
Palliative Care in Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege

Argumente und Instrumente zur Entwicklung und Verankerung durch Prozess- und Organisationsentwicklung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Strategische Bedeutung und Nutzen aus Betriebsicht.....	3
2.1	Strategische Perspektive	3
2.2	Nutzen für den Betrieb.....	6
2.3	Erfolgsfaktoren für Entwicklung und Verankerung	7
3	Grundlagen von allgemeiner Palliative Care	9
3.1	Palliative-Care-Kultur entwickeln	9
3.2	Fokus der allgemeinen Palliative Care.....	10
3.3	Sechs konkrete Kernleistungen	12
3.4	Qualität	13
4	Projekt- und Organisationsentwicklung	13
4.1	Erfahrungsberichte aus Betrieben.....	13
4.2	Hinweise zur Projekt- und Organisationsentwicklung.....	14
5	Die Toolbox	16
5.1	Inhalt.....	16
5.2	Nutzung	17
5.3	Dank.....	17
6	Quellen	17

1 Einleitung

In der Schweiz stirbt ein Drittel der Menschen im Alter ab 65 Jahren im Alters- und Pflegeheim, ohne Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr (Füglister-Dousse & Pellegrini, 2019). Die Bewohnerinnen und Bewohner kommen zunehmend später in Alters- und Pflegeheime, ihr Aufenthalt bis zum Tod wird immer kürzer. Diese Entwicklung stellt das gesamte Personal und die Führung mit ihren Ressourcen in jedem Betrieb – unabhängig von seiner Grösse – vor grosse Herausforderungen. Auch der Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care für Menschen mit einer Behinderung, die in sozialen Institutionen leben, nimmt aufgrund des demografischen Wandels zu (Brun & Straßer, 2014; Wicki & Meier, 2015).

Palliative Care leistet einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität von Menschen, die oft an zwei oder mehr chronischen Krankheiten bzw. fortgeschrittener Gebrechlichkeit leiden. Palliative Care spielt über die gesamte Dauer einer unheilbaren, chronischen Krankheit eine Rolle. Jedoch nur ein kleiner Teil der Betroffenen, wird zu einem kleinen Teil auf Palliativstationen in Spitälern oder in Hospizen gepflegt. Etwa 80 Prozent der Menschen mit Palliative-Care-Bedarf können im Rahmen der «Allgemeinen Palliative Care» behandelt und betreut werden – also in Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege sowie in der häuslichen Pflege und Betreuung.

Die Entwicklung und Verankerung eines nachhaltigen Palliative-Care-Ansatzes durch gezielte Prozess- und Organisationsentwicklung bietet deshalb jedem Betrieb der Langzeitbetreuung und -pflege eine einzigartige Chance, den erwähnten Herausforderungen zu begegnen. Wie Praxiserfahrungen zeigen, führt eine systematische Implementierung mittelfristig zu einem hohen Nutzen in der Pflege und Betreuung, in der bereichs- und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit sowie bei der Rekrutierung, Entwicklung und Bindung der Mitarbeitenden.

An wen richten sich die Argumente und Instrumente? Dieses Dokument sowie die dazugehörige Toolbox (www.curaviva.ch/palliative-care-box) bieten Geschäftsleitungen und Träger-schaften differenzierte Argumente und zahlreiche Instrumente für eine Prozess- und Organisationsentwicklung zu nachhaltiger Palliative Care.

Warum eine Toolbox? Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 und der Nationalen Plattform Palliative Care (seit 2017) sowie in weiteren Projekten wurden wichtige Grundlagen erarbeitet. Bis anhin fehlte aber für die Umsetzung in Betrieben eine Zusammenstellung praxiserprobter Argumente und Instrumente. Die Toolbox soll diesbezüglich Abhilfe schaffen.

Wer hat die Toolbox erarbeitet? Die Toolbox wurde im Auftrag der aus Vertretern der CURAVIVA-Kantonalverbände bestehenden nationalen Steuergruppe Palliative Care von CURAVIVA Schweiz erarbeitet. Eine aus Fachexperten bestehende Arbeitsgruppe hat die praxiserprobten Argumente und Instrumente zusammengetragen und aufbereitet.

Wie wird die Toolbox angewandt? Weil jeder Betrieb anders funktioniert, muss die Einführung und Verankerung von Palliative Care massgeschneidert auf die Betriebskultur, Ressourcen und Betriebsprozesse erfolgen. Die hier zusammengetragenen Erfahrungen, Anregungen und Instrumente müssen betriebspezifisch adaptiert werden, was ein betriebsweit abgestimmtes Vorgehen erfordert.

Wie wird die Toolbox weiterentwickelt? Dieses Dokument und die Toolbox stellen Arbeitsinstrumente dar, die weder perfekt noch allumfassend oder abschliessend sind. Deshalb werden sie periodisch aktualisiert und ergänzt. Für die Weiterentwicklung nehmen wir gerne Ihre Erfahrungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge entgegen (Mail: m.kirschner@curaviva.ch).

Geschlechtergerechte Sprache. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Personenbegriffe gelten im Sinn der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter. Da Frauen sowohl in der Zielgruppe als auch bei den Beratenden in der Mehrzahl sind, wird in diesem Dokument in der Regel die weibliche Form verwendet. Wenn möglich und sinnvoll, wird eine geschlechtsneutrale Formulierung angewandt.

2 Strategische Bedeutung und Nutzen aus Betriebssicht

2.1 Strategische Perspektive

Die strategische Bedeutung der Einführung eines nachhaltigen Palliative-Care-Ansatzes für Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege zeigt sich anhand folgender Punkte:

- I. Bedarf nach und verändertes Verständnis für breite Anwendung von «Allgemeiner Palliative Care» mit vorausschauendem Denken und Handeln
- II. Abgrenzung zur «Spezialisierten Palliative Care» sowie zu «Fach- und gruppenbezogener Palliative Care»
- III. Demografische Entwicklung und zunehmender Palliative-Care-Bedarf
- IV. Sterbeorte betagter Menschen bzw. von Menschen mit Behinderung zwischen Wunsch (zu Hause) und Wirklichkeit (im Pflegeheim oder Spital)
- V. Fundamentale Aufgabe in den Betrieben: Palliative Care ist neben Demenz und Kurzaufenthalt einer der drei wichtigsten Versorgungsschwerpunkte
- VI. Fundamentaler Einfluss auf die wichtigste Ressource: die Mitarbeitenden

I. Bedarf nach und Verständnis für «Allgemeine Palliative Care»

Das Verständnis der Palliative-Care-Versorgung hat sich stark gewandelt. Sie bedeutet nicht mehr einzig die Behandlung und Betreuung von Patientinnen mit Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, wo die Prognose des Todeszeitpunkts die Entscheidungsgrundlage für Palliative Care ist. Mit der «doppelten Alterung» (mehr ältere Menschen, die immer älter werden) geht die Zunahme von unheilbaren chronischen Krankheiten einher. Die Prognosen für Krankheits- und Alterungsverläufe mit weniger klar erkennbaren terminalen Phasen (u. a. Lungenerkrankungen, Herzinsuffizienz, Demenz) haben die Anforderungen an Palliative Care verändert. Dies führt zu einer «konzeptionellen Verschiebung».

Die sogenannte Allgemeine Palliative Care (auch bezeichnet als «Palliative-Care-Grundversorgung») beginnt frühzeitig im Verlauf einer unheilbaren Krankheit bzw. bei altersbedingter Gebrechlichkeit. Erste Massnahmen können parallel zur diagnoseorientierten Behandlung ergriffen werden, wobei palliative Leistungen zunehmend in den Vordergrund treten. Dieser frühzeitige Ansatz ermöglicht es, die verbleibende Lebenszeit entsprechend den Bedürfnissen der Betroffenen zu gestalten mit dem Ziel, eine grösstmögliche individuelle Lebensqualität zu gewährleisten (CURAVIVA, 2014). Somit besteht zunehmend ein Bedarf, dass allgemeine Palliative Care zum breiten Grundangebot von Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege wird. Entscheidend hierfür sind das frühzeitige Erkennen der palliativen Situation, das Umsetzen der sechs Kernleistungen von Palliative Care sowie die interprofessionelle Planung einer kontinuierlichen, vorausschauenden Behandlung und Begleitung.

