

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 1: Palliative Care in der Geriatrie = Soins palliatifs en gériatrie = Cure palliative in geriatrics

Artikel: Un cadre pour améliorer la qualité des soins des mourants dans les institutions de long séjour = Rahmenbedingungen für ein besseres Sterben in Pflegezentren (Zusammenfassung) = Un modello per migliorare la qualità delle cure nella fase terminale nelle s...

Autor: Brazil, Kevin

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091876>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

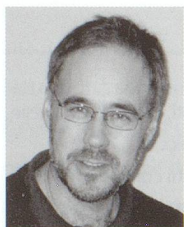
Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Les institutions de long séjour sont de plus en plus des lieux de soins et de décès pour les personnes âgées. L'objectif de cet article est de donner des conseils sur la qualité des soins de fin de vie dans ces institutions et d'identifier des stratégies pour améliorer la qualité des soins des résidents mourants dans ces institutions.

Kevin Brazil PhD

Un cadre pour améliorer la qualité des soins des mourants dans les institutions de long séjour



Kevin Brazil PhD

Introduction

Les institutions de long séjour (ILS) au Canada sont de plus en plus des lieux de soins et de décès des personnes âgées.¹ Vu le nombre important de décès en ILS et la complexité des soins lors de la fin de vie d'adultes âgés², ces institutions sont des lieux de soins importants pour examiner les soins de fin de vie.

Le rôle des ILS:

Au Canada, les ILS offrent des soins et des services aux personnes dont les besoins ne peuvent être effectués dans la communauté. Ces institutions sont adaptées aux personnes qui nécessitent des soins infirmiers 24 heures par jour, une assistance personnelle quotidienne ou qui ne peuvent rester chez eux. Les ILS fournissent des soins médicaux, infirmiers et personnels, l'administration de traitements et de médicaments, des régimes spéciaux, la chambre et les repas, la prise en charge du linge, des animations, la physiothérapie, le soutien spirituel et social. Les ILS sont soumises aux standards du gouvernement provincial concernant les soins, les services et les taxes de résidence. Les soins infirmiers et personnels sont payés d'ordinaire par le gouvernement de la province, alors que les résidents payent les frais «hôtelières». Les ILS peuvent être des institutions commerciales ou non. De par la loi, elles sont responsables envers le gouvernement provincial. Celui-ci de son côté a le devoir de s'assurer que le programme et les services des ILS soient conformes aux standards édictés par la province. En Ontario, le contrôle des institutions se fait par des inspections sur place au moins une fois par année.

Les décès en ILS:

La nature des décès en ILS diffère de celle dans d'autres structures de soins. D'ordinaire, les résidents d'ILS sont plus âgés et ils ont des co-morbidités multiples.² Bien que la littérature soit limitée, les études disponibles montrent que la qualité de soins fournis aux personnes âgées est inadéquate^{3,4}. La prise en charge de la douleur en est un bon exemple.⁵ Des études ont montré que souvent les résidents d'ILS ne reçoivent pas de traitement adéquat contre la douleur^{3,4,5}. Souvent la crainte d'un abus d'opiacés ou le manque de connaissances concernant leur prescription est la raison pour laquelle les douleurs des résidents sont

insuffisamment traitées⁶. En plus d'une prise en charge des symptômes inadéquate, des directives anticipées ne sont souvent pas remplies ou remplies de façon inappropriées dans les ILS⁷. Des hospitalisations inadéquates et non nécessaires ont été identifiées par les résidents et leur famille⁸. Le manque de formation du personnel ainsi que les problèmes de communication entre les pourvoyeurs de soins, les membres des familles et les résidents représentent une raison majeure pour la qualité insuffisante des soins de fin de vie^{9,10}. Les insuffisances dans les soins donnés aux mourants dans les ILS se reflètent dans le constat que les membres de familles en deuil estiment les soins donnés en ILS comme moins bons que ceux donnés dans d'autres institutions¹¹.

