



palliative zh+sh - für eine flächendeckende  
palliative Versorgung



palliative zh+sh

Als Verein im Jahr 2000 gegründet

670 (davon 117 Kollektiv) Mitglieder:

Pflegefachpersonen, Ärzte, Seelsorgende, Sozialarbeitende

Eigene Geschäftsstelle

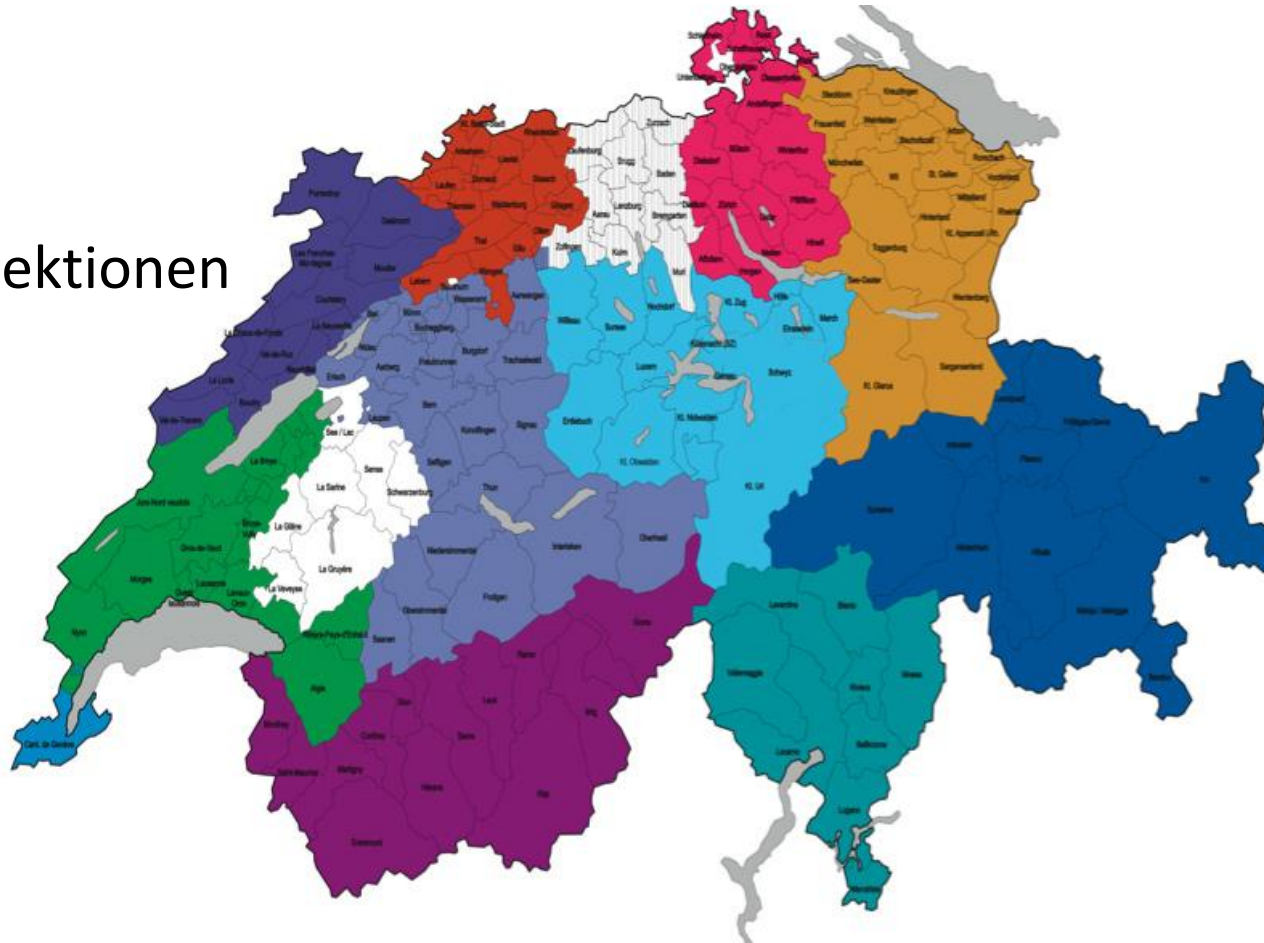
Sektion von palliative ch



palliative.ch

gemeinsam + kompetent  
ensemble + compétent  
insieme + con competenza

14 Sektionen



## Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2015: **5 Handlungsfelder:**

### **Versorgung:**

«In der ganzen Schweiz stehen genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung.»

