



Plattform Palliative Care / 1. Forumsveranstaltung vom 27. April 2017

## Workshop 2 – Faktenblatt

### Übergänge ambulant – stationär

**Was ist in den nächsten fünf Jahren noch zu tun, um Übergänge in der Versorgung von Menschen in palliativen Situationen möglichst nahtlos zu gestalten? Was braucht es im Spital, was im ambulanten Bereich?**

*Das vorliegende Faktenblatt dient als Grundlage für die Workshops der 1. Forumsveranstaltung der Plattform Palliative Care (PPC). Es soll dazu beitragen, die Fragestellung einzugrenzen und aufzuzeigen, welche Arbeiten im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 bereits umgesetzt worden sind.*

#### 1. Fragestellung

Rund 90 Prozent der 80-84-jährigen Personen in der Schweiz leben zu Hause. Die meisten Menschen möchten auch zu Hause sterben. Jedoch ereignen sich rund 80 Prozent der Todesfälle in Institutionen.<sup>1</sup> Gemäss einer Studie aus der Schweiz kommt es in den letzten sechs Lebensmonaten oft zu Verlegungen und Hospitalisierungen. Die Analysen der Daten von 11'310 Verstorbenen im Jahre 2014 ergaben, dass 65% der Patientinnen und Patienten in den letzten sechs Monaten mindestens einmal verlegt und 62% mindestens einmal hospitalisiert wurden. Die durchschnittliche Anzahl der Verlegungen in den letzten sechs Monaten lag bei 3. Knapp 13% dieser Verlegungen werden als besonders belastend eingestuft, weil die betroffenen Personen entweder mindestens dreimal innerhalb der letzten 90 Tage oder mindestens einmal in den letzten drei Tagen vor dem Tod hospitalisiert wurden.<sup>2</sup>

Solche Übergänge in der Versorgung von Menschen in palliativen Situationen sind mit Herausforderungen verbunden. Oft kommt es zu Notfallhospitalisierungen, manchmal als Folge der Überlastung von pflegenden Angehörigen oder mangels vorausschauender Planung. Beim Spitaleintritt geht es darum, den Informationsfluss vom zuweisenden Arzt, der zuweisenden Ärztin, der Spitex oder dem Pflegeheim zum Spital sicherzustellen. Vor der Entlassung von Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen muss die Betreuung und Behandlung nach dem Spitalaufenthalt sorgfältig geplant und organisiert werden.

- 1. Welche konkreten Massnahmen braucht es an den Schnittstellen, um Übergänge vom ambulanten zum stationären Setting (und umgekehrt) nahtlos zu gestalten?**
- 2. Wie können diese Massnahmen umgesetzt werden und welche Akteure braucht es dazu?**
- 3. Welche Instrumente, Tools, Prozesse u.ä. könnten hilfreich sein?**

<sup>1</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan: Auswertung von Daten zum Sterbeort der Jahre 2006 bis 2011. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/datensituation-zu-palliative-care.html>

<sup>2</sup> Vgl. Bähler, Caroline/Signorell, Andri/Reich, Oliver (2016): Health Care Utilisation and Transitions Between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. In: PLoS ONE 11(9): e0160932. doi:10.1371/journal.pone.0160932. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0160932>



## 2. Bisherige Aktivitäten im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care

Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care wurden verschiedene Grundlagen erarbeitet, die zu einer Verbesserung der Betreuung an den Schnittstellen beitragen können.

### Einsatz des Betreuungsplans im Kanton Solothurn

Das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention EBPI und das Institut für Hausarztmedizin IHAM der Universität Zürich haben im Auftrag des BAG und mit der Unterstützung der Ärztekasse Genossenschaft die Voraussetzungen, Erfahrungen und Hindernisse für den Einsatz eines Betreuungsplans für die palliative Grundversorgung untersucht. Der Betreuungsplan ist ein Arbeitsinstrument für den täglichen Informationsaustausch und den Runden Tisch in der interprofessionellen Betreuung in der Palliative Care. In der untersuchten Region wird der Betreuungsplan Palliative Care noch eher spärlich eingesetzt, wie die online-basierte Befragung der Fachpersonen zeigte. Wird er aber eingesetzt, so wird er sehr geschätzt und zeigt seinen Nutzen hauptsächlich bei der Funktion als Gesprächsleitfaden bzw. als Checkliste für die vorausschauende Planung. Zudem liegt der Nutzen in seiner Funktion als Handlungsanweisung für die Angehörigen bei Notfällen. Auch unterstützt der Betreuungsplan den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen vor Ort, wenn er zuhause bei der Patientin/beim Patienten aufliegt.<sup>3</sup>

