



Projekt

Palliative Care Kanton Zug

Schlussbericht Gesamtprojekt

zuhanden der Entscheidungsträgerkonferenz

vom 17. Juni 2013

Projektteam Phase 2: Realisierung	
Birgit Hermes	Leiterin Geschäftsstelle Palliativ Zug, TP Öffentlichkeitsarbeit
Kurt Frei	Leiter Kerndienste Spitex Kanton Zug, TP Ambulant
Matthias Winistörfer Dr. med.	Spitaldirektor Zuger Kantonsspital, TP Stationär
Projektausschuss	
Beatrice Buchmann	Vizepräsidentin, Palliativ Zug
Eliane Birchmeier	PR und Kommunikation, Palliativ Zug
Felix Lienert	Finanzen und Controlling, Palliativ Zug
Peter Frigo	Präsident, Palliativ Zug

1 Inhaltsverzeichnis

2	Abstract.....	3
3	Einleitung	4
3.1	Auftrag Phase 1: Analyse und Angebotsentwicklung	4
3.2	Auftrag Phase 2: Realisierung	5
3.3	Projektübersicht.....	5
3.3.1	Projektablauf und Meilensteine	5
3.3.2	Inhalte Zwischenbericht/Schlussbericht.....	6
4	Schlussberichte der Teilprojekte.....	7
4.1	Gesamtauftrag.....	7
4.2	Ambulante Versorgung (verfasst von Kurt Frei)	7
4.3	Stationäre Versorgung, inkl. Langzeitpflege (verfasst von Dr. med. Matthias Winistörfer) ...	8
4.4	Öffentlichkeitsarbeit und Koordination (verfasst von Birgit Hermes)	10
5	Zielerreichung – Vergleich der Versorgungslücken vor und nach dem Projekt.....	12
5.1	Versorgungslücken und Optimierungspotentiale.....	12
5.2	Zielerreichung der Versorgungslücken	21
6	Ausblick und Vision	22
6.1	Strategie Palliative Care 2013 – 2015 auf nationaler und kantonaler Ebene	22
6.2	Strategie Palliativ Zug	23
6.3	Vorschlag „Netzwerk Palliative Care Kanton Zug“	24
7	Anträge	25

2 Abstract

Wir alle sind uns bewusst, dass Leiden und Sterben zum Leben gehören. Die in vieler Hinsicht positive medizinisch-technische Entwicklung hat Beginn und Ende des Lebens in Institutionen verlagert und der Tabuisierung des Sterbens Vorschub geleistet. In der heutigen Zeit stehen wir diesem Fortschritt, insbesondere einer „Lebensverlängerung à tout prix“ kritisch gegenüber. Im Leiden und im Sterben wünschen wir uns eine ganzheitlichere Behandlung, Betreuung und Begleitung, nach Möglichkeit zu Hause. Die Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen stehen gegen das Lebensende im Vordergrund.

Palliative Care ist keine im Krankenversicherungsgesetz definierte Einzelleistung wie eine Wundversorgung, eine Injektion oder eine andere therapeutische Verordnung. Palliative Pflege und Betreuung beinhaltet mehr. Sie ist Leistung und Vernetzung von medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Angeboten. Dies dient den betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen und gibt ihnen Sicherheit, Rückhalt und Kraft.

Die im Jahr 2010 lancierte und auch die erweiterte nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 haben mit ihren Zielvorgaben gute Rahmenbedingungen und Leitplanken für ein Umdenken geschaffen. Aufträge, wie sie in den herkömmlichen Leistungsvereinbarungen von Spitex - Diensten, von Alters- und Pflegeheimen und von Akutspitälern formuliert sind, werden den wachsenden Ansprüchen von Palliative Care nicht mehr gerecht. Übergeordnete verbindliche Aufträge mit einem Willen zur Umsetzung sind dringend notwendig, damit die georteten Versorgungslücken und Optimierungspotenziale nicht weiterhin zu den ungelösten Herausforderungen zählen.

Vorhandene Finanzierungslücken, Kompetenzfragen zwischen den Fachpersonen, Koordinations- und Schnittstellenschwierigkeiten, Personalmangel, fehlende Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Angehörige und Pflegepersonen, stufengerechte Bildungsfragen, ungenügende Informationen und Aufklärung für Betroffene und Helfende waren und sind die Aspekte mit denen wir uns konfrontiert sehen.

Dieser Schlussbericht der Projektphase 2 und des Gesamtprojektes gibt Aufschluss über die geschlossenen und offenen Versorgungslücken im Kanton Zug und über den weiteren Handlungsbedarf.

3 Einleitung

3.1 Auftrag Phase 1: Analyse und Angebotsentwicklung

Am 12. November 2009 gaben 20 Vertreterinnen und Vertreter aus insgesamt 14 interessierten und tangierten Organisationen den Startschuss zum Projekt „Palliative Care Kanton Zug“. Eingeladen hatte der Vorstand Palliativ Zug gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion des Kantons. Die versammelten Organisationsvertreter konstituierten sich als „Entscheidungsträgerkonferenz Palliative Care“ und gaben dem Verein Palliativ Zug einen konkreten Projekt-Auftrag. Das Projekt hatte das Ziel ein Massnahmen-Konzept zur palliativen Versorgung im Kanton Zug zu erarbeiten.

Massnahmen, welche im Rahmen des Konzeptes vorgeschlagen wurden, sind mit der nationalen Strategie abgestimmt und unterstützen deren Ziele so weit wie möglich und sinnvoll.

Das zu erarbeitende Konzept deckt, gemäss Projektauftrag, folgende Punkte ab:

1. **Aktuelle Angebote in Palliativ Care**
Eine Übersicht über alle mit Palliative Care tangierten heutigen Dienstleister und deren Angebote im Kanton Zug.
2. **Kompetenzen der Dienstleister**
Zusammenstellung der aktuell vorhandenen Kompetenzen dieser Dienstleister.
3. **Bedürfnisse an palliativer Versorgung und deren Abdeckung**
Übersicht über die Bedürfnisse in Palliative Care im ambulanten und stationären Bereich und eine Abschätzung der Abdeckung dieser Bedürfnisse durch die Dienstleister im Kanton Zug. Identifikation von wichtigen Lücken in der Versorgung im Kanton Zug.
4. **Schnitt- und Verbindungsstellen zwischen den Organisationen**
Übersicht über alle relevanten Schnittstellen zwischen Institutionen im Kanton Zug und Identifikation von Optimierungspotentialen in diesen Schnittstellen.
5. **Empfehlungen für Massnahmen**
Erste Ideen und Massnahmen zu den erkannten Versorgungslücken und Optimierungspotentialen und eine Empfehlung zuhanden der ETK, auf welcher Versorgungsebene Massnahmen primär umgesetzt werden sollen
6. **Detaillierte Massnahmen und Umsetzungsplanung**
Priorisierte Massnahmen sind fachbereichsnah ausgearbeitet und dienen als Grundlage für ein Umsetzungskonzept
7. **Vorschlag zur Finanzierung der Dienstleistungen/Massnahmen**
Pro Massnahme ist ein Finanzierungsvorschlag ausgearbeitet und dient zur Diskussion anlässlich der ETK

Die Punkte 1-7 wurden im Schlussbericht der Phase 1 „Analyse und Angebotsentwicklung“ erarbeitet und beschrieben. Somit wurde der Gesamt-Auftrag der ETK und der Gesundheitsdirektion nach Abschluss der Phase 1 vollumfänglich erfüllt.

