

Sterben zuhause im Heim

Aktuelle Befunde zur Praxis der Sterbendenversorgung



Fachtag in Hessen
Dr. Julia von Hayek

03.12.2018, Darmstadt

Gliederung

- I. Ausgangsüberlegungen zur Studie –
Ansprüche an ein ‚gutes Sterben‘ im Heim
- II. Thema, Ziel und Vorgehen in der Studie
- III. Ausgewählte empirische Befunde
- IV. Folgerungen: Was hemmt – was fördert
‚gutes Sterben‘ im Heim?

I. Ausgangsüberlegungen

- Heime sehen sich mit einem gesellschaftlichen Wandel konfrontiert. Geänderte gesellschaftliche Bedingungen fordern Heime als Organisation heraus.
- Die Vorstellung eines ‚guten‘ Sterbens im Heim orientiert sich an den gesellschaftlichen Vorgaben eines ‚würdevoll‘ und ‚selbstbestimmten‘ Sterbens.
- Das Heim als Organisation gilt es in seiner Eigenart zu betrachten.

I. Ausgangsüberlegungen

Ansprüche an die Gestaltung eines ‚guten‘ Sterbeprozesses

Allgemeine Ansprüche

- Sterbebegleitung wird durch die Heime verantwortet.
- Die Heime kümmern sich um die Sterbenden und gestalten die organisatorischen Rahmenbedingungen des Sterbens würdevoll.

Ansprüche an die Organisation und die damit verbundene Haltung

- Es gilt, den Umgang mit voneinander unterscheidbaren kurativen und palliativen Maßnahmen im Pflegealltag zu gestalten.
- Es gilt, insbesondere am Lebensende den Bewohnerwillen zu beachten und hierfür eine hospizliche Grundhaltung bei allen Beteiligten zu gewährleisten.

Ansprüche an weitere Akteure, Kooperation und Vernetzung

- Die Mitwirkung weiterer Akteure ist unabdingbar.
- Zu den professionellen ‚Schlüssel-Akteuren‘ gehören insbesondere Ärzte.

II. Thema, Ziel und Vorgehen der Studie

- Sterbebegleitung war und ist eine wesentliche Aufgabe der Altenpflege; mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG, 2015) soll die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung am Lebensende im Heim befördert und verbessert werden.
- **Zentrale Frage des Projekts:** Wie ist der aktuelle Entwicklungsstand von Hospizkultur (HK) und Palliativkompetenz (PK) in stationären Pflegeeinrichtungen?
- **Teilfragen u.a.:**
 1. Wie schätzen sich die Heime bzgl. erreichter HK und PK selbst ein und wie werden sie im Heim verankert (konzeptionell, Kommunikation, Qualifikation)?
 2. Wie sieht die Versorgungspraxis im Heimalltag aus?
 3. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit Hausärzten und wie gestaltet sich die Vernetzung mit anderen Versorgungsakteuren?
 4. Wie wird das HPG wahrgenommen und welche Relevanz kommt dem Thema ‚Ressourcen‘ zu?

II. Thema, Ziel und Vorgehen der Studie

Forschungsziel

Aufarbeitung des wissenschaftlichen Diskussions- und Forschungsstands		
Erfassung und Analyse der Organisationsmerkmale von Pflegeeinrichtungen		Erfassung und Analyse des Versorgungs- und Betreuungsalltags in der Tiefe
Experten-interviews (n = 24)	Online-Befragung Einrichtungsleit. (n = 1.614)	Fallstudien (n = 10 Einrichtungen)

Umsetzungsziel

Entwicklung von Handlungsempfehlungen
Öffentlichkeitswirksame Darstellung der Ergebnisse, Wissenstransfer in die Breite

III. Ausgewählte Befunde

Ansprüche an die Gestaltung eines ‚guten‘ Sterbeprozesses

Allgemeine Ansprüche

- Sterbebegleitung wird durch die Heime verantwortet.
- Die Heime kümmern sich um die Sterbenden und gestalten die organisatorischen Rahmenbedingungen des Sterbens würdevoll.

Ansprüche an die Organisation und die damit verbundene Haltung

- Es gilt, den Umgang mit voneinander unterscheidbaren kurativen und palliativen Maßnahmen im Pflegealltag zu gestalten.
- Es gilt, insbesondere am Lebensende den Bewohnerwillen zu beachten und hierfür eine hospizliche Grundhaltung bei allen Beteiligten zu gewährleisten.