### **Finanzierung:**

«Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen ist, unabhängig vom...Status, für alle...gewährleistet.»

### **Sensibilisierung:**

«Die Bevölkerung in der Schweiz weiss um den Nutzen der Palliative Care und kennt deren Angebote.»

### **Aus- und Weiterbildung:**

«Die in der PC-Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen...»

### **Forschung:**

«Die Forschung ist etabliert...Sie liefert wesentliche Beiträge zu gesellschaftlichen Fragen am Lebensende.»



Strategie Netzwerk im Kanton  
Zürich:

«Wir setzen uns für die  
flächendeckende palliative  
Versorgung innerhalb von  
5 Jahren ein.» (2012 – 2017)



Strategie Netzwerk im Kanton  
Zürich:

«Wir bündeln alle relevanten  
Informationen auf [pallnetz.ch](http://pallnetz.ch)  
und stellen diese den  
Anspruchsgruppen zur  
Verfügung.»



## Zielgruppen:

### **Fachleute:**

Vernetzung durch jährliche Tagung, Seminare, Netzlounches, Fachgruppen, Fallbesprechungen, Projektgruppen (ACP/NOPA)

### **Bevölkerung:**

Sensibilisierung (z.B. Broschüre) und konkrete Unterstützung (z.B. Webportal, tel. Beratung).

### **Politik und Medien:**

Die unabhängige Auskunftsstelle für Palliative Care in beiden Kantonen. Partnerin der GD Zürich.

# Meilensteine



Fachtagung seit 2009

- **Seit 2009 jährliche Fachtagung für ca 200 Teilnehmende,**

Leistungsauftrag der GD seit Anfang 2011

- **Vernetzung und Ausbildung Fachleute**
- **Sensibilisierung und Information Bevölkerung**

Interaktive Webplattform ab 2011:

- **Agenda, Angebotsdatenbank, Newsletter, Medienschau, Ausbildungsangebote, laufende Newsmeldungen**

Partnerschaft mit beiden Landeskirchen ab 2014

- **Mitarbeit im Vorstand, finanzielle Unterstützung, gemeinsame Projekte**



# 2015:



Fachtagung 25. Juni

- *In Kooperation mit USZ und Dialog Ethik:*
- **DAS UNPLANBARE PLANEN**

Projekt Advance care  
planning und Notfallplanung

- *Zusammenführung von zwei Konzepten*

Finanzierung von mobilen  
spez. Pall.Care Konsiliarteams

- *Politischer Vorstoss*

4 Netzlounges für  
Interessierte

- *Zum Thema «Spiritual Care»*

Welt Palliative Care Tag 10.  
Oktober

- **«Let's talk about death»**
- **Gesprächsforen in den Regionen**

# Advance care planning ACP und Notfallplan: = **NOPA**



- **ACP:** Ein **laufender Prozess**, in welchem der Patient, dessen Familie sowie ihre Gesundheitsdienstleister über die **Ziele** eines Patienten reflektieren, seine **Überzeugungen und Haltungen** und über **zukünftige medizinische Therapien nachdenken** und diese im besten Fall dann auch schriftlich zu **dokumentieren**. (IT-gestützt)
- **Notfallplanung:** basierend auf den Zielen und Werten des Patienten wird das Vorgehen bei zu erwartenden Notfallsituationen besprochen, schriftlich festgehalten und vorbereitet

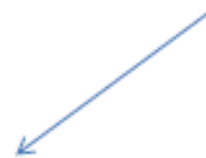
# Zusammenführung zweier Konzepte



Betreuungsplan  
Massnahmenplan  
Notfallplan

Differenzierte Patientenverfügung und  
ärztliche Notfallanordnung für plötzlich oder  
im Rahmen einer Erkrankung auftretende  
Urteilsunfähigkeit

Verordnung von konkreten  
Massnahmen bei schwerkranken  
PatientInnen, die schon im palliativen  
Setting betreut werden



**Patientenverfügung/** Notfallplan

**NOPA**

# Zusammenführung zweier Konzepte



Betreuungsplan  
Massnahmenplan  
Notfallplan



**Patientenverfügung**



**Notfallplan**



# **Advance care planning als differenzierte Patientenverfügung**

- **Gesprächsangebot durch ausgebildete Fachpersonen (facilitators)**
- **Qualifizierte Unterstützung (Begleitung)**
- **Professionelle Dokumentation**
- **Archivierung, Zugriff und Transfer**
- **Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf**
- **Beachtung und Befolgung durch Dritte**
- **Kontinuierliche Qualitätssicherung**

## Effektivität ACP bei 80+



Eine australische Studie konnte zeigen, dass durch ein Advance Care Planning im Akutspital im Vergleich zur üblichen Betreuung...

die Betreuung am Lebensende verbessert werden konnte, ebenso die Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen  
der Stress, die Ängste und Depression bei den Hinterbliebenen reduziert werden konnte.

