Palliative Care Konzept

Lindernde und unterstützende Betreuung und Pflege
für betroffene Bewohnerinnen und Bewohner des VitaTertia

Wertschätzende Integration der nahen Bezugspersonen

Interprofessionelle Zusammenarbeit

VitaTertia

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage ... 3
1.1 Definition von Palliative Care ... 3
1.2 Zielgruppe ... 3
1.3 Kernkompetenzen ... 4
1.4 Palliative Care Leistungsangebot ... 5
2 Verlauf von Palliative Care Situationen ... 5
2.1 Allgemeine Palliative Care ... 5
2.2 Beginn der Palliative Care im VitaTertia ... 6
2.3 Wechsel zu spezialisierter Palliative Care ... 6
3 Palliative Care Prozess nach dem SENS Modell ... 8
3.1 Symptom-Management ... 8
3.1.1 Dokumentation ... 9
3.2 Entscheidungsfindung ... 9
3.2.1 Advance Care Planning im VitaTertia ... 10
3.2.2 Finale Phase ... 11
3.2.3 Dokumentation finale Phase ... 11
3.2.4 Umgang mit dem Sterbewunsch ... 11
3.3 Netzwerk – Modell für die interne und externe Zusammenarbeit ... 13
3.3.1 Regelung der Kompetenzen und Qualifikationen ... 14
3.3.2 Kommunikationsgefässe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ... 16
3.4 Support ... 17
3.4.1 Unterstützung von nahen Bezugspersonen ... 17
3.4.2 Unterstützung von Mitarbeitenden ... 17
3.4.3 Kultur des Abschiednehmens ... 18
4 Betriebliche Strukturen für Palliative Care ... 18
5 Kompetenzen der Mitarbeitenden ... 19
6 Meilensteine für die Einführung ... 19
7 Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung ... 19
8 Impressum ... 20
9 Glossar ... 20
10 Quelenverzeichnis ... 20

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Leistungen der allgemeinen Palliative Care ... 6
Abbildung 2: Palliative Care Prozess nach dem SENS Modell ... 8
Abbildung 3: Gesundheitliche Vorausplanung ... 10
Abbildung 4: Netzwerk- Modell für interne und externe Zusammenarbeit ... 13

1 Ausgangslage

Der Stiftungsrat von VitaTertia legte in der Strategie 2017 – 2020 fest, dass Palliative Care interdisziplinär im gesamten Betrieb für alle Bewohnenden angeboten werden soll.
Das Palliative Care Konzept von VitaTertia korrespondiert mit der Nationalen Leitlinie Palliative Care BAG & GDK 2011.

Das Konzept ist richtungsweisend für die konsequente Umsetzung der allgemeinen Palliative Care im ganzen Haus. Alle Bereiche von VitaTertia, Pflege und Betreuung, Küche, Services, Hausdienst, Technischer Dienst, Administration, Aktivierung und freiwillige Mitarbeitende arbeiten interdisziplinär und interprofessionell zusammen.

1.1 Definition von Palliative Care

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen. Ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor und gewährleistet eine angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Auch die nahen Bezugspersonen werden angemessen unterstützt (BAG & GDK, 2011, S. 8).
Die oben aufgeführte Definition vom BAG gilt im VitaTertia als Grundsatz. Speziell für das VitaTertia wird das Verständnis von Palliative Care folgendermassen ergänzt respektive spezifiziert:
Im VitaTertia wird Palliative Care nach dem ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz gelebt. Dabei sind die Haltung sowie die Lebensqualität, Autonomie und Würde zentral. Die Palliative Care orientiert sich bei uns im VitaTertia an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen, welche systematisch nach dem SENS-Modell erfasst werden. Das heisst, Bewohnende mit lebensbedrohlichen und/oder fortschreitenden Krankheit setzen sich vorausschauend mit dem Lebensende auseinander oder befinden sich bereits in der letzten Phase ihres Lebens (BAG & GDK, 2015, S. 9).
Eine Palliative Betreuung wird im VitaTertia immer im interprofessionellen Team und mit Einbezug der Angehörigen erbracht.

1.2 Zielgruppe

Im VitaTertia wird für Bewohnende in stationärer Behandlung der Häuser Gerbhof und Weiher allgemeine Palliative Care nach dem SENS Modell angeboten.
Bewohnende, die Palliative Care Leistungen benötigen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitender Erkrankung leben. Die Aktivitäten des alltäglichen Lebens sowie die Lebensqualität sind beeinträchtigt und die Lebenserwartung ist vorhersehbar verkürzt.
Unsere Bewohnenden treten oft in hohem Alter ins VitaTertia ein. Sie leiden häufig bereits bei Eintritt unter chronischen Erkrankungen wie, kardiovaskulären-, atemwegs-, und neurodegenerativen Erkrankungen. Viele von ihnen leiden unter Multimorbidität. Laut den Patientenverfügungen wünschen die allermeisten unserer Bewohnenden keine lebensverlängernden Massnahmen und möglichst keine Spitaleintritte mehr.
Ins VitaTertia können auch Menschen eintreten, die sich bereits in der Sterbephase befinden und für die letzten Tage in einer sicheren Umgebung umfassend gepflegt und betreut werden möchten.

Das VitaTertia ist bestrebt, dass sich die betroffene Person und ihr soziales Umfeld gut aufgehoben fühlen. Die Angehörigen haben die Möglichkeit Tag und Nacht anwesend zu sein und werden

kostenlos verpflegt. Auf Wunsch werden sie bei der Pflege und Betreuung der Sterbenden Menschen miteinbezogen bis hin zum Herrichten nach dem Exitus.

1.3 Kernkompetenzen

Die Kernkompetenzen des VitaTertia liegen in der allgemeinen Palliative Care Betreuung im Setting der Langzeitpflege. Im VitaTerita wird ein besonderes Augenmerk daraufgelegt, Leiden zu mindern und Ängste ernst zu nehmen. Mitarbeitende achten aber auch darauf, dass der Schwerpunkt nicht ausschliesslich auf die Symptome gerichtet wird. Der Umgang mit der Krankheit und die Erhaltung der Lebensqualität liegt uns am Herzen.
Folgende Grundwerte und Prinzipien zeigen die Kernkompetenzen des VitaTertia auf.

Das VitaTertia richtet sich an den nachfolgend skizzierten Werten aus den Nationalen Leitlinien Palliative Care (BAG & GDK, 2011, S. 8 - 14). Bei der täglichen Arbeit – an Rapporten – Kulturtagen - setzen wir uns immer wieder mit den einzelnen Grundwerten auseinander, um ein gemeinsames Verständnis zu vertiefen.

Selbstbestimmung/Einzigartigkeit
Im VitaTertia wird viel Wert daraufgelegt, dass die Autonomie der Bewohnenden möglichst lange aufrechterhalten wird. Das interprofessionelle Team geht auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden sowie den nahen Bezugspersonen ein und nehmen diese in den Behandlungsplan auf.

Würde
Alle Bewohnenden werden im VitaTertia mit Respekt und Akzeptanz betreut und behandelt die persönlichen kulturellen und religiösen Werte werden dabei berücksichtigt.

Akzeptanz von Krankheit
Interprofessionell und anhand der Patientenverfügungen sowie den Wünschen der Bewohnenden wird bezüglich den Behandlungen zwischen machbar und sinnvoll abgewogen. Nach Möglichkeit und Wunsch werden die nahen Bezugspersonen miteinbezogen.

Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens
Die Endlichkeit des menschlichen Lebens wird im VitaTertia als Haltung von Palliative Care akzeptiert und die Bewohnenden dabei unterstützt.

Gleichbehandlung aller Menschen
Im VitaTertia werden alle Bewohnenden unabhängig von Geschlecht, Alter, Status, Lebensort, Kultur und Religion gleichbehandelt.

Interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität
Die Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein zentrales Element der Palliative Care. Im VitaTertia trägt die Akzeptanz/Wertschätzung gegenüber den verschiedenen Berufsgruppen zu einer guten Zusammenarbeit bei. Ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Therapeuten, …) und der Pflege ist von grosser Bedeutung und wird regelmässig vor allem durch Visiten, Telefonate und Mails gepflegt.

Offene und angemessene Kommunikation
Eine einfühlsame, ehrliche und offene Kommunikation sowie Transparenz, ist eine wichtige Grundhaltung im VitaTertia. Diese findet auf Wunsch zusammen mit den nahen Bezugspersonen statt.

Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
Die Bewohnenden im VitaTertia werden durch ihre Bezugspersonen der Pflege im Entscheidungsprozess unterstützt, auf Wunsch werden nahe Bezugspersonen miteinbezogen. Die Pflegende Bezugsperson erfasst zusammen mit den Bewohnenden nach ca. acht Wochen nach Eintritt die Wünsche und Bedürfnisse. Bei Eintritt wird das Thema Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag angesprochen. Falls keine Patientenverfügung vorhanden ist und der Wunsch besteht eine zu erstellen steht die Bezugsperson beratend und unterstützend zur Seite. Besteht der Wunsch ein Vorsorgeauftrag zu erstellen, steht die Pflegende Bezugsperson beratend zur Seite.

Multidimensionalität
Im VitaTertia werden im Palliaitve Care Prozess die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen berücksichtigt und miteinbezogen.

1.4 Palliative Care Leistungsangebot

Das VitaTertia bietet den Bewohnenden eine allgemeine Palliative Care.
Advance care planning hat im VitaTertia eine hohe Priorität. Es ist zentral, dass in der finalen Phase die notwendigen Informationen zur Verfügung stehen, um eine bestmögliche und individuelle Palliative Care anzubieten. Deshalb bieten wir den Bewohnenden und deren Angehörigen bereits vor wie nach dem Eintritt Unterstützung bei der Klärung von zentralen Fragen (Entscheidungsfindung). Dazu gehören beispielsweise unterstützen beim Ausfüllen einer Patientenverfügung, erheben von biografischen Daten sowie von Wünschen und Bedürfnissen und Informationen über Vorsorgeaufträge zur Verfügung zu stellen. (Flow-Chart)

2 Verlauf von Palliative Care Situationen

2.1 Allgemeine Palliative Care

VitaTertia bietet allgemeine Palliative Care im Langzeitbereich an.

Generell orientiert sich Palliative Care an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der Bewohnenden sowie ihren nahen Bezugspersonen. Es gilt frühzeitig und parallel zu diagnoseorientierten Interventionen mit der palliativen Behandlung zu beginnen.
Die Kernleistungen der allgemeinten Palliative Care richten sich, nach dem SENS Modell (Symptommanagement, Entscheidungsfindung, finale Phase, Netzwert, Support).

Die «allgemeine Palliative Care» unterscheidet sich von der «spezialisierten Palliative Care» aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnissen (BAG & GDK, 2014, S. 9-11). Deshalb wir im VitaTertia vor einem möglichen Eintritt vorausschauend abgeklärt, ob eine adäquate allgemeine Palliative Care bei uns im VitaTertia möglich ist. Mit Hilfe einer guten vorausschauenden Abklärung können allfällige Übertritte in eine spezialisierte Palliative Care oder ins Spital verringert werden. Das Ziel des VitaTertia ist, dass die Bewohnenden möglichst bei uns bleiben und sterben können. Diese Abklärungen finden mit der Gästebetreuung und der Palliative Care Verantwortlichen oder den Teamleitungen statt. Zusammen mit dem Zuweiser wird geschaut, was für die Betreuung notwendig und wichtig ist, dann schätzen wir interprofessionell ab, ob und in welcher Weise wir die Leistungen im VitaTertia erbringen können.

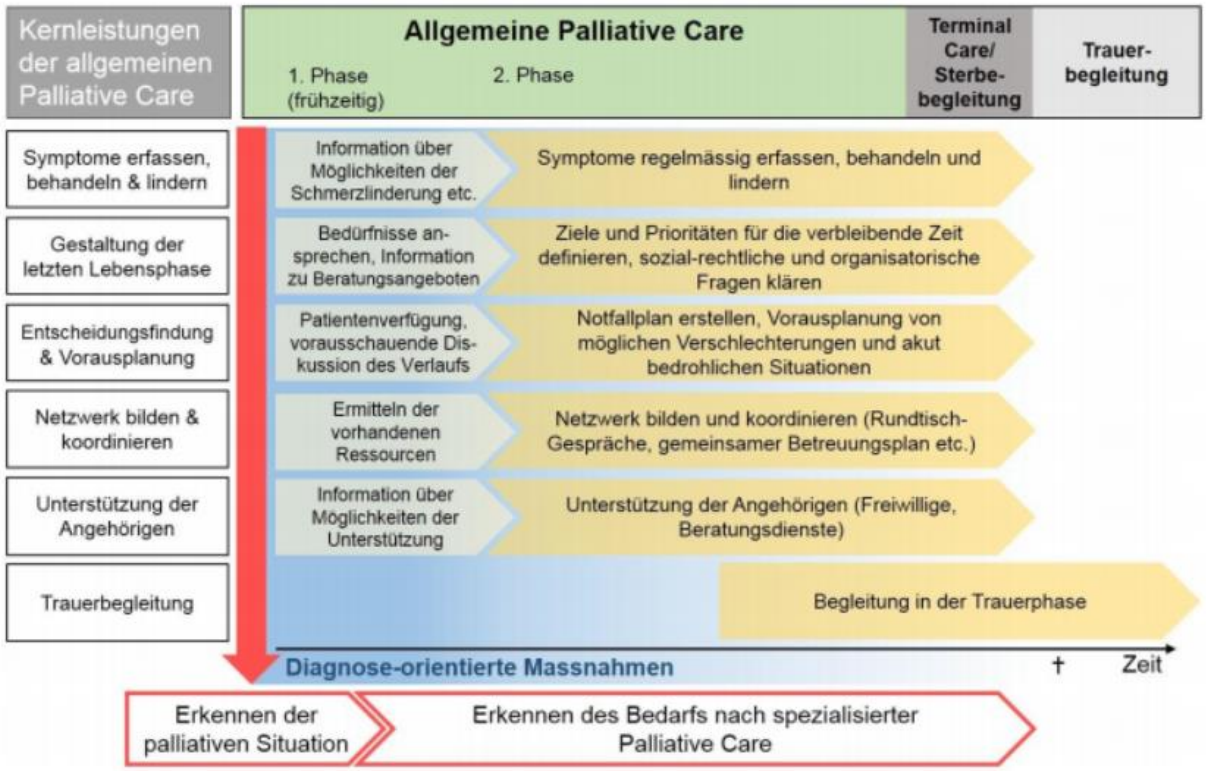

Abbildung 1: Leistungen der allgemeinen Palliative Care
Anmerkung: (BAG & GDK, 2015, S. 19)

2.2 Beginn der Palliative Care im VitaTertia

Vom Eintritt bis zum Tod erfahren die Bewohnenden eine individuell auf sie abgestimmte, wertschätzende und qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung. Zusammen mit den Hausärzten/innen und mit Einbezug der nahen Bezugspersonen wird ein Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Patientenverfügung ausgearbeitet.
Verschlechtert sich der Allgemeinzustand einer/s Bewohnenden, setzt sich die Tagesverantwortliche Fachperson der Pflege mit dem/der Hausarzt/-ärztin in Verbindung und füllt das Formular «Einschätzung finale Phase» aus. Das Flow-Chart *Einschätzung finale Phase* leitet die Fachpersonen durch den Prozess. Darin sind auch die Verantwortlichkeiten definiert. Oftmals visitiert in solchen Situationen der Hausarzt/die Hausärztin die Bewohnenden. Dies wird von VitaTertia sehr gefördert und begrüsst. Bestätigt der Arzt/ die Ärztin, dass sich der/die Bewohnende in der finalen Phase befindet, füllt er/sie das Formular «Palliativen Reservemedikation» aus. Die Fachperson Pflege schätzt anhand der «Verlaufseinschätzung finale Phase» alle vier Stunden oder bei Bedarf öfters ein, ob der/die Bewohnende unter belastenden Symptomen leidet und interveniert entsprechend.

