



palliative so gemeinsam + kompetent

Pilotprojekt „Stationäre Langzeit-Palliative Care für Erwachsene Kanton Solothurn“

Gesamte Projektdauer 2016 – 2018

Jahres-Berichterstattung 2017 zuhanden

- Amt für soziale Sicherheit (ASO); Solothurn
- Abteilung Lotteriefonds und soziale Institutionen; Solothurn



Herausgeber: Verein Palliative Solothurn

Redaktion: Haus im Park, Schönenwerd
THARAD Zentrum für Pflege und Betreuung, Derendingen

15. Dezember 2017

Inhalt

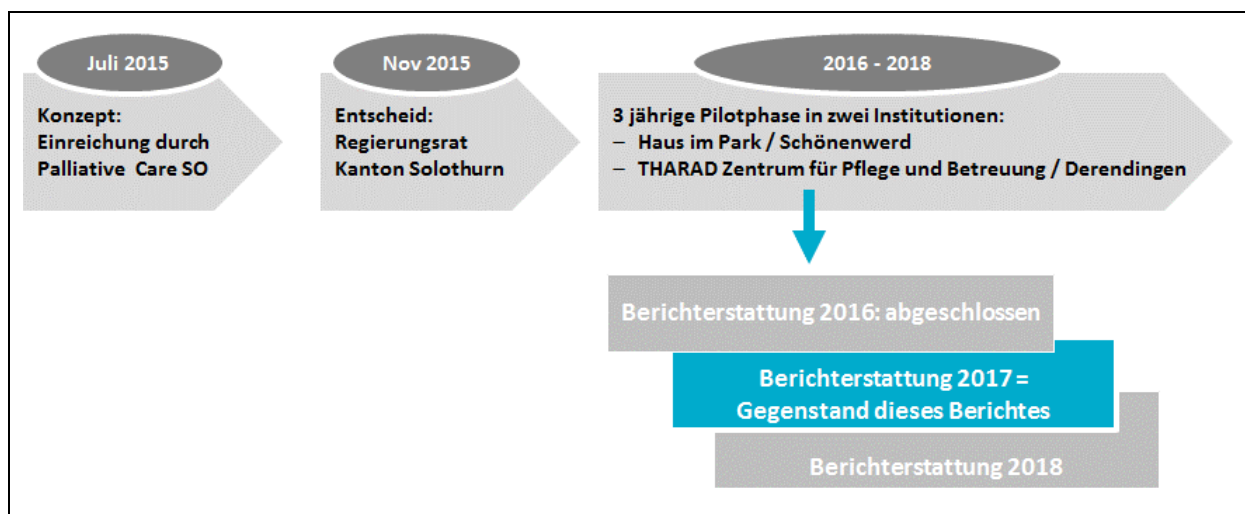
1.	Einleitung	2
2.	Zielsetzung des Projektes	2
3.	Schwerpunkte der Aktivitäten im zweiten Projektjahr	3
	3.1. Konzepte und Ausführungsbestimmungen	3
	3.2. Aus- und Weiterbildung	3
	3.3. Organisation	3
	3.4. Praxisbegleitung	4
	3.5. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit	4
	3.6. Interprofessionelles Netzwerk	5
4.	Nachfrage und Auslastung.....	6
	4.1. Vorbemerkungen	6
	4.2. Todesfälle	7
	4.3. Aufenthaltsdauer	7
	4.4. Pflage tage.....	8
	4.5. Altersstruktur	9
	4.6. Weitere Kriterien.....	11
5.	Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	11
	5.1. Heutige Situation.....	11
	5.2. Ausblick: Pilotstudie GDK und Curaviva	12
6.	Fazit und Ausblick	13
7.	Anträge.....	13
8.	Literaturverzeichnis	14
9.	Anhänge	15
	9.1. Ansprechpersonen des Projektes.....	15
	9.2. Aus- und Weiterbildungen	16
	9.3. Prospekt Palliative Care.....	17
	9.4. Kennzahlen zum Projekt.....	18

1. Einleitung

Der Verein „Palliative Care Solothurn“ hat im Juli 2015 beim Kanton Solothurn das Konzept „Stationäre Langzeit-Palliative Care für Erwachsene Kanton Solothurn“ eingereicht. Im November 2015 beschloss der Regierungsrat des Kantons Solothurn, dieses Projekt während drei Jahren zu unterstützen (RRB 2015/1798 vom 10. November 2015). Er bewilligte dafür einen Kredit von CHF 410'000.--. Es handelt sich um ein Engagement des Lotteriefonds des Kantons Solothurn.

Der RRB 2015/1798 sieht eine jährliche Berichterstattung vor. Die Berichterstattung für das erste Jahr wurde durch den Verein „Palliative Care Solothurn“ am 14. November 2016 zuhanden der kantonalen Behörden verabschiedet.

Ziel des vorliegenden Berichtes ist die Berichterstattung für das zweite Projektjahr.



2. Zielsetzung des Projektes

Die Zielsetzung des Projektes wurde im Bericht über das erste Jahr ausführlich dargestellt. Sie gilt unverändert auch für das zweite Projektjahr. Mit dem Pilotprojekt soll insbesondere eine verbesserte Versorgung von jüngeren, „nichtgeriatrischen“ Menschen in Alters- und Pflegeheimen erreicht werden, welche eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung haben. Die Aufenthaltsdauer kann einige Tage bis einige Wochen oder wenige Monate dauern. In einer ersten dreijährigen Projektphase wird mit wenigen Pflegeplätzen gestartet. Je nach Erfahrungen und weiterem Bedarf soll das Angebot ausgebaut werden. Dieser Ansatz stimmt mit der definierten Versorgungsstruktur der nationalen Leitlinien zu Palliative Care überein (siehe Literaturhinweise im [Kapitel 8](#)).

Das Projekt wird durch zwei Institutionen ausgeführt: das THARAD Zentrum für Pflege und Betreuung in Derendingen und das Haus im Park in Schönenwerd. Die beiden Häuser handeln eigenständig und pflegen dabei einen sich gegenseitig unterstützenden regelmässigen Austausch.

3. Schwerpunkte der Aktivitäten im zweiten Projektjahr

Der Schwerpunkt der Aktivitäten im zweiten Projektjahr lag auf den Aspekten Umsetzung, Vertiefung und Verankerung des Palliative Care-Ansatzes im operativen Tagesgeschäft. In diesem Kapitel wird dargelegt, welche konkreten Aktivitäten in den beiden Häusern unternommen wurden oder geplant sind.

3.1. Konzepte und Ausführungsbestimmungen

Das Pilotprojekt bietet die Chance, die im Rahmen der nationalen Strategie erarbeiteten Grundlagen zu nutzen und in geeigneter Form einen Transfer für den Heimbetrieb zu konkretisieren.

Zentral für die operative Umsetzung sind in den beiden Institutionen folgende Dokumente:

- Die institutionsspezifischen Konzepte zu Palliative Care;
- die von „Palliative CH“ festgelegten Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C);
- diverse interne Arbeitsanweisungen.

