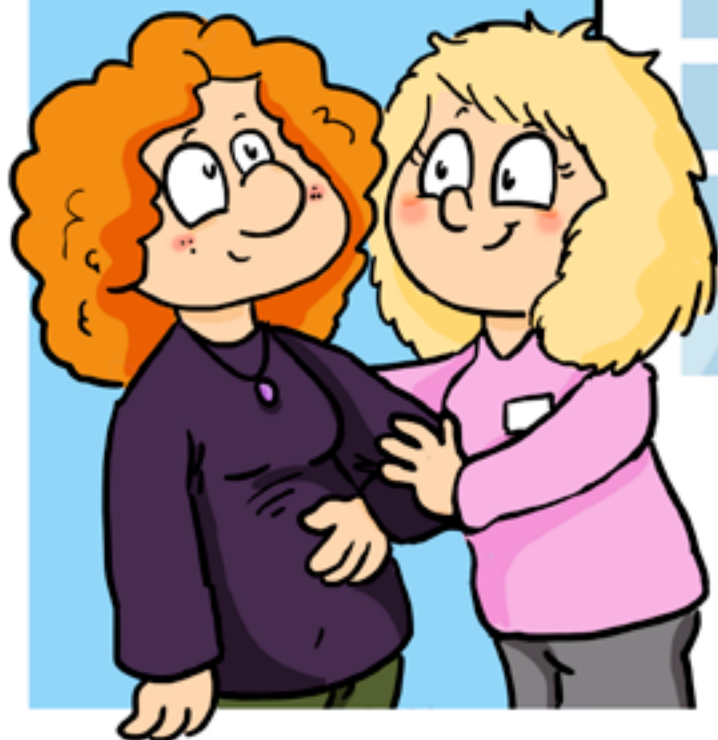


Praxis No 1/2016

Ich bin anders und doch gleich!

Menschen mit einer kognitiven
Beeinträchtigung im Spital



Diese Empfehlungen sind in der Reihe Praxis der Stiftung Arkadis erschienen.

In der Reihe *Praxis* publiziert die Stiftung Arkadis in unregelmässigen Abständen alltags-taugliche Empfehlungen. Diese greifen Themen auf, die in der Stiftung Arkadis vertieft bearbeitet worden sind und deren Ergebnisse auch anderen Institutionen oder am Thema interessierten Personen zur Verfügung gestellt werden sollen. Dabei geht es primär darum, Handlungsempfehlungen abzugeben, die einen professionellen, respektvollen und menschenwürdigen Umgang mit dem Anderssein fördern. Die Empfehlungen sollen Orientierung sein und können Unsicherheiten abbauen, haben jedoch keinen Anspruch auf absolute Wahrheit. Im Gegenteil: Institutionen und Fachpersonen können sich an den Empfehlungen orientieren, doch eine erfolgreiche Umsetzung dieser bedingt eine reflexive Auseinandersetzung des Managements sowie der Fachpersonen mit dem Thema und eine angepasste Verankerung der Empfehlungen in den jeweiligen Institutionen.

Ich bin anders und doch gleich!

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital

Diese Publikation wurde durch die
Stiftung Arkadis in Olten (www.arkadis.ch)
ermöglicht.

arkadis
begleiten beraten bewegen

Zudem wurde diese Publikation durch das
Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von
Menschen mit Behinderungen EBGB unterstützt.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung
von Menschen mit Behinderungen EBGB

Impressum

Ausgabe: 2016

Herausgeberin: Stiftung Arkadis, Aarauerstrasse 10, 4600 Olten, www.arkadis.ch

Autorin: Dagmar Domenig

Lektorat und Redaktion: Urs Schäfer

Illustrationen: Daniela Schreiter, www.fuchskind.de

Gestaltung: MailTec AG / PrePress & Multimedia AG

Druck: Brüggli Medien, Romanshorn

ISSN 2297-881X

Bezugsquelle: Diese Broschüre kann gratis auf www.arkadis.ch, Rubrik Interessensvertretung heruntergeladen oder für CHF 10 inklusive MwSt und zuzüglich Porto unter der nachfolgenden Kontaktadresse bestellt werden.

Kontaktadresse: arkadis@arkadis.ch oder Stiftung Arkadis, Marketing und Kommunikation, Aarauerstrasse 10, 4600 Olten

Zitierweise: Stiftung Arkadis (2016). *Ich bin anders und doch gleich! Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital*. Reihe *Praxis*. Olten: Stiftung Arkadis, No 1/2016.

Diese Broschüre enthält allgemeine Informationen zur Orientierung. Für die Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit aller Angaben kann keine Gewähr übernommen werden, und es können keine Rechtsansprüche daraus abgeleitet werden.

Danksagung

Wir danken an dieser Stelle allen Personen, die an der Erstellung dieser Broschüre mitgewirkt haben, in alphabetischer Reihenfolge: Philipp Bühler, Sandro Cattacin, Nadia Di Bernardo Leimgruber, Stephan Egloff, Claudia Hermann, Markus Maucher, Pius Schürch, Jürg Vöggtli und Anna Weber. Weiter bedanken wir uns bei allen im Rahmen der Studie interviewten Personen, die die Grundlage für die hier vorliegenden Empfehlungen geliefert haben.

Im Rahmen unserer täglichen Begleitung und Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen¹, die in der Stiftung Arkadis wohnen und/oder arbeiten, sind wir wiederholt mit der Frage konfrontiert worden, wie sich die Begleitung ins Spital, während des Spitalaufenthaltes und nach dem Spitaloptimieren liesse. Insbesondere ist uns mehrmals aufgefallen, dass hohe Ansprüche seitens der Spitäler hinsichtlich Anwesenheit während der Pflege und Behandlung durch unser Betreuungspersonal² gestellt werden, die wir oft kaum erfüllen können und wenn, dann nur, wenn wir Abstriche bei der Betreuung unserer anderen Klientinnen und Klienten vornehmen. Weiter stellen wir auch fest, dass Spitäler häufig hinsichtlich unserer Kompetenzen in der Nachbetreuung von falschen Vorstellungen ausgingen. Oft wurde die Behinderteninstitution einem Pflegeheim gleichgestellt, obwohl bei uns praktisch nur agogisch ausgebildetes oder ungelerntes Personal in der Betreuung arbeitet. So wurden unsere Bewohnerinnen und Bewohner des Öfteren direkt und ohne Austrittsorganisation, die beispielsweise nähere Abklärungen oder auch den Einbezug einer lokalen Spitexorganisation bedeu-

tet hätte, zu uns zurück geschickt, begleitet von einem Anruf mit der Aufforderung: «Sie können ihn/sie in zwei Stunden abholen!» Unsere Betreuungspersonen waren meist etwas überrumpelt und fragten gar nicht gross nach, was dies denn konkret für die pflegerische Betreuung bedeute. Im Gegenteil, meist waren sie gerne bereit, diese Nachbetreuung zu übernehmen, ohne ihre eigene pflegerische Kompetenz sowie diejenige der Behinderteninstitution zu hinterfragen. Dies auch, weil sie mit dem Gesundheitspersonal³ darin einig gingen, dass eine möglichst rasche Rückverlegung in die Behinderteninstitution für alle Beteiligten nur von Vorteil sein könne. Denn für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann der Spitalaufenthalt eine grosse Verunsicherung mit den entsprechenden Stressreaktionen oder Verhaltensauffälligkeiten bedeuten. Um diese Nachbetreuung aber doch einigermaßen kompetent übernehmen zu können, benötigen unsere Betreuungspersonen entsprechende medizinisch-pflegerische Informationen bereits beim Spitalaustritt, denn bis der Austrittsbericht beim zuständigen Hausarzt eingetroffen und die für die Nachbetreuung notwendigen Informationen zu

¹ Wir verwenden hier den Begriff *Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung* und verzichten auf den Begriff *geistige Behinderung*, auch wenn uns bewusst ist, dass wir im Folgenden nur von einer bestimmten Gruppe von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sprechen, nämlich denjenigen, die in so genannten Behinderteninstitutionen leben und/oder arbeiten. Wenn wir von *Patientinnen und Patienten* sprechen, dann meinen wir die Patientinnen und Patienten aus der Behinderteninstitution während eines Spitalaufenthaltes.

