



Advance Care Planning: Partizipative Vorausplanung mit onkologischen Patientinnen und Patienten aus Sicht der Pflegefachpersonen

Monica Fliedner, MSN, PhD

Pflegeexpertin APN, Co-Leiterin

Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern

monica.fliedner@insel.ch

Fallbeschreibung

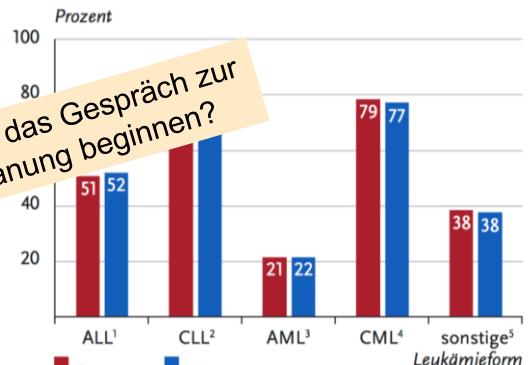
- Simon, ledig, Mitte 50 Jahre alt, ehemals Gefängniswärter, aktuell eigenes Elektrogeschäft, Hund
- AML mit Mutationen ED 4/2022
- Frühere Therapien:
 - Induktion Analog HOVON 150
 - 4 Zyklen Vidaza / Venetoclax
 - 2/2023 Allogene HSZT vom 10/12 HLA-identischem Fremdspender
 - 7/2023 stopp der Immunsuppression
 - 2/2024 Rezidiv – Systemtherapie mit Vidaza / Venetoclax
 - 05/2024 Re-Induktionszyklus nach CLA-Ida Schema
 - ...
- Aktuell (Juli 2024): seit 80+ Tagen in Isolation
- Funktionelle Verschlechterung (ECOG 4), seit 4/23 in Aplasie
- Hoffnung auf Studieneinschluss im August 2024 (Phase 1)

[monica.fliedner@insel.ch/2024](mailto:monica.fliedner@insel.ch)

Statistische Daten – z. B. Leukemie

Erwachsene (D, 2019)	Frauen	Männer
Neu-diagnostiziert	5'304	7'419
Verstorben	3'670	4'590
Relative 5-Jahres Überlebensrate	56%	58%
Erwachsene (CH)		
Neu-diagnostiziert	700	
Verstorben	250	330
Relative 5-Jahres Überlebensrate	61%	62%

Relatives 5-Jahres-Überleben nach Form der Leukämie und Geschlecht, ICD-10 C91 – C95, Deutschland 2017 – 2018



www.krebsdaten.de; www.krebsliga.ch

monica.fliedner@insel.ch/2024

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation
- Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungsziels
- CoCa (Concurrent Care): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen und die Rolle der Pflege
- Fazit

monica.fliedner@insel.ch/2024

Hintergrund GVP / ACP

- Kontinuierlicher Prozess
- Partizipation / Shared decision making: gemeinsame Planung ist nur so gut wie die Angaben, die wir **VONEINANDER** erhalten
- Ziel: Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am Patientenwillen (*Respekt der Autonomie*)
 - Förderung des Patientenwohls (*Wohltun*) und Unterstützung der Angehörigen
 - Verringerung schädlicher Übertherapie (*Nichtschaden*)
 - Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten
 - Erhöhung des Vertrauens in das Gesundheitssystem
- Das heisst:
 - Anpassung der Betreuung und Behandlung an die **Ziele des Betroffenen** (sog. *goal-concordant care*)
 - Prozess implementieren – Struktur muss etabliert sein

monica.fliedner@insel.ch/2024

Higginson et al 2007

«ACP/GVP ist der Regenschirm – nicht der Regen»



basierend auf Zimmermann & Mathews, JAMA Oncol. 2022;8(5):681-2

monica.fliedner@insel.ch/2024

Bedürfnisse...

