



Überall für alle  
Pour vous - chez vous

**SPITEX**  
**PalliativeCare**

AareBielersee | Biel-Bienne Regio | Bürglen

# Konzept Palliative Care

# Palliative Care Konzept

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
1.1 Palliative Care Angebot der Spitex .....	3
1.2 Grenzen der Palliative Care zu Hause .....	3
2. Organisation .....	4
3. Palliative Care in der Praxis .....	5
3.1 Bedarfsgerechte Betreuung .....	5
3.2 Angehörige .....	6
3.3 Interprofessionelles Team .....	6
3.4 Vorausschauende Planung und Dokumentation .....	7
3.5 Vernetzte Versorgung .....	8
3.6 Palliative Care in den letzten Tagen des Lebens .....	8
3.7 Kondolenzbesuche .....	8
4. Unterstützung für die Mitarbeitenden Pflege .....	9
4.1 Beratung / Coaching .....	9
4.2 Bildung .....	9
4.3 Zusammenarbeit der Fachverantwortlichen Palliative Care .....	10
4.4 Pflegeexpertin (Pfleger mit Abschluss Master in Palliative Care) .....	10
5. Einführung, Umsetzung und Entwicklung des Konzeptes .....	10
6. Qualität und Evaluation .....	11
7. Öffentlichkeitsarbeit .....	11
8. Netzwerke .....	11
9. Glossar .....	11
10. Literaturverzeichnis .....	14

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die durchgehende Verwendung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Wenn immer möglich wird auf eine neutrale Formulierung geachtet. Spezifische Bezeichnungen gelten immer sinngemäss für beide Geschlechter.

## **1. Einleitung**

Um das ambulante Palliative Care Angebot in der Region Biel zu verbessern und weiterzuentwickeln, haben sich die Spitex Organisationen AareBielersee, Spitex Biel-Bienne Regio und Spitex Bürglen zusammengeschlossen. Zusammen sichern sie die Versorgung in einem Einzugsgebiet von über 100'000 Einwohnern. Dieses Konzept zeigt die gemeinsame Organisation und Umsetzung der Palliative Care Versorgung der drei Spitex Organisationen ab dem 1. Mai 2018 auf.

### **1.1 Palliative Care Angebot der Spitex**

Palliative Care (siehe Nationale Definition im Glossar) ist für Menschen bestimmt, die an unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen leiden, unabhängig von Krankheit und Stadium (onkologische Erkrankungen, neurologische Leiden, schwere Organstörungen, nach Diagnosestellung, während Krisen und Verschlechterungen, bei Pflegebedürftigkeit sowie in der Sterbephase).

Klientinnen und Klienten sollen ihrem Wunsch entsprechend möglichst schnell vom Spital nach Hause gehen und möglichst lange zu Hause gepflegt werden können. Die Spitex ABBB setzt fach- und sozialkompetente Pflegende ein, mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrung. In besonders herausfordernden, komplexen, instabilen Situationen stehen Fachverantwortliche Palliative Care mit zusätzlicher spezifischer Ausbildung zur Verfügung.

### **1.2 Grenzen der Palliative Care zu Hause**

Verschiedene Faktoren müssen aufeinander abgestimmt sein damit die Pflege und Begleitung zu Hause bis an das Lebensende gewährleistet ist. Grenzen können einerseits durch die Kranken selbst, die Angehörigen und die Spitex bedingt sein.

Mögliche Einschränkungen auf Seite Klienten und Angehörigen:

- Erschöpfung der Angehörigen.
- Mangelhafte häusliche Einrichtung oder brüchiges soziales Netz.
- Ungenügende Symptomlinderung durch die Möglichkeiten zu Hause.
- Unsicherheit und Angst bezüglich medizinischer und pflegerischer Versorgung.
- Selbstgefährdung, Einsamkeit, unüberwindbare Angst.

Einschränkungen auf Seite der Spitex:

- Kein Arzt, der die notwendige medizinische Versorgung sicherstellt.
- Unklare Finanzierung.
- Unzureichende Personalressourcen.
- Zu kurzfristige Anmeldung durch Zuweisende.

Jede Situation wird im Einzelfall beurteilt.