² Unter Betreuungspersonal oder Betreuungspersonen wird in der vorliegenden Broschüre alles in der Betreuung tätige Personal einer Institution für Menschen mit Behinderungen zusammengefasst.

³ Unter Gesundheitspersonal oder Gesundheitsfachpersonen werden hier alle im Gesundheitsbereich vertretenen Berufe mit einer medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Aufgabe subsumiert.

uns gelangen, können Tage verstreichen. Das Gesundheitspersonal hat jedoch keine Kompetenz, unser Betreuungspersonal zu informieren, da nur die gesetzliche Vertretung bei einer nicht urteilsfähigen Person das Recht innehat, informiert zu werden. Diese gesetzliche Vertretung, insbesondere wenn es sich um professionelle Beiständinnen oder Beistände handelt, ist aber nicht immer erreichbar. So hing es jeweils von der übergebenden Gesundheitsfachperson ab, ob unser Betreuungspersonal die entsprechenden Informationen erhielt oder nicht.

Abgesehen von diesen Schnittstellenproblemen konnten wir beobachten, dass sich Gesundheitsfachpersonen oft unsicher im Umgang mit den behinderten Menschen zeigten, vor allem dann, wenn diese keiner oder kaum einer Lautsprache mächtig waren. Kenntnisse in der *Unterstützten Kommunikation* waren kaum oder je nach Person nur individuell vorhanden. Weiter fehlte Gesundheitsfachpersonen schlicht die Zeit, unser meist viel zu ausführliches, schriftliches Informationsmaterial zu konsultieren, denn selten konnte vorausgesetzt werden, dass dieses auch gelesen worden war. Der Griff zum Telefon schien da meist naheliegender und schneller, um zu spezifischen Informationen zu kommen. Unsere Betreuungspersonen mussten in der Folge meist mehrmals am Tag Gesundheitsfachpersonen Fragen zum Umgang, zu Gewohnheiten

oder zur Kommunikation beantworten, wenn sie nicht schon bereits selbst viele Stunden vor Ort im Spital verbrachten.

Weiter fiel uns auch auf, dass Gesundheitsfachpersonen oft nicht mit den Patientinnen oder Patienten direkt sprachen, sondern sich an die anwesende Betreuungsperson richteten, ein aus der Migrationsforschung bekanntes Phänomen. Dieses Über-jemanden-sprechen ist für die betroffene Person meist ziemlich entwürdigend und widerspricht dem Anspruch auf Selbstbestimmung und Mitsprache.

Aufgrund dieser Beobachtungen entschieden wir uns, dieser Thematik «Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital» näher auf den Grund zu gehen und eine explorative Studie in Auftrag zu geben. Diese hatte zum Ziel, die Schnittstellen und Interaktionsdynamiken genauer zu beleuchten und daraus Empfehlungen abzuleiten, um einerseits die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Behinderteninstitutionen zu verbessern und andererseits eine bedarfsgerechte, wirkungsvolle und respektvolle Behandlung und Pflege von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital zu bewirken.

Diese Studie wurde durch das *Institut de recherches sociologiques (IRS)* der Universität Genf durchgeführt und durch das *Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB)*⁴ fi-

nanziell unterstützt. Die Ergebnisse der Studie zeigten unter anderem, dass auch auf unserer Seite einige Prozesse zu optimieren sind. Der anfänglich nahezu ausschliessliche Blick auf die Spitäler und deren sogenannten Unzulänglichkeiten oder Unsicherheiten in der Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wurde insofern getrübt, als dass wir zur Kenntnis nehmen mussten, dass das genaue Hinschauen auch selbstkritische und selbstreflexive Prozesse auf unserer Seite auslöste. Denn Schnittstellen haben es in sich, von unterschiedlichen Seiten beeinflusst zu werden. In dem Sinne richten sich die vorliegenden Empfehlungen immer an alle Seiten, also sowohl an Behinderteninstitutionen wie auch an die Spitäler und an alle anderen Akteure an den Schnittstellen.

Die Empfehlungen der vorliegenden Broschüre beruhen auf dem Schlussbericht der von Anna Weber durchgeführten Studie (2016)⁵ und den Ergänzungen zur Broschüre aus der Projekt-Begleitgruppe sowie der interviewten Fachpersonen. Die Broschüre enthält insgesamt zehn Empfehlungen, die jeweils kurz eingeleitet und anschliessend mittels Handlungsanleitungen weiter konkretisiert werden. Zur Veranschaulichung werden diese mit Tabellen ergänzt, die entweder Forschungsergebnisse zusammenfassen oder konkrete Umsetzungsbeispiele aufzeigen.

Da wir davon ausgehen, dass unsere Erfahrungen und die aus der reflexiven Auseinandersetzung innerhalb unserer Institution sowie mit dem am Projekt beteiligten Spital auch für andere Behinderten- und Gesundheitsorganisationen sowie für gesetzliche Vertretungen von Interesse sein könnten, möchten wir diese anhand von konkreten Empfehlungen hiermit einem breiteren Publikum zugänglich machen. Dies verbunden mit der Hoffnung, dass die Behandlung und Pflege im Spital sowie die daran anschliessende Nachbetreuung in der Behinderteninstitution von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf allen Seiten so verbessert wird, dass Selbstbestimmung, Mitsprache und professionelles Handeln wieder vermehrt im Zentrum stehen und der Aspekt der kognitiven Beeinträchtigung nicht mehr alles überschattet, sondern zu dem wird, was er für die Person auch ist: Ein Aspekt unter vielen ihrer individuellen Lebenswelt, Biografie und Persönlichkeit.

⁴ Projekt 15.1.004

⁵ Der Schlussbericht ist in elektronischer Form hier erhältlich: www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph27

1 Die Rollen der beteiligten Akteure kennen und respektieren



Mehrere Akteure mit jeweils unterschiedlichen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind vom Spitaleintritt bis zum Spitalaustritt und der daran anschließenden Nachbetreuung am Prozess beteiligt, wenn Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die in einer Behinderteninstitution leben, in ein Spital eintreten (siehe Tabelle 1).

Die unterschiedlichen Rollen sind zwar im Grundsatz klar geregelt, führen aber in der Praxis immer wieder zu Verunsicherungen an den Schnittstellen. Dies vor allem dann, wenn zu wenig Wissen darüber vorhanden ist, wer eigentlich wofür verantwortlich ist, und welche Kompetenz für die Erfüllung einer delegierten Aufgabe effektiv vorhanden ist.

- 1.1 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, sich mit den unterschiedlichen Rollen der beteiligten Akteure an der Schnittstelle Behinderteninstitution/Spital auseinanderzusetzen und sich über die mit den Rollen verknüpften Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zu informieren.
- 1.2 Wir empfehlen Betreuungspersonen, keine Aufgaben zu übernehmen, die nicht zu ihren Verantwortlichkeiten gehören und für deren Erfüllung ihnen die entsprechende Kompetenz fehlt, und dies auch den Gesundheitsfachpersonen proaktiv mitzuteilen.
- 1.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, sich über die vorhandenen Kompetenzen in einer Behinderteninstitution vor der Verlegung kundig zu machen, damit die professionelle Nachbetreuung auch entsprechend gewährleistet ist.

