



Erläuterungen Palliativer Betreuungsplan (PBP)

Einleitung

Der Palliative Betreuungsplan wurde aufgrund der im klinischen Alltag notwendigen Ergänzungen zu (meist bestehenden) Patientenverfügungen erarbeitet. Er dient als Hilfsmittel für die betreuenden interdisziplinären Fachpersonen für den gegenseitigen Austausch von Informationen, u.a. auch bei Verlegungen, zur Unterstützung bei Notfällen, und hat den übergeordneten Zweck, «dass der Wille des wohlinformierten Patienten in Palliative Care auch in Situationen des Notfalls und der länger andauernden oder dauernden Urteilsunfähigkeit die Behandlungsentscheidungen leitet».

(Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative.ch, 2018)

Das nationale Rahmenkonzept für die Schweiz «Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt Advance Care Planning» BAG 2018, unterstützt die Wichtigkeit der Implementierung und erschien gleichzeitig während der Erarbeitung des vorliegenden Palliativen Betreuungsplans. Dieser wurde von Ostschweizer Fachpersonen im interdisziplinären Austausch erarbeitet.

Ziel des Palliativen Betreuungsplans ist, die mehrheitlich stabilen Bereiche in konkreten palliativen Situationen anhand der Wünsche und Bedürfnisse (als übergeordnete Therapieziele des Patienten) in den Vordergrund zu stellen und die sich daraus ergebenden Massnahmen zu dokumentieren. Die mehrheitlich stabilen Bereiche grenzen sich gegen die Kontrolle der akuten Symptome ab. Sie sollen gleichzeitig oder im Verlauf durch die im Anhang aufgeführten ergänzenden Dokumente erarbeitet werden.

1. Ziel und Zweck des Palliativen Betreuungsplans

Der Palliative Betreuungsplan ist eine Ergänzung zur gängigen Patientendokumentation und soll eine Konkretisierung und Ergänzung der Patientenverfügung darstellen. Liegt eine Patientenverfügung vor, soll diese immer miteinbezogen werden. Falls diese in bestimmten Punkten nicht mit dem Palliativen Behandlungsplan übereinstimmt, muss die Patientenverfügung bei urteilsfähigem Patienten dem aktuellen Stand angepasst werden. Bei nicht urteilsfähigem Patienten wird die Patientenverfügung höher gewichtet als die entsprechenden Aspekte im Palliative Betreuungsplan.

Die aktuelle Patientenverfügung soll immer dem Palliativen Betreuungsplan beigelegt werden. Das Vorhandensein einer Patientenverfügung ist jedoch nicht Voraussetzung für die Erstellung des Palliativen Betreuungsplans.

Der Palliative Betreuungsplan soll zu einem Zeitpunkt ausgefüllt werden, wo eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Betroffenen nicht mehr zu erwarten ist, oder der Betroffene sich in absehbarer Zeit im Sterbeprozess befinden wird. Dies nach Möglichkeit zu einem Zeitpunkt, wo die Situation noch einigermaßen stabil und der Betroffene urteils- und kommunikationsfähig ist.

Der Palliative Betreuungsplan regelt die Zeit, in der der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, sich zu seinen Wünschen und seinem Willen zu äussern, in der Regel für die Phase der «Terminal Care». Er dient zum Austausch aller beteiligten Berufsgruppen und gilt als Handlungsanweisung, insbesondere auch für Angehörige und bei Notfällen.

Der Palliative Betreuungsplan soll die Kommunikation im interprofessionellen Team regeln. Die beteiligten Netzwerkpartner sind somit auf dem gleichen Stand, unnötiges Nachfragen kann so vermieden werden.

Grundsätzlich gilt beim Einsatz des Palliativen Betreuungsplans Reanimation (REA) Nein. Dies wird zur rechtlichen Verbindlichkeit auf dem Behandlungsplan deklariert und in der Patientenverfügung überprüft (ggf. angepasst).

2. Wer erstellt den Palliativen Betreuungsplan

Idealerweise wird der Palliative Betreuungsplan mit dem Betroffenen, den Angehörigen, der Pflege, der Betreuung sowie dem Arzt ausgefüllt. Die Fachperson, bestenfalls die Bezugsperson, führt das Gespräch und füllt den Betreuungsplan aus. Dabei ist die Beratung ein zentraler Bestandteil bei der Erstellung des Palliativen Betreuungsplans.

Die pflegerisch/medizinische Bezugsperson ist für den Palliativen Betreuungsplan unter Einbezug der entscheidungsberechtigten Personen verantwortlich. Idealerweise wird der Palliative Betreuungsplan zur Kennzeichnung der Richtigkeit von der erstellenden Bezugsperson unterschrieben.

Das elektronische Erstellen ist wünschenswert, damit der Palliative Betreuungsplan allen zur Verfügung gestellt werden kann. Im Alltagsgebrauch liegt er dann zusätzlich in Papierversion vor Ort beim Betroffenen vor. Zukünftig ist sicher ein App-Gebrauch in Betracht zu ziehen, ggf. auch ein Einbezug ins eHealth.

Der Palliative Betreuungsplan ist nie abschliessend formuliert, sondern soll jederzeit, Urteilsfähigkeit vorausgesetzt, mit dem Betroffenen auf die Richtigkeit überprüft und mit neuen Aspekten ergänzt werden. Der Betreuungsplan kann mit Datum und Visum ergänzt oder geändert werden.

Die ärztliche Notfallverordnung/Palliative Reservemedikation* ist optional und kann bei Bedarf ausgefüllt werden. Es soll auch ein zusätzlicher, nicht medikamentöser Notfallplan einbezogen werden (pflegerische Betreuung am Lebensende).