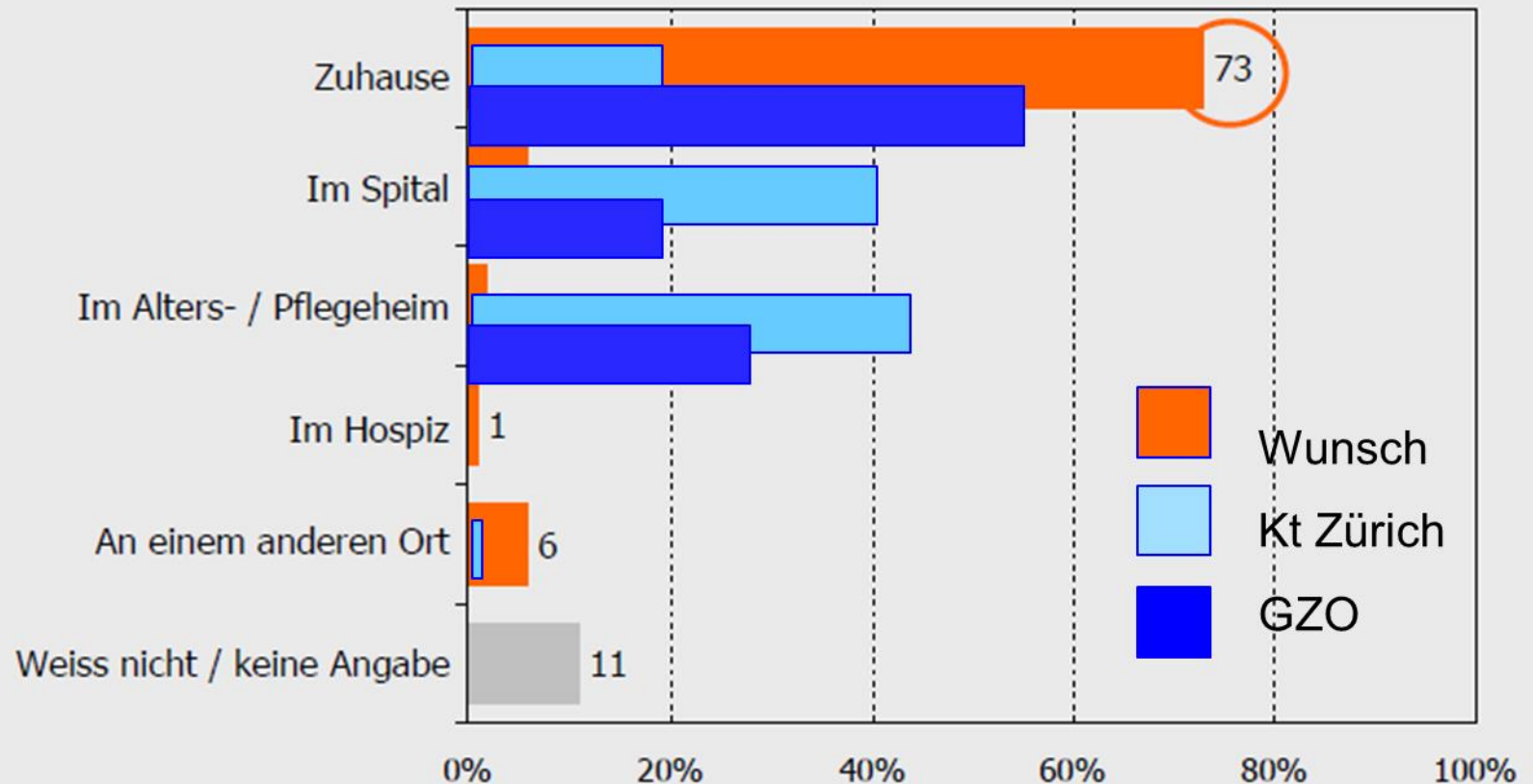
Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 340:c1345.