3.2 Auftrag Phase 2: Realisierung

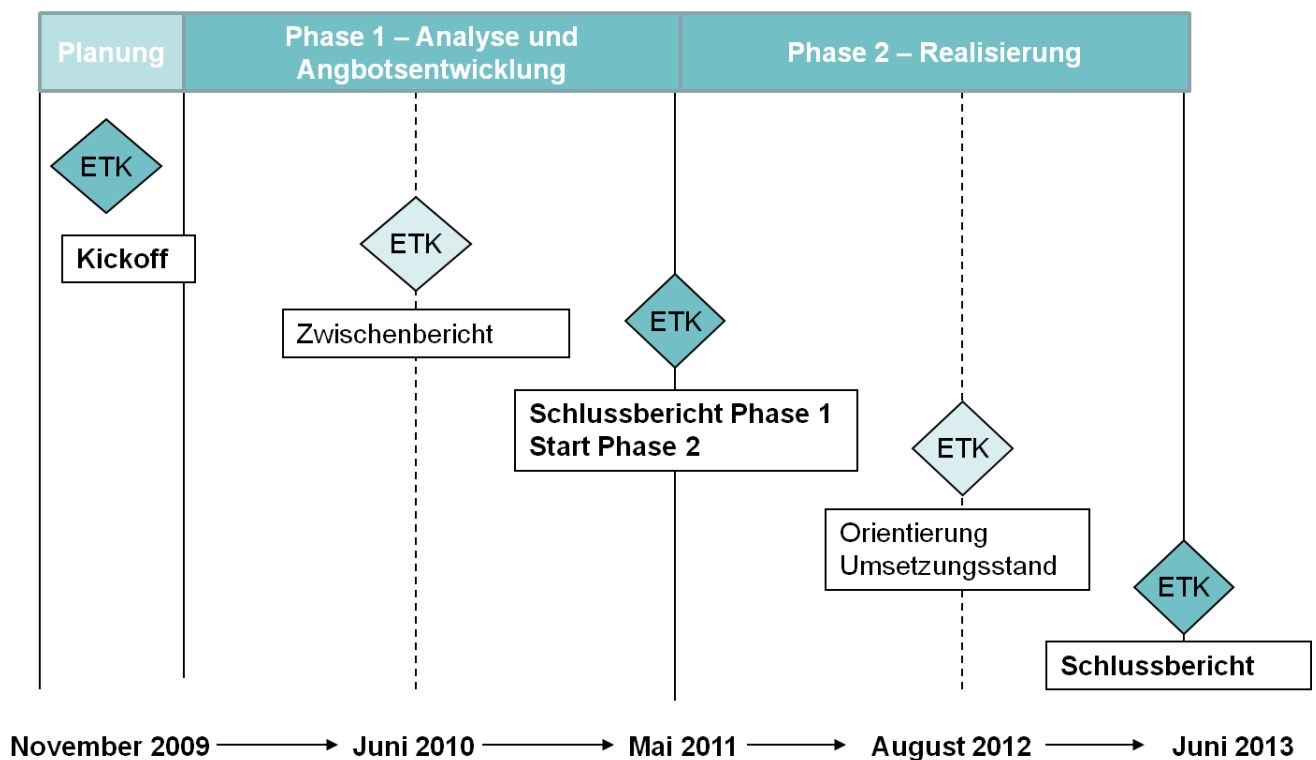
Aufgrund der ETK vom 11.5.2011 und deren weiteren Beschlüssen übernimmt Palliativ Zug die Gesamtprojektleitung, die Organisation der Kick-Offs, erstellt den Schlussbericht der Phase 2 und gibt den Teilprojekten das Raster für ihre Lieferergebnisse vor. Sie konsolidiert die Ergebnisse der Teilprojekte im Schlussbericht der Phase 2. Die Teilprojekte, bzw. Arbeitsgruppen erarbeiten folgende Lieferergebnisse:

1. Gesicherte Finanzierungsmodelle für die am 11. Mai 2011 ausgewählten Massnahmen (sofern möglich)
2. Detailkonzept/Umsetzungskonzept für die umzusetzenden Massnahmen (nicht für alle Massnahmen notwendig)
3. Realisierung der umzusetzenden Massnahmen, sofern in Schritt 1 die Finanzierung sichergestellt werden konnte.

3.3 Projektübersicht

3.3.1 Projektablauf und Meilensteine

Um die Zielerreichung des Projektes zu gewährleisten wurde dieses in verschiedene Phasen aufgeteilt. Der gesamte Zeitumfang und Ablauf mit den wichtigsten Meilensteinen ist in der folgenden Abbildung ersichtlich:



3.3.2 Inhalte Zwischenbericht/Schlussbericht

Der Zwischenbericht, welcher am 23. Juni 2010 der ETK vorgestellt wurde, enthielt als Hauptresultat den Bedarf an palliativer Versorgung im Kanton Zug mit identifizierten Versorgungslücken und Optimierungspotenzialen, sowie Empfehlungen und die Planung des weiteren Vorgehens für Phase 1B.

Der Schlussbericht der Phase 1 vom 11. Mai 2011 beschreibt, zusätzlich zum Bedarf an palliativer Versorgung mit identifizierten Versorgungslücken und Optimierungspotenzialen, detaillierte Vorschläge zu Massnahmen und Angeboten für eine möglichst vollständige Palliative Care im Kanton Zug, inkl. Finanzierungsvorschlägen und der Planung des weiteren Vorgehens der Phase 2.

Der Bericht vom 28. August 2012 orientierte über den Umsetzungsstand der Massnahmen und entschied mittels Anträgen zuhanden der ETK über die zeitnahe Realisierung der Prio 2 und 3 Massnahmen.

Der nun vorliegende Schlussbericht der Phase 2 und damit auch Schlussbericht des Gesamtprojektes wird im Detail über den aktuellen Versorgungsstand Palliative Care Kanton Zug im Vergleich zum Projektstart berichten. Dazu wurden die von der ETK anerkannten Versorgungslücken und Optimierungspotenziale der ersten Phase im Jahre 2010 der heutigen Situation gegenübergestellt.

4 Schlussberichte der Teilprojekte

Die folgenden Berichte fokussieren sich auf die erreichten Ergebnisse der umzusetzenden Massnahmen und geben einen Ausblick in die Zukunft. Die Berichte referenzieren dabei auf den Schlussbericht der Phase 1 „Analyse und Angebotsentwicklung“ indem die beschlossenen und priorisierten Massnahmen im Detail beschrieben sind.

4.1 Gesamtauftrag

Der Gesamtauftrag formulierte sich nach der ETK vom 11.5.2011 und 28.8.2012 wie folgt:

1. Gesicherte Finanzierungsmodelle für die am 11. Mai 2011 ausgewählten Prio 1 Massnahmen (sofern möglich)
2. Detailkonzept/Umsetzungskonzept für die umzusetzenden Massnahmen (nicht für alle Massnahmen notwendig)
3. Realisierung der umzusetzenden Massnahmen, sofern in Schritt 1 die Finanzierung sichergestellt werden konnte.
4. Die zeitnahe Realisierung der Prio 2 und 3 Massnahmen

4.2 Ambulante Versorgung (verfasst von Kurt Frei)

Auftrag

Der Auftrag bestand darin, die Versorgungslücken zu schliessen und die Optimierungspotentiale aufzuzeigen. Dazu wurde zuhanden der ETK vom 11.05.2011 ein Konzept mit Massnahmen und ein Finanzierungsvorschlag erstellt.

