



Kanton
Obwalden

Palliative Care im Kanton Obwalden: Konzept „Runde Tische“

Verabschiedet am 09.01.2018

I. Ausgangslage gemäss Bericht der Arbeitsgruppe	3
1. Notwendigkeit	3
2. Mögliche Lösungsansätze	3
3. Finanzierung.....	3
4. Antrag Arbeitsgruppe.....	3
II. Ausgangslage gemäss Bericht des Regierungsrats.....	4
III. Voraussetzungen für Runde Tische.....	5
5. Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	5
6. Gemeinsames Verständnis	6
7. Sensibilisierung	6
7.1 Patientinnen und Patienten.....	6
7.2 Fach- und Betreuungspersonen	6
IV. Umsetzung von Runden Tischen im Kanton Obwalden	7
8. Vorbereitung.....	7
9. Betreuungsplan.....	7
10. Ablauf eines Runden Tisches.....	7
V. Schlussbemerkung	7
Anhang 1: Betreuungsplan	9
Anhang 2: Ablaufschema Runder Tisch im Kanton Obwalden.....	14
Anhang 3: Auszug der Charta SAMW	15
Anhang 4: Informationsbroschüre für Patienten	17
Quellenverzeichnis.....	18

I. Ausgangslage gemäss Bericht der Arbeitsgruppe

1. Notwendigkeit

Palliative Patientinnen und Patienten haben fast immer mehrere betreuende und pflegerische Bezugspersonen. Für eine optimale Versorgung muss sich dieses interdisziplinäre Team regelmässig über Behandlung und Betreuung, Veränderungen des Gesundheitszustands, Medikamente, Schnittstellen etc. austauschen können.

Im Kanton Obwalden besteht aktuell kein institutionalisiertes Vorgehen für diesen Austausch zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Es fehlt dadurch die wichtige Koordination aller Betroffenen und eine gemeinsame vorausschauende Entscheidungsfindung. Insbesondere für Patientinnen und Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bedeutet dies eine grosse Lücke innerhalb der Versorgungskette.

2. Mögliche Lösungsansätze

Palliative Care behilft sich zur Sicherstellung der Koordination zwischen den Leistungserbringern einem Konzept, das in der psychiatrischen Pflege bereits allgemein anerkannt ist: den sogenannten „Runden Tischen“. Am Runden Tisch nehmen alle beteiligten Personen teil: Patientin bzw. Patient; Angehörige; Betreuungspersonen sowie Freiwillige, Nachbarn, Verwandte, Seelsorge; Spitex; Hausarzt resp. Hausärztin; weitere involvierte Fachpersonen wie Physiotherapie, Ernährungsberatung etc. Im Zentrum stehen die individuellen Wünsche der Patientin oder des Patienten. Der Runde Tisch wird einberufen, um eine Standortbestimmung vorzunehmen und anschliessend Strategien und Ziele für die Zukunft zu planen.

3. Finanzierung

Zu den Leistungen der Obligatorischen Krankenpflege zählen auch die Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen und instabilen Pflegesituationen. Grundsätzlich stellen die Abrechnungen keine Hindernisse dar.

4. Antrag Arbeitsgruppe

Die wichtigsten Akteure der Palliative Care im Kanton Obwalden haben sich auf ein gemeinsames Vorgehen bezüglich Runde Tische zu einigen. Als wichtigste Akteure sind die Spitex und die Hausärzte zu nennen. Aber auch die Alters- und Pflegeheime sowie alle anderen Institutionen und Organisationen, die palliative Patientinnen und Patienten begleiten, sollen von den Runden Tischen profitieren können. Wünschenswert wäre auch die Teilnahme des Kantonsspitals, von Vorteil auch das Onkologie-Ambulatorium mit dem zuständigen Onkologen, welcher dem Luzerner Kantonsspital angegliedert ist.

Das Gesundheitsamt wird gebeten, eine Projektgruppe für die Erarbeitung eines Grundkonzepts mit Vertreterinnen und Vertretern aus Spitex, Hausärzten, Alters- und Pflegeheimen, dem Spital sowie weiteren potenziellen Teilnehmenden der Runden Tische (z.B. Seelsorge, Physiotherapie, Komplementärmedizin) zu initiieren.