- die das Individuum empfindet (**Gefühl / Denken**)
- die das Individuum zum Ausdruck bringt und Handlungen erwartet (**geäusserte Bedürfnisse**)
- wovon die Fachperson denkt, was das Individuum braucht (**Normativ**)
- was wir erfahrungsgemäss denken, was das Individuum braucht (**Vergleich**)

*Schieflage - Betroffene(r) auf Augenhöhe
mit der Gesundheitsfachperson?!*

monica.fliedner@insel.ch/2024

Higginson et al 2007

Wahrnehmung von Patienten nach SZT gegenüber ACP

(Qualitative Studie, N=12 Patienten & 4 Fokusgruppen, UK)

- Bedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf den Umgang mit zukünftigen Symptomen
- Personenzentrierte Information und Einbezug in die Entscheidungsfindung
- Bedeutung von Beziehungen/Vertrauen zur Unterstützung
- Veränderte Wahrnehmung dessen, was Palliative Care bedeutet: ganzheitliche Betreuung
- Wunsch: Diskussion **ausserhalb eines Krisensettings** -> Planung für eine ungewisse Zukunft mit Beachten der Hoffnungen, Ängste und Wünsche

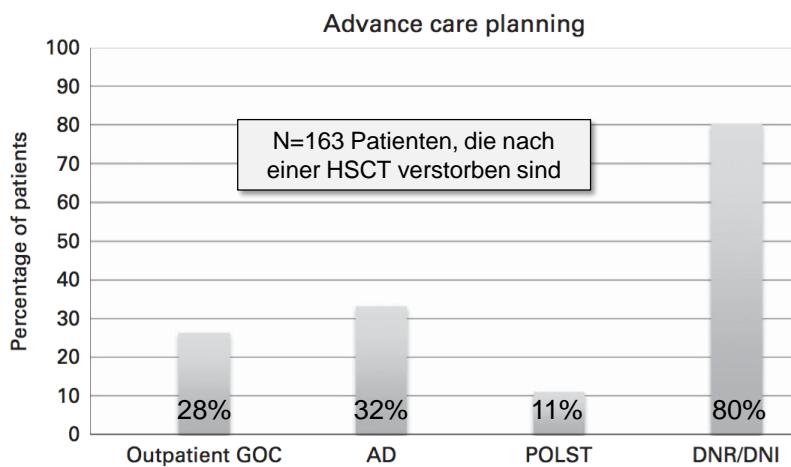
Schlussfolgerung:

- Rechtzeitige, routinemässige und frühzeitige Überweisung normalisiert den Einbezug der Palliativversorgung; sie beseitigt die Herausforderung der prognosebasierten Überweisung
- Klare Informationen über die **Rolle der Palliativversorgung** und den **Grund für die Überweisung** sind entscheidend

Gemmell et al 2022, ASCO 2024

monica.fliedner@insel.ch/2024

Patienten mit ACP Dokumenten



- **GOC** = Goals of care (**Behandlungsziele**)
 - **AD** = Advance directive (**Patientenverfügung**)
 - **POLST** = Physician's Orders for Life-Sustaining Treatment (**ärztl. Verordnung der lebensverlängernden Massnahmen**)
 - **DNR/DNI** = Do Not Resuscitate/Do Not Intubate (**keine Reanimation / keine Intubation**)
- (Eckhert et al 2017)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Simon...

- Lange Gespräche über das, was ihm aktuell wichtig ist
 - ✓ Kontakt zu seinem Bruder herstellen
- Werte, die für ihn Bedeutung haben
- Gefühlen Ausdruck verleihen (Wut, Angst, Hoffnung, Glück, ...)
- ACP bisher kein Thema für ihn ... und doch äussert er Sorgen gegenüber den Pflegefachpersonen v.a. im Spät- oder Nachdienst ...

monica.fliedner@insel.ch/2024

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation
- **Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles**
- CoCa (**Concurrent Care**): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen und die Rolle der Pflege
- Fazit