3.2. Aus- und Weiterbildung

Ein zentrales Element des Projektes ist die nachhaltige und fortlaufende Schulung der Mitarbeitenden. Sie befähigt die Mitarbeitenden, angemessen und professionell zu handeln. Wir können feststellen, dass sich durch die Schulungen und den Erfahrungsaustausch die Haltungen der Mitarbeitenden wie auch die Betriebskultur positiv verändern.

Die Schulungen berücksichtigen die institutionsspezifischen Gegebenheiten und orientieren sich an den gemeinsam abgestimmten Stossrichtungen:

- Sie betreffen alle Bereiche (Pflege, Betreuung, Reinigung, Wäscherei, Verpflegung, Restaurant, Verwaltung);
- es erfolgt ein modularer Aufbau;
- die Ausbildungen orientieren sich an den gängigen anerkannten Standards (Niveau A1/A2/B1);
- sie erfolgen vor Ort in den Institutionen und
- sie werden geleitet durch externe anerkannte Institutionen (Careum, Curaviva).

In den Schulungen werden vielfältige Themenbereiche behandelt. Der finanzielle Aufwand ergibt sich primär aus zeitlichem Aufwand durch die Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie sekundär aus den Kosten für die externen Kursanbieter. Das Engagement der beiden Institutionen ist eindrücklich, wie die Kennzahlen im [Kapitel 9.2](#) zeigen.

3.3. Organisation

Die Umsetzung des Palliative Care – Ansatzes wirkt sich auch auf die Organisation aus. Die beiden Institutionen verfolgen dabei unterschiedliche Ansätze:

- Im Haus im Park liegt der Lead bei einer Pflegeexpertin, die seit dem 1. April 2016 mit einem 80% Pensum tätig ist. Sie stimmt ihre Arbeit mit dem Geschäftsführer und der Leiterin Pflege und Betreuung ab.
- Im THARAD wurde eine Steuerungsgruppe Palliative Care implementiert. Die Gruppe stellt sicher, dass der Palliative Care - Ansatz im THARAD verankert und einheitlich gelebt wird. Sie trägt die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Angebotes und stellt die bereichsübergrenzende Vernetzung sicher (interne und externe Ansprechpersonen). Die Steuerungsgruppe wird vom Geschäftsleiter geleitet. Vertreten von der Geschäftsleitung sind die Leiterin Pflege und Betreuung sowie die Leiterin der Hotellerie. Die Wohngruppen sowie die Nachtwache sind mit 6 Mitarbeitenden vertreten. Die Gruppe trifft sich monatlich.

In beiden Häusern sind die Ziele weitgehend identisch und es zeigen sich gleiche Herausforderungen:

- Eine vorausschauende Planung erfolgt zusammen mit den Zuweisern (primär Spitäler); mögliche Krisensituationen können so rechtzeitig geklärt werden.
- Während dem Aufenthalt sind vermehrt runde Tischgespräche mit dem Arzt, Angehörigen, Seelsorger etc. nötig.
- Die ärztlichen Verordnungen und Visiten zu palliativen Behandlungsentscheiden sind in kürzeren Abständen nötig.
- Der Fachsupport im Hintergrund muss durch Pflegeexperten während 24h gewährleistet sein.
- Die Nachtwachen müssen teilweise verstärkt werden (u.a. Möglichkeit den Pikettdienst auszulösen und aufbieten einer tertiär ausgebildeten Mitarbeiterin).
- Es wurden spezielle medizinische Geräte (AMS-Matratzen, Infusomat, Ableitungssysteme) und Verbrauchsmaterialien gekauft.
- Das familiäre Umfeld von jüngeren onkologisch erkrankten Palliativ Bewohnern stellt eine grosse Herausforderung an das Team und benötigt zusätzliche Gespräche und Betreuung der Angehörigen.
- Die Finanzierung der Kosten ist bei kurzen Aufenthalten mit viel Aufwand verbunden.
- Die Sorgfalt für die Mitarbeitenden muss erweitert werden. Es werden vermehrt Bewohnerbezogene Teamsitzungen durchgeführt.
- Die Versorgung durch die Ärzte ist überstrapaziert. Die Hausärzte sind überlastet und eine angemessene und optimale Versorgung ist nicht in jedem Fall oder nur dank einem zusätzlichen, aber nicht nachhaltigem Engagement gewährleistet.

3.4. Praxisbegleitung

Es hat sich gezeigt, dass im Anschluss an die Grundausbildung eine intensive Begleitung der Pflegenden in der Praxis für die Umsetzung gewährleistet werden muss. Die Pflegenden sammeln Erfahrung für das Symptom Management und spezielle Medikation. Der fachliche Support muss für 24h gewährleistet sein.

3.5. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sind und werden weiterhin grosse Themen bleiben. Nach der Phase des Aufbaus geht es in der aktuellen Umsetzungsphase darum, das Angebot einer breite-

ren Öffentlichkeit bekannt zu machen, mögliche Vorbehalte abzubauen respektive gegenseitiges Vertrauen aufzubauen.

Seit Oktober 2016 liegt ein Flyer vor, der für ein allgemeines Zielpublikum erstellt wurde (siehe [Anhang 9.3](#)). Bisher erfolgte eine gezielte Abgabe; eine breitere Verteilung ist geplant.

Das Pilotprojekt wirkt auch als Türöffner für nationale und kantonale Projektgruppen und Vereine:

- Der Geschäftsführer vom THARAD hat Einsitz in die neu konstituierte nationalen Steuergruppe Palliative Care von Curaviva Schweiz. Die Treffen bieten gute Möglichkeiten für Austausch;
- die Leiterin Pflege und Betreuung vom Haus im Park ist im neu organisierten Vorstand von Palliative SO aktiv;
- der Geschäftsführer vom THARAD ist dank dem Pilotprojekt Mitglied in der kantonalen Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Regelungen zur assistierter Sterbehilfe. Die Leitung der Arbeitsgruppe erfolgt durch das Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn;
- beide Institutionen sind eingeladen geworden für Hearings der ökumenischen Arbeitsgruppe „Palliative Care und Kirchen im Kanton Solothurn“.

Diese Aktivitäten werden durch weitere Massnahmen ergänzt:

- Textbeiträge in den Geschäftsberichten und Internetseiten der beiden Institutionen;
- Diverse Kontakte mit interessierten Personen und Präsentationen des Projektes;
- Publikation eines Fachbeitrages über Spirituelle Begleitung im letzten Lebensabschnitt; publiziert in NOVAcure 08/2017 (siehe [Kapital 8](#)).

Äusserst wertvoll ist die mündliche Mund zu Mund Propaganda. Die Rückmeldungen von Angehörigen sind sehr erfreulich und bestätigen, dass das Angebot sehr geschätzt und gut aufgenommen wird. Die Wertschätzung zeigt sich auch durch hohe Spendeneingänge.

Sterben als Teil vom Leben, als Übergang in eine andere Dimension, unterliegt dem Normalitätsprinzip und muss gepflegt werden. Die Zunahme der Sterbefälle in beiden Institutionen fordert die Führungskräfte und das Personal heraus. Es ist uns ein Anliegen, dass wir nicht das Image eines Sterbehomes erhalten sondern die Institutionen Teil eines gesamtheitlichen Versorgungsmodells sind.

