einzubinden. Anhand des ersten Eindrucks resp. Eintrittsgesprächs (Biographie) sowie auch in Einzelbesuchen oder bei einem kurzen <Schwatz>, probieren wir auf unsere Bewohnenden einzugehen, um sensibel wahrzunehmen, was dieser Mensch äussert. Was hilft diesem Menschen? Was gibt ihm Halt?

Das Gefühl integriert zu sein und einer Gemeinschaft anzugehören, verhindert Einsamkeit und trägt zum Wohlbefinden von unseren Senioren bei. Es zeigt jedem Einzelnen, dass er nicht allein ist, sondern durch die Gemeinschaft gehalten und getragen wird.

Dank des gemeinsamen Engagements aller Mitarbeitenden im Bifang können die Bewohner am kulturellen, gesellschaftlichen und religiösen Leben teilhaben. Dadurch entstehen viele bewegende, schöne, lustige Momente, die unsere Senioren sowie unsere Mitarbeiter jeweils zusammen erleben. Die zahlreichen Jahresfeste, die wir gemeinsam feiern, sind wichtige Elemente. Zudem haben wir ein vielseitiges Kulturprogramm, welches unter anderem Konzerte, Lesungen, Oster- und Weihnachtsverkauf oder die Totengedenkfeier umfasst. Auch das gemeinsame Handarbeiten, Turnen, Chorsingen oder Musizieren hat eine wohltuende Wirkung und stärkt den Lebensmut. Das religiöse Leben wie die katholischen und reformierten Gottesdienste in unserer Kapelle, der Rosenkranz, unsere Palliative Care sowie die Seelsorge bieten unseren Bewohnenden spirituelle und geistige Begleitung an. Der Bifang bietet zahlreiche Möglichkeiten, den letzten Lebensabschnitt spirituell ausleben zu können.»

Fachfrau Aktivierung

### 7.1.11 Psychosoziale Unterstützung

Auch die psychosoziale Unterstützung ist im Bifang sehr wichtig. Sie wird von den internen Fachpersonen gewährleistet.

Auf Wunsch des im Bifang wohnenden Menschen und in Absprache mit seinem Hausarzt oder seiner Hausärztin kann ein psychologisches/psychiatrisches Gespräch mit einer Fachperson organisiert werden. Für psychologische/psychiatrische Anliegen und Unterstützung hat das Bifang einen Vertrag mit den Fachpersonen der PDAG (Psychiatrischen Dienste Aargau AG).

### 7.1.12 Freitod

Der gewünschte assistierte Suizid wird im Bifang nicht grundsätzlich abgelehnt, bildet jedoch, eingebettet in die Wahrung der Haltung der Palliative Care, eine mögliche Option.

Dem natürlichen Sterbeprozess, mit allen Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten, welche die Palliative Care bietet, wird im Wohn- und Pflegezentrum Bifang eine hohe Priorität beigemessen.

Da das Bifang das Zuhause der Bewohnenden ist, besteht das Ziel, allen Bewohnenden, im Verständnis und Sinn von Autonomie, Selbstbestimmung und persönlichen Rechten, möglichst ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen. Dies auch in Bezug auf ihren möglichen Wunsch auf ein selbstbestimmtes Sterben.

Die interne Ethikgruppe hat zum Thema Beihilfe zum Suizid ein Merkblatt erstellt, welches zusammenfasst, was berücksichtigt werden muss und wie das Prozedere vorgehen ist.



Siehe Merkblatt: Beihilfe zum Suizid

### 7.1.13 Patientenverfügung

Schon vor Eintritt eines neuen Bewohnenden wird erfragt, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist. Diese ist nicht zwingend, aber von grossem Nutzen. Sofern eine vorhanden ist, wird sie ins Pflegedokumentationssystem Lobos eingelesen und für die Pflegenden stets zugänglich im Ordner «Patientenverfügung» abgespeichert. Ist keine Patientenverfügung vorhanden, ist es den Verantwortlichen des Bifang wichtig, im Sinne von Advanced Care Planning (ACP)<sup>29</sup> zu erfahren, welche Haltung der Bewohnende hat und was er für sich wünscht. Was soll passieren in einem Notfall, was bei Urteilsunfähigkeit, was bei stetig sinkendem Allgemeinzustand u.v.m. Dies wird demgemäss im Pflegedokumentationssystem Lobos im Ordner «Palliativ» festgehalten und die Hausärztin oder der Hausarzt sowie die An- und Zugehörigen werden entsprechend zeitnah informiert. Auch die Weitergabe der Informationen an die Drittpersonen wird im Lobos festgehalten.

<sup>29</sup> Quelle: Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative.ch (2018). Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advanced Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern: BAG.

## 8. Leistungsangebot für Bewohnende des Bifangs

### 8.1 Leistungen der Palliative Care

Das Bifang orientiert sich wie einleitend beschrieben am SENS-Model. Dieses unterstützt eine ganzheitliche und vollständige Palliative Care.

Für ein strukturiertes Erfassen des Bedarfs, bzw. der Bedürfnisse am Lebensende verwendet das Bifang das entsprechende Formular «Einschätzung Palliative Care Bedarf nach SENS».



Siehe Formular: Einschätzung Palliative Care Bedarf nach SENS

### 8.2 Symptome erfassen, behandeln und lindern

Symptome werden täglich erfragt, erfasst und wenn notwendig behandelt und gelindert. Dies in guter, enger und wertvoller Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region und den Palliative Care-Spezialisten des Spitals Affoltern.

Für ein vorausschauendes und effizientes Symptommanagement wird das Formular «Notfall- und Massnahmenplan» des Spital Affoltern verwendet. Darauf werden die Verordnungen für einen möglichen Notfall und/oder für die Symptomlinderung in der End of Life Phase durch die Mediziner verordnet.



Siehe Formular: Notfall- und Massnahmenplan SPC Affoltern

### 8.3 Die letzte Lebensphase gestalten

Die meisten Menschen haben eine sehr genaue Vorstellung, wie sie gerne die letzte Lebensphase gestaltet haben möchten. Dies gilt es vorab in Erfahrung zu bringen und für alle Beteiligten festzuhalten. Hat eine Bewohnerin oder ein Bewohner noch keine konkreten Vorstellungen, so kann sie, er auf Wunsch durch die Palliative Care-Spezialisten des Hauses in diesem Prozess begleitet werden<sup>30</sup>.