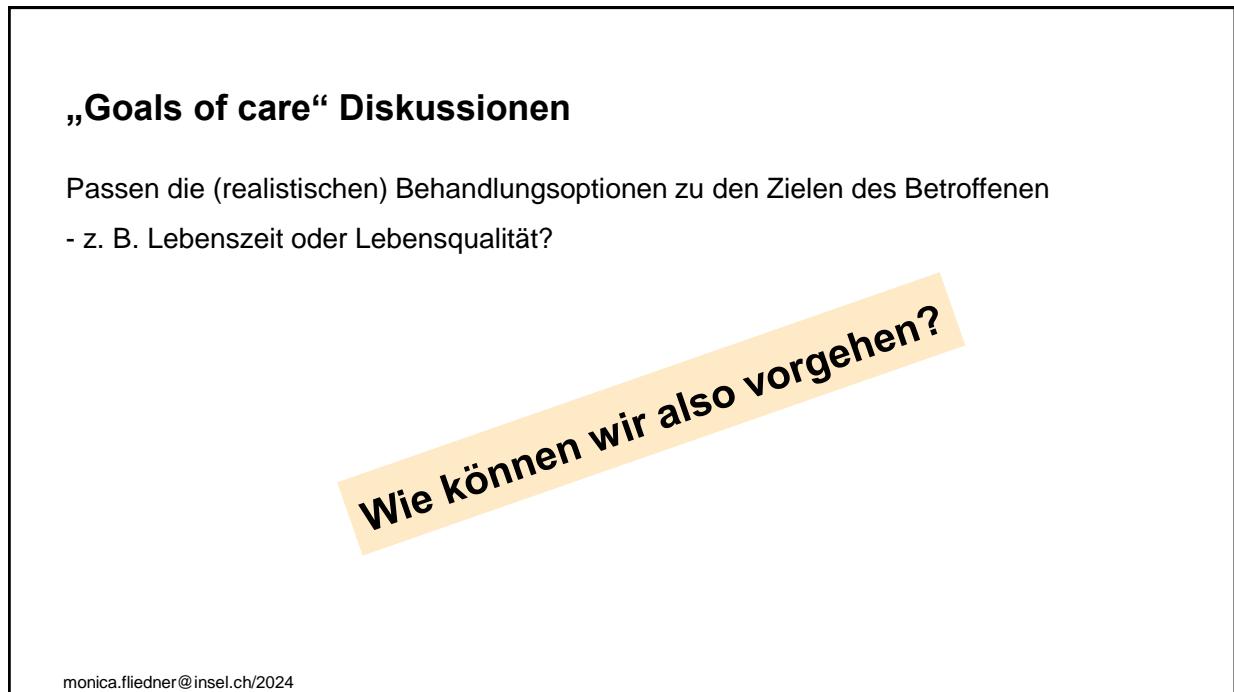
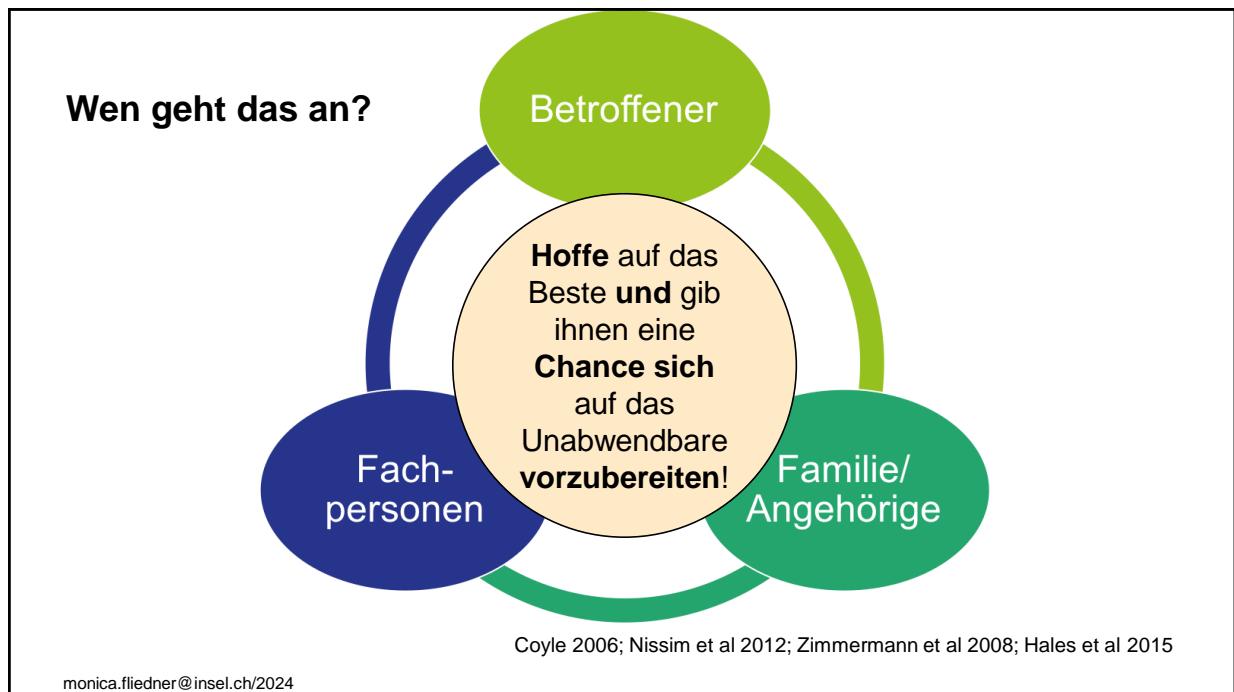
monica.fliedner@insel.ch/2024

Was beschäftigt Betroffene / Angehörige?