Erreichte Ergebnisse

Massnahme A1: Palliativpflege zu Hause (Prio 1)

- Anstellung einer spezialisierten Pflegefachperson Palliative Care (80%) per 01.11.2011
 - o Montag bis Donnerstag: Anlaufstelle für Kunden, Angehörige, Spitäler, Hausärzte, Krebsliga etc.
 - o Angebot von spezialisierter Palliative Care Pflege und Betreuung zu Hause, nebst bestehendem Angebot Palliative Care in der Grundversorgung
 - o Diverse Weiterbildungsangebote intern für spezialisierte Palliative Care und Palliative Care Grundversorgung (Schmerz, Port à Cath, Fallbesprechungen)
 - o Vorträge an externen Anlässen: Palliativ Zug, Zuger Kantonspital, Seniorenverband
- Konzept Palliative Care Spitex Kanton Zug (März 2013)
- Anstellung einer spezialisierten Pflegefachperson Palliative Care (50%) per 01.05.2013
 - o Somit ist die Anlaufstelle für Kunden etc. während allen Wochentagen gewährleistet
 - o Erweiterung des Angebotes an spezialisierter Palliative Care
 - o Weitere Abschlüsse auf Level B1 (Grundversorgung) und Level B2 (spez. Versorgung)

- Einführung Nachtpikett für Palliative Care Kunden der Spitex Kanton Zug ab 01.09.2013 und Gewährleistung von 24 Stunden Erreichbarkeit in Zusammenarbeit mit dem Zuger Kantonsspital

Ausblick in die Zukunft

Frau Doris Bacher hat im vergangenen Jahr (ab 01.05.2012) als spezialisierte Pflegefachfrau bereits bei 64 Palliative Care Kunden Bedarfsabklärungen vorgenommen und stand während rund 450 Stunden direkt bei Kunden im Einsatz. Mit den Zuger Spitälern inkl. Onko-Ambulatorium, der Krebsliga und der Palliativstation Affoltern am Albis besteht eine sehr gute Zusammenarbeit, wie auch mit einigen Hausärzten.

Handlungsbedarf besteht noch in der Vernetzung mit den Hausärzten, mit Fachpersonen der Psychoonkologie und der Seelsorge und im Speziellen bei der ambulanten Versorgung während 24 Stunden (Nachtdienst).

4.3 Stationäre Versorgung, inkl. Langzeitpflege (verfasst von Dr. med. Matthias Winistörfer)

Auftrag

Im Bereich der stationären Versorgung wurden im Rahmen der Projektphase 1 folgende vier Massnahmen durch die ETK genehmigt und priorisiert:

- *S1: Palliativmedizinisches Wissen und Können von Fachpersonen (Prio 2)*
- *S2: Nahtstellen-Management (Prio 2)*
- *S3: Psycho(onko)logische Betreuung von Palliativpatienten (Prio 3)*
- *S4: Verfügbarkeit von Palliativ-Betten (Prio 1)*

Anlässlich der Entscheidungsträgerkonferenz vom 11. Mai 2011 wurde die Massnahme S4 betreffend Umsetzung als prioritär (= Priorität 1) erachtet. Die übrigen drei Massnahmen S1, S2 und S3 wurden innerhalb der Phase 2 vorläufig zurückgestellt.

Erreichte Ergebnisse

Massnahme S4: Verfügbarkeit von Palliativ-Betten (Priorität 1)

Das stationäre Akut-Angebot (Basisversorgung in den beiden Zuger Akutspitälern, Kompetenzzentrum im Spital Affoltern) konnte erweitert werden und entspricht aktuell den Bedürfnissen.

Im Bereich der Palliativ-Langzeitbetreuung hat eine Arbeitsgruppe der Zuger Gemeinden den Bedarf ermittelt und die Planungsarbeiten aufgenommen.

Massnahme S1: Palliativmedizinisches Wissen und Können von Fachpersonen (Priorität 2)

Das Zuger Kantonsspital organisiert ab 2014 vier Weiterbildungsveranstaltungen pro Jahr, welche sich an alle Berufsgruppen wenden, die im Bereich Palliative Care tätig sind. Neben der Vermittlung von theoretischen und praktischen Kenntnissen soll an diesen Veranstaltungen auch die weitere Vernetzung aller beteiligten Akteure vorangetrieben werden.

Massnahme S2: Nahtstellen-Management (Priorität 2)

Aktuell ist der Informationsaustausch zwischen den beiden Akutspitälern, dem Kompetenzzentrum im Spital Affoltern, den Pflegeheimen und der Spitex wenig formalisiert, aber grundsätzlich sichergestellt. Der Informationsaustausch erfolgt schriftlich und mündlich. In komplexen Situationen treffen sich alle beteiligten Akteure an einem „runden Tisch“.

Massnahme S3: Psycho(onko)logische Betreuung von Palliativpatienten (Priorität 3)

Die Verfügbarkeit ist zwar grundsätzlich gegeben, muss aber im Einzelfall mit relativ viel Aufwand organisiert werden und geht teilweise mit Zusatzkosten für die Palliativpatienten einher.

Ausblick in die Zukunft*Massnahme S4: Verfügbarkeit von Palliativ-Betten (Priorität 1)*

Im Bereich der Palliativ-Langzeitbetreuung werden die von den Zuger Gemeinden noch zu schaffenden Angebote ab 2014 aufgebaut.

Massnahme S1: Palliativmedizinisches Wissen und Können von Fachpersonen (Priorität 2)

Die Weiterbildungsveranstaltungen starten im Jahr 2014.

Massnahme S2: Nahtstellen-Management (Priorität 2)

Sobald die Anbieter der Palliativ-Langzeitbetreuung definiert sind, soll das Nahtstellen-Management zusammen mit allen Beteiligten formalisiert und so weit wie möglich digitalisiert werden.

Massnahme S3: Psycho(onko)logische Betreuung von Palliativpatienten (Priorität 3)

Die psycho(onko)logische Betreuung soll zukünftig bei Bedarf allen Palliativpatienten unkompliziert, zeitnah und im Sinne einer delegierten Psychotherapie ohne Zusatzkosten zur Verfügung stehen.

4.4 Öffentlichkeitsarbeit und Koordination (verfasst von Birgit Hermes)

Auftrag

Der Auftrag bestand darin die Sensibilisierung der Bevölkerung mittels Öffentlichkeitsarbeit voranzutreiben. Die Grundlage dazu bildeten mit Prio 1 die folgenden zwei Massnahmen:

Massnahme Ö1: Sensibilisierung & Massnahme Ö2: Informations-Datenbank

Folgende Prio 2 Massnahmen wurden unter den Schirm von Palliativ Zug gestellt, der Auftrag zur Umsetzung jedoch gelangte an die Landeskirchen:

Massnahme Ö3: Trauerbegleitung & Massnahme Ö4: Seelsorge in palliativen Situationen

Erreichte Ergebnisse

Massnahme Ö1: Sensibilisierung & Massnahme Ö2: Informations-Datenbank

Die steigende Anzahl von Anfragen von Betroffenen und Angehörigen zeigt uns auf, dass wir auf gutem Wege sind mit der bereits umgesetzten Öffentlichkeitsarbeit.

Die laufenden Tätigkeiten bestanden aus angebotsorientierter und ereignisorientierter Information:

- Sensibilisierung der Bevölkerung, der Politik mittels Anlässen, Medienarbeit und Tagungen
- Sensibilisierung der Hausärzte mittels Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem ZGKS
- Empfehlungen zu Patientenverfügungen
- Direkte Beratung oder Triagierung von Anfragen
- Verbesserung der Navigation unserer Homepage mit der technischen Überarbeitung für eine Info-Datenbank

Ausblick in die Zukunft

Aufgrund der Vakanz im Präsidium und dem Personalwechsel in der Geschäftsstelle konnte die Informationsdatenbank nicht wie ursprünglich geplant umgesetzt werden.