II. Ausgangslage gemäss Bericht des Regierungsrats

Ziel des Regierungsrats:

Im Kanton Obwalden sind „Runde Tische“ ein fester Bestandteil der palliativen Versorgung, um die fallspezifische Vernetzung unter den Akteuren zu institutionalisieren.

Da sich der Regierungsrat mit der institutionalisierten Schaffung von „Runden Tischen“ eine bedeutende Optimierung der Versorgung verspricht, erklärt er sich bereit, die Konzeptionierung der „Runden Tische“ durch das Finanzdepartement zu koordinieren und zu begleiten.

Auftrag des Regierungsrats:

Das Finanzdepartement wird beauftragt, im Jahr 2016 eine Projektgruppe für die Erarbeitung eines Grundkonzepts mit Vertreterinnen und Vertretern aus Einwohnergemeinden, Spitex, Hausärzten, Alters- und Pflegeheimen sowie weiteren potenziellen Teilnehmenden der „Runden Tische“ (z.B. Seelsorge, Physiotherapie, Komplementärmedizin) zu initiieren und die Finanzierung von allfälligen Mehrkosten mit den betroffenen Trägern zu regeln.

III. Voraussetzungen für Runde Tische

5. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert, sind gewisse Voraussetzungen notwendig. Dazu gehört an erster Stelle die persönliche Bereitschaft zur Kooperation und zum Austausch mit anderen Fachpersonen. Zudem sollte eine Fachperson wissen, über welche Kompetenzen Fachpersonen anderer Berufsgruppen verfügen und den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit erkennen.

Insgesamt sind fünf Kernelemente für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care zentral. Bei der Umsetzung von Runden Tischen im Kanton Obwalden sollen diese Kernelemente stets berücksichtigt werden. Als Grundlage gilt die Charta der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) "Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen" (Anhang 3).

a. Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen stehen im Zentrum

Der Runde Tisch bietet einem kranken Menschen und seinen Angehörigen eine Gelegenheit, Wünsche, Hoffnungen und auch Befürchtungen mitzuteilen. Er dient dazu, Fragen zu klären und die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten sowie seiner Angehörigen und dem Behandlungsteam zu verbessern. Er soll dazu beitragen, eine Standortbestimmung vorzunehmen und anschliessend Strategien und Ziele für die Zukunft zu entwickeln und zu planen.

b. Geklärte Rollen und Verantwortlichkeiten

Die Gesundheitsberufe klären in einem gemeinsamen Prozess ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und halten diese fest. Bestehende Beziehungen und vorhandene Strukturen sollten unbedingt berücksichtigt werden. Bei überlappenden Kompetenzen sind die Verantwortlichkeiten explizit zu bezeichnen. Die Rollen und Verantwortlichkeiten müssen für jede Patientin und jeden Patienten individuell ausgehandelt werden – je nach Bedürfnissen.

Nicht nur der Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten, sondern auch derjenigen aller am Behandlungsprozess Beteiligten ist Rechnung zu tragen. Dieser Einbezug der Individualität fordert das „Akzeptieren von Andersartigkeit“. Aus Studien zur interdisziplinären Zusammenarbeit ist bekannt, dass bei der Zusammenarbeit insbesondere folgende Aspekte zu verhindern sind, da sie gelungene berufsübergreifende Arbeiten verhindern: Statusbetonende Kommunikation, mangelnder Wissensaustausch auf Augenhöhe, mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen, fehlendes gegenseitiges Verständnis, mangelnde Eigeninitiative, Angst vor konstruktiven Auseinandersetzungen.