# Erfahrungen GZO

- PatientInnen, Angehörige und Spitex sind froh um Notfallplan – vermittelt Sicherheit und Autonomie
- Weniger Rehospitalisationen am Lebensende
- Viel mehr PatientInnen können zu Hause sterben

# Viel mehr Leute bis zum Schluss zu Hause

Die grosse Mehrheit der Befragten wünscht sich, zuhause sterben zu dürfen. Gemäss öffentlicher Statistik sterben die Menschen jedoch am häufigsten im Alters- und Pflegeheim.





# Ein konkretes Beispiel aus Deutschland

ORIGINALARBEIT

# Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen



Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie

Jürgen in der Schmitt, Katharina Lex, Christine Mellert, Sonja Rothärmel,  
Karl Wegscheider, Georg Marckmann

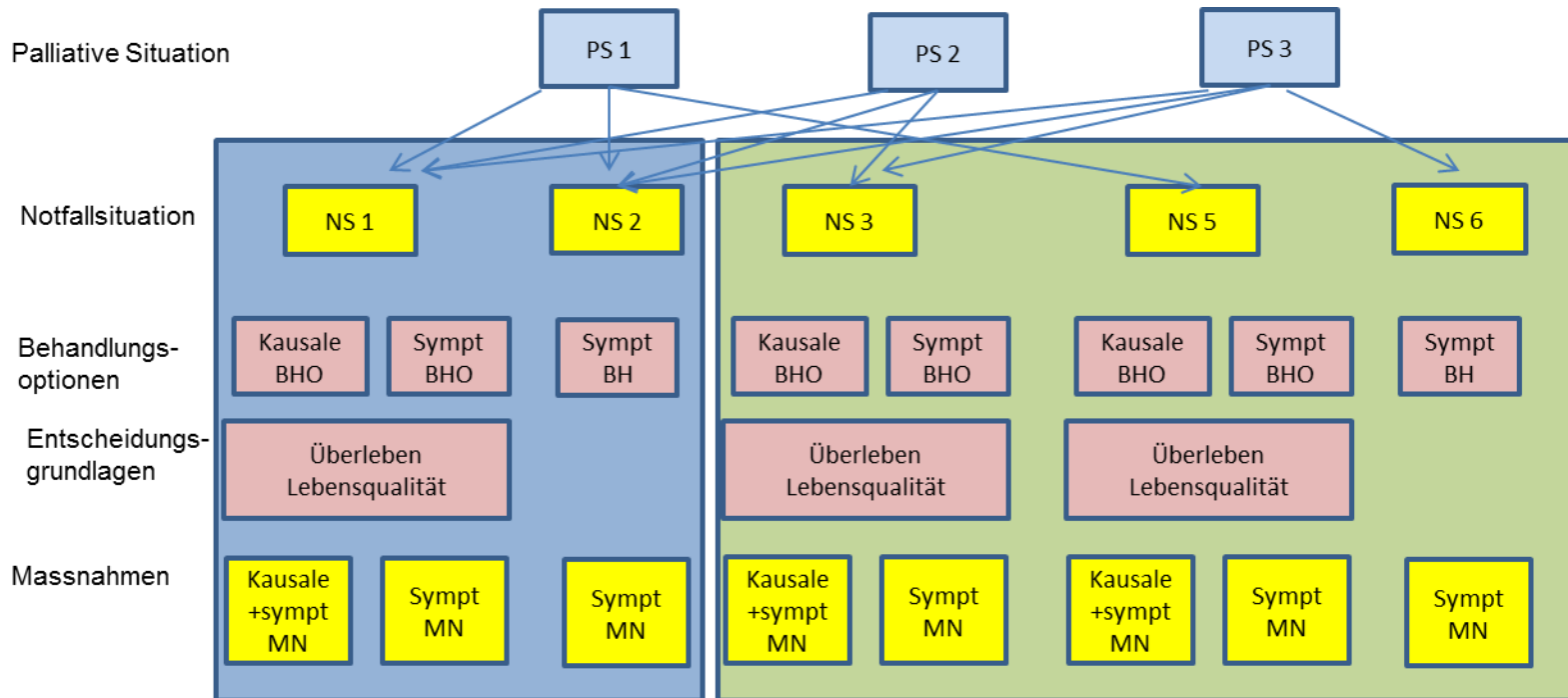
Deutsches Ärzteblatt. Jg.111. Heft 4. 24. Januar 2014