- Bereitstellung folgender Inhalte bis Ende 2013:
 - Palliative - Dienstleistungsverzeichnis
 - Übersicht Arbeits-und Fachgruppen
 - Newsletter
 - Veranstaltungsteil
 - Best practice Empfehlungen

Seit der letzten Entscheidungsträgerkonferenz ETK vom 28. August 2012 sind naturgemäss einige Projekte, insbesondere solche, welche längerfristigen Charakter haben, in der Bearbeitung erst initiiert worden und werden weitergeführt. Es handelt sich im Wesentlichen vor allem um folgende Koordinationsaufgaben:

- Mithilfe bei der Einführung des Nachtdienstes der Spitex Zug ohne weitere Verzögerung
- Initialisierung eines Projektes für ein Hospiz im Kanton Zug
- Realisierung der durch die Sovoko für die Gemeinden gemeinsam erarbeiteten Strategie für die Langzeitpflege

Erreichte Ergebnisse

Massnahme Ö3: Trauerbegleitung & Massnahme Ö4: Seelsorge in palliativen Situationen

In einer breit abgestützten Arbeitsgruppe wurde per Januar 2013 das „ökumenische Seelsorgekonzept Palliative Care Kanton Zug“ erstellt und am 22. Mai 2013 durch die Delegiertenversammlung des VKKZ genehmigt. Auf Basis dieses Konzeptes entstehen nun Angebote, welche die Seelsorge in palliativen Situationen im Kanton Zug stärken.

Mit der Umsetzung des Konzeptes können die identifizierten Versorgungslücken geschlossen werden.

Ausblick

Es wurde die Möglichkeit eines ‚Trauerraumes‘ (Massnahme Ö3) für Angehörige von Verstorbenen gefordert. Dies soll nach erfolgter Konzeptumsetzung angegangen werden. Bis auf Weiteres wird im Zuger Kantonsspital zweimal im Jahr ein Gedenkgottesdienst für Angehörige von Verstorbenen im Spital (ZGKS) angeboten.

5 Zielerreichung – Vergleich der Versorgungslücken vor und nach dem Projekt

Es wurden insgesamt 17 zusammengefasste Versorgungslücken und Optimierungspotentiale gefunden. Zu diesen wurden im Jahr 2010 die Lücken beschrieben, mögliche Massnahmen und erste Ideen notiert. Zudem wurde im Jahr 2010 die Ist-Situation im Kanton Zug erfasst und wird nun verglichen mit dem heutigen Umsetzungsstand und der aktuellen Situation. Daraus ergibt sich der zukünftige Handlungsbedarf für involvierte Leistungserbringer und Palliativ Zug.

5.1 Versorgungslücken und Optimierungspotentiale

1	Pflege zu Hause	Massnahme A1: Palliativpflege zu Hause
fehlende Grund- und Behandlungspflege daheim in der Nacht, limitierte Pflege am Tag		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Leistungsrahmen der Spitex erweitern auf 24 h Aufbau der Nachtschicht mit dipl. Pflegekräften und oder pensionierten Pflegekräften (Pool), bzw. Unterstützung der pflegenden Freiwilligen (Pikett)		Umsetzungsstand und Situation 2013 -Unlimitiertes Angebot tagsüber -reguläre Einsätze bis 23:00 Uhr -bei Bedarf erfolgen auch Nachteinsätze -gute Zusammenarbeit mit Hospiz Zug (nächtl. Sitzwache) -Konzept Palliative Care Spitex Kanton Zug ist erstellt Grundsätzlich ist der Leistungsauftrag von der Arbeitsgruppe Langzeitpflege abhängig.
Ist Situation 2010 ausgebaute Pflege nicht für alle möglich aus finanziellen Gründen (Limite KVG)		
Handlungsbedarf Je nach Entscheid der Arbeitsgruppe Langzeitpflege: Operative Umsetzung , Personalselektion, Prozessanpassungen etc.		
2	Pikettdienst (Unterstützung der Grundversorgung)	Massnahme A1: Palliativpflege zu Hause
fehlender spezialisierter Pikettdienst als Entlastung von Spitex und Hausärzten (Pflegefachpersonen in Palliative Care, Schmerzspezialist, und weiteres Netzwerk)		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Leistungsrahmen der Spitex erweitern auf 24 h punktuelle Einsatz von spezialisierten Fachpersonen, um die Pflegenden und Freiwilligen vor Ort zu unterstützen, instruieren und anzuleiten (auch in Heimen). Dies im Sinne einer sekundären Prävention zur Vermeidung von Re-Hospitalisation.		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 -Erreichbarkeit Fachpersonen spezialisierte Palliative Care SPX ZG: Mo - Fr - Erreichbarkeit von SPX ZG für Pall C – Kunden: 365 Tage 24 h - Nachtpikett für Pall C – Kunden: 21:00-07:00 →ab 01.09.2013
Ist Situation 2010 nicht vorhanden oder nur ansatzweise durch Hospiz Zug (pflegerisch)		
Handlungsbedarf Operative Umsetzung ab September, Sicherstellung des Nachtpiketts Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Schmerzspezialisten verstärken Zusammenarbeit nachts mit Notfall-Praxis und Notfalldienst regeln		

3	Auskunftsstelle für Fragen in palliativen Situationen	Massnahme Ö2: I-DB Massnahme A1: Palliativpflege daheim
fehlende Anlaufstelle für Patienten, Angehörige, Fachpersonen für Fragen auch ausserhalb der Bürozeiten		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Aufbau von Fachkompetenz, welche im Hintergrund verfügbar ist. Vermittlung von Know-How und Direkthilfe (Telefonberatung) für das Symptom-Management Best practice – Empfehlungen von palliative.ch		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 während der Bürozeiten sind Palliativ Zug, die Spitex und die Krebsliga etc. erreichbar. Die Fachkompetenz konnte aufgrund spezialisierten Personaleinsatz erhöht werden. Ausserhalb der Bürozeiten: Über die <i>Pikett-Tel.-Nr. von Spitex Kanton Zug</i> werden Kunden durch eine Pflegefachperson beraten; bei Bedarf erfolgen auch Einsätze.
Ist Situation 2010 kein 24-Support vorhanden		
Handlungsbedarf Information über Pikettdienst – Telefonnummer abgeben. (Erfassung Informations-DB Palliativ Zug) Zusammenarbeit auch mit Heimen oder privaten ambulanten Diensten suchen und diese einbinden FAQ und Best practice Empfehlungen auf der Homepage von Palliativ Zug.		

4	Palliativ-Betten	Massnahme S4: Verfügbarkeit von Palliativ Betten
fehlende spezifische Palliative Care Betten für diejenigen, die nicht zuhause betreut werden können fehlendes geschultes Personal		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Leistungsvereinbarungen mit Kostenträgern für einen Anteil von Betten (Anzahl ist zu definieren) Know-How Transfer und Fortbildungsveranstaltungen in stat. Einrichtungen (Spital und Langzeit)		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Das aktuelle stationäre Angebot der Palliativ-Basisversorgung im ZGKS und Andreas Klinik und das spezialisierte Angebot im Kompetenzzentrum Affoltern (auf Zuger Spitalliste) ist gut.
Ist Situation 2010 es gibt keine Hospiz - Institution sondern eine Hospizbewegung, es gibt keine spezifische Abteilung mit dem notwendigen geschultem Personal		Die Planung der Palliativ-Langzeitbetreuung in den APH's wird weiterhin durch die Arbeitsgruppe der Gemeinden bearbeitet. Idee eines stationäres Hospizes geboren und gefördert durch Palliativ Zug.
Handlungsbedarf (Spezialisierte) Palliativ-Versorgung in den Langzeiteinrichtungen vorantreiben. Ergänzend zur ambulanten Hospizbewegung „Hospiz Zug“ ein stationäres Hospiz lancieren.		

