



palliative so gemeinsam + kompetent

„Teach locally“

Instruktion einer regionalen Palliative Care-Community



«Palliative Care verkörpert sich in einer **menschlichen Haltung** von Verständnis, Zuwendung und Hilfestellung.»

Cornelia Knipping



Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Palliative Care | 3 |
| 1.1 Palliative Care Kanton Solothurn..... | 3 |
| 1.1.1 Versorgungsprojekte | 3 |
| 1.1.2 Projekt Versorgungskette Palliative Care Kanton Solothurn..... | 3 |
| 1.1.2.1 Strategische Projektebene | 4 |
| 1.1.2.2 Operative Projektebene | 4 |
| 1.1.2.3 Zusammenarbeit fachliche und operative Ebene | 4 |
| 1.1.2.4 Wichtige Kontakte | 4 |
| 2. Unsere Instrumente | 5 |
| 2.1 Der runde Tisch | 5 |
| 2.2 Der Betreuungsplan..... | 7 |
| 2.3 Dokumentation SMIS..... | 12 |
| 2.4 Qualitätsstandards | 12 |
| 3. Der palliative Patientenpfad..... | 12 |

1. Palliative Care

Mit Palliative Care wird zukünftigen Herausforderungen in der letzten Lebensphase der Menschen begegnet. Das BAG definiert Palliative Care folgendermassen:

«Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.»

Mit dem Angebot einer kompetenten Pflege und Betreuung in palliativen Situationen wird die belastende Situation für den Patienten und die Angehörigen verbessert und Verlegungen in stationäre Einrichtungen vermindert.

1.1 Palliative Care Kanton Solothurn

1.1.1 Versorgungsprojekte

In den letzten drei Jahren hat der Verein *palliative so* durch die Vernetzung von verschiedenen Berufsgruppen und ansässigen Organisationen und die Lancierung und Führung von **Versorgungsprojekten** wichtige Grundlagen geschaffen.

Im Bereich der ambulanten Versorgung wurden im Projekt **«Versorgungskette Palliative Care»** im Kanton Solothurn – ein Verbundprojekt mit den Hausärzten und dem Spitex Verband Kanton Solothurn SVKS zur Systematisierung, Standardisierung und Digitalisierung der Zusammenarbeit in der Grundversorgung –, sowie das Teilprojekt **«Helpline Palliative Care»** - ein Dienst mit 24h-Anrufbereitschaft spezialisierter Fachpersonen (in Kooperation mit der Krebsliga Solothurn) – lanciert.

Im Langzeitpflegebereich wurde das Projekt **«Stationäre Langzeit-Palliative-Care für Erwachsene»** zur Entwicklung spezialisierter Angebote im Langzeitsetting in Kooperation mit zwei Alters- und Pflegeheimen im Kanton Solothurn gestartet.

1.1.2 Projekt Versorgungskette Palliative Care Kanton Solothurn

Der Verein *palliative so* führt das Vorhaben in einer schlanken Projektstruktur. Es werden folgende Ziele angestrebt:

- Verbesserung der Zusammenarbeit interprofessioneller Teams in der Grundversorgung, primär Hausärzte / Spitex
- Systematisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch gemeinsame Tools und hinterlegte Standards
- Definition und Umsetzung des palliativen Patientenpfads
- Pragmatische Messung der Wirksamkeit des palliativen Patientenpfads

Im Rahmen des Projektes soll der palliative Patientenpfad definiert und damit eine stufengerechte, qualitativ hochstehende Versorgung sichergestellt werden.



1.1.2.1 Strategische Projektebene

Verein palliative so, Spitex Verband Kanton Solothurn SVKS, Hausärzte Solothurn, Krebsliga Solothurn, Palliative Team Spitex Wasseramt, Arpage AG, PonteNet AG

Zusammensetzung:

Versorgungspartner und Dienstleister bilden den **Projektsteuerungsausschuss**, welcher die Projektziele verfolgt und auf operativer Ebene weiterentwickelt.

Aufgaben:

- Fachliche Unterstützung / Beratung der operativen Ebene
- Auf Anfrage auch operative Tätigkeit
- Instruktionaufgaben (SMIS/ Palliative Care App)
- Organisation interprofessioneller Austausch (Teach locally)

1.1.2.2 Operative Projektebene

Ärzte, NPO-Spitexorganisationen SVKS, freischaffende Pflegende und involvierte Personen und Organisationen

Zusammensetzung:

Palliative Care Teams der lokalen Spitex (interprofessionelle Teams bestehend mindestens aus Pflege und Ärzten)

Aufgaben:

- 24h-Betreuung und Pflege
- Administrator/-in für SMIS und App
- Netzwerk fördern und koordinieren