Tabelle 1: Beteiligte Akteure und deren Rollen

Berufsgruppe		Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen
Gesundheitsfachpersonen ausserhalb Spital	Hausärztin oder Hausarzt	Spitaleinweisung und/oder medizinische Nachbetreuung, zuständig für Case Management ausserhalb des Spitals wie beispielsweise Zusammenarbeit mit der Behinderteninstitution und der gesetzlichen Vertretung
	Spezialärztin oder Spezialarzt	Spitaleinweisung und/oder spezialisierte medizinische Nachbetreuung, zuständig für Spezialbehandlung ausserhalb des Spitals
	spitalexterne Pflege	medizinisch-pflegerische Nachbetreuung nach Spitalaustritt
	Pflegeinstitution	Nachbetreuung, wenn Patientin oder Patient (vorerst) nicht in die Behinderteninstitution zurückkehren kann
Gesundheitsfachpersonen innerhalb Spital	Spitalärztin oder Spitalarzt	Verantwortung für die medizinische Behandlung im Spital
	Pflege, Physiotherapie, medizinisch-technische Radiologieassistenz, Ernährungsberatung usw.	Verantwortung für die Pflege oder andere therapeutisch-diagnostische Massnahmen im Spital
Betreuungspersonen	Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Fachpersonen Betreuung, Personen mit einer pflegerischen Ausbildung (Fachpersonen Gesundheit, Pflegefachpersonen)	Begleitung ins Spital, Ansprechperson für betreuerische Themen, je nach vorhandenen Kompetenzen pflegerische Nachbetreuung in der Behinderteninstitution
Gesetzliche Vertretung bei medizinischen Massnahmen	Berufsbeiständin oder Berufsbeistand	bei Vorliegen einer Ernennungsurkunde, Vertretung bei medizinischen Massnahmen bei vorhandener Urteilsunfähigkeit, Begleitung und Unterstützung
	Angehörige	bei Vorliegen einer Ernennungsurkunde, Vertretung bei medizinischen Massnahmen bei vorhandener Urteilsunfähigkeit, Begleitung und Unterstützung
	Verantwortliche Person bei der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) am gesetzlichen Wohnsitz	Ansprechperson im Konfliktfall bei medizinischen Massnahmen
Soziales Umfeld	Partnerin oder Partner	Begleitung und Unterstützung
	Angehörige	Begleitung und Unterstützung
	Freundinnen und Freunde, Bekannte	Begleitung und Unterstützung

2 Vor dem Spitaleintritt die gesetzliche Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen klären



Wer in welchen Situationen über medizinische Massnahmen entscheidet, ist nicht immer auf den ersten Blick ersichtlich, insbesondere dann, wenn viele Akteure involviert sind, die Patientin oder der Patient ihren Willen nicht klar ausdrücken kann, die Zeit drängt und die Situation – wie beispielsweise nachts auf dem Notfall – hektisch ist. Geht man jedoch Schritt für Schritt vor, scheint die Entscheidungskompetenz im Grundsatz klar geregelt (siehe Tabelle 2).

Ist die Patientin oder der Patient urteilsfähig, entscheidet sie oder er über medizinische Massnahmen. Bei Unklarheit, ob von einer Urteilsfähigkeit ausgegangen werden kann, muss diese durch die Spitalärztin oder den Spitalarzt sehr sorgfältig im Einzelfall geprüft werden. Fehleinschätzungen können einen unzulässigen Eingriff in die Autonomie und Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten und eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit zur Folge haben.

Bei einer Urteilsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten ist der Entscheidungsprozess bei medizinischen Massnahmen immer eine grosse Herausforderung, gilt es doch den mutmasslichen Willen und das Interesse der Patientin oder des Patienten zu eruieren. Eine Patientenverfügung könnte hier solche Entscheidungen erleichtern, doch fehlen diese meist bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung.

In einer Patientenverfügung wird der Umgang mit höchstpersönlichen Rechten behandelt, wie die medizinische Behandlung bei einer bestehenden chronischen Krankheit, lebensverlängernde Massnahmen, das

Patientengeheimnis und Themen rund ums Sterben. Eine Patientenverfügung kann nur von der Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung selbst, die auch im Hinblick auf diese Entscheide und deren Auswirkungen urteilsfähig ist, ausgestellt werden.

Besonders schwierig und belastend wird für Betreuungspersonen die Situation dann, wenn es sich um einen Notfall handelt, der dringliche medizinische Massnahmen erfordert, die Patientin oder der Patient nicht urteilsfähig ist, die gesetzliche Vertretung nicht erreichbar ist und auch keine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Hier gilt es in der jeweiligen Situation den mutmasslichen Willen und die Interessen der Patientin oder des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu eruieren. Damit das ärztliche Personal eine richtige Entscheidung fällen kann, ist es auf Informationen durch das Betreuungspersonal angewiesen, wobei es auch für dieses nicht immer einfach ist, den mutmasslichen Willen korrekt zu eruieren.

Öfters kommt es auch zu schwierigen Situationen, wenn Angehörige anwesend sind, die die gesetzliche Vertretung einer Berufsbeiständin oder einem Berufsbeistand abgegeben haben. Denn Angehörige fühlen sich auch ohne des Mandats der gesetzlichen Vertretung der Patientin oder dem Patienten emotional sehr verbunden, so dass es für sie teilweise äusserst schwierig sein kann, bei medizinischen Massnahmen, gerade auch bei lebensverlängernden Massnahmen, nicht mitentscheiden zu dürfen.

Egal wer der beteiligten Akteure letztlich entscheidet beziehungsweise entscheiden muss, in jedem Fall steht das Wohl der Patientin oder des Patienten im Zentrum und muss dieses in erster Linie berücksichtigt werden. Dabei sollte bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten – vor allem dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt und die gesetzliche Vertretung nicht anwesend ist – immer nur im gegenseitigen Einverständnis aller beteiligten, anwesenden Akteure unter Berücksichtigung des mutmasslichen Willens und Interesses der urteilsunfähigen Patientinnen oder Patienten gehandelt werden.

2.1 Wir empfehlen Betreuungspersonen, regelmässig Gesundheitsthemen gemeinsam mit der Bewohnerin oder dem Bewohner und der gesetzlichen Vertretung bei medizinischen Massnahmen anzusprechen und – falls ein Spitaleintritt aufgrund einer bekannten chronischen oder unheilbaren Krankheit möglich oder gar absehbar ist – sich im Voraus eine entsprechende, situationsspezifische Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen für diesen Einzelfall erteilen zu lassen.

2.2 Wir empfehlen Betreuungspersonen, wenn es die Urteilsfähigkeit zulässt, die Bewohnerin oder den Bewohner darin zu unterstützen, eine auf ihre beziehungsweise seine kognitiven Fähigkeiten angepasste Patientenverfügung zu erstellen. Insbesondere auch dann, wenn die Bewohnerin oder der Bewohner an einer chronischen oder unheilbaren Krankheit leidet, die immer wieder zu Spitaleintritten führt.

2.3 Wir empfehlen Betreuungspersonen, sich von der gesetzlichen Vertretung eine Kopie der von der KESB ausgestellten Ernennungsurkunde geben zu lassen, um zu klären, wofür die gesetzliche Vertretung im Einzelnen zuständig ist und ob allenfalls mehrere Beistandschaften errichtet worden sind.

2.4 Wir empfehlen Betreuungspersonen, Angehörige, die sich nicht mehr in der Lage sehen, die umfassende Beistandschaft zu übernehmen, dahingehend zu beraten, eine geteilte Beistandschaft anzustreben, und zwar in dem Sinne, dass die Vertretung bei medizinischen Massnahmen nach wie vor bei den Angehörigen verbleibt.

3 Den Informationsfluss im Interesse der Patientin oder des Patienten gewährleisten

Tabelle 2: Entscheidungskompetenz bei medizinischen Massnahmen

	planbarer Spitaleintritt	Notfalleintritt
Entscheid über die Einweisung	durch Hausarzt oder Spezialärztin mit Überweisungsschreiben ans Spital	durch Betreuungsperson der Behinderteninstitution, wenn möglich in Rücksprache mit Hausarzt oder Notfallärztin
Entscheid über medizinische Massnahmen	<p>bei Urteilsfähigkeit durch die Patientin oder den Patienten</p> <p>bei Urteilsunfähigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gemäss der Patientenverfügung, falls vorhanden - durch die gesetzliche Vertretung bei medizinischen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der Patientin oder des Patienten - durch die Betreuungsperson bei Vorliegen einer durch die gesetzliche Vertretung abgegebenen Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen für einen bestimmten Einzelfall, nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der Patientin oder des Patienten 	<p>bei Urteilsfähigkeit durch Patientin oder Patienten</p> <p>bei Urteilsunfähigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gemäss der Patientenverfügung, falls vorhanden - durch die gesetzliche Vertretung bei medizinischen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der Patientin oder des Patienten, falls erreichbar oder anwesend - durch die Betreuungsperson bei Vorliegen einer durch die gesetzliche Vertretung abgegebenen Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen für einen bestimmten Einzelfall, nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der Patientin oder des Patienten - in dringlichen Fällen, wenn keine Patientenverfügung vorliegt und keine Person anwesend ist, die eine Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen hat, durch die Spitalärztin oder den Spitalarzt nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der Patientin oder des Patienten



Den für die medizinische Behandlung, die Pflege und die Nachbetreuung notwendigen Informationsfluss zu gewährleisten, ohne den Datenschutz und/oder das Interesse auf Geheimhaltung der Patientin oder des Patienten zu verletzen, ist für alle beteiligten Akteure eine der grossen Herausforderungen in der Zusammenarbeit zwischen einer Behinderteninstitution und einem Spital. Auch hier stellt sich die Problematik erneut unterschiedlich bei einem planbaren Spitaleintritt und einem ungeplanten Notfalleintritt (siehe Tabelle 3).