### 8.4 Bei der Entscheidungsfindung unterstützen und vorausplanen

Entscheidungen für das Lebensende oder am Lebensende zu treffen, ist eine grosse Herausforderung und stellt Betroffene und ihre An- und Zugehörigen vor einschneidende Entscheidungsfindungen. In diesem Prozess soll das ganze System, ggf. auch durch die Beratung der internen Spezialisten der Palliative Care, unterstützen und vorausschauend planen, so dass am Schluss Zeit für einen persönlichen und würdevollen Abschied bleibt.

### 8.5 Netzwerk bilden und koordinieren

Das Bifang legt grossen Wert auf Professionalität, aber auch auf Individualität. Daher ist es wichtig, ggf. Professionals miteinzubeziehen, welche durch ihr Fachwissen das wichtige und wertvolle Netzwerk ergänzen. Der Bereich Pflege steht da an erster

---

<sup>30</sup> Quelle : [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/C\\_Fachgesellschaft/Task\\_Forces/Empfehlung\\_Sterbephase\\_palliative\\_ch\\_final\\_2016\\_VS.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf)

Stelle in der Koordination und hält die Netzwerkfäden zusammen. Nötigenfalls können die internen Palliative Care-Spezialisten hinzugezogen werden.

## 8.6 Die An- und Zugehörigen unterstützen

Die An- und Zugehörigen sind nebst dem Betroffenen die wichtigsten Beteiligten, sofern die oder der Betroffene dies wünscht. Sie gehören zum System und stellen eine grosse und wertvolle Ressource dar. Oft sind sie als unterstützende, pflegende An- und Zugehörige mit am Bett. Das Bifang legt grossen Wert darauf, dass auch die An- und Zugehörigen in ihrem Prozess, der Zeit des Abschiednehmens, der Trauer und über den Tod hinaus begleitet und unterstützt werden<sup>31</sup>. Im Speziellen sind es auch die Enkel und Urenkel, welche eine besonders vulnerable Gruppe der trauernden An- und Zugehörigen darstellen. Sie können bei Bedarf durch die hauptverantwortliche Palliative Care-Fachperson bzw. die Leitung der Fachgruppe Palliative Care, welche auch in der pädiatrischen Palliative Care Erfahrung hat, altersentsprechend unterstützt und begleitet werden.

## 8.7 Während der Trauerphase begleiten

Es liegt dem Bifang am Herzen, nach dem Abschied von einem lieben Menschen nochmals mit den An- oder Zugehörigen in Kontakt zu treten und sie nach ihrem Wohlergehen zu fragen. Dafür nimmt in der Regel innerhalb von drei Monaten eine Spezialistin, ein Spezialist der internen Palliative Care telefonisch Kontakt mit den An- oder Zugehörigen auf und führt nach dem Todesfall ein Gespräch mit ihnen.



Siehe Merkblatt: An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall

Siehe Formular: An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall

## 8.8 Verantwortlichkeiten

Alle Mitarbeitenden des Bifang beteiligen sich an der Palliative Care. Der Bereich Pflege kümmert sich an vorderster Front um die Medizin und Pflege des Menschen, alle weiteren Bereiche kümmern sich um das erweiterte Wohl des Bewohnenden in Bezug auf die Begleitung und Betreuung. Palliative Care wird im Bifang als Teamarbeit angesehen.

## 9. Beschreibung der betrieblichen Abläufe / Strukturen

### 9.1 Bei Heimeintritt

Bei Heimeintritt wird unter anderem geprüft, ob Palliative Care notwendig ist und wenn ja in welcher Art und Weise. Die Bewohnenden und ihre An- und Zugehörigen werden über ihre Rechte aufgeklärt und sind frei in ihren Entscheidungen. Eine bevollmächtigte Vertrauensperson wird von der Bewohnerin, dem Bewohner bei Eintritt angegeben, welche bei Urteilsunfähigkeit gemäss Erwachsenenschutzgesetz entscheidungsbefugt ist. Die Vertrauensperson ist im Pensionsvertrag vermerkt, welcher

<sup>31</sup> Quelle: [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/C\\_Fachgesellschaft/Task\\_Forces/Empfehlung\\_Sterbephase\\_palliative\\_ch\\_final\\_2016\\_VS.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf)

von beiden Parteien unterzeichnet wird. Im besten Fall stimmen diese Angaben mit vorliegendem Vorsorgeauftrag bzw. der Patientenverfügung überein. Ansonsten wird die Mitwirkung von An- und Zugehörigen an Entscheiden über Behandlung und Therapien nur in Absprache mit der, dem Bewohnenden anerkannt.

Eine neue Bewohnerin oder ein neuer Bewohner bringt in der Regel den Hausarzt oder die Hausärztin des Vertrauens mit bzw. bleibt dort weiter in Behandlung. Die Bewohnenden lernen ihre Pflegebezugsperson bzw. deren Stellvertretung kennen, so dass sie zu jeder Zeit wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind.

Bei Eintritt wird eine Anamnese erstellt und dadurch werden soziale Verhältnisse, Biografie, spirituelle Ressourcen und Bedürfnisse, Werte und Grundhaltungen sowie Gewohnheiten des Bewohners bzw. der Bewohnerin erfasst. Diese Aspekte werden bei der Pflege, Behandlung und Begleitung berücksichtigt.

Demenzerrkrankte Menschen treten meist in einem frühen Stadium ihrer Krankheit ins Bifang ein und müssen frühzeitig nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen gefragt werden. Meist sind die An- und Zugehörigen schon vertieft in die Begleitung ihrer Liebsten einbezogen und können als Ressource unterstützen und mithelfen, Fragen zu klären.