Ansprüche an weitere Akteure, Kooperation und Vernetzung

- Die Mitwirkung weiterer Akteure ist unabdingbar.
- Zu den professionellen ‚Schlüssel-Akteuren‘ gehören insbesondere Ärzte.

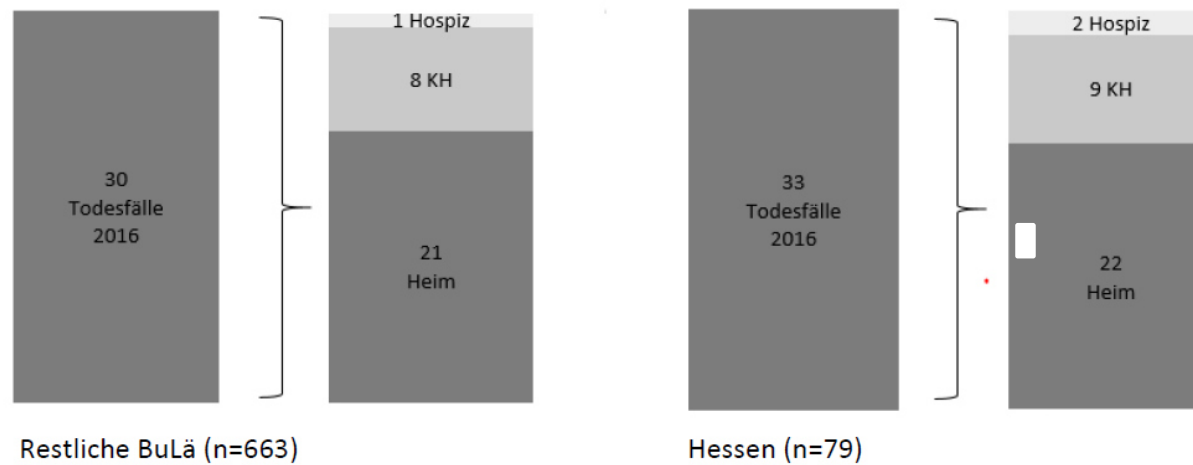
III. Ausgewählte Befunde

Allgemeine Strukturmerkmale

- Die durchschnittliche Größe der antwortenden Heime liegt bei 97 Plätzen; anteilmäßig haben mehr kleine Heime geantwortet.
- Das durchschnittliche Eintrittsalter der Bewohner liegt bei 81 Jahren (auch in Hessen), von denen zu mehr als 2/3 eine erhebliche Alltagskompetenz aufweisen. Mit großer Wahrscheinlichkeit Pflegegrad 3 oder 4.
- Die durchschnittliche Verweildauer liegt im Jahr 2015 und 2016 bei 21 Monaten. In 38% der Einrichtungen verstarben die Bewohner durchschnittlich innerhalb eines Jahres, 20,8% innerhalb eines halben Jahres, in 9,2% innerhalb von drei Monaten. (In Hessen Verweildauer zwischen 23 bis 26 Monate deutlich höher: 25,7% zu 17,4%).

III. Ausgewählte Befunde

Durchschnittliche Todesfälle und Sterbeorte der Bewohner/innen



	Todesfälle 2016	in der Einrichtung	im Krankenhaus	im Hospiz
Durchschnitt restliche BuLä (n=663)	30	21	8	1
Durchschnitt Hessen (n=79)	33	22	9	2

III. Ausgewählte Befunde

- Phase des Lebens im Heim wird immer kürzer, dadurch entstehen Ambivalenzen in der gesamten Einrichtung.
- Das Leben gilt hierbei vielfach weiterhin als Orientierungsleitlinie im Sinne von ‚Das Heim muss der Ort des guten Lebens im wohlverdienten Ruhestand bleiben‘.
- In der Wahrnehmung der Pflegekräfte gibt es zwei Bewohner-Typen: diejenigen, die im Heim zuhause sind, und die wachsende neue Klientel der Kurzzeitpflegefälle.

III. Ausgewählte Befunde

Ansprüche an die Gestaltung eines ‚guten‘ Sterbeprozesses

Allgemeine Ansprüche

- Sterbebegleitung wird durch die Heime verantwortet.
- Die Heime kümmern sich um die Sterbenden und gestalten die organisatorischen Rahmenbedingungen des Sterbens würdevoll.

Ansprüche an die Organisation und die damit verbundene Haltung

- Es gilt, den Umgang mit voneinander unterscheidbaren kurativen und palliativen Maßnahmen im Pflegealltag zu gestalten.
- Es gilt, insbesondere am Lebensende den Bewohnerwillen zu beachten und hierfür eine hospizliche Grundhaltung bei allen Beteiligten zu gewährleisten.