c. Gute Koordination

Frühzeitig gilt es im interprofessionellen Team festzulegen, wer die Koordination der beteiligten Fachpersonen und Freiwilligen übernimmt. Die Koordinationsleitung beinhaltet, dass die verschiedenen Tätigkeiten aufeinander abgestimmt werden und der Informationsfluss zwischen den involvierten Fachpersonen gewährleistet ist. So können nahtlose Übergänge an den wichtigen Schnittstellen sichergestellt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Gleichzeitig bringt diese Zusammenarbeit für alle Beteiligten eine zeitliche Entlastung. Gemeinsam werden die therapeutischen Ziele festgelegt. Gute Koordination vermittelt den kranken Menschen und seinen Angehörigen Sicherheit. Oftmals übernehmen Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachpersonen der Spitex diese Aufgabe. Aber auch Fachpersonen von anderen Berufsgruppen können das Betreuungsnetz koordinieren (siehe Anhang 2).

Die Fallführung, die Koordinationsleitung und die Gesprächsleitung können durch unterschiedliche Fachpersonen wahrgenommen werden.

d. Gegenseitiger Informationsaustausch

Ein kontinuierlicher Informationsaustausch ist sicherzustellen. Dies gilt bei der Zusammenarbeit vor Ort, aber auch bei den Übergängen (z.B. beim Eintritt ins oder Austritt vom Heim/Spital).

e. Vorausschauende Planung und nahtlose Übergänge

Dazu gehört die proaktive Unterstützung der Angehörigen, die Vorbesprechung möglicher Komplikationen, die Erstellung eines Notfallplans oder die Bereitstellung von Notfallmedikamenten sowie Checklisten bei Austritten vom Heim oder Spital nach Hause bzw. bei einem Übertritt von der stationären in die ambulante Pflege und Betreuung.

Ein Schlüsselement der interprofessionellen Arbeit bildet die Formulierung einer gemeinsamen Sichtweise und eines gemeinsamen Verständnisses für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Eine wichtige Informationsquelle dafür ist die Patientenverfügung oder der Vorsorgeauftrag. Die Patientin oder der Patient sollte früh im Krankheitsprozess auf diese Möglichkeiten hingewiesen werden.

6. Gemeinsames Verständnis

Der Runde Tisch wird einberufen, um eine Standortbestimmung vorzunehmen und anschliessend Strategien und Ziele für die Zukunft zu entwickeln und zu planen. Das zentrale Ziel eines Runden Tisches ist es, der Patientin oder dem Patienten trotz einer fortgeschrittenen und unheilbaren Krankheit bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Der Runde Tisch soll dem kranken Menschen und seinen Nächsten helfen, seine Wünsche, Hoffnungen und auch Befürchtungen mitzuteilen und dient somit der Klärung und Kommunikation untereinander. Zur Standortbestimmung gehören auch pflegerische und medizinisch-fachliche Überlegungen, wie z.B. Abwägen von Behandlungsoptionen, Aufzeigen des denkbaren Krankheitsverlaufs, Notfallplanung und Übertrittsplanung usw. Er ist ein Besprechungsforum für die Betroffenen mit den Merkmalen Zeit, Respekt und Vertrauen. Er soll zu einer gemeinsamen Bewältigung beitragen.

Es werden dabei insbesondere folgende Fragen besprochen:

- In welche Richtung soll es gehen?
- Was gibt es zu tun oder zu unterlassen?
- Welche Fachpersonen braucht es?
- Welche Mittel und welche Unterstützung sind für die Angehörigen erforderlich?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?

7. Sensibilisierung

7.1 Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten sind der Ausgangspunkt eines jeden Runden Tisches. Der Runde Tisch soll insbesondere dazu dienen, dass die Patientin bzw. der Patient seine Bedürfnisse und Ängste mitteilen kann. Ausgehend davon wird die für die Patientin bzw. den Patienten optimale Unterstützung beraten, organisiert und koordiniert.

Im Kanton Obwalden soll ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige erarbeitet werden, der die wichtigsten Ziele und Voraussetzungen eines Runden Tisches aufführt. Er soll klären, was ein Gespräch am Runden Tisch beinhaltet und welche Funktionen damit erfüllt werden sollen.