## 2. Organisation

Bei den drei Spitex Organisationen sind Fachverantwortliche Palliative Care angestellt. Einerseits übernehmen sie Palliative Care Situationen gemäss der Kriterienliste (siehe Dokument «Anmeldung und Kriterien»). Andererseits beraten sie die Mitarbeitenden der Basisteams. Sie bilden das überbetriebliche «Team Fachverantwortliche Palliative Care» und vertreten sich gegenseitig.

### *Ziele*

In den drei Spitex Organisationen besteht ein qualitativ gutes und einheitliches Palliative Care Angebot. Das heisst:

- Klientinnen und Klienten mit unheilbaren Erkrankungen erhalten eine ihrem Bedarf entsprechende, bestmögliche, umfassende Versorgung zu Hause, wenn nötig durch Fachverantwortliche Palliative Care. Angehörige werden gemäss ihren Bedürfnissen beraten, unterstützt und entlastet.
- Ein kompetentes Team von Mitarbeitenden bietet, Unterstützung, Qualität, Zuverlässigkeit, Sicherheit, Kontinuität und optimalen Informationsaustausch für alle Beteiligten.
- Alle Mitarbeitende haben dasselbe Grundverständnis. Sie kennen das Konzept und setzen dieses um. Sie arbeiten nach denselben Standards / Empfehlungen. Sie sind ihren Aufgaben gemäss gebildet und kompetent. Bei Bedarf erhalten sie Unterstützung, Coaching, Schulung durch die Fachverantwortlichen Palliative Care.
- die Arbeits- und Ferienplanung stellt sicher, dass bei Spitex ABBB mindestens eine Fachverantwortliche Palliative Care für Beratung zur Verfügung steht.

### *Massnahmen*

- Geklärte Zusammenarbeit, Aufgabenteilung und Verantwortung innerhalb der Organisationen (siehe Dokument «Funktionendiagramm»).
- Entsprechende Organisation und Planung.
- Beizug der Fachverantwortlichen Palliative Care für Beratung, Fallbesprechungen, Ergänzung und Entlastung.
- Interne Anmeldung von Klientinnen mit dem Formular «Anmeldeformular an Fachverantwortliche Palliative Care (intern)» an die Fachverantwortlichen Palliative Care.
- Bei Spitalaustritt werden neue Klienten in instabilen und komplexen Situationen von einer Fachverantwortlichen Palliative Care betreut. Die Bedarfsabklärung erfolgt durch die fachverantwortliche Palliative Care.
- In komplexen Situationen und in der Sterbephase werden, wenn möglich, kleine Pflegeteams organisiert.
- Kontinuierliche Fachweiterbildungen für alle Berufsgruppen.
- Interprofessionelle Fallbesprechungen im Pflegeteam.
- Einheitliche Literatur und Grundlagendokumente nutzen.

### 3. Palliative Care in der Praxis

#### 3.1 Bedarfsgerechte Betreuung

##### Ziele

- Wohlbefinden und Lebensqualität gemäss Einschätzung der Klientinnen stehen im Mittelpunkt der interprofessionellen Arbeit.

##### Massnahmen

- Bedürfnisse multidimensional (bio-psycho-sozial-spirituell) erfassen und berücksichtigen. Gesunde Anteile und Ressourcen fördern. Selbstbestimmung und Selbstständigkeit Raum geben.

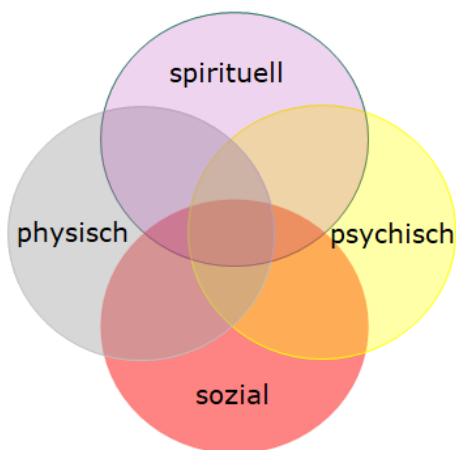


Abb. 1: Multidimensionales oder Total Pain Modell von Cicely Saunders

- Systematisch, strukturiert, evidence-based und der Situation angepasst arbeiten.