2.3 Wechsel zu spezialisierter Palliative Care

Eine «spezialisierte Palliative Care» zeichnet sich durch Instabilität und einen höheren Komplexitätsgrad bezüglich der Bedürfnisse der Bewohnenden aus. Dies betrifft die körperliche, wie auch die psychische, sozial und spirituelle Dimension. Der Übergang der beiden Ansätze kann fliessend aber auch wechselnd sein. Dabei sind die nahen Bezugspersonen im Sinne eines partnerschaftlichen Ansatzes während der gesamten Dauer der Betreuung und Behandlung involviert (BAG & GDK, 2014, S. 9-11).

Wann die Behandlung an ihre Grenzen stösst, hängt vor allem von den strukturellen Gegebenheiten des behandelnden Settings ab. Aber auch von der Grundhaltung der Behandelnden, das Funktionieren des Netzwerks sowie die Unterstützung durch nahestehende Bezugspersonen. Ob Bewohnende eine spezialisierte Palliative Care benötigen, hängt nicht von bestimmten Diagnosen ab, vielmehr an den spezifischen Bedürfnissen in somatischer, psychischer, sozialer, organisatorischer und spiritueller Hinsicht. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 20% der betroffenen Menschen spezialisierte Palliative Care benötigen, die übrigen sollen im Rahmen der Grundversorgung behandelt werden können (BAG & GDK, 2016, S. 5-6).

Im VitaTertia wird die allgemeine Palliative Care angeboten. Sobald eine spezialisierte Palliative Care benötigt wird, weil die Situation sehr komplex ist, wird eine Verlegung in ein Spital oder Hospiz geplant. Die Kriterien für eine komplexe Palliative Situation im VitaTertia wurde in Anlehnung an die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care vom BAG und GDK definiert:

Belastende und **komplexe Symptome oder gar Symptomgruppen**, wie komplexe Schmerzen, Atemnot oder Nausea, welche wir im VitaTertia trotz engem Kontakt mit dem Hausarzt, einem guten Betreuungsplan, dem Einsatz verordneter palliativer Reservemedikation und einem Notfallplan nicht in den Griff bekommen. Im VitaTertia werden keine i.v. Behandlungen oder auch Palliative Sedation angeboten.

Ein weiteres Kriterium ist die **Notwendigkeit der Beratung von Bewohnenden und nahen Bezugspersonen** zur Bewältigung von symptomatischen Krisen (z.B. Atemnot oder Blutungen) oder besonderen Herausforderungen in der Behandlung.

Psychische Krisen von Bewohnenden, welche wir im VitaTertia trotz Einsatz einer externen psychiatrischen Fachperson, der Seelsorge und dem Hausarzt, der Hausärztin nicht erfolgreich behandeln können. Bewohnende mit Selbst- oder Fremdgefährdung.

Wenn **mehr als zwei Notfall Hospitalisationen** innerhalb der letzten sechs Monate aufgrund weit fortgeschrittenen Leidens notwendig waren, weil das Behandlungsteam an seine Grenzen stösst.

Treten **Konflikte bezüglich der Zielsetzung von therapeutischen Massnahmen** zwischen dem Behandlungsteam und den Bewohnenden oder nahen Bezugspersonen auf, welche im VitaTertia multiprofessionell, durch Rundtischgespräche oder Fallbesprechungen nicht lösbar sind.

Dies sind die Kriterien, welche zu einem Wechsel in die spezialisierte Palliative Care führen können. Da keine Situation mit einer anderen vergleichbar ist, sind diese Kriterien variabel und werden durch neue Situationen laufend ergänzt.

Die Selbstbestimmung der Bewohnenden ist im VitaTertia zentral (BAG & GDK, 2016, S. 11-14). Der Wechsel in die spezialisierte Palliative Care wird mit Bewohnenden und den nahen Bezugspersonen zusammen geplant und auf Wunsch organisiert.

3 Palliative Care Prozess nach dem SENS Modell

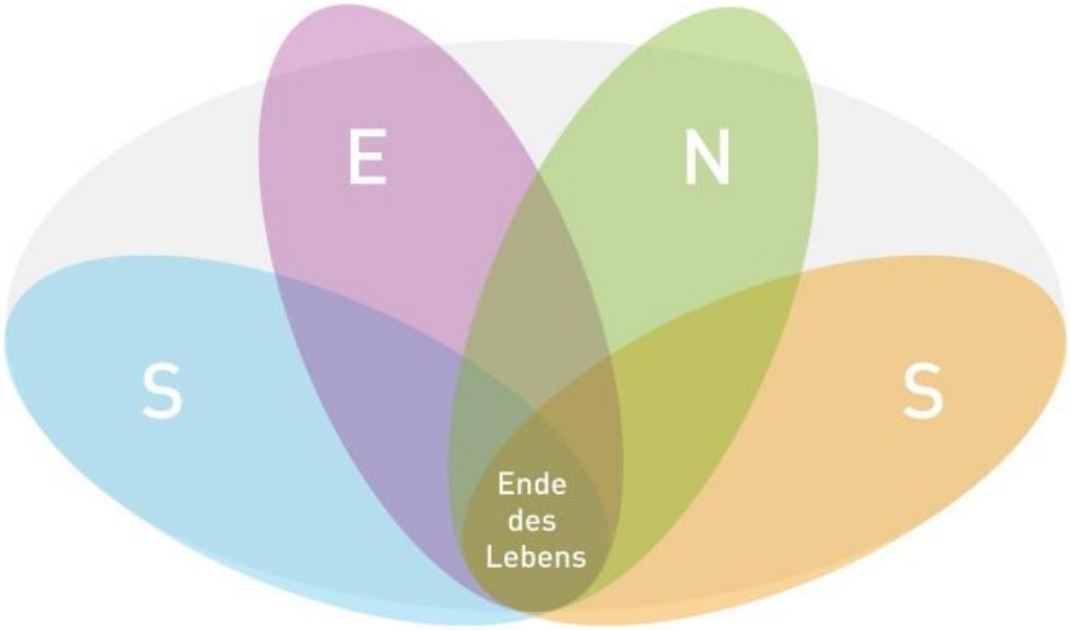

Abbildung 2: Palliative Care Prozess nach dem SENS Modell
Anmerkung: (Eychmüller, 2014, S.1)

SENS[1] ist eine von *palliative ch* anerkannte Strukturhilfe zur Bearbeitung komplexer Frage-stellungen der Palliative Care. Die Buchstaben stehen für: **S**ymptommanagement, **E**ntscheidungsfindung, **N**etzwerkbildung und **S**upport.
Die Strukturen bezüglich Palliative Care sind im VitaTertia nach SENS aufgebaut. Die Grafik zeigt auf, dass Palliative Care aus mehreren Facetten besteht. Nur gemeinsam ermöglichen die Einzelteile des SENS eine gute und individuelle Palliative Care. Es zeigt, dass eine ganzheitliche, vollumfängliche und gute Palliative Care nur gewährleistet werden kann, wenn bestimmte Entscheidungen schon vor Eintritt der Terminalen Phase oder vor Beginn einer neurodegenerativen Erkrankung getroffen wurden. Nur so kann die Pflege in der finalen Phase, die Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen berücksichtigen und in die individuelle Pflege und Betreuung einbeziehen.