3.6. Interprofessionelles Netzwerk

Es ist unbestritten, dass ein interprofessionelles Netzwerk ein zentraler Bestandteil für ein nachhaltiges Angebot in der Palliative Care darstellt.

So achten die beiden Häuser einerseits auf ein gut funktionierendes Netzwerk innerhalb ihrer Institutionen. Palliative Care beschränkt sich nicht nur auf die Pflege, sondern bindet auch die anderen Bereiche (Hauswirtschaft, Verpflegung, Verwaltung) in die Verantwortung ein.

Andererseits gilt es, ein externes Netzwerk auf- und auszubauen, damit weitere Aspekte einer umfassenden Palliative Care abgedeckt werden können. Als besonders wertvoll erwiesen sich folgende Kontakte:

- Ärzte und Ärztezirkel: → Gegenseitiges Vertrauen, Akzeptanz des Angebotes, Umgang mit Reservemedikation, Gestaltung des Betreuungsplans, gleiches Verständnis
- Soziale Dienste (u.a. Solothurner Spitäler SoH, Hirslanden Klinik, Kantonsspital Aarau KSA, Inselspital, Klinik Bethesda, weitere Reha-Kliniken): → Abklärung Bedarf, Regelung Übertritte, Finanzierung
- Spitalexterne onkologische Palliativpflege SEOP: → Austausch Fachwissen, Abklärung Bedarf
- Helpline Palliative Care Kanton Solothurn 079 894 17 89: → Fachliche Beratung
- Spez. Palliativabteilungen SoH, KSA und Hirslanden: → Fachliche Beratung
- Spirituelle Begleitung & Seelsorge: → Spezifische Bedürfnisse von Bewohnern und Angehörigen in der Palliative Care als Zusatzangebot ausserhalb der bereits institutionalisierten Gottesdienste. So wurde im THARAD das Angebot „Trauerinsel“ eingeführt, welches Angehörigen von Verstorbenen die Möglichkeit gibt, zusammen mit anderen Personen in einem geschützten Rahmen über die Trauer zu sprechen. Mit den Seelsorgern im Niederamt wurden die Möglichkeiten der Erweiterung der seelsorgerischen Betreuung besprochen und geklärt.
- Freiwillige Mitarbeiter: → Zeit haben für Gespräche, Unterstützung der Pflege; Ermöglichen von neuen Zugängen zu den Bewohnenden und Erhalt der Lebensqualität. Beispiel: neu besucht eine Betreuerin mit ihrem Therapiehund wöchentlich an einem Nachmittag Bewohner im THARAD und im Haus im Park. Die Pflege wählt dabei vorgängig aus, welche Personen besucht werden. Im Haus im Park wurde ein Freiwilligenkonzept nach den Benevol-Grundsätzen erstellt und umgesetzt zur Unterstützung der palliativen Betreuung. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Fachstelle Diakonie und Soziale Arbeit. Die freiwilligen Mitarbeitenden haben eine Weiterbildung in Sterbebegleitung besucht.

4. Nachfrage und Auslastung

4.1. Vorbemerkungen

Eine systematische Projektevaluation bedingt die Erhebung von entsprechenden geeigneten Daten. Die beiden Institutionen führen dazu entsprechende Listen, die für jede Bewohnerin und jeden Bewohner folgende Parameter ausweisen:

- Vorname und Name, Geschlecht
- Geburtsdatum und Alter
- Eintritt (von zuhause | anderes Heim | Spital | Palliativstation Kantonsspital Olten | andere)
- Austritt (Exitus | nach Hause | anderes Heim | Spital | Palliativstation KS Olten | andere)
- Zuweisungsgrund und Diagnose
- Ein- und Austrittsdatum
- Pflagestage
- Netzwerk und involvierte Disziplinen

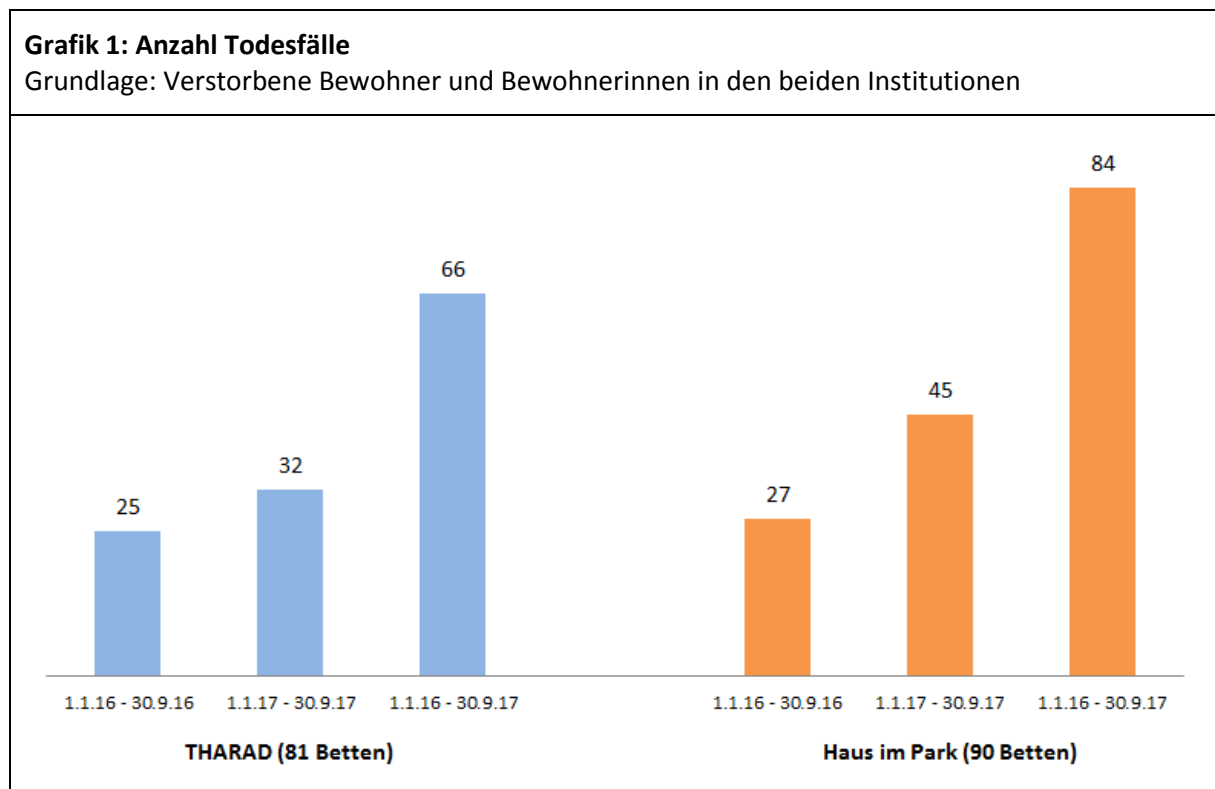
Diese Datengrundlagen ermöglichen gezielte Auswertungen. Für den vorliegenden Bericht werden dabei folgende Zeiträume gegenübergestellt:

- 1. Januar 2016 bis 30. September 2016. Fokus: Projektstart; Grundlage für ersten Bericht
- 1. Januar 2017 bis 30. September 2017. Fokus: Jahresvergleich mit der Vorjahresperiode
- 1. Januar 2016 bis 30. September 2017. Fokus: kumulierte Entwicklung seit Projektbeginn

Wie im ersten Bericht erläutert sind die Kriterien „Aufenthaltsdauer < ½ Jahr“ und „Alter < 65 Jahre“ gute Indikatoren, um das Zielpublikum des Pilotprojektes zu beschreiben. Zusätzlich werden in der vorliegenden Berichterstattung für das zweite Projektjahr zudem die geleisteten Pflage tage ausgewertet. Die Auswertungen basieren im Sinne einer „ex Post – Analyse“ auf der Anzahl der Verstorbenen ([Kapitel 4.2](#)). Die Zahlen werden in den [Kapiteln 4.3 bis 4.5](#) zusammengefasst und kommentiert.