Im Unterschied zum planbaren Spitaleintritt stellen sich beim Notfalleintritt diverse Probleme. So ist es gemäss gesetzlichen Vorschriften aufgrund des Berufsgeheimnisses des Gesundheitspersonals beziehungsweise des Betreuungspersonals eigentlich nicht erlaubt, dass gegenseitig Informationen über die Patientin oder den Patienten ausgetauscht werden. Sowohl Gesundheitsfachpersonen wie Betreuungspersonen bewegen sich hier in einer Grauzone, vor allem auch deswegen, weil der korrekte Weg via die gesetzliche Vertretung meist zwar theoretisch der richtige wäre, in der Praxis aber nicht immer umsetzbar ist. Insbesondere sind Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände nicht rund um die Uhr erreichbar und abkömmlich. Die Ärztinnen und Ärzte im Spital müssen jedoch bei einem Notfall in der Lage sein, rasch die Situation und Person beurteilen zu können, um die richtigen medizinisch-diagnostischen Entscheidungen zu treffen. Das Betreuungspersonal kennt die Patientin oder den Patienten meist sehr gut und sollte daher die notwendigen Informati-

onen auch preisgeben. Dies im Interesse und zum Wohle der Patientin oder des Patienten.

Ähnlich stellt sich die Situation beim Spitalaustritt dar. Damit die Betreuungsperson die notwendige Betreuung und Pflege in der Behinderteninstitution übernehmen kann, muss diese auch die dafür notwendigen Informationen unmittelbar beim Spitalaustritt erhalten. Ein erst Tage später beim Hausarzt oder der Spezialärztin eintreffender Austrittsbericht – der zudem meist keine pflegerischen Aussagen enthält – kann diese wichtigen Informationen nicht rechtzeitig ersetzen. Gesundheitsfachpersonen sollten daher für das Betreuungspersonal zentrale Informationen insbesondere hinsichtlich der Medikation, zu beachtender Zeichen für eine allfällige Zustandsverschlechterung, der Mobilisierung sowie pflegerischer Massnahmen und Kontrolltermine im Interesse und zum Wohle der Patientin oder des Patienten schriftlich in Form eines Verlegungsberichts weitergeben.

Dabei soll im Einzelfall immer nur dasjenige Wissen vermittelt werden, das für die jeweilige medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung notwendig ist. Ohne entsprechende Vertretungsvollmacht darf keinesfalls über alle Bereiche der behinderten Person informiert werden, wenn dies keinem situationspezifischen Bedarf entspricht.

3.1 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, die Patientin oder den Patienten beim Informationsaustausch mit einzubeziehen und – wenn immer möglich – in erster Linie die Patientin oder den Patienten zu informieren.

3.2 Wir empfehlen Betreuungspersonen, Informationen zur Patientin oder zum Patienten dem Gesundheitspersonal nur dann mitzuteilen, wenn diese Informationen für die medizinische Behandlung sowie für die Pflege auch benötigt werden.

3.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, Informationen zur Patientin oder zum Patienten in Form eines Verlegungsberichts beim Spitalaustritt nur dann dem Betreuungspersonal abzugeben, wenn diese Informationen für

die Nachbetreuung in der Behinderteninstitution wesentlich sind und die gesetzliche Vertretung nicht anwesend ist.

3.4 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, bei jedem Datenaustausch immer ausschliesslich im Interesse und zum Wohle der Patientinnen oder der Patienten zu handeln und deren mutmasslichen Willen auch in Bezug auf den Datenaustausch nie aus den Augen zu verlieren.

Tabelle 3: Informationsfluss

	planbarer Spitaleintritt	Notfalleintritt
Information an die gesetzliche Vertretung	im Voraus durch Betreuungsperson der Behinderteninstitution, Hausarzt oder Spezialärztin	nach Eintritt durch Spitalärztin oder Spitalarzt oder durch Betreuungsperson der Behinderteninstitution
medizinische Informationen an Gesundheitsfachpersonen	durch Hausarzt oder Spezialärztin	durch Betreuungsperson (soweit Informationen vorhanden)
Informationen zur Person und zur Betreuung an Gesundheitsfachpersonen	vor dem Spitaleintritt durch die Patientin oder den Patienten und durch die Betreuungsperson	durch die Patientin oder den Patienten und durch die Betreuungsperson vor Ort beim Eintrittsgespräch
medizinische und pflegerische Informationen für die Nachbetreuung an Betreuungspersonen	mündlich an die gesetzliche Vertretung und/oder punktuell, dort wo für die Nachbetreuung notwendig schriftlich in Form eines Verlegungsberichts, an die Betreuungsperson sowie umfassend und schriftlich in Form eines Austrittsberichts an den Hausarzt oder die Hausärztin	mündlich an die gesetzliche Vertretung und/oder punktuell, dort wo für die Nachbetreuung notwendig schriftlich in Form eines Verlegungsberichts, an die Betreuungsperson und schriftlich in Form eines Austrittsberichts an den Hausarzt oder die Hausärztin

4 Einen schriftlichen, standardisierten Übergaberapport für Spitalaufenthalte in Behinderteninstitutionen einführen



Für das Gesundheitsfachpersonal im Spital ist eine informative, übersichtliche und möglichst kurze Dokumentation über die eintretende Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung für die Behandlung und Pflege von zentraler Bedeutung. Die in der Behinderteninstitution für die Betreuung angelegte Dokumentation ist für Gesundheitsfachpersonen oft zu umfangreich, enthält zu viele für diese nicht notwendigen Informationen und wird daher in der Folge meist gar nicht gelesen. Stattdessen wendet sich das Gesundheitsfachpersonal entweder telefonisch direkt an die Betreuungsperson oder stützt sich auf deren nahtlose Präsenz im Spital ab. Dies wiederum bedeutet für das Betreuungspersonal neben den üblichen Betreuungs- und administrativen Aufgaben in der Behinderteninstitution eine grosse zusätzliche Belastung. Eine geeignete, schriftliche Dokumentation ist zudem Voraussetzung dafür, dass Informationen auch vom Notfall auf die Abteilung gelangen. Der mündliche Informationsfluss kann dies nicht gewährleisten.

Ist das Gesundheitspersonal in geeigneter und ihrem Bedarf entsprechender Art und Weise dokumentiert, muss die Betreuungsperson auch nicht mehr rund um die Uhr als Ansprechperson präsent sein, sondern kann ihre Besuche zielgerichtet unter Berücksichtigung der Abläufe in der Behinderteninstitution und im Spital einplanen.

- 4.1 Wir empfehlen Behinderteninstitutionen, ein spezielles (elektronisches) Tool für einen Spital-Übergaberapport (siehe Tabelle 4) bereit zu stellen, das alle möglichen Themenbereiche mit den entsprechenden Aspekten im Sinne einer Checkliste enthält, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit bietet, bei einem Spitaleintritt nur die jeweils relevanten Punkte auszufüllen.
- 4.2 Wir empfehlen Betreuungspersonen, den Spital-Übergaberapport stichwortartig und nur zu denjenigen Punkten auszufüllen, die im konkreten Fall auch wesentlich sind, damit der Übergaberapport höchstens zwei bis drei Seiten umfasst und so im Spital auch gelesen wird.
- 4.3 Wir empfehlen Betreuungspersonen, den Spital-Übergaberapport bei Bewohnerinnen oder Bewohnern mit chronischer oder unheilbarer Krankheit oder bei wiederkehrenden Spitalaufenthalten bei einem Spitaleintritt zu aktualisieren, insbesondere hinsichtlich aktuellem Eintrittsgrund, der aktuellen Medikation und weiterer für die Behandlung und Pflege besonders relevanter aktueller Informationen.
- 4.4 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, den Spital-Übergaberapport zu lesen und bei Bedarf mit eigenen Beobachtungen zu ergänzen, bevor sie sich an die Betreuungspersonen wenden, damit diese nur dann Auskunft geben müssen, wenn dies wirklich nötig und sinnvoll ist.

