



## Erläuterungen zum „**Betreuungsplan**“

### Zweck

- Der Betreuungsplan ist ein Hilfsmittel zur konkreten Umsetzung der Zielformulierungen der Nationalen Leitlinien Palliative Care.
- Der Betreuungsplan eignet sich als Arbeits-/Assessmentinstrument und Hilfsmittel zur Konsensfindung mit dem Patienten und zwischen den Professionen, welche an der Patientenbetreuung beteiligt sind. So kann er bspw. am runden Tisch als Checkliste dienen, an wichtige Themen erinnern und Gesprächsergebnisse festzuhalten.
- Der modulare Aufbau des Betreuungsplanes erlaubt zudem ein etappiertes Ausfüllen.
- Der einmal ausgefüllte Plan wird zur Nahtstelle sowohl zwischen den Professionen, aber auch zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, indem er aufzeigt, welche Betreuung mit dem Patienten abgemacht und durchgeführt wurde, resp. welche Betreuung für bestimmte Situationen geplant ist.

### Anwendung

- Der Betreuungsplan begleitet den Patienten durch die Institutionen und das Betreuungssetting. Eine aktuelle Version liegt in gedruckter Form beim Patienten.
- Der Betreuungsplan soll, wenn immer möglich, elektronisch gespeichert werden.
- Der Betreuungsplan basiert auf Konsens und soll für das Betreuersteam als Standard dienen.
- Der urteilsfähige Patient hat die Datenhoheit, indem er bestimmt, wer Einsicht in den Betreuungsplan nehmen darf. Er kann seine Entscheidungen jederzeit widerrufen oder verändern!

### Grundsätze an denen sich der **Betreuungsplan** orientiert

**Palliative Care:** „Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten [...] Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt“ (Quelle: Nationale Leitlinien Palliative Care).

**4 «S»:** Der Betreuungsplan dient der vorausschauenden Umsetzung der 4 «S» in Palliative Care. Er basiert auf der konkreten Umsetzung des SENS-Modells:

**Symptom-Management:( Symptomkontrolle)** Durch die Erfassung der vorhandenen und vermutlich sich einstellenden Beschwerden des Patienten wird ein Behandlungs- und Betreuungskonzept entwickelt, welches an einem runden Tisch in interprofessioneller Zusammenarbeit erarbeitet wird. Diese Massnahmen schliessen alle sinnvollen Optionen d.h. rein medizinische und pflegerische Handlungen wie auch z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Musiktherapie ein. Ziel der Massnahmen soll sein, dass dem Patienten ein hohes Mass an Autonomie und Lebensqualität gewährleistet wird.



**Selbstbestimmung: (Entscheidungsfindung)** Der Betreuungsplan nimmt Bezug auf eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung und thematisiert Ziele, Sorgen, Wünsche und Hoffnungen des Patienten. Als Arbeitsinstrument soll er helfen, dass wichtige Fragen direkt angesprochen werden und der Patient in der Entscheidungsfindung unterstützt wird. Nicht selten wird in einer kurativ orientierten Medizin bei komplex kranken Patienten die Frage nach den Erwartungen des Patienten nicht oder nur rudimentär abgefragt. Mit dem Gespräch über Ziele, Sorgen, Wünsche, Hoffnungen und Patientenverfügung erhält der Patient den Anstoss, sich über seine letzte Lebensphase Gedanken zu machen und seine Anliegen zu formulieren.

**Sicherheit:( Netzwerk)** Veränderte Arbeitsmodelle und die Reorganisation des Notfallwesens erschweren nicht selten die Erreichbarkeit des betreuenden Haus- oder Spezialarztes. Damit steigt das Risiko, dass Patienten in Notfallsituationen unnötig hospitalisiert werden und dabei der Wille des Patienten missachtet wird. Palliative Betreuung kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn diese Betreuung über 24 Stunden sichergestellt und im Betreuungsplan festgehalten wird.

**Support: (Support Angehörige/Bezugspersonen)** Palliative Care ist ein Versorgungskonzept der letzten Lebensphase, das sich radikal an den Betroffenen orientiert. Betroffen ist nicht nur der Patient, sondern in einem hohem Mass auch seine Umgebung, sein Umfeld mit seinen Angehörigen und Beziehungspersonen. Die Unterstützung aller involvierten Personen unter Einschluss des professionellen Betreuerteams und das Erfassen und Beurteilen der jeweiligen Grenzen der Belastbarkeit verdient in diesem Kontext höchste Priorität.

## Erläuterung zu einzelnen Abschnitten

**Personalien des Patienten:** Durch die korrekte Erfassung der Personalien und Kommunikationsinstrumente (Tel. Mail etc.) soll die Erreichbarkeit des Patienten für alle Beteiligten ersichtlich sein.

**Betreuender Arzt:** Der betreuende und fallverantwortliche Arzt behandelt den Patienten und kennt seine Krankengeschichte. Im Spital ist es der Spitalarzt und daheim meistens der Hausarzt. In diesem Abschnitt wird zudem die Erreichbarkeit des Arztes bzw. seines Stellvertreters verbindlich geregelt.

**Wichtige Adressen:** Die für den Patienten wichtigen Bezugs- und Betreuungspersonen werden aufgeführt. Unter „vertretungsberechtigte Person“ wird jene Person festgehalten, welche die Interessen des Patienten vertritt, falls dieser seine Urteilsfähigkeit verlieren sollte. In derart schwierigen Lebenssituationen ist es äusserst hilfreich, wenn diese Frage vorausschauend mit dem noch urteilsfähigen Patienten geklärt werden konnte.

**Massnahmenpläne:** Siehe oben unter Symptom-Management.



palliative **so** gemeinsam + kompetent

**Medikation:** Der Medikamentenplan soll regelmässig überwacht und angepasst werden.

**Medizinische Handlungen** Fragen wie Hospitalisation, Reanimation, künstliche Beatmung, Transfusion etc. werden vorausschauend vom Betreuerteam unter Einbezug des Patienten behandelt.