4.2. Todesfälle

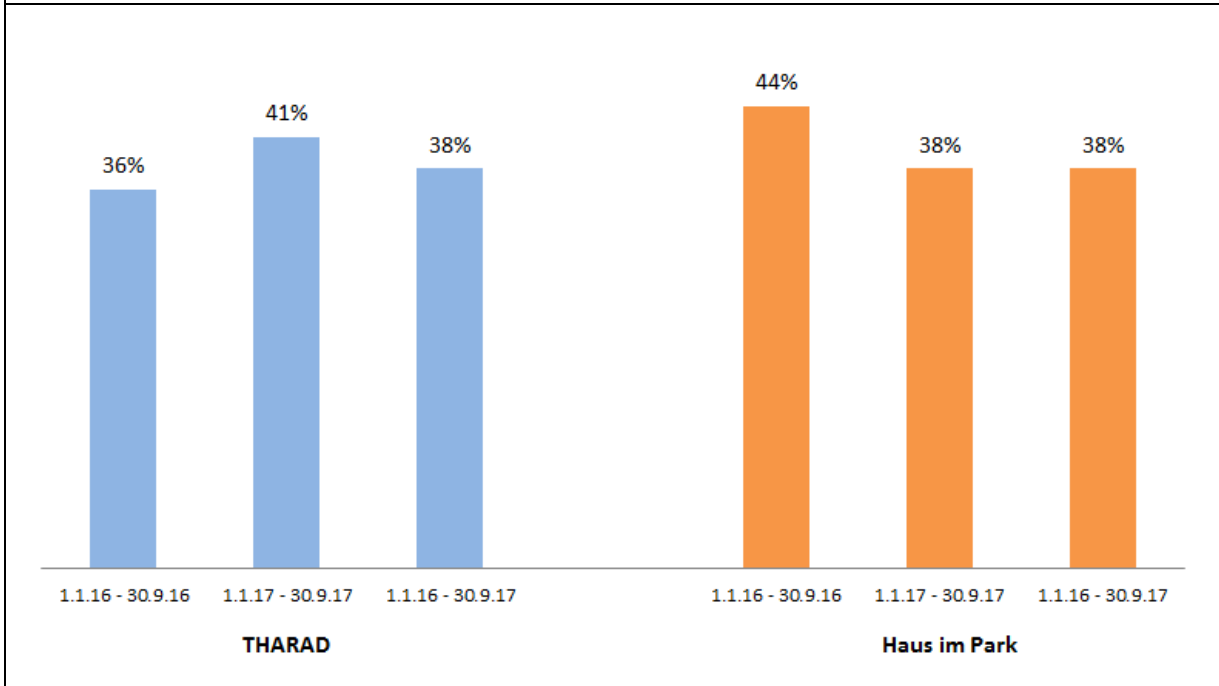
Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, hat die Anzahl der Todesfälle im Vergleich zur Vorperiode in beiden Häusern zugenommen.



4.3. Aufenthaltsdauer

Der Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern zeigt sich auch im zweiten Projektjahr. Die nachfolgende Tabelle weist die prozentualen Anteile der Verstorbenen aus, die weniger als ein halbes Jahr in den Institutionen gelebt haben.

Grafik 2: Anteil Verstorbene mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als einem halben Jahr
 Grundlage: Verstorbene Bewohner und Bewohnerinnen in den beiden Institutionen



Auch absolut zeigt sich ein Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern. Vergleicht man alle Verstorbenen, so ergeben sich folgende durchschnittlichen Werte:

	1.1.16 – 30.9.16	1.1.17 – 30.9.17	1.1.16 – 30.9.17
• THARAD:	2.3 Jahre	1.5 Jahre	1.9 Jahre
• Haus im Park:	1.8 Jahre	2.3 Jahre	2.2 Jahre

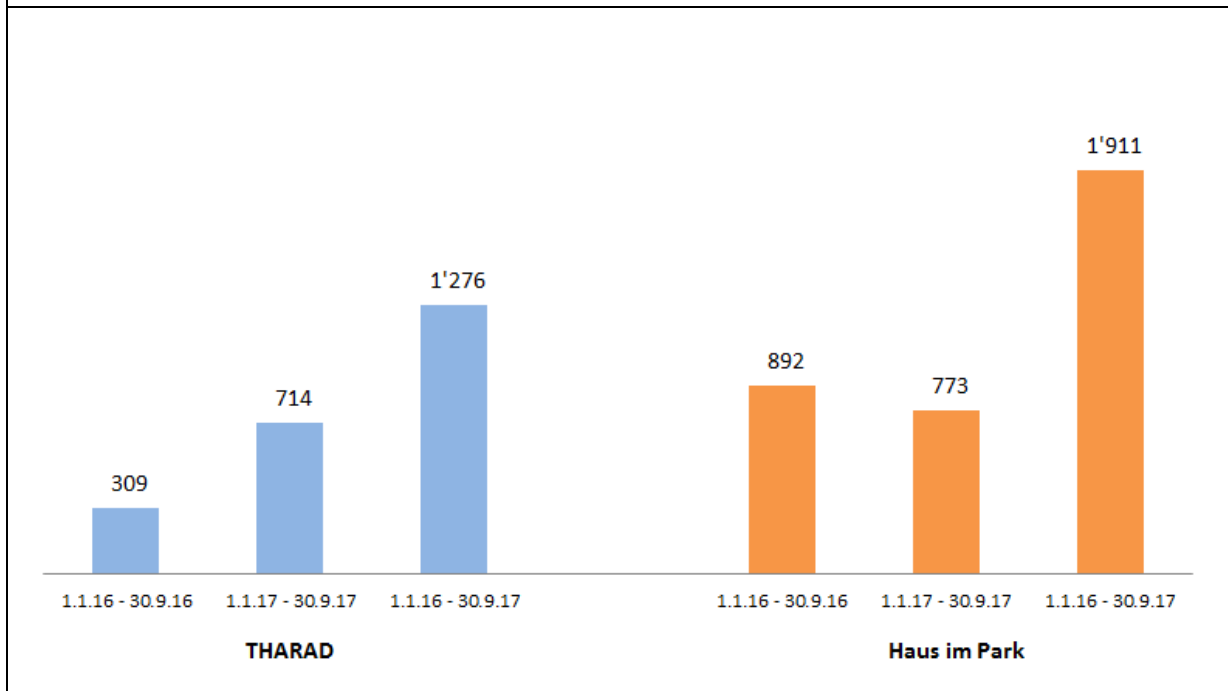
Als spezifische Herausforderungen bei kürzeren Aufenthaltsdauern zeigen sich folgende Elemente:

