


Rahmenkonzept



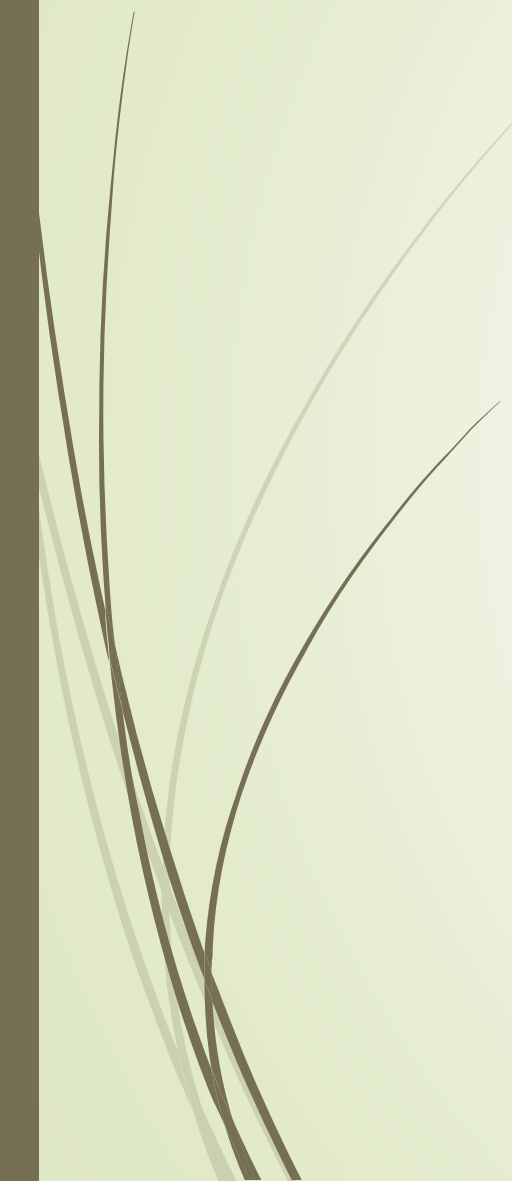
Dr. med. Barbara Loupatatzis
Spezialisierte Palliativmedizin und
Trainerin Advance Care Planning

**Gesundheitliche Vorausplanung
mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»**
Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz





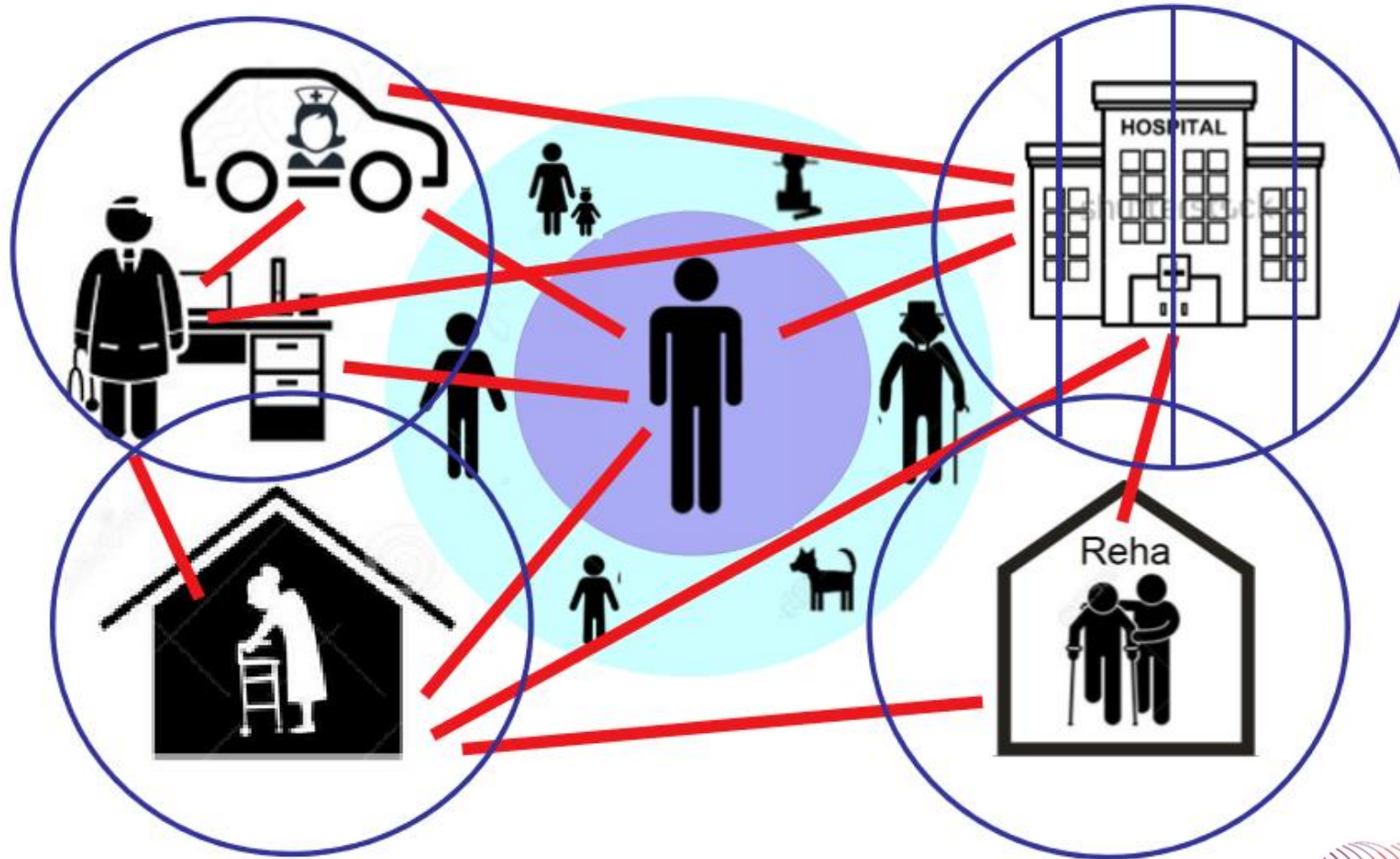
Agenda

- Entwicklung des Rahmenkonzepts
 - Inhaltliche Vorstellung des Rahmenkonzepts
 - Zusammenfassung
- 

Entwicklung des Rahmenkonzepts



Entwicklung des Rahmenkonzepts



Entstehung des Rahmenkonzepts

Koordinierte Versorgung

Patientengruppe «(Hoch-)betagte, multimorbide Menschen»: Handlungsfelder und Massnahmen

HANDLUNGSFELD 1	HANDLUNGSFELD 2	HANDLUNGSFELD 3	HANDLUNGSFELD 4
<p>Stärkung des Patientenwillens und Vorausplanung eines allfälligen Pflegebedarfs</p> <p>Ziel Die Qualität und der Stellenwert von Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträgen sollen gestärkt werden, 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. Es soll geprüft werden, ob die Anwendung von ACP mit den bestehenden Finanzierungssystemen abgedeckt ist und ob ACP im Rahmen eines eHealth-Pilotprojekts implementiert werden kann.</p> <p>Massnahme 1.1 Stärkung des Stellenwerts von Patientenverfügungen</p> <p>Massnahme 1.2 Förderung der Implementierung von Advance Care Planning</p>	<p>Planung des Spitalaustritts sowie der Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause</p> <p>Ziel Es soll geprüft werden, wie die Planung des Spitalaustritts sowie die Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause verbessert werden können, z.B. durch die Erarbeitung von Checklisten/Empfehlungen für die Planung der Entlassung von (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten aus dem Spital unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements. Zudem sollen der Bedarf und die Umsetzung von Angeboten der Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt geklärt werden.</p> <p>Massnahme 2.1 Erarbeitung und Verbreitung von Empfehlungen für die Entlassungsplanung</p> <p>Massnahme 2.2 Stärkung von Angeboten der Übergangspflege</p>	<p>Verbesserung des Zugangs zu spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen</p> <p>Ziel Es sollen exemplarisch Good-Practice-Modelle in den Kantonen, Gemeinden und Institutionen (z.B. mobile geriatrische Notfallteams, geriatrische Notfalldienste oder Konsiliardienste in den Spitälern etc.) ermittelt und analysiert werden. Diese Erkenntnisse sollen als Grundlage dienen, um den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen auch in anderen Regionen der Schweiz zu fördern.</p> <p>Massnahme 3.1 Ermittlung und Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung</p>	<p>Schaffung von Grundlagen zur Vermittlung von geriatrischem Grundwissen</p> <p>Ziel Erarbeitung von konkreten Fallbeispielen, die aufzeigen, welche Aspekte bei der Betreuung und Behandlung von betagten, multimorbiden Menschen aus geriatrischer, gerontologischer und gerontopsychiatrischer Sicht berücksichtigt werden sollen. Diese Anschauungsbeispiele sollen in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Sozialberufen auf allen Stufen als Grundlage zur Vermittlung von geriatrischem Grundlagenwissen verwendet werden können.</p> <p>Massnahme 4.1 Erarbeiten von Patientenbeispielen als Grundlage zur Vermittlung von geriatrischem Grundlagenwissen</p>