3.1 Symptom-Management

Für das Symptom-Management verwendet das VitaTertia fachliche Richtlinien und Handlungsempfehlungen von Palliative Ostschweiz.
Im VitaTertia haben wir die folgenden sechs Hauptsymptome im prioritären Focus: **Schmerzen, Unruhe, Dyspnoe, Nausea und Erbrechen, Obstipation sowie Sterberassel**. Diese treten bei unseren Bewohnenden in der letzten Lebensphase am häufigsten und fast ausschliesslich auf. Zu diesen Symptomen stehen Assessmentinstrumente und Leitfäden zur Verfügung, welche von der Palliative Ostschweiz empfohlen wurden. Es stehen zusätzlich auch zu Müdigkeit, zum Mundbereich und zur eingeschränkten Nahrungsaufnahme Assessmentinstrumente und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.
Um den Weg zur Symptomerfassung für die Fachpersonen Pflege zu erleichtern, wurden zu den Hauptsymptomen Flow-Charts erstellt. In diesen Flow-Charts ist der jeweilige Prozess abgebildet.

[1] SENS Modell, *palliative ostschweiz*

Dieser zeigt auf, welche Schritte fortlaufend eingeleitet werden müssen und welches Assessmentinstrument eingesetzt werden muss. Das Symptom-Management steht unter der Verantwortung der tagesverantwortlichen Fachperson und/oder der Bezugsperson in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, der Hausärztin.

Die Assessmentinstrumente werden durch die Fachpersonen Pflege in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam durchgeführt und mit dem Hausarzt, der Hausärztin und anderen relevanten Personen, wie der Seelsorge besprochen.
Die Verordnung für die Medikation und die Reservemedikation wird ausschliesslich durch den Hausarzt, die Hausärztin vorgenommen und dem Pflegeteam in schriftlicher Form übergeben.

3.1.1 Dokumentation

Die Nutzung der Flow-Charts sowie die Einschätzungen durch die Assessmentinstrumente erfolgen auf ausgedruckten Exemplaren, welche im Stationszimmer aufliegen. Werden Medikamente aus der Reserve verabreicht, wird dies in der Pflegedokumentation dokumentiert und je nach Assessment zusätzlich dort vermerkt. Gibt es wie beispielsweise bei Nausea und Erbrechen kein Assessmentinstrument wird gemäss Flow-Chart in der Pflegedokumentation dokumentiert und die Erkenntnisse der Hausärztin, dem Hausarzt weitergeleitet.

3.2 Entscheidungsfindung

Advance care planning bedeutet die Vorausplanung der Betreuung und Behandlung für Situationen der Urteilsunfähigkeit, ein zentraler Punkt ist die Entscheidungsfindung.

Allgemeine Vorausplanung (engl.: planning)
Neben der gesundheitlichen Planung umfasst die allgemeine Vorausplanung auch Überlegungen zu eigenen Werten sowie Klärung von finanziellen/testamentarischen Fragen, Weitergabe von Aufgaben/Ämtern oder individuellen Anliegen. In der Vorausplanung wird festgelegt, welche Werte von Bedeutung sind, welche Rolle Spiritualität einnimmt und was Lebensqualität bedeutet. Die allgemeine Vorausplanung kann beispielsweise in einem Vorsorgeauftrag oder einem Testament niedergeschrieben werden (BAG & palliative ch, 2018, S.10).

Krankheitsspezifische Vorausplanung (engl.: care planning)
Individuelle Behandlungswünsche werden definiert und dokumentiert. Die Vorausplanung bezieht sich oft auf Situationen in der Zukunft in denen die eigene Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Bei konkreten Krankheitsbildern bzw. –situationen sind oftmals spezifische Wünsche zum Vorgehen bei krankheitsbezogenen Komplikationen dokumentiert (BAG & palliative ch, 2018, S.11).
Im VitaTertia wird dies beispielsweise unter dem Formular Wünsche und Bedürfnisse oder gesundheitliche Vorausplanung festgehalten.

Die gesundheitliche Vorausplanung für einen Zeitpunkt der eigenen Urteilsunfähigkeit (engl.: Advance Care Planning)
In Advance steht für «im Voraus», es geht hier darum, für Situationen der eigenen Urteilsunfähigkeit zu planen. Eine Vertretungsperson soll bestimmt werden, die bei Urteilsunfähigkeit Entscheide fällt und dabei die Werte des Bewohnenden vertritt. Medizinische Entscheidungen können in einer Patientenverfügung festgehalten werden (BAG & palliative ch, 2018, S.11).

3.2.1 Advance Care Planning im VitaTertia

Abbildung 3: Gesundheitliche Vorausplanung
Anmerkung: Aus: (BAG & palliative ch, 2018, S.15)

Damit wir im VitaTertia den Bewohnenden eine möglichst individuelle, auf sie abgestimmte Pflege und Betreuung bieten können, ist es wichtig, dass zentrale Fragen bereits bei Eintritt geklärt werden. Vor dem Eintritt ist unsererseits wünschenswert, dass die Bewohnenden bereits eine ausgefüllte Patientenverfügung und bestenfalls einen Vorsorgeauftrag formuliert haben.

Bei Eintritt klären wir dann, welche Dokumente bereits vorhanden sind. Ebenso wird der Bedarf an Unterstützung beim Ausfüllen von Dokumenten abgeklärt und wenn gewünscht Unterstützung angeboten. Das Formular «Gesundheitliche Vorausplanung» wird während den ersten drei Tagen durch die Bezugspflegende oder deren Stellvertretung gemeinsam mit der/m Bewohnenden und/oder deren nahen Bezugsperson ausgefüllt. Treten Bewohnende mit einer neurodegenerativen Erkrankung ins VitaTertia ein, sind wir vor allem auf die Aussagen und Informationen der Angehörigen angewiesen. Ist die Urteilsfähigkeit der Bewohnenden nicht mehr gegeben und zentrale Fragen können nicht mehr mit ihnen selbst besprochen werden, wird immer auch der Hausarzt, die Hausärztin für die Entscheidungsfindung zugezogen.

Die Bezugspflegende erhebt rund vier Wochen nach dem Eintritt die biografischen Daten der Bewohnenden in einem persönlichen Gespräch. Ist dies aufgrund einer neurodegenerativen Erkrankung nicht möglich, werden nahe Bezugspersonen einbezogen. Das Formular «Wünsche und Bedürfnisse» sowie der «Palliative Betreuungsplan» werden durch den Bewohnenden mit Unterstützung der Angehörigen und/oder der Bezugspflegenden ausgefüllt. Bei den Wünschen und Bedürfnissen geht es darum, zu notieren was den Bewohnenden in der finalen Phase wichtig sein könnte. Der Palliative Betreuungsplan, welcher gemäss SENS aufgebaut ist, gibt Informationen und klärt übersichtlich, wie sich die Bewohnenden die Betreuung in einer palliativen Situation wünschen. Dieser deckt die verschiedenen Bereiche des SENS ab.
Bei Bedarf werden die genutzten Formulare wie beispielsweise «Wünsche und Bedürfnisse» oder biografische Daten erweitert und ergänzt.

Der Prozess der Entscheidungsfindung ist im Flow-Chart Andvance Care Planning abgebildet.

