

## **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](mailto: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

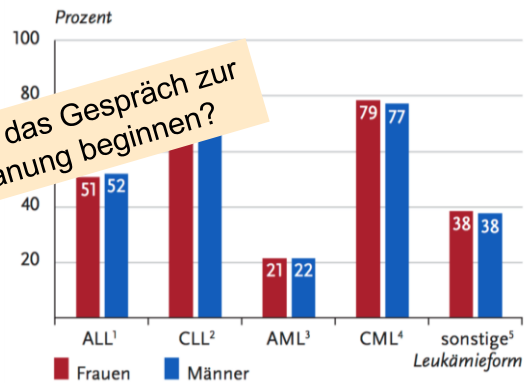
## Statistische Daten – z. B. Leukemie

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

Erwachsene (CH)	Frauen	Männer
Neu-diagnostiziert	250	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](http://www.krebsdaten.de); [www.krebsliga.ch](http://www.krebsliga.ch)

monica.fliedner@insel.ch/2024

## Inhalte

- **Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation**
- Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles
- CoCa (**C**oncurrent **C**are): 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»

Später Kontakt mit Palliative Care zur gesundheitlichen Vorausplanung



Frühzeitiger Kontakt mit Palliative Care zur gesundheitlichen Vorausplanung



basierend auf Zimmermann &amp; 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**)

*Schiefelage - 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

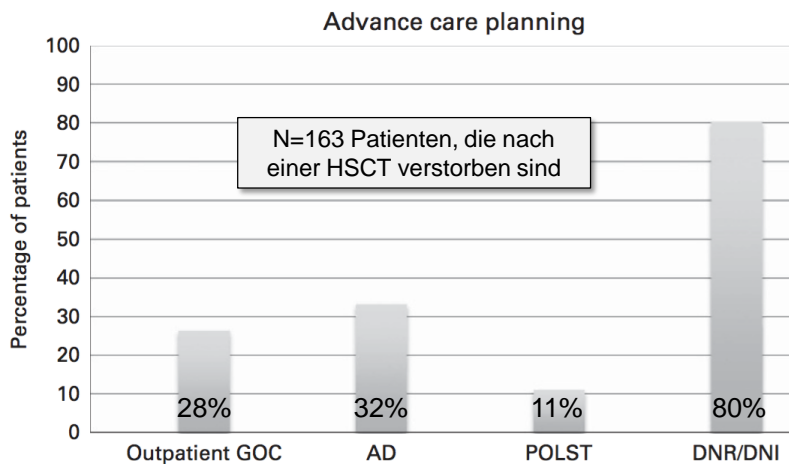
### Schlussfolgerung:

- 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

monica.fliedner@insel.ch/2024

Gemmell et al 2022, ASCO 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) (Eckhart 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 Nachtdienst ...

monica.fliedner@insel.ch/2024

## Inhalte

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

monica.fliedner@insel.ch/2024

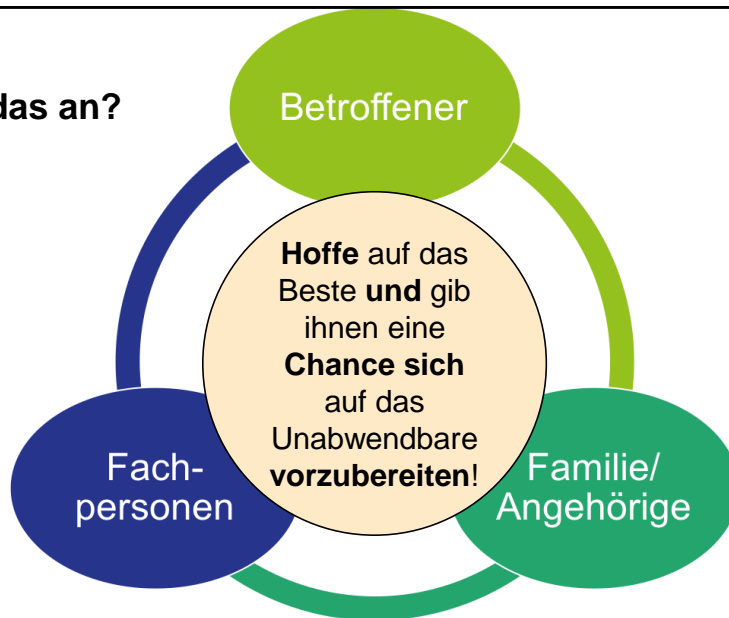
## Was beschäftigt Betroffene / Angehörige?

- 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

## Wen geht das an?



Coyle 2006; Nissim et al 2012; Zimmermann et al 2008; Hales et al 2015

monica.fliedner@insel.ch/2024

## „Goals of care“ Diskussionen

Passen die (realistischen) Behandlungsoptionen zu den Zielen des Betroffenen  
- z. B. Lebenszeit oder Lebensqualität?

**Wie können wir also vorgehen?**

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 den Behandlungszielen des Betroffenen entspricht – häufiger als angenommen dokumentiert
- 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 Werthaltung 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



WANN?



WAS?



WIE?



WER?



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

monica.fliedner@insel.ch/2024

## I- PLAN im Rahmen des CoCa Projektes



WANN?

Wäre ich überrascht, wenn...?



WAS?

Was ist mir wichtig? Was belastet, was hilft? (Ressourcen)



WIE?

Was und wie plane ich?



WER?

Wer ist zuständig wofür? Wer muss (noch) informiert werden?



[iplan – Gemeinsam vorausplanen. Selbstbestimmung ermöglichen \(iplan-care.ch\)](http://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 <u>oder</u> rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
<input type="checkbox"/>	Fortgeschrittene COPD: Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie <u>oder</u> chronische Ruhedyspnoe.
<input type="checkbox"/>	Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Aszites, GI-Blutung <u>oder</u> hepatische Enzephalopathie.
<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie <u>oder</u> Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
<input type="checkbox"/>	Fortgeschrittene Krebserkrankung: Metastasierter <u>oder</u> lokal aggressiver Tumor.
<input type="checkbox"/>	Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation <u>und</u> hat relevante vorbestehende Komorbidität
<input type="checkbox"/>	Nach Ermessen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretenden Tod: <i>Beispiele:</i> Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS, usw.
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; background-color: #d4edda; padding: 5px;"> <b>Nichts angekreuzt?</b> STOP! Das Screening ist fertig.         </div> <div style="width: 45%; background-color: #fff3cd; padding: 5px;"> <b>EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt?</b> Screening FORTFAHREN         </div> </div>	
↓	
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 <u>oder</u> 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 <u>und/oder</u> 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.
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; background-color: #d4edda; padding: 5px;"> <b>Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?</b> STOP! Das Screening ist negativ.         </div> <div style="width: 45%; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <b>ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?</b> Palliative Care Konsilium empfohlen         </div> </div>	

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**

Körperliche Symptome	Schmerzen, Nausea, Dyspnoe, Erbrechen, Verstopfung, etc.
Psychische Symptome	Verunsicherung, Depression, Angst, etc.
Soziale Stressoren	Todeswunsch, Schlafstörung, Auswirkungen auf Beziehungen und soziale Aktivitäten, Hobbies, Beruf und Finanzen
Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen	

**Netzwerkorganisation**

Lebensumstände	Aktuelle Wohnsituation (Treppen etc?), Alternativen, Hilfsmittel, Mitbewohnende, Antrag AUF/IV
Privates Netzwerk	Angehörige, Freunde, Freiwillige etc., V4
Professionelles Netzwerk + Verfügbarkeit	H4, S4, Sozialdienst, psychologische Unterstützung, Seelsorge, Notfallknopf, Rettungskette?

**Entscheidungsfindung und Erwartungen**

Persönliche Geschichte und Werte	Bisherige Lebensinhalte (Familie, Beruf), Werte, Lebensqualität
Spirituelle/ kulturelle Bedürfnisse	
Erwartungen und Patientenziele	
Medizinische und pflegerische Entscheide	Therapien, vorbestehende Grundsatzentscheide (CPR, Intub., Notfallplan); aktuelle Urteilsfähigkeit
Planung Lebensende	Vertretungsperson für med. Entscheide "Unfinished business", Testament, Wünsche bzgl. Sterbeort, Rituale, Beerdigung

**Support für Angehörige / Betreuende**

Wichtig: erfassen Sie, was den/ die Patient\*in belastet!

Belastung und Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen/ Freunden	Vorhanden oder notwendig: - Support bei Pflege - Allgemeine Betreuung (z.B. Nachtwache, Haushalt) - Pflege
Finanzielle Stressoren für Angehörige	Mögliche finanzielle Engpässe in der Zukunft?

**www.sens-plan.com**  
Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz  
SENS steht unter freier Creative Commons Lizenz: CC BY-NC-SA-Lizenz (Namensnennung – 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"/>	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) <u>und/oder</u> minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
<input type="checkbox"/>	Fortgeschrittene Herzmuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen <u>ggü</u> rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
<input type="checkbox"/>	Fortgeschrittene COPD: Chronische Atemnot, Thoraxschmerzen <u>ggü</u> rasche Ermüdbarkeit (Fatigue).
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierendes Ikterus, GI-Blutung <u>oder</u> hepatische Enzephalopathie.
<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie <u>oder</u> Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
<input checked="" type="checkbox"/>	Fortgeschrittene Krebserkrankung: Metastasierend <u>oder</u> lokal aggressiver Tumor.
<input type="checkbox"/>	Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): benötigt Aufnahme auf Intensivstation <u>und</u> hat relevante vorbestehende Komorbidität.
<input type="checkbox"/>	Nach Ermessen des zuständigen Arztes - hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretendes Tod. Beispiele: Infektion bei über 80-jährigen, schweres Trauma bei älteren Personen (multiple Rippenbrüche, intrakranielle Blutung), fortgeschrittenes AIDS, etc.

**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 <u>oder</u> Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate.
<input checked="" type="checkbox"/>	Unkontrollierte Symptome: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.
<input checked="" type="checkbox"/>	Funktionelle Verschlechterung: z.B. Müdigkeit, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Delirium, usw.
<input checked="" type="checkbox"/>	Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele <u>und/oder</u> Überlastung der Betreuungsperson(en): Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorgen betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
<input checked="" type="checkbox"/>	«Surprise Question»: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.

**Weniger als 2/4/5 Punkte angekreuzt?**  
STOP! Das Screening ist negativ.

**2/4/5 oder mehr Punkte angekreuzt?**  
Palliative Care konsultieren empfehlen

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- 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

monica.fliedner@insel.ch/2024

(Fliedner et al 2021)

## **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?)

Evaluation im  
Rahmen des  
CoCa Projektes  
(2023 – 2028)  
1. Inselspital  
2. Regional  
3. Kantonal

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



monica.fliedner@insel.ch/2024

## Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation
- Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles
- CoCa (**C**oncurrent **C**are): 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