* palliative ostschweiz verwendet anstelle des Begriffs «Notfallmedikation» ausschliesslich den Begriff «Palliative Reservemedikation»

3. Einsatz des Palliativen Betreuungsplans

Der Palliative Betreuungsplan wird überall dort eingesetzt, wo Menschen in palliativen Situationen betreut und gepflegt werden. Das heisst, er ist für den Einsatz im ambulanten und stationären Bereich, im Langzeit- und Akutbereich, für die allgemeine und spezialisierte Palliative Care konzipiert.

Der Betreuungsplan geht bei Übertritten mit dem Betroffenen (wünschenswerterweise) mit: Bei Übertritten innerhalb der Langzeitpflege, von zuhause ins Spital, ins Heim oder an den darauffolgenden Betreuungsplatz. Das Spital vermerkt das Vorhandensein eines Palliativen Betreuungsplans (analog der Dokumentation einer Patientenverfügung) in der gemeinsamen Dokumentation; bei Austritt ist auch ein elektronisches Versenden an alle nachfolgenden Beteiligten wichtig.

Der Betreuungsplan ist nach SENS (Eychmüller, 2014) aufgebaut. Es sollen in palliativen Situationen zusätzliche Assessmentinstrumente zur Symptomkontrolle beigezogen werden, wie zum Beispiel ESAS (Edmonton Symptom Assessment System, 2010).

Weitere Empfehlungen befinden sich im Anhang und unter «nützliche Hilfsmittel».

4. Verbindlichkeit des Palliativen Betreuungsplans

Der Palliative Betreuungsplan ist für alle professionell und freiwillig involvierten Personen zugänglich und verbindlich.

Bei Einsatz des Palliative Betreuungsplans gehört immer ein interprofessionell genutzter Verlaufsbericht dazu, welcher ebenfalls beim Betroffenen deponiert ist. Der Verlaufsbericht dient dem Austausch nicht gleichzeitig anwesender Fachpersonen. Wo der Palliative Betreuungsplan und der Verlaufsbericht deponiert werden sollen, wird mit allen Beteiligten abgesprochen. Bei der Wahl des Ortes soll auch dem Datenschutz Rechnung getragen werden.

5. Verbindlichkeiten für die Palliative Reservemedikation

Die Zusammensetzung der Palliativen Reservemedikation hat zum Ziel eine gute Symptomkontrolle zu erreichen. Bei Schmerzen werden initial in der Regel tiefere Dosen eingesetzt und anschliessend der Schmerzmittelbedarf eintitriert. Bei Bedarf kann eine sc-Schmerzpumpe (idealerweise in Rücksprache mit dem Hausarzt, spezialisiertem Palliativdienst) eingesetzt werden.

Herausgeber:

palliative ostschweiz, Geschäftsstelle, Kreuzackerstrasse 4, CH-9000 St. Gallen, T 071 245 80 80
www.palliative-ostschweiz.ch, info@palliative-ostschweiz.ch

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Dr. med. Charlotte Bigler, Hausärztin
Jeannette Brändle, Pflegefachfrau DN1
Dr. med. Daniel Büche, MSc, Innere Medizin, Palliativmedizin
Barbara Grossenbacher-Gschwend, dipl. Pflegefachfrau und Ausbilderin FA
Dr. med. Esther Henzi, Hausärztin
Dr. med. Roman Inauen, Facharzt Onkologie, Innere Medizin, Palliativmedizin (Leitung der AG)

Urheberrecht:

Grundsätzliche Änderungen im Dokument «Erläuterungen Palliativer Betreuungsplan®» nur nach Rücksprache mit *palliative ostschweiz* möglich.

Ein wichtiges Anliegen stellt die Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Verordnung dar. Die einzelnen Massnahmen pro Symptom können stufenweise mit Unterschrift pro Zeile, oder die Palliative Reservemedikation auch als Gesamtes mit Unterschrift am Ende des Dokuments verordnet werden.

Die Nutzung des Formulars «Palliative Reservemedikation» kann allein oder optional zum «Palliativen Betreuungsplan» genutzt werden.

6. Archivierung

Die Verantwortung für Archivierung des Palliativen Betreuungsplans liegt bei der Person, die den letzten Kontakt hatte.

7. Anhänge:

Abrufbar unter www.palliative-ostschweiz.ch (Download)

- Palliativer Behandlungsplan (Musterbeispiel)
- Graphik:
 - Phasen und Ebenen der Behandlung, Pflege und Betreuung, *palliative ostschweiz* 2018
- Empfehlung subkutane Infusions- und Arzneimittelverabreichung, Palliativzentrum KSSG, 2015
- Therapieempfehlungen für die Sterbephase, Palliativzentrum KSSG, 2017.

8. Weitere nützliche Hilfsmittel

Abrufbar unter www.palliative-ostschweiz.ch (Download)

- SENS Eychmüller 2014
- Spict™ Supportive and Palliative Care Indicators Tool
- Assessmentinstrument zur Symptomkontrolle: Edmonton Symptom Assessment-System (ESAS)
- Anleitung Medikamentenpumpe (Die Anwendung muss geschult sein)
- Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende, KSSG 2014

Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe unter *palliative ch* (2017). *Betreuung Sterbender Menschen und Ihrer Angehörigen*. Bern: *palliative ch*.

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

Myrta Keiser, Dipl. Pflegefachfrau HF
Dr. med. Thomas Langer, Hausarzt
Katharina Linsi, Geschäftsführerin *palliative ostschweiz*
Dr. med. Christine Luginbühl, Ärztin Allgemeinmedizin
Petra Nef-Mirsch, Leiterin Palliative Plus
Renate Praxmarer, Co-Leitung Pall. Brückendienst SG AR AI
Dr. med. Marianne Rechsteiner, Oberärztin KSSG