3.2.2 Finale Phase

Um festzustellen, ob sich jemand in der finalen Phase befindet, wird bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes das Formular «Einschätzung finale Phase» durch die tagesverantwortliche Pflegende ausgefüllt. Zeigt das Assessment, dass sich der/die Bewohnende in der finalen Phase befindet, informiert die tagesverantwortliche Pflegende den Hausarzt bzw. die Hausärztin. Sind diese mit der Einschätzung einverstanden, folgt eine Verordnung der Palliativen Reservemedikation, welche mit dem gleichnamigen hausinternen Formular durch den Hausarzt oder die Hausärztin ausgefüllt wird.
Für die Finale Phase wird zur Symptomkontrolle das Formular «Verlaufseinschätzung finale Phase» ausgefüllt. Die Pflege schätzt anhand dieses Formulars alle vier Stunden oder bei Bedarf öfters ein, ob der/die Bewohnende unter Symptomen leidet.
Ebenso nimmt die tagesverantwortliche der Pflege das ausgefüllte Formular «Wünsche und Bedürfnisse» zur Hand. Im Idealfall ist dort genau beschrieben, welche Wünsche und Bedürfnisse in der letzten Lebensphase essenziell sind.

3.2.3 Dokumentation finale Phase

Die Palliative Reservemedikationsverordnung wird in die Patientendokumentation übertragen, so kann jede Pflegende jederzeit auf die verordnete Reservemedikation zugreifen. Wird Reservemedikation verabreicht, ist dies in der Patientendokumentation dokumentiert, dazu gehört die verabreichte Dosis, der Grund für die Verabreichung und die Wirkung.
Die «Verlaufseinschätzung finale Phase» wird ausgedruckt und im Stationszimmer hinterlegt, sodass jede Schicht den Verlauf vor sich hat und diesen fortlaufend, das heisst mindestens alle vier Stunden einschätzt.

3.2.4 Umgang mit dem Sterbewunsch

Die Frage, wie die medizinische Behandlung und Pflege des Menschen in der Endphase des Lebens aussehen soll, beschäftigt die Öffentlichkeit seit Jahren. Palliative Care lehnt den assistierten Suizid ab – mit dem Vorbehalt, dass es jedoch Situationen gibt, in denen die Autonomie des Menschen stärker gewichtet werden muss (SBK & FMH, 2001, S. 1ff).

Wir haben uns als Langzeitinstitution mit der Thematik des assistierten Suizid vertieft auseinandergesetzt und folgende Entscheidung getroffen:
Wir vertreten vorrangig das Ziel, dass unsere Bewohnerinnen und Bewohner das Recht haben, unter liebevoller, persönlicher Pflege eines natürlichen Todes zu sterben. [2]

Grundsätzlich stellen wir uns auf den Standpunkt, dass Selbstbestimmung von Menschen auch im hohen Alter zu respektieren ist. Auch die Entscheidung, das eigene Leben in einer bestimmten Lebenssituation zu beenden, unterliegt letztlich diesem freien Willen.
Als Institution sind wir aber davon überzeugt, dass es uns mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen möglich ist, die Lebensbedingungen unserer Bewohner soweit zu verbessern, dass der Wunsch nach dem Freitod gar nicht auftritt. Vielmehr müssen unsere Bemühungen im positiven Sinne dahin gehen, eine qualitativ gute Lebenssituation zu schaffen, um Leiden erträglich zu machen.

Selbsttötung ist keine Privatsache. Es betrifft uns alle und macht uns betroffen.

Direkte, aktive Sterbehilfe gemäss Art. 114 des Strafgesetzbuches:
Das geltende Recht (Art. 114 des StGB) bedroht die Tötung auf Verlangen, also die direkte aktive Sterbehilfe mit Strafe. Hingegen ist die indirekte aktive Sterbehilfe werde im Strafgesetzbuch noch in einem anderen Gesetz geregelt. Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, deren Nebenwirkungen die Lebensdauer herabsetzen können.

[2] VitaTertia Haltung zum begleiteten Suizid / Positionspapier

Die Ärzteschaft akzeptiert diese Form von Sterbehilfe und praktiziert sie in Ausnahmefällen. Sie wird auch in den einschlägigen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften behandelt.

VitaTertia setzt alles daran, durch eine umfassende palliative Betreuung und Pflege dazu beizutragen, dass der Gedanke an Suizid nicht aufkommt. Alle Bewohnenden sollen Zuwendung, Pflege und Geborgenheit erhalten und erfahren. Dazu tragen die Mitarbeitenden aller Bereiche von VitaTertia bei. Das Selbstbestimmungsrecht und die Eigenverantwortung unserer Bewohnerinnen und Bewohner sind massgeblich, auch wenn es um die Frage nach der Art zu sterben geht. Deshalb lassen wir grundsätzlich die Möglichkeit zu, Leiden, das als unerträglich erfahren wird, selbstbestimmt von eigener Hand abzukürzen.
Wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner mehrfach dringend und im klaren Bewusstsein wünscht, den Sterbevorgang abzukürzen, so soll dies in den Häusern des VitaTertia möglich sein. Voraussetzungen dafür sind unter anderem, dass die Bewohnerin oder der Bewohner bereits mindestens sechs Monate im VitaTertia lebt. Die Abklärungen und die Hilfe zum assistierten Suizid wird durch eine Sterbehilfe-Organisation durchgeführt. VitaTertia stellt ihre Infrastruktur zur Verfügung, nicht aber ihr Personal.

Daneben stellen wir im Rahmen unseres Betreuungsauftrages jederzeit auch folgende Sterbehilfe sicher:

Passive Sterbehilfe:
Liegt vor wenn auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird.
Im VitaTertia wird der Wille auf freiwilligen Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit akzeptiert. Die betroffene Person wird eng begleitet. Der Entscheid zum Sterbefasten oder zur Dehydratation muss dokumentiert sein. Die zuständige nahe Bezugsperson und der Hausarzt, die Hausärztin und bei Bedarf die Seelsorge werden mit einbezogen.

Indirekte, aktive Sterbehilfe:
Liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung Bewusstseins trübend und atemdepressiv wirken können und dadurch eine eventuelle Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Der Einsatz solcher Mittel geschieht nur auf Verordnung des Arztes.

Zeigen sich Diskrepanzen zwischen der Meinung und der Grundhaltung von nahen Bezugspersonen und Pflegenden, wird zur Reflexion der Situation ein Rundtischgespräch einberufen, zu welchem die zuständige Pflegende, die Palliative Care Verantwortliche des VitaTertia, die zuständigen nahen Bezugspersonen und der zuständige Arzt / die Ärztin eingeladen werden. Wenn möglich, nimmt auch die betroffene Person am Gespräch teil. Bei Bedarf wird auch die Ethikgruppe des Forum Tannenberg Gossau miteinbezogen.