Tabelle 4: Beispiel eines Spital-Übergaberapports

Themenbereich	Aspekte
Personalien	<ul style="list-style-type: none"> – Name – Vorname – Geburtsdatum – Heimatort – Adresse Behinderteninstitution – gesetzlicher Wohnsitz – Sprache/n – Krankenkasse – IV-Verfügungsnummer – AHV-Nummer – weitere Angaben
aktueller Eintrittsgrund (vor Spitaleintritt auszufüllen)	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeinzustand – Mobilität – Schmerzen – Bewusstseinszustand – veränderte Verhaltensweisen – am Eintrittstag abgegebene Medikamente – Informationen zum letzten Spitalaufenthalt – weitere Besonderheiten
Krankengeschichte (und/oder Einweisungsbericht oder andere Arztberichte beilegen)	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnosen – regelmässige Medikamente – Reservemedikamente – Allergien – bisherige Spitalerfahrungen – schwer durchzuführende Untersuchungen – weitere wichtige Informationen für die Behandlung und Pflege
Ansprechpersonen, inklusive Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen bei medizinischen Massnahmen (Hinweis auf Ernennungsurkunde sowie allfälliger Vollmachten)	<ul style="list-style-type: none"> – gesetzliche Vertretung – Bezugsperson Behindertenorganisation (inklusive deren Vertretung) – Ansprechperson bei den Angehörigen (inklusive deren Vertretung) – Hausärztin/Hausarzt – Spezialärztin/Spezialarzt – zuständige KESB (ev. Ansprechperson) – weitere Ansprechpersonen

Themenbereich	Aspekte
soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> – Angehörige – Partnerin/Partner – Freunde und Freundinnen – Bekannte
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> – Lautsprachfähigkeit – Gebärdensprachfähigkeit – bekannte Piktogramme – weitere Hilfsmittel der <i>Unterstützten Kommunikation</i> – Lese- und Schreibvermögen
Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> – Lern- und Verständnisfähigkeit – Sinneswahrnehmung – Körperwahrnehmung – räumliche Orientierung – zeitliche Orientierung – Schmerzempfinden
Aktivitäten des täglichen Lebens	<ul style="list-style-type: none"> – Mobilität – Ernährung – Ausscheidung – Schlafen – Hautpflege, Wundpflege – Körperpflege
Informationen zur Nachbetreuung (nach Spitalaustritt auszufüllen oder Verlegungsbericht beilegen)	<ul style="list-style-type: none"> – Besonderheiten zum Spitalaufenthalt – aktuelle Medikation – Mobilität – Ernährung – Ausscheidung – Schlafen – Hautpflege, Wundpflege – Besonderes zur Nachbetreuung (Kontrolltermine usw.) – Zeichen für Verschlechterung des Zustands

5 Gegenseitige Erwartungshaltungen thematisieren und gemeinsam nach Lösungen suchen



Vom Spitaleintritt bis zum Spitalaustritt bestehen unterschiedliche Interaktionsdynamiken zwischen dem Gesundheitsfachpersonal sowie dem Betreuungspersonal, die die Behandlung, Pflege und Betreuung zusätzlich erschweren können (siehe Tabelle 5). Dabei geht es meist um Unklarheiten hinsichtlich Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Betreuungspersonen hegen gegenüber dem Gesundheitsfachpersonal hohe Erwartungen hinsichtlich des zu leistenden Betreuungsaufwands und deren Kompetenz im Umgang mit kognitiver Beeinträchtigung. Umgekehrt werden von den Gesundheitsfachpersonen hohe Ansprüche an die Betreuungspersonen gestellt, hinsichtlich ihrer Präsenz im Spital und der Bereitschaft Assistenzaufgaben bei Untersuchungen und anderen medizinischen oder pflegerischen Handlungen zu übernehmen.

- 5.1 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, Erwartungshaltungen explizit zu formulieren, die Perspektive der anderen beteiligten Fachpersonen nicht aus den Augen zu verlieren, situationsspezifische Problematiken im Gespräch zu klären und gemeinsam nach akzeptierbaren Lösungen zu suchen.
- 5.2 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, gemeinsam im Gespräch zu klären, welche Unterstützung das Spitalpersonal in der Kommunikation und Betreuung durch das Betreuungspersonal neben dem Spital-Übergaberapport noch effektiv benötigt, und in welchen Situationen eine Anwesenheit durch Betreuungspersonen als Unterstützung sinnvoll ist.
- 5.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, lange Wartezeiten zu vermeiden und eine rasche Patientenaufnahme zu ermöglichen, so dass Betreuungspersonen bis nach dem Eintrittsgespräch als Unterstützung vor Ort bleiben können.

- 5.4** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, sich eigene Wege und Strategien, in der Kommunikation und im Beziehungs- und Vertrauensaufbau mit der Patientin oder dem Patienten anzueignen, um nicht auf die Anwesenheit von Betreuungspersonen angewiesen zu sein.
- 5.5** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, sowohl im Spital wie in der Behinderteninstitution Bezugspersonen zu definieren, die als Anlaufstelle für fachspezifische Fragen oder bei Problemen dienen.

- 5.6** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, dort wo möglich, die Anpassung standardisierter Abläufe im Spital vorzunehmen sowie den Einsatz von Betreuungspersonen zur Unterstützung bei bestimmten invasiven oder besonders stressauslösenden Eingriffen wie MRI oder Computertomografie gezielt zu planen.

Tabelle 5: Gegenseitige, unrealistische Erwartungshaltungen

Gesundheitsfachpersonen an Betreuungspersonal	Betreuungspersonal an Gesundheitsfachpersonen
Begleitung der behinderten Person ins Spital und vor Ort-Betreuung bis Gesundheitsfachpersonen Zeit haben.	Begleitung der behinderten Person ins Spital und umgehende Übergabe, damit Betreuungsperson in Behinderteninstitution zurückkehren kann.
Rückverlegung so rasch wie möglich und medizinisch vertretbar in die Behinderteninstitution, wenn möglich an Stelle einer Verlegung auf die Spitalabteilung.	Gleichwertige Behandlung und Pflege der Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital, keine frühere Rückverlegung als üblich, Spitalabteilung muss auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung individuell, bedarfs- und bedürfnisgerecht behandeln.
Ständige telefonische Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Betreuungspersonen in der Behinderteninstitution, sobald Fragen oder Probleme auftauchen.	Gut informierte, im Umgang mit kognitiver Beeinträchtigung kompetente Bezugspersonen im Spital, die auch anderen Gesundheitsfachpersonen sowie den Betreuungspersonen in der Behinderteninstitution rund um die Uhr für Fragen zur Verfügung stehen.
Anwesenheit der Betreuungspersonen bei allen diagnostischen und behandlingstechnischen Massnahmen und Übernahme von Assistenzaufgaben bei deren Durchführung.	Ausschliessliche Ausrichtung diagnostischer und behandlingstechnischer Massnahmen an den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten, Vermeidung von standardisierten Abläufen zum Wohle der Patientin oder des Patienten.
Übernahme der Essenseingabe durch die Betreuungspersonen, wenn das Legen einer Magensonde abgelehnt wird.	Kontrolle der Essenseinnahme durch die Patientin oder den Patienten und bei Bedarf Essenseingabe durch Spitalpersonal.
Höchstmögliche Anwesenheit durch Betreuungspersonen, um Spitalpersonal in der Kommunikation und bei der Betreuung zu unterstützen.	Gewährleistung der Kommunikation und Betreuung der Patientin oder des Patienten (einschliesslich regelmässiger Kontrollgänge) durch das Spitalpersonal.
Übernahme der pflegerischen Nachbetreuung durch die Behindertenorganisation ohne Unterstützung durch Spitexdienstleistungen und so rasch wie medizinisch vertretbar.	Keine Rückverlegung der Patientin oder des Patienten solange noch eine pflegerische Nachbetreuung notwendig ist, und wenn, dann nur bei rechtzeitiger Ankündigung im Voraus (mindestens zwei Tage) und umfassender Austrittsplanung, einschliesslich der Prüfung und allfälligen Organisation von zusätzlichen Spitexdienstleistungen oder einer (temporären) Verlegung in ein Pflegeheim.
Kennen der spitalinternen Abläufe und Realitäten, einschliesslich der Tatsache, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht zur alltäglichen Klientel gehören und somit die Erfahrungen und Kompetenzen diesbezüglich eingeschränkt sind.	Kennen der internen Abläufe und Realitäten der Behinderteninstitution einschliesslich der vor Ort vorhandenen medizinischen und pflegerischen Kompetenzen.