5	Komplementär-Angebote	Massnahme Ö2: I-DB
Fehlendes Angebotswissen von komplementären Therapien und zu wenig Therapeuten		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Erfassung der Therapeuten in Datenbank als Ergänzung zur Schulmedizin stärker mit einbeziehen – Vernetzung aktivieren		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Die Grundstruktur der neuen Datenbank steht Die Erfassung und Verlinkung von Angeboten ist ein nächster Schritt im zweiten Halbjahr 2013 Unter Berücksichtigung von Anerkennung und Sicherstellung der Qualität
Ist Situation 2010 zu wenig Therapeuten, die Therapie in palliativen Situationen anbieten geringer Bekanntheitsgrad von Angeboten		
Handlungsbedarf Es werden vor allem Therapeuten aufgeführt die eine Affinität zu Palliative Care haben und eine EMR Anerkennung besitzen und somit auch anerkannt sind von Krankenkassen. Zudem soll auch erfasst sein, ob diese Hausbesuche anbieten. Damit eine Aktualität gewährleistet ist, sollen die Therapeuten sich im Gegenzug dazu verpflichten sich bei einer <u>A</u> berkennung zu melden.		
6	Know How in Palliation	Massnahme S1: Wissen und Können
fehlende Verfügbarkeit von spezialisiertem Wissen in Palliation für Hausärzte ausserhalb der Öffnungszeiten der Facharztpraxen. Kein Arzt mit Weiterbildung in Palliation (gemäss Anforderungen von palliativ.ch) vorhanden. kein einheitlicher Bildungsstand und Wissen über Palliation bei Pflegefachkräften		
Mögliche Massnahmen (per 2010) interdisziplinäres und fachübergreifendes "Palliativ"-Bildungsangebot für alle, die im Gesundheitswesen im Kanton ZG tätig sind. Förderung von hausärztlicher WB in Palliativmedizin und – care 24h- Hotline oder Anruf bei Bereitschaftsdienst, amb. Konsiliarischer Dienst (Schmerzambulatorium)		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 spitalinterne Planung und Konzeption – WB sind offen angelegt für Hausärzte und MA von Pflegeheimen und ambulanten Diensten. WB-Angebot durch Fachbereich Palliative Care SPX ZG ist vorhanden und intern und extern nutzbar. Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte wurde durchgeführt im 2012
Ist Situation 2010 kein Arzt mit Weiterbildung in Palliation vorhanden rasche Erreichbarkeit nicht gewährleistet, keine Anlaufstelle im Kanton		Fehlende Statistik von Ärzten mit WB in Palliation
Handlungsbedarf Koordination des WB-Angebotes im stat. und amb. Bereich Es gilt abzuklären, ob das Kompetenzzentrum Affoltern ihr spezialisiertes Wissen den Zuger Hausärzten über Telefonbesprechung zur Verfügung stellen kann.		

7	Grundverständnis in der Bevölkerung	Massnahme Ö1: Sensibilisierung
fehlendes Grundverständnis für Palliative Care		
Mögliche Massnahmen (per 2010) gezielte Information in Medien und Messestände, Vorträge zum Thema in Zusammenarbeit mit der GD kostenlose Abgabe der Aufklärungsbroschüre "Unheilbar krank - und Jetzt?"		Umsetzungsstand und Ist Situation 2013 mehrere Anlässe pro Jahr auch mit zugkräftigen Referenten, Tagungen und Presseartikel, Gesundheitstage etc. haben eine Sensibilisierung im Kanton bewirkt. Die Anzahl Anfragen an Palliativ Zug ist steigend. Die national Strategie und letzte Befragung besagt jedoch, dass vor allem die Deutschschweiz noch ungenügend informiert sei.
Ist Situation 2010 spiegelt sich in neusten Umfragen wieder: 50% der Bevölkerung weiss nicht was Palliativ bedeutet		
Handlungsbedarf Laufende adressatengerechte und gezielte Information auf vielen Ebenen Aufschaltung des Newsletters für Interessierte und Fachpersonen		

8	Bekanntheit der Angebote	Massnahme Ö1,2: Sensibilisierung und I-DB
fehlendes Angebotswissen und Zugang		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Aufbau und Pflege einer Datenbank mit Einträgen von (zukünftigen) Anbietern im Bereich Palliative Care inkl. Angebotsbroschüre auf Papier ->evtl. Betriebsbewilligungen abfragen im Kanton Zug - >verlinken mit Datenbank Eintrag im „Palliativ Care Directory Schweiz“		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Die Grundstruktur der neuen Datenbank steht Die Erfassung und Verlinkung von Angeboten ist ein nächster Schritt im zweiten Halbjahr 2013 Unter Berücksichtigung bestehender Datenbanken
Ist Situation 2010 im Moment ist nicht klar wo welches Know How liegt und wer welche Angebote und Kompetenzen hat kein Eintrag im „Palliativ Care Directory Schweiz“		
Handlungsbedarf Informationsdatenbank abfüllen mit Inhalten Neue Angebote an palliative.ch und die Sektion Zentralschweiz melden. (Bringschuld) Aufnahme ins „Palliativ Care Directory CH“ prüfen lassen		

9	Netzwerk für Fachpersonen	Massnahme Ö1,2: Sensibilisierung und I-DB
fehlendes Gefäss für Erfahrungsaustausch		
Mögliche Massnahmen interdisziplinäre Fallbesprechungen (lernende Schnittstellen) unter der Leitung der verantwortlichen Person oder Palliativ Zug		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 innerhalb des Behandlungsverlaufes und fallbezogen haben sich die „Mikro“-Netzwerke etabliert in Form von telefonischem Austausch oder runden Tischen, dies auch im Sinne des erweiterten KLV Artikels 7 zur Koordinationsaufgabe. Mit dem Projektgremium „ETK“ konnte ein übergeordnetes Netzwerk gebildet werden.
Ist Situation 2010 fehlender fallbezogener Austausch im Behandlungsverlauf quer zu Versorgungsstrukturen		
Handlungsbedarf Überführung der ETK in ein Netzwerk Palliative Care Zug unter der Federführung von Palliativ Zug.		