Définition de la qualité des soins de fin de vie dans les ILS

Pour améliorer la qualité des soins aux mourants il est nécessaire de s'entendre sur ce qui constitue la qualité des soins en fin de vie. Ce n'est qu'ainsi que les pourvoyeurs de soins sauront sur quels domaines concentrer leurs efforts. En effet, les critères de qualité disponibles pour d'autres institutions ne conviennent peut-être pas aux ILS.

Dans une étude récente, l'auteur a examiné ce qui constitue la qualité des soins de fin de vie en ILS¹². Septante-neuf pourvoyeurs de soins de six ILS situés en Ontario ont participé à des «focus groups» qui ont eu lieu dans les institutions participantes. Ces institutions ont été choisies en vue de représenter des situations aussi diverses que possible dans les critères dont les chercheurs pensaient qu'ils pourraient influencer la pratique des soins en fin de vie: grandeur de l'institution, situation en ville ou à la campagne, institution religieuse ou non. Étaient invités tous les pourvoyeurs directs de soins de ces institutions. Les discussions des «focus groups» ont examiné les différences entre une «bonne» et «mauvaise» mort et quels changements dans les ILS amélioreraient les soins donnés aux résidents mourants. Les analyses des «focus groups» ont mis en évidence six thèmes en lien avec la qualité des soins de fin de vie en ILS:

1. Répondre aux besoins des résidents dont les soins physiques, la nourriture, le respect de la dignité, la reconnaissance des besoins culturels et spirituels ainsi que le soutien social et émotionnel.
2. Créer un environnement «comme à la maison», celui-ci étant lié au caractère de l'institution, au besoin d'intimité, à un espace suffisant et aux possibilités de recevoir les membres de la famille.
3. Soutenir les familles notamment par l'information sur le processus qui conduit à la mort, par le soutien émotionnel aux membres de la famille et l'aide qui leur est fournie lorsqu'il s'agit de prendre des décisions nécessaires.
4. Fournir des soins de qualité: ceci dépend directement de l'équipe soignante et comprend l'évaluation précise des besoins des résidents, une bonne communication entre le personnel, les résidents et leur famille, une pratique

multidisciplinaire des soins, la formation du personnel et une amélioration continue de la qualité.

- Reconnaître la mort comme un évènement significatif: ce thème important pour la culture de l'institution comprend la reconnaissance de l'importance de la mort tant pour le personnel que pour les autres résidents, et souligne la nécessité en ILS de considérer tant la vie que la mort comme choses normales.
- Avoir suffisamment de ressources institutionnelles: un thème significatif pour les institutions, qui nécessitent un personnel et un matériel adéquat pour fournir des soins de fin de vie adéquats.

Cette étude a identifié plusieurs domaines, retrouvés dans la littérature sur la qualité des soins de fin de vie, notamment: répondre aux besoins des malades terminaux, soutenir les familles et fournir des soins de qualité¹³. Bien que plusieurs domaines étaient identiques à ceux décrits ailleurs, les participants des «focus groups» ont identifiés des domaines uniques aux soins de fin de vie dans les ILS, notamment la création d'un environnement «comme à la maison», la reconnaissance de la mort comme un évènement significatif ainsi que des ressources suffisantes. Ces thèmes reflètent une tension inhérente aux ILS. D'un côté celles-ci veulent être le lieu de vie des résidents, ce qui comprend le désir d'en faire des endroits «comme à la maison», d'autre part elles sont également des institutions publiques qui doivent être administrées de manière commerciales et prodiguer soins et traitements. Cette contradiction peut compliquer les soins offerts et le processus de deuil tant pour le personnel que pour les résidents.

Les thèmes identifiés dans cette étude mettent en évidence que les soins et les interactions entre les résidents, les familles et le personnel surviennent suivant le contexte de l'institution et ses caractéristiques. Ces différents points sont influencés par la «culture organisationnelle» dans l'institution. La figure 1 montre une représentation graphique de ces différents points.