3.3 Netzwerk – Modell für die interne und externe Zusammenarbeit

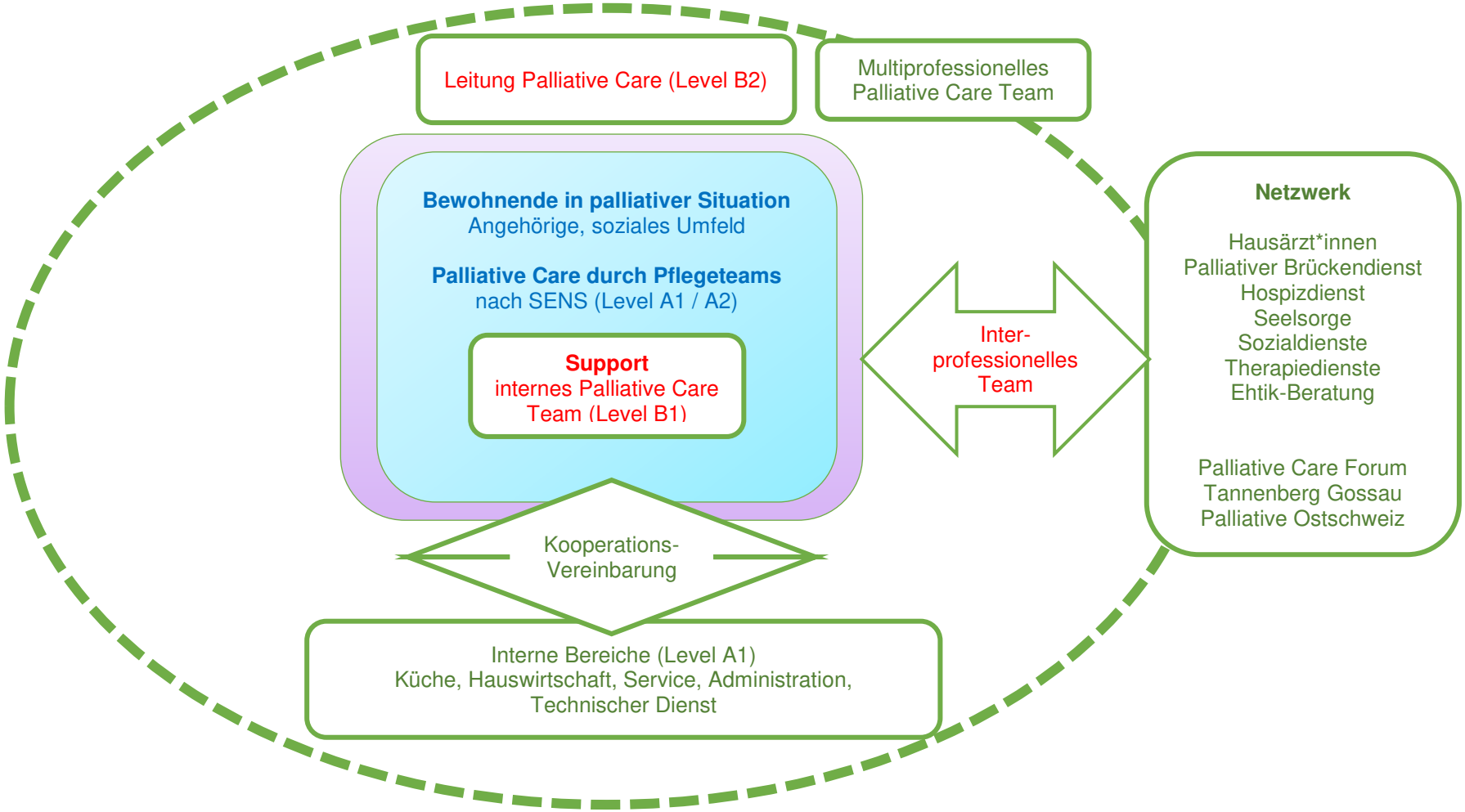

Abbildung 4: Netzwerk- Modell für interne und externe Zusammenarbeit
Anmerkung: Eigene Darstellung

3.3.1 Regelung der Kompetenzen und Qualifikationen

Direktor und Stiftungsrat
Stellt sicher, dass alle für die Palliative Care erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Palliative Care Leiterin / Leiter (B2)

- ist Pflegefachperson HF / FH mit höherer Palliative Care Weiterbildung B2
- unterstützt die Gästebetreuung bei Bedarfsabklärungen bei Übertritt von einer anderen Institution ins VitaTertia
- beurteilt Palliative Care-Situationen auf Anfrage der Bezugspersonen oder Tagesverantwortlichen und leistet Support
- kontrolliert die palliativen Behandlungspläne und interveniert gezielt
- führt interne Palliative Care Weiterbildungen für die Pflege durch
- koordiniert und pflegt das interdisziplinäre Netzwerk und fördert die Zusammenarbeit
- plant und leitet zwei Mal pro Jahr eine Sitzung mit dem Multiprofessionellen Palliative Care Team
- entwickelt die Palliative Care weiter und sorgt für die Einhaltung der Richtlinien von *palliative ch* (*qualitépalliative)*
- vertritt die Organisation im Palliative Care Gefäss der Heime in Gossau

InterprofessionellesTeam (A2 – B2)

- Zusammenarbeit zwischen dem internen Pflegebereich, dem Hausarzt und den externen Fachstellen.
- Im VitaTertia wird alles daran gesetzt, mit den PC-Partnern und kontinuierlich mit den Hausärzten eng zusammen zu arbeiten.
- Aus den Flow Charts zum Symptommanagement und zur Entscheidungsfindung wird ersichtlich, wer wann zugezogen wird.

Internes Palliative Care Team (B1)

- Thementräger der Abteilungen und Palliative Care Verantwortliche
- Stellen sicher, dass der Prozess auf den Abteilungen funktioniert und stehen für Fragen zur Verfügung
- ist Bestandteil des Multiprofessionellen Team

Tagesverantwortliche Pflege und Teamleitung (TV, TL) (A2)

- unterstützt die Bezugsperson
- hat auf der Abteilung die Übersicht über die Palliative Care Situationen
- arbeitet an Schnittstellen mit dem interdisziplinären Team zusammen

Pflege Bezugsperson

- ist Pflegeperson der Sekundär- oder Tertiärstufe *(A1 –A2)*
- trägt die Fallverantwortung, erstellt den Betreuungsplan
- leistet die allgemeine Palliative Care Pflege in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des interdisziplinären Teams
- informiert die Tagesverantwortliche und die Teamleitung über die Situationen
- beteiligt sich beispielsweise an Rundtischgesprächen, Fallbesprechungen und organisiert diese mit
- ist Kontaktperson für die nahen Bezugspersonen und das interdisziplinäre Team

Aktive Tagesgestaltung (A1)

- unterstützt die körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten, ressourcenorientiertes Arbeiten ist ein wichtiger Bestandteil
- koordiniert den Einsatz von freiwilligen Helfern nach Absprache mit den Teamleitungen

Nahe Bezugspersonen (A1 – B2)

- werden als Partner betrachtet und bei Entscheidungen und wenn gewünscht bei der Pflege und Betreuung miteinbezogen
- unterstützen die Bewohnenden im Entscheidungsfindungsprozess
- werden auf Wunsch der Bewohnenden verständlich und umfassend informiert

Technischer Dienst (A1)

- stellt die notwendige Infrastruktur zeitnah zur Verfügung und richtet die Zimmer entsprechend ein
- geht auf die speziellen Situationen und Wünsche der Bewohnenden und deren nahen Bezugspersonen ein
- richtet das Zimmer für nahe Bezugspersonen ein, wenn der Wunsch besteht, dass sie im Zimmer der Bewohnenden übernachten
- begegnet den Bewohnenden und den nahen Bezugspersonen wertschätzend und emathisch

Küche (A1)

- berücksichtigt spezielle Bedürfnisse wie beispielsweise aromatisierte Eiswürfel, Joghurt, pürierte Kost, Glace, usw.
- stellt Wunschkost für ausserordentliche Zeiten zur Verfügung, welche auf der Abteilung zur gewünschten Zeit serviert wird
- die Verpflegung von nahen Bezugspersonen ist offeriert, wenn Bewohnende in der finalen Phase sind, die Dauer dieses Angebotes wird nach interprofessioneller Absprache situationsspezifisch festgelegt

Service (A1)

- begegnet den Bewohnenden und nahen Bezugspersonen beim Restaurantbesuch empathisch und wertschätzend
- erkennt verändertes Essverhalten und leiten dies der tagesverantwortlichen Pflege weiter
- der Informationsaustausch über Situationsveränderungen ist sichergestellt

Hauswirtschaft (A1)