1.1.2.3 Zusammenarbeit fachliche und operative Ebene

- 1mal jährlich interprofessioneller Austausch, organisiert durch die Steuerungsgruppe
- Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den standardisierten Instrumenten: Rundtischgespräche, Betreuungsplan und Dokumentation in SMIS oder App

1.1.2.4 Wichtige Kontakte

- 24h-Helpline Fachpflege 079 894 17 89 (aktuell fachliche Beratung SEOP, Kooperation von palliative so und der Krebsliga Solothurn)
- Technische Unterstützung Ärztekasse Helpline: 0848 82 16 16, webkg@aerztekasse.ch



2. Unsere Instrumente

Die gemeinsame Handhabung dieser Instrumente ist ein wesentlicher Kernpunkt der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Umsetzung des palliativen Patientenpfads. Die Kommunikation und die Schnittstellen werden vereinfacht und interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert.

Als Qualitätsstandards gelten das Handbuch Palliativmedizin (Hans Neuschwander & Christoph Cina) und das Lehrbuch Palliative Care (Cornelia Knipping)

2.1 Der runde Tisch

Der runde Tisch

Der runde Tisch (RT) dient dazu, mit der zu betreuenden Person, seinen Angehörigen und dem interprofessionellen Betreuungsteam die momentane Situation und das weitere Vorgehen zu besprechen.

Ziel

- Betroffene Person steht im Mittelpunkt
- Angehörige und interprofessionelles Team kennen ihre Aufgaben

Rahmenbedingungen

- Die betroffene Person ist mit dem RT einverstanden und kennt die Ziele des Gesprächs
- Pflege, Sozialdienst oder Hausarzt organisiert den RT und übernimmt die Sitzungsleitung
- Dauer: nicht länger als 1- max. 1 ½ Std.
- Raum mit ruhiger Atmosphäre (Spital, Hausarztpraxis, zu Hause bei der betroffenen Person)

Vorbereitung durch die Sitzungsleitung

- Die Teilnehmer für das RT sind bestimmt (mit der betroffenen Person abgesprochen) Angehörige, Pflege, Sozialdienst, Ärzte, Seelsorge, Physiotherapie, Ernährungsberatung usw.
- Termin koordinieren, Raum reservieren
- Moderation und Protokollführung sind geklärt
- Administrative Unterlagen sind vorbereitet
- Teilnehmer sind vorbereitet



Durchführung

- Begrüssung und Orientierung (Zeit, Ablauf, Grund, Ziel) durch Gesprächsleitung
- Vorstellung der Teilnehmenden
- Situationsbeschreibung durch alle Beteiligten (Diagnose, Symptombehandlungen)
- Fachleute erklären Chancen und Risiken und möglichen Verlauf
- Die betroffene Person und seine Angehörigen äussern ihre Unterstützungsbedürfnisse, wie auch Wünsche, Ängste, Sorgen und Hoffnungen. Vorher definierte Wünsche in der Patientenverfügung werden einbezogen.
- Die betroffene Person und die Angehörigen werden über die finanziellen Belastungen aufgeklärt (Selbstbehalt, was übernehmen die Krankenkassen, was nicht?).
- Definieren, ob eine allfällige Hospitalisation in Frage kommt und wie sie ablaufen sollte
- Der Betreuungsplan wird auf Papier ausgefüllt und unterschrieben, die nötigen Informationen sind vorhanden
- Abmachungen treffen, Aufgaben verteilen
- Offenen Fragen klären
- Zusammenfassung relevanter Punkte durch die Gesprächsleitung
- Verabschiedung und Dank
- Zustellung des Protokolls (innerhalb von 3 Arbeitstagen)



2.2 Der Betreuungsplan

Der Betreuungsplan wird digital durch die Pflege erfasst und die unterschriebene Papierform per PDF durch die Pflege im SMIS bei den wichtigen Dokumenten hochgeladen.

Betreuungsplan Palliative Care

Problemliste mit Massnahmenplan (in Absprache mit dem Arzt)

| PERSONALIEN | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Herr <input type="checkbox"/> | Frau <input type="checkbox"/> | Geburtsdatum |
| Name: | | |
| Vorname: | | |
| Strasse: | | |
| PLZ: | | |
| Ort: | | |
| Neue AHV-Nummer: | | |
| Krankenkasse: | | |
| Versicherungsklasse: | | |
| Tel.P: | | |
| Mobil Nr.: | | |
| E-Mail: | | |
| Konfession: | | |