Siehe Merkblatt: Eintrittsmanagement

Siehe Merkblatt: Verantwortlichkeiten Sammlung und Dokumentation von Bewohnerdaten Bereich Pflege und Aktivierung

## 9.2 Während dem Aufenthalt

Während dem Aufenthalt im Bifang ist es wichtig, zusammen mit dem Bewohnenden immer wieder zu evaluieren: braucht es eine engmaschigere Palliative Care und/oder ist der aktuelle Stand noch den Bedürfnissen entsprechend. Dies wird durch die verantwortliche Pflegefachperson in stabilen Situationen mindestens zwei Mal jährlich beim RAI-Re-Assessment geprüft und in einem Standortgespräch mit dem betroffenen Bewohnenden, ggf. mit seinen An- und Zugehörigen besprochen und im Dokumentationssystem Lobos festgehalten. Siehe auch das Kapitel «Qualitätskriterien».



Siehe auch Merkblatt: Temporäre Abwesenheit

## 9.3 Bei Austritt / Verlegung

Das Bifang ist offen für individuelle Wünsche nach Verlegung. Es sieht aber auch seine Grenzen, welche ggf. eine temporäre oder langfristige Verlegung bedingen. In beiden Fällen ist es dem Bifang ein Anliegen, ein gutes und effizientes Übertrittsmanagement zu erreichen. Dafür wurden alle wichtigen Punkte im Merkblatt «Austrittsmanagement» festgehalten.



Siehe Merkblatt: Austrittsmanagement

## 10. Qualitätskriterien

Dem Bifang ist es ein Anliegen, dass die Bewohnenden gemäss den Qualitätskriterien von palliative ch gepflegt, begleitet und betreut werden:

- «Der Bewohner / die Bewohnerin wird täglich, nach Bedarf mehrmals bei geäußerten oder beobachteten Veränderungen nach seinem / ihrem Befinden gefragt.
- Die persönlichen Wünsche und Anliegen des Bewohners / der Bewohnerin sind massgebend für die Behandlungsplanung und Tagesgestaltung.
- Der individuelle Pflege-, Behandlungs- und Begleitungsbedarf und entsprechende Massnahmen sind für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin erfasst und dokumentiert.
- Behandlungen, Pflege und Begleitung werden im Rahmen von Standortgesprächen einmal wöchentlich oder nach Bedarf engmaschiger gemeinsam mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin sowie auf dessen bzw. deren Wunsch mit den An- und Zugehörigen evaluiert und angepasst; sie sind dokumentiert.
- Der Behandlungs- und Pflegeplan wird regelmässig durch das inter- und multiprofessionelle Team an den ärztlichen Visiten, während der Akutsituation mindestens einmal wöchentlich überprüft, angepasst und mit Ziel- und Wirksamkeitsüberprüfung dokumentiert.
- Mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit vorhandenen Krankheiten werden vorausschauend diskutiert und die Vorgehensweisen und Handlungsoptionen festgehalten.
- Seelsorgliche Unterstützung, psychosoziale und spirituelle Angebote stehen auf Wunsch zur Verfügung; bei psychischem Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, Suizidabsicht etc.) werden Fachpersonen wie Psychologinnen, Seelsorger, Religionsvertreterinnen etc. vermittelt / beigezogen.»<sup>32</sup>



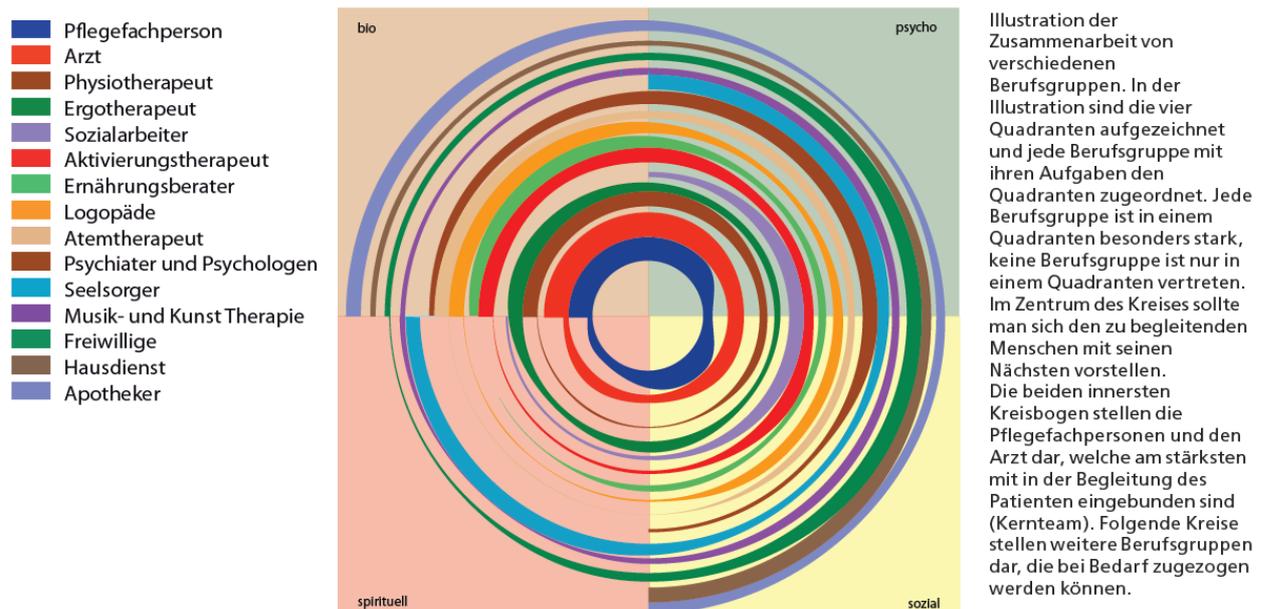
Siehe Merkblatt: Informationsfluss in Bezug auf Bewohnerdaten Bereich Pflege und Aktivierung

Siehe Merkblatt: Verantwortlichkeiten Sammlung und Dokumentation von Bewohnerdaten Bereich Pflege und Aktivierung

---

<sup>32</sup> Quelle: Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2001). Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

## 11. Inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit



Grafik 5 <sup>33</sup>

Für eine gute inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein regelmässiger, effizienter und nachhaltiger Informationsfluss unabdingbar.