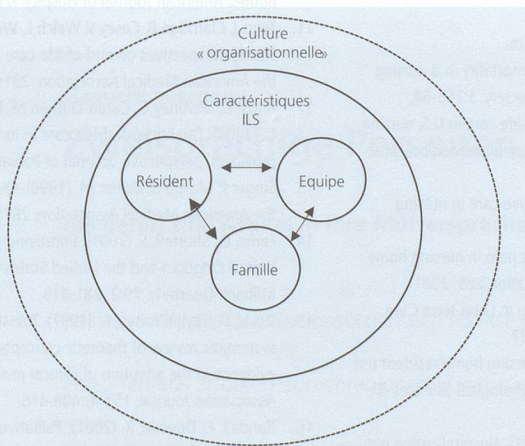


Figure 1: Qualité des soins dans les ILS

Un cadre pour améliorer la qualité des soins aux mourants

Les résultats de cette étude montrent que les soins comme les interactions entre les résidents, le personnel et les familles prennent place dans le contexte caractéristique de l'institution et de sa culture. Ceci suggère que pour améliorer les soins en fin de vie dans les ILS des initiatives sont nécessaires à plusieurs niveaux simultanément. Des initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins ont montré que des stratégies de changements à un seul niveau n'ont guère de succès¹⁴. Comme Ferlie et Shortell¹⁴ l'ont noté, pour améliorer la qualité des soins il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble et de focaliser les actions à quatre niveaux des institutions de soins: (1) le pourvoyeur de soins; (2) les équipes; (3) l'organisation; et (4) le système plus large, l'environnement. Des actions clés peuvent être effectuées par les ILS à ces quatre niveaux stratégiques.

Au niveau du pourvoyeur de soins, les projets d'amélioration de la qualité doivent viser à l'amélioration de ses connaissances et de ses capacités par des stratégies de formation performante et la promotion de l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques. Comme le montre la littérature, une attention particulière devra être donnée à la prise en charge de la douleur et des symptômes^{3,5}. Il est connu que les méthodes didactiques traditionnelles n'ont que peu d'effet sur le comportement des pourvoyeurs. L'étude de cas avec des instructions claires sur les pas à suivre dans chaque cas sont une alternative plus prometteuse¹⁵.

Des équipes interdisciplinaires sont le meilleur moyen de répondre aux besoins complexes des mourants et de leurs familles¹⁶. De plus les soins dispensés par une équipe font partie de la norme en soins palliatifs¹⁶. Dans les ILS, l'équipe devrait comprendre tous les membres de l'institution qui pourraient collaborer à l'amélioration des soins de fin de vie.

La culture et la direction d'une organisation sont cruciales pour améliorer la qualité. Historiquement, les ILS ont travaillé selon une orientation médicale et infirmière où l'accent était mis sur les maladies chroniques. Ces dernières années, un mouvement social s'est développé qui a remis en question ce qui constitue la qualité dans les ILS. Bien des ILS essayent de promouvoir un changement de culture qui tend à rendre le contrôle aux résidents et à améliorer la capacité des pourvoyeurs immédiats des soins à répondre aux besoins des résidents en tant que décideurs pour ce qui concerne leurs propres soins. Ce mouvement social est représenté par le «Pioneer Network in Long-term care», par les praticiens d'«Eden Alternative» ou par les efforts locaux de certaines institutions à promouvoir des relations normales et naturelles dans les ILS¹⁷. Font partie de cette réforme culturelle tous les efforts pour faire reconnaître la mort comme un phénomène naturel.

Au niveau de l'environnement social, les réformes devraient souligner la nécessité de fonds suffisants pour assurer des soins et des salaires adéquats. Les standards d'accréditation et le fait de rendre les ILS responsables pour la qualité des soins qu'elles prodiguent, constituent d'autres manières importantes de stimuler l'amélioration de la qualité des soins dans les ILS. Rendre les institutions responsables des soins prodigués demande des instruments de mesure de performance communs à toutes les organisations et une publication des résultats concernant la qualité des soins en fin de vie.

Conclusion

Les ILS sont devenues un des endroits importants où meurent les personnes âgées. Dans ce contexte la qualité des soins en fin de vie comprend des éléments qui sont spécifiques à ce type d'institutions. Les ILS ont besoin d'une politique de la santé qui soutienne leurs efforts pour améliorer la qualité des soins donnés aux mourants. Cet article a mis en évidence que ces efforts demandent des réformes à tous niveaux du système des ILS.