- Rasche Reaktionszeiten: Häufige Wechsel erfordern rasche Reaktionszeiten. Dies gilt für die Reinigung wie auch das Assessment beim Eintritt der Pflege und die Administration. Die Vorlaufzeiten zum Beispiel für die Abklärung von finanziellen und vertraglichen Fragen bestehen kaum oder gar nicht. Wichtig sind hier gut und schlank organisierte Prozesse und Abläufe.
- Sorgeskultur für Personal und Bewohnende: Eine Kultur des Sterbens und Trauerns muss kommuniziert, unterstützt und gelebt werden im Betrieb. Bewohnende, die auf der gleichen Wohngruppe leben, werden häufiger mit Todesfällen konfrontiert.
- Es entstehen Kosten, die durch die Tarife nur ungenügend abgedeckt sind (siehe auch [Kapitel 5](#)).

4.4. Pflagetage

Die Pflagetage können als Indikator für die Bettenauslastung vermittelt werden. Die nachfolgende Grafik weist die geleisteten Pflagetage aus, die für Bewohnerinnen und Bewohner erbracht wurden, die weniger als ein halbes Jahr in den Institutionen gelebt haben.

Grafik 3: Anzahl Pflgetage für Bewohnende mit einer Aufenthaltsdauer kleiner als ½ Jahr
Grundlage: Verstorbene Bewohner und Bewohnerinnen in den beiden Institutionen

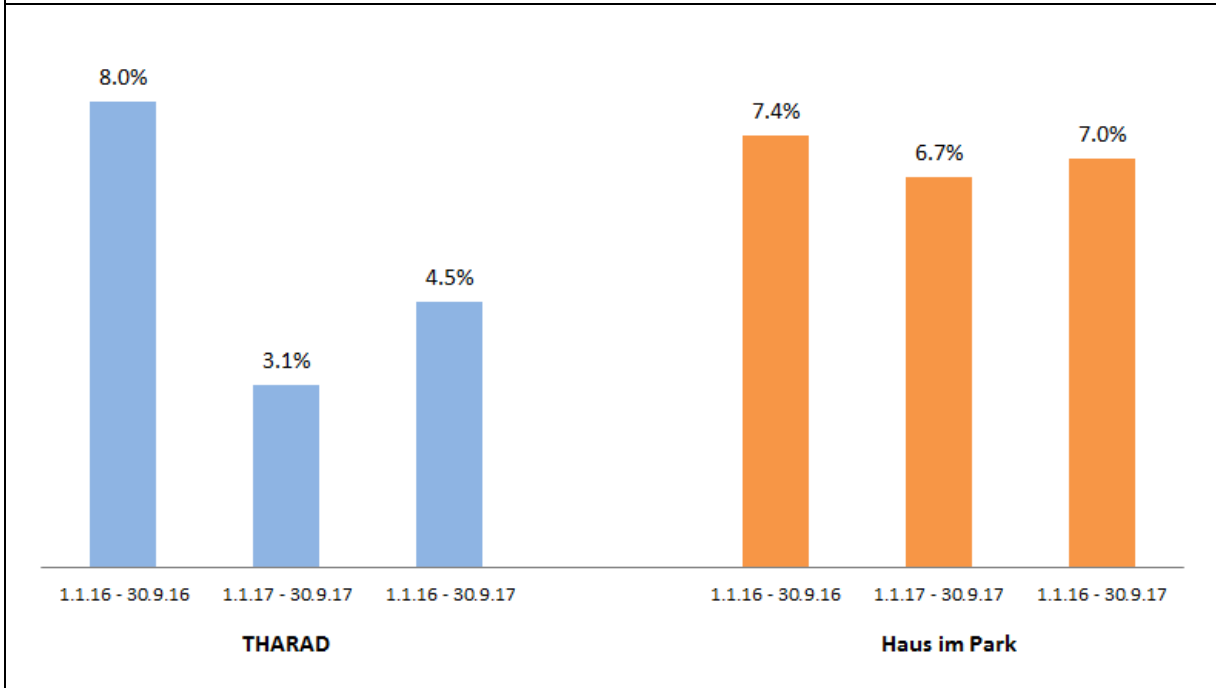


4.5. Altersstruktur

Die Auswertung der Zahlen zeigen, dass es sich bei den jüngeren, nicht geriatrischen Bewohnerinnen und Bewohnern bisher um Einzelfälle handelt. Aus der nachfolgenden Grafik ist ersichtlich, dass ihr Anteil in beiden Institutionen unter 10% liegt. Der Vergleich zur Vorperiode ist aufgrund der noch geringen Anzahl der Fälle zufällig und nur bedingt aussagekräftig.

Grafik 4: Anteil Verstorbene mit einem Alter von unter 65 Jahren

Grundlage: Verstorbene Bewohner und Bewohnerinnen in den beiden Institutionen



Betrachtet man das durchschnittliche Alter aller Verstorbenen, so zeigt sich ebenfalls, dass der Einfluss von jüngeren Pflegefällen nicht signifikant ist:

	1.1.16 – 30.9.16	1.1.17 – 30.9.17	1.1.16 – 30.9.17
• THARAD:	82.7 Jahre	85.3 Jahre	84.3 Jahre
• Haus im Park:	86.8 Jahre	84.3 Jahre	85.3 Jahre

Als mögliche Ursachen für den noch geringen Anteil von jüngeren Bewohnerinnen und Bewohner kommen folgende Faktoren in Frage:

- Die Eigenfinanzierung der Langzeitpflege ist für die Bewohnenden massiv höher als in der Akutpflege (nur Selbstbehalt). Wenn keine IV Beträge gesprochen sind, gibt es für Bewohnende < 65 Jahre keine Ergänzungsleistungen. Es kann nur via Sozialhilfe einen Kostengutsprache eingeholt werden. Dies ist zeitlich oft unrealistisch, weil die Abläufe sehr lange dauern, bis die Kostengutsprache vorhanden ist.
- Jüngere nicht geriatrische Bewohnende sind bis auf wenige Ausnahmen an Krebs erkrankt. In eine Institution treten sie in der Regel erst dann ein, wenn die häusliche Versorgung, das häusliche Netzwerk an die Grenzen kommt. Die Aufenthaltsdauer ist in diesem Fall sehr begrenzt auf einzelne Stunden bis wenige Wochen.
- Jüngere nicht geriatrische Bewohnende mit onkologischen Erkrankungen treten eher ein, wenn sie keine Familie, kein häusliches Netzwerk haben, welche ihnen ein über eine längere Zeit ein Zuhause bieten können. Die Verweildauer ist entsprechend aber grösser (über ½ Jahr).
- Palliative Entlastungsbetten (beschränkt auf Kurzaufenthalte) dienen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen. Diese Bewohnenden sind alle in ihr häusliches Umfeld zurückgekehrt.

