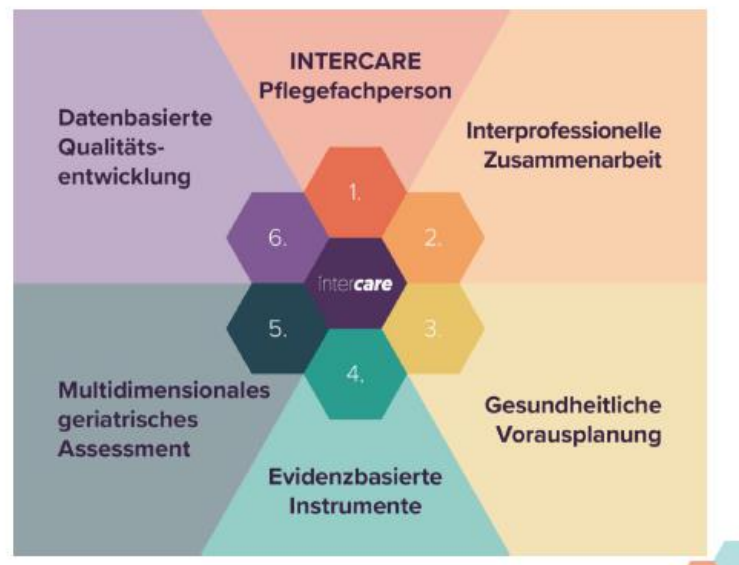


Bericht der 18. Städtischen Konferenz Palliative Care Stadt St.Gallen

Tag und Zeit Thema	24.09.2025 17.00 – 20.00 Uhr Trautes Heim – vorbereitet sein mit vorausschauender Planung Übertritte gestalten.
Ort	Kirchgemeindehaus Lachen, Burgstrasse 104, 9000 St.Gallen
Foto-Protokoll	Müller Susanne
Traktanden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Begrüssung Elisabeth Weber 2. Bericht aus der Geschäftsstelle, Michelle Mauchle 3. Hauptreferat Intrecare Basel, Prof. Dr. Franziska Zúñiga 4. Palliativer Brückendienst, Ivo Dürr 5. Projekt PAL_LINK, Sibylla Strolz + Karin Zingg 6. HES Handlungsempfehlung Sterbephase, Monika Rutz 7. Workshop
Themen	Verhandlungen und Beschlüsse
1. Begrüssung	Elisabeth begrüsst die Teilnehmenden und informiert über das Programm des Abends .
2. Bericht aus der Geschäftsstelle	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüssung • Die Palliative Care Kurse A1 +A2 wurden erfolgreich durchgeführt • Die Aufgaben der Fach- Koordinationsstelle sind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Netzwerk aufbauen und erhalten, Netzwerktreffen im Simdec, Netzwerk Alter (Stadt), Städtische Konferenz ○ Bildung, A1 + A2 Kurse, Newsletter ○ Öffentlichkeitsarbeit, HV- Vortrag, Festival 2026, Fest der Anerkennung, Letzte Hilfe Kurs, Vortrag Hören im PH St. Otmar, Weihnachtsbaum am Klosterplatz
3. Hauptvortrag	<p>Prof. Dr. F. Zúñiga zum Thema INTERCARE Ein innovatives Versorgungsmodell mit Potential für die stationäre Langzeitpflege Pflegeexpertise in der Langzeitpflege mit dem Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Evaluation eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Pflegequalität mit besonderem Fokus auf ungeplante Spitaleinweisungen. <p>Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen als Kern des Modells:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachperson mit 3 Jahren Berufserfahrung in der Pflege von älteren Menschen • Arbeitet mindestens 60% mit einem Zuständigkeitsbereich von 80 Betten • Anstellung im Betrieb, enge Zusammenarbeit mit Leitung Pflege / Abteilungsleitungen <p>Schwerpunkte der Tätigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisches Leadership (z. B. Unterstützung bei der Bewältigung komplexer Bewohnersituationen) • Klinische Tätigkeit (z. B. Assessments) • Coaching und Unterstützung der Pflegeteams im Alltag (z. B. chronische Erkrankungen/geriatrische Symptome managen, Akutsituationen bewältigen, Gespräche führen) • Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

INTERCARE Kernelemente



4. Palliativer Brückendienst

Ivo Dürr referiert zum **Thema Trautes Heim- vorbereitet sein**

Ziel und Herausforderung der vorausschauenden Planung

- Sicherheit in Krisensituationen
- Entlastung der Angehörigen
- Vermeidung von Über - oder Unterversorgung
- Herausforderungen; Schwere Themen werden oft vermieden, Gespräche finden häufig zu spät statt.