Remerciements:

L'auteur voudrait remercier Carrie McAiney pour la mise en page de la figure, Julie Vohra pour la revue et le Dr. Sophie Pautex pour la traduction.

Correspondance

Kevin Brazil PhD
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
McMaster University and St. Joseph's Health System Research Network
105 Main St.
E., level P1
Hamilton ON, L8N 1G6
Ontario, Canada
brazilk@mcmaster.ca

Références

1. Teno JM. Facts on dying: policy relevant data on care at the end of life. (2002). Available at: <http://www.chcr.brown.edu/dying/factsondying.htm>
2. Holtzman J, Lurie N. (1996). Causes of increasing mortality in a nursing home population. *Journal of American Geriatric Society*. 3:258-64.
3. Parker Oliver D, Porock D, Zweig S. (2004). End-of-life care in U.S. nursing homes: A review of the evidence. *Journal of the American Medical Directors Association* 5: 147-155.
4. Miller S, Teno J, Mor V. (2004). Hospice and palliative care in nursing homes. *Clinical Geriatric Medicine*. 20: 717-734.
5. TenoJ, Weitzen S, Wetle T, Mor V. (2001). Persistent pain in nursing home residents. *Journal of the American Medical Association* 285: 2081.
6. Hanson L., Henderson M (2000). Care of the Dying in Long-term Care Setting. *Clinics in Geriatric Medicine*. 16:2; 225-237.
7. Suri D, Egleston B, Brody J, Rudberg M. (1999). Nursing home resident use of care directives. *The Journals of Gerontology A: Biological Sciences & Medical Sciences*; 54; M225-229.
8. Travis S, Loving G, McClanahan L, Bernard M (2001). Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care. *The Gerontologist*; 41: 153-160.
9. Hanson L, Henderson M, Menon M. (2002). As individual as death itself: a focus group study of terminal care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*; 5: 117-125.

10. Ersek M, Kraybill B, Hansberry J. (1999). Investigating the educational needs of licensed nursing staff and certified nursing assistants in nursing homes. *American Journal of Hospice & Palliative Care*; 16:573-582.
11. Teno J, Clarridge B, Casey V, Welch L, Wetle T, Shield R, Mor V. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *Journal of the American Medical Association*; 291(1): 88-93.
12. Brazil K, McAiney C, Caron-O'Brien M, Kelley ML, O'Krafka P, Sturdy-Smith C. (2004). Quality end-of-life care in long-term care facilities: service providers' perspective. *Journal of Palliative Care*; 20 (2): 85-92.
13. Singer P, Martin D, Kelner M. (1999). Quality end-of-life care. *Journal of the American Medical Association*; 281(2): 163-168.
14. Ferlie, E., Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79:2, 281-315.
15. Davis, D., Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines, *Canadian Medical Association Journal*; 157(4):408-416.
16. Randall, F., Downie, R. (2001). *Palliative care ethics: A companion for all specialties*. Oxford University Press, Oxford.
17. Kane R. Long-term care and a good quality of life: bring them closer together. *Gerontologist* 2001; 41(3): 293-304.

Immer öfters sind Pflegezentren der Ort, an dem ältere Menschen gepflegt werden und sterben. Wegen der grossen Zahl von Todesfällen in Pflegezentren und den komplexen Bedürfnissen alter Menschen in ihrer letzten Lebensphase bilden diese Institutionen einen wichtigen Rahmen für Untersuchungen zur Pflege am Lebensende.

Kevin Brazil, PhD

Rahmenbedingungen für ein besseres Sterben in Pflegezentren

(Zusammenfassung)