6 Personenzentrierte Kommunikationsstrategien im Umgang mit Patientinnen und Patienten anwenden



Die Interaktion mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung kann verunsichern und herausfordernd sein, insbesondere dann, wenn die Kommunikation beeinträchtigt und/oder auffällige Verhaltensweisen die Interaktion prägen. Umso grösser ist das Risiko, dass nicht mit den Patientinnen oder Patienten direkt kommuniziert wird, sondern über deren Köpfe hinweg. Personenzentrierte Kommunikationsstrategien fokussieren auf eine erfolgreiche Kommunikation *mit* der Patientin oder dem Patienten und den gegenseitigen Vertrauens- und Beziehungsaufbau. Dabei steht immer die individuelle Person und nicht deren Behinderung oder Beeinträchtigung im Zentrum. Jede Person sollte individuell in der jeweiligen Situation und in einem spezifischen Kontext betrachtet werden, einschliesslich *aller* kategorialen Aspekte wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderung, Beeinträchtigung, Alter, Ursprung oder Herkunft. Diese Haltung kann nicht nur zu einer erfolgreichen Interaktion beitragen sondern auch aufgrund des Erfahrungsgewinns zur Erhöhung der Interaktionskompetenz der Gesundheitsfachpersonen.

- 6.1 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, trotz Verunsicherung und Un-erfahrenheit immer direkt mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt zu treten und eine eigenständige Beziehung aufzubauen.
- 6.2 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, die Patientin oder den Patienten immer als eigenständige, individuelle Person zu betrachten, deren kognitive Beeinträchtigung nur einen vieler kategorialer Aspekte ihrer Person darstellt.
- 6.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, mit allen Sinnen die Patientin oder den Patienten zu beobachten beziehungsweise zu *erfahren*, um deren individuelle Körpersprache und Kommunikationsweise kennenzulernen und dementsprechend die eigene Kommunikation darauf ausrichten zu können.
- 6.4 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, die Grundlagen der *Unterstützten Kommunikation* anzuwenden wie *leichte Sprache*, einzelne Gebärden, Körpersprache, Piktogramme, technische Hilfsmittel, Symbole und Objekte.
- 6.5 Wir empfehlen Betreuungspersonen, sich bei Interaktionen zwischen Gesundheitsfachpersonen und der Patientin oder dem Patienten im Hintergrund aufzuhalten und die Gesprächshoheit der Gesundheitsfachperson zu überlassen beziehungsweise nur für Übersetzungen oder Ergänzungen zur Verfügung zu stehen.

7 Bei medizinischen Massnahmen individuelle Besonderheiten miteinbeziehen



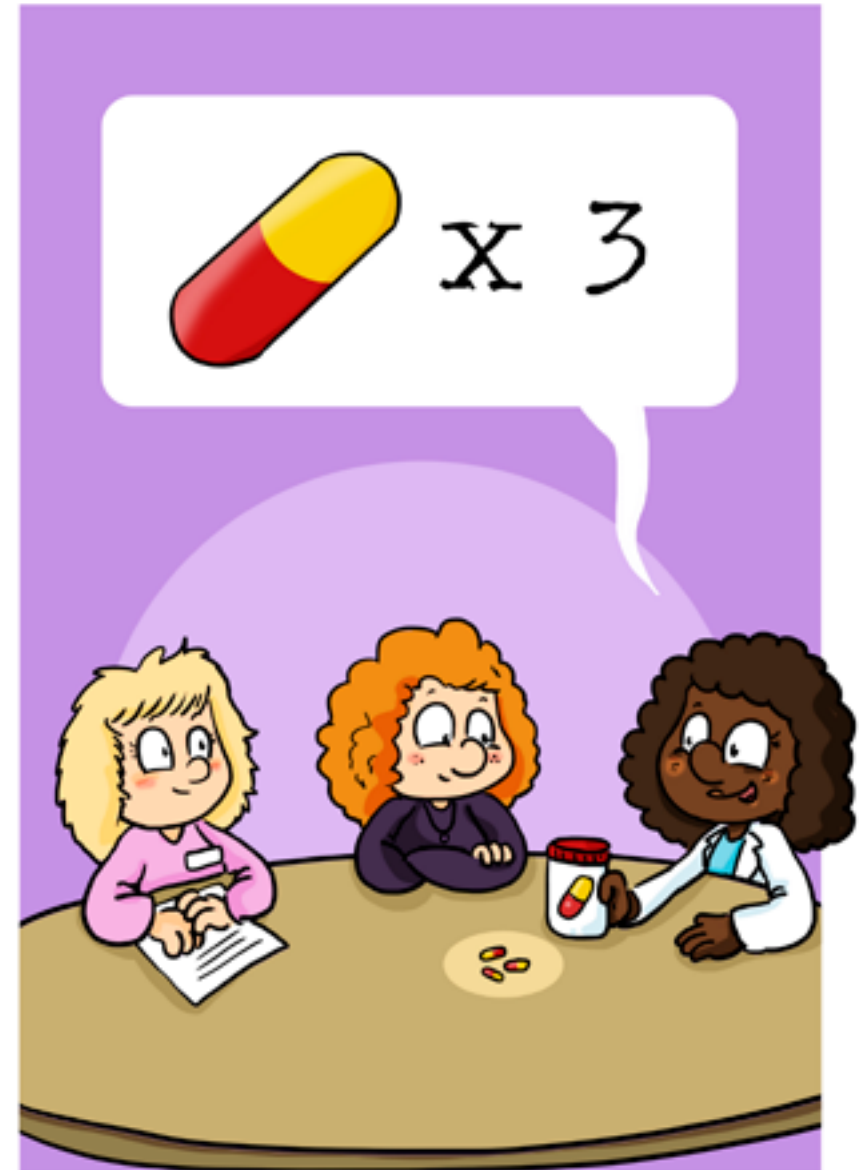
Wenn Ärztinnen und Ärzte nicht verbal erfragen können, wie sich die Patientin oder der Patient fühlt, wo sie oder er Schmerzen verspürt und wie stark diese sind oder was sich anders als normal anfühlt, wird die Situationsbeurteilung beziehungsweise die Erhebung einer Anamnese zur grossen Herausforderung. Kommen dazu auch noch eingeschränkte Körperwahrnehmungen wird auch die Beurteilung der Ergebnisse der klinischen Untersuchung schwierig. Für gewisse Patientinnen und Patienten können zudem nicht nur die Spitalumgebung als solche sondern auch bestimmte invasive Untersuchungen, wie eine Computertomografie, ein MRI oder eine Blutentnahme Stress- und Abwehrreaktionen zur Folge haben. Weiter ist es nicht immer einfach zu beurteilen, welche Symptome mit der akuten oder chronischen Erkrankung zusammen hängen und welche Symptome auf die kognitive Beeinträchtigung beziehungsweise auf die Behinderung zurückzuführen sind.

Meist fehlt auch die Zeit beim Spital- eintritt, um im gemeinsamen Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten sowie mit allen beteiligten Akteuren Fragen der Kommunikation, der Körperwahrnehmung, des Schmerzempfindens und anderer die Diagnose und medizinischen Massnahmen beeinflussenden Faktoren in Ruhe zu besprechen.

- 7.1 Wir empfehlen Betreuungspersonen, ein vorbereitendes Gespräch bei einem planbaren Eintritt bereits vor dem Spitaleintritt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner sowie allen beteiligten Akteuren zu organisieren.
- 7.2 Wir empfehlen Betreuungspersonen, bereits in der Behinderteninstitution die Bewohnerin oder den Bewohner mit dem Spital und mit bevorstehenden medizinischen Massnahmen bekannt zu machen.
- 7.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, die verminderte Körperwahrnehmung und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit bei der Beurteilung des Patientenzustands zu berücksichtigen.
- 7.4 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, darauf zu achten, dass es zu keinen übertriebenen diagnostischen Untersuchungen kommt, wenn keine Diagnosestellung ausschliesslich aufgrund des Anamnesegesprächs möglich ist.
- 7.5 Wir empfehlen den Gesundheitsfachpersonen, sich über die vorbestehende kognitive Beeinträchtigung und Behinderung zu informieren, damit die damit verbundenen Verhaltensweisen oder Auffälligkeiten die akute oder chronische Erkrankung nicht insofern überschatten, als dass es zu einer Fehlbeziehungsweise Nicht-Behandlung kommt.