Die Pflegefachpersonen sind federführend in Bezug auf den Informationsfluss. Sie sind auch verantwortlich für eine vollumfängliche Pflegedokumentation und halten die Fäden aller Beteiligten in den Händen. Sie organisieren und koordinieren.

Für den bereichsübergreifenden Informationsfluss findet regelmässig, alle sechs bis acht Wochen, der interprofessionelle Rapport (IPR) mit Vertretern aus allen Bereichen statt. Der IPR ist daher auch ein wichtiger Grundstein für die Pflegefachpersonen, welche wiederum regelmässig mit den Vertreterinnen und Vertretern, zum Beispiel der Medizin, an Visiten, im Kontakt stehen oder auch in der Zusammenarbeit mit den Fachpersonen aus den Apotheken oder der Seelsorge u.v.m. Erkenntnisse sammeln.

Für den multiprofessionellen Austausch sorgen die Visiten mit den Hausärzten im Haus, diese finden alle zwei Wochen statt.

Sind erweiterte multiprofessionelle Gespräche notwendig, wird je nach Bedarf eine Fallbesprechung oder ein Rundtischgespräch einberufen.



Siehe Merkblatt: Interprofessioneller Rapport

Siehe Merkblatt: Visite mit der Hausärztin / dem Hausarzt

Weitere interprofessionelle Merkblätter für verschiedene Bereiche



Siehe Merkblatt: Notfallapotheke

<sup>33</sup> Quelle: Palliative.ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2012). Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

- Siehe Merkblatt: Bestand Palliative Reservemedikamente
- Siehe Merkblatt: Umgang mit Ein- und Ausfuhr Betäubungsmittel
- Siehe Merkblatt: Leitfaden Notfallsituationen
- Siehe Merkblatt: Prozessablauf öffentliche Vorkommnisse
- Siehe Merkblatt: Liste Hilfsangebote
- Siehe Merkblatt: Menüwahl weiches, püriertes Essen

## 11.1 Erfassung der Symptome

Gemäss dem integrierten Modell werden anhand von SENS und mittels anerkannter Assessments im Dokumentationssystem Lobos regelmässig die körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnisse und Symptome evaluiert, erfasst und festgehalten. Die Erfassung wird gemäss der Situation durchgeführt; in welchen Abständen dies genau erfolgt, wird im Pflegedokumentationssystem Lobos je nach Bewohnendem entsprechend festgehalten.

## 11.2 Pflege

Für die Pflegenden besteht ein Merkblatt, welches den Informationsfluss über 24 Stunden, schichtübergreifend, sichert.



Siehe Merkblatt: Informationsfluss in Bezug auf Bewohnerdaten Bereich Pflege und Aktivierung

Dieses Konzept ist evidenzbasiert. Die Pflegenden arbeiten nach internen und externen Pflegestandards sowie Merkblättern, Richtlinien und Konzepten, welche sich an die von Bund und Kanton vorgegebenen Richtlinien und Empfehlungen der Palliative Care halten. Siehe auch Punkt «Weiterbildung für alle internen Berufsgruppen».

Die internen Spezialisten der Palliative Care, welche grundsätzlich Pflegefachpersonen sind, besuchen einmal jährlich eine Fachveranstaltung, einen Kongress, eine Weiterbildung o. Ä. zum Thema Palliative Care, um bezüglich der aktuellen Standards auf dem neusten Stand zu bleiben.



Siehe jährliches internes Weiterbildungsprogramm

## 11.3 Ärztliche Behandlung

Durch die Zusammenarbeit mit der vertrauten Hausärztin bzw. dem vertrauten Hausarzt oder anderen Fachärzten des Bewohnenden sind fach- und sachkundige Medizinerinnen mit im Behandlungsteam vertreten.

Für die spezifischen Palliative Care- bzw. End of Life-Fragen stehen zudem die Spezialisten des Palliative Care Kompetenzzentrums Affoltern rund um die Uhr zur Seite.

Bei Bedarf werden medizinische Fachpersonen zum multiprofessionellen Rapport, zu einer Fallbesprechung oder einem Rundtischgespräch eingeladen oder können solche einberufen.

Alle Fachpersonen der Medizin sind sich des internen Konzeptes Palliative Care bewusst und unterstützen dieses als Grundlage.

Die Ärzteschaft ist selbst für ihre Weiterbildung verantwortlich.



Siehe Merkblatt: Einleiten palliative Situation / End of Life

## 11.4 Information und Einbezug der An- und Zugehörigen

Wie unter Punkt «Zielgruppe» bereits beschrieben, gehören die An- und Zugehörigen zum System. Sie sind ein wichtiger und sehr wertvoller Teil in der Palliative Care und können eine enorme Bedeutung im sozialen Netzwerk des Bewohnenden haben. Sie werden daher vom Betreuungsteam mitbegleitet.

Sie können auch eine wichtige und wertvolle Ressource in der Pflege, Begleitung und Betreuung sein, und, sofern der Bewohnende es wünscht, miteinbezogen werden.

Die An- und Zugehörigen haben in der End of Life-Phase rund um die Uhr Besuchsrecht. Sie können auf Wunsch eine Schlafmöglichkeit im Bewohnerzimmer erhalten und ggf. günstig auf eine Verpflegungsmöglichkeit zurückgreifen.

## 11.5 Freiwillige Mitarbeitende

Multiprofessionelle Palliative Care geht Hand in Hand mit allen im Bifang beschäftigten Mitarbeitenden und ergänzend auch mit dem wertvollen Einsatz von freiwilligen Mitarbeitenden. Das Fachgebiet der Palliative Care ist speziell, sensibel und herausfordernd.

Eine Gruppe von freiwilligen Mitarbeitenden wurde explizit dafür geschult, in speziellen Palliative Care-Situationen oder in der End of Life-Phase für Bewohnende da zu sein und sie zusammen mit allen anderen Mitarbeitenden und Partnern zu begleiten. Dies kann sein, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner tagsüber oder nachts nicht allein sein möchte, sich ängstlich äussert, unruhig ist oder wenn An- und Zugehörige entlastet werden möchten oder sollten.