10	Coaching der Angehörigen und Freiwilligen	Massnahme A1 & Ö3: Palliativpflege zu Hause & Trauerbegleitung
ungenügende Befähigung und Trauerbegleitung von pflegender Angehörigen und Freiwilligen fehlende Aufklärung über Symptome am Lebensende (Broschüren etc.) fehlende Selbsthilfegruppe "Trauerbewältigung" und "pflegende Angehörige"		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Förderung von Weiterbildung von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen (evtl. mit einer Rückerstattung der Kosten) Vermittlung von Informationen (Literaturangaben), Kontakt mit Fachpersonen in einem „Trauercafé“ Broschüre vom KS St. Gallen übernehmen und auf Zug adaptieren / Übersetzung in Landessprachen Selbsthilfegruppe einrichten zusammen mit Luzern		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Die Aspekte sind Bestandteil der Palliativ Zug vorliegenden Konzepte: Ökumenisches Seelsorge-Konzept unter Federführung von Franz-Xaver Herger, Spitalseelsorger Palliative Care Konzept der Spitex Kanton Zug Support für Angehörige durch spez. Pflegefachpersonen Zudem finden neu 2x im Jahr Gedenkgottesdienste für Angehörige von Verstorbenen im ZGKS statt an denen rund 70 Personen jeweils teilnehmen.
Ist Situation 2010 Betreuende sind zu wenig gut vorbereitet auf die terminale Phase und mit den auftretenden Symptomen vor Lebensende überfordert keine spezifischen Gratis-Broschüren vorhanden im Kanton Zug		
Handlungsbedarf Umsetzung der Detailkonzepte der Landeskirchen und der Spitex Broschüren auf der Informations-DB von Palliativ Zug zur Verfügung stellen. Bei kosch.ch Bedarf einer Selbsthilfegruppe klären in Zusammenarbeit mit palliative Zentralschweiz		

11 Ein- und Austrittsmanagement Spital	Massnahme S2: Nahtstellenmanagement
ungenügendes <u>vernetztes</u> Ein - und Austrittsmanagement vom Spital nach Hause oder ins Heim	
Mögliche Massnahmen (per 2010) rechtzeitige Planung und Finanzierungsregelung für z.B. alles weitere wie: Sterbeort, med. Hilfsmittel, Ernährung, Sauerstoff...) Die Prozesse der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) prüfen, ob sich diese im ZGKS adaptieren lassen (im Sinne von Palliative Care - Case Management)	Umsetzungsstand und Ist Situation 2013 Erfahrungswert: In der Regel funktioniert das Ein- und Austrittsmanagement zwischen Spital und Spitex. Probleme & Herausforderungen werden bilateral rasch gelöst.
Ist Situation 2010 In palliativen Situationen ist der Aufwand von Organisation des weiteren Behandlungsverlaufes daheim oder im Heim sehr gross.	
Handlungsbedarf Damit die Prozesse nicht nur aufgrund der persönlichen Initiative der jeweiligen MA funktionieren benötigt es einen standardisierten Prozess innerhalb des Behandlungsverlaufes und deren Schnittstellen zwischen Spital, Heim oder Spitex.	

12 Verfügbarkeit Patientendaten	Massnahme S2: Nahtstellenmanagement
fehlender Zugriff auf Patienten-Assessments und aktuelle Behandlungsdaten für weitere (plötzlich) involvierte Fachpersonen (vor allem zuhause)	
Mögliche Massnahmen (per 2010) Bestehende Überweisungsrapporte, Assessments etc. überarbeiten und betr. palliativ spezifischen Anliegen erweitern unter Berücksichtigung des Datenschutzes	Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Erfahrungswert: Zumeist sind die notwendigen Informationen bei den involvierten Fachpersonen vorhanden per Fax, Briefpost. per 1.6.13 bietet das ZGKS eine HIN-Schnittstelle an. Dies fördert den raschen und unkomplizierten Datenaustausch mittels Mail. Eine Anbindung an diese elektr. Schnittstelle ist möglich.
Ist Situation 2010 in den wenigstens Fällen ist der Patient im Besitz eines Verlaufberichts, Assessments oder einer Diagnose- und Medikamentenliste	
Handlungsbedarf Es gilt zu prüfen ob der Patient (als Datenbesitzer) seine relevanten Infos zum aktuellen oder weiteren Behandlungsverlauf auch wirklich bei sich daheim hat. Spitex Kanton Zug obliegt die Prüfung einer HIN Schnittstelle. Schnittstelle schaffen zu Heimen die einen Versorgungsauftrag zu Palliative Care haben	

13	Bedarfsabklärung der amb. Krankenpflege in stationären Einrichtungen vor Austritt	Massnahme A1: Palliativpflege zu Hause
fehlende standardisierte Bedarfsabklärung seitens amb. Krankenpflege im Spital für spezialisierte Behandlungspflege (Übergabe)		
Mögliche Massnahmen (per 2010) bei spezifischer Behandlungspflege geht die „Spitex- Pflegefachperson“ für eine Übergabe ins Spital evtl. das Care Management der Krankenversicherer aufs Boot holen - Besprechung zur Optimierung des Behandlungspfades mit allen involvierten Akteuren und Bezugspersonen, sowie Betroffenen (Case Management=„runder Tisch“)		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Zusammenarbeit mit Case/Care Management der Krankenkassen hat sich etabliert. Runde Tische werden angeboten und genutzt durch Palliative Station Spital Affoltern, das ZGKS wie auch durch die Spitex. Mit der Erweiterung des KLV Art. 7 hat sich die Kostenfrage verbessert. Koordination und Beratung durch spez. Pflegefachpersonen werden durch KK übernommen.
Ist Situation 2010 Bedarfsabklärung im Spital seitens Spitex wird von der Krankenkasse nicht übernommen aufgrund Doppelleistung. Ein Case Management (Koordination) ist keine Pflichtleistung der Krankenkasse		
Handlungsbedarf Bei komplexen Situationen müssen Rundtischgespräche organisiert werden.		

14	Sozial - rechtlicher Support	Massnahme Ö2: Informations-DB
fehlender Zugang für juristische, sozialversicherungsrechtliche Fragen (z.B. Erb- und Arbeitsrecht, BVG, Todesfallkapital, Pat.verfügung, Kündigung bei Krankheit, Betreuungsgutschriften, Lohnkompensation, Anstellung von pflegenden Angehörigen)		
Mögliche Massnahmen (per 2010) während der Projektphase hat sich eine Lösung abgezeichnet mit "pro cap" (wird geprüft durch Palliativ Zug)		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Die Sozialarbeiter der Gemeinden decken im Moment diese Lücke so weit wie möglich ab. Weitere Partner sind pro cap, pro senectute, pro infirmis, die Krebsliga, die Patientenbetreuung des ZGKS etc.
Ist Situation 2010 Im Kanton Zug gibt es keine rasche und kostenlose Auskunft für Laien und Fachleute bei Fragestellungen zu komplexen palliativen Situationen		
Handlungsbedarf Adressen und Telefonnummern müssen zugänglich sein / Vermittlung von Direkthilfe Erfassung der Beratungsanbieter in der Informationsdatenbank von Palliativ Zug mit dem Zusatz „gegen Gebühr oder kostenlos“		

