

«Palliative Care Qualitätskriterien in Alters- und Pflegeinstitutionen»

# Evaluationsinstrument

zur Standortbestimmung

## Unterstützende Angebote zur Implementierung von Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen

- A: Einführung des Evaluationsinstruments und Moderation des Auswertungsgesprächs
- B: Externe Begleitung und Beratung während der Projektphase
- C: Leitfaden zum Evaluationsinstrument (Preis Fr. 15.– inkl. Porto)
- D: Angebot für die institutionsinterne Weiterbildung: «Das Leben vollenden – Palliative Medizin Pflege und Begleitung»
- 8 Bausteine mit verschiedenen Themeneinheiten
  - Bedarfserhebung, Praxisauftrag und Auswertung
  - Start- und/oder Schlussveranstaltungen
- E: Publikation «Palliative Care in der Begleitung von älteren Menschen am Lebensende» (erscheint September 2007)

### Information und Kontakt

Caritas Schweiz  
Beat Vogel  
Löwenstrasse 3  
CH-6002 Luzern  
Telefon 041 419 22 74  
bvogel@caritas.ch  
www.caritas.ch

CURAVIVA Weiterbildung  
Christoph Schmid  
Abendweg 1  
CH-6000 Luzern 6  
Telefon 041 419 01 96  
c.schmid@curaviva.ch  
www.weiterbildung.curaviva.ch

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

**Betrieb** .....

**Datum** .....

**Beurteilung**    -- Anforderung nicht erfüllt    - Anforderungen teilweise/selten erfüllt    + Anforderungen meistens erfüllt    ++ Anforderung erfüllt

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Konzeptionelle Ausrichtung des Betriebs</b>					
1. Das Heim hat ein Konzept zu Palliative Care					
2. Verantwortlichkeiten, Prozesse und Instrumente zur Verankerung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliative Care Konzeptes sind definiert und werden regelmässig überprüft und angepasst					
3. Der Grundgedanke Palliative Care ist im Leitbild des Betriebs aufgenommen					
4. Die Grundhaltung, Möglichkeiten und Angebote von Palliative Care werden intern und extern regelmässig kommuniziert					
5. Ein Verfahren zur strukturierten interdisziplinären Entscheidungsfindung ist definiert					
6. Der Umgang mit Patientenverfügungen ist geregelt und wird kommuniziert					
7. Das emotionale Klima und die räumlichen Voraussetzungen für eine respektvolle Abschiedskultur sind vorhanden					
8. Die Haltung zur Suizidbeihilfe ist diskutiert, eine diesbezügliche Praxis ist vereinbart und wird offen kommuniziert					
9. Die Mitarbeitenden respektieren die Würde und die Rechte der Bewohnerinnen und deren Angehörigen					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Personelle und fachliche Ressourcen des Betriebs</b>					
10. Pro Betrieb ist ein Expertenteam bestimmt und bekannt, das im Minimum aus einem Arzt, zwei Pflegefachpersonen und einemer Seelsorgerin besteht. Mindestens eine davon hat eine Zusatzausbildung in Palliative Care					
11. Personelle Ressourcen für die systematische Implementierung von Palliative Care stehen bereit					
12. Standardisierte Instrumente zur Erfassung und Behandlung von physischen und psychischen Symptomen sind bekannt und werden gezielt angewendet					
13. Das Betreuungsteam kennt aktuelle Standards und Instrumente in Palliative Care und wendet sie an					
14. Fortbildungsveranstaltungen zu Palliative Care werden regelmässig – je nach Thema auch interdisziplinär – durchgeführt					
15. Neue Mitarbeitende werden in Palliative Care eingeführt					
16. Die vom Heim angestellten bzw beauftragten Fachexperten (Ärzte, Seelsorger, Physiotherapeuten, etc.) besuchen regelmässig Fortbildungen in Palliative Care					
17. Das Betreuungsteam hat die Möglichkeit zur Supervision					
18. Es bestehen personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zur Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen					
19. Es bestehen personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zur Durchführung von ungestörten Einzel- und Runder-Tisch-Gespräche					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Zusammenarbeit / Vernetzung der Fachperson</b>					
20. Im Einzelfall arbeiten Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen in der Behandlung und Betreuung interdisziplinär sowie mit der Bewohnerin und ihren Angehörigen zusammen: Pflege, Medizin, Seelsorge, Sozialarbeit, Physiotherapie, Aktivierungstherapie, Ernährungsberatung, Gerontopsychiatrie, Küche, Hausdienst, Administration etc					
21. Freiwillige sind Teil des Betreuungsteams					
22. Freiwillige haben eine Leitung / Anlaufstelle, sind in der Begleitung Schwerkranker, in Lebens- und Trauerbegleitung geschult und haben die Möglichkeit zu Supervision					
23. Die Zusammenarbeit mit Küche, Hausdienst, Administration und anderen Bereichen bzw. Mitarbeitenden richtet sich in Palliativ-Situationen auf die persönlichen und situativen Bedürfnisse des Heimbewohners und seinen Angehörigen aus					
24. Das Betreuungsteam pflegt zwecks Wissensaustausch situationsbezogene Kontakte zu Aussenstellen (ambulante Onkologie, Palliativstation, Spitex, Bestatter, Religionsgemeinschaftenetc.)					
25. Das Rapport-, und Kommunikationssystem im Betreuungsteam ist geregelt (vgl interdisziplinäre Fallbesprechungen, Runder-Tisch-Gespräche)					
26. Die Rollen und Funktionen aller Beteiligten sind klar und werden respektiert					
27. Der Austausch mit regionalen Palliative Care – Netzwerken findet statt					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Die Bewohnerin und der Bewohner</b>					
28. Die Bewohnerin wird bei geäußerten oder beobachteten Veränderungen nach ihrem Befinden, ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt					
29. Zielsetzungen sowie Pflege- und Behandlungspläne werden mit dem Bewohner und / oder seinen Angehörigen festgelegt und regelmässig überprüft					
30. Der persönliche bzw. mutmassliche Wille des Bewohners ist massgebend für die Behandlungsplanung und Tagesgestaltung. Ziel ist, die aus ihrer Sicht bestmögliche Lebensqualität in der momentanen Situation zu erreichen					
31. Die Bewohnerinnen werden darin unterstützt, informierte Entscheidungen zu treffen. Gleiches gilt für Angehörige					
32. Persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, Sterben und Vorgehen im Todesfall werden besprochen, in einem entsprechenden Dokument festgehalten und regelmässig aktualisiert					
33. Die Gespräche werden in ruhiger Atmosphäre ohne Zeitdruck geführt. Das adäquate Verständnis der Inhalte und Entscheide durch den Bewohner wird überprüft					
34. Individuelle Wünsche und Bedürfnisse (Lieblingessen, Kontakt zu Tieren, spezielle Missionen, besondere Ausflüge/Besuche, letzte Dinge etc) werden unterstützt und nach Möglichkeit erfüllt					
35. Es bestehen räumliche Rückzugsmöglichkeiten im Heim (ev durch Bettenverlegung)					
36. Seelsorgliche Unterstützung, psychosoziale und spirituelle Angebote stehen auf Wunsch zur Verfügung: bei psychischem Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, Suizidabsicht etc) werden Fachpersonen wie Gerontopsychiater, Seelsorger, Religionsvertreter etc. vermittelt/beigezogen					
37. Die Bewohner fühlen sich ernst genommen, sicher und gut aufgehoben, umsorgt und umfassend begleitet. Dazu werden sie regelmässig befragt					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Angehörige und Bezugspersonen</b>					
38. Angehörige werden als wichtiger Teil des sozialen Netzes des Bewohners wahrgenommen. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Bewohner, seinen Angehörigen und den involvierten Fachpersonen wird angestrebt					
39. Das Betreuungsteam kennt die Ansprechperson der Bewohnerin (Angehörige, Beistand, Freiwilliger Helfer, bevollmächtigte und umgekehrt					
40. Der Bewohner, seine Angehörigen und das Betreuungsteam legen gemeinsam fest, wie die Pflege und Betreuung gestaltet wird und wer welche Aufgaben übernimmt. Die Wünsche des Bewohners werden dabei respektiert					
41. Mitarbeitende suchen regelmässig das Gespräch mit Angehörigen und bieten die Möglichkeit zu „Runder-Tisch“-Gesprächen zwischen Angehörigen, der Bewohnerin und Mitarbeitenden an					
42. Die Angehörigen können von Verpflegungs- und Schlafmöglichkeiten im Heim Gebrauch machen					
43. Die Angehörigen werden im Abschiednehmen und in der Trauer ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet und unterstützt. Bei Bedarf werden entsprechende Angebote oder Fachpersonen vermittelt					
44. Die Vorkehrungen nach dem Todesfall sind mit den Angehörigen besprochen und festgelegt					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Symptomerfassung und –behandlung</b>					
45. Körperliche Symptome und psychische Befindlichkeitsstörungen werden systematisch, regelmässig und kontinuierlich durch das Betreuungsteam erfasst und beurteilt					
46. Möglichen Verschlechterungen wird vorausschauend und frühzeitig entgegengewirkt (z.B. durch das Verschreiben, Verabreichen und Anpassen von Reservemedikamenten). Dabei kommen standardisierte und validierte Instrumente zur Anwendung					
47. Die vom Bewohner persönlich als belastend erlebten Symptome und Beschwerden werden nach aktuell wissenschaftlichen Erkenntnissen optimal gelindert					
48. Die Behandlung und Pflege in der Sterbephase geschieht nach aktuellen wissenschaftlichen Kriterien					
49. Die Biographie, die gegenwärtige soziale Situation, die Wünsche, die Gewohnheiten und die Eigenheiten des Bewohners werden erfasst und in der Betreuung und Behandlung berücksichtigt					
50. Medikamente zur schnellen Symptomlinderung sind jederzeit verfügbar					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Qualitätskriterien	Beurteilungen				Bemerkungen
	--	-	+	++	
<b>Betreuungsteam und Kommunikation</b>					
51. Wenn aufgrund des Zustandes oder der vermuteten Prognose das Lebensende absehbar ist, wird vom Betreuungsteam zusammen mit der Ärztin die Situation als Sterbephase definiert. Diese Einschätzung wird kommuniziert und regelmässig überprüft					
52. Eine Situationsbeurteilung zur Überprüfung und Anpassung der Behandlung und der Pflegeprozesse wird in individuell festgelegten Abständen durchgeführt					
53. Ziele und Massnahmen der Behandlung werden zusammen mit dem Bewohner und seinen Angehörigen (resp. dessen zuständigen Ansprechperson/en) im Rahmen von Standortgesprächen festgelegt sowie regelmässig evaluiert und bei Bedarf angepasst.					
54. Die Entscheide werden gemeinsam, unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven gefällt					
55. Standortgespräche werden durch ein Mitglied des interdisziplinären Betreuungsteams einberufen und durch die Bezugsperson vorbereitet und moderiert					
56. Die Ergebnisse der Standortgespräche sowie Beschlüsse und Abmachungen aus Gesprächen mit dem Bewohner und seinen Angehörigen werden in Gesprächsprotokollen festgehalten					
57. Bei Krisen, Fehlermeldungen und innert kürzester Frist nach einem Todesfall finden interdisziplinäre Fallbesprechungen im Team statt.					
58. Die zuständige Pflegeperson informiert alle an der Betreuung Beteiligten, wenn beim Bewohner eine bedeutende Veränderung eingetreten ist					
59. Die Mitarbeitenden sowie andere Bewohnerinnen haben Gelegenheit und Möglichkeit, von einer sterbenden oder verstorbenen Bewohnerin Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu geben					

# Evaluationsinstrument für Palliative Care-Qualitätskriterien

Handlungsbedarf	Ziele	Massnahmen	Frist

Name/n und Funktion/en der Person/en die Standortbestimmung vorgenommen haben:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

Einschätzung wurde gemeinsam/individuell vorgenommen (bitte unterstreichen)

Datum, Ort:

Die personenbezogenen Begriffe (Bewohner, Berufsbezeichnungen usw.) in diesem Dokument gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.

Das vorliegende Evaluationsinstrument wurde in einer Projektgruppe von Pflegedienst- und HeimleiterInnen mit freundlicher Unterstützung der Hatt-Bucher-Stiftung erarbeitet.