Dafür wurden interessierte, zuverlässige, empathische, belastbare freiwillige Mitarbeitende gesucht, welche sich aber auch abzugrenzen wissen und auf Nachfrage bereit sind, tagsüber Sitzwachen oder nachts einzelne Sitznachtwachen zu leisten oder ggf. Nächte auch mit anderen freiwilligen Mitarbeitenden aufzuteilen.

Für freiwillige Mitarbeitende sind keine medizinaltechnischen oder pflegerischen Tätigkeiten erlaubt. Das aktive und präsente Dasein, das schweigende Aushalten der sich ergebenden Situation, das kurze Vorlesen eines Gedankens, ein beruhigender und passender Zuspruch sind oft das Wertvollste, was geschenkt werden kann.

Die freiwilligen Mitarbeitenden werden von den Spezialisten der Palliative Care und der Leitung Aktivierung in ihrer Arbeit in Palliative Care angeleitet und begleitet.

## 11.6 Abschiedskultur

Das Bifang legt grossen Wert darauf, dass betriebliche und räumliche Voraussetzungen gestaltet werden können, um ein Sterben in Würde und ein Abschiednehmen gemäss den Bedürfnissen der An- und Zugehörigen, Mitbewohnenden und Mitarbeitenden zu sichern.

### 11.6.1 Bedürfniserfassung

Persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, Umgebung, Atmosphäre in der Sterbephase und Vorgehen im Todesfall werden frühzeitig angesprochen, schriftlich festgehalten, regelmässig aktualisiert und nach Möglichkeit realisiert.

### 11.6.2 Zeichen der End of Life-Situation



Tritt eine Bewohnerin, ein Bewohner in die letzte Lebensphase, die Sterbephase ein, werden primär die An- und Zugehörigen bzw. die erste Bezugsperson offiziell durch die Pflege informiert. Die letzte Phase ist die vulnerabelste Phase und bedarf besonderer Sensibilität und Rücksichtnahme.

Daher soll dies einerseits für alle Mitarbeitenden durch ein Zeichen aussen an der Zimmertür erkenntlich gemacht werden. Dies, damit das Zimmer besonders behutsam und achtsam betreten wird, ggf. keine lauten oder störenden Verrichtungen gemacht werden. Andererseits wird so für andere Bewohnerinnen und Bewohner ersichtlich, dass sich eventuell eine enge Bekannte im Sterben befindet und so ein bewusster Abschied ermöglicht wird.

Das Kennzeichnen von Palliative Care-Situationen kann hilfreich sein und Klärung schaffen:

Zum Beispiel:

- In diesem Zimmer befindet sich ein Mensch in der «End of Life»-Phase.
- Dieses Serviertablett mit Wunschkost ist für eine Person in der «End of Life»-Phase vorbereitet.
- Diese mit dem Symbol versehene Zimmereinheit darf rund um die Uhr Besuch empfangen.
- u.v.m.

Was symbolisiert das Signet?

- Die äussere Schale kennzeichnet das Bifang, da sowohl die Schale wie auch die Farbe das Bifangsignet abbilden.
- Die innere graue Schale bildet das Tragende, Schützende, Umsorgende usw. ab. Grau deshalb, da diese Schale auch alle Infrastruktur, Zeit, Wissen und Können beinhaltet, welche vom Haus Bifang unabhängig sind.

Für was steht das Herz?

- Für ein Leben, das sich dem Ende zuneigt, für eine Seele, die sich in der Dimension des Erlebens zeigt und für all das, wofür es sich lohnt, sich einzusetzen, im Wissen, dass dies immer viel mehr ist als das, was ich weiss, sehe und im Augenblick erlebe – ein Geheimnis des Werdens, Seins und Vergehens.

### 11.6.3 Trauerbegleitung

Die Einrichtung der Langzeitpflege ermöglicht den An- und Zugehörigen der verschiedenen Religionen und Religionsgemeinschaften, individuelle Trauerriten gemäss ihren Traditionen und nach betrieblichen Möglichkeiten zu pflegen.

Die An- und Zugehörigen werden im Abschiednehmen und in der Trauer ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet und unterstützt. Bei Bedarf werden spezifische Angebote oder Fachpersonen vermittelt.

Die Vorkehrungen nach dem Todesfall werden mit den An- und Zugehörigen besprochen und festgelegt.

Den An- und Zugehörigen wird auch nach dem Tod des Bewohners, der Bewohnerin Unterstützung und Begleitung angeboten.

### 11.6.4 Fallbesprechungen

Für spezielle oder aussergewöhnliche Situationen, oder grundsätzlich nach Bedarf, gibt es für Mitarbeitende und ihre Teams die Möglichkeit, eine Fallbesprechung in Anspruch zu nehmen. Dabei können offene Fragen besprochen werden und Unverstandenes kann Ausdruck finden. Die vielfältigen Gefühle der Mitarbeitenden brauchen einen Raum, um den vielen Abschiedssituationen stets wieder offen begegnen zu können.

### 11.6.5 Im Todesfall

Die Mitarbeitenden sowie andere Bewohner bzw. Bewohnerinnen haben ebenso Gelegenheit und Möglichkeit, sich von der verstorbenen Person zu verabschieden und ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen.

### 11.6.6 Administration

Siehe dazu das separate Merkblatt „Meldung eines Todesfalles an die Zivilstandsämter“ und das Formular „Meldung Todesfall Zivilstandsamt Vorlage“.

Für die Pflegenden gibt es im Todesfall ein Merkblatt „Merkblatt bei Todesfällen Haus 8 und Haus 8a“.

Für die An- und Zugehörigen gibt es ein Merkblatt „Informationen für An- und Zugehörige nach Todesfall“.



Siehe Merkblatt: Austrittsmanagement

Meldung eines Todesfalles an die Zivilstandsämter

Meldung Todesfall Zivilstandsamt Vorlage

Todesfälle Haus 8 und Haus 8a

Informationen für An- und Zugehörige nach Todesfall

### 11.6.7 Im Gedenken

Ist eine Bewohnerin, ein Bewohner verstorben, wird ihr oder ihm würdevoll gedacht. Dazu wird im Foyer Haus 8a eine Kerze angezündet und ein Leidzirkular aufgestellt. Auf den vier Stationen wird jeweils eine Gedenkecke eingerichtet und eine elektronische Kerze (Brandschutz) aus Wachs aufgestellt. Ein persönlicher Gegenstand und/oder ein Foto der verstorbenen Person gestalten den Gedenkort persönlich.