II. Abgrenzung allgemeine und spezialisierte Palliative Care

Der Übergang zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care ist oft fließend. Eine Patientin kann im Verlauf ihres Lebens zu beiden Gruppen gehören (BAG, GDK & palliative.ch, 2014b, S. 7). Zudem verfügen einzelne Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege bereits auch über Abteilungen der spezialisierten Palliative Care.

Spezialisierte Palliative Care bietet Patientinnen Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren Angehörigen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird (BAG & GDK, 2011; BAG, GDK & palliative.ch, 2015, S. 8). Dafür gibt es spezialisierte Palliativstationen in Spitälern, Hospize und mobile Palliativdienste. Die Fachpersonen verfügen über ausgewiesene Kompetenzen in spezialisierter Palliative Care (BAG & BBT, 2012).

Der Querschnittbereich «Fach- und gruppenbezogene Palliative Care» trägt dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen in palliativen Situationen bei bestimmten Erkrankungen fachbezogene Probleme bzw. Bedürfnisse aufweisen (z. B. bei onkologischen oder neuro-degenerativen Erkrankungen, Nierenkrankheiten, psychiatrischen oder Suchterkrankungen). Zudem gibt es Bevölkerungsgruppen wie Kinder und Jugendliche und Menschen mit einer kognitiven und/oder körperlichen Behinderung oder in einer besonderen Lebenssituation (z. B. Migrantinnen), die besondere Bedürfnisse aufweisen, die es zu berücksichtigen gilt (BAG, GDK & palliative.ch, 2015, S. 8).

III. Demografische Entwicklung und Zunahme des Palliative-Care-Bedarfs

Aufgrund der «doppelten Alterung» (mehr ältere Menschen, die immer älter werden), einhergehend mit der Zunahme chronischer Krankheiten, wird gemäss Schätzungen zur Entwicklung der Anzahl von Palliativpatientinnen bis ins Jahr 2032 für zwei Drittel aller Todesfälle eine Palliative-Care-Versorgung benötigt (Tabelle: BAG & GDK, 2012, S. 11).

Todesfälle / Palliative-Care-Bedarf	2012	2032
Total der Todesfälle in der Schweiz	60'000	80'000
Palliativpatientinnen und -patienten gesamt (Schätzung: zwei Drittel)	40'000	53'000
Davon Palliativpatientinnen und -patienten in der Grundversorgung (Schätzung: 80%)	32'000	42'000
Palliativpatientinnen und -patienten mit spezialisierter Palliative Care (Schätzung: 20%)	8'000	11'000

Aus dieser Schätzung schliessen Bund und Kantone: «Bei etwa zehn bis zwanzig Prozent der betroffenen Personen ist spezialisiertes, palliativmedizinisches Wissen notwendig, das mit den mobilen Palliative-Care-Teams auch zu Hause zur Verfügung steht. Lediglich bei ein bis zwei Prozent der betroffenen Personen sind die Probleme so gravierend, dass sie nur auf einer spezialisierten Palliativstation behandelt werden können» (BAG & GDK, 2012, S. 11).

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich bei Menschen mit einer kognitiven und oder psychischen Behinderung ab. Auch sie erreichen dank guten Lebensverhältnissen und medizinischem Fortschritt ein höheres Lebensalter. Damit nimmt auch das Erkrankungsrisiko zu, wobei ein grosser Anteil von Personen mit einer lebensbegleitenden Behinderung an einer oder mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) im somatischen und psychischen Bereich leidet. Mehr noch sind auch komplexe gesundheitliche Problemlagen anzutreffen. Alterungsprozesse oder alterstypische Krankheiten treten früher auf, verlaufen schubweise und überlagern angeborene oder spä-

ter erworbene Behinderungen. Hervorzuheben ist die hohe Prävalenz demenzieller Erkrankungen bei Personen mit einer kognitiven Behinderung, wobei Personen mit Down-Syndrom signifikant häufiger betroffen sind (Brun & Straßer, 2014; Wicki & Meier, 2015).

IV. Sterbeorte zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Knapp ein Drittel der Menschen im Alter ab 65 Jahren stirbt in der Schweiz im Alters- und Pflegeheim, ohne Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr (Füglister-Dousse & Pellegrini, 2019). Wie repräsentative Bevölkerungsbefragungen für die Schweiz zeigen, wünschen knapp drei Viertel der Befragten (72%), dass sie zu Hause sterben können. Ein Sechstel (17%) gibt als gewünschten Sterbeort eine Institution an: Spital, Hospiz oder Alters- und Pflegeheim (BASS, 2018). Entgegen dem in der Bevölkerung weitverbreiteten Wunsch, verlagert sich der tatsächliche Sterbeort zunehmend in die Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung sowie in die Spitäler. Die erforderliche kontinuierliche, intensive und qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung überschreitet oftmals die Möglichkeiten der Angehörigen sowie ambulanter Unterstützung.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich auch hier bei Erwachsenen mit kognitiver oder psychischer Behinderung ab, die besonders häufig in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung sind dies im Alter ab 40 Jahren rund 75 Prozent der Erwachsenen. Von diesen sterben fast zwei Drittel im Wohnheim. Noch nicht alle Wohnheime sehen vor, Bewohnerinnen bis zum Lebensende zu begleiten. Zudem treten vermehrt ältere Personen mit einer lebensbegleitenden Behinderung, die bis anhin zuhause lebten, in eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung ein. Dies ist aber in den meisten Kantonen nur möglich, wenn sie das AHV-Alter noch nicht erreicht haben (Wicki & Meier, 2015).

V. Fundamentale Aufgabe: Palliative Care einer der drei wichtigsten Schwerpunkte

Aus strategischer Sicht hat Palliative Care für Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege eine zentrale Bedeutung. Wie die SHURP-Studie zeigt, gehört Palliative Care zusammen mit Demenzpflege und Kurzaufenthalten zu den drei wichtigsten Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten der Betriebe (Zúñiga et al., 2013, S. 2, 17).

Wenn Menschen mit einer kognitiven oder psychischen Behinderung grundsätzlich bis zum Lebensende im Wohnheim bleiben sollen, bedeutet dies für viele Betriebe einen Kulturwandel. Oftmals fehlen hierfür personelle Ressourcen und Grundlagenwissen im Umgang mit palliativen Situationen am Lebensende, wo es um Abschied, Tod und Trauer geht (Wicki & Meier, 2015).

Kombiniert mit den oben ausgeführten Erkenntnissen betreffend Bedarf und Sterbeorten, leiten sich für Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege drei Erkenntnisse ab:

1. Die Bedeutung der Institutionen in der allgemeinen, aber auch an den Schnittstellen zur spezialisierten Palliative Care wird deutlich zunehmen.
2. Bei den Todesfällen wird der Anteil von Palliativpatientinnen deutlich zunehmen.
3. In den nächsten 15 Jahren werden diese Entwicklungen die Institutionen deutlich herausfordern.

VI. Fundamentaler Einfluss auf die wichtigste Ressource: die Mitarbeitenden

Späte Eintritte bei abnehmender Gesundheit führen zu einem statistisch beobachtbaren Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Damit stirbt jedes Jahr ein immer grösserer Anteil der Bewohnerinnen. Das hat Auswirkungen auf die wichtigste Ressource in den Institutionen: die Mitarbeitenden.

Sterbeprozesse und das Abschiednehmen nehmen mehr Raum ein, nicht nur in der Pflege, Begleitung und Betreuung, sondern bei allen Mitarbeitenden. Die Bildung interdisziplinärer Teams, die sich in ihren Fachkompetenzen ergänzen, ist in der Praxis vermehrt zu beobachten. Dabei stellt die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen eine betriebliche Herausforderung dar, indem Abläufe, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Haltungen im Team sowie im Gesamtbetrieb geklärt werden müssen.

Das zwingt die Institutionen, ihre Organisation für diese Veränderungen fit zu machen, insbesondere in den Abläufen innerhalb und zwischen den Bereichen. Es gilt, den Mitarbeitenden wichtige Instrumente für ihre tägliche Arbeit an die Hand zu geben, damit sie ihre fachliche Handlungskompetenz vergrössern und sich emotional besser auf verschiedene Situationen einstellen können.

