

## **Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung**

### **zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C)**

Palliative Care ist in der Langzeitpflege immer eingebettet in ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungsverständnis. Einige der folgenden Qualitätskriterien überprüfen deshalb Aspekte der „Basisbehandlung und Betreuung“ auf denen Palliative Care aufbaut. Die Palliative Care spezifischen Anforderungen sind gelb markiert.

#### **Inhalt**

Erläuterungen	2
A. Konzept	3
B. Anamnese des Bewohners / der Bewohnerin	4
C. Behandlung, Begleitung und Betreuung	5
D. Bewohnerrechte	7
E. Ärztliche Behandlung	9
F. Pflege	10
G. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team	11
H. Information und Einbezug der Angehörigen	12
I. Abschiedskultur	13
J. Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	15
K. Umgang mit kritischen Zwischenfällen	16

## **Normative Grundlage für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels in Palliative-Care an Institutionen der Langzeitpflege (Liste C)**

### **Erläuterungen**

1. Die nachfolgenden normativen Grundlagen enthalten einerseits Qualitätskriterien, die sich speziell auf Palliative Care beziehen. Diese spezifischen Anforderungen sind mit ..... hinterlegt. Andererseits finden sich auch Qualitätskriterien, die allgemein gültige Anforderungen an gute Qualität in Einrichtungen der Langzeit-Pflege beschreiben. Palliative Care ist ohne die Erfüllung dieser allgemeinen Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität nicht möglich. Im Audit werden alle Kriterien geprüft.
2. Für die operative Durchführung von Audits gilt das Reglement für die Vergabe der Label „Qualität in Palliative Care“ des SQPC/ASQSP (Schweizerischer Verein für Qualität in PalliativeCare/Association Suisse pour La Qualité dans les Soins Palliatifs).
3. Obligatorische Kriterien sind hervorgehoben („fett“), nicht obligatorische Kriterien nicht hervorgehoben gedruckt.
4. Im gesamten vorliegenden Dokument deckt der Begriff „Einrichtung“ die verschiedenen stationären Strukturen ab, die möglich sind.

## A. Konzept

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zu Palliative Care.<sup>1</sup></b>	ja = 3 nein = 0				
<b>2. Alle Mitarbeitenden mit direktem Bewohnerkontakt kennen das Konzept und wenden es an.</b>					
<b>3. Die Gültigkeit des Konzeptes wird periodisch überprüft.<sup>2</sup></b>					
<b>4. Der Ansatz Palliative Care ist im Leitbild des Betriebs aufgenommen.</b>					
<b>5. Die Grundhaltung, Möglichkeiten und Angebote von Palliative Care werden intern und extern regelmässig<sup>3</sup> kommuniziert.</b>					
<b>6. Verantwortlichkeiten, Prozesse und Instrumente zur Verankerung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliative-Care-Konzeptes sind definiert und werden regelmässig<sup>2</sup> überprüft und angepasst.</b>					

<sup>1</sup> Das Konzept Palliative Care kann übergeordnet oder Teil eines umfassenden Pflege- und Betreuungskonzept sein. Es umfasst im Minimum:

- eine Umschreibung des Begriffs "Palliative Care" ("Was ist Palliative Care für uns?");
- den Leistungsauftrag und die Kernkompetenzen der Einrichtung;
- eine Umschreibung der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten;
- eine Beschreibung des Leistungsangebots der Einrichtung;
- eine Beschreibung, durch wen und wie die Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung der Einrichtung im Versorgungsnetz;
- das Anforderungsprofil des Teams;
- eine Beschreibung der wichtigsten Betriebsabläufe.

<sup>2</sup> Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus dem Konzept hervorgeht, in welchen zeitlichen Abständen und durch wen das Konzept überprüft werden wird.

<sup>3</sup> "regelmässig" bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen, in welcher Form und durch wen die Kommunikation erfolgt.