- Pflegeheime werden häufig noch als Altersheime wahrgenommen. Diese Umgebung ist für jüngere Bewohnende ungewohnt und sie müssen zuerst überzeugt werden, dass sie hier gut aufgehoben sind.
- Das Angebot der Institutionen ist noch nicht überall bekannt.

4.6. Weitere Kriterien

Neben den in den Kapiteln 4.2. bis 4.3 vorgestellten Kennzahlen gibt es weitere Aspekte, die für das Projekt von Interesse sind:

- Die Institutionen erhalten Anfragen für die Aufnahme von palliativen Pflegefällen, die aufgrund der Auslastung und fehlenden Kapazitäten jedoch abgelehnt werden mussten.
- Palliative Care ist in gleichem Masse für alle Altersgruppen von hoher Bedeutung. Wie in der Grafik 3 ersichtlich wird, konnten viele „geriatrische“ Menschen von den Palliativkompetenzen profitieren, was ohne dieses Projekt nicht hätte ermöglicht werden können.
- Es wurden Aufnahmen von palliativen Pflegefällen vereinbart, die jedoch nicht mehr eintreten konnten (Exitus oder Transport/Überführung war nicht mehr möglich/zweckmässig).
- Es gibt Fälle, die als palliative Pflegefälle aufgenommen wurden, deren Aufenthalt aber effektiv mehr als ein halbes Jahr dauerte und die daher nachträglich nicht mehr dem Pilotprojekt zugeordnet werden können.

Beide Institutionen führen entsprechende Warte-/Dringlichkeitslisten, die für die abschliessende Projektevaluation genutzt werden können.

5. Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

5.1. Heutige Situation

Die Einnahmen der Institutionen basieren auf den allgemein gültigen und von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Diese enthalten folgende Komponenten:

- Tagespauschalen für die Hotellerie und die Pflege
- Tarife für Serviceleistungen, insbesondere Ein-/Austrittspauschalen

Die Tarife decken nicht alle Kosten ab, die insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern in palliativen Situationen mit kurzen Aufenthaltsdauern entstehen:

- Bei kurzen Aufenthalten wird nur ein Anteil der Ein-/Austrittspauschalen in Rechnung gestellt. Der Aufwand ist aber weitgehend unabhängig von der Aufenthaltsdauer. Kurzaufenthalte fordern oftmals eine enorm hohen Beratungs-, Assessment- und Organisationsaufwand.
- Es ist ein spezifischer und beträchtliche Bedarf an Aus- und Weiterbildungen erforderlich (siehe [Kapitel 3.2](#)).
- Es besteht ein Mehrbedarf für das Pflegepersonal. Eine Quantifizierung ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht möglich. Das Haus im Park hat im Februar 2017 an der Tätigkeitserfassung des Bundes für Palliative Care-Leistungen in Langzeiteinrichtungen teilgenommen. Diese Grundlagen werden benötigt, um eine allfällige Anpassung der Tarifierung vorzunehmen (siehe [Kapitel 5.2](#)).

- Ein personeller Mehrbedarf entsteht auch bei der Führung und der Organisation, insbesondere durch die Anstellung einer Pflegeexpertin (Haus im Park) oder die Implementierung einer Steuerungsgruppe zu Palliative Care (THARAD).
- Aus ökonomischer Sicht macht es mit den bestehenden Tarifstrukturen keinen Sinn, eine bestimmte Bettenanzahl freizuhalten, um rasche Aufnahmen zu ermöglichen. Dies wäre erst dann wirtschaftlich gerechtfertigt, wenn es eine „Bettenleerstandfinanzierung“ gibt. Dies ist heute jedoch nicht der Fall, d.h. Kapazitäten können nicht auf Zuseher hin freigehalten werden.
- Ein Mehraufwand für spezifische Anschaffungen ist nicht in jedem Fall abgedeckt, sowohl für technische Anschaffungen wie auch Einrichtungen von Zimmern (z.B. Möglichkeit, dass Angehörige rund um die Uhr anwesend sein können).
- Leistungen insbesondere im seelsorgerischen Bereich (z.B. die Trauerinsel) sind wertvoll für einen gesamtheitlichen Ansatz, in den Tarifen aber nicht abgedeckt.
- Das Reporting zum dreijährigen Pilotprojekt bedingt einen entsprechenden Aufwand durch die Geschäftsleitungen der beiden Institutionen.
- Kann die Finanzierung aufgrund der Kurzfristigkeit nicht vor dem Eintritt geregelt werden, besteht die Gefahr, dass die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um die Rechnungen zu bezahlen. Dies führt zu entsprechenden Debitorenverlusten bei den Institutionen. Bewohner unter 65 Jahren erhalten zudem keine Ergänzungsleistungen.

Im [Anhang 9.4](#) wird eine Abschätzung vorgenommen, welche Aufwendungen nicht durch die Tarife abgedeckt werden.

5.2. Ausblick: Pilotstudie GDK und Curaviva

Die Problematik von nicht abgegoltenen Leistungen im Langzeitbereich wurde im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care erkannt. Daher haben die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK und Curaviva ein Projekt lanciert, das zum Ziel hat, den Zeitaufwand des Pflege- und Betreuungspersonal in Palliative Care End-of-Life (PC) Situationen zu erheben und zu analysieren. Mit der Studie soll geprüft werden, inwieweit Situationen mit einem hohen Ressourcenbedarf in den Pflegeheimen ausreichend in den Bedarfserhebungsinstrumenten (BESA und RAI) abgebildet und damit angemessen entschädigt werden.

Die Zeitaufwände werden mit der Curatime-Methode gemessen. Das Haus im Park hat sich im Jahr 2017 an der Studie beteiligt. Die Resultate der Studie werden in einem Bericht Ende 2017 / Anfang 2018 veröffentlicht.

Es ist offen, wann das im Kanton Solothurn vorgeschriebene RAI-System angepasst wird und in welchem Ausmass die Institutionen dank höheren Tarife für den Mehrbedarf entschädigt werden. Ungeklärt ist die Finanzierung während der Übergangsfrist bis zum Inkrafttreten der neuen Tarife.

6. Fazit und Ausblick

Das Pilotprojekt kann auch im zweiten Jahr als erfolgreich bezeichnet werden. Es entspricht einem klaren Bedürfnis.

Die palliative Ausrichtung der beiden Institutionen ist über die beiden Regionen hinaus bekannter geworden. Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörigen wie auch die zuweisenden Sozialdienste und Ärzte wünschen vermehrt eine Aufnahme in die beiden Häuser.

Für junge Palliative Bewohnerinnen und Bewohner ist ein Pflegeheim oft nur eine Möglichkeit, wenn die Finanzierung durch die Öffentlichkeit gewährleistet ist. Selbstzahler organisieren sich eine ihrem Alter entsprechende Einrichtung.