8 Die Nachbetreuung mit allen beteiligten Akteuren sorgfältig planen

- 7.6** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen oder Patienten angemessene Entscheidungsgrundlagen und Wahlmöglichkeiten zu bieten, um deren Selbstbestimmungsrecht nicht zu verletzen.
- 7.7** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, belastende Untersuchungen wie Computertomografie oder MRI zurückhaltend durchzuführen und im Voraus abzuklären, ob und unter welchen Bedingungen eine Durchführung überhaupt möglich ist.
- 7.8** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, für gewisse Untersuchungen genügend Zeit einzurechnen oder allenfalls auch den Einsatz von Beruhigungsmedikamenten zu prüfen, da ein reibungsloser Ablauf auch bei einer anwesenden Betreuungsperson nicht immer gewährleistet werden kann.
- 7.9** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, medizinische oder diagnostische Eingriffe der Patientin oder dem Patienten im Voraus in leichter Sprache und möglichst illustrativ zu erklären, wie beispielsweise durch die Erkundung des Untersuchungsgeräts oder die Vorführung unangenehmer Töne bei einer Untersuchung.
- 7.10** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, bei operativen Eingriffen die Eintrittszeit möglichst zeitnahe an die Narkoseverabreichung zu legen, um eine aufwändige Betreuung im Vorfeld zu vermeiden und unnötige Stressreaktionen zu vermeiden.



9 Prozesse und Organisation auf neue Bedürfnisse anpassen

Bei der Nachbetreuung entstehen häufig Unklarheiten hinsichtlich Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. Insbesondere kommt es vor, dass Patientinnen oder Patienten in die Behinderteninstitution zurückverlegt werden, als würde es sich bei dieser um ein Pflegeheim mit dem entsprechend ausgebildeten Personal handeln. Umgekehrt hinterfragen agogisch ausgebildete Betreuungspersonen die Rückverlegung kaum, sondern versuchen mit bestem Wissen und Gewissen die damit verbundene Nachbetreuung zu gewährleisten. Zudem müssen Betreuungspersonen sich auch proaktiv um die für eine Nachbetreuung notwendigen Informationen kümmern, da der Austrittsbericht an die Hausärztin oder den Hausarzt meist erst Tage später in der Behinderteninstitution eintrifft und in der Regel auch keine pflegerelevanten Informationen enthält. Verschärft wird diese Situation dann, wenn Gesundheitsfachpersonen die Patientin oder den Patienten möglichst rasch – meist auch direkt vom Notfall aus – wieder in die Behinderteninstitution rückverlegen. Dies um die Patientin oder den Patienten wieder in die vertraute Umgebung zurückzubringen und dadurch auch allfällige Verhaltensauffälligkeiten und Stressreaktionen zu verhindern.

8.1 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, die Austrittsplanung und Nachbetreuung inklusive Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen so früh wie möglich mit allen Akteuren gemeinsam am runden Tisch zu besprechen, da te-

lefonische Vereinbarungen mit einzelnen Akteuren aufgrund der hohen Komplexität nicht zielführend sind, und den für alle Seiten günstigsten Zeitpunkt für den Austritt gemeinsam festzulegen.

8.2 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, rechtzeitig zu klären, allenfalls auch unter Einbezug des Spitalsozialdienstes, ob eine Rückverlegung in die Behinderteninstitution überhaupt möglich ist, ob Spitexdienstleistungen organisiert werden müssen oder ob eine (temporäre) Verlegung in ein Pflegeheim der gangbarste Weg ist.

8.3 Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen, einen kurzfristig anberaumten Austritt am gleichen Tag nur dann zu beschliessen, wenn keine sorgfältige Austrittsplanung notwendig und die medizinische Nachbetreuung unproblematisch ist beziehungsweise keine besonderen pflegerischen Kompetenzen benötigt werden.

8.4 Wir empfehlen Betreuungspersonen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen hinsichtlich weiterer Kontrolltermine und pflegerischer oder medizinischer Massnahmen, wie Medikamentenabgabe, Wundpflege, Fadenentfernung usw. vor dem Austritt mit den Gesundheitsfachpersonen zu klären.



Die zunehmende Vielfalt und Verschiedenheit der Menschen in unserer Gesellschaft verlangt den Spitalern einiges ab, nicht nur im Umgang mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Individuelles Eingehen auf die Person sowie eine erfolgreiche, personenzentrierte Interaktion als Voraussetzung für eine wirkungsvolle Behandlung und Pflege stehen im Gegensatz zur zunehmend geforderten Effizienz und Kosteneinsparung im Gesundheitswesen. So wird immer wieder auch das Zeitargument ins Feld geführt, um zu begründen, warum nicht besser auf das individuelle Anderssein – hier auf die Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung – eingegangen werden kann. Daneben bestehen jedoch auch Fortschritte beim Case Management für besonders komplexe Situationen, das allerdings noch konsequenter angewandt werden müsste.

Behinderteninstitutionen sind ebenfalls mit Veränderungen konfrontiert. So werden beispielsweise Bewohnerinnen und Bewohner zunehmend älter und leiden demzufolge auch häufiger an akuten oder chronischen Erkrankungen, was nicht nur bei der Nachbetreuung nach einem Spitalaufenthalt sondern auch sonst vermehrt pflegerische Kompetenzen erforderlich macht. Die vermehrte Anstellung von Fachpersonen Gesundheit oder auch von Pflegefachpersonen, die teamübergreifende Beratungen oder Anleitungen durchführen könnten, könnte hier Abhilfe schaffen.

Ein besonderes Augenmerk verlangt zudem die unterschiedliche emotionale Verbundenheit mit der Patientin oder dem Patienten im Spital. Betreuungspersonen kennen die Bewohnerin oder den Bewohner meist bereits seit Jahren, so dass es ihnen weit schwerer fällt, eine aus ihrer Sicht unsachgemäße Kommunikation oder Betreuung im Spital zu akzeptieren als dem Gesundheitsfachpersonal. Doch auch Behinderteninstitutionen unterstehen einem zunehmenden Spardruck, so dass eine nicht optimale Betreuung im Spital nicht ausschliesslich durch die Betreuungspersonen vor Ort aufgefangen werden kann. Der Einsatz von Betreuungspersonen im Spital wird zudem zu wenig zielgerichtet geplant, zum Beispiel bei invasiven Untersuchungen oder Austrittsgesprächen, sondern scheint teilweise etwas zufällig, orientiert am Ziel der möglichst ständigen Präsenz. Dies führt wiederum dazu, dass sich Gesundheitsfachpersonen an diese nahtlose Präsenz gewöhnen und darauf verzichten, eine eigenständige Beziehung zur Patientin oder dem Patienten aufzubauen.

- 9.1 Wir empfehlen Spitalern, ein Case Management bei Patientinnen und Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung einzuführen und die Kriterien, wann dieses eingesetzt wird, klar festzulegen.
- 9.2 Wir empfehlen Behinderteninstitutionen, zu klären, unter welchen Voraussetzungen und für welche Aufgaben Betreuungspersonal sich im Spital aufhalten soll.
- 9.3 Wir empfehlen Behinderteninstitutionen, die vermehrte Einstellung von Fachpersonen Gesundheit oder Pflegefachpersonen, die in der Nachbetreuung auch teamübergreifend eingesetzt werden können, zu prüfen.
- 9.4 Wir empfehlen Behinderteninstitutionen, die Bewohnerin oder den Bewohner vor dem Spitaleintritt mit den Abläufen im Spital und mit bestimmten Untersuchungen wie Computertomografie oder MRI sowie weiteren medizinischen Massnahmen vertraut zu machen und das dafür notwendige Anschauungsmaterial anzuschaffen.
- 9.5 Wir empfehlen Spitalern, vermehrt Gesundheitspersonal einzustellen, das auch Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung mitbringt.
- 9.6 Wir empfehlen Spitalern, Hilfsmittel für die *Unterstützte Kommunikation* wie Zeigetafeln, Symbole, Piktogramme, Objekte, Fotografien, Beschilderungen sowie Einführungsmaterial zur *leichten Sprache* und Gebärdensprache anzuschaffen und die Gesundheitsfachpersonen in deren Gebrauch zu befähigen.