15	Weiterbildung für Seelsorger	Massnahme Ö4: Seelsorge in palliativen Situationen
fehlende in Palliative Care weitergebildete Seelsorger		
Mögliche Massnahmen Förderung von Weiterbildung (pro Gemeinde ein Seelsorger)		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 die Palette an WB-Veranstaltungen ist gut, die Kirchen sind sich bewusst, dass es analog der Jugendarbeit, auch im Bereich Palliative Care, Zusatzausbildung benötigt. Eine breit abgestützte Arbeitsgruppe hat diesen Aspekt aufgenommen in ein „ökumenisches Seelsorge Konzept“ und in Vernehmlassung gegeben. Dieses wurde anlässlich der Delegiertenversammlung vom 22.Mai 2013 genehmigt. Ansprechperson ist Franz-Xaver Herger, Spitalseelsorger ZGKS und Vorstandsmitglied Palliativ Zug. Integriert sind Heimseelsorger, wie auch Spitalseelsorger. Das Konzept liegt dem Verein Palliativ Zug vor. Es absolvieren verschiedene Seelsorger eine spezifische Ausbildung. Kein Mengengerüst vorhanden. (Die Notfallseelsorge bei Katastropheneinsätzen existiert. Seelsorgende werden durch die Polizei informiert und aufgeboten.)
Ist Situation 2010 Notfallseelsorge bei Katastrophen-Einsätzen, kein spezifisches Konzept der Landeskirchen zu Palliative Care vorhanden, teilweise Engpass erkannt		
Handlungsbedarf Umsetzung des Konzeptes mit Einbezug von Palliativ Zug. Pro Pastoralraum wird eine verantwortliche Person spezifisch in Palliative Care ausgebildet. Zudem wird ein Theologe oder eine Theologin übergeordnet beauftragt die Befähigung der Bezugspersonen in Palliative Care pro Pastoralraum sicher zu stellen.		
16	Verfügbare Seelsorger zu Rand- und Nachtzeiten	Massnahme Ö4: Seelsorge in palliativen Situationen
keine rasche Verfügbarkeit von Seelsorgern mit Schwerpunkt Palliative Care		
Mögliche Massnahmen (per 2010) Eine zentrale 24-Std. Anlaufstelle mit der Regelung für Zuständigkeiten für spirituelle Begleitung, Ansprechpartner für andere Religionen, Fragen zum Bestattungswesen etc. Kommunikation via Pfarreiblätter Pool von freiwilligen Helfern aus den Gemeinden zugänglich machen		Umsetzungsstand und IST Situation 2013 Die Betreuung wird im Moment von den Pfarrämtern übernommen, Telefonnummern sind in Pfarreiblättern kommuniziert und liegen bei Palliativ Zug auf. Das ökumenische Seelsorge Konzept will auch diese Versorgungslücke schliessen.
Ist Situation 2010 Sinnfragen und Ängste treffen oft in der Stille der Nacht auf - es stehen dann nur vereinzelt Fachpersonen zur Verfügung		
Handlungsbedarf Umsetzung des Konzeptes mit Einbezug von Palliativ Zug. Einbezug von Palliativ Zug, Übernahme der Koordination.		

17	Psychologische und psychoonkologische Betreuung	Massnahme S4: Psycho(onko)logische Betreuung
<p>Stat. Versorgung: zu wenig Einbezug dieser Dienste in Institutionen wegen fehlender Finanzierung / fehlende standardisierte Sprechstunden von Psychoonkologen für Krebspatienten amb. Versorgung: zu wenig spezifisches Angebot seitens psychologischer Betreuung und fehlendes geschultes Personal in Palliative Care</p>		
<p>Mögliche Massnahmen (per 2010) zentrale Erfassung von Fachleuten, die diese Betreuung anbieten mit Notfallnummern Eine Stelle schaffen für einen Psychologen oder Psychiater mit entsprechender Ausbildung.</p>		<p>Umsetzungsstand und Ist Situation 2013 Ein Verzeichnis der Psychoonkologen besteht (Bestandteil der Krebsstrategie) das ZGKS ist momentan daran mit dem APD abzuklären, ob eine psychoonkologische Betreuung unkompliziert und zeitnah als delegierte Psychotherapie für Patienten des ZGKS verordnet werden kann. Dies würde auch die Kostenfrage klären. Psychoonkologen sind grundsätzlich verfügbar, zur Zeit arbeiten zwei Psychoonkologinnen delegiert (Abrechnung Grundversicherung KVG) Intervision (eine Form der Weiterbildung und Vernetzung) existiert zwischen Krebsliga, Spitex Zug und den Psychoonkologinnen</p>
<p>Ist Situation 2010 zu wenig Einbezug von Psychologen in Institutionen wg. Fallpauschalen, zu wenig bekanntes Angebot die Abklärung von Kostenübernahmen sind zeitaufwändig, diese Zeit steht oftmals nicht zur Verfügung in palliativen Situationen Psychoonkologen und eine Anlaufstelle fehlen</p>		
<p>Handlungsbedarf Weitere Klärung der Umsetzung (delegierte Form) für ZGKS und Heime Machbarkeit von Hausbesuchen durch Psycho-Onkologen prüfen Erfassung von verfügbaren Psycho(onko)logen in der Informations-Datenbank Palliativ Zug (Verlinkung auf Verzeichniss)</p>		

5.2 Zielerreichung der Versorgungslücken

Bei der nachfolgenden Beurteilung der Zielerreichung des Projektes handelt es sich um eine Einschätzung der Gesamtprojektleitung über die geleisteten Arbeiten und der damit erreichten Ziele – ob und in welchem Masse die in Phase 1 identifizierten Lücken nun geschlossen sind.

	Versorgungslücke	Prio Mai 2011	Zielerreichung Juni 2013	Bemerkungen
1	Pflege zu Hause	1		Lücke geschlossen ab Herbst 2013
2	Pikettdienst	1		Lücke geschlossen ab Herbst 2013
3	Auskunftsstelle	1		Pikettdienst muss sich etablieren
4	Palliativ - Betten	1		Kurzzeit 100% erfüllt Langzeit und Hospiz offen
5	Wissen Komplementärangebote	1		Datenbank wird aufbereitet im 2. Halbjahr 2013
6	Know-How in Palliation	2		Verfügbarkeit ausserhalb der Bürozeiten nicht garantiert
7	Grundverständnis in der Bevölkerung	1		Laufende Sensibilisierung durch Palliativ Zug
8	Bekanntheit der Angebote	1		Datenbank wird aufbereitet im 2. Halbjahr 2013
9	Netzwerk Fachpersonen	1		Falls ETK wie vorgeschlagen in Netzwerk überführt wird
10	Coaching Angehörige & Freiwillige	2		Erarbeitete Konzepte müssen umgesetzt werden
11	Ein-und Austrittsmanagement	2		Noch nicht formalisiert Heime nicht genügend eingebunden
12	Verfügbarkeit Patientendaten	2		
13	Bedarfsabklärung der amb. Krankenpflege	1		
14	sozial - rechtl. Support	1		Bekanntmachung der vorhandenen Dienstleistungen
15	Weiterbildung Seelsorger	2		Umsetzung des erarbeiteten Konzeptes ist geplant
16	Verfügbare Seelsorger zu Rand- und Nachtzeiten	2		Umsetzung des erarbeiteten Konzeptes ist geplant
17	Psycholog. und psychoonkolog. Betreuung	3		

Gesamthaft lässt sich feststellen, dass bei fast allen der mit Prio 1 bezeichneten Lücken grosse Fortschritte gemacht wurden – einzig die Fertigstellung einer Angebotsdatenbank ist noch in Verzug. Auch in den meisten der Prio 2 und 3 Lücken konnten in kurzer Zeit erfreuliche Fortschritte erzielt werden.

6 Ausblick und Vision

6.1 Strategie Palliative Care 2013 – 2015 auf nationaler und kantonaler Ebene

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform «Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Die «Strategie Palliative Care 2010 – 2012», legt Ziele fest, um das Angebot der Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Die Strategie fokussiert zudem auf eine verstärkte Koordination sowie auf eine optimalere Nutzung von Synergien auf nationaler und kantonaler Ebene. Damit haben Bund und Kantone zusammen mit den in diesem Bereich tätigen Organisationen und Institutionen wichtige Grundlagen zur Förderung von Palliative Care in der Schweiz geschaffen. Unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) wurden mit den «Nationalen Leitlinien Palliative Care im Jahre 2010» ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care erarbeitet, das einem gesamtschweizerischen Konsens entspricht. In vielen Kantonen wurde Angebote aufgebaut.

Unter der Federführung der Fachgesellschaft palliativ.ch wurden Qualitätskriterien und ein Verein zur Förderung der Qualität in Palliative Care gegründet. Dass heute mehr Menschen Zugang zu entsprechenden Angeboten haben als früher, ist auch auf die Aktivitäten der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010 – 2012» zurückzuführen. Vor allem aber sind diese Fortschritte dem grossen Engagement und der zum Teil ehrenamtlichen Arbeit vieler Akteure zu verdanken, die sich in den Gemeinden, Kantonen oder auf nationaler Ebene für Palliative Care einsetzen.

