|  |
| --- |
|  |

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»[[1]](#footnote-1).

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 Fachpersonen im interdisziplinären Austausch erarbeitet.

Ziel des Palliativen Betreuungsplans war die mehrheitlich statischen 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 statischen Bereiche grenzen sich gegen die akute Symptomkontrolle 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, muss diese immer miteinbezogen werden. Falls diese in bestimmten Punkten nicht mit dem PBP übereinstimmt, muss die Patientenverfügung zur rechtlichen Absicherung dem aktuellen Stand angepasst werden. Die aktuelle Patientenverfügung soll immer dem Palliativen Betreuungsplan beigefügt werden.

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, jedoch möglichst 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 ist ein Schnittstellenpapier: damit alle auf dem gleichen Stand sind. Er soll verhindern, dass alle immer wieder das gleiche fragen.

Grundsätzlich gilt beim Einsatz des Palliativen Betreuungsplans REA (Reanimation) 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 im Rahmen eines „Rund Tisch-Gesprächs“ ausgefüllt. Dabei sind nebst dem Betroffenen die Angehörigen, Pflege und Betreuung sowie der Arzt dabei. Je nach Situation kann der PBP auch nur im Rahmen eines „kleinen runden Tischs“ mit nur wenigen Fachpersonen durchgeführt werden. Die Fachperson, bestenfalls die Bezugsperson, führt das Gespräch und füllt den Betreuungsplan aus. Dabei ist 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 (oder dem Patienten) 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 muss nicht zusammen und/oder gleichzeitig mit dem Palliativen Betreuungsplan ausgefüllt werden. Es soll auch ein zusätzlicher, nicht medikamentöser Notfallplan einbezogen werden (pflegerische Betreuung am Lebensende).

**3. Einsatz des Palliativen Betreuungsplans**

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

Der Betreuungsplan geht bei Übertritten mit dem Betroffenen mit (wünschenswert): Bei Übertritten innerhalb der Langzeitpflege, von zuhause, dem Heim oder an den darauffolgenden Betreuungsplatz, geht der PBP mit dem Betroffenen mit. 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 möglich.

Der Betreuungsplan ist nach SENS[[2]](#footnote-2) aufgebaut, die Reihenfolge der einzelnen Aspekte ist nach Stabilität geordnet. Was am wenigsten ändert steht am Anfang. Die Fragen müssen nicht in der vorgegebenen Reihenfolge behandelt werden. Es sollen in palliativen Situationen zusätzliche Assessmentinstrumente zur Symptomkontrolle beigezogen werden, wie zum Beispiel ESAS[[3]](#footnote-3) (weitere Empfehlungen im Anhang).

**4. Verbindlichkeit des Palliativen Betreuungsplans**

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

* Sicherheit für alle!

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 soll, wird mit allen Beteiligten abgesprochen und so zugänglich gemacht, damit auch dem Datenschutz Rechnung getragen werden kann.

**5. Archivierung**

Der Palliative Betreuungsplan wird von der Person, die den letzten Kontakt hatte, archiviert.

**6. Anhänge**:

* Palliativer Behandlungsplan (Musterbeispiel)
* Assessmentinstrumente zur Symptomkontrolle: ESAS, Palliatives Assessment nach SENS
* HES/Handlungsempfehlung Sterbephase, KSSG
* Therapieempfehlungen Sterbephase, KSSG 2017

**7. Weitere nützliche Hilfsmittel**

* Graphik: Phasen und Ebenen der Behandlung, Pflege und Betreuung
* Spict\* Supportiv an Palliative Care Indicators Tool
* Empfehlungen der Sterbephasen: Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen palliative ch
* Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt „Advance Care Planning“ Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, BAG 2018

Version 19.1.2019

1. Zitat: Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt „Advance Care Planning“ Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, BAG 2018 [↑](#footnote-ref-1)
2. SENS Modell, Eychmüller 2014 [↑](#footnote-ref-2)
3. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ist ein validiertes und einfach verständliches Assessmentinstrument, welches die bio- psychosoziale und spirituelle Dimension abdeckt. Das Ziel ist, die bestmögliche Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen zu erreichen. [↑](#footnote-ref-3)