

Palliative Care und Gesundheitliche Vorausplanung: Quo vadis?

Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller
Universitäres Zentrum für Palliative Care
Inselspital and University of Bern

Steffen.eychmueller@insel.ch
www.palliativzentrum.insel.ch

Anticipatory planning – ein Beispiel



['London Bridge is down': the secret plan for the days after the Queen's death | The Queen | The Guardian](#)

When the queen dies...

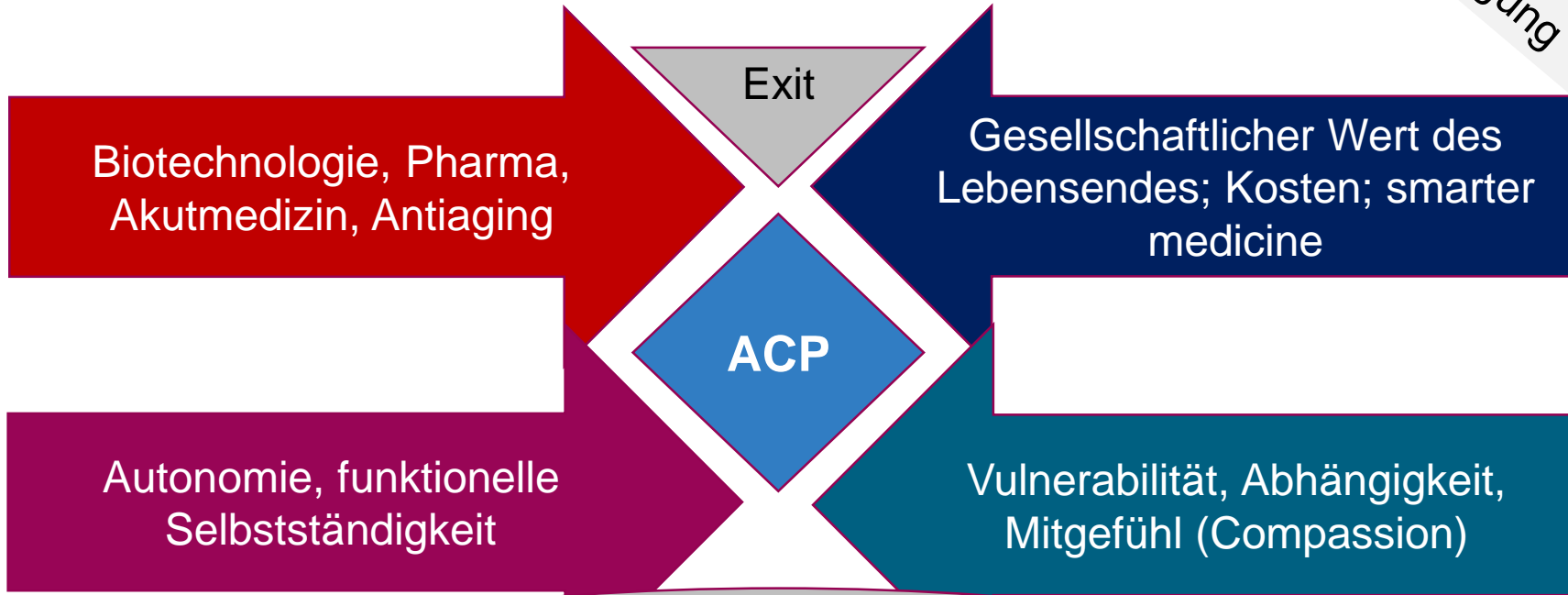
“The information will travel like the compressional wave ahead of an earthquake, detectable only by special equipment. Governors general, ambassadors and prime ministers will learn first. Cupboards will be opened in search of black armbands, three-and-a-quarter inches wide, to be worn on the left arm.”

“Screens will glow. There will be tweets. At the BBC, the “radio alert transmission system” (Rats), will be activated – a cold war-era alarm designed to withstand an attack on the nation’s infrastructure. ”

“Britain’s commercial radio stations have a network of blue “obit lights”, which is tested once a week and supposed to light up in the event of a national catastrophe. When the news breaks, these lights will start flashing, to alert DJs to switch to the news in the next few minutes and to play inoffensive music in the meantime.”

ACP – ein bekanntes Spannungsfeld?

Vorüberlegung



Grundfragen Lebensende:
Was ist lebens-wertes Leben?
Wofür geben wir Geld aus?