- beobachtet und meldet Veränderungen bei Bewohnenden
- geht bei der Raumpflege behutsam vor und nimmt auch Rücksicht auf die Bewohneden und nahen Bezugspersonen
- pflegt ihre Beziehung zu den Bewohnenden und den nahen Bezugspersonen rücksichtsvoll
- zeigt Flexibilität und spricht sich bezüglich des Zeitpunktes für die Reinigung mit der Pflege ab

Empfang (A1)

- nimmt die Anliegen der Bewohnenden und nahen Bezugspersonen entgegen und leitet diese bei Bedarf weiter
- richtet im Todesfall das Kondolenzbuch mit einem Eintrag her, gestaltet die Trauerkarte, stellt Kerzen, Blumen, Fotos und Kärtchen mit der Information an definierten Stellen auf

Buchhaltung (A1)

- beantwortet Fragen bezüglich der Rechnung, kommuniziert verständlich, wertschätzend und arbeitet im Kundenkontakt lösungsorientiert

Gästebetreuung (A1)

- führt Interessenten in einem Rundgang durch die Häuser und nimmt Informationen, Bedürfnisse sowie Wünsche auf
- bezieht vor dem Eintritt die Pflege mit ein, um die palliative Situation einzuschätzen
- bleibt während dem ganzen Aufenthalt im VitaTertia eine Ansprechperson für die Bewohnenden und deren nahe Bezugspersonen

Palliativer Brückendienst

- leistet Support und Beratung auf Anfrage

Hausarzt, Hausärztin

- visitieren nach Bedarf die Bewohnenden des VitaTertia
- füllen das Formulars Palliativen Reservemedikation aus
- stehen bei Fragen oder Problemstellungen im regelmässigen telefonischen- oder E-Mail-Kontakt mit den Pflegenden
- ist für alle medizinischen Belange weisungsbefugt

Sozialdienst Pro Senectute

- steht bei Fragen zur Finanzierung beratend zur Seite

Seelsorge

- verfügt über professionelles Wissen bezüglich Palliative Care, speziell Spiritual Care
- macht auf Wunsch der Bewohnenden und/oder der nahen Bezugspersonen seelsorgerische Besuche und Gespräche

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

- kommen für die Therapien auf Wunsch und gemäss ärztlicher Verordnung ins Haus

Ambulanter Hospizdienst und interne Freiwillige

- beteiligen sich an der Palliative Care im Einverständnis mit den Bewohnenden und/oder der zuständigen nahen Bezugspersonen und der Pflege
- leisten Sitzwache, Dasein, Handreichungen usw.

Forum Gossau Tannenberg (ist eine Untergruppe von Palliative Ostschweiz)

- vereinigt Palliative Care-Akteure und pflegt mit ihnen den Austausch
- stellt Arbeitsinstrumente zur Verfügung
- ist öffentlich aktiv

Spital, Klinik

- organisiert und koordiniert mit den nahen Bezugspersonen, dem Hausarzt, der Pflege und Gäestebetreuung zusammen die Übertritte

Multiprofessionelles Team

- Besteht aus dem internen palliative Care Team (B1), Fr. Kherbèche Hausärztin, Klaus Fischer Pfarrer und der Palliative Care Verantwortlichen des VitaTertia (B2)
- bespricht wichtige Themen, die der Weiterentwicklung der Palliative Care im VitaTertia dient.

3.3.2 Kommunikationsgefässe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Morgenflash

Der Morgenflash findet im VitaTertia jeden Morgen statt. Es handelt sich dabei um einen internen, interprofessionellen Austausch über spezielle Situationen sowie wichtige Informationen von Bewohnenden, anstehende Termine und Besprechungen.
Beteiligte sind alle Bereichsleitungen oder deren Stellvertretungen, Teamleitungen oder die Tagesverantwortlichen, Mitarbeitende des Empfangs, die Gästebetreuerin und der Direktor.

Kommunikationsmittel
Je nach Situation wird das geeignete Kommunikationsmittel gewählt:

- das Rundtischgespräch wird dann geführt, wenn es wichtig ist, eine Situation von unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten und im interdisziplinären Team Lösungen zu finden. Dazu gehören auch die nahen Bezugspersonen und die relevanten Beteiligten des Interprofessionellen Teams.
- die Fallbesprechung dient dem Behandlungsteam dazu, eine Situation aus fachlicher Sicht zu reflektieren und Lösungsmöglichkeiten zu finden und zu priorisieren.
- die Feedbackrunde ermöglicht dem Behandlungsteam, schwer zu ertragende Situationen oder Themen der Zusammenarbeit zu reflektieren.
- aus Datenschutzgründen findet der Datenverkehr via E-Mails über geschützten HIN-Adressen statt

3.4 Support

3.4.1 Unterstützung von nahen Bezugspersonen

Die Mitarbeitenden des VitaTertia begegnen den nahen Bezugspersonen zuvorkommend, wertschätzend und empathisch sie werden, wenn immer möglich in die Betreuung und Pflege mit einbezogen. Die enge Zusammenarbeit mit der Bezugsperson der Pflege ermöglicht, wenn notwendig Gespräche, welche beim Abschiednehmen oder im Todesfall für die Bezugspersonen hilfreich sein können. Auch im Sterbeprozess speziell in der finalen Phase steht die Bezugsperson oder die tagesverantwortliche Pflegende zur Seite. Die Professionalität der Pflegenden ermöglicht es gewünschte oder wichtige Informationen über die verschiedenen Symptome und Verhaltensweisen in der finalen Phase zu erklären.

Die nahen Bezugspersonen werden an Rundtischgespräche eingeladen. Dabei wird auf eine angemessene und für die Anwesenden verständliche Kommunikation geachtet. Die Mitarbeitenden des VitaTertia achten auf eine lösungsorientierte Zusammenarbeit mit Bewohnenden und den Nahen Bezugspersonen.

Beim Tod eines Partners, der in derselben Wohnung lebt, begleitet die Bezugspflegende die zurückbleibende Person im Trauerprozess. Dieser kann über Wochen oder Monate dauern.

3.4.2 Unterstützung von Mitarbeitenden

Unterstützende Teamkultur:
Das VitaTertia unterstützt die Entwicklung der Teamkultur mit verschiedenen Aktivitäten und Anlässen.

Selbstpflege, Selbstsorge:
Es liegt in der Selbstverantwortung der Mitarbeitenden, sich bei speziellen Bedürfnissen zu melden. Bei sehr belastenden Situationen wird eine externe Fachperson für das Coaching zugezogen. Bei den täglichen Rapporten können schwierige Situationen zusammen besprochen werden, die Teamleitungen unterstützen die Mitarbeitenden dabei.

3.4.3 Kultur des Abschiednehmens

Information und Möglichkeit zur Beileidsbekundung
Die Mitarbeitenden vom Empfang richten im Todesfall das Kondolenzbuch, in welches Mitbewohnende, nahe Bezugspersonen, Mitarbeitende vom VitaTertia, usw. etwas schreiben können. Kerzen, Fotos, Blumen und Kärtchen mit der Information werden an definierten Stellen aufgestellt.

Abschiedsräume, Aufbahrung
Der/die verstorbene Bewohnende wird so hergerichtet, wie sie und deren nahe Bezugspersonen es sich vorgängig gewünscht haben. Die Information darüber findet sich im Pflegedokumentation unter Personalien, Sterbekultur und oftmals auch bei den Wünschen und Bedürfnissen.

Wenn immer möglich, wird der/die verstorbene Bewohnende in ihrem Zimmer hergerichtet, sodass das letzte Abschiednehmen für die nahen Bezugspersonen dort stattfinden kann.
Im Haus Gerbhof steht der Raum der Stille zur Verfügung, dieser wird dann genutzt, wenn der/die verstorbene Bewohnende in einem Zweibett-Zimmer oder in einer Wohnung mit dem Partner zusammengewohnt hat.