7.2 Fach- und Betreuungspersonen

Eine wichtige Grundlage für das Funktionieren von Runden Tischen ist die Erkenntnis des Nutzens für die Fach- und Betreuungspersonen. Für alle Anwesenden der Runden Tisch resultieren aufgrund der zielgerichteten und frühzeitigen interdisziplinären Zusammenarbeit grosse Zeitersparnisse. Spätere Informationsbeschaffungen gestalten sich viel aufwändiger und weniger umfassend. Die Gespräche der Runden Tische bedeuten deshalb für alle Akteure eine wichtige Effizienzsteigerung.

Den Fach- und Betreuungspersonen des Kantons Obwalden sind die Voraussetzungen (und dabei insbesondere auch der Nutzen von Runden Tischen) in geeigneten Settings (Fach- und Vernetzungstag, Weiterbildungsveranstaltungen, Informationsanlässen etc.) zusammen mit der konkreten Umsetzung gemäss nachfolgendem Kapitel bekannt zu machen.

IV. Umsetzung von Runden Tischen im Kanton Obwalden

8. Vorbereitung

8.1 Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten

Grundsätzlich kann jede Fach- oder Betreuungsperson einen Runden Tisch einberufen. Für die Einberufung eines Runden Tisches ist jedoch das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten notwendig. Falls die Patientin oder der Patient kognitiv eingeschränkt ist, muss das Einverständnis einer Vertrauensperson vorliegen. Stark belastete Angehörige können durch weitere nahestehende Personen zum Rundtischgespräch eingeladen werden.

Der Sinn und das Ziel des Gespräches sollen im Vorfeld bei den Betroffenen und Angehörigen angesprochen werden, damit auch sie sich vorbereiten können (Anhang 4 mit Fragestellungen im Informationsflyer).

8.2 Standortbestimmung

Im Vorfeld eines Runden Tisches sollten Vorgespräche zwischen dem verantwortlichen Arzt/Ärztin und der Bezugspflegeperson der Patientin bzw. des Patienten für eine Standortbestimmung erfolgen. Dazu eignet sich die Assessment-Struktur nach dem SENS-Modell: Welche Symptome liegen im Vordergrund? Welche Entscheidungen stehen an? Welche Netzwerkpartner sind wofür zuständig? Wer braucht welchen Support? Welche Fragen und Sorgen bestehen rund um das Thema Sterben und Tod? Wichtig ist auch zu klären, ob Tabuthemen bestehen, die nicht am Runden Tisch besprochen werden sollen.

Wichtig: Beim Runden Tisch werden Probleme und mögliche Lösungsansätze besprochen – damit orientiert sich das Gespräch an den Problembereichen der Patientin bzw. des Patienten sowie der Angehörigen und nicht an den medizinischen Diagnosen.

9. Betreuungsplan

Der Betreuungsplan gemäss Anhang 1 dient als Basis für die Gespräche am Runden Tisch.

10. Ablauf eines Runden Tisches

10.1 Vorgespräch

Es empfiehlt sich nach Möglichkeit vor dem „offiziellen“ Runden Tisch ein 15-minütiges Vorgespräch des interprofessionellen Teams durchzuführen. Es geht dabei insbesondere darum, den Kenntnisstand und die Resultate der Standortbestimmungen untereinander auszutauschen und so vorab eine kurze Zielüberprüfung vorzunehmen.

Ebenso ist die Koordinationsleitung für den nachfolgenden Runden Tisch festzulegen.

10.2 Der Runde Tisch

Im Kanton Obwalden sollen die Runden Tische nach einem klar festgelegten Ablaufschema gemäss Anhang 2 ablaufen.


V. Schlussbemerkung

Runde Tische sind ein zeitsparendes Instrument, welches die effiziente und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen fördert und unterstützt. Es handelt sich um eine fragile Ressource, die mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit anwachsen soll und stetig re-

flektiert und optimiert werden muss. Es geht darum, diese Inseln zur verdichteten Kommunikation vermehrt zu nutzen und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit der wechselseitigen Erreichbarkeit und Bezugnahme unter den verschiedenen Fachpersonen herzustellen. Das Vorgehen bei Notfällen kann somit im Voraus abgesprochen werden. Durch diese Zusammenarbeitsform werden kurze Wege sowie niederschwellige Abstimmungsmöglichkeiten, zu Gunsten der Patientinnen und Patienten, erreicht und wirken so entlastend.