2.2 Nutzen für den Betrieb

Der Mehrwert und Nutzen der Einführung eines nachhaltigen Palliative-Care-Ansatzes wird durch die Erfahrungen in Betrieben bestätigt, die diesen Weg gegangen sind. Die verschiedenen Rückmeldungen lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Verschiedene Anspruchsgruppen profitieren

- Mit der neuen Kultur entsteht eine positive Veränderung beim Umgang mit Bewohnerinnen in der ganzen Institution sowie eine spürbar verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit.
- Bewohnerinnen erfahren eine individuelle, auf sie massgeschneiderte Pflege, Betreuung und Begleitung während ihres ganzen Aufenthalts. Gegenseitige und sich verändernde Erwartungen werden frühzeitig geklärt.
- An- und Zugehörige werden früh als wichtige Kontaktpersonen einbezogen und fühlen sich emotional unterstützt.

Mitarbeitende profitieren

- Mitarbeitenden stehen die notwendigen Hilfsmittel und das kompetente Fachumfeld zur Verfügung, die ihnen die Sicherheit geben, das «Mögliche in den vorgegebenen Grenzen» zu tun.
- Die Pflegequalität und die Professionalität aller Mitarbeitenden werden durch das vorausschauende Denken und Handeln spürbar verbessert. Die Sinnhaftigkeit der eigenen Aufgabenerfüllung erhöht sich.
- Hausärzte erhalten zur richtigen Zeit die relevanten Informationen für ihren medizinischen Auftrag, wodurch sich die Zusammenarbeit mit der Pflege verbessert.
- Die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit im Team sowie mit externen Partnern wird gestärkt und vertieft.

Die Institution profitiert

- Die Kernkompetenzen der Organisation werden sichtbar und transparent gemacht – auch durch Marketing und Kommunikation.
- Die Optimierung und laufende Anpassung der Prozesse steigern die Effizienz.
- Sicherheit und Ruhe im Ablauf des Tages- und Kerngeschäfts nehmen zu, da durch die vorausschauende Planung jeder weiss, was wann wie zu tun ist.
- Mehr Sicherheit und Kommunikation führen zu einer Reduktion von Beschwerden.
- Der Anschluss u.a. zur spezialisierten und/oder mobilen Palliative Care und zu externen Fachleuten wird gesichert.
- Die Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie die Bewältigung der herausfordernden Arbeit mit Kranken und Sterbenden, die Arbeitszufriedenheit und Arbeitgeberattraktivität werden gestärkt.

2.3 Erfolgsfaktoren für Entwicklung und Verankerung

Die erfolgreiche Einführung und nachhaltige Verankerung des Palliative-Care-Ansatzes ist Aufgabe der Trägerschaft und des Managements einschliesslich aller Führungsebenen.

Aufgaben des Managements

Das «Steuern» von Palliative-Care-Prozessen ist eine zentrale Aufgabe des Managements. Diese Steuerung sollte an oberster Stelle fest verankert sein und einen zentralen Platz einnehmen. Ist dies nicht der Fall, werden kurzfristig engagierte Personen wirken können, jedoch keine mittel- oder langfristigen Verbesserungen stattfinden (Rogner, 2015).

Hier bedarf es mehr als dem blossen Einführen von Prozessen oder Strukturen in der Linie. Das Ziel ist die Schaffung einer Organisationskultur und eines Ortes der Sicherheit, die es ermöglichen, die Grundprinzipien der Palliative Care im täglichen Handeln und Tun umzusetzen. Dazu ist es hilfreich, durch eine vorausschauend geführte Wertediskussion im Betrieb eine gemeinsame Palliative-Care-Haltung zu definieren. Offensichtlich ist, dass dies nur gelingen kann, wenn die Unternehmensleitung einerseits zu 100 Prozent hinter dem Projekt steht und andererseits die neue Kultur persönlich vorlebt. Dabei kommen der Unternehmensleitung wesentliche Aufgaben zu:

- Zentrale Voraussetzungen für die Organisationsentwicklung schaffen (Auftrag und Unterstützung der Trägerschaft, personelle und finanzielle Ressourcen)
- Projektdesign der Kultur der Organisation anpassen (Rogner & Wanger, 2013)
- Gefässe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit schaffen (Reflexionsräume, Diskurs)
- Palliative-Care-Prozesse auf allen Ebenen als fortdauernden Entwicklungs- und Schulungsprozess aufbauen (nicht nur ein paar Mitarbeitende befähigen)
- Palliative Care als Führungsaufgabe ansiedeln und die Haltung der Organisation entsprechend prägen
- Palliative-Care-Prozesse in Organisationsgrundlagen verankern (Strategie, Leitbild, Stellenprofile, Stellenbeschriebe usw.)

Von der Kultur im neuen Umgang mit Bewohnerinnen und Angehörigen sind alle Unternehmensbereiche betroffen. Palliative Care kann daher nicht einfach nur der Pflege «delegiert» werden. In die Organisationsentwicklung sind alle Betriebsbereiche einzubeziehen. Die Basis hierfür bildet ein gemeinsames Verständnis (Unternehmensleitbild), das konkrete Auswirkungen auf Haltungen hat und in Handlungen umzusetzen ist.

Palliative Care im Pflegeheim eignet sich sehr gut dafür, eigene Organisationsstrukturen zu entwickeln und einen ethischen Diskurs zu fördern. Palliative Care ist in diesem Sinn ein systematischer und gesteuerter Entwicklungsprozess, der mit der Festlegung der entsprechenden strategischen Ziele beginnt.

Entwicklung der Arbeitsplatzqualität

Strategische Bedeutung hat Palliative Care auch dank ihrer positiven Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit. Die Entwicklung der Arbeitsplatzqualität hat deshalb parallel zur Entwicklung der Palliative Care einen hohen Stellenwert. Nur zufriedene Mitarbeitende können eine umfassende Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und die Begleitung der Angehörigen umsetzen. Mit unzufriedenen Menschen wird das «Menschenunternehmen» (U. Baudendistel) für alle Anspruchsgruppen schwierig und belastend. Sicherheit und Vertrauen in die Abläufe bei der Pflege und Betreuung von mehrfach- und schwererkranken Menschen gibt Sicherheit und Vertrauen in den Arbeitgeber. Das motivierte Personal erfährt so engagierte Unterstützung durch die Führung und das Management. Die folgende Grafik zeigt beispielhaft für das Alters- und Pflegeheim Johanniter in Basel, wie Lebens- und Arbeitsplatzqualität im Betrieb bei der

Entwicklung der Betriebs- und Palliative-Care-Kultur zusammengehen (Baudendistel, 2018; Minger, 2018).

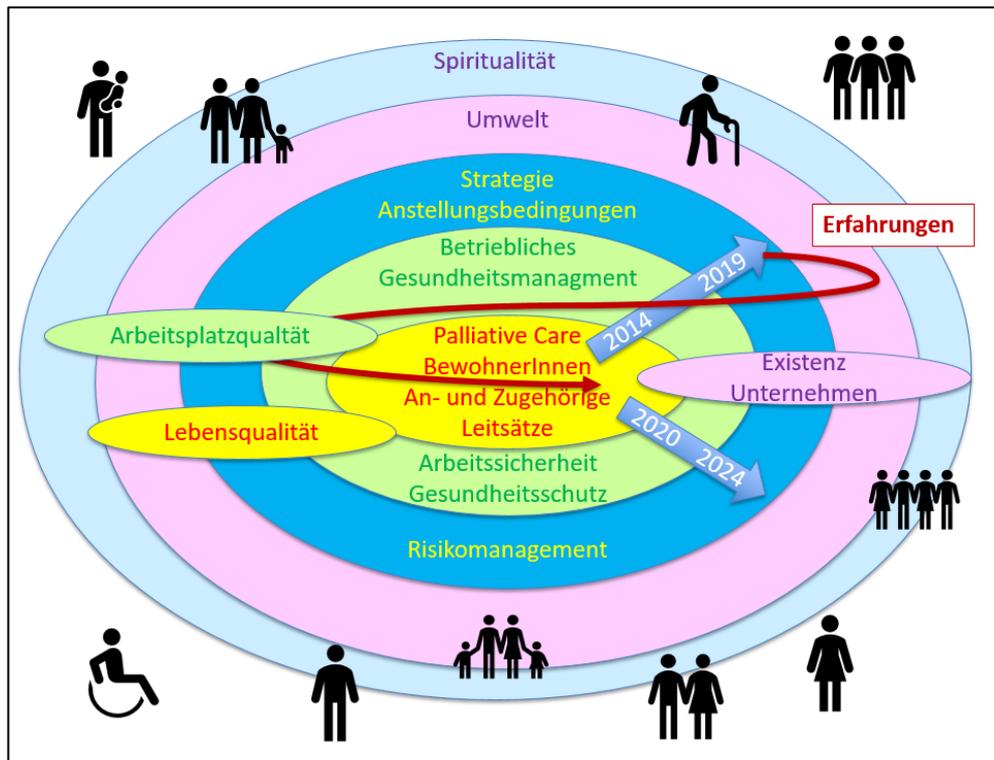


Abb. 1: Entwicklung der Betriebs- und Palliative-Care-Kultur im Alters- und Pflegeheim Johanniter Basel