Grundfrage aus Sicht Palliative Care

Ist ACP (als Sammelbegriff) das adäquate Vorgehen, um das Dilemma aus Machbarkeit versus Sinnhaftigkeit der heutigen diagnosespezifischen, biotechnologischen Medizin zu entschärfen?



Herausforderungen in der Praxis

1. Vorausplanung für die Zeit VOR dem Tod: wie gut ist Prognose?
2. WAS kann vorhergesagt/ vorausgeplant werden, was nicht?
'goal concordant care'? – kann das erreicht werden?
3. Quo vadis: WIE kann vorausgeplant werden? Was bleibt wichtig?

1. Wie gut ist die Prognose?

We want to be told, but we don't want to know. (Christakis)

- Fachperson: 'Dealing with uncertainty in the time of plenty*': das Problem, Unsicherheit zu zeigen; die überoptimistische Schätzung
- PatientIn: 'Maintaining hope' – ohne Hoffnung, kein Leben
- Angehörige: zwischen allen Stühlen

**R.Srivastava, NEJM, 2011*

2. Was kann vorausgesagt werden?



Nach *FRIES* 1980: „**5- D**“

1. **DEATH** Wieviel Zeit bleibt ?
2. **DISEASE** Verlauf der Krankheit/ Komplikationen?
3. **DISCOMFORT** mögliche Einschränkungen d. Autonomie
4. **(DRUG)- TOXICITY** Mögliche Aus-/ Nebenwirkungen
5. **DOLLARS** Mögliche „Kosten“ (auch: Ort/ Aufwand)

Wer kann was wann (am ehesten) voraussagen?

Was	Wer/ Kompetenz	Wann/ Stabilität
Werte	'alle'; Kommunikation	Immer, eher hoch
Krankheitsverlauf, Komplikationen, Nebenwirkungen 'Kosten'	Diagnosespezifisch; Fachkompetenz Med. <i>für Indikation ICU:</i> IntensivmedizinerIn	Repetitiv; instabil
Funktionalität/ Autonomie	Diagnose- UND patientenspezifisch: HausärztInnen, Physio, Sozialdienst, Psychologie	Repetitiv, instabil

Was kann meist nicht vorausgesagt werden?

- Der Zeitpunkt einer Komplikation
 - Das Ausmass der Lebensbedrohung
 - Das subjektive Leiden, die Angst
 - Die Reaktionszeit der 'RetterInnen'
 - Der Zustand nach der Notfallbehandlung
-
- Die Auswirkungen auf das Denken, die Autonomie, auf die Funktionen (bio- psycho- sozial- spirituell)



Die Evidenz hinter ACP/ goal concordant care

VIEWPOINT

What's Wrong With Advance Care Planning?

«During the last 25 years, studies have evaluated ACP with various methods and across large groups of patients. Despite the intrinsic logic of ACP, **the evidence suggests it does not have the desired effect.**

Many clinicians may be disappointed that promoting conversations with patients well in advance of needed medical decisions has not improved subsequent care as hoped.”

...” New research focused on **training clinicians and preparing patients and families to engage in high-quality discussions** when actual (not hypothetical) medical decisions must be made is needed to achieve the outcomes that ACP has not”

Morrison, RS, Meier DE, Arnold RM, JAMA 2021

Grundprobleme des ACP

- (1) Wie gut können PatientInnen ihre Werte und Ziele formulieren, und definieren, welche Therapieoptionen hierzu passen – für ein hypothetisches Ereignis in der Zukunft?
- (2) Können dies KlinikerInnen/ Fachpersonen auch?
- (3) Wie stabil bleiben die Ziele und Präferenzen und sind sie dokumentiert – wie ist dies bei rasch fortschreitenden Erkrankungen?
- (4) Können ACP- Dokumente und/ oder Angehörige in einer Notfallsituation helfen festzustellen, ob die einmal dokumentierten/ geäußerten Präferenzen noch gültig sind?
- (5) Sind KlinikerInnen in einer Notfallsituation in der Lage, die entsprechenden Dokumente zu finden, und aus deren Inhalt die ‘goals concordant care’ zu definieren?
- (6) Stellt das Gesundheitssystem adäquate Ressourcen zur Verfügung, um diese ‘goal-concordant care’ überhaupt anbieten zu können (bspw. 24/7 – Netzwerke und/ oder Hospize) ohne finanzielle Nachteile für die PatientInnen?