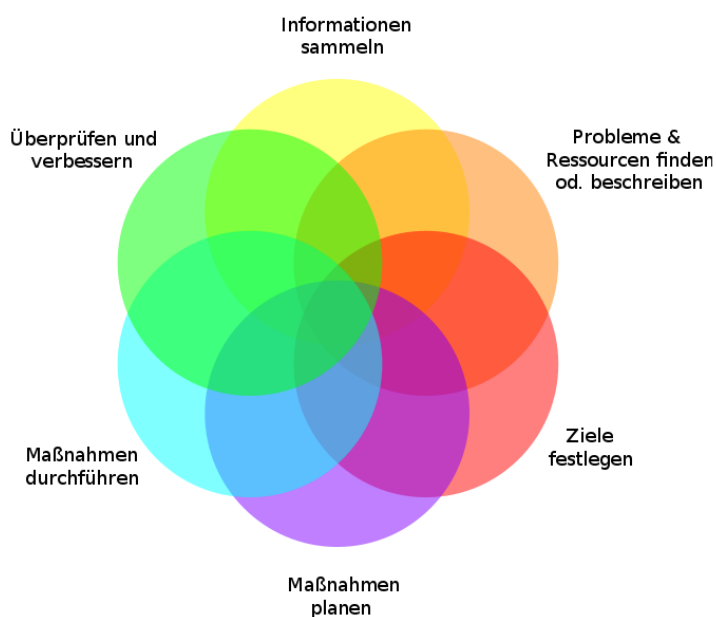


Abb.2: Problemlösungs- und Pflegeprozess gemäss Fiechter und Meier

- Mögliches Leiden und Komplikationen durch vorausschauende Planung vermeiden oder frühzeitig behandeln.
- Assessmentinstrumente nutzen (siehe Dokument «Assessmentinstrumente»).
- Der Behandlungsplan (siehe Dokument «Behandlungsplan») gilt als integraler Bestandteil der Dokumentation.

### **3.2 Angehörige**

Der Begriff Angehörige umfasst im Pflegebereich neben den Verwandten und den Verschwägerten auch Freunde und Bekannte, die einer kranken Person nahestehen und sie begleiten. Wer zu den Angehörigen zählt, entscheidet die Klientin.

#### *Ziel*

- Angehörige werden in ihrer Rolle, ihren Aufgaben und Prozessen gestärkt und unterstützt.

#### *Massnahmen*

- Klären wer wann welche Informationen auf welchem Weg erhält.
- Regelmässige Gespräche zum Austausch von Informationen und Kenntnissen.
- Erkennen von Belastungsgrenzen und besprechen von geeigneten Massnahmen.
- Ausdruck von Wertschätzung und Einbezug in Entscheidungen.
- Unterstützung im Trauerprozess.
- Vermittlung von Unterstützungs- und Trauerangeboten

### **3.3 Interprofessionelles Team**

Zum interprofessionellen Team gehören, je nach Bedarf, neben den Pflegenden und dem Hausarzt weitere Fachpersonen. Zum Beispiel ärztliche Spezialisten, Sozialarbeiter, Seelsorger, Therapeuten, Pharmazeuten und auch Freiwillige.

#### *Ziel*

Die multidimensionalen Bedürfnisse von unheilbar Kranken und ihren Angehörigen werden durch ein qualifiziertes, interprofessionelles Team fachkompetent abgedeckt.

#### *Massnahmen*

- Frühzeitiger Einbezug von verschiedenen professionellen und freiwilligen Diensten zur Ergänzung und Entlastung.
- Gegenseitiges Kennen der Beteiligten und ihrem Beitrag. Pflegen von vertrauensfördernden, wertschätzenden Beziehungen.
- Bestmöglicher Informationsaustausch, Absprachen und Koordination.
- Vorausschauendes Planen zur Vermeidung oder Verminderung des Leidens.

Frühzeitiges Erstellen, Bekanntmachen und Aktualisieren des Betreuungsplans.

## **Ärzte**

### *Ziele*

- Die Ärzte sind über das Palliative Care Angebot und die erforderliche Zusammenarbeit gut informiert.
- Die Ärzte als Ansprechpartner der Prozesssteuerung sind gemäss Absprache erreichbar.
- Ärzte mit Erfahrung und Fortbildungen in Palliative Care stehen mit Beratung für die Fachverantwortlichen Palliative Care und für ihre Kolleginnen zur Verfügung. Den Hausärzten ist bekannt an welche Kollegen sie sich wenden können.