## B. Anamnese des Bewohners / der Bewohnerin

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>7.</b> Beim Heimeintritt wird geprüft, in welcher Art eine palliative Behandlung und Begleitung für den Bewohner / die Bewohnerin indiziert ist.	ja = 3 nein = 0				
<b>8.</b> Während dem Aufenthalt wird regelmässig <sup>4</sup> überprüft, ob und in welcher Art die palliative Behandlung und Begleitung angemessen ist.	ja = 3 nein = 0				
<b>9.</b> Die körperlichen Symptome werden regelmässig und laufend erfasst und evaluiert, mittels anerkannter Instrumente. <sup>5</sup>					
<b>10.</b> Die psychischen und seelischen Symptome werden regelmässig und laufend erfasst und evaluiert.					
<b>11.</b> Soziale Verhältnisse, Biografie, spirituelle Ressourcen und Bedürfnisse, Werte und Grundhaltungen sowie Gewohnheiten des Bewohners bzw. der Bewohnerin sind bekannt und dokumentiert und werden bei Pflege, Behandlung und Begleitung berücksichtigt					
<b>12.</b> Für demenzkranke Bewohner / Bewohnerinnen werden spezifische Assessmentinstrumente bzw. Methoden angewendet.					

<sup>4</sup> „regelmässig“ bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen die Überprüfung stattfindet. Dies kann eine allgemeine Regelung über die maximale Frist zwischen zwei Überprüfungen sein, oder es ist in der Patientendokumentation individuell vermerkt, wann die nächste Überprüfung stattfinden wird.

<sup>5</sup> Zum Beispiel Edmonton Symptom Assessment System ESAS; ECPA-Schmerzerfassung; Visuelle Analogskala VAS; Numerische Skala NRS; Verbale Rating Skala.

## C. Behandlung, Begleitung und Betreuung

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>13. Der Bewohner / die Bewohnerin wird regelmässig<sup>6</sup> bei geäußerten oder beobachteten Veränderungen nach seinem / ihrem Befinden gefragt.</b>					
<b>14. Die persönlichen Wünsche und Anliegen des Bewohners / der Bewohnerin sind massgebend für die Behandlungsplanung und Tagesgestaltung.</b>					
<b>15. Der individuelle Pflege-, Behandlungs- und Begleitungsbedarf und entsprechende Massnahmen sind für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin erfasst und dokumentiert.</b>					
<b>16. Behandlungen, Pflege und Begleitung werden im Rahmen von Standortgesprächen regelmässig<sup>4</sup> gemeinsam mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin sowie auf dessen bzw. deren Wunsch mit den Angehörigen evaluiert und angepasst; sie sind dokumentiert.</b>					
<b>17. Der Behandlungs- und Pflegeplan wird regelmässig durch das interprofessionelle<sup>7</sup> Team überprüft, angepasst und dokumentiert.<sup>8</sup></b>					
<b>18. Mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit vorhandenen Krankheiten werden vorausschauend diskutiert und die Vorgehensweisen und Handlungsoptionen festgehalten.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>19. Seelsorgliche Unterstützung, psychosoziale und spirituelle Angebote stehen auf Wunsch zur Verfügung; bei psychischem</b>					

<sup>6</sup> "regelmässig" bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen die Überprüfung stattfindet. Dies kann eine allgemeine Regelung über die maximale Frist zwischen zwei Überprüfungen sein, oder es ist in der Patientendokumentation individuell vermerkt, wann die nächste Überprüfung stattfinden wird.

<sup>7</sup> Interprofessionell im Setting der Langzeitpflege bedeutet mindestens Arzt und Pflegefachpersonal.

<sup>8</sup> In der Bewohnerdokumentation festgehaltene Ziel- und Wirksamkeitsüberprüfung beispielsweise mittels Visiten, Standortgesprächen, Rundtischgesprächen, Bewohnerinnen-Besprechungen.

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>Leiden (Angst vor dem Tod, Verzweiflung, Einsamkeit, Sinnkrisen, Suizidabsicht etc.) werden Fachpersonen wie Psychologinnen, Seelsorger, Religionsvertreterinnen etc. vermittelt / beigezogen.</b>					

## D. Bewohnerrechte

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>20. Der Bewohner / die Bewohnerin bzw. die stellvertretende Person und die Angehörigen kennen den zuständigen Arzt und die zuständige Pflegefachperson bzw. ihre Stellvertretenden und umgekehrt.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>21. Der Bewohner / die Bewohnerin bzw. die vertretungsberechtigte Person<sup>9</sup> ist über seine/ihre Rechte informiert, so dass sie diesbezüglich freie Entscheidungen treffen kann.<sup>10</sup></b>					
<b>22. Der Umgang mit Patientenverfügungen ist geregelt.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>23. Das Vorhandensein einer bevollmächtigten Vertrauensperson wird abgeklärt.<sup>11</sup></b>	ja = 3 nein = 0				
<b>24. Bei Urteilsunfähigkeit ist die stellvertretende Person gemäss Erwachsenenschutzgesetz bestimmt.</b>					
<b>25. Die Mitwirkung von Angehörigen an Entscheiden über Behandlung und Therapien erfolgt in Absprache mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin.</b>					
<b>26. Die Einrichtung verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid.</b>					
<b>27. Diese Grundsatzklärung und diesbezügliche Praxis ist den Bewohnern / Bewohnerinnen, ihren Angehörigen und dem Team bekannt.</b>					