3. Quo vadis? Was können wir anbieten?

Aus Sicht der Palliative Care

- a) Den PROZESS des Vorausdenkens als Gemeinschaftsprojekt starten und immer wieder die doppelte Planung auf Augenhöhe mit allen Beteiligten besprechen: Partizipation
- b) Vertrauen und Sicherheit für ‘schlechtes Wetter’: nicht nur sagen, worauf man verzichtet, sondern auch, was man dann macht
- c) Compassion.....und selbstkritische Reflexion der Wegsuche im Nebel

a) Richtung Partizipation und gemeinsames Lernen

‘New research focused on **training clinicians** and **preparing patients and families** to engage in high-quality discussions when actual (not hypothetical) medical decisions must be made is needed to achieve the outcomes that ACP has not.’ (*Morrison et al*)



Die
gesundheitliche
Vorausplanung
als
gesellschaftliche
Norm(alität)

Wann soll das 'talking about dying' starten?

Schritt 1: Volljährigkeit, 18 Jahre, eigene Krankenversicherung

→ erste PV für *Szenario Unfall*, Organspende

Schritt 2: Änderung Zivilstand, bspw. Heirat (Familienbüchli)

→ Revision 1 der PV für Szenario Unfall/ Akutereignis

Schritt 3: Erstdiagnose lebenslimitierende Erkrankung

→ IMMER Revision PV für *Szenario Krankheit* UND

Definition Therapieziele gemäss ICF (International
Classif. of **function**)

→ Notfallplan 1

spätestens Eintritt Pensionsalter: Revision 2 und Definition Funktionsziele

Wie sprechen? Vorbild Harvard Medical School

BMJ Open Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention

Rachelle Bernacki,^{1,2,3,4} Mathilde Hutchings,^{2,3} Judith Vick,⁵ Grant Smith,⁶ Joanija Paladino,^{2,3} Stuart Lipsitz,³ Atul A Gawande,^{1,3} Susan D Block^{1,2,3,4}



[ABOUT](#) [OUR WORK](#) [RESOURCES](#) [NEWS](#) [EVENTS](#) [BLOG](#) [ARIA](#) [CAREERS](#)



[SERIOUS ILLNESS CARE - Ariadne Labs](#)

Beispiel InseleSpital: Gesundheitliche Vorausplanung mit iplan



iplan

Über uns

Dokumente

Fachpersonen

**Gemeinsam vorausplanen.
Selbstbestimmung ermöglichen.**

www.iplan-care.ch

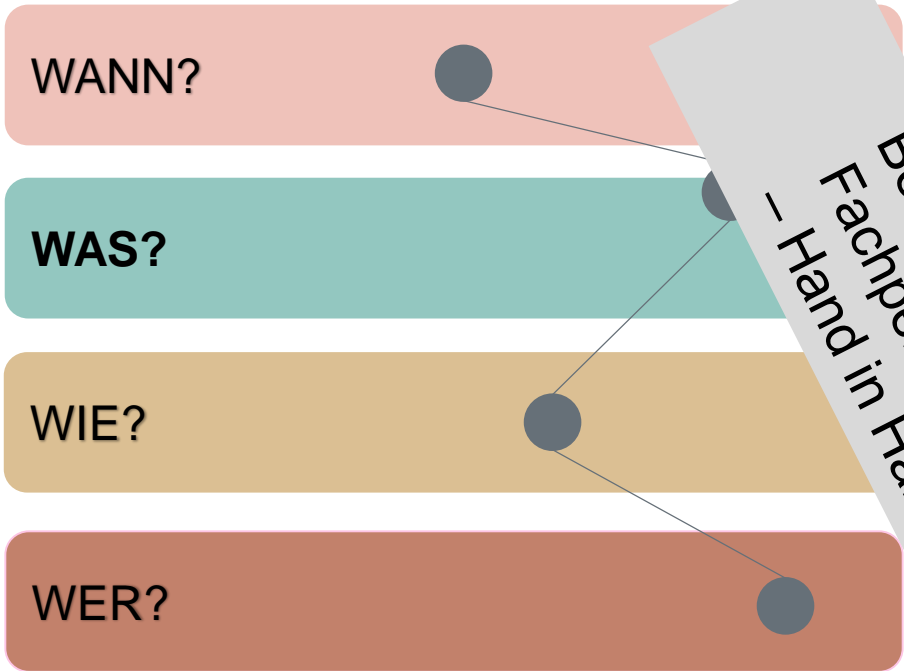
iplan: gemeinsames Vorgehen UND Doku

iplan ist das **Vorgehen**, ein Weg, das gemeinsame Toolkit für Fachpersonen und Betroffene, ..und den oder das braucht es immer