- Wie viel Zeit habe ich noch? Werde ich an dieser Erkrankung sterben?
- Muss ich im Falle eines Notfalls hospitalisiert werden?
- Werde ich leiden?
- Wird es eine Zeit der Hilflosigkeit / Einsamkeit geben?
- Wie hoch ist die Belastung für meine Familie?
- Wer oder was ist mir noch wichtig?
- Wo kann ich bleiben, wenn ich schwächer bin und Unterstützung brauche?
- Gibt es etwas, das ich zu Ende bringen muss oder will?
- Was kann ich für schwierige Zeiten voraus planen - wer muss von meinen Plänen, Träumen und Vorstellungen für die Zukunft wissen?
- Wer kann mir Antworten auf alle Fragen geben?
- ...

Shaulov & Aviv 2023

monica.fliedner@insel.ch/2024



Barrieren um (frühzeitig) ACP/GVP zu integrieren

- Fehlendes Wissen und Verständnis von ACP / GVP: synonym der Versorgung am Lebensende (*„aufgeben“ oder „Ich will doch nicht die Hoffnung wegnehmen“*)
- Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs (*akute Exazerbation*) und fehlende Instrumente
- Unterschätzen der Möglichkeit eines unerwarteten Todes
- Unklare Behandlungsziele: Teilnahme an klinischen Studien wichtiger als ACP/GVP? (*„eine andere klinische Fachperson wird das dann schon machen“*)
- Unrealistische Erwartungen der Patienten, Familie oder Fachpersonen
- Strukturen des Gesundheitswesens

Schlussfolgerung (Sanders et al 2024 ASCO!): frühzeitige ACP/GVP Gespräche als Routine im klinischen Verlauf integrieren (v.a. fortgeschrittenes Leiden bzw. Patienten in Phase 1 Studien)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Manitta et al 2010; LeBlanc & El-Jawahri 2015; Odejide et al 2016; Oechsle 2019; Shaulov et al 2022

Warum sollte man frühzeitig über den Elefanten im Raum also: «Was wäre wenn ...?» sprechen?

- Verbesserte Lebensqualität
 - Weniger aggressive Behandlungen -> Angehörige weniger Risiko, eine komplizierte oder verlängerte Trauer zu entwickeln
 - Vermehrt Unterbringung in Hospizen
 - Öfters wird die Versorgung entspricht – häufig zu spät ist! → Behandlungszielen des Betroffenen entscheidet die Therapieplanung
 - Geringere Kosten → oft beginn/Fortführung der Therapie oder Hospitalisation in den letzten 60 Tagen vor dem Tod)
 - Verschieben von Versterben im Spital in Richtung Zuhause
- **ACP/GVP vor einer HSCT ist ein Qualitätsindikator**

(Ganti et al 2007; Wang et al 2017; Cappell et al 2018; Cooper & Dains 2020)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Empfehlungen (BAG / SAMW Roadmap 3'2023)



Gesundheitliche Vorausplanung
Projet de soins anticipé
Pianificazione sanitaria anticipata

- Vertretungsberechtigte Person bestimmen und informieren
- Persönliche Wertehaltung formulieren
- Willen bezüglich Therapiezielen und medizinischen Massnahmen bilden
- Betreuung und Behandlung für komplexe Situationen und/oder das absehbare Lebensende planen
- Dokumentation regelmässig aktualisieren und Fachpersonen und vertretungsberechtigter Person zugänglich machen -> Bergführer bestimmen

Begrifflichkeit: «**Therapieabbruch**» oder besser «**Therapiezieländerung**»?

monica.fliedner@insel.ch/2024

Zielformulierung (Goals of care Diskussionen)

Wovon profitiert der/die betroffene Person bezüglich...

- welchem / wessen Ziel?
- wann? Ist die Dauer der Therapie akzeptabel?
- zu erwartende «Nebenwirkungen»? Aufwand/ Ertrag?
- welche Diagnose ist relevant – welche für die betroffene Person?

