ärztegesellschaft thurgau

Überall für alle SPITEX Thurgau

Zusammenarbeit zwischen

Spitex Verband Thurgau und **Ärztegesellschaft Thurgau**

im Bereich Palliative Care

1. Ausgangslage

Der unheilbar kranke Mensch soll auch in der letzten Lebensphase primär in seinem gewohnten Umfeld durch die Grundversorger behandelt und betreut werden. Das kantonale Umsetzungskonzept von November 2011 macht konkrete Vorgaben zur Umsetzung des Auftrages, der sich aus dem gesetzlichen Anspruch auf Palliative Care ergibt. Basierend auf dem SENS-Modell, einer in der Schweiz entwickelten Strukturhilfe für Palliative Care, wird damit die gemeinsame anzustrebende Vorgehensweise festgehalten. Die Abkürzung steht für:

S: Symptommanagement: Symptomerfassung und bestmögliche Behandlung
E: Entscheidungsfindung: Anhand der Prioritäten der Betroffenen (z.B. Runder Tisch, Patientenverfügung, Palliativer Betreuungsplan)
N: Netzwerkaufbau: Für die Betreuung zu Hause
S: Support: Im Sinne der kontinuierlichen Unterstützung des Umfeldes (Erreichbarkeit für Fragen usw.)

Damit wird die gemeinsame Haltung aller an diesem Prozess Beteiligten deklariert. Im Zentrum steht die gute Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen jeweils beteiligten Fachpersonen als Grundlage für eine umfassende palliative Begleitung und Betreuung am Lebensende.

1.1 Auftrag an Kernteam aus Hausarzt* und Spitex

Gemäss Umsetzungskonzept soll die wohnortsnahe Behandlung, Pflege und Betreuung durch ein Kernteam, bestehend aus einem Arzt und einer diplomierten Pflegefachperson, erfolgen. Idealerweise sind dies der Hausarzt und eine Bezugspflegefachperson der Spitex.

Das kantonale Konzept misst der Zusammenarbeit und Koordination innerhalb dieses Kernteams, aber auch mit den beizuziehenden weiteren Fachpersonen oder Diensten, eine zentrale Bedeutung zu. Insbesondere sollen in jedem einzelnen Fall die Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten geklärt sein, so dass die vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) konkretisiert und erfüllt sind. Dies erfordert eine gemeinsame und verbindliche Definition der Grundsätze der Zusammenarbeit.

2. Ziel und Zweck der Zusammenarbeit

Mit diesem Papier unterstreichen die beiden Verbände die Wichtigkeit von gut geklärten organisatorischen Abläufen für eine reibungslose Zusammenarbeit und unterstützen damit die Vorgabe des kantonalen Konzeptes. Sie informieren ihre Mitglieder über die Grundsätze der Zusammenarbeit und empfehlen ihnen, die darin getroffenen Abmachungen in ihrer täglichen Arbeit umzusetzen.

Die nachfolgenden Grundsätze sollen in der konkreten Pflege- und Betreuungssituation vor Ort angewendet werden können und sind darauf ausgerichtet, die gegenseitige Zusammenarbeit in der Praxis zu erleichtern und zu vereinfachen. Sie basieren darauf, dass sich Hausärzte, Spezialisten, involvierte Spitalärzte und Pflegefachperson als Partner verstehen, die sich gegenseitig in ihrer Fachlichkeit respektieren. Die medizinische Betreuung erfolgt durch den Arzt, die pflegerische durch die Fachperson der Spitex. Im Vordergrund sollen der Patient und seine Bedürfnisse stehen. Die Angehörigen sind situationsgerecht miteinzubeziehen.

3. Praktische Umsetzung

3.1 S wie Symptommanagement

3.1.1 Gemeinsame Dokumentation und Formulare

Im Interesse einer vergleichbaren Dokumentation, einfachen Kommunikation und Entwicklung einer gemeinsamen Sprache werden wo immer möglich die gleichen Dokumentationsunterlagen verwendet. Eine Mustervorlage dazu findet sich im **Anhang**. Zur Optimierung der Schnittstelle stationär/ambulant ist dies mit den zuständigen Fachpersonen der Palliativestationen der Spital Thurgau abgesprochen.
Palliative Ostschweiz hat mit dem Palliativen Betreuungsplan (PBP, ebenfalls im Anhang) ein nach dem SENS-Modell aufgebautes Dokument entwickelt, das in mehrheitlich stabilen Palliativesituationen die Wünsche und Bedürfnisse der Klienten dokumentiert und die Patientenverfügung ergänzt. Er soll als Arbeitsinstrument überall dort eingesetzt werden, wo Menschen in palliativen Situationen betreut und gepflegt werden.