Abschied für Mitarbeitende
Die Firma Reimann holt den Sarg mit dem Verstorbenen ab. Der Direktor oder eine delegierte Mitarbeitende, ein Mitarbeitender sowie die anwesenden Pflegenden begleiten den Verstorbenen hinaus.
Eine delegierte Person nimmt an der Abschiedszeremonie teil. Dies gilt als Arbeitszeit.

Abschied für Mitbewohnerinnen und -bewohner - Gedenken
An einem jährlichen Anlass der Bewohnenden werden alle in diesem Jahr Verstorbenen nochmals genannt und für sie je eine Kerze angezündet.

Nachgespräche
Die Kontaktaufnahme für ein Nachgespräch mit der nahen Bezugsperson wird durch die pflegerische Bezugsperson geplant, durchgeführt oder delegiert.

Trauercafé
Der Treffpunkt für Trauernde im Friedegg-Treff Gossau wird ökumenisch von der evangelischen und der katholischen Kirchgemeinde Gossau geleitet. Die Teilnahme ist niederschwellig, sie ist kostenlos und bedarf keiner Anmeldung. Das VitaTertia informiert die nahen Bezugspersonen über diese Möglichkeit.

4 Betriebliche Strukturen für Palliative Care

Es stehen diverse Hilfsmittel zur Verfügung wie Pflegebett, Wechseldruckmatratzen, Gegensprechanlagen, Positionierungsmaterial, Pflegerollstuhl, Patientenheber, Dufttherapie, CD-Player.

Für die Bewohnende, welche im Verlauf ihres Aufenthaltes Palliative Care benötigen, steht ihr Zimmer oder ihre Wohnung weiterhin zur Verfügung.

In der interprofessionellen Zusammenarbeit und in der Zusammenarbeit über die Institutionsgrenzen hinaus werden gemeinsame Lösungen angestrebt.

5 Kompetenzen der Mitarbeitenden

Alle Mitarbeitenden des VitaTertia, auch die meisten Freiwilligen, haben den Palliativen Basiskurs A1 absolviert.

Alle Pflegefachpersonen der Tertiärstufe absolvieren den Weiterbildungskurs A2. Pflegefachpersonen der Sekundärstufe absolvieren den A2 Weiterbildungskurs falls sie als Tagesverantwortliche eingesetzt werden.

Im Tagdienst arbeitet immer eine Pflegefachperson mit einem absolvierten Weiterbildungskurs A2.

Neue Mitarbeitende, die ohne Basiskurs eintreten, werden diesen nach der Probezeit besuchen.
Bei der Einführung neuer Mitarbeitenden aller Bereiche wird das Palliative Care Konzept erläutert. Dies ist ein Bestandteil der Informationsveranstaltung für neue Mitarbeitende, welche der Direktor durchführt.
Die internen Weiterbildungen werden durch die Leiterin Palliative Care durchgeführt, welche vorzugsweise selbst eine Weiterbildung zur spezialisierten Palliative Care B2 absolviert hat. Diese internen Weiterbildungen richten sich nach den aktuellen Themen oder Situationen.

6 Meilensteine für die Einführung

2018 / 2019 Einführung Teil 1: Pflege- und Betreuungsbereich

- Das erweiterte Projektteam – die Bereichsleitungen, sind über den Inhalt des Palliative Care-Konzeptes informiert und kennen den Plan für die Umsetzung.
- Alle Mitarbeitenden sind über den Inhalt des Palliative Care Konzeptes informiert und kennen den Plan für die Umsetzung. Die Mitarbeitenden kommen näher mit der Palliative Care in Berührung. (Workshops an den Kulturtagen)
- Voraussetzungen für die Umsetzung des Palliative Care Konzeptes sind geschaffen.
- Pflegedokumentation ist im ganzen Betrieb konsequent angewendet. Die Pflegeplanung für alle Bewohnenden ist fachgerecht geführt.
- Der palliative Behandlungsplan ist eingeführt, wird angewendet und evaluiert.
- Die personelle Situation (Pflege) wird gemäss dem Modell 3.3. Netzwerk eingeführt.
- Der Palliative Care Prozess nach SENS Modell wird eingeführt. Alle notwendigen Arbeitsgrundlagen stehen zur Verfügung.
- Reflexion aller Palliative Care Situationen; Weiterentwicklung und Integration der Erkenntnisse.

2019 / 2020 Einführung Teil 2: Interprofessionelle Zusammenarbeit.
2020 - 2021 Zertifizierungsprozess

7 Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung

- Qualitätszirkel mit dem multiprofessionellen Team, einberufen durch die Palliative Care Leitung.
- Interne Audits nach der Kriterien Liste von palliative ch und nach den Empfehlungen aus dem Zertifizierungsprozess
- Externe Audits durch qualitépalliative
- Evaluation des Konzeptes aufgrund der Auflage1 aus dem Zertifizierungsprozess durch den Leiter Pflege und Betreuung, die Leiterin Palliative Care und die Teamleitungen Februar – April 2021
- nächste Evaluation 1. Quartal 2023

8 Impressum

Bearbeitungszeit:	März 2017 – März 2018
Projektleitung:	Monika Müller-Hutter, Organisationsberatung MSc St.Gallen
Projektteam:	Catrina Maissen, LPD, Monika Zellweger, Pflegefachfrau HF
Erweitertes Projektteam Bereichsleitungen:	
	Evi Kühni, BL Hauswirtschaft; Lars Metzger; BL Küche;
	Markus Keller, BL Technische Dienst; Karin Klaus, BL Administration;
	Barbara Auf der Maur, BL Service & Veranstaltungen
Fachberatung:	Katharina Linsi, Geschäftsführerin *Palliative Ostschweiz*
Vernehmlassung:	Markus Christen, Direktor; alle Bereichsleitungen, Projektteam,
	Eveline Brovelli, Teamleitung Pflegeabteilung;
	Ellen Hellmich, Teamleiterin Wohngruppe;
	Susann Wyziorczyk, Pflegefachfrau; Heidi Smanio, Teamleitung Aktivierung;
	Kendra Merz Pflegefachfrau HF
Lektorat:	Lotti Linsi
Layout:	Katja Kuster, Gästebetreuerin/SB Personalwesen; Monika Müller-Hutter
Genehmigung:	Der Stiftungsrat hat am 4. April 2018 das vorliegende Konzept besprochen und genehmigt, sowie die Umsetzungsphase initiiert.
Überarbeitung:	1. Quartal 2021, Genehmigung durch GL

9 Glossar

Nahestehende Bezugspersonen:

Zu den nahestehenden Bezugspersonen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- oder Lebenspartner/-partnerin und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft). (BAG & GDK, 2011, S. 26).

Kuration:

Die Medizin baut auf den drei Säulen «Kuration», «Prävention» und «Rehabilitation» auf. Der Begriff «curare» stammt aus dem Lateinischen und bedeutet «heilen». Das Therapieziel in der Kuration ist die Heilung der vorliegenden Erkrankungen. (BAG & GDK, 2011, S. 26).

10 Quellenverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative ch (2018): Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren GDK (2016): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (2014). Version vom 09. November 2016. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative ch (2018): Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern

Eychmüller, S. (2014) SENS – eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care. Bern. Abgerufen von https://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/Dateiliste/palliative_otschweiz/2015_SENS_Grafik_Fachartikel.pdf

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren GDK und palliative ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategien Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren GDK (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern. Aktualisierte Version 2014

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren GDK und pallaitive ch (2015): Allgmeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung Bern