Die Würde der schwerkranken Menschen und deren Umfeld soll in der schwierigen Situation im Vordergrund stehen.

Anhang 1: Betreuungsplan



Betreuungsplan Palliative Care

Problemliste mit Massnahmenplan (in Absprache mit dem Arzt)

PERSONALIEN	
Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum <input style="width: 80px;" type="text"/>
Name:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Strasse:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ort:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Neue AHV-Nummer:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Krankenkasse	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Versicherungsklasse:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tel.P.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Mobil Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Konfession	<input style="width: 100%;" type="text"/>

ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	
Ziele, Wünsche, Hoffnungen des Patienten: (evtl. mit Prioritäten versehen) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Patientenverfügung vorhanden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zum Ausfüllen abgegeben <input type="checkbox"/>
Patientenverfügung Bemerkung:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Allgemeine Bemerkungen	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Spitaleinweisung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Falls Spitalweisung, wo?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Verantwortlicher Spitalarzt:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Form: 20180119
Seite 1 von 3
© palliative-so.ch

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 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.

Erläuterungen zum „ Betreuungsplan“

Zweck

Der Betreuungsplan ist ein Hilfsmittel zur konkreten Umsetzung der Zielformulierungen der Nationalen Leitlinien Palliative Care.

- Der Betreuungsplan eignet sich als Arbeitsinstrument und Hilfsmittel für die Konsensfindung mit dem Patienten und zwischen den Professionen, welche an der Patientenbetreuung beteiligt sind. So kann er bspw. am runden Tisch helfen, an wichtige zu besprechende Themen zu erinnern und Gesprächsergebnisse festzuhalten.
- 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 gilt sowohl für die Pflege wie auch für die Ärzte im Kanton Solothurn als Standard.
- 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.:

Symptom-Management: 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, Komplementärmedizin oder Musiktherapie ein. Ziel der Massnahmen soll sein, dass dem Patienten ein hohes Mass an Autonomie und Lebensqualität gewährleistet wird.

Selbstbestimmung: Der Betreuungsplan nimmt Bezug auf eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung und thematisiert Ziele, Wünsche und Hoffnungen des Patienten. Als Arbeitsinstrument soll er helfen, dass wichtige Fragen des Patienten direkt angesprochen werden. 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, und Hoffnungen und mit der Ermutigung eine Patientenverfügung zu verfassen, erhält der Patient den Anstoss, sich über seine letzte Lebensphase Gedanken zu machen und seine Anliegen zu formulieren.

Sicherheit: 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: 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 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.

Medikation und medizinische Handlungen: Der Medikamentenplan soll regelmässig überwacht und angepasst werden. Fragen wie Reanimation, künstliche Beatmung, Transfusion etc. werden vorausschauend vom Betreuerteam unter Einbezug des Patienten behandelt.

Anhang 2: Ablaufschema Runder Tisch im Kanton Obwalden

Ablaufschema Runde Tische

- Zielsetzung**
- Erfassung Bedürfnisse Patientin bzw. Patient und der Angehörigen
 - Informationsaustausch zwischen dem Betreuungsnetz
 - Erfassen von Problemen in Zusammenhang mit der palliativen Situation und Suchen nach Lösungswegen
 - Notfallplanung oder Übertrittplanung
- Teilnehmende** alle involvierten Personen und Institutionen
(mit Entscheidungsbefugnissen)
- Ort** Raum mit ruhiger Atmosphäre
- Koordinationsleitung/Moderation** muss im Voraus bestimmt werden
- Zeitbedarf** max. 1 Stunde (15 Min. Vorgespräch ohne Patient/in)
In der Regel genügt ein Rundtischgespräch
- Protokoll** Koordinationsleitung (wird allen Beteiligten abgegeben)
- Inhalt**
- Begrüssung und Orientierung: Grund, Zielrichtung
 - Vorstellen der Teilnehmenden
 - Situationsbeschreibung durch alle Beteiligten: Wo steht die Patientin bzw. der Patient und wo steht das Betreuungsnetz
 - Fachleute erklären Chancen und Risiken, möglicher Verlauf etc.
 - Patient/in und Angehörige äusseren Wünsche, Ängste, Hoffnungen
 - Patient/in und Angehörige über finanzielle Belastungen informieren
 - Abmachungen treffen und Aufgaben verteilen, Zuständigkeiten klären
 - Offene Fragen klären
 - Falls notwendig Behandlungsplan anpassen
 - Zusammenfassung relevanter Punkte
 - Verabschiedung und Dank