<sup>9</sup> Gemäss Erwachsenenschutzgesetz Artikel 378 (gültig ab 2012)

<sup>10</sup> zum Beispiel Recht auf Selbstbestimmung; Recht auf rechtzeitige und angemessene Information und Aufklärung; Recht auf Einsicht in alle Unterlagen und Dokumentationen, welche die eigene Person betreffen; Recht auf die Verweigerung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen; Recht auf die Verweigerung von Auskünften etc.

<sup>11</sup> Die bevollmächtigte Vertrauensperson trifft an Stelle und im Sinne des Patienten bzw. der Patientin Entscheide, falls der Patient bzw. die Patientin nicht mehr selber entscheiden kann. Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Regelung, wie in jenen Fällen verfahren wird, in welchen Patientinnen oder Patienten keine Vertrauenspersonen bezeichnen wollen.

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>28. Das Prozedere bei Wunsch oder Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid ist festgelegt.</b>					
<b>29. Ein strukturiertes, interprofessionelles Verfahren für komplexe Entscheidungssituationen ist definiert und wird praktiziert.</b>					



## E. Ärztliche Behandlung

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>30. Die medizinische Begleitung und Behandlung ist rund um die Uhr sicher gestellt.</b>					
<b>31. Die Ärzte und Ärztinnen nehmen an interprofessionellen Rapporten teil.</b>					
<b>32. Die Ärzte und Ärztinnen wenden in der Palliativen Medizin anerkannte Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung an.<sup>12</sup></b>					
<b>33.</b> Für die Ärztinnen und Ärzte besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, wer in den nächsten 3 Jahren welche Weiter- und Fortbildung absolvieren wird.					

<sup>12</sup> Es stehen noch keine spezifischen Richtlinien für die Langzeitpflege zur Verfügung. So weit zutreffend sind z.B. die Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, veröffentlicht unter [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch), Stichwort „best practice“ oder NEUENSCHWANDER Hans et al. (2006<sup>2</sup>): Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. Krebsliga Schweiz, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2006, 308 Seiten. zu berücksichtigen..

## F. Pflege

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>34. Die für den Bewohner verantwortliche Pflegefachperson nehmen an interprofessionellen Rapporten und Kolloquien teil.</b>					
<b>35. Der mündliche und schriftliche Informationsaustausch unter den Pflegenden ist gewährleistet.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>36. Pflegefachpersonen arbeiten mit Pflegestandards, welche sich an in der Palliative Care allgemein anerkannten Richtlinien und Empfehlungen orientieren.</b> <sup>13</sup>					
<b>37.</b> Für die Mitarbeitenden der Pflege besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, welche Weiter- und Fortbildungen in den nächsten 3 Jahren von wem besucht werden.					

<sup>13</sup> Es stehen noch keine spezifischen Richtlinien für die Langzeitpflege zur Verfügung. So weit zutreffend sind z.B. die Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, veröffentlicht unter [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch), Stichwort „best practice“ oder NEUENSCHWANDER Hans et al. (2006<sup>2</sup>): Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. Krebsliga Schweiz, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2006, 308 Seiten zu berücksichtigen.

## G. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>38. Es gibt eine Einführung bezüglich Anwendung von Palliativ Care für neu eintretende Mitarbeitende.</b>					
<b>39. Die Leitung der Einrichtung ist um das Wohlergehen des Teams besorgt. Entsprechende Unterstützung und Massnahmen stehen zur Verfügung.</b>					
<b>40. Der interprofessionelle Informationsaustausch und die Zusammenarbeit inkl. Küche, Hausdienst, Administration etc. ist sichergestellt.</b>					
<b>41. Das interprofessionelle Team hat Anspruch auf unterstützende Beratung.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>42. Ein Fortbildungsplan für alle Berufsgruppen mit direktem Bewohnerkontakt besteht (Fortbildung Inhouse / Extern).</b>					
<b>43. Die Rollen und Aufgaben der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sind geklärt.</b>	ja = 3 nein = 0				
<b>44. Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer werden für ihre Aufgaben besonders geschult und haben Anspruch auf Anleitung und Begleitung.</b>					