Auf diesem Fundament baut nun die zweite Phase mit der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013 – 2015» auf. Ziel ist es, Palliative Care in der Schweiz langfristig in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und des Bildungswesens zu verankern. (Informationen: «Nationale Strategie Palliative Care 2013 – 2015», www.bag.admin.ch/palliativcare)

Umsetzung der nationalen Strategie im Kanton Zug

Das Ende 2009 gestartete Projekt «Palliative Care Kanton Zug» hat in Anlehnung an die nationale Strategie zum Ziel, ein Konzept zur palliativen Versorgung im Kanton Zug zu erarbeiten. Die Steuerung des Projektes obliegt der Entscheidungsträgerkonferenz ETK, welche aus Vertretern der verschiedenen Institutionen zusammengesetzt ist. Die operative Leitung erfolgt durch den Vorstandsausschuss des Vereins Palliativ Zug. Mit dem Auftrag, informierende, vermittelnde und koordinative Tätigkeiten aufzunehmen, wurde zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug und dem Verein Palliativ Zug eine Subventionierungsvereinbarung für 2011 bis 2013 getroffen. Ein Verlängerungsgesuch wird im Juni 2013 eingereicht.

Palliative Versorgung im Kanton Zug

Im Kanton Zug wurden die gesetzlichen Grundlagen festgelegt, um eine kantonsweite palliative Versorgung sicherzustellen und zu fördern. Es bestehen Leistungsaufträge an Leistungserbringer: Die palliative Basisversorgung erfolgen durch das Zuger Kantonsspital und die Andreas Klinik. Als Kompetenzzentrum für Palliative Care ist das Spital Affoltern am Albis ein wichtiges, ergänzendes Glied in der kantonalen palliativen Versorgung. Die ambulante Palliative Care wird durch die Spitex des Kantons Zug wahrgenommen.

Schwerpunkte Verein Palliativ Zug

In der palliativen Versorgung des Kantons Zug bestehen insbesondere Lücken in der ambulanten Versorgung (Nachtdienst der Spitex) und der stationären Betreuung von Palliativ-Patienten. Deshalb unterstützt Palliativ Zug die Spitex des Kantons Zug in der Einführung eines Nachtdienstes der Spitex, um unter anderem die Versorgung von ambulanten Palliativ-Patienten rund um die Uhr zu gewährleisten. Ein weiteres, grosses Anliegen von Palliativ Zug ist die Errichtung eines Hospiz für die stationäre Aufnahme von Palliativ-Patienten im Kanton Zug.

6.2 Strategie Palliativ Zug

Die Vereinigung Palliativ Zug hat sich in den vergangenen Monaten intensiv mit den eigenen Zielen und den dazu führenden Wegen befasst. Die neue Führungscrew hat bei ihrer Arbeit die folgenden Aufgabenbereiche intensiver unter die Lupe genommen:

- Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care im Kanton Zug unterstützt durch den Leistungsauftrag des Kantons Zug, der der Tätigkeit von Palliativ Zug neben einer wertvollen finanziellen Unterstützung insbesondere auch die zusätzliche Legitimation für ihr Wirken neben den eigenen Vereinsstatuten gibt.
- Erarbeitung eigener Leitlinien an der sich Vorstand und Vorstandsausschuss orientieren wollen; diese Leitlinien haben in den Jahresbericht 2012 Aufnahme gefunden und sind dadurch den Mitgliedern und einer weiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht worden. Wir planen, darüber einmal auch eine grössere Veranstaltung durchzuführen, um diese weiter zu verbreiten.
- Mitwirkung bei der Neuregelung der Langzeitpflege im Kanton Zug durch die Gemeinden und dabei Vertretung der Palliative Care als wichtigem Bedürfnis für einen wachsenden Teil der Bevölkerung
- enger Schulterschluss mit der Spitex Zug zur Förderung der kostengünstigen und von der Bevölkerung meistgesuchten Heimpflege
- Sensibilisierung der Bevölkerung für Palliative Care im Kanton Zug mit dem Ziel in allen Bereichen dieser Pflege wo sinnvoll Unterstützung zu verschaffen.
- Organisation von öffentlichen Veranstaltungen zum Thema Palliative Care und damit Verbreitung des Wissens um die Möglichkeiten und Anlaufstellen in diesem wachsenden Bereich des Gesundheitswesens
- Schaffung von Palliativ Zug als erste Anlauf- und Informationsstelle im Kanton Zug für Menschen, die dafür ein Bedürfnis haben und diese Dienste in Anspruch nehmen möchten
- Umsetzung des Gedankens, dass es sich im Kanton Zug nicht nur hervorragend leben lässt, wie dies allgemein bekannt und geschätzt ist, sondern auch das Sterben und damit die Palliation in dieser Lebensphase sollte in unserem Kanton den Menschen so viel Hilfe wie nur möglich geben.
- Beratung und Unterstützung aller im Kanton Zug in der Palliativ Care Mitwirkender wie Ärzte, Spitex, Spitäler, Alterszentren und Pflegeheime
- Planung und später auch Mitwirkung bei der Realisierung eines (Sterbe-)Hospizes im Kanton Zug.

6.3 Vorschlag „Netzwerk Palliative Care Kanton Zug“

Mit dem Abschluss des Projektes hat auch das ETK Gremium seinen Auftrag erfüllt und viel dazu beigetragen, dass wichtige Massnahmen rund um Palliative Care ins Rollen geraten sind. Einiges konnte initiiert, aktiviert und umgesetzt werden. Die Arbeit wird uns auch in Zukunft nicht ausgehen, denn in Palliative Care ist es weiterhin vor allem die Vernetzungsarbeit. Jeder involvierte Leistungserbringer weiss nun um den weiteren Handlungsbedarf und nimmt er die Sache ernst, dann wird es auch sein Anliegen sein sich im Kanton Zug unter den wichtigsten Playern zu vernetzen.

Palliativ Zug wird hier aktiv, es geht darum nebst den Mikro-Netzwerken quer zum Behandlungsverlauf auch ein übergeordnetes Netzwerk zu gründen. Mitwirkende und Teilnehmer an diesem Netzwerk sind die einstigen ETK Mitglieder, welche auch als Multiplikatoren die neuen Botschaften rund um Palliative Care weitergeben sollen.

Das Netzwerk Palliative Care Kanton Zug wird laufend weitere interessierte Fachpersonen aufnehmen und in einem jährlichen Rhythmus einladen.

Mögliche Agenda eines zukünftigen Netzwerktreffens im selben Rahmen wie die heutige ETK:

- Begrüssung
- Stand, Entwicklung und Handlungsbedarf Palliativ Care im Kanton Zug
- Übersicht neue und veränderte Angebote im Kanton
- Referat oder Podiumsdiskussion zu aktuellem Thema aus dem Fachgebiet
- Informeller Austausch und Apéro

7 Anträge

Es gilt,

1. den Schlussbericht des Gesamtprojektes Palliative Care Kanton Zug anzuerkennen und abzunehmen
2. das Projekt als abgeschlossen zu erklären
3. die weitere Realisierung der Massnahmen in die Verantwortung der zuständigen Leistungserbringer und dem Verein Palliativ Zug zu übergeben
4. den Vorschlag annehmen zur Gründung eines Netzwerkes, anstelle der ETK