Anhang 3: Auszug der Charta SAMW

KERNELEMENTE UND VERPFLICHTUNGEN

1. Die interprofessionelle Zusammenarbeit bindet Patienten als Partner ein.
Informierte Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen wollen zunehmend eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und sich an Entscheidungen zur Therapie und Versorgung beteiligen. Sie sind als «Experten in eigener Sache» massgeblich für die Behandlungsqualität und das Ergebnis mitverantwortlich.
2. Die Gesundheitsberufe klären für konkrete Arbeitssituationen in einem gemeinsamen Prozess ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und halten diese fest; bei überlappenden Kompetenzen sind die Verantwortlichkeiten explizit zu bezeichnen.
Für einen Teil dieser Klärungsprozesse können allgemein akzeptierte Definitionen und Richtlinien erarbeitet werden, der andere Teil ist sinnvollerweise jeweils innerhalb der einzelnen Institutionen bzw. Organisationen festzulegen (Spital, Ambulatorium, Gesundheitszentrum, Praxismgemeinschaft, Netzwerk, Spitexorganisation, stationäre Langzeitpflege u.a.). Für die Übernahme von zusätzlicher Verantwortung braucht es einen klar definierten Rahmen (z.B. im Falle von erweiterten Diagnose-, Ordnungs- und Abrechnungskompetenzen für die beteiligten Gesundheitsberufe).
3. Die Übernahme von Aufgaben im Versorgungsprozess orientiert sich am Bedarf der Patienten und ihrer Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen.
Die Aufgabenverteilung orientiert sich nicht an hierarchischen Kriterien und/oder an traditionellen Berufsbildern. Die Berufsgruppen sind bereit, je nach Situation Aufgaben abzugeben oder Verantwortung neu zu übernehmen.
Dies bedeutet, dass die Gesundheitsfachleute entsprechend ihren spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten tätig sind und für dieses Handeln auch Verantwortung tragen.
4. Die Berufs- und Fachverbände entwickeln – unter Berücksichtigung internationaler Empfehlungen – gemeinsame, interprofessionelle Leitlinien; auf institutioneller Ebene ergänzen die verschiedenen Berufsgruppen diese mit gemeinsamen, interprofessionellen Standards.
Diese Leitlinien und institutionelle Standards bilden Leitplanken; deren Beachtung schafft gegenseitiges Vertrauen. Ein Abweichen von Leitlinien und Standards ist möglich, bedarf jedoch der Begründung.
5. Sowohl für die Ausbildung als auch für die Weiterbildung gibt es gemeinsame Module. Die Aus- und Weiterbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe sind vernetzt.
Im Hinblick auf die interprofessionelle Berufspraxis umfassen die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe die notwendigen berufsübergreifenden und kooperativen Elemente. Die Ausbildung vermittelt im Rahmen von gemeinsamen Modulen allen Gesundheitsberufen neben ihren jeweiligen spezifischen Kenntnissen gemeinsame Grundelemente (z.B. Basiswissen über Gesundheit und Krankheit sowie neben Kommunikation, Ethik, Gesundheitsökonomie und -politik auch die Prinzipien der interprofessionellen Kooperation).
6. Das lebenslange Lernen und damit verbunden der Nachweis früher und neu erworbener Kompetenzen und Fertigkeiten sind für alle Berufs- und Fachverbände eine Selbstverständlichkeit und werden durch Arbeitgeber / Fachverbände gefördert.
Das Wissen und das Spektrum der Tätigkeiten bei Einstieg in den Beruf sind nicht mehr identisch mit denjenigen zum Zeitpunkt der Pensionierung.
Lebenslange, gezielte Fortbildung, der Erwerb neuer Kompetenzen und die Bereitschaft zur stetigen Sicherung der Qualität im eigenen Tätigkeitsfeld sind Voraussetzungen zur Ausübung der Berufe im Gesundheitswesen. Geeignete Fortbildungsangebote sind für alle in Frage kommenden Berufsgruppen zugänglich und werden – falls sinnvoll – von Vertretern verschiedener Berufsgruppen gemeinsam organisiert.