Die beteiligten Netzwerkpartner sind somit auf dem gleichen Stand, wiederholtes Erheben der gleichen Daten wird vermieden. Der PBP erleichtert die lückenlose Fortführung der Betreuung auch bei Wechsel zwischen Institutionen oder bei Übertritten vom Spital nach Hause und umgekehrt. Die Ablage der Dokumentation (inkl. Verlaufsbericht) beim Klienten vor Ort gewährleistet die jederzeitige Verfügbarkeit für alle Beteiligten. Die Spitexorganisation verwendet diese Dokumentation in Ergänzung zum Abklärungsinstrument interRAI Home Care.

3.1.2 Behandlungsempfehlungen

Notfallsituationen im Symptommanagement oder in der psychosozialen Betreuung können durch eine vorausschauende Planung auch in komplexen Situationen weitestgehend vermieden werden. Dazu können gemeinsame Behandlungsempfehlungen wie bspw. Bigorio- oder neu zu erarbeitende Empfehlungen beigezogen werden. Empfohlen werden die Merkblätter zur Palliativen Betreuung aus dem Handbuch Pflege der Pflegedirektion des Kantonsspitals Münsterlingen. Die aktuelle Fassung kann auf der Homepage des Spitex Verbandes Thurgau bzw. der Ärztegesellschaft Thurgau heruntergeladen werden.
Ergänzend zum PBP kann auch die Vorlage «Palliative Reservemedikation» von Palliative Ostschweiz verwendet werden. Damit ist auch die Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Verordnungen gewährleistet.

3.1.3 Ärztliche Verordnungen

Ärztliche Verordnungen sind in schriftlicher Form mit gültiger Unterschrift vorhanden. Dies betrifft insbesondere die Medikation wie auch die Informationen zur Behandlung. Kann dies nicht unmittelbar erfolgen, so wird die schriftliche Verordnung mit Unterschrift zum nächstmöglichen Termin (z.B. am folgenden Morgen) nachgereicht.

3.1.4 Medikamente

Der in der konkreten Palliativesituation hauptverantwortliche Arzt ist dafür besorgt, dass die verordneten Medikamente stets vor Ort zur Verfügung stehen. Dies betrifft insbesondere auch die Notfallmedikation inkl. Verordnung. Sind mehrere behandelnde Ärzte beteiligt, muss ausgehend von der aktuellen Situation die Zuständigkeit definiert werden.

3.2 E wie Entscheidungsfindung

3.2.1 Runder Tisch

Der runde Tisch in der ambulanten Versorgung ist ein Forum zur gemeinsamen Fallbesprechung, Entscheidungsfindung und/oder Konkretisierung des Netzwerkaufbaus. Er wird vorausschauend in schwierigen Situationen, bei grossem Koordinationsbedarf oder bei Eskalierungsgefahr einberufen.

Den Runden Tisch können der Hausarzt, die Spitex oder Angehörige (nach Rücksprache mit dem Hausarzt oder der Spitex) einberufen. Er findet in der Regel beim Klienten zu Hause statt, in Ausnahmefällen auch in der Palliativstation.

Zur Evaluation der Zusammenarbeit wird empfohlen, nach Abschluss von komplexen Fällen eine Abschlussbesprechung durchzuführen.

3.2.2 Patientenverfügungen
Das Vorhandensein einer Patientenverfügung und allfällige praktische Konsequenzen (z.B. bezüglich Antibiotikagabe, Spitaleinweisung) soll zu Beginn der Behandlung/Pflege überprüft resp. besprochen werden. Die Informationen gehören auf das Deckblatt der Patientendokumentation. Bei der Anwendung des PBP sollte wenn immer möglich eine Patientenverfügung beiliegen.