### *Massnahmen*

- Fallbezogen Klärung der Zusammenarbeit (Form der Zusammenarbeit, Erreichbarkeit, Art des Informationsaustausches, Betreuungsplan, Rundtischgespräche) durch die Fachverantwortlichen Palliative Care.

## **Fachpersonen in Spitälern**

### *Ziele*

- Übertritte von Palliative Care Patienten erfolgen möglichst schnell und sicher. Ein optimaler Informationsaustausch und eine vorausschauende, klare, schnelle Organisation besteht sowohl auf Seite des Spitals wie der Spitex.
- Die Beteiligten kennen das Schnittstellenmanagement

## **Therapeuten, Sozialdienst, Seelsorge, Pharmazeutin**

### *Ziele*

- Die Fachverantwortlichen Palliative Care stehen in Kontakt mit Fachpersonen, welche bei Bedarf Auskünfte erteilen oder bei der Behandlung und Betreuung beigezogen werden können.

## **3.4 Vorausschauende Planung und Dokumentation**

### *Ziele*

- Klarheit und Sicherheit für alle Beteiligten durch bestmöglichen mündlichen und schriftlichen Informationsaustausch.
- Sterben zu Hause ermöglichen und ungewollte Hospitalisation in den letzten Lebenstagen, wenn möglich vermeiden.

### *Massnahmen*

- Rundtischgespräche
- Betreuungsplan als Kommunikationsinstrument einsetzen

### 3.5 Vernetzte Versorgung

Die Krankheits- und Behandlungsverläufe erfordern miteinander vernetzte Versorgungsstrukturen.

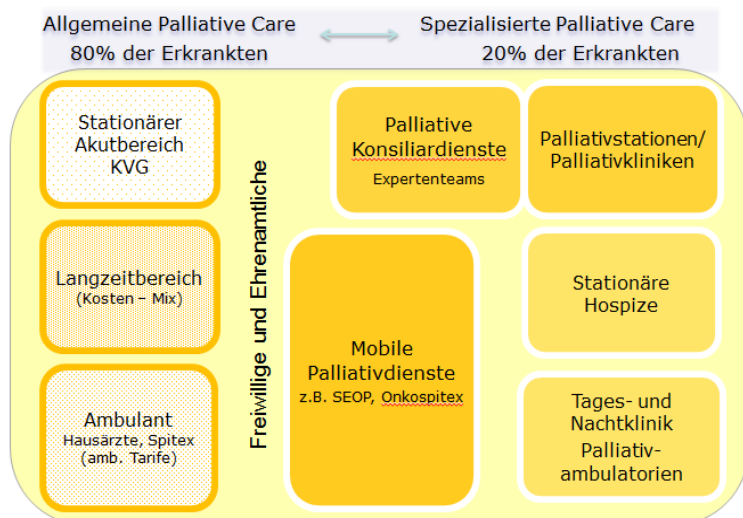


Abb3: Versorgungsstrukturen. Nationale Strategie BAG und GDK 2013

#### Ziele

- Klientinnen sollen in den verschiedenen Versorgungsstrukturen durch angemessenen, lückenlosen Informationsaustausch gut betreut werden,
- Palliative Care Fachpersonen kennen sich gut.

#### Massnahmen

- Bestmögliche Zusammenarbeit über Institutionsgrenzen anstreben.
- Palliative Care Fachverantwortlichen nehmen regelmässig an Netzwerktreffen teil. Diese Aufgabe teilen sie auf und informieren sich gegenseitig.
- Für den fallbezogenen Informationsaustausch werden neben der schriftlichen Kommunikation direkte Gespräche gesucht mittels Telefon, Besuchen und Rundtischgesprächen.
- Der Betreuungsplan wird eingesetzt.

### 3.6 Palliative Care in den letzten Tagen des Lebens

#### Ziele

- Den sich verändernden Bedürfnissen im Sterben wird Rechnung getragen.