7

| ENTSCHEIDUNGSFINDUNG | |
|---|--|
| Ziele, Wünsche, Hoffnungen des Patienten: (evtl. mit Prioritäten versehen) | |
| Patientenverfügung vorhanden: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zum Ausfüllen abgegeben <input type="checkbox"/> |



| | | |
|---|---|---|
| Patientenverfügung Bemerkung: | | |
| Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Allgemeine Bemerkungen | | |
| Spitaleinweisung: | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls Spitaleinweisung, wo? | | |
| Verantwortlicher Spitalarzt: | | |
| Es braucht: | | Unter folgenden Bedingungen |
| Antibiotika | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Bluttransfusion | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutentnahme | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chemotherapie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Künstl. Beatmung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Infusion (Fluid) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Reanimation/IPS | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |

| |
|--|
| SYMPTOMKONTROLLE |
| Hauptdiagnosen: |
| |
| Allergien/Unverträglichkeiten: |
| |
| Massnahmenplan bei: |
| Angst, Depression, seelische Schmerzen |



| | |
|---|--|
| | |
| Atemnot, Husten, Rasselatmung | |
| | |
| Ernährung / Ernährungsberatung / Flüssigkeitszufuhr (Durst, trockene Schleimhäute, PEG, Magensonde, parenterale Ernährung) | |
| | |
| Hautverhältnisse: Juckreiz, Wunden, Dekubitus | |
| | |
| Müdigkeit / Schwäche | |
| | |
| Schmerz | |
| | |
| Schlafstörungen | |
| | |
| Unruhe, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit | |
| | |
| Verdauungsprobleme (Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, etc.) | |
| | |
| Weitere Probleme (z.B. Asites, epileptischer Anfall, Ödeme, Fieber, etc.) | |
| | |
| NETZWERK | |



| | |
|--|---------------------------------------|
| Hausarzt (HA): | |
| Adresse HA: | |
| Mobilnummer HA: | |
| E-Mail HA: | |
| Vertretung HA: gemäss persönlicher Absprache: | |
| Benachrichtigung nachts bei Todesfall (Name): | |
| | Wichtige Adressen mit Tel. und E-Mail |
| Fallverantwortlicher Arzt: | |
| Bezugspersonen: | |
| Vertretungsberechtigte Person: | |
| Spitex Seelsorge: | |
| Freiwillige/Nachtwache: | |
| Apotheke: | |
| Palliative Care Notfall Nr: | |
| Mobiles Palliative Team: | |
| Palliative Care Institution: | |
| Weitere: | |

| | |
|--|--|
| SUPPORT ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN | |
|--|--|

| | |
|-----------------|--|
| Bezugspersonen: | |
|-----------------|--|



| | |
|-------------------------|--|
| Unterstützung: | |
| Entlastung: | |
| Instruktion: | |
| Allgemeine Bemerkungen: | |

| | | | |
|--|-----|---|--|
| Erfasst von: Teil Arzt: Unterschrift Teil Pflegefachperson: Unterschrift | am: | Mit dem Patienten besprochen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unterschrift Patient/ Bezugsperson | Mit den Angehörigen besprochen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Geändert von: Unterschrift | am: | Mit dem Patienten besprochen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift Patient/ Bezugsperson | Mit den Angehörigen besprochen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Der vorliegende Betreuungsplan wurde mit dem Patienten und allen Beteiligten besprochen und gibt den aktuellen Willen des Patienten wieder. Die im Betreuungsplan definierten Massnahmen gehen allfällig anderslautenden Willensbekundungen einer Patientenverfügung mit früherem Datum vor.



2.3 Dokumentation SMIS



Die webbasierte, interprofessionelle Krankengeschichte dokumentiert die gemeinsame Arbeitsweise. Sie beinhaltet zudem einen aktuellen Medikamentenplan und ein Kommunikationstool.

Diese interprofessionelle Krankengeschichte wird durch ein Palliative Care App, welches den Informationsfluss im ambulanten Setting sichert, ergänzt. Das App enthält den Betreuungsplan, wichtige Dokumente, den Medikamentenplan und ein Kommunikationstool, welches den Informationsaustausch innerhalb des Betreuungsteams erlaubt.

Ein klar definiertes Rollenkonzept regelt präzise den Zugriff der Patientendaten. Die sensiblen Daten sind innerhalb der Plattform (gespeicherte Daten) sowie beim Transport übers Internet verschlüsselt.

2.4 Qualitätsstandards

Als Qualitätsstandards gelten das Handbuch Palliativmedizin (Hans Neuenschwander, Christoph Cina) und das Lehrbuch Palliative Care (Cornelia Knipping)

3. Der palliative Patientenpfad

Im Rahmen des Projektes wird der palliative Patientenpfad definiert und damit eine stufengerechte, qualitativ hochstehende Versorgung sichergestellt. So sollen unnötige Hospitalisationen möglichst vermieden und allfällige Schnittstellen abgebaut werden.