### 11.6.8 Totenpflege

Offt wissen Bewohnende schon zu Lebzeiten ganz genau, welche Kleidung sie tragen möchten, wenn sie verstorben sind. Dies bei Gelegenheit zu erfragen, entlastet oft die Betroffenen, da ihrem Wunsch entsprechend gehandelt wird. Werden Angaben gemacht, so sind diese im Pflegedokumentationssystem Lobos im Ordner «Palliativ» zu dokumentieren.

Auf Wunsch der An- und Zugehörigen – je nach Wunsch mit deren Beteiligung – wird im Bewohnerzimmer der Leichnam achtsam hergerichtet und entsprechend dem Wunsch der verstorbenen Person oder der An- und Zugehörigen angezogen und aufgebahrt. Dies bedeutet, die Augen werden geschlossen, Frisuren gemacht, Herren auf Wunsch rasiert. Medizinaltechnische externe Zu- oder Abgänge müssen entfernt werden. Eine grosse lila Einlage mit Netzhosen wird angezogen.



Siehe Merkblatt: Informationen für An- und Zugehörige nach Todesfall

### 11.6.9 Überführung

Das Organisieren der Überführung des Leichnams ist in der Verantwortung der An- und Zugehörigen. Das Bifang arbeitet unabhängig von Empfehlungen mit verschiedenen Bestattungsinstitutionen zusammen.

### 11.6.10 Teilnahme an der Beerdigung

Es kann zwei Mitarbeitenden nach Absprache mit den Vorgesetzten die Möglichkeit geboten werden, während der Arbeitszeit an der Beerdigung eines verstorbenen Bewohnenden teilzunehmen, sofern es das Alltagsgeschäft erlaubt. Weiteren Mitarbeitenden steht es frei, während der Freizeit an der Beerdigung teilzunehmen.

### 11.6.11 Abdankungsgottesdienste in der Bifang-Kapelle



Siehe Merkblatt: Abdankungsgottesdienst

### 11.6.12 An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall

In der Regel suchen zwei bis drei Monate nach dem Todesfall die verantwortliche Qualitätsbeauftragte, die Pflegedienstleitung oder Stv. Teamleitung oder die Pflegeverantwortliche mit der ersten Bezugsperson des Verstorbenen nochmals das Gespräch, siehe separates Merkblatt und Formular.

Ziel dieses Gespräches, in der Regel telefonisch, ist es, zur Qualitätsentwicklung zu erfahren, wie es den An- und Zugehörigen geht, was für sie positiv oder was für sie wichtig und wertvoll, was für sie kritisch war oder was ihnen gefehlt hat und was sie uns noch sagen wollten. Diese Informationen werden immer der Geschaftsleitung, der Pflegedienstleitung, dem betroffenen Pflegeteam und ggf. noch anderen involvierten Diensten weitergeleitet.



Siehe Merkblatt: An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall  
Siehe Formular: An- und Zugehörigengespräch nach Todesfall

### 11.7 Aussergewöhnliche oder unvorhergesehene Todesfälle



Siehe Merkblatt: Aussergewöhnliche oder unvorhergesehene Todesfälle

### 11.8 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

In Bezug auf eine mögliche Aufnahme sind im Merkblatt «Eintrittsmanagement» die Grenzen der Möglichkeiten im Bifang klar aufgezeigt. Diese sind unseren Zuweisern bekannt.

Bei einem notwendigen Übertritt in eine andere Institution/Organisation ist ein klarer Ablauf festgelegt, siehe Merkblatt «temporäre Abwesenheit». Der Informationsfluss soll so vollständig wie möglich sein und eine gute und wertschätzende Zusammenarbeit ergeben.

Bei Unklarheiten oder Unregelmässigkeiten im Zusammenhang mit den Partnern und Zuweisern werden diese durch die verantwortliche Person/Vorgesetzte evaluiert und es wird lösungsorientiert kommuniziert.

An öffentlichen Veranstaltungen zum Thema Palliative Care wird das Netzwerk gepflegt.



Siehe Merkblatt: Eintrittsmanagement  
Temporäre Abwesenheit

### 11.9 Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Das Bifang pflegt eine offene und konstruktive Fehlerkultur. Fehler werden als Chance zur Verbesserung wahrgenommen.

Meldungen werden systematisch schriftlich erfasst, mit den Verantwortlichen, Beteiligten und Vorgesetzten besprochen, Massnahmen beschlossen und umgesetzt. Die Wirksamkeit wird auf Nachhaltigkeit überprüft.

## 12. Unterstützung der Mitarbeitenden bei belastenden palliativen Situationen

Es kann immer wieder palliative oder End of Life-Situationen geben, welche aus verschiedenen Gründen belastend für die Mitarbeitenden sein können. Grundsätzlich ist es in der Verantwortung jedes einzelnen Mitarbeitenden, an seine direkte vorgeordnete Person zu melden, wenn eine Situation belastend wird oder schon ist.

In belastenden Situationen kann eine Fallbesprechung einberufen werden, welche lösungsorientiert für Bewohnende, aber auch für Mitarbeitende Massnahmen ergeben soll. Ggf. kann die Unterstützung der vertraglich eingegangenen Partnerschaft mit dem externen psychiatrischen Dienst für das Team oder einzelne Mitarbeitende durch die Geschäftsleitung zugezogen werden.

### 13. Weiterbildung für alle internen Berufsgruppen

Jede und jeder Mitarbeitende ist grundsätzlich selbst für die persönliche Weiterbildung verantwortlich. Auch ist es im Interesse jedes Einzelnen, das Fachwissen aktuell zu halten und sich weiteres anzueignen.

Das Bifang stellt jährlich für die verschiedenen Bereiche, aktuellen Themen entsprechend, interne Weiterbildungen zur Verfügung.

Für externe Weiterbildungen muss ein Antrag gestellt werden.

Auf Grund von individuellen Notwendigkeiten, Bedürfnissen oder Kompetenzen einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters kann das Bifang als Arbeitgeber sie oder ihn verpflichten, an einer internen oder externen Schulung teilzunehmen.

Die internen Spezialisten der Palliative Care nehmen einmal jährlich an den verschiedenen Teamsitzungen teil und besprechen mit den jeweiligen Teams Themen der Palliative Care.

Durch die Mitgliedschaft bei palliative aargau stehen regelmässig Fachveranstaltungen und externe Fallbesprechungen zur Verfügung. Die Spezialisten der Palliative Care nehmen regelmässig teil und/oder empfehlen den jeweiligen Vorgesetzten ggf. die Teilnahme für explizite Mitarbeitende.

Intern werden jährlich ggf. obligatorische und/oder freiwillige Weiterbildungen zum Thema Palliative Care angeboten.



Siehe jährliches internes Weiterbildungsprogramm

## 14. Qualitätssicherung

### 14.1 Fachgruppe Palliative Care

Die Fachgruppe Palliative Care ist eine Zusammensetzung von Bifang-Mitarbeitenden, welche sich in Palliative Care spezialisiert haben. Die Gruppe besteht aus einer Fachgruppenleitung und den von der Geschäftsleitung ausgewählten Teilnehmenden.

Die Gruppe trifft sich regelmässig alle drei Monate zum Austausch und zum Besprechen von Palliative Care-Themen. Die Fachgruppe ist für das Controlling aller Palliative Care-Themen im Haus zuständig, überprüft die Umsetzung des Konzeptes und evaluiert gemäss den Kriterien von palliative ch<sup>34</sup>. Sie ist auch für die Gültigkeit des Konzeptes verantwortlich, siehe Punkt Überprüfung Gültigkeit des Konzeptes.

Sie macht der Geschäftsleitungen Empfehlungen in Bezug auf die Umsetzung, Änderungen, Erneuerungen und Entwicklung im Bereich Palliative Care. Die Fachgruppe steht eng mit den Pflegepersonen der Basis in Kontakt.



### 14.2 Kommunikation

#### 14.2.1 Interne Kommunikation

Die Fachgruppe Palliative Care trifft sich regelmässig zum gemeinsamen Austausch. Dabei werden Themen aufgenommen, reflektiert, analysiert und Massnahmen entschieden sowie die Umsetzung in die Wege geleitet. Alle Mitarbeitende werden regelmässig über Aktualitäten in der Palliative Care informiert.

#### 14.2.2 Externe Kommunikation

Vier Mal im Jahr werden alle Mitarbeitenden, Zuweiser, Partner, An- und Zugehörige und weitere wichtige Personen der Medizin, Pflege, Begleitung und Betreuung anhand eines Newsletters – der Bifang-News – durch die Geschäftsleitung über Aktualitäten im Bifang und über Palliative Care informiert.

Intern findet zwei Mal jährlich die Bewohnerinformation statt, wo ggf. auch Palliative Care-Themen angesprochen oder weitergegeben werden können.

<sup>34</sup> Quelle: Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2001). Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

### 14.2.3 Fachwissen

Die Fachgruppe gibt Inputs für das Erweitern des Fachwissens im Bereich Palliative Care. Grundsätzlich sind jedoch die Mitarbeitenden für die Erweiterung ihres Fachwissens selbständig verantwortlich.

### 14.2.4 Netzwerk intern

Die Spezialisten der Fachgruppe Palliative Care können mindestens einmal pro Jahr an den verschiedenen Teamsitzungen teilnehmen und das Thema Palliative Care mit den Teams besprechen, thematisieren, evaluieren etc.

Die Fachgruppe gibt der Geschäftsleitung eine Empfehlung ab, wenn Palliative Care-Themen an einer Bereichsleitersitzung traktandiert und besprochen werden sollen.

### 14.2.5 Netzwerk extern

Die Spezialisten der Fachgruppe Palliative Care sind nach aussen die Ansprechpersonen für Qualitätsfragen in Bezug auf Palliative Care und sind mit anderen Fachpersonen der Palliative Care vernetzt. Sie nehmen regelmässig an Fachveranstaltungen zu Palliative Care teil.

## 14.3 Controlling und Entwicklung

### 14.3.1 Überprüfung Verantwortlichkeiten

Die Hauptverantwortliche Palliative Care ist die verantwortliche Qualitätsbeauftragte mit einem MAS-Abschluss in Palliative Care.

Weitere Verantwortliche sind die Fachgruppenmitglieder. Dies sind dipl. Pflegefachpersonen mit B2-Abschluss.

Des Weiteren gibt es Delegierte der Fachgruppe, diese haben mindesten den B1-Abschluss und haben anhand ihrer Kompetenzen eine beratende Funktion (SRK, AGS, FaGe).

### 14.3.2 Überprüfung Prozesse und Instrumente

Gemäss der vorgängig beschriebenen Konzepttheorie wird die Theorie anhand des SENS-Modells in die Praxis umgesetzt. So wird Palliative Care nachhaltig und ganzheitlich umgesetzt. Dies wird regelmässig durch die Verantwortlichen der Palliative Care, punktuell in palliativen Situationen überprüft, evaluiert und verbessert.

### 14.3.3 Überprüfung Gültigkeit des Konzeptes

Die Gültigkeit dieses Konzeptes tritt mit der Kenntnisnahme des Vorstandes bzw. der Vernehmlassung durch die Geschäftsleitung in Kraft. Es wird regelmässig alle zwei Jahre oder bei signifikanten Veränderungen evaluiert und aktualisiert. Änderungsvorschläge können immer an die verantwortliche Qualitätsbeauftragte erfolgen, diese prüft sie, diskutiert sie in der Fachgruppe Palliative Care und gibt sie ggf. der Geschäftsleitung zur Vernehmlassung. Nach dem Beschluss der Geschäftsleitung erfolgt die Information über die Aktualisierung an alle Mitarbeitenden.

Dies entspricht den Qualitätsvorgaben von „Qualität in Palliative Care“ des SQPC/ASQSP (Schweizerischer Verein für Qualität in PalliativeCare/Association Suisse pour La Qualité dans les Soins Palliatifs)<sup>35</sup>.

## 14.4 WZW-Kriterien

Palliative Care hat Zukunft. Die Menschen leben immer länger, dadurch ergeben sich auch immer längere Lebensabschnitte mit Beschwerden und Erkrankungen. Krankheitsverläufe werden komplexer und ältere Menschen leiden besonders häufig unter mehreren Krankheiten.

### 14.4.1 Wirksamkeit

Im Bifang gab und gibt es immer wieder multimorbide und sterbende Menschen und ein multiprofessionelles Team, welches sich um physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse dieser Menschen kümmert. Es geht jedoch noch um viel mehr als das, es geht um eine grundsätzliche Einstellung gegenüber allen Menschen, welche im Bifang medizinisch versorgt, gepflegt, begleitet und betreut werden. All diese Aspekte sollen nun in einem schriftlichen Konzept, angelehnt an die Vor- und Grundlagen des Bundes und des Kantons, erarbeitet, festgelegt und implementiert werden (Makroebene). Damit steigt die Effizienz der Durchführung von vorausschauender, bedürfnisorientierter Palliative Care, die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Mesoebene) und somit die ganze Qualität rund um den Bewohner, die Bewohnerin (Mikroebene).

### 14.4.2 Zweckmässigkeit

Das Ziel des Konzepts Palliative Care ist es zudem, eine gemeinsame Wertehaltung und eine gemeinsame Sprache umzusetzen, den sozialen und ethischen Aspekten und Werten der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer An- und Zugehörigen und der öffentlichen Gesellschaft der Region Wohlen zu entsprechen.

### 14.4.3 Wirtschaftlichkeit

Palliative Care ist nicht gewinnbringend und muss gar in grossen Spitälern wie das KSA quersubventioniert werden. Grundsätzlich ist auch mit einem finanziellen Mehraufwand zu rechnen. Qualität und Weiterbildung von Mitarbeitenden und die Bereitschaft der Mitarbeitenden erfordern zudem mehr Stellen für die Umsetzung, um den laufenden Betrieb nicht zu tangieren.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass bewusst gelebte Palliative Care auch hohe Spenden generiert. Und ist das Konzept implementiert, kann das ganze Care Management rund um einen Bewohner, eine Bewohnerin in Bezug auf Palliative Care vorausschauend, ja sogar bei Eintritt beginnend ausgerichtet werden. Dies schafft für den Bewohner, die Bewohnerin und ihre An- und Zugehörigen Vertrauen und Sicherheit, dass stets nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gehandelt wird. Dies wiederum

---

<sup>35</sup> Quelle: Palliative.ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2001). Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

bringt Zeit für die letzte Lebensphase, in der andere Themen, wie zum Beispiel das Abschiednehmen, prioritär sind. Das Konzept und seine Implementierung ermöglichen auch für die Mitarbeitenden stetig erweiterte Erfahrungen und Sicherheit im Umgang mit palliativen Situationen. Diese beiden Aspekte schaffen für alle einen Mehrwert für ein Thema, welches immer wieder auftreten wird.

Je nach Entwicklung und Umsetzung des kantonalen Palliative Care-Konzeptes könnten Pflegeinstitutionen, welche ein gelebtes (und wohl auch nachgewiesenes (zertifiziertes)) Palliative Care-Konzept haben, einen monetär vergüteten Leistungsauftrag generieren.

## 15. Weiterführende interne Literatur

- «Organisationshandbuch»
- «Personalreglement»
- «Infobroschüre A-Z für die BewohnerInnen»
- RAI-NH Pflegebedarfsabklärung und -einstufung
- Merkblatt «Zusatzleistungen»
- Merkblatt «Aussergewöhnliche oder unvorhergesehene Todesfälle»
- Merkblatt «Meldung Todesfall Zivilstandsämter»
- Formular «Meldung Todesfall Zivilstandsämter Vorlage»
- Merkblatt «bei Todesfällen Haus 8 und Haus 8a»
- Formular «Ärztliche Todesbescheinigung\_2011» vom Kanton Aargau
- Merkblatt «Unterschrift Zivilstandsamt»
- Pensionsvertrag
- Taxordnung

## 16. Danksagung

Allen Mitarbeitenden, die an der Entwicklung dieses Konzepts mitwirken und die Implementierung unterstützen, möchten der Vorstand, die Geschäftsleitung und die Autorin einen herzlichen Dank aussprechen. Das Konzept ist durch die Partizipation verschiedener Akteurinnen und Akteure aus dem Bifang ein gemeinsames und wertvolles Werk geworden.

### 16.1 Beteiligte Personen

Folgende Personen waren unter der Leitung von Mirjam Schiess, beauftragte Qualitätsverantwortliche, an der Erarbeitung beteiligt:

- Marcel Lanz (Geschäftsführer),
- Regina Grüninger (Stv. Geschäftsführerin),
- Karin Hitz (Leitung Pflegedienst),
- alle Bereichsleitungen (Verwaltung, Pflege, Aktivierung, Hauswirtschaft, Gastronomie und Technischer Dienst),
- die Pflegestationsleitung und punktuell
- einzelne Mitarbeitende

## 17. Inkraftsetzung

Dieses neue Konzept Palliative Care mit den vorgegebenen Kriterien von palliative ch<sup>36</sup>, wurde vom Vorstand des Vereins Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen per 26. Oktober 2021 bewilligt und in Kraft gesetzt und den Mitarbeitenden vorgestellt. Die Inkraftsetzung wird durch den Vorstand des Vereins Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen, die Geschäftsleitung, die Bereichsleitungen, den Stationsleitungen und der verantwortlichen Qualitätsbeauftragten getragen. Damit werden alle früheren Vereinbarungen und Bestimmungen ersetzt.

### 17.1 Beschluss

Wohlen, 26. Oktober 2021

Bifang Wohn- und Pflegezentrum Wohlen

die Präsidentin des  
Vereins:



Marianne Piffaretti

der Geschäftsleiter  
des Bifang:



Marcel Lanz

die verantwortliche  
Qualitätsbeauftragte:



Mirjam Schiess

---

<sup>36</sup> Quelle: Palliative ch - Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2001). Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.