#### Massnahmen

- Wenn immer möglich, werden Sterbende von wenigen Fachpersonen (hohe Kontinuität) gepflegt.
- Die Empfehlung «Sterbephase. Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen» von «palliative.ch» dient als Richtlinie.
- Wünsche der sterbenden Person werden nach Möglichkeit erfüllt.
- Angehörige werden in die Pflege einbezogen und angeleitet, wenn sie und die sterbende Person dazu bereit sind.
- Angehörige erhalten in ihrem Abschieds- und Trauerprozess besondere Unterstützung.

### 3.7 Kondolenzbesuche



### *Ziele*

- Die Unterstützung der Angehörigen wird gemäss Definition von Palliative Care über den Todesfall hinaus angeboten.
- Die Gelegenheit mit einer beteiligten Fachperson über das Erlebte zu sprechen, soll der Verarbeitung und Gesundheitserhaltung dienen.
- Die Pflegefachpersonen erhalten Rückmeldungen, können die Betreuung auswerten und abschliessen.
- Die Finanzierung erfolgt individuell pro Betrieb.

### *Massnahmen*

- Angehörigen wird das Angebot eines Kondolenzbesuchs gemacht. Dieser wird ihnen nicht verrechnet. Der Kondolenzbesuch führt eine Fachverantwortliche Palliative Care oder die Fallverantwortliche durch.
- Ist der Bedarf an weiterer Begleitung gegeben, wird zusammen mit den Betroffenen ein passendes Angebot gesucht. Bei Bedarf wirkt eine Spitex Fachperson in Absprache mit der Vorgesetzten überbrückend.

## **4. Unterstützung für die Mitarbeitenden Pflege**

### **4.1 Beratung / Coaching**

#### *Ziele*

- Die Basismitarbeitenden erhalten von den Fachverantwortliche Palliative Care Beratung und Coaching um ihre Arbeit zu optimieren. Die Verantwortlichkeiten sind in einem Funktionendiagramm geregelt (siehe Dokument «Funktionendiagramm»).

#### *Massnahmen*

- Die Fachverantwortlichen Palliative Care stimmen ihre Unterstützung auf die Fähigkeiten und Kompetenzen, sowie die berufsspezifischen Grenzen jedes einzelnen Teammitglieds ab.
- Die Beratung kann am Stützpunkt, per Telefon oder als direkte Anleitung im häuslichen Umfeld erfolgen.
- Die Fachverantwortlichen erweitern ihre diesbezüglichen Kenntnisse laufend und tauschen sich im betriebsübergreifenden Team der Fachverantwortlichen aus.

### **4.2 Bildung**

#### *Ziele*

- Die Fachpersonen aller Berufsgruppen sind kompetent Palliative Care gemäss Konzept umzusetzen.
- Palliative Care Fallbesprechungen und Debriefings dienen dem gemeinsamen Verständnis, der Problemlösung, der einheitlichen Vorgehensweise und der Qualitätsentwicklung.
- Bücher und Empfehlungen stehen zur Verfügung und werden genutzt.

#### *Massnahmen*

- Laufende Fortbildungen der Mitarbeitenden (siehe Dokumente «Informations- und Grundlagen Schulungen» und «Fachvertiefung»).
- Durchführung von Fallbesprechungen und Debriefings. Diese Besprechungen werden vorbereitet, strukturiert und dokumentiert (siehe Dokumente «Fallbesprechungen» und «Debriefing»).
- Die Fachverantwortlichen Palliative Care werden von den Teamleitungen an Fallbesprechungen der Basisteams eingeladen, wenn Klientinnen besprochen werden bei denen sie involviert sind.
- Die Fachverantwortlichen Palliative Care informieren ihre Kolleginnen in den Basisteams an Teamsitzungen über Rückmeldungen aus der Praxis, Neuerungen, Wissenswertes, Informationen von Netzwerkveranstaltungen.

### **4.3 Zusammenarbeit der Fachverantwortlichen Palliative Care**

#### *Ziele*

Die Fachverantwortlichen

- werden in ihrer Rolle unterstützt und gestärkt.
- entwickeln sich gemeinsam weiter.
- erarbeiten gemeinsame Unterlagen.
- unterstützen die Kolleginnen in den Basisteams

#### *Massnahmen*

- Monatlicher Austausch und Zusammenarbeit im Qualitätszirkel (siehe Dokument «Qualitätszirkel»).
- Reflexion und Qualitätsentwicklung.
- Die Leiterin des Teams Fachverantwortlich Palliative Care unterstützt die Fachverantwortlichen, klärt Prozesse und sucht bei übergeordneten Problemen Lösungen.