Sterben hat in Pflegezentren einen anderen Charakter als anderswo. In der Regel sind Bewohner von Pflegezentren älter als Menschen, die anderswo sterben, und sie leiden oft unter mehrfachen und chronischen Krankheiten. Es gibt zwar erst wenige Forschungsergebnisse darüber, doch schon die heute verfügbaren Erkenntnisse zeigen, dass die Qualität der Betreuung, die sterbenden Bewohnern angeboten wird, vielfach nicht angemessen ist. Pflegezentren bilden einen speziellen Lebensraum und unterscheiden sich sowohl von Spitälern als auch von Privatwohnungen. Ein Pflegezentrum ist für seine Bewohner einerseits ein Zuhause, andererseits bietet es aber eine Reihe von Dienstleistungen für Personen an, die bei ihren täglichen Verrichtungen und in der Gesundheitspflege auf Hilfe angewiesen sind. Was in anderer Umgebung als eine gute Pflegequalität am Lebensende betrachtet werden kann, kann in einem Pflegezentrum ungenügend sein. Eine kürzlich abgeschlossene Studie hat eine Anzahl Faktoren

identifiziert, die in Pflegezentren eine gute Betreuung am Lebensende ausmachen. Es sind dies: das Eingehen auf die Bedürfnisse der Sterbenden; die Unterstützung und gute Betreuung der Angehörigen; eine Umgebung, in der man sich zu Hause fühlen kann; die Anerkennung des Sterbens als eines bedeutungsvollen Ereignisses; genügend institutionelle Ressourcen.

Die in dieser Studie herausgearbeiteten Faktoren zeigen, wie sehr die Betreuung und die Beziehungen zwischen Bewohnern, Personal und Angehörigen die charakteristische Atmosphäre der einzelnen Institutionen prägt. Umgekehrt beeinflusst die Organisationskultur aber auch Betreuung und Beziehungen.

Projekte zur Verbesserung der Betreuungsqualität haben gezeigt, dass relativ enge und eingleisige Veränderungsstrategien weitgehend zum Scheitern verurteilt sind. Ein ganzheitliches Vorgehen, das Verbesserungen der Betreuungsqualität durch ein ganzes Bündel von Massnahmen zu erreichen sucht, muss auf vier Ebenen ansetzen: 1) bei den einzelnen Leistungserbringern, 2) bei den Teams, 3) bei der Institution und 4) in der weiteren gesellschaftlichen Umgebung. Schlüsselprojekte können auf jeder dieser vier strategischen Ebenen beginnen.

An ihrem Lebensende müssen wir den Bewohnern von Pflegezentren versprechen können, dass ihre letzten Tage nicht von unerträglichem Leiden geprägt sein werden und dass ihre Familien die nötige Unterstützung finden werden. Pflegezentren brauchen aber auch eine Gesundheitspolitik, die ihnen hilft, die Qualität der Betreuung für Sterbende zu verbessern. Zweck dieses Artikels ist es, zu unterstreichen, dass diese Bemühungen in Pflegezentren auf allen Ebenen ansetzen sollten.

Gesucht werden...

Zweisprachige Personen,

die bereit sind Artikel in ihre Muttersprache zu übersetzen.

palliative.ch, das Publikationsorgan der SGPM, legt Wert darauf, die meisten Artikel auch

Personen aus anderen Sprachregionen zugänglich zu machen. Um die Kosten tief zu halten,

sind wir dankbar, wenn Sie bereit sind sich unentgeltlich an Übersetzungsarbeiten zu beteiligen.

Bitte melden Sie sich bei Claude Fuchs, Tel. 01 466 26 61, E-mail: claudio.fuchs@triemli.stzh.ch

Le strutture di cure a lungo termine (LTC- long-term care) rappresentano sempre più il luogo di cura e di morte per le persone anziane. L'elevato numero dei decessi che avvengono in queste strutture e la complessità delle cure che gli anziani richiedono al termine della loro vita creano un quadro ideale per lo studio delle cure in fase terminale.

Kevin Brazil, PhD

Un modello per migliorare la qualità delle cure nella fase terminale nelle strutture di cure a lungo termine

(Riassunto)