Patientenverfügung, Betreuungs- und Notfallplan sind das **Ergebnis – und das ändert ständig**

Nichts Neues, aber klar strukturiert

Grundfragen der Vorausplanung



Betroffene und
Fachpersonen
– Hand in Hand



Prognose
einschätzen



Lebensqualität
erfassen



Aktionsplan
besprechen



Netzwerk
informieren

‘iplan’ im Intranet InselGruppe

Leitung

UKMO

UKRO

NUK

Zentrum für Palliative Care (PZI)

Angebote des PZI im Inselspital

▶ iplan

iplan kurz erklärt

Anwendungsbeispiel

P - Prognose

L - Lebensqualität

A - Aktionsplan

N - Netzwerk

iplan & Covid-19

Fragen und Antworten

Kontakt

SENS Plan

Triggers für spezialisierte Palliative Care

Betriebswirtschaft



Stichwortsuche

„iplan pro“ ist das Standardvorgehen für Fachpersonen, die Patientinnen und Patienten mit chronischen und/oder lebenslimitierenden Erkrankungen behandeln. Ein Schwerpunkt bildet die vorausschauende Planung der Behandlung bei Menschen in der letzten Lebensphase. Wertvorstellungen und Präferenzen der Patientin oder des Patienten sollen identifiziert und bestmöglich in den gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden. Ein weiterer Aspekt ist die frühzeitige Planung und Organisation eines tragfähigen Helfer- und Betreuungsnetzwerkes.

„Mit der Harmonisierung der allgemeinen Palliative Care [...] optimiert die Insel Gruppe das standortübergreifende, interprofessionelle Dienstleistungsangebot unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen und unterstützt somit das strategische Ziel der Patientenorientierung.“ (Auszug Konzept Palliative care Insel Gruppe, verabschiedet durch die Direktion am 13. November 2019)



Ziel: gleiche Info für Betroffene und Fachpersonen

Beispiel Assessment: LEBENSQUALITÄT ERFASSEN

Hier geht es in Ergänzung zu den medizinisch-pflegerischen Diagnosen um den Versuch, die individuelle Agenda der Probleme aus Sicht der Patient*in, inklusive der Erwartungen und Ziele, zu erfassen.

Ziele

- Assessment der Lebensbereiche der Patient*in sowie Unterstützungsbedarf der Angehörigen: was belastet, was hilft?
- Hauptanliegen und -sorgen der Betroffenen gemäss SENS erfassen
- Grundlage und Entwicklung gemeinsame Sprache für die folgende Vorausplanung

Tools

Für Fachpersonen

SENS pocket card (checklist)
SENS Manual
SENS Assessmentübersicht

Für Patient*in

SENS Arbeitsblatt (fr, it)
SENS Informationsbroschüre



P = Prognose - das Startsignal: P-CaRES-D

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS** (z.B. St. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
- Fortgeschrittene Herzinsuffizienz**: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
- Fortgeschrittene COPD**: Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe.
- Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen)**: Rezidivierender Aszites, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie.
- Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen)**: Chronische Dialysetherapie oder Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
- Fortgeschrittene Krebserkrankung**: Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor.
- Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion)**: Benötigt Aufnahme auf Intensivstation und hat relevante vorbestehende Komorbidität
- Nach Ermessen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretenden Tod**:
Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS, usw.

X Nichts angekreuzt?
STOP! Das Screening ist fertig.

EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt?
Screening FORTFAHREN



2. Hat der Patient / die Patientin Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Häufige Spitalbesuche**: 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation oder Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monaten.
- Unkontrollierte Symptome**: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.
- Funktionelle Verschlechterung**: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw.
- Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele und/oder Überlastung der Betreuungsperson(en)**: Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorge betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
- «Surprise Question»**: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.

Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?

ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?

iplan Patienteninformation

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERN

**UNIVERSITÄRES ZENTRUM
FÜR PALLIATIVE CARE**

Gemeinsam vorausplanen Selbstbestimmung ermöglichen


Informationen für Menschen mit einer fortschreitenden
Erkrankung, deren Angehörige und interessierte Personen



iplan

**Selbstbestimmung stärken.
Angehörige entlasten.**

iplan definiert die Vorgehensweise und wurde von Menschen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung, ihren Angehörigen und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen entwickelt. iplan bringt Patientinnen und Patienten, Angehörige und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen auf einen gemeinsamen Weg und trägt zur gegenseitigen Verständigung bei. Dies stärkt die Selbstbestimmung der erkrankten Menschen und bringt Entlastung für die Angehörigen.



iplan besteht aus vier Bereichen:
Prognose einschätzen
Lebensqualität erfassen
Aktionsplan besprechen
Netzwerk informieren

iplan kann und soll auch von Gesunden genutzt werden – für das Verfassen einer Patientenverfügung oder/ und eines Organpende-Ausweises – die gesundheitliche Vorausplanung. Denn aufgrund einer schweren Verletzung oder einer sich akut verschlechternden Erkrankung kann man sich vielleicht nicht mehr selber aussen, nicht mehr entscheiden. Umso wichtiger ist es, dass die eigenen Wünsche und Einstellungen dem Umfeld bekannt sind.



Prognose einschätzen

**Wie entwickelt sich die Krankheit?
Wäre ich überrascht, wenn..?**

Solche Fragen beschäftigen insbesondere, wenn eine Krankheit bereits fortgeschritten ist. Die eigene Lebenserwartung einzuschätzen, erscheint wie ein Blick in die Kristallkugel. Und oftmals ist die Zukunft mit Unsicherheiten und Wahrscheinlichkeiten verbunden. Im Gespräch mit Gesundheitsfachpersonen können Sorgen und Ängste in Bezug auf die Zukunft besprochen werden. Auch Hoffnungen und Erwartungen können diskutiert werden. Diese erste, gemeinsame Einschätzung der Situation dient als Basis für den iplan.



Netzwerk informieren

Wer ist zuständig wofür? Wer muss informiert sein?

Nur und erst wenn die Inhalte des iplans bekannt sind, kann die Umsetzung gelingen. Deshalb ist es wichtig, das eigene Netzwerk aus Angehörigen, Freunden und Gesundheitsfachpersonen zu informieren. Dokumentierte unterstützen dabei den Informationsfluss und verhindern Missverständnisse.

In nach Planung sind unterschiedliche Dokumente notwendig. Deshalb gibt der vierte Teil von iplan einen Überblick über bestehende Dokumente der gesundheitlichen Vorausplanung und weist diese zum Zug kommen: die Patientenverfügung, der Notfall- und der Betreuungplan, auch «Basisdokument» genannt.



Infobroschüre 'Was wäre, wenn...'

Wegleitung zur gesundheitlichen Vorausplanung
«Was wäre, wenn...?»



Vorausplanen?
Das will ich!



«Mein ganzes Leben lang habe ich wichtige Dinge vorausgeplant – für die Familie, mit den Kindern und Enkeln. Jetzt plane ich mit meiner Familie voraus für den Fall, dass sich mein Körper nicht mehr erholt. «Was wäre, wenn...?» – da bin ich mit meinen Wünschen und Vorstellungen gefragt.»

«Trotz einem Beinbruch bin ich noch bei bester Gesundheit. Und trotzdem weiss man ja nie: ein Unfall, eine schwere Infektion oder eine andere schwerwiegende Diagnose können plötzlich alles verändern. Deshalb ist es wichtig, dass ich zusammen mit meinen Liebsten bespreche, was mir wichtig ist, wenn... »



Wäre ich überrascht,
wenn...?

Wir alle können die Augen nicht verschliessen: trotz eines sehr guten Gesundheitssystems können in jeder Familie oder Freundeskreisen lebensbedrohliche Situationen entstehen. Deshalb empfehlen wir, mit vertrauten Menschen über Themen wie «was will ich, wenn...?» zu sprechen. Am besten geschieht dies frühzeitig und spätestens, wenn eine Krankheit fortschreitet und die Lebenserwartung eingeschränkt.

Sichtweisen und Werte möglichst gut kennen. Damit bereiten Sie sich und Ihr Netzwerk vor für den Fall, dass Sie lebensbedrohlich erkranken und möglicherweise nicht mehr selbst entscheiden können.

Ein gut informiertes Netzwerk trägt dazu bei, dass Ihre Wünsche und Bedürfnisse auch im Notfall umgesetzt werden können.