RAHMENBEDINGUNGEN

Überprüfung der Abgeltung mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen

Es soll eine Übersicht erstellt werden, die aufzeigt, welche Leistungen/Angebote im Rahmen der oben genannten Massnahmen bereits mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen abgegolten werden können und welche nicht.





Mitglieder der Taskforce

- Prof. Dr. med. Tanja Krones, Klinische Ethik, Univ. Zürich (Steuergruppe)
- Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, Palliativmedizin, Univ. Bern (Steuergruppe)
- Lea von Wartburg, lic. phil., Projektleitung Koordinierte Versorgung, BAG (Steuergruppe)

- Dr. med. Klaus Bally, Hausarzt, Univ. Basel
- Thomas Banfi, Palliativpfleger, Ente Ospedaliero Cantonale Bellinzona
- Barbara Bucher, Sozialarbeiterin, ehem. Kantonsspital Chur
- Dr. iur. Bianka Dörr, RA, LL.M., Juristin, Kantonsspital St. Gallen
- Sibylle Felber, MSc, Kommunikationswissenschaftlerin, Univ. Bern
- Dr. med. Christiane Jenemann, Psychoonkologin, Inselspital Universitätsspital Bern
- Prof. Dr. med. Ralf Jox, geriatrische Palliativmedizin, Univ. Lausanne
- Dr. med. Roland Kunz, Palliativmedizin, Stadtspital Waid, Zürich
- Dr. med. Barbara Loupatatzis, Palliativmedizin, Universitätsspital Zürich
- Pascal Mösli, Seelsorger, ref. Kirche BEJUSO
- Prof. Dr. med. Sophie Pautex, Palliativmedizin und Geriatrie, Univ. Genf
- Esther Schmidlin, Palliativpflegende, Vevey

- Assoziiertes Mitglied:
- Prof. Dr. med. Paolo Merlani, Intensivmediziner, Ente Ospedaliero Cantonale Bellinzona



Entwicklung einer Definition

- Singer et al CMAJ 15;155:1689-92

"... Ein Prozess der den Patienten befähigt, seine Wünsche gemeinsam mit seinem Behandlungsteam, seiner Familie und anderen wichtigen Bezugspersonen auszudrücken. Gegründet auf dem ethischen Prinzip der Patientenautonomie und der legalen Bestimmung einer informierten Zustimmung hilft eine bestmögliche Vorausplanung, das Konzept der informierten Zustimmung auch tatsächlich zu respektieren, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, aktiv an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen,,

- Prozess
- Gemeinsam mit dem Behandlungsteam und der Familie
- Patientenautonomie / Informed Consent
- Ziel: Wahrung der Autonomie auch im Zustand der Urteilsunfähigkeit



Entwicklung einer Definition

- Rietjens et al J Pain Symptom Manage. 2017 May ; 53(5): 821–832

ACP was defined as the ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate. Recommendations included the adaptation of ACP based on the readiness of the individual; targeting ACP content as the individual's health condition worsens; and, using trained non-physician facilitators to support the ACP process

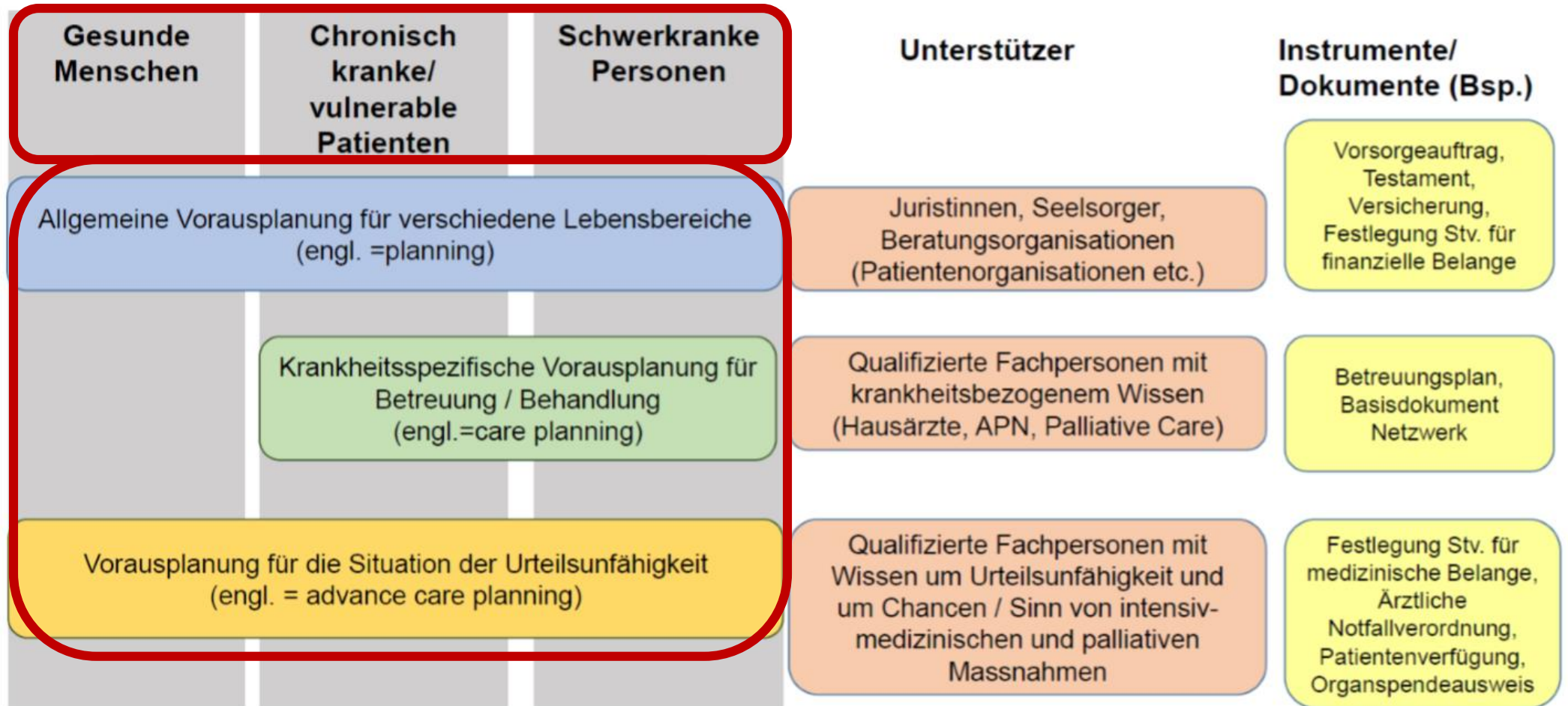
- Befähigung des Menschen seine Behandlungsziele festzulegen
- Gemeinsam mit Behandlungsteam und Familie
- Dokumentation
- Zeitpunkte für ACP: Bereitschaft des Patienten, verschlechternder Zustand
- Multiprofessionelle Vorgehensweise

Definition im Rahmenkonzept

- Die Vorausplanung (Antizipation) im Gesundheitswesen ist ein aktiver, von allen Beteiligten gleichermassen getragener kommunikativer Prozess
- Am Anfang des Prozesses steht das Erarbeiten von individuellen Präferenzen, das Erfragen von Wünschen, Werten, sowie Zielen und Lebenswillen der betroffenen Personen
- Einen zentralen Stellenwert im Vorausplanungsprozess hat die einheitliche Dokumentation, bspw. in ärztlichen Notfallanordnungen (ÄNO)
- Fachpersonen, die in den Vorausplanungsprozess involviert sind, benötigen Wissen, Fertigkeiten und eine entsprechende Haltung, die es ermöglichen, strukturiert den Patientenwillen in Bezug auf zukünftige Notfälle und Situationen der Urteilsunfähigkeit zu ermitteln, zu dokumentieren und regelmässig zu re-evaluieren.