7. Die Arbeitsmodelle sind so ausgerichtet, dass sie eine integrierte Betreuung fördern und unterstützen. Gesundheitseinrichtungen mit Zentrumsfunktion, bei denen alle in einen Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen angestellt sind und koordiniert werden, bieten gute Voraussetzungen für ein kompetenzorientiertes Miteinander und dienen als Drehscheibe für die regionale Versorgung; weitere Partner in der Region können durch ein Netzwerk eingebunden werden. Um den gegenseitigen, kontinuierlichen Informationsaustausch sicherzustellen, ist der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (e-Health) unerlässlich. Eine geeignete Infrastruktur trägt dazu bei, informelle Begegnungen zwischen den Berufsgruppen und eine transparente Kommunikation zu ermöglichen.
8. Die Leitungsstrukturen orientieren sich an inhaltlichen Zielen. Gesundheitseinrichtungen legen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht auf Grund von Statusüberlegungen fest und unterstützen damit das berufsübergreifende Arbeiten wirkungsvoll. Für das Wahrnehmen von Leitungsfunktionen in interdisziplinären Teams bedarf es der entsprechenden Kompetenz.
9. Für alle Berufsgruppen sind die Qualitätssicherung und die Evaluation des Nutzens für den Patienten und die Gesellschaft ein Teil ihrer professionellen Haltung. Die Einführung und Etablierung der Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheitsberufen ist mit geeigneter Versorgungsforschung zu begleiten.

Anhang 4: Informationsbroschüre für Patienten

«Der Runde Tisch»
Unheilbar krank! Wie weiter?

Informationen für Betroffene und Angehörige




Je nach Situation sind unterschiedliche Fachleute am Gespräch beteiligt. Betroffene und Angehörige sind immer am Runden Tisch vertreten.

2

«Der Runde Tisch» – gemeinsam entscheiden

Scheitert eine unheilbare Krankheit immer weiter fort, stellt sich die Frage, was für die Betroffenen jetzt wichtig und sinnvoll ist. Um diese Frage zu klären, ist ein **gemeinsames Gespräch** mit den Patienten, Angehörigen und allen involvierten Fachpersonen sinnvoll. Dabei können **gemeinsam bewusste Entscheidungen** gefällt und das **weitere Vorgehen** festgelegt werden. Ein solches Gespräch wird als «Runder Tisch» bezeichnet. «Der Runde Tisch» dient der Klärung und trägt zur gemeinsamen Bewältigung einer schwierigen Situation bei und koordiniert, sowie plant die unterstützenden Massnahmen.

«Der Runde Tisch»
Ein «Runder Tisch» kann zum Beispiel während eines Spitalaufenthalts, im Pflegeheim oder während der ambulanten Betreuung durch die Spitex einberufen werden, vorausgesetzt die betreffende Person ist einverstanden. Die Initiative zur Einberufung eines «Runden Tisches» kann von einer beteiligten Fachperson aber auch von Angehörigen und Betroffenen ausgehen. An einem «Runden Tisch» nehmen in der Regel die betroffene Person mit ihren Angehörigen, das Behandlungsteam und weitere erforderliche Dienste teil. Eine gute Vorbereitung trägt wesentlich zum Gelingen eines «Runden Tisches» bei.