Perspektive der Betroffenen & Angehörigen

- 24h Erreichbarkeit
- Notfallplan, um selbst handlungsfähig zu sein
- Veränderungen erklären und darin begleiten
- Gegenseitiges Schonen ansprechen
- Entscheidungen nie den Patienten u. Angehörigen alleine überlassen

Rolle der Spitex

- Lead
- Symptomkontrolle und frühzeitig Veränderungen melden und dokumentieren
- Konstante Ansprechpersonen für Betreuungsteam
- Finanzielle Hindernisse (z.B. keine Nachteinsätze)

Rolle der Mobile Palliativdienste (Palliativer Brückendienst)

- Ergänzend und beratend
- Als Team arbeiten (HA, Spitex, Freiwillige etc.)
- Sind differenzierte Rückmeldungen angewiesen
- Ressourcen vorhanden (Material, Medikamente, etc.)
- Zeitressourcen meist vorhanden

Rolle der Hausärzte

- Vertrauensarzt
- Pat. motivieren den HA wieder zu involvieren
- Ist angewiesen auf differenzierte, kurze Rückmeldungen

Gemeinsame Entscheidungsfindung & Zusammenarbeit

- Behandlungs- und Reservepläne sind eine positive Errungenschaft
- Entscheidungen werden gemeinsam mit allen beteiligten getroffen
- Eine differenzierte Symptomkontrolle ist von zentraler Bedeutung
- Ursache für eine ÜBERLASTUNG DES SOZIALEN Umfeldes ist oft eine fehlende 24h Bereitschaft des Betreuungsteam

	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturell: Spitaleinweisungen können Hoffnung geben und sind nicht immer zu vermeiden • Manchmal muss das Behandlungsteam entscheiden
<p>5. Projekt PaL_LINK,</p>	<p>Vom Projekt PAL_LINK berichten Sibylla Strolz und Karin Zingg</p> <p>Das Forschungsprojekt zielt darauf ab, ein Palliative und End-of-Life Care-Versorgungskonzept für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Ostschweiz zu entwickeln.</p> <p>Bei einem Teilprojekt ging es darum die Kommunikation mit den kognitiv Beeinträchtigten Menschen zu verbessern mit dem Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tools für die Förderung der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Vorausplanung mit Blick auf das Lebensende von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und ihrem Umfeld sammeln und entwickeln • Förderung selbstbestimmter Entscheidungsfindung • Entwicklung von Gesprächsleitfaden, um Dilemma-Situationen zu lösen im Spannungsfeld von Fürsorge und Selbstbestimmung → Leuchtturmprojekt, Toolkit «The Victoria & Stuart Project», Methode «LEGO Serious Play», Kommunikation mittels Playmobil
<p>6. HES</p>	<p>HES Handlungsempfehlungen Sterbephase mit Monika Rutz</p> <p>Das HES wurde aus dem Liverpool care Pathway vom Hoch KSSG fortlaufend überarbeitet und angepasst. Und wurde in «Handlungsempfehlungen Sterbephase, HES» unbenannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Leitlinie zur bestmöglichen Betreuung von Sterbenden • Handlungssicherheit für das betreuende Team • Fördert die Kommunikation zwischen allen Beteiligten • Schafft Rahmenbedingungen die ein Sterben in Ruhe u. Sicherheit ermöglichen <p>Vier Bereiche der Handlungsempfehlung Sterbephase:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeinsames Diagnostizieren des Sterbens 2. Ersteinschätzung (was wird gemacht, was nicht) 3. Verlaufseinschätzung (Evaluation der Zielerreichung) 4. Betreuung der Angehörigen unmittelbar nach dem Tod des Patienten <p>Erfahrungen aus dem Toggenburger Projekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit für das Pflegepersonal und dadurch auch mehr Sicherheit für den sterbenden Menschen und seine Angehörigen • Zeit und Ruhe für das Wesentliche • Besseres Symptommanagement • Spitaleinweisungen deutlich reduziert <p>Was ist hilfreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leadfunktion in den Institutionen • Sich mit anderen Institutionen verbinden • Intensive wiederkehrende Schulungen • Unterstützung durch Palliativzentrum HOCH KSSG • Es bizäli Geld

7. Workshop	Workshop 1: Herausforderungen und Instrumente für Langzeitinstitutionen. Monika Rutz Workshop 2: Brücken bauen, Übergänge bedürfnisorientiert planen. Ivo Dürr (Palliativer Brückendienst) und Esther Koller (Spitex St.Gallen AG) Workshop 3: «Schwierige Entscheide – Gemeinsame Lösungen» Sibylla Strolz, Karin Zingg und Edith Bertsch (Freiwillige Hospiz-Dienst / Heilpädagogin)
8. Abschluss	<ul style="list-style-type: none">• Beim Apéro wurde rege diskutiert.