La natura del decesso in una struttura LTC è differente da quella di altri istituti di cura. Gli ospiti delle LTC sono tipicamente più anziani delle persone che muoiono in altri istituti di cura e solitamente hanno condizioni di salute multiple e croniche. Mentre la ricerca comprovata è limitata, l'evidenza disponibile indica che la qualità della cura offerta agli ospiti morenti è inadeguata. Le strutture LTC sono un ambiente unico, diverso da ospedali e dal proprio domicilio. Le strutture LTC dovrebbero rappresentare la casa dell'ospite e, nel contempo, offrire un ventaglio di servizi a quanti richiedono un aiuto per le attività quotidiane e che necessitano di assistenza medica. Ciò che è considerato qualità delle cure nella fase terminale in altre strutture potrebbe non esserlo in una struttura LTC. Uno studio concluso recen-

temente ha identificato diverse sfere che rappresentano la qualità delle cure nella fase terminale in una struttura LTC, quali: rispondere ai bisogni dei malati terminali, sostenere le famiglie ed offrire cure di qualità, creare un ambiente familiare, riconoscere la morte come un evento significativo e avere sufficienti risorse istituzionali.

I temi identificati in questo studio enfatizzano l'idea secondo cui le cure e le interazioni tra gli ospiti, il personale curante e le famiglie avvengono nel contesto istituzionale con le sue caratteristiche. Questi, a loro volta, sono influenzati dalla cultura organizzativa della struttura.

Le iniziative che mirano a migliorare la qualità delle cure hanno dimostrato che cambiamenti di strategia su singoli e ridotti livelli raramente portano ad un esito positivo. Un approccio multi-livello per cambiare la qualità delle cure dovrebbe mirare ad azioni nel luogo di cura su quattro livelli: (1) i singoli «fornitori» di cure; (2) le équipes; (3) l'organizzazione e (4) il sistema allargato/ambiente. Azioni chiave possono essere adottate nelle strutture LTC in ognuna delle quattro aree strategiche.

Nella fase terminale della loro vita si dovrebbe poter garantire agli ospiti delle strutture LTC che i loro ultimi giorni non saranno all'insegna di sofferenze intollerabili e che le loro famiglie riceveranno adeguato sostegno. Le strutture LTC necessitano di una politica pubblica che sostenga i loro sforzi per migliorare la qualità delle cure dei pazienti terminali. Questo articolo ha sottolineato che questi sforzi richiedono riforme da apportare su tutti i quattro livelli del sistema delle LTC.

Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen unterstützt bedürfnisorientierte Betreuung. Ausgehend vom Ziel, Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten, erfordert die Entwicklung hin zu einer palliativen Kultur, die individuellen Wünsche in der Organisation aufzunehmen. In Gesprächen über Sterben und Tod können gemeinsam mit den Angehörigen Bedürfnisse der alten Menschen thematisiert werden.

Elisabeth Reitinger, Katharina Heimerl

Palliative Care: Auf dem Weg zur Bedürfnisorientierung im Alten- und Pflegeheim



Elisabeth Reitinger

Hintergrund und Fragestellung

Wir werden älter – hochaltrig – oft dement, oft multimorbid, oft pflegeabhängig. Schwer kranke und sterbende Menschen verbringen ihren letzten Lebensabschnitt immer öfters im Alten- und Pflegeheim. Vor allem Frauen, die ihre Männer überleben und selbst Unterstützung und Pflege brauchen, sind auf die Aufnahme in einem Heim angewiesen.

Der Wechsel in ein Heim erfolgt immer später im Leben, oft nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn eine Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht mehr möglich ist. Alten- und Pflegeheime werden damit immer mehr zu Orten höchster Pflege- und Versorgungsintensität. Die Herausforderung, bedürfnisorientierte Pflege im Dienst einer höchstmöglichen Lebensqualität der alten und sterbenden Menschen anzubieten, steigt – insbesondere auch vor dem immer höher werdenden Kostendruck – immer stärker an. Die Medien berichten kontinuierlich von spektakulären Fällen und guten Modellen der Versorgung. Es ist keineswegs selbstverständlich, dass Würde in Alten- und Pflegeheimen bis zuletzt gewahrt werden kann.

Daher widmet sich der vorliegende Beitrag folgender Frage: Wie kann es gelingen, Bedürfnisse hochaltriger Sterbender in Alten- und Pflegeheimen aufzunehmen und zu berücksichtigen und eine an der Lebensqualität der alten Menschen orientierte Betreuung bis zuletzt zu organisieren?

Als Basis für mögliche Handlungsfelder beziehen wir uns