Die Aus- und Weiterbildung vom Personal gibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sicherheit. Sie kommt auch den Angehörigen zugute, welche die fachliche Betreuung schätzen. Die bereichsübergreifenden Aus- und Weiterbildungen haben wesentlich dazu beigetragen, dass in den beiden Institutionen ein breit verankertes Selbstverständnis betreffend Palliative Care besteht. Dank der fachlichen Unterstützung durch interne und externe Pflegeexperten können herausfordernde palliative Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden.

Wie im [Kapitel 5](#) dargestellt sind die bestehenden Tarife im Bereich Palliative Care nicht immer kostendeckend. Viele der durchgeführten Aktivitäten wären nicht möglich gewesen ohne die Projektfiananzierung durch den Kanton.

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Institutionen hat sich bewährt und wird weitergeführt. Geplant ist ein verstärkter Erfahrungsaustausch mit anderen ausserkantonalen Institutionen.

Das Pilotprojekt wird Ende 2018 mit einem umfassenden Reporting abgeschlossen.

7. Anträge

Gestützt auf die Ziffer 2.4 und 2.5 des RRB 2015/1798 stellt der Vorstand von Palliative Solothurn folgende Anträge:

1. Die vorliegende zweite Berichterstattung zum Pilotprojekt „Stationäre Langzeit-Palliative Care für Erwachsene Kanton Solothurn“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Für die zweite Tranche erfolgt eine Auszahlung von CHF 130'000.-- zuhanden des Vereins Palliative Solothurn.
3. Die zweite Tranche wird gleichmässig auf die Institutionen „Haus im Park; Schönenwerd“ und „THARAD Zentrum für Pflege und Betreuung; Derendingen“ (d.h. jeweils CHF 65'000.--) weiterverteilt.

Gemäss RRB 2015/1798 ist die Abteilung Lotteriefonds und soziale Organisationen ermächtigt, den Betrag zulasten des Kontos 2090017 „Lotteriefonds“ anzuweisen. Die Anweisung erfolgt auf Antrag des Gesundheitsamtes.

8. Literaturverzeichnis

Zum Thema der Palliative Care gibt es eine Fülle von Unterlagen. Nachstehend eine Auswahl von Unterlagen, die für das Pilotprojekt von speziellem Interesse sind:

Internet:

- www.curaviva.ch Curaviva | Themendossier „Palliative Care“
- www.bag.admin.ch Bundesamt für Gesundheit | div Publikationen zu Palliative Care

Fachliteratur:

- Benkert, B.: Spirituelle Begleitung im letzten Lebensabschnitt. Die Ritualbox als Werkzeug für Pflegende und Betreuende. In: NOVAcura 8/17. Hogrefe. 2017
- Fringer, A. (Hrsg.): Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Hogrefe. 2016
- Neuenschwander, H. / Cina, C.: Handbuch Palliativmedizin. Hogrefe. 2015
- Schweizerischer Nationalfonds: Synthesebericht NFP 67. Lebensende. SNF. 2017

9. Anhänge

9.1. Ansprechpersonen des Projektes

Haus im Park

Kreuzackerstrasse 24 | 5012 Schönenwerd

062 858 43 00 | www.hausimpark.ch | info@hausimpark.ch

- Markus Hunn, Leitung Haus im Park
- Heidi Aeschlimann, Leitung Pflege
- Brigitte Benkert, Pflegeexpertin

THARAD Zentrum für Pflege und Betreuung

Hauptstrasse 50 | 4552 Derendingen

032 681 61 81 | www.tharad.ch | info@tharad.ch

- Karl Zraggen, Geschäftsführer
- Priska Thomet, Leiterin Pflege und Betreuung

9.2. Aus- und Weiterbildungen

Aus- und Weiterbildungen sind für die PC von zentraler Bedeutung. Entsprechend gross ist das Engagement der beiden Institutionen in diesem Bereich. Die nachfolgenden Tabellen fassen die Aktivitäten zusammen, die seit dem Projektbeginn durchgeführt wurden.

Tabelle 1: Struktur und Ziele der Aus- und Weiterbildungen Grundlage: Erhebungen der beiden Institutionen	
Angebot	Zielsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Grundausbildung</u> <ul style="list-style-type: none"> – Herkunft, Definition und Grundwerte der Palliative Care – Körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen in der Betreuung – Rolle und Zusammenarbeit der Mitarbeitenden aller Bereiche – Verbale und nonverbale Kommunikation 	Gemeinsames Verständnis für alle Bereiche; allgemeine Grundlagen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vertiefungsschulungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Delir – Symptommanagement – Sterbeprozess – Ethik, ethische Auseinandersetzung, Angehörige – Abschied, Trauer, Spiritualität, Rituale 	Spezifisches Fachwissen für das Fachpersonal der Pflege zu ausgewählten Bereichen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Praxistransfer</u> <ul style="list-style-type: none"> – Fall-/Nachbesprechungen – Coaching – Fachtagungen 	Sicherstellung der Umsetzung im Alltag und des Erfahrungsaustausches

Tabelle 2: Kennzahlen zur Aus- und Weiterbildung Grundlage: Berechnungen der beiden Institutionen	
• Aus- und Weiterbildungstage:	996 Tage
• Interner Aufwand (8.4h/Tag; Vollkosten):.....	513'000 CHF
• Externer Aufwand (gemäss Vertrag mit Anbietern)	117'000 CHF

9.3. Prospekt Palliative Care

Kontakt

THARAD

Zentrum für Pflege und Betreuung
Hauptstrasse 50
4552 Derendingen
032 681 61 81
info@tharad.ch
www.tharad.ch

HAUS IM PARK

Pflege- und Betreuungsinstitution
Kreuzackerstrasse 24
5012 Schönenwerd
062 858 43 00
info@hausimpark.ch
www.hausimpark.ch

Palliative Care Grundversorgung im Kanton Solothurn



Das Projekt wird unterstützt durch den
Lotteriefonds vom Kanton Solothurn und den Verein palliative so



Künstlerin: Christine Bürki, Herzogenbuchsee

Palliative Care

Was uns wichtig ist

Was wir für Sie tun können

Palliative Care Angebot

„Du zählst, weil Du Du bist. Und Du wirst bis zum letzten Augenblick Deines Lebens eine Bedeutung haben.“
Cicely Saunders

Einen schützenden und wärmenden Mantel während dem letzten Lebensabschnitt umlegen, für Lebensqualität und Wohlbefinden bis zuletzt sorgen – das hat unser Angebot der Palliative Care zum Ziel. Unser Angebot richtet sich an Menschen ab 18 Jahren mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.

Wir bieten Ihnen und Ihren Angehörigen eine würdige Umgebung und Begleitung während der letzten Wegstrecke Ihres Lebens.

All das was Ihnen und Ihren Angehörigen wichtig ist, findet Platz in unserer gemeinsamen Begleitung und Pflege.

Wir unterstützen Sie bei allen Themen rund um Sterben, Tod und Trauer. Neben der Linderung der körperlichen Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Angst und Verwirrung unterstützen wir Sie auch in psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten. Ihre Prioritäten stehen im Mittelpunkt und leiten uns bei der Planung der Pflege und Betreuung.

Es ist uns ein Anliegen ihre Lebensqualität zu erhalten, zu verbessern und Leiden zu lindern, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist.