Wie weiter?

«Der Runde Tisch» soll den Patienten und den Angehörigen helfen, **Wünsche, Hoffnungen und auch Befürchtungen** mitzuteilen. Die **Klärung offener Fragen** ermöglicht es, das weitere Vorgehen **in Sinne der Betroffenen** und ihrer Nächsten festzulegen.

- Welchen Weg möchte der erkrankte Mensch gehen?
- Welche Ziele verfolgt er?
- Welche Massnahmen sollten getroffen oder unterlassen werden?
- Welche Fachpersonen müssen hinzugezogen werden?
- Welche Unterstützung brauchen die Angehörigen?
- Auf welche Unterstützung kann zurückgegriffen werden?

Das Gespräch wird protokolliert, das Protokoll auf Wunsch allen Beteiligten abgegeben. In der Regel dauert das Gespräch nicht länger als 45 Minuten. Bei Bedarf können weitere Treffen vereinbart werden.

Sind Sie an einem «Runden Tisch» interessiert? Sprechen Sie das Pflegepersonal der Spitex, des Alters- und Pflegeheims und des Spitals oder Ihren Arzt darauf an. Die Abrechnung erfolgt über die üblichen pflegerischen und medizinischen Tarife.

3

4

Vorbereitungsfragen für den «Runden Tisch»

Für Betroffene



Wie sehe ich meine Situation?
Wie sehe ich die Situation meiner Angehörigen und Freunde?
Wovor habe ich Angst?
Wo möchte ich gepflegt werden?
Welche Wünsche habe ich?

Was möchte ich wissen über:
– Betreuungangebote in der Region
– Behandlungsmöglichkeiten bei
– Atemnot
– Schmerzen
– Übelkeit
– Angstzuständen
– Verwirrtheit
– Patientenverfügung
– Vorsorgeauftrag
– Finanzierung der Pflege, der therapeutischen Massnahmen und Hilfsmittel

5

6

Vorbereitungsfragen für den «Runden Tisch»


Für nahestehende Personen

Wie sehe ich meine Situation?
Wie sehe ich die Situation meines Angehörigen/Freunds/Freundin?
Welche Unterstützung kann ich leisten?
Wo brauche ich Unterstützung?
Was wünsche ich mir für meinen Angehörigen/meinen Freund/ meine Freundin?
Welche Wünsche habe ich?

Was möchte ich wissen über:
– Betreuungangebote in der Region
– Behandlungsmöglichkeiten bei
– Atemnot
– Schmerzen
– Übelkeit
– Angstzuständen
– Verwirrtheit
– Patientenverfügung
– Vorsorgeauftrag
– Finanzierung der Pflege, der therapeutischen Massnahmen und Hilfsmittel

Notizen:

Beteiligte Runder-Tischpartner:



Wird unterstützt von:



7

Quellenverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit, Das interprofessionelle Team in der Palliative Care, Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende, Bern, 2016.

Kanton Obwalden, Palliative Care im Kanton Obwalden – Bericht der Arbeitsgruppe an den Regierungsrat, Sarnen, 2014.

Kanton Obwalden, Bericht des Regierungsrats zum Fachbericht Palliative Care der Arbeitsgruppe, Sarnen, 2015

Kantonsspital St. Gallen, Informationsbroschüre „Runder Tisch“, Eine Entscheidungshilfe bei weit fortgeschrittenen Leiden, St. Gallen, 2010.

Kantonsspital St. Gallen, Empfehlung: Runder Tisch, Teil 1 des Qualitätsstandards Palliative Betreuung, St. Gallen, 2012.

Kantonsspital Winterthur, Merkblatt Runder Tisch Spitalaustritt mit Spitex und MPCT, Winterthur, 2009.

Projekt Palliative Care-Netzwerk Region Thun, Runder Tisch, Thun, unbekannt.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, Swiss Academies Reports, Basel, 2017.

Palliative Solothurn, Dr. Christoph Cina, Betreuungsplan Palliative Care