Faktoren

- Verbleibende Lebenserwartung
- Zeitspanne bis zum erwarteten Benefit
- Ziele der Versorgung/Betreuung
- Ziele der Behandlung

Holmes 2006

monica.fliedner@insel.ch/2024

Simon ...

- Gespräch über die Therapiezieländerung durch Palliative Care Team
- 25.07. Erstkontakt
- 29.07. Re-Konsil
- Wünsche in Bezug auf Therapie (Grundsatzentscheide) Hoffnung auf Phase 1 Studie
- Bruder / Mutter einbezogen
- Äussert, dass er sich wünscht, nochmals eine Reise machen zu können ► VR Brille für eine virtuelle Reise



monica.fliedner@insel.ch/2024

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation
- Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles
- **CoCa (Concurrent Care): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen und die Rolle der Pflege**
- Fazit

monica.fliedner@insel.ch/2024

Warum also hinauszögern? Die Umsetzung in die Praxis...

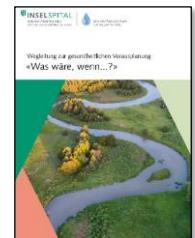
monica.fliedner@insel.ch/2024

*Würden Sie einer Bergführerin trauen,
die nur für schönes Wetter plant?*

- > es braucht eine klare Struktur
- > Schulungen für Fachpersonen in
kommunikativen Fähigkeiten

monica.fliedner@insel.ch/2024

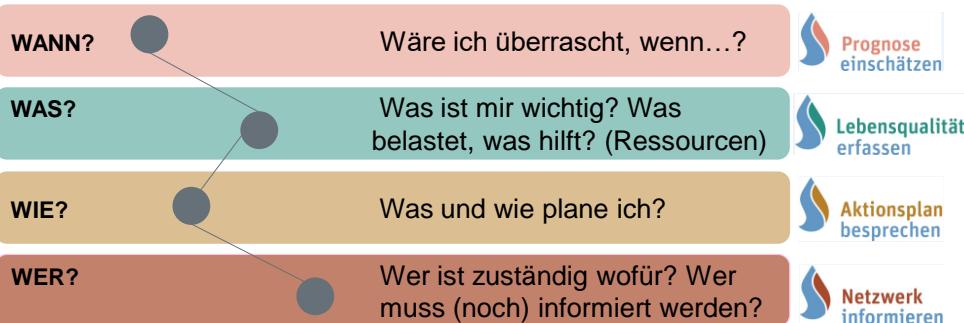
Grundfragen der Vorausplanung



- Interprofessionelle Vorgehensweise: **prospektiv, präventiv, partizipativ**
- Toolkit für Gesundheitsfachpersonen und Betroffene

monica.fliedner@insel.ch/2024

I- PLAN im Rahmen des CoCa Projektes



iplan – Gemeinsam vorausplanen. Selbstbestimmung ermöglichen (iplan-care.ch)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Was kann meist nicht vorausgesagt werden?

- Der Zeitpunkt einer Komplikation
- Das Ausmass der Lebensbedrohung oder Einbussen
- 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)
- ...

monica.fliedner@insel.ch/2024



Wann? Prognose - Screening (P-CaRES-D)

Lebenslimitierende Erkrankung(en)

Bedarf an GVP bzw. Palliative Care Support

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe. <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene COPD: Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe. <input type="checkbox"/> Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Aszites, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie. <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie oder Serum-Kreatinin > 530 µmol/l. <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene Krebskrankung: Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor. <input type="checkbox"/> Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation und hat relevante vorbestehende Komorbidität <input type="checkbox"/> 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.	
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)	
<input type="checkbox"/> Häufige Spitalbesuche: 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation oder Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monaten. <input type="checkbox"/> Unkontrollierte Symptome: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw. <input type="checkbox"/> Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> «Surprise Question»: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.	
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? STOP! Das Screening ist negativ.	ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Palliative Care Konsilium empfohlen

monica.fliedner@insel.ch/2024

George et al 2015/2016

L = Lebensqualität



Assessment nach SENS

[www.sens-
plan.com](http://www.sens-plan.com)



monica.fliedner@insel.ch/2024

SENS®: Problemfelder und Ressourcen	
Übergreifend erfassen:	
Allgemeines Wohlbefinden, aktuelle Problembereiche, Ressourcen und Copingstrategien von Patient*in und Angehörigen	
Symptome und Auswirkungen der Erkrankung	Netzwerkorganisation
Körperliche Symptome	Lebensumstände
Schmerzen, Nausea, Dyspnoe, Erbrechen, Verstopfung	Aktuelle Wohnsituation (Treppen etc.), Alternativen, Hilfsmittel, Mitbewohnende, Anträge AUF/IV
Psychische Symptome	Privates Netzwerk
Vergessenheit, Delir, Todeswunsch, Schlafstörung	Angehörige, Freunde, Freiwillige etc., Väter, Mütter
Soziale Stressoren	Professionelles Netzwerk + Verfügbarkeit
Auswirkungen auf Beziehungen und soziale Aktivitäten, Hobbies, Beruf und Finanzen	Sozialarbeiter, psychologische Unterstützung, Seelsorge; Notfallknopf, Rettungskette?
Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen	Netzwerk
Entscheidungsfindung und Erwartungen	
Persönliche Geschichte und Werte	Bisherige Lebensinhalte (Familie, Beruf), Werte, Lebensqualität
Entscheidungen/ Erwartungen	
Spirituelle/ kulturelle Bedürfnisse	Belastung und Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen/ Freunden
Erwartungen und Patientenziele	Vorhanden oder notwendig: - Support bei Pflege - Allgemeine Betreuung (z.B. Nachtwache, Haushalt)
Medizinische und pflegerische Entscheide	- Pauschalierung
Therapien, vorbereitende Grundsatzentscheide (CPB, Intub., Notfallplan); aktuelle Urteilsfähigkeit Vertretungsperson für med. Entscheide	Finanzielle Engpässe in der Zukunft? Support
Planung Lebensende	Mög. freig. Engpässe in der Zukunft?
„Unfinished business“, Testament, Wünsche bzgl. Sterbeort, Rituale, Beerdigung	
www.sens-plan.com Universitätsklinik für Palliative Care, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz SENS steht unter folgender Creative Commons Lizenz: CC BY-NC-SA-Lizenz (Namenwidmung - Nicht-kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen) 2018 / Version 14.09.2021	

A = Aktionsplan/ Antizipation



Besprechung beim ‘Runden Tisch’

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

Planung gemäss SENS - Themen

monica.fliedner@insel.ch/2024

N= Netzwerk Dokumentation

Vor allem für Patienten mit einer Lebenserwartung < 6 – 12 Monaten

- Patientenverfügung, vertretungsberechtigte Person
- rechtlich-finanzielle Regelungen
- Dokument mit Entscheidungen im Falle eines Notfalls
- Zugang zur Information für alle involvierten Personen (Fachpersonen, Angehörige) gewährleisten

<https://palliativebern.ch/fuer-fachpersonen/basisdokumentation-betreuungsplan>

monica.fliedner@insel.ch/2024

Wie ging es weiter mit Simon?

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Fortgeschrittenes Demenz oder Erkrankungen des ZNS (z.B. St. a. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson); benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit. <input type="checkbox"/> Fortgeschrittenes Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe. <input type="checkbox"/> Fortgeschrittenes COPD: Kontinuierliche Heimbeatmungstherapie oder chronische Ruhehypoxie. <input type="checkbox"/> Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Asthma, O-Bilirubin oder hepatische Enzephalopathie. <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie oder Serum-Kreatinin > 530 µmol/L. <input checked="" type="checkbox"/> Fortgeschrittene Krebskrankung: Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor. <input type="checkbox"/> Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation und hat relevante vorbestehende Komorbidität <input type="checkbox"/> Nach Erreissen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für nach-eintretenden Tod: Bspw.: Infarktstar bei akutem Myokardinfarkt, schweres Trauma bei älteren Personen (metaphysäre Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS; usw.	
Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig.	ENEN oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFAHREN
	
2. Hat der Patient / die Patientin Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Häufige Spülbehandlungen, 2 oder mehr Vorbehandlungen auf der Notfallstation oder Spülauflauftherapie innerhalb der letzten 6 Monaten. <input type="checkbox"/> Unkontrollierte Symptome aufgrund einer chronischen Erkrankung wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Enchirpung, usw. <input type="checkbox"/> Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätseinbuße, häufige Störer, verminderde Nahrungsaufnahme, Dehydratation, usw. <input checked="" type="checkbox"/> 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. Behandlungssuite. <input checked="" type="checkbox"/> «Surprise Question»: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate verstorbene würde.	
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? STOP! Das Screening ist negativ.	ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Palliative Care Konzilium einholen!



- Fortgeschrittene Krebskrankung
- Unkontrollierte Symptome
- Funktionelle Verschlechterung
- Unklares Behandlungsziel / Überlastung der Mutter
- Surprise question: Team wäre nicht überrascht, wenn...

- Erbe will er voll und ganz seinen Angestellten übergeben
 - dringende notarielle Klärung
- Mutter / Bruder: Hund an einem guten Ort platzieren
- 3 Tage nach umstellen auf »Comfort-Therapie« verstorben

monica.fliedner@insel.ch/2024

Kernaufgaben und Verantwortlichkeiten der Pflege in ACP?!

- Vertreten der Wünsche und Werte der Betroffenen
- Unterstützen bei der Aufnahme von ACP-Gesprächen mit Fachpersonen
- Bereitstellen von Informationen, Edukation und Begleitung in Bezug auf medizinische Informationen
- Unterstützung der Patienten bei Übergängen zwischen verschiedenen Einrichtungen
- Dokumentation von Fragen im Zusammenhang mit ACP
- Aufklärung der breiten Öffentlichkeit

(Fliedner et al 2021)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Herausforderungen der Pflegefachpersonen

Hindernisse

- Mangel an Zeit und Ausbildung
- Begrenzte Unterstützung durch Kollegen
- Mangelndes Wissen über Systeme und Finanzierung
- Mangelnde Klarheit und/oder Einschränkungen, was in den Bereich der Pflege gehört

Qualifikationen und/oder Bildungsanforderungen

- Ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeiten
- Wissen um die kulturelle und gesundheitliche Situation der Patienten
- Kennen von ethischen und rechtlichen Grundsätzen

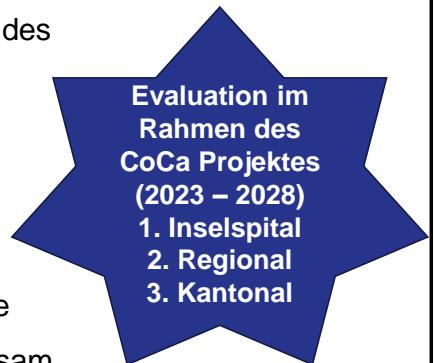
Schlussfolgerungen: solide Grundlage für die Teilnahme am ACP-Prozess

(Fliedner et al 2021; Ohr et al 2021; Nagarajan et al 2022)

monica.fliedner@insel.ch/2024

Für wen kann diese Herangehensweise hilfreich sein?

- **Betroffene und Familie:** Sicherheitsgefühl, Gefühl des Vertrauens und Erleichterung → **PPI involvement**
- **Hausärzte / Spezialisten**
- **SPITEX / mobile Dienste**
- **Notfall / Para Medics / ICU**
- **Spitäler:** vermehrte Dokumentation von PV -> Hohe Qualität der Behandlung basierend auf den gemeinsam getroffenen Entscheidungen (shared decisions?)



monica.fliedner@insel.ch/2024

Was wir weiterhin brauchen...

- Anerkennung der soziodemografischen und kulturellen Veränderungen
- Umverteilung der Finanzmittel im Gesundheitswesen zugunsten von "chronischer / komplexer Versorgung"
- Mut zur Veränderung der Berufsausbildung
- Kurse für Fachpersonen in der Kommunikation untereinander und mit den Betroffenen -> **CoCa Projekt**
- Endlichkeit in der Gesellschaft: Kurse für die allgemeine Bevölkerung
- Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für Palliative Care
 - PHPCI Conference Oktober 2024 in Bern



22–25 October 2024

monica.fliedner@insel.ch/2024

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation
- Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungsziels
- CoCa (**Concurrent Care**): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen und die Rolle der Pflege
- **Fazit**

monica.fliedner@insel.ch/2024

Fazit

- Partizipative gesundheitliche Vorausplanung mit onkologischen Patientinnen und Patienten: **Lasst uns über den Elefant im Raum sprechen!**
- Barrieren auf allen Ebenen: erkennen, diskutieren und Lösungen finden
- Team-basierte training in Kommunikation / Fallbesprechungen
- Rolle der Pflege bei der Einbettung von Prozessen der frühzeitigen Integration von "Was wäre wenn...?" regeln
- Vorausschauende GVP / ACP als öffentliches Thema?!

monica.fliedner@insel.ch/2024