Wir sichern Ihnen eine fachliche, ethische und menschliche Kompetenz in der Betreuung und Pflege zu. Unser Personal verfügt über ein fachspezifisches Wissen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung wird vom Betrieb gefördert.

Alle an der Betreuung und Pflege beteiligten Fachpersonen stehen in einem engen Austausch. Eine gute Zusammenarbeit ist uns sehr wichtig. Bei Bedarf scheuen wir uns nicht, externe Experten einzubeziehen.

Unser Grundsatz ist, dass jeder Bewohner mit seinen Angehörigen soweit wie möglich, selber über Behandlung, Pflege und Betreuung bestimmt. Ist der Bewohner selbst hierzu nicht mehr in der Lage, wird sofern vorhanden seine Patientenverfügung zugrunde gelegt oder die Auskünfte seiner Vertrauensperson.

„Wenn Du bei Nacht den Himmel anschaust, wird es Dir sein als lächten alle Sterne, weil ich auf einem von ihnen wohne, weil ich auf einem von ihnen lache. Du allein wirst Sterne haben, die lachen können. Und wenn Du Dich getröstet hast, wirst Du froh sein, mich gekannt zu haben.“ Antoine de Saint-Exupéry

Abschiednehmen vom bisherigen Leben bedeutet loslassen von Gewohntem, Liebgewonnenem und Ungeliebtem. Wir bieten Ihnen eine spirituelle Begleitung mit Gesprächen mit internen, und auf Wunsch externen, Fachpersonen. Wir respektieren Ihre Gewohnheiten und Rituale und versuchen diese Wünsche nach Möglichkeit zu erfüllen.

Eine würdevolle und respektvolle Betreuung und Pflege sichern wir Ihnen nach Ihrem Versterben zu. Ihre Angehörigen sind in der ersten Zeit der Trauer nicht alleine. Ansprechpersonen im Pflegeteam gehen auf ihre Bedürfnisse ein und unterstützen sie beim Abschiednehmen sowie in administrativen und organisatorischen Belangen.

Grundversorgung im Pflegeheim im Kanton Solothurn ab 18 Jahren

THARAD
Zentrum für Pflege und Betreuung
Derendingen

HAUS IM PARK
Pflege- und Betreuungsinstitution
Schönenwerd

In beiden Einrichtungen bieten die Räume der Abteilungen eine wohlige Atmosphäre. Die grosszügigen Einzelzimmer sind mit Nasszelle (WC, Dusche) ausgestattet.

Die Zimmer ermöglichen Rückzug und ein ungestörtes Beisammensein mit Angehörigen am Tag und in der Nacht.

Es besteht das Angebot bei einem sterbenden Menschen zu übernachten und sich im Haus zu verpflegen.

Ein Nutzen der Angebote der Alltagsgestaltung kann Abwechslung, Entspannung und Muse bieten.

9.4. Kennzahlen zum Projekt

Teil 1: Fallbeispiel

Fallbeispiel: Bewohner | 55 jährig | Aufenthaltsdauer in Institution = 1 Monat | Pflegebedarf = Pflegestufe 7 gemäss RAI Einstufung (1 = minimal; 12 = maximal)

	Tagesansatz (CHF)	Total (CHF)	davon Bewohner (CHF)	
Tarifeinnahmen heute				
Steuern für Hotellerie pro Tag	173.00	5'190	5'190	30 Tage
Steuern für Pflege pro Tag	128.60	3'858	648	30 Tage Selbstbehalt Bewohner = 21.60 / Tag
Ein-/Austrittspauschale		1'500	1'500	Pauschale von 3'000 CHF um 50% reduziert aufgrund kurzer Aufenthaltsdauer. Basis = Tarifordnung
Total	301.60	10'548	7'338	CHF

Nicht verrechenbarer Mehraufwand (Abschätzung)				
Aufwändiger Aufnahmeprozess			1'500	Aufwand ist im Vergleich zu Bewohner mit längerem Aufenthalt mindestens gleich hoch; wird aber durch reduzierte Pauschale nicht gedeckt
Mehraufwand Pflege/Betreuung Palliative Care	41.00		1'230	Annahme: effektive Leistung entspricht einer Erhöhung um 2 Pflegestufen.
Debitorenverluste Rechnungen Bewohner			700	Annahme: 10% der BW können Rechnung nicht bezahlen. Grund: Finanzierung kann vor Eintritt nicht geklärt werden. Jüngere BW ohne Anspruch auf EL
Bereithaltung Zimmer ("Leerstandsentschädigung" aufgrund Nicht-Planbarkeit der Nachfrage)	301.60		3'000	Annahme: Auslastung = 2 von 3 Tagen. Somit 10 Tage ohne Erträge; Lohnkosten bleiben bestehen
Spezialisierte Aus-/Weiterbildung			100	Personalbedarf: 1 BW = 1 VZA Pflege/Betreuung. 2 Tage Weiterbildung pro Jahr/VZA. Kosten intern+ extern = 700 CHF/Tag. Anteil = 1/10
Betreuung durch interprofessionelles Team in der Palliative Care			200	Organisation des Netzwerkes (Ärzte, Pflege, Seelsorge, Physio-/Ergotherapie, Freiwillige, Sozialdienste, ...). Spezifische Angebote Trauerinsel / Trauerkaffee
Qualitätssicherung / Projektevaluation / Diverses			100	Aufwand für Zertifizierung, Fallbesprechungen, Projektevaluation sowie spezifischen Einrichtungen etc.
Total			6'830	Dies entspricht einem Anteil von über 60% bezogen auf die Tarif-Einnahmen

Mögliche Ansätze für die Finanzierung von Unterdeckungen (nicht abschliessend)

- Anpassung RUG-Einstufung auf Basis der im Februar 2017 durchgeführten Tätigkeitserfassung des Bundes für Palliative Care
- Erhöhung Ein-/Austrittspauschale
- Kostengutsprache durch Gemeinde / Kanton
- Leistungsvereinbarung
-

Teil 2: Abschätzung Potential / Bedarf Kanton Solothurn

Pflegeplätze	Kanton Solothurn	2'863	Quelle: Heimliste Stand: 1. November 2016
	davon Haus im Park und THARAD (absolut)	171	Pflegeplätze
	davon Haus im Park und THARAD (in Prozent)	6.0%	
Verstorbene	Haus im Park und THARAD	150	Zeitraum: 1.1.2016 - 30.9.2017
	Kanton Solothurn (Hochrechnung)	2'511	Hochrechnung auf Basis "Anteil Pflegeplätze"
Verstorbene < 65 Jahre	Haus im Park und THARAD	9	Zeitraum: 1.1.2016 - 30.9.2017
	Kanton Solothurn (Hochrechnung)	148	Hochrechnung auf Basis "Anteil Pflegeplätze"
Verstorbene mit Aufenthalt < 0.5 Jahre	Haus im Park und THARAD	57	Zeitraum: 1.1.2016 - 30.9.2017
	Kanton Solothurn (Hochrechnung)	954	Hochrechnung auf Basis "Anteil Pflegeplätze"