Nachhaltigkeit durch Kontinuität

Damit eine breiten Anwendung einer ganzheitlichen Palliative Care im Betrieb möglich wird, ist die Einführung eines Organisationsentwicklungsprozesses unumgänglich. Dieser Prozess braucht Zeit. Bis zum Erreichen des definierten und nachweisbaren Umsetzungsstandes sind erfahrungsgemäss ein bis zwei Jahre nötig. Doch auch danach ist die Arbeit nicht abgeschlossen. Man möchte das Erreichte beibehalten und weiterentwickeln. Zwei Faktoren sind dabei wesentlich:

1. Zum einen hilft ein im Rahmen des Organisationsentwicklungsprozesses ein aufgebautes Controlling, den Stand der Lebensqualität der Zielgruppen und den Stand der Anwendung von Palliative Care zu überprüfen. Daraus können kleinere Anpassungen oder gegebenenfalls neue Projekte im Sinn des PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) ersichtlich werden.
2. Zum anderen erfordert die begrenzte zeitliche Wirkung formulierter Grundwerte in einem Betrieb eine periodische Überprüfung bzw. einen fortdauernden Prozess unter Einschluss der seither neu eingetretenen Mitarbeitenden.

Erst diese kontinuierlichen Weiterentwicklungen ermöglichen eine Nachhaltigkeit, die der Lebensqualität der Zielgruppen gerecht wird.

3 Grundlagen von allgemeiner Palliative Care

Folgende Grundlagen sind in Betrieben bei der Einführung und Verankerung eines systematischen Palliative-Care-Ansatzes von zentraler Bedeutung.

3.1 Palliative-Care-Kultur entwickeln

Der Aufbau eines systematischen Palliative-Care-Ansatzes im Betrieb ist kein «Nice to have», sondern ein «Need to have»: Palliative Care umfasst die Betreuung, Begleitung, Pflege und die medizinische Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Der Schwerpunkt im vorausschauenden Behandlungsprozess liegt also auf der grösstmöglichen Lebensqualität der betroffenen Person in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird. Dieser Fokus schliesst – unabhängig von Diagnose, Wohnort und Alter – medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein (BAG und GDK, 2011/2014, S. 8).

Spezifisches Palliative-Care-Fachwissen allein reicht jedoch nicht aus. Erst die Entwicklung einer eigentlichen Palliative-Care-Kultur bildet das Fundament, auf dem Wissen und Fähigkeiten zur Anwendung kommen. In den Betrieben der Langzeitbetreuung und -pflege geht es nicht um eine «Nischenkultur» (zwei oder drei Palliative-Care-Betten oder «Hospizbetten» im Haus), sondern um einen tiefgreifenden palliativen Transformationsprozess der Träger, der Institutionen, der Führung und der Mitarbeitenden (Heller & Wenzel 2016; Minger, 2018).

Ein frühzeitiger Ansatz ist wichtig

Palliative Care setzt sich zum Ziel, die letzte Lebensphase selbst zu gestalten. Durch einen vorausschauenden und frühzeitigen Ansatz wird die bestmögliche Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit angestrebt. Belastende Symptome sollen frühzeitig erkannt und gelindert werden. Ein offener und frühzeitiger Dialog mit den Betroffenen sowie An- und Zugehörigen ist dabei sehr wichtig und unterstützt die Entscheidungsfindung.

Die vorausschauende Behandlungsplanung (englisch: Advance Care Planning, ACP) ist ein Kommunikationsprozess, bei dem mit den Betroffenen ihre Erwartungen, Wünsche und Werthaltungen bezüglich dem Lebensende besprochen, formuliert und wenn möglich schriftlich festgehalten werden. ACP zielt darauf ab, am Lebensende eine Versorgung sicherzustellen, welche diese Erwartungen, Wünsche und Werthaltungen berücksichtigt und inkludiert (Bischofberger, Rogner, Fringer, 2016).

Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun

Verschlechtert sich der Zustand, nimmt der Palliative-Care-Bedarf zu. Dies ist vor allem bei Krisen oder am Lebensende der Fall. Oft rücken hier belastende Symptome, Fragen zur Entscheidungsfindung, die Beteiligung und Unterstützung der Angehörigen sowie die Trauerbegleitung in den Fokus. Um diese herausfordernden Situationen zu bewältigen, sind unterstützende Strukturen und Prozesse im Betrieb entscheidend (Heller et al, 2007).

In Netzwerken denken und handeln

Palliative Care ist stets ein Miteinander. Zusammen mit Angehörigen, Zugehörigen (wie Freunde, Kollegen Freiwilligen), Ärzten und weiteren Netzwerkpartnern wird am Aufbau und Erhalt eines verlässlichen Unterstützungsnetzes gearbeitet. Dazu gehören auch Versorgungsbereiche der spezialisierten Palliative Care, wie etwa Palliativstationen oder mobile Dienste. Es hat sich in der Praxis vielfach bewährt, frühzeitig ein verlässliches Unterstützungsnetz aufzu-

bauen, das bei Bedarf rasch einen differenzierten Einbezug von Spezialistinnen erlaubt. Menschen werden in Krisen nicht allein gelassen, sondern durch ein Netz von verschiedenen Personen getragen. Dies wirkt umfassend und sichernd für alle Beteiligten.

Als kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung wird nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk verstanden. Aufgrund regionaler Besonderheiten, historisch gewachsener Netzwerke und geografisch bedingter Gegebenheiten existieren heute zahlreiche unterschiedliche Lösungsansätze zur Vernetzung (BAG, palliative.ch & GDK, 2014a, S. 5). Die folgende Grafik der «Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz» bildet nicht die realen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung ab, sondern geht von den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen aus (BAG, palliative.ch & GDK, 2014a, S. 12-13).