10 Kompetenzen von Fachpersonen erhöhen und den interdisziplinären Austausch fördern



Wie sich bei der Auswertung der Ergebnisse der dieser Broschüre zugrundeliegenden Studie gezeigt hat, hat deren Vorprojekt bereits zu einem Umdenken bei verschiedenen beteiligten Akteuren geführt. So konnte die interdisziplinäre Projekt-Begleitgruppe, Schnittstellenprobleme nicht nur thematisieren sondern bereits eine teilweise Anpassung institutionsinterner Prozesse initiieren.

Die Ergebnisse zeigten aber auch auf, dass sowohl auf Seiten der Gesundheitsfachpersonen als auch auf Seiten der Betreuungspersonen der Behinderteneinrichtung es teilweise an notwendigem Fachwissen und spezifischen Kompetenzen in der Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung mangelt. Der interdisziplinäre Austausch ist zudem oft minimal und geschieht mehrheitlich angesichts einer konkreten Spitaleinweisung. Das Wissen ist eher zufällig und beruht primär auf individuellem Erfahrungswissen.

- 10.1** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, die in dieser Broschüre vorgeschlagenen Empfehlungen im Rahmen einer Begleitgruppe, die sich aus Fachpersonen derjenigen Spitäler, mit denen mehrheitlich eine Zusammenarbeit stattfindet, sowie der Behinderteninstitution zusammensetzt, zu diskutieren, den örtlichen und institutionsbezogenen Besonderheiten anzupassen und deren Umsetzung gemeinsam anzugehen.
- 10.2** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, besonders komplexe Fallbeispiele interdisziplinär im Rahmen einer Begleitgruppe oder Intervisionsgruppe nachzubereiten und bei Bedarf eine Anpassung der Organisation oder Prozesse anzustossen.
- 10.3** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, gemeinsame Weiterbildungsangebote für Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen anzubieten, um den Austausch und das gegenseitige, interdisziplinäre Verständnis zu fördern (siehe Weiterbildungsziele Tabelle 6).
- 10.4** Wir empfehlen Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonen, die vorliegenden Empfehlungen auch im Rahmen von Veranstaltungen sowie internen oder institutionsübergreifenden Projekten weiterzuverbreiten.

11 Zusammenfassung

Tabelle 6: Aus- und Weiterbildungsziele

Ziele	
Gesundheitsfachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> – Kennen der diversen Formen von Behinderung und kognitiver Beeinträchtigung und der damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Besonderheiten. – Erhöhen der Kommunikations- und Interaktionskompetenz im Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. – Kennen der <i>Unterstützten Kommunikation</i> und entsprechender Hilfsmittel, um die Kommunikation zu erleichtern. – Erhöhen der Kompetenz mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ohne Berührungängste umzugehen. – Erwerben von ausreichenden agogischen Kenntnissen, um nur noch in spezifischen Situationen auf die Unterstützung von agogischem Personal angewiesen zu sein. – Kennen der Kompetenzen von agogisch ausgebildetem Personal und Fähigkeit, zwischen einer Behinderteninstitution und einem Pflegeheim unterscheiden zu können. – Kennen der unterschiedlichen Akteure und deren Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen, um Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden.
Betreuungspersonen der Behinderteninstitution	<ul style="list-style-type: none"> – Kennen der Kompetenzen von in der Pflege ausgebildetem Personal und der eigenen berufsspezifischen Grenzen hinsichtlich pflegerischer Aufgaben. – Erhöhen der Fähigkeit zu beurteilen, in welcher Situation eine Rückverlegung in die Behinderteninstitution vertretbar ist und in welcher nicht. – Kennen der Spitexdienstleistungen, um diese professionell in der Behinderteninstitution einsetzen zu können. – Erwerb von Wissen, in welcher Situation eine Bewohnerin oder ein Bewohner in das Spital zur Behandlung oder Pflege gebracht werden muss. – Erhöhung der Kompetenz in der Ersten Hilfe für Notfallsituationen. – Kennen der unterschiedlichen Akteure und deren Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen und Vermeiden unbegründeter Kompetenzüberschreitungen.

Die vorliegende Broschüre zeigt auf, wo die häufigsten Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital auftauchen und wie diese abgebaut werden könnten. Die Mehrheit der Empfehlungen (siehe Tabelle 7) bezieht sich auf die Klärung von Schnittschnellen beziehungsweise der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der beteiligten Akteure sowie die Kommunikation zwischen diesen. Die starke Beleuchtung der Schnittstellen, die unwidersprochen eine grosse Herausforderung für alle beteiligten Personen darstellen, darf jedoch nicht dazu führen, dass die von einer kognitiven Beeinträchtigung betroffene Person in den Schatten rückt. Denn letztlich geht es beim Thema Umgang mit Vielfalt und Verschiedenheit um die personenzentrierte Behandlung, Pflege und Betreuung, die sich am Bedarf und den Bedürfnissen einer Person und nicht

der Fachpersonen ausrichten darf. Und dies trotz zunehmender Sparmassnahmen, Zeitdruck und anderer diesem Anspruch entgegenstehender Hindernisse und Widersprüchlichkeiten im Alltag von Behinderteninstitutionen und Spitälern. Dass unter diesen Bedingungen Aufgaben, Verantwortlichkeiten oder gar Kompetenzen zwischen Fachpersonen hin und her geschoben werden ist nachvollziehbar und verständlich. Doch gleichzeitig lässt der zunehmend aufkommende, interdisziplinäre Blick und die darauf beruhende Zusammenarbeit aufhorchen, denn hier versteckt sich der Keim für eine Zukunft im Gesundheits- und Sozialbereich, die Vielfalt und Verschiedenheit oder schlicht das Anderssein nicht mehr als (schwer zu meisternde) Herausforderung sondern als unhinterfragte Normalität konzipiert und dementsprechend personenzentrierte Massnahmen nicht mehr hinterfragt.

Tabelle 7: Empfehlungen

1	Die Rollen der beteiligten Akteure kennen und respektieren
2	Vor dem Spitaleintritt die gesetzliche Vertretungsvollmacht bei medizinischen Massnahmen klären
3	Den Informationsfluss im Interesse der Patientin oder des Patienten gewährleisten
4	Einen schriftlichen, standardisierten Übergaberapport für Spitalaufenthalte in Behinderteninstitutionen einführen
5	Gegenseitige Erwartungshaltungen thematisieren und gemeinsam nach Lösungen suchen
6	Personenzentrierte Kommunikationsstrategien im Umgang mit Patientinnen und Patienten anwenden
7	Bei medizinischen Massnahmen individuelle Besonderheiten miteinbeziehen
8	Die Nachbetreuung mit allen beteiligten Akteuren sorgfältig planen
9	Prozesse und Organisation auf neue Bedürfnisse anpassen
10	Kompetenzen von Fachpersonen erhöhen und den interdisziplinären Austausch fördern

Ich bin anders und doch gleich!

Diese Broschüre enthält Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital. Sie beleuchtet dabei Schnittstellen zwischen den beteiligten Akteuren und zeigt auf, wie die Zusammenarbeit an diesen optimiert werden könnte. Sie enthält weiter Empfehlungen für eine personenzentrierte Behandlung, Pflege und Betreuung und richtet den Fokus hier auf eine angepasste Kommunikation. Ziel dieser Broschüre ist es, Unsicherheiten auf allen Seiten abzubauen, Kompetenzen zu erhöhen und dadurch eine professionelle Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Spital zu ermöglichen.

Die Broschüre richtet sich primär an Fachpersonen aus Behinderteninstitutionen und Spitälern sowie an gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

Die in der Broschüre enthaltenen Empfehlungen stützen sich auf die Ergebnisse einer explorativen Studie, in deren Rahmen Fachpersonen aus einem Spital, aus einer Behinderteninstitution, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und deren Angehörige befragt worden sind.

Stiftung Arkadis

Aarauerstrasse 10

4600 Olten

Telefon 062 287 00 00

arkadis@arkadis.ch

www.arkadis.ch

Spendenkonto: 46-5000-6

arkadis
begleiten beraten bewegen