Diese Wegleitung soll Sie unterstützen, Ihre eigene gesundheitliche Vorausplanung aktiv anzugehen. Das heisst: mit Ihren vertrauten Menschen und Fachpersonen über Ihre Wünsche sprechen und diese in geeigneter Form dokumentieren. Sie sollten Ihre

Die Fachpersonen in der Insel Gruppe nehmen Ihre Sorgen und Ängste ernst und möchten Ihnen Mut machen, offen über das Thema der gesundheitlichen Vorausplanung zu sprechen, unabhängig von Ihrem aktuellen Gesundheitszustand.

A = Aktionsplan/ Antizipation

Besprechung beim 'Runden Tisch'
Planung gemäss SENS- Themen

- Wissensstand und Ziele?
- Aktuelle Hauptprobleme?
- Was, wenn? Vorgehen und Selbsthilfe bei Komplikationen, inklusive Notfallplanung (Rettungskette)
- Verantwortlichkeiten?
- Information an?



Frau K



Wünsche und Ansichten

- 1 Was macht mein Leben heute aus?
Was gibt mir Lebensfreude?
- 2 Was wäre, wenn es mir gesundheitlich schlechter ginge?
- 3 Welcher Zustand wäre für mich aus heutiger Sicht «kein Leben mehr»?



Medizinische Behandlung

- 4 Was muss ich noch von den medizinischen Fachpersonen wissen, um entscheiden zu können?



Dokumentation und Information

- 5 Was schreibe ich in meine Patientenverfügung?
 - 6 Welche Vorlage kann ich für meine Patientenverfügung nutzen?
 - 7 Wer sollte meine Patientenverfügung kennen & wo hinterlege ich diese?
- + Was könnte meine Patientenverfügung ergänzen?

N = Netzwerk Doku

Das ‘+’

Notfall- formular

Nicht nur für Corona

2. Grundsatzentscheide – Verfügungen Datum Aktualisierung: _____

Vorsorgeauftrag abgelegt bei/ in: _____

Vorsorgeauftrag: Ja Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang)

Verfügung Organspende Ja Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang)

Ärztliches Notfallformular (mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein, falls vorhanden)

Spitaleinweisung Nein Ja Anmerkungen (bspw. wo) _____
Wenn nein = Therapieziel C; Behandlungsplan für zuhause/Pflegeheim notwendig

Therapieziel A: Lebensverlängerung
 A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (Herzkreislaufwiederbelebung)

Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:
 B0: keine CPR (Herzkreislaufwiederbelebung)
 B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung (Beatmungsschlauch)
 B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung
 C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Unter folgenden Bedingungen: _____
Antibiotika	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Bluttransfusion	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Künstliche Ernährung enteral (in den Darm)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Künstliche Ernährung parenteral (ins Blut)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Anti- Tumor- Therapie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse)		_____

https://palliativebern.ch/fileadmin/user_upload/pdf/pdf-dateien/20200406_aerztliches_notfallformular_palliative_bern_basisdokumnetation.pdf

b) Vertrauen und Sicherheit für 'schlechtes Wetter'

- Sich der Schlechtwetterplanung überhaupt stellen (auch Fachpersonen!)
- Sich als Betroffene der 'Bergführung' anvertrauen: HausärztInnen, Support-Teams
- Erfahrungen machen, ob das Vorausgeplante hält ('sense of coherence'), beste Rettungsketten.....Realitäts-Check
- Die Angst vor der Wertlosigkeit besprechen und politisch verhandeln: Neudefinition von wertvoller Behandlung am Lebensende (> Biotechnologie und Akutmedizin)



c) Compassion als Motor

Compassion originates as **an empathic response to suffering**, as a rational process which pursues patients' wellbeing, through specific, ethical actions directed at finding a solution to their suffering.

We therefore define the term compassion to mean **the sensitivity shown in order to understand another person's suffering, combined with a willingness to help and to promote the wellbeing of that person**, in order to find a solution to their situation. This should be a duty in healthcare professionals' daily work.

Perez-Bret E et al Int J PalliatNursing 2016

Ein hoher Wert für Mitgefühl und Zeit!

Welchen Wert hat welche Behandlung, welche Interaktion?