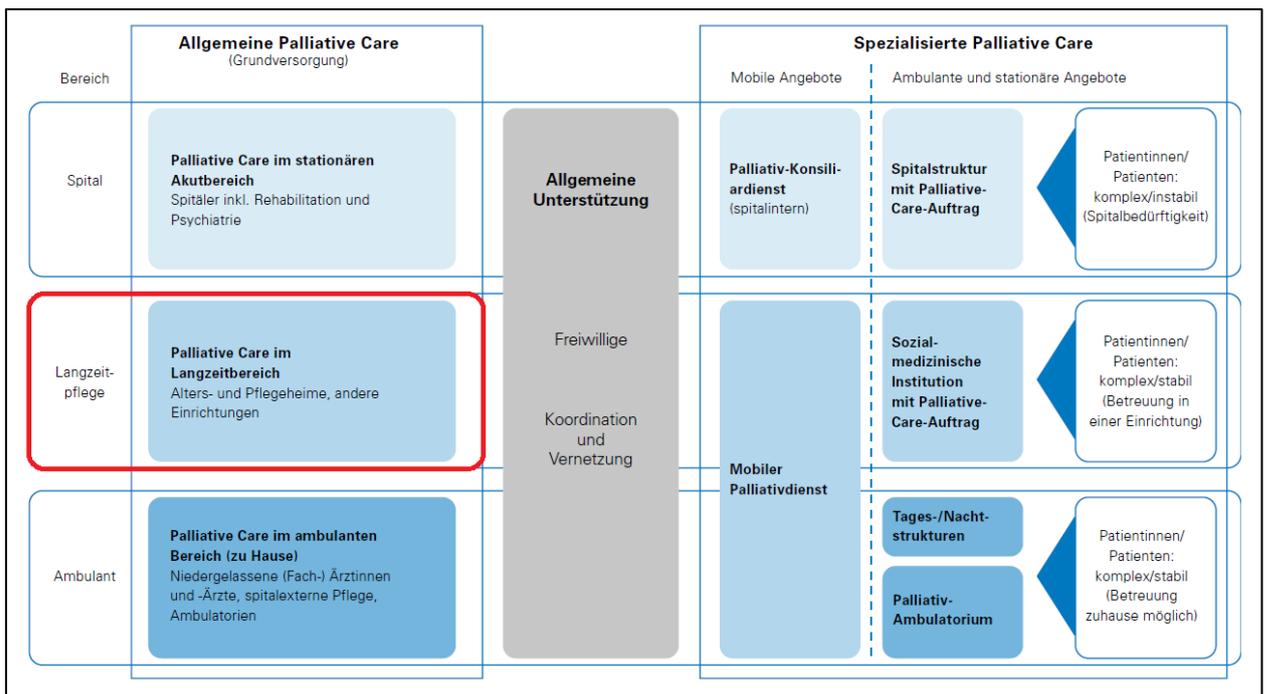


Abb. 2: Vernetzung in den Versorgungsstrukturen für Palliative Care

3.2 Fokus der allgemeinen Palliative Care

Anhand von Krankheitsverlaufskurven besteht heute die Möglichkeit, Situationen besser zu antizipieren und auf dieser Basis eine vorausschauende Planung abzuleiten. Krisenhafte Entwicklungen können dadurch im Vorfeld vorausschauend erkannt werden. Dies hat Auswirkungen darauf, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Ausmass Palliative-Care-Angebote erforderlich werden können. Wie die folgende Grafik zeigt, gibt es im Wesentlichen drei unterschiedliche Verläufe:

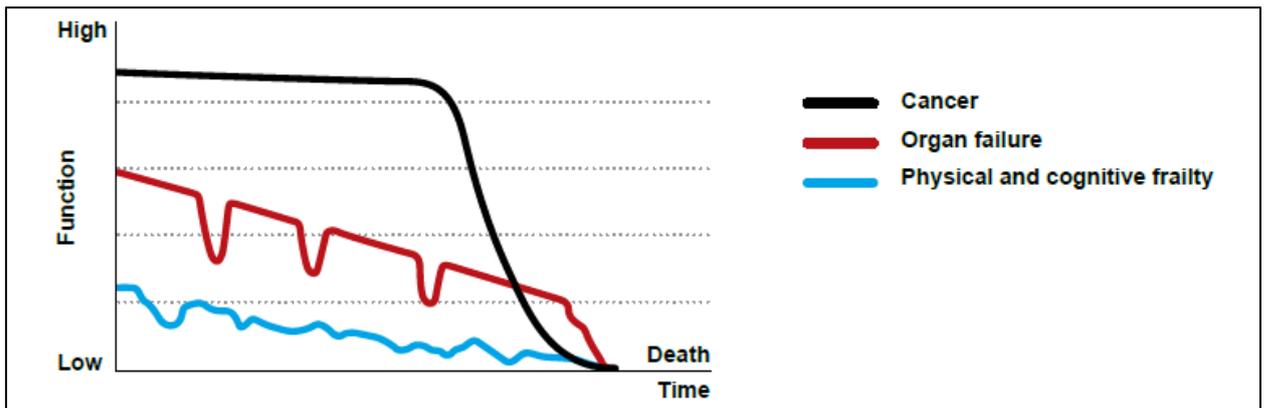


Abb. 3: Drei zentrale Verlaufskurven am Lebensende (Murray & Sheikh, 2008)

- Ein **akut fortschreitender Verlauf** (schwarze Linie) mit schnellem Verlust der Funktionalität und hohem Palliative Care-Bedarf vor allem am Ende des Lebens (z. B. bei Krebserkrankungen)
- Ein **chronisch fortschreitender Verlust** (rote Linie) der Funktionalität mit wiederkehrenden Krisen, folgender Verschlechterung und ansteigendem Palliative-Care-Bedarf vor allem nach den Krisen (z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- Ein **lang fortschreitender Verlauf** (blaue Linie) mit von Beginn an sehr geringer Funktionalität und Palliative-Care-Bedarf während des ganzen Verlaufs (z. B. bei Demenz, Trisomie 21 oder fortgeschrittener Gebrechlichkeit). Oft führen dann akute Ereignisse (z. B. eine Lungenentzündung) in Kombination mit dem geschwächten Allgemeinzustand zum Tod. Die Behandlung und Betreuung dieser Personen ist oft über Jahre geprägt von einer Kombination aus kurativen und palliativen Massnahmen.

Der Fokus der Palliative-Care-Versorgung liegt historisch bedingt auf der Behandlung von Krebspatienten. Durch die Zunahme von chronischen Krankheiten (u. a. Demenz, Lungen-Herz-Kreislauf-Erkrankungen) kommt es zu einer «konzeptionellen Verschiebung» der Palliative Care-Versorgung (BAG, GDK und palliative.ch, 2015, S. 7–8). Deshalb ändern sich auch die Anforderungen an eine frühzeitige Palliative Care in den Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege. Vor allem sind Menschen mit Demenz eine wichtige Zielgruppe (Dibelius et al., 2014).

Wie die folgende Grafik (BAG, GDK und palliative.ch, 2015, S. 7) zeigt, werden in der allgemeinen Palliative Care Personen betreut, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren und/oder fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Im Vordergrund stehen nicht die Diagnose, sondern die Bedürfnisse und Sorgen sowie die Lebensqualität des betroffenen Menschen und seiner nahestehenden Angehörigen.

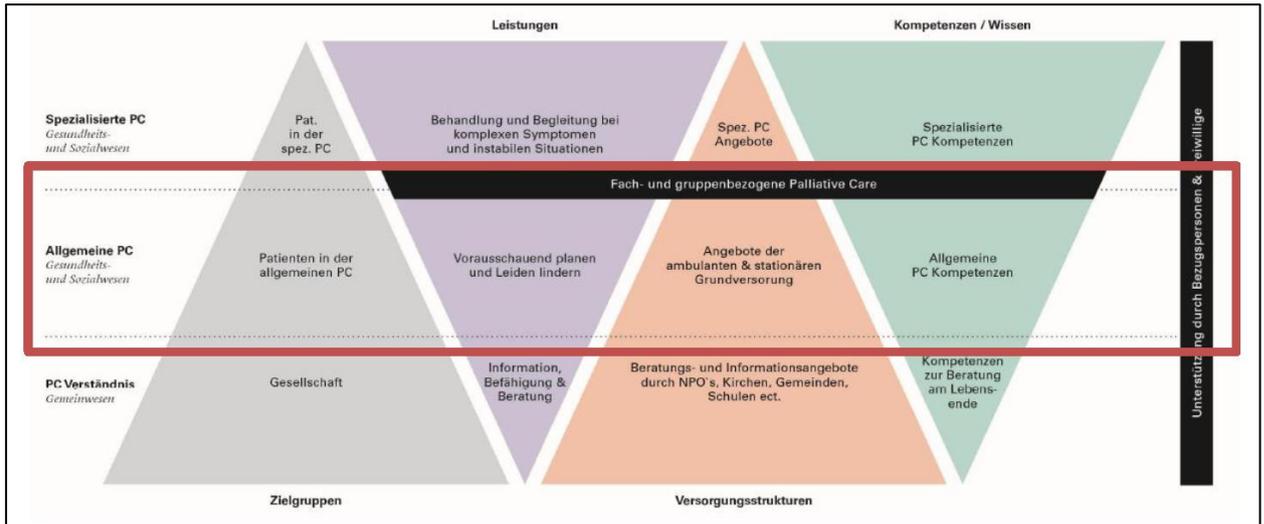


Abb. 4: Fokus der allgemeinen Palliative Care

3.3 Sechs konkrete Kernleistungen

In der Praxis hat es sich bewährt, die Leistungen der allgemeinen Palliative Care in den Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege in sechs Kernleistungen zu strukturieren.

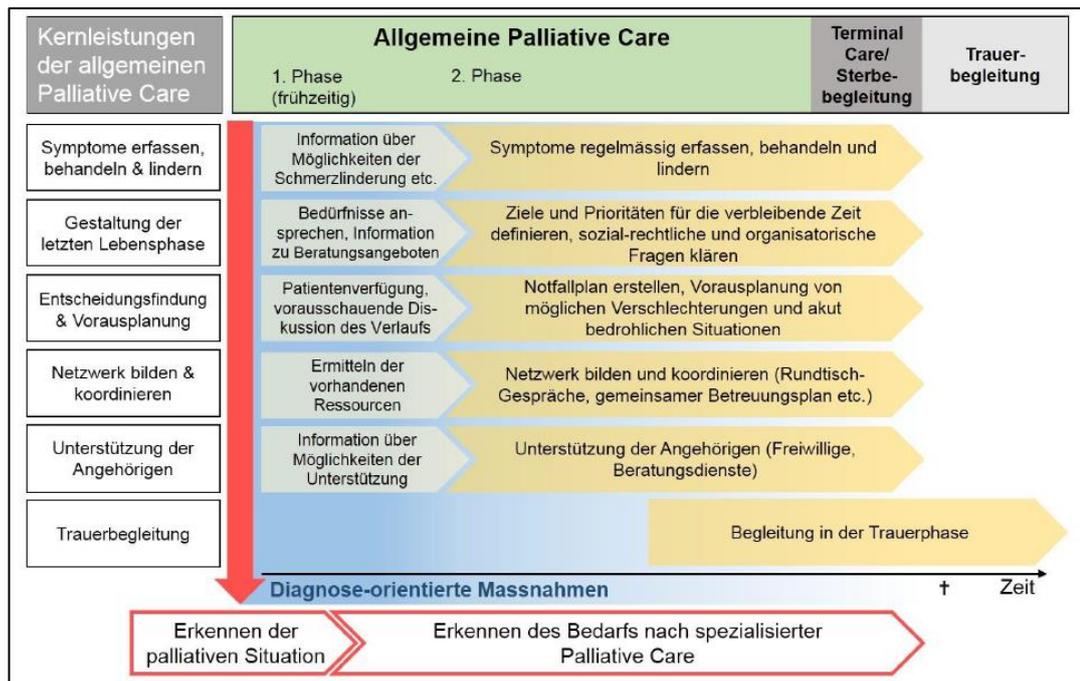


Abb. 5: Die sechs Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care

Wie in der Grafik ersichtlich, bietet diese Unterteilung eine wichtige Verständigungshilfe zur gemeinsamen Orientierung in der Prozess- und Organisationsentwicklung (BAG, GDK & palliative.ch, 2015, S. 19ff.).

Die Feststellung des individuellen Bedarfs in den unterschiedlichen Kernleistungen beginnt sehr früh mit dem Eintritt einer Bewohnerin in die Institution, bei Menschen mit lebensbegleitender Behinderung in ihrem aktuellen Lebensumfeld (Wohngruppe, Elternhaus, andere Wohnform).

In der ersten Phase stehen Massnahmen der Information, Beratung und Antizipation im Vordergrund. In der zweiten Phase geht es um die Umsetzung von Massnahmen hinsichtlich individuellem Bedarf. Im Verlauf der Pflege und Betreuung kann sich die Intensität des Palliative-Care-Bedarfs innerhalb der sechs Kernleistungen verändern. So kann es sein, dass zu Beginn Fragen der Entscheidungsfindung im Vordergrund stehen und zu einem späteren Zeitpunkt die Bildung und Koordination eines verlässlichen Netzwerks an Bedeutung zunimmt.

3.4 Qualität

Wie die RESPONS-Studie zeigt, bieten Schweizer Alters- und Pflegeheimen aus Sicht der Bewohnerinnen eine gute bis sehr gute Lebens- und Pflegequalität. 94 Prozent der Befragten äussern, dass sie ihr Heim anderen weiterempfehlen würden (Sommerhalder et al., 2015). Auch im sozialpädagogischen Kontext ist eine grosse Zufriedenheit bezüglich Begleitung und Unterstützung auszumachen (HSLU, 2019)

Alle Qualitätsmassnahmen dienen letztlich der persönlichen, individuellen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Auf dem freien Markt sind zahlreiche Anbieter von Qualitätszertifikaten mit verschiedenen Methoden (u. a. Befragungen, Assessments) aktiv, welche die Qualität verschiedener Leistungen (u. a. Lebens- und Pflegequalität) auszeichnen. Zudem gibt es Kantone die zur Betriebsbewilligung klare Qualitätsvorgaben machen, die eingehalten werden müssen (zum Beispiel Qualivista für Alters- und Pflegeheime, ISO-Norm 9001/9015 für Institutionen im Behindertenbereich etc.). CURAVIVA Schweiz masst sich nicht an, die verschiedenen Marktangebote zu bewerten. Der Fokus liegt klar bei der Definition von Lebensqualität und den Massnahmen und Methoden, die Lebensqualität verbessern bzw. sicherstellen (CURAVIVA Schweiz, 2017).

Wie die Erfahrungen in Betrieben zeigen, können bei der Entwicklung und Verankerung eines nachhaltigen Palliative-Care-Ansatzes – mit und ohne spätere Zertifizierung – neben eigenen Zielsetzungen z. B. die sechs Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care oder auch bestehende Qualitätskriterien der allgemeinen Palliative Care (palliative.ch, 2019) dienen.

Qualität in Palliative Care entsteht allerdings nicht durch die sozialtechnische und korrekte Anwendung von standardisierten Erfassungsinstrumenten und Behandlungsstandards, sondern durch eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen des individuellen Entwicklungs-, Leidens- und Abschiedsprozesses.

4 Projekt- und Organisationsentwicklung

Weil sich die Institutions- bzw. Bereichssituationen in jedem Betrieb unterscheiden, muss die Einführung und Verankerung eines Palliative-Care-Ansatzes massgeschneidert auf die Betriebskultur, Ressourcen und Betriebsprozesse erfolgen.

4.1 Erfahrungsberichte aus Betrieben

Wie Erfahrungsberichte aus kleinen, mittleren und grossen Betrieben mit unterschiedlichen Trägerschaften und Ressourcen zeigen, gestalten sich der Anstoss und Einstieg in die Prozess- und Organisationsentwicklung zur Entwicklung und Verankerung eines Palliative-Care-Ansatzes sehr verschieden (→Toolbox →Für das Management →Erfahrungsberichte aus Betrieben).

4.2 Hinweise zur Projekt- und Organisationsentwicklung

In der Regel wird sich nach dem Anstoss die grundsätzliche Frage nach den Zielen und dem Vorgehen stellen. Wenn die systematische Einführung in einem Bereich (z. B. in einer Abteilung) oder im Gesamtbetrieb vorgesehen ist, empfiehlt sich die Definition eines Projekts mit klarem Rahmen und drei wesentlichen Elementen: Projektmanagement, Organisationsentwicklung sowie Marketing und Kommunikation.

I. Projektmanagement

Es gibt unzählige Vorgehensweisen und Phasenmodelle. Bewährt hat sich ein systematisches Vorgehen, bei dem beispielsweise in folgenden Phasen gearbeitet wird:

Phase 1: Vorbereitung / Initialisierung

Strukturieren des Projekts in einem Projektauftrag, bei dem unter anderem folgende Elemente geklärt werden:

- Zielgruppen: Welche internen und externen Zielgruppen sind im Fokus (und welche nicht)?
- Projektziele: Was und wieviel wollen wir mit dem Projekt bis wann erreichen?
- Projektnutzen (z. B. gesamthaft und/oder pro Zielgruppe)
- Rahmenbedingungen: Welche Grundlagen gelten und welche parallel verlaufenden Projekte sind zu berücksichtigen?
- Projektablauf in Phasen und Inhalte/Vorgehen in den einzelnen Phasen; je nach Projektkomplexität kann es sich lohnen, die Arbeit in Teilprojekte aufzuteilen.
- Projektorganisation (Auftraggeber, Steuerung, Leitung, Projektteam und – bei Bedarf – Teilprojektteams)
- Zeitplan mit Meilensteinen. Hilfreich ist es, bereits hier Kriterien für das Projektcontrolling zu definieren.
- Interne und externe Projektkosten
- Je nach Situation und Betrieb wird eine Analyse in Bezug auf die vorgesehenen Zielsetzungen durchgeführt. Dies erlaubt, bereits Bestehendes transparent zu machen und den Handlungsbedarf gezielter zu planen.
- Neben eigenen Zielsetzungen können die sechs Kernleistungen gemäss Kap. 3.3 oder ein Zertifizierungsraster Palliative Care als Analyserahmen dienen.