### **4.4 Pflegeexpertin (Pflegerin mit Abschluss Master in Palliative Care)**

#### *Ziele*

- Die Fachverantwortlichen Palliative Care erhalten Unterstützung durch die Pflegeexpertin Palliative Care. Diese bietet Unterstützung in fachlichen Themen, erstellt Schulungsunterlagen und unterstützt die Fachverantwortlichen bei Schulungssequenzen zur Fachvertiefung in ihren Betrieben.
- Sie leitet Fallbesprechungen für die Fachverantwortlichen Palliative Care
- Vertritt die drei Spitex Betriebe in Fachgremien, Netzwerken oder bei Projekten

## **5. Einführung, Umsetzung und Entwicklung des Konzeptes**

#### *Ziele*

- Das Konzept ist nachhaltig und wirkungsvoll in der Praxis umgesetzt und wird bei Bedarf angepasst.

#### *Massnahmen*

- Die Mitarbeitenden erhalten das Konzept und diesbezügliche Informationen anlässlich von Informationsveranstaltungen.
- Laufende Fachvertiefungen sowie Beratungen dienen zu Kompetenzerweiterung.
- Der Schulungsbedarf der Mitarbeitenden für die Fachvertiefungen wird im Rahmen des Qualitätszirkels zusammengetragen und im Oktober für das kommende Jahr von der Steuergruppe freigegeben (massgebend sind betriebsinterne Prozesse).

- Für neue Mitarbeitende ist das Palliative Care Konzept Teil der Einführung. Die Einführung läuft nach betrieblichen Standards. Verantwortlich ist jeweils die Linienvorgesetzte.
- In der Einführungszeit findet ein Gespräch mit einer Fachverantwortlichen Palliative Care statt.
- Die Pflegeexpertin Palliative Care und die Leitungspflege der drei Betriebe überprüft das Konzept alle zwei Jahre und passt es bei Bedarf an.

## 6. Qualität und Evaluation

### *Ziele*

- Die Palliative Care Entwicklung und Qualitätssicherung sind sichergestellt.
- Alle Beteiligten lernen laufend.

### *Massnahmen*

- Fallbesprechungen und Entwicklungsarbeit im Qualitätszirkel
- Diese «Kriterienliste für mobile Palliative Care Teams» von [www.qualit epalliative.ch](http://www.qualit epalliative.ch) nutzen für Selbstevaluationen. Zu einem späteren Zeitpunkt ist ein Audit möglich.
- Im Gespräch mit Klienten und Angehörigen werden laufend Informationen eingeholt zur Wirkung der Arbeit. Diese Informationen werden genutzt und an Vorgesetzte und Fachverantwortliche Palliative Care weitergeleitet zur Erhaltung und Verbesserung der Qualität (Effektivität der Symptomlinderung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Einbezug der Angehörigen etc.) Öffentlichkeitsarbeit.

## 7. Öffentlichkeitsarbeit

### *Ziele*

- Die relevanten Zielgruppen kennen und nutzen das Palliative Care Angebot. Die drei Spitex Organisationen sind zentrale Partnerinnen in der ambulanten Versorgung von Klienten in palliativen Situationen.

### *Massnahmen*

- Das Angebot wird auf den üblichen Wegen bekannt gemacht (siehe Dokument Kommunikationsplanung»).
- Netzwerkveranstaltungen werden genutzt um das Angebot und die Fachverantwortlichen Palliative Care vorzustellen.

## 8. Netzwerke

### *Ziele*

- Die Fachpersonen Palliative Care der verschiedenen Organisationen (spitalintern- und extern) kennen sich und tauschen sich regelmässig zur gegenseitigen Unterstützung und Entwicklung aus (siehe Dokument «Netzwerk»).

### *Massnahmen*

- Die Fachverantwortliche Palliative Care nehmen an definierten Netzwerktreffen teil, tauschen sich anschliessend im Qualitätszirkel aus und geben gezielte Informationen an die Basisteams weiter.