### Mobile Palliativdienste

Das Bundesamt für Gesundheit hat 2014 eine Studie zu den mobilen Palliativdiensten in Auftrag gegeben. Diese erstmalige, systematische Bestandesaufnahme zeigt, dass in diesem Bereich eine grosse Vielfalt von Angeboten besteht. Unter anderem gibt es mobile Palliativdienste, die an ein Spital angeschlossen sind oder Teil der Spitalorganisation sind. Oft nutzen sie die Synergien zur Palliativstation oder dem spitalinternen Palliativ-Konsiliardienst. Andere Dienste bilden als Organisation eine Brücke zwischen Spital und Spitex oder Spitex und Institutionen der sozialen Arbeit/Freiwilligenarbeit und haben somit verschiedene Versorgungsbereiche direkt in ihre Organisation eingebunden.<sup>4</sup>

## 3. Weitere Aktivitäten von Bund, GDK und palliative ch

Im Folgenden werden weitere relevanten Aktivitäten aufgeführt, die beim Bund, bei der GDK und bei palliative ch umgesetzt werden bzw. wurden.

### BAG: Projekt «Koordinierte Versorgung»

Die Förderung der koordinierten Versorgung ist eine Massnahme der gesundheitspolitischen Agenda «Gesundheit2020» des Bundesrates. In einem ersten Schritt soll die koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten, vor allem im Kontext Spital, verbessert werden. Eine Massnahme ist die Verbesserung der Entlassungsplanung. Auf Einladung des BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK haben Leistungserbringer und Verbände, kantonale Behörden und Versicherer am 8. Dezember 2016 an einem Workshop diskutiert, wie die Planung der Spitalentlassung verbessert werden kann. Die rund 80 Teilnehmenden konnten anhand von verschiedenen Referaten erfahren, welche Initiativen in der Schweiz bestehen, um die Schnittstellen in der Betreuungskette zwischen Akutsomatik und Nachsorge zu Nahtstellen zu machen.

Eine weitere Massnahme des Projekts Koordinierte Versorgung ist die Verstärkung einer vorausschauenden Planung, so dass die Behandlung und Betreuung besser entlang den Bedürfnissen der Patientin, des Patienten koordiniert werden kann. Die Anwendung von Advance Care Planning (ACP) als Instrument zur vorausschauenden Planung, Vorbereitung, Entscheidungsfindung eines allfälligen Pflegebedarfs und zur Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungen soll gefördert werden. Dazu wurde eine Taskforce beauftragt, ein Rahmenkonzept für ACP in der Schweiz zu erarbeiten.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/studie-zum-betreuungs-plan-palliative-care.html>

<sup>4</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bestandesaufnahme-mobile-palliativdienste.html>

<sup>5</sup> Vgl. <http://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung>

### **BAG: Das elektronische Patientendossier**

Jede Person in der Schweiz soll in Zukunft die Möglichkeit erhalten, ihre medizinischen Daten über ein elektronisches Patientendossier medizinischen Fachpersonen zugänglich zu machen. Die Daten stehen so zu jeder Zeit und überall zur Verfügung. Damit können die Patientinnen und Patienten in besserer Qualität, sicherer und effizienter behandelt werden. Mit dem Ja des Parlaments zum neuen Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier liegt nun die gesetzliche Grundlage auf Bundesebene vor.<sup>6</sup>

### **Nationales Forschungsprogramm 67 «Lebensende»**

#### **Bally, Klaus et al.: Betreuungsqualität am Lebensende aus Sicht der Hausärzte und -ärztinnen sowie Angehörigen**

Das Projekt beleuchtet die Betreuung von Menschen am Lebensende aus der Perspektive von Hausärzten und -ärztinnen sowie Angehöriger verstorbener Patientinnen und Patienten.

<http://www.nfp67.ch/de/projekte/modul-1-sterbeverlaeufe-und-versorgung/projekt-bally>

#### **Sottas, Beat et al.: Pflegende Angehörige in komplexen Situationen am Lebensende**

Das Projekt untersucht, wie Angehörige kritische Situationen am Lebensende wahrnehmen und wie sie damit umgehen. Es entwickelt Massnahmen, die belastende Spitaleinweisungen von sterbenden Menschen verhindern.

<http://www.nfp67.ch/de/projekte/modul-1-sterbeverlaeufe-und-versorgung/projekt-sottas>

---

<sup>6</sup> Vgl. <http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/bundesgesetz-elektronische-patientendossier.html>