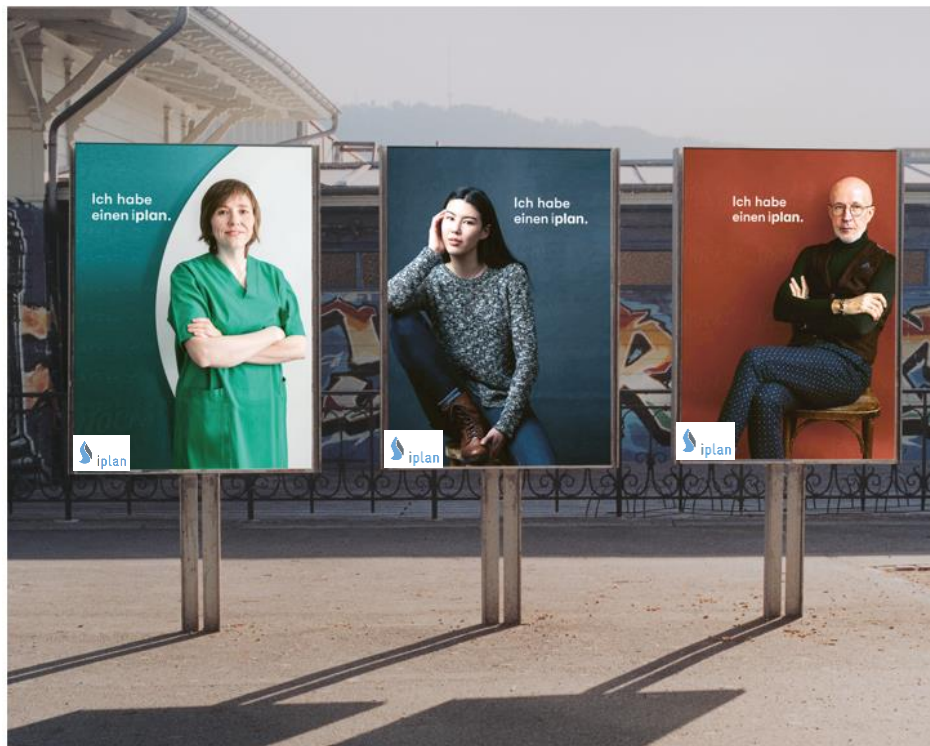


Quo vadis - Fazit

Es geht um eine Kulturentwicklung mit Wissen, Fertigkeiten und Haltung:

- Die 'Readiness' der Betroffenen: über's Sterben reden und den Wert des Lebensendes **in der Gesellschaft** erhöhen – immer wieder
- Die 'Skills' der **Fachpersonen UND der Betroffenen** verbessern: selbstverständlich eine doppelte Planung initiieren: 'den **Prozess der Antizipation** starten'; eine besondere Rolle für die Pflege und die Palliative Care?
- **Anreize:** keine x- line- Interventionen wird mehr bezahlt, wenn kein palliatives Assessment und Netzwerkplanung (inklusive Hausärztin) gemacht? Den Wert der Zeit erhöhen und diese vergüten: Vertrauen und Wegsuche brauchen

ZEIT



Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Frau K., 77 Jahre: Vorausplanung?



Sturz zuhause, lebt alleine mit Spitex- Support; Sohn in der Nähe
Eintritt via Notfall: V.a. Pneumonie li, multiple Hämatome bei Antikoag
mit Xarelto wegen V'Flimmern; Herzinsuffizienz NYHA III
Letzte Hospitalisationen: 11/2020, 3/2021, 5/2021 jeweils wegen
Atemnot, kein COVID
Möchte auf keinen Fall in ein Pflegeheim, Sohn und Spitex überlastet
Langsame Rekompensation, Mobilisation Rollator

P = Prognose einschätzen (Fachpersonen)

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS (z.B. St. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
- Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
- Fortgeschrittene COPD: Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe.
- Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Aszites, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie.
- Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie oder Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
- Fortgeschrittene Krebserkrankung: Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor.
- Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation und hat relevante vorbestehende Komorbidität
- Nach Ermessen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretenden Tod:
Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS, usw.


<p>Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig.</p>	<p>EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFAHREN</p>
---	---




2. Hat der Patient / die Patientin Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Häufige Spitalbesuche: 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation oder Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monaten.
- Unkontrollierte Symptome: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.
- Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw.
- Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele und/oder Überlastung der Betreuungsperson(en): Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorge betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
- «Surprise Question»: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.

<p>Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?</p>	<p>ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?</p>
--	--



Kurzvariante: Info zu 'Was, wenn' und PV/ Organspende



Vollvariante: gemäss P-L-A-N und/ oder Konsil PallCare