Phase 2: Konzeption

- Entwicklung des Konzepts im Sinne von «Wie sieht die Soll-Lösung aus?»
- Als Rahmen können wiederum die sechs Kernleistungen gemäss Kap. 3.3 dienen.
- Die gezielte Partizipation von Mitarbeitenden dient dabei auch der Organisationsentwicklung.
- Bei Bedarf können Themen bereits in dieser Phase in Teilprojekte aufgeteilt werden.
- Der Projekt- und Zeitplan wird mit Hilfe des Projektcontrollings überprüft, bei Bedarf angepasst.

Phase 3: Gestaltung

- Entwicklung der Details gemäss Konzept aus Phase 2
- Bewährt hat sich die Arbeit in Teilprojekten wie z. B.
 - o Pflege und Betreuung inkl. Palliative Care (Richtlinien, Abläufe, Instrumente usw.)
 - o Aktivierung und Alltagsgestaltung
 - o Verpflegung
 - o Hauswirtschaft
 - o Administration/Supportbereiche
 - o Fehlermanagement/Berichtssystem über kritische Vorkommnisse (CIRS)
 - o Strategische Bildungsplanung
 - o Freiwilligkeit und Ehrenamt

- Angehörige und Zugehörige (Einbinden des individuellen Sozialraum)
- Kommunikation
- Wichtig ist auch die frühzeitig detaillierte Planung der Phase 4.

Phase 4: Einführung

- Wesentliche Elemente jeder Einführung sind die Schulung der entwickelten Konzepte und Instrumente sowie die Beobachtung/Überwachung der Nutzung/Umsetzung
- Es kann hilfreich sein, einen Zeitraum von mehreren Monaten als Testphase zu definieren, in der die Nutzung von Instrumenten, praktische Erfahrungen und Kundenfeedbacks gezielt ausgewertet und rasch Verbesserungen umgesetzt werden.
- Falls eine Zertifizierung (Label von qualitépalliative) anvisiert wird, ist ein vorgängiges internes Audit mit Hilfe der Zertifizierungsgrundlagen sinnvoll. Auch ohne spätere Zertifizierung bietet ein internes Audit mit Hilfe von Zertifizierungsgrundlagen eine strukturierte Basis.

Ergänzende Hinweise zum Projektmanagement

- Projektleitung: Diese ist für den Projekterfolg entscheidend. Am besten wird deshalb eine erfahrene und organisatorisch gewandte Person damit beauftragt.
- Projekthandbuch: Neben einem Projektauftrag (und ggf. Teilprojektaufträgen) trägt ein Projekthandbuch mit einer Projektbeschreibung, Grundsätzen zur Arbeitsweise, Erläuterungen zu Rollen und Aufgaben in der Projektorganisation, Zeitplan usw. zur Transparenz und Kommunikation bei.
- Informatik-Unterstützung: Für die Effizienz in einem Projekt ist eine Informatik-Plattform eine wertvolle Hilfe. Minimal bietet sie die Möglichkeit, Projektteilnehmenden und Mitarbeiterinnen permanenten Zugriff auf alle relevanten Dokumente zu ermöglichen. Zahlreiche, meist internetbasierte Projektmanagement-Tools auf dem Markt bieten darüber hinaus wertvolle weitere Funktionen wie Projektorganisation und Aufgabenverwaltung, Zeitplanung oder Austauschplattformen.

Betrieb

- Controlling: Das Controlling hilft die Kontinuität des Erreichten zu sichern. Die Herausforderung besteht darin, die Situation mit möglichst einfachen und wenigen Kenndaten zu erfassen. Entlang den sechs Kernleistungen können dies z. B. Erfassung von Palliative-Care-Bedarf, CIRS-Meldungen oder Angehörigengespräche sein.
- Weitentwicklung: Nach Abschluss des Projekts «lebt» das Konzept weiter. Äussere und/oder innere Veränderungen erfordern immer wieder Anpassungen. Mitunter reicht es, nur einzelne Instrumente oder Abläufe anzupassen. Teilweise braucht es – insbesondere nach längerer Zeit – wieder ein neues (Teil-)Projekt. In diesem Sinn wird Projektmanagement zu einem Regelkreislauf mit periodischer Neubeurteilung der Situation.

II. Organisationsentwicklung

Wie bereits in Kap. 3.1 dargestellt, bedeutet umfassende Palliative Care nicht nur die konsequente Anwendung der sechs Kernleistungen, sondern die Entwicklung einer Palliative-Care-Kultur über alle Unternehmensbereiche und damit auch des Mittragens jeder einzelnen Mitarbeiterin. Dies erfordert einen prozessorientierten und partizipativen Ansatz, der im Projekt moderiert werden muss. Es empfiehlt sich, die Organisationsentwicklung von Anfang an im Projektmanagement einzuplanen. Da Kultur etwas sehr Betriebsspezifisches ist, werden an dieser Stelle nur Beispiele für Interventionsmöglichkeiten angeführt:

- Frühzeitige und anschliessend regelmässige Information der Mitarbeiterinnen aller Bereiche, auch mit Möglichkeiten zur Diskussion
- Einbezug aller Kaderstufen in eine strukturierte Voranalyse und Diskussion der Ergebnisse und Handlungsfelder

- Entwickeln von wesentlichen Palliative-Care-Werten im Rahmen eines Leitbildprozesses, unter Einbezug möglichst aller Mitarbeiterinnen
- Information und Einbezug von Bewohnerinnen und Angehörigen
- Information und Einbezug externen Dienstleister (zum Beispiel; Physiotherapie, Podologie, Coiffeur, etc.
- Erfassung von Vorschlägen/Feedbacks von Kunden inkl. Angehörigen und Mitarbeiterinnen, Lösungen dazu transparent machen (kontinuierlicher Verbesserungsprozess), Mitsprache-, Fehler- und Beschwerdemanagement
- Einbezug von Themen zur Palliative Care und Lebensqualität in Kunden-, externe Dienstleister- und Mitarbeiterbefragungen

III. Marketing und Kommunikation

Marketing kann und soll bei der Einführung und Umsetzung des Palliative-Care-Konzepts einen wesentlichen Beitrag leisten. Dies mit der Absicht, dass alle Zielgruppen die neuen bzw. erweiterten Kernkompetenzen der Institution wahrnehmen. Kommunikation ist ein zentrales Instrument des Marketings und richtet sich an vier zentrale Zielgruppen, die weiter differenziert werden können: Bewohnerinnen und Angehörige/Zugehörige, externe Dienstleister, Mitarbeitende und Öffentlichkeit

Es empfiehlt sich, die Kommunikation in der Projekt- und Organisationsentwicklung bereits frühzeitig zielgruppenspezifisch zu planen und laufend zu aktualisieren und anzupassen. Spätestens in der Phase 3 (Gestaltung), noch besser aber schon in Phase 2 (Konzeption) ist die Erstellung eines Marketing- und Kommunikationskonzepts angezeigt, um zielgruppenspezifisch zu informieren. Neben schriftlicher und elektronischer Information haben sich Veranstaltungen mit Direktkontakt bewährt. Damit können die Wirkung der Kommunikation besser erfasst, Fragen direkt beantwortet und Feedbacks aufgenommen werden.

5 Die Toolbox

5.1 Inhalt

Die Toolbox (www.curaviva.ch/palliative-care-box) ist in die Bereiche Managementebene und Fachebene unterteilt. Die Instrumente stammen aus verschiedenen Betrieben und Bereichen, auch aus Spitälern. Ziel der Toolbox ist es, interessierten Betriebe funktionierende Beispiele aus der Praxis zu zeigen. Diese können in der Umsetzung im Alltag adaptiert und zu eigenen Instrumenten weiterentwickelt werden.

Über die Box	Für das Management	Für Fachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Zielsetzung und Weiterentwicklung ⊕ Danksagung ⊕ Nationale Strategie Palliative Care ⊕ Impressum 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Projekt - und Organisationsentwicklung ⊕ Gesamtkonzepte ⊕ Teilkonzepte ⊕ Erfahrungsberichte aus Betrieben ⊕ Bildung, Qualität und Finanzierung ⊕ Kommunikation, Marketing und Bildwelt 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Symptome erfassen, behandeln und lindern ⊕ Gestaltung der letzten Lebensphase ⊕ Entscheidungsfindung und Vorausplanung ⊕ Netzwerke bilden und koordinieren ⊕ Unterstützung der Angehörigen ⊕ Trauerbegleitung ⊕ Erkennen palliativer Situationen ⊕ Leistungen fach- und gruppenbezogenen Palliative Care

5.2 Nutzung

Die Toolbox steht allen Betrieben (Institutionen im ambulanten und stationären Rahmen) sowie interessierten Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich kostenlos zur Verfügung. Die Toolbox ist ein Arbeitsinstrument, das weder perfekt noch allumfassend oder abschliessend ist. Deshalb wird diese Box periodisch aktualisiert und ergänzt.

Für die Weiterentwicklung nehmen wir gerne Ihre Erfahrungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge entgegen (E-Mail: m.kirschner@curaviva.ch).

5.3 Dank

Das Projekt wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) finanziell unterstützt. Unser besonderer Dank gilt den zahlreichen Betrieben und Institutionen, welche durch ihre Beiträge die Entwicklung der Toolbox ermöglicht haben (diese sind namentlich aufgeführt unter: →Toolbox → Über die Box → Danksagung).

6 Quellen

- Baudendistel, U. (2018). [Erfahrungen des Alters- und Pflegeheims Johanniter Basel beim Aufbau und der Verankerung von Palliative Care](#). Präsentation am 4. Forum der Plattform Palliative Care vom 9. November 2019. Zugriff am 30.09.2019 unter www.plattform-palliativecare.ch.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2011/2014). [Nationale Leitlinien Palliative Care](#) (publiziert 2011, aktualisiert 2014). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG und GDK (2011). [Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG und Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) (2012). [Nationales Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung»](#). Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG und GDK (2012). [Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015](#). Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 und Handlungsbedarf 2013-2015». Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG, palliative.ch und GDK (2014a). [Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG, GDK und palliative.ch (2014b). [Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz](#). Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- BAG, GDK und palliative.ch (2015). [Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- Bischofberger, A., Rogner, M.; Fringer, A. (2016). Kernpunkte von Advance Care Planning im Pflegeheim. In: Fringer, A. (Hrsg.). Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Bern: Hogrefe, S. 221-232.
- Brun, R. und Straßer, B. (Hrsg.) (2014). Palliative Care bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.
- CURAVIVA Schweiz (2014). [Lebensqualitätskonzeption. Für Menschen mit Unterstützungsbedarf](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.curaviva.ch.
- CURAVIVA Schweiz (2017). [Haltung und Rolle von CURAVIVA Schweiz zum Thema Qualität](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.curaviva.ch.
- Dibelius, O., Offermanns, P., Schmidt, S. (Hrsg.) (2016). Palliative Care für Menschen mit Demenz. Bern: Hogrefe.
- Füglister-Dousse, S. und Pellegrini, S. (Obsan) (2019). [Aufenthaltssorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt](#). Analyse der Abfolge von Aufhalten in Spital und Pflegeheim (Obsan Bulletin

- 2/2019). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. Zugriff am 30.09.2019 unter www.obsan.admin.ch.
- Heller, A., Heimerl, K. und Husebö, S. (Hrsg.) (2007). Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus.
- Heller, A., Wenzel C. (2016): Palliative Kompetenz in der Sorge um ältere Menschen. In: Fringer, A. (Hrsg.). Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Bern: Hogrefe, S. 23-27.
- Hochschule Luzern HSLU (2019). [Befragung von Menschen mit Behinderung im Kanton Zug: Zufrieden, aber Wunsch nach mehr Autonomie](#). Medienmitteilung vom 18. März 2019. Zugriff am 30.09.2019 unter www.hslu.ch.
- Minger, D. (2018). [Palliative Care Zertifizierung in der Langzeitpflege: Erfahrungsbericht einer «gelebten Palliativkultur» im Alters- und Pflegeheim Johanniter Basel](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.aph-johanniter.ch.
- Murray, SA. und Sheikh, A. (2008). [Care for all at the end of life](#). In: British Medical Journal, 336, S. 958-959. Zugriff am 30.09.2019 unter www.ncbi.nlm.nih.gov.
- palliative.ch (2019). [Kriterienlisten spezialisierte und allgemeine Palliative Care](#). Zugriff am 30.09.2019 unter www.qualitepalliative.ch.
- Rogner, M. (2015). [Das Lebensende \(mit-\)gestalten - Steuerung von Palliative Care-Prozessen im Pflegeheim](#). In: Kozon, V. und Fortner, N. (Hrsg.). Herausforderungen in der professionellen Pflege. Wien: ÖGVP, S. 113-134. Zugriff am 30.09.2019 unter www.qualitepalliative.ch.
- Rogner, M. und Wanger, M. (2013). [Pflegeheime «ticken» anders](#). Ein Plädoyer für integrierte Palliative Care im Pflegeheim. Mit Palliative Care die Organisation entwickeln. In: Praxis Palliative Care, Nr. 20, S. 23-26. Zugriff am 30.09.2019 unter www.qualitepalliative.ch.
- Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C. und Hahn, S. (2015). [Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim](#) - Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz (RESPONS Studie). Zugriff am 30.09.2019 unter www.bfh.ch.
- Stettler, P., Bischof, S., Bannwart, L. (Büro BASS), Schempp, D. (LINK Institut) (2018). [Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017](#). Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Im Auftrag Bundesamt für Gesundheit BAG. Zugriff am 30.09.2019 unter www.plattform-palliativecare.ch.
- Wicki, M. T. und Meier, S. (2015). [Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung](#). Handlungsbedarf und Massnahmenvorschläge. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Zugriff am 30.09.2019 unter www.bag.admin.ch.
- Zúñiga F., Ausserhofer D., Serdaly C., Bassal C., De Geest S. und Schwendimann R. (2013). [Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz](#) (SHURP Studie). Universität Basel. Zugriff am 30.09.2019 unter <http://nursing.uni-bas.ch/shurp>.

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter

Das vorliegende Dokument wurde im Rahmen des Projekts «Palliative Care Box» von CURAVIVA Schweiz erstellt (→www.curaviva.ch/palliative-care-box).

Autorinnen und Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

- Christina Affentranger Weber, Gerontologin, Leiterin Fachbereich Menschen mit Behinderung, CURAVIVA Schweiz
- Maya Andrey, Psychologin und Organisationsberaterin mit langjähriger Führungserfahrung im Gesundheitswesen, Geschäftsführerin andrey&lehmann GmbH, Mitglied der AG Qualität von palliative.ch
- Urs Baudendistel, Heimleiter, Geschäftsführer Alters- und Pflegeheim Johanniter Basel
- Michael Kirschner, Fachbereich Menschen im Alter, CURAVIVA Schweiz
- Michael Rogner, Leitung Pflegeentwicklung und QM-Pflege, Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK)
- Roland Wormser, Partner H Focus AG, Baar (Beratung und Projektleitung Spitäler, Kliniken, Alters- und Pflegezentren, Spitexorganisationen)

Vorschlag Zitierweise

CURAVIVA Schweiz (2019). Palliative Care in Institutionen der Langzeitbetreuung und -pflege. Argumente und Instrumente zur Entwicklung und Verankerung durch Prozess- und Organisationsentwicklung. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, online: www.curaviva.ch

© CURAVIVA Schweiz, September 2019