## 9. Glossar

### **Definition von Palliative Care**

Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen. Ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Klientinnen und Klienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tod gewährleistet. Die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schließt medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Qualitativ adäquate Palliative Care Leistungen bedingen professionelle Kompetenzen der Fachpersonen. Palliative Care erfolgt, soweit dies möglich ist, an einem vom kranken oder sterbenden Menschen erwünschten Ort. Vernetzte Versorgungsstrukturen ermöglichen eine Kontinuität bei der Behandlung und Betreuung. (Aus den Nationalen Leitlinien Palliative Care vom Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz des kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK sowie palliative.ch 2014)

Die folgenden Begriffe sind nicht offiziell definiert und werden unterschiedlich interpretiert. Für die spitexinterne Kommunikation beschrieben wir sie folgendermassen:

### **Terminale Phase / Sterbephase**

Der Begriff steht im Zusammenhang mit dem Ende (terminal lat. terminus = Grenze).

Mögliche Anzeichen für den Beginn der Terminalphase:

- zunehmend Schwäche, Rückzug und Bettlägerigkeit
- geringeres Interesse für die Umgebung
- abnehmendes Bedürfnis zu Essen und Trinken
- neue Symptome wie (z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Dyspnoe, Somnolenz),
- zeitweise Desorientierung oder Delir
- abnehmende Wachphasen
- eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen (z.B. Pneumonie)

### **Pflege und Begleitung am Lebensende / End of Life Care**

Wir setzen den Begriff ein für die angemessene Pflege von Menschen in der terminalen Phase das heisst: alleine das Wohlbefinden steht im Vordergrund, Klärung von ethischen Fragen, Unterstützung im Abschied und der Trauer.

Wichtig:

- Oft ist es sinnvoller die Situation und die Zeichen zu beschreiben, statt die obengenannten Begriffe zu benutzen.
- Palliative Care beinhaltet End of Life Care, wird aber schon viel früher angeboten.

## **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Von interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen spricht man, wenn mehrere Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund untereinander wie auch mit den Klientinnen, deren Angehörigen, Betreuenden sowie dem Netzwerk zusammenarbeiten um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen (Definition der WHO 2010)

Wir verwenden den Begriff

1. für die Zusammenarbeit von Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Pharmazie, Seelsorge, Beratung und diversen Therapie etc.
2. für die Zusammenarbeit von verschiedene Berufen innerhalb der Pflege (Diplomierte Pflegefachperson, Fachabgestellte Gesundheit, Assistentin Gesundheit und Soziales, Pflegehelferin etc.

## 10. Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit, BAG: Bundespublikationen

- Nationale Strategie 2010-2012 und Nationale Strategie 2013-2015
- Nationale Leitlinien Palliative Care (2011):
- Nationales Bildungskonzept. Palliative Care und Bildung.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit. (2011)
- Allgemeine Palliative Care
- Spezialisierte Versorgung

Curaviva Schweiz

- Neues Erwachsenenschutzrecht für Alters- und Pflegeinstitutionen (2015)
- Lebensqualitätskonzeption (2014)

Eychmüller S., Palliativmedizin Essentials (2015)

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF. Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern (2014)

Hasemann, W. Unterstützung pflegender Angehöriger in der Palliative Care in C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2007). (2. Aufl.). Bern: Huber.

Hawely Pippa The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care (2015)

Knipping, C. (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl.). Bern: Huber.

Leistungsvereinbarung der drei Spitex Organisation mit dem Kanton Bern (ALBA)

Neuenschwander, H. Cina Ch. (2015) Handbuch Palliativmedizin.

palliative.ch (2011a), Qualitätskriterien Spezialisierte mobile Dienste für Palliative Care .  
Letzter Zugriff am 19.01.2018

palliative.ch. Empfehlung Best practice. Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.  
Letzter Zugriff am 29.01.2018

Porchet-Munro, S., Stolba, V. & Waldmann E. (2006). Den letzten Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. Basel: Schwabe.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013).  
Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen.

- Palliative Care
- Patientenverfügung.

Dokumente zur Unterstützung von Beratungs- und Koordinationsleistungen der spezialisierten mobilen Palliativversorgung Kanton Bern (MV-MPD)

Wikipedia. Pflegeplanung. <https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeplanung>. Letzter Zugriff 29.01.2018