3.3 N wie Netzwerk
3.3.1 Elektronischer Datenaustausch
Beide Parteien pflegen miteinander den elektronischen Daten- und Informationsaustausch über die geschützte Software HIN.

3.3.2 Gegenseitige Information
Der regelmässige Austausch zwischen behandelnden Ärzten und Spitex ist zentral. Dies betrifft auch eine frühzeitige gegenseitige Information bei Spitalaustritt.

3.3.3 Beizug „Palliative Plus"
Grundsätzlich soll „Palliative Plus" nur nach vorgängiger gegenseitiger Information beigezogen werden. In Notfallsituationen und/oder wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, ist eine direkte Kontaktaufnahme ebenfalls möglich, in diesem Fall erfolgt anschliessend eine Information an die übrigen Beteiligten.

3.4 S wie Support
3.4.1 Erreichbarkeit
Die gegenseitige 24-Std.-Erreichbarkeit aller an der Behandlung und Pflege Beteiligten vor Ort ist definiert und schriftlich festgehalten. Dies betrifft insbesondere auch die Verfügbarkeit in Randzeiten und/oder in der Nacht. Die Informationen werden auf der Dokumentation vor Ort vermerkt.

Die beiden Partner stellen einander gegenseitig jährlich eine aktualisierte Liste mit der Erreichbarkeit aller Hausärzte bzw. Spitexorganisationen zu. Diese steht allen Mitgliedern beider Organisationen im geschützten Bereich elektronisch zur Verfügung.

4. Ombudsmann
Jeder Verband unterstützt seine Mitglieder im Rahmen seiner Möglichkeiten bei der Einhaltung der Abmachungen in diesem Papier. Er bezeichnet dazu beidseitig je eine Person als Ombudsmann. Für die Hausärzte ist dies die Ressortleiterin Spitex der Ärztegesellschaft Thurgau, für den Spitex Verband Thurgau die Geschäftsführerin des Verbandes.

5. Controlling, Anpassungen der Vereinbarung
Der Spitex Verband Thurgau und die Ärztegesellschaft Thurgau treffen sich idealerweise jährlich zu einem gegenseitigen Austauschgespräch.

Sofern für die Erfüllung des Zweckes erforderlich, sind Änderungen an diesem Zusammenarbeitspapier nach gegenseitiger schriftlicher Absprache durch die beiden Vorstände jederzeit möglich.

6. Grundlagen
- Kantonales Umsetzungskonzept Palliative Care Thurgau vom 16.11.2010
- Evaluation Palliative Care: Schlussbericht zu Spitex und Langzeit vom April 2016
- Gesundheitsgesetz Thurgau: 3.12.2014, Stand 1.9.2015

Diese Grundlagenpapiere können auf der Homepage des Amtes für Gesundheit Thurgau heruntergeladen werden (www.gesundheitsamt.tg.ch)

7. Schlussbestimmungen

Das vorliegende Zusammenarbeitspapier wurde vom Vorstand des Spitex Verbandes Thurgau an der Sitzung vom 7. Juni 2021 genehmigt, vom Vorstand der Ärztegesellschaft an seiner Sitzung vom 12. Mai 2021.
Das Zusammenarbeitspapier tritt am 1. Juli 2021 in Kraft und ist unbefristet gültig. Es ersetzt die bisherige Fassung vom 8.12.2016.

Weinfelden, den 30.6.2021

Spitex Verband Thurgau

Präsident
Renato Canal

Geschäftsführerin
Christa Lanzicher

Ärztegesellschaft Thurgau

Präsident
Dr. Alex Steinacher

Ressortleiterin Spitex
Dr. Bettina Stock

Anhang 1

- Empfehlungen Vorlage: Gemeinsame Patientendokumentation, Verlaufsbericht, Checkliste bei Eintritt in die Palliative Care, Kurzdokumentation, Reservemedikation, Palliativer Betreuungsplan und Reservemedikation, inkl. Erläuterungen dazu

*In diesem Papier wurde aus Gründen der besseren Leserlichkeit jeweils die männliche Form gewählt. Selbstverständliche ist die weibliche Form mitgemeint.