## H. Information und Einbezug der Angehörigen

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>45. Angehörige <sup>14</sup> werden als wichtiger Teil des sozialen Netzes des Bewohners / der Bewohnerin einbezogen.</b>					
<b>46. Die Angehörigen werden nach Bedarf vom Betreuungsteam begleitet.</b>					
<b>47. Die Angehörigen können sich an der Pflege und Betreuung beteiligen, wenn der Bewohner / die Bewohnerin dies wünscht oder zulässt.</b>					
<b>48. Die Angehörigen haben rund um die Uhr ein Besuchsrecht.</b>					
<b>49. Die Angehörigen können von Verpflegungs- und Schlafmöglichkeiten in der Einrichtung der Langzeitpflege Gebrauch machen.</b>					

<sup>14</sup> Angehörige = Zu den Angehörigen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- oder Lebenspartner/-partnerin und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft)

## I. Abschiedskultur

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>50.</b> Die betrieblichen und räumlichen Voraussetzungen gestatten ein Sterben in Würde und ein Abschiednehmen gemäss den Bedürfnissen der Angehörigen.					
<b>51.</b> Persönliche Anliegen bezüglich Behandlungsmassnahmen, Umgebung, Atmosphäre in der Sterbephase und Vorgehen im Todesfall werden besprochen, schriftlich festgehalten, regelmässig aktualisiert und nach Möglichkeit realisiert.					
<b>52.</b> Die Angehörigen werden im Abschiednehmen und in der Trauer ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet und unterstützt. Bei Bedarf werden spezifische Angebote oder Fachpersonen vermittelt.					
<b>53.</b> Die Vorkehrungen nach dem Todesfall werden mit den Angehörigen besprochen und festgelegt.					
<b>54.</b> Den Angehörigen wird auch nach dem Tod des Bewohners / der Bewohnerin Unterstützung und Begleitung angeboten.					
<b>55.</b> Die Mitarbeitenden sowie andere Bewohner bzw. Bewohnerinnen haben Gelegenheit und Möglichkeit, von einem / einer sterbenden oder verstorbenen Bewohner / Bewohnerin Abschied zu nehmen und ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen.					
<b>56.</b> Die Institution verfügt über eine Form, der Verstorbenen zu gedenken.	ja = 3 nein = 0				

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>57.</b> Die Einrichtung der Langzeitpflege ermöglicht den Angehörigen der verschiedenen Religionen und Religionsgemeinschaften, individuelle Trauerriten gemäss ihren Traditionen und nach betrieblichen Möglichkeiten zu pflegen.					
<b>58.</b> Die Verstorbenen werden – je nach Wunsch unter Beteiligung der Angehörigen – respektvoll versorgt und aufgebahrt.					

## J. Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>59. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind festgelegt.</b>					
<b>60. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind den Interessierten zugänglich.</b>					
<b>61. Der Zugang zu spezialisierten Palliative-Care-Diensten ist sichergestellt. Bei Bedarf werden Fachpersonen und -dienste beigezogen.</b>					
<b>62. Bei Überritten in einen anderen Versorgungskontext bzw. in eine andere Institution ist der Informationsfluss bzgl. Behandlung und Betreuung gewährleistet.</b>					
<b>63.</b> Ein regelmässiger <sup>15</sup> Austausch mit regionalen Palliative-Care-Netzwerken ist sichergestellt.	ja = 3 nein = 0				

<sup>15</sup> "regelmässig" bedeutet, dass schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen der Austausch stattfindet.

## K. Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
<b>64. Kritische Zwischenfälle<sup>16</sup> werden systematisch erfasst, gemeldet und im Team besprochen.</b>					
<b>65. Geeignete Massnahmen werden beschlossen und umgesetzt, und ihre Wirksamkeit wird überprüft.</b>					

---

<sup>16</sup> Kritischer Zwischenfall: Ereignis, welches den Bewohner und Bewohnerinnen, ihren Angehörigen, den Mitarbeitenden oder der Einrichtung insgesamt Schaden zufügt oder mit grosser Wahrscheinlichkeit Schaden zugefügt hätte, wäre es nicht rechtzeitig entdeckt worden. Für die Menschen in der Einrichtung kann es sich um einen körperlichen oder psychischen Integritätsschaden bis hin zum Tod, aber auch um einen materiellen Schaden handeln. Schadenfolgen für die Einrichtung können Beschwerden, Klagen, Reputationsverlust und finanzieller Verlust sein.