# Ziele von NOPA



- Den **Notfallärzten und den Rettungssanitätern** sowie auf der Notaufnahme bei Urteilsunfähigkeit des Patienten klare und **rechtlich verbindende Handlungsanweisungen** bzgl. lebenserhaltenden Massnahmen und Mitnahme ins Spital zu geben.
- Patienten, Angehörigen, ambulanten Diensten Handlungsanweisungen zu geben, um **bei Notfallsituationen rasch und gemäss den Wünschen des Patienten reagieren** zu können.
- Sicherstellen, dass **rund um die Uhr Fachleute erreichbar** sind, die entsprechend ausgebildet sind.
- Sicherstellen, dass notwendiges **Material und Medikamente vorhanden** sind.

# Strukturierte Gesprächsführung mit Algorithmen:



Gewisse Notfallsituationen sollten bei jeder palliativen Situation besprochen werden:

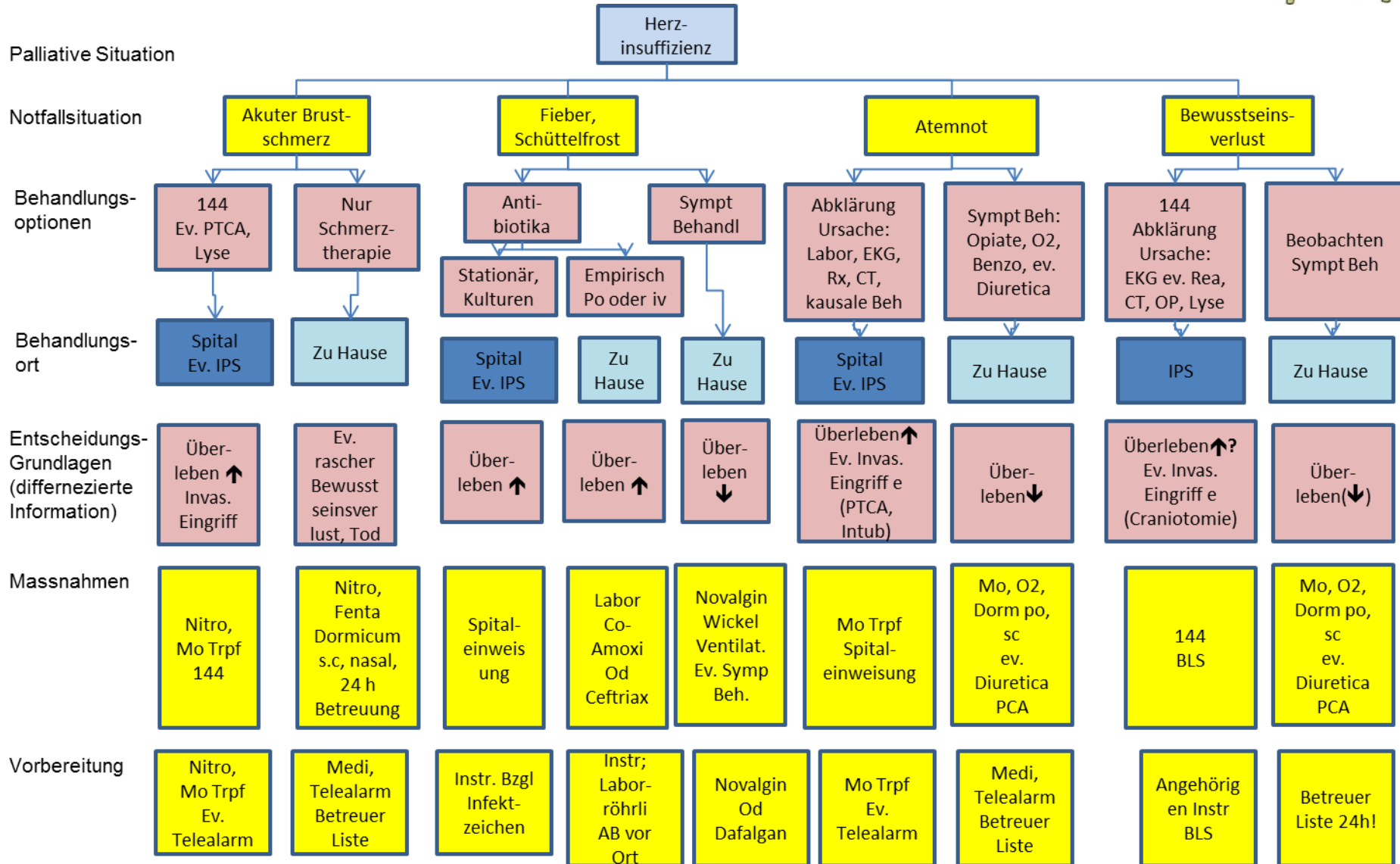
- Herzkreislaufstillstand
- Starke Atemnot
- Infektion (Lunge, Niere, Leber)
- Urteilsunfähigkeit:  
Stellvertreterregelung