Ansprüche an weitere Akteure, Kooperation und Vernetzung

- Die Mitwirkung weiterer Akteure ist unabdingbar.
- Zu den professionellen ‚Schlüssel-Akteuren‘ gehören insbesondere Ärzte.

III. Ausgewählte Befunde

- Konzeption: Die Mehrheit der Heime gibt an, die Themen Hospizkultur und Palliativkompetenz konzeptionell bearbeitet zu haben.
- Nachhaltigkeit: Die Einrichtungsleitung ist maßgeblich; Rückhalt von Trägern wichtig.
- Qualifikation: 60% der Heimleitungen geben an, dass sie bzgl. der erreichten und angestrebten Qualifikation ihrer Mitarbeiter ‚gut‘ dastehen (in Hessen 50,9% zu 59,3%) und geben sich eine Durchschnittsnote von 2,4.
- Ebene der Praxis: hospizliche Grundhaltung und Palliativkompetenz können unterschiedlich gedeutet und unterschiedlich integriert werden.
- Ermittlung des Bewohnerwillens erfordert häufig eine eigene Kompetenz der Pflegekräfte.

III. Ausgewählte Befunde

Ansprüche an die Gestaltung eines ‚guten‘ Sterbeprozesses

Allgemeine Ansprüche

- Sterbebegleitung wird durch die Heime verantwortet.
- Die Heime kümmern sich um die Sterbenden und gestalten die organisatorischen Rahmenbedingungen des Sterbens würdevoll.

Ansprüche an die Organisation und die damit verbundene Haltung

- Es gilt, den Umgang mit voneinander unterscheidbaren kurativen und palliativen Maßnahmen im Pflegealltag zu gestalten.
- Es gilt, insbesondere am Lebensende den Bewohnerwillen zu beachten und hierfür eine hospizliche Grundhaltung bei allen Beteiligten zu gewährleisten.

Ansprüche an weitere Akteure, Kooperation und Vernetzung

- Die Mitwirkung weiterer Akteure ist unabdingbar.
- Zu den professionellen ‚Schlüssel-Akteuren‘ gehören insbesondere Ärzte.

III. Ausgewählte Befunde

Angehörige als mitwirkende Akteure

- Angehörige können einerseits deutlich unterstützend wirken, aber in der akuten Sterbephase auch deutlich belasten.
- Konfliktpotential v.a. bei der Frage nach dem Beginn der Sterbephase und der Gestaltung der letzten Lebensphase.

III. Ausgewählte Befunde

Hausärzte als Schlüssel-Akteure

- Grundsätzlich wird die Kooperation mit den Hausärzten von 90% der Einrichtungen mindestens als befriedigend, in 64% der Einrichtungen sogar als gut bzw. sehr gut bewertet.
- Die Wichtigkeit einer gelingenden Kooperation bringen 90% der Einrichtungen zum Ausdruck, die angaben, dass eine enge Zusammenarbeit mit Hausärzten grundsätzlich dazu beiträgt, Einweisungen zu vermeiden (zumind. wenn kein Akutgeschehen vorliegt).

III. Ausgewählte Befunde

Netzwerke

- Komplexe Kooperationsbeziehungen deutschlandweit völlig unterschiedlich entwickelt und ausgestaltet.
- Netzwerk-Mitglieder beschäftigen sich intensiver mit dem Thema ‚Sterben und Tod‘ und schätzen die erreichte Kompetenz und Qualität positiver ein als Nicht-Mitglieder.
- Häufigste Partner in Netzwerken sind insbes. Haupt- und Ehrenamtliche aus Hospizdiensten (79%) und SAPV-Teams/Palliative Care Teams (74%), Hausärzte mit anerkannter Fort-/Weiterbildung in Palliativmedizin (64%), Krankenhäuser (47%) und stationäre Hospize (41%).

IV. Folgerungen:

Was hemmt – was fördert ‚gutes Sterben‘ im Heim?

- Organisationskulturelle Grundhaltung;
- Qualifikation
- Finanzielle und personelle Ressourcen;
- Organisationale Gegebenheiten;
- Kooperationen/Vernetzungen;
- Politische Akteure;

Vielen Dank!

Kontakt

Dr. Julia von Hayek | Wissenschaftliche Geschäftsführerin
ZIG - Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung | Universität Augsburg
Tel: 0821 589-5490 | Email: von-hayek@zig.uni-augsburg.de