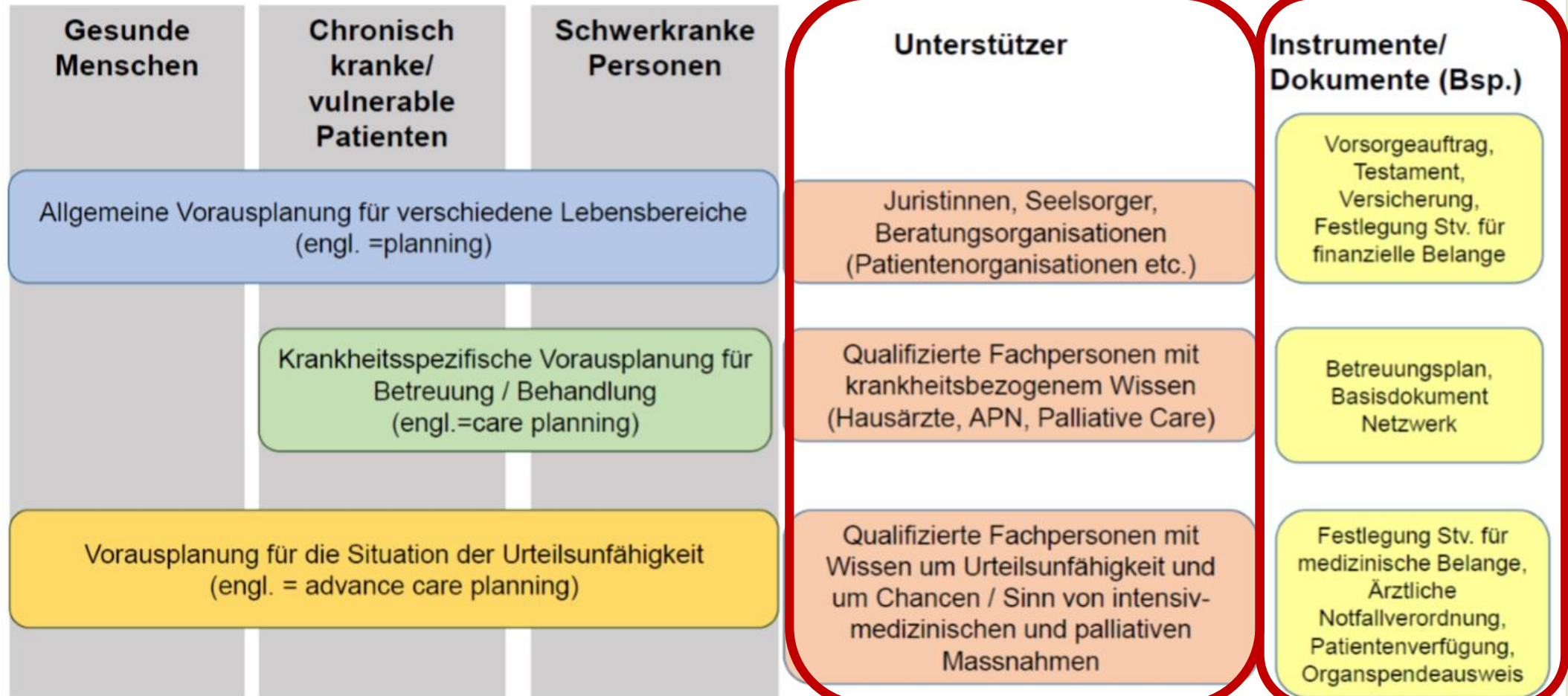
Gesundheitliche Vorausplanung



Zielgruppenbezogene gesundheitliche Vorausplanung

Zielgruppe/Ebene	Inhalte	Mögliche Schritte ¹⁶
Schwerkranke Personen und/oder in den letzten Lebensmonaten: Im Vordergrund Care Planning (CP), aber auch Advance Care Planning (ACP) und Planning	<p>Umfassende Planung für den Notfall, die Sterbephase und Möglichkeiten der Versorgung.</p> <p><i>Erläuterung:</i> Hier geht es neben der Vorausplanung für den Zeitpunkt der Urteilsunfähigkeit meist um sehr pragmatische Inhalte (vgl. z.B. SENS-Struktur¹⁷):</p> <ul style="list-style-type: none">- Vorausplanung für Selbsthilfemaßnahmen bei Symptomen wie Luftnot, Schmerzen etc.- Planung für die verbleibende Lebenszeit, bspw. wichtige Begegnungen, sog. «unfinished business», Präzisierung im Testament, kulturell-religiöse Rituale, Vorbereitung für die Sterbephase inkl. gewünschter Sterbeort- Konkrete Planung einer Notfallkette bei Komplikationen unter Einbezug von Angehörigen und Fachpersonen (sowie deren Instruktion); mögliche Varianten für Betreuungsorte bspw. zuhause/Pflegeheim- Planung der Unterstützung für Angehörige inkl. Vorausplanung Trauerphase	<ul style="list-style-type: none">• Letzte Lebensphase inkl. bevorzugter Sterbeort• Konkrete Planung für Komplikationen/Symptomexazerbation, ausgerichtet an Therapiezielen der Patientin, des Patienten, ggf. mit Medikationsvorverordnung und Bereitstellung (Notfallplan) <p>Zusatzmodule:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pflegeplanung• Seelsorge• Forschung, Organspende• Autopsie• Finanzieller Vorsorgeauftrag
	bei gleichzeitiger Festlegung eines Verzichts auf Reanimation prä- und postoperativ).	

Gesundheitliche Vorausplanung





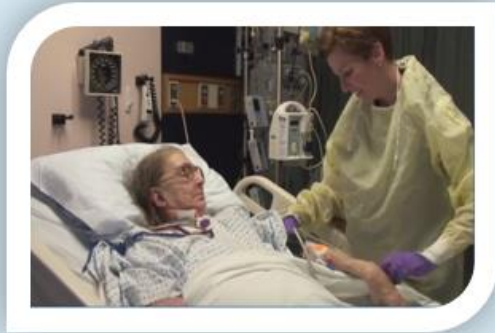



Qualifikation der Fachpersonen

Bereich	Inhalte
Wissen/ Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none">- Kenntnis des ACP-Prozesses- Krankheitsspezifisches Wissen betreffend Prognose, Risiken & Komplikationen- Beurteilung der Urteilsunfähigkeit- Wissen um Vorgehen und Evidenz intensivmedizinischer Massnahmen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern- Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen (Erwachsenenschutzrecht)- Kenntnis der regionalen/kantonalen Versorgungsstrukturen (Netzwerk) und der verwendeten Formulare bzw. Inhalte der in der Region verfügbaren Dokumentation
Fertigkeiten/ Skills	<ul style="list-style-type: none">- Beratung über zukünftige medizinische Behandlungsentscheidungen für Notfälle und Urteilsunfähigkeit- Techniken der intensiven Eruiierung der von der Patientin/vom Patienten gewünschten Grenzen einer lebensverlängernden Behandlung- Übersetzung der Wertvorstellung der Patientin/des Patienten in medizinische Massnahmen bzw. Überprüfung der Kongruenz von Patientensituation, Massnahmen und Therapieziel- Vermeiden von Suggestion- Krankheitsspezifisch: Umgang mit Unsicherheit und Hypothese- Umgang mit bereits bestehenden Patientenverfügungen- Aufnahme und Vermittlung bei wichtigen Anliegen der Patientin, des Patienten, die während der ACP-Gespräche thematisiert werden (wie biographische Arbeit, Fragen zur aktuellen Behandlung, existentielle und psychologische (Behandlungs-)Bedürfnisse)- Beratung und Unterstützung beim Erstellen einer gültigen Dokumentation (Patientenverfügungen, ÄNO), Re-Evaluation
Haltung	<ul style="list-style-type: none">- Partnerschaftliches Erarbeiten von möglichen Zukunftsszenarien zwischen Betroffenen und Fachpersonen- Befähigung des Patienten für eigene Entscheidungen, Patientenorientierung inkl. Berücksichtigung kultureller Unterschiede
	<ul style="list-style-type: none">- Transparenz bezüglich Grenzen (Machbarkeit, individuelle Grenzen)- Reflexion über die eigenen Werte sowie eigene Auseinandersetzung mit den zu besprechenden Themen (Krankheit, Urteilsunfähigkeit, Sterben, Tod)

Situationen der Urteilsunfähigkeit



<p>Geplante Urteilsunfähigkeit Dauer vorhersagbar</p>	<p>Plötzliche unvorhergesehene Urteilsunfähigkeit Dauer ungewiss</p>	<p>Längere andauernde Urteilsunfähigkeit Dauer ungewiss</p>	<p>bleibende Urteilsunfähigkeit Dauer lebenslang</p>
<p>Operationen / andere Eingriffe mit Narkosen</p>	<p>Notfallsituation</p>	<p>schwere Krankheitssituation</p>	<p>chronische Krankheitssituation</p>
			
<p>Festlegungen: Therapieziel durch Patient und OP ÄNO durch Arzt</p>	<p>Festlegungen: Therapieziel ÄNO 1</p>	<p>Festlegungen: Therapieziel mit Prognoseeinschätzung medizinische Massnahmen</p>	<p>Festlegungen: Therapieziel ÄNO 2 medizinische Massnahmen</p>



Chancen und Potenziale

- ▶ Klare Verantwortlichkeit im Fall der Urteilsunfähigkeit (Vertreter benannt)
- ▶ Klare Dokumentation für Notfallsituationen und darüber hinaus
- ▶ Mehr Sicherheit für das konkrete Vorgehen in Notfallsituationen
- ▶ Mehr vorausschauende Kommunikation über das Lebensende in Familien und der Bevölkerung
- ▶ Stärkung des Patientenwillens im Sinne des Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes



Grenzen und Herausforderungen

- Verbreitete Soge, dass primär Einsparungspotential anvisiert wird
- Gute Qualifikation aller Beteiligten, damit die Planung und die Umsetzung funktionieren
- Aspekt der Nicht-Planbarkeit
 - « Je planmässiger der Mensch vorgeht, umso wirkungsvoller trifft ihn der Zufall»
Friedrich Dürrenmatt
- Kulturelle Hintergründe, Glaubensvorstellungen, eigene Kompetenzen, Sozialisierung
- Recht auf Nicht-Planen, kein «Zwang zur Vorsorge»



Kernempfehlungen

- Sensibilisierung der Fachwelt und der Bevölkerung
- Integration von ACP in Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Schulung sowohl der Grundkommunikationsfähigkeiten als auch der spezifischen ACP Fertigkeiten
- Inter- und multiprofessionelle Beratungsmodelle, die sich in den unterschiedlichen Settings ergänzen
- Möglichst einheitliche Dokumentation
- Regionale Koordination
- Vergütung
- Fokus auf chronisch oder schwerstkranken Patienten
- Forschung/ Qualitätssicherung



Nächste Schritte

- Konkrete Umsetzung der Empfehlungen des Rahmenkonzepts
 - Fachgesellschaften: Curricula
 - FMH/SAMW zudem: ÄNO; RL Patientenverfügung; Versorgungsforschung ACP
 - BAG/ Kantonale GD
Kampagnen/Vergütung/Regionale/Nationale Koordination inkl E Health
 - (Patienten)-organisationen: Ergänzung/ACP Re-Strukturierung bestehender PV



Zusammenfassung

- Schon bisher wertvolle Arbeit im Bereich gesundheitliche Vorausplanung
- Neu im Rahmenkonzept:
 - Klärung der Terminologie
 - Empfehlungen zur Optimierung und Strukturierung der Vorausplanungsprozesse
 - Von individuellen Wertediskussionen zur regional koordinierten Anwendung und einheitlichen Dokumentation
 - Einbettung in übergreifenden Prozess der vorhanden Kommunikations- und Informationsstrukturen
 - Vision: partnerschaftliches, interprofessionelles und nachhaltiges Gesundheitssystem
 - Ziel: Wille eines wohlinformierten Patienten ist in allen Situationen der fortschreitenden Erkrankung bekannt und wird von allen Beteiligten (Familie/Behandlungsteams) respektiert und umgesetzt

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



By permission of Johnny Hart and Creators Syndicate, Inc.