Andere Notfallsituationen treten vorwiegend bei bestimmten Palliativen Situationen auf und müssen nicht mit jedem Patienten besprochen werden

- Erbrechen bei Bauchkrebs
- Epileptische Anfälle bei Hirntumoren
- Nierenversagen bei Herz-Kreislauf-erkrankungen ?
- Starke Blutung bei ORL Tumoren

Bei bestimmten Notfallsituationen gibt es kurzfristig nur symptomatische Behandlungen, z.B. epileptischer Anfall

# Bsp. Notfallsituationen bei Herzschwäche



# ÄNO: Ärztliche Notfallverordnung

Gilt bei oben genanntem Patienten/in für den Fall einer akuten Notfallsituation, sofern sie/er nicht selbst urteilsfähig ist:



Lebensverlängerung in jedem Fall

**A0**  ●●●●● Herz- Lungenwiederbelebung und uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

Lebensverlängerung in bestimmten Fällen

**B0**  ●●●●● Keine Herz- Lungenwiederbelebung ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B1**  ●●●●● Keine Herz- / Lungenwiederbelebung und keine invasive (Tubus) Beatmung, ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B2**  ●●●●● Keine Herz- / Lungenwiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung und keine Behandlung auf einer Intensivstation, ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B3**  ●●●●● Keine Herz- / Lungenwiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung, keine Behandlung auf einer Intensivstation und keine Mitnahme ins Spital, ansonsten uneingeschränkte ambulante Notfallbehandlung

Lebensqualität in jedem Fall

**c0**  ●●●●● Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie auch stationär

**c1**  ●●●●● Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie nur ambulant

Datum Unterschrift / verfügende Person

Datum Unterschrift / vertretungsberechtigte Person

Datum Unterschrift / Arzt des Vertrauens

Ungewünschte Hospitalisationen sollen  
vermieden werden



# Differenzierter Massnahmenplan



Dieser muss einer ärztl. Notfallverordnung zwingend hinterlegt sein!

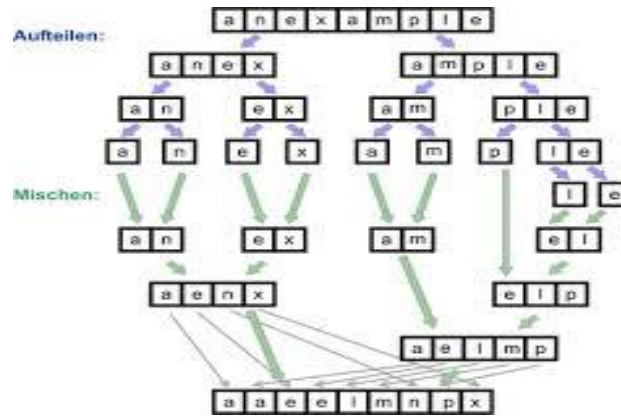
Im **Massnahmenplan** wird das konkrete Vorgehen bei bestimmten Symptomen oder Situationen festgehalten, mit dem Ziel, dass betroffene Patienten, Angehörige und professionelle Teams befähigt sind, diese zu bewältigen:

- **Massnahmen sind genau beschrieben**
- **Angehörige sind informiert und befähigt zu handeln**
- **Notwendige Medikamente sind vor Ort**
- **Palliative Care Team ist 24 h erreichbar**





# Projekt NOPA - konkrete Umsetzung



## IT-Unterstützung von zentraler Bedeutung

- Web-basiert – überall zugänglich
- Leitet die Gesprächsführung (Algorithmen)
- gibt die wichtigen Fragen vor, die je nach palliativer Situation zu klären sind
- Stellt Entscheidungshilfen zur Verfügung
- Stellt Aktualisierung sicher
- Führt zu Zeiteinsparung durch Vorlagen
- Fördert einheitliches Vorgehen



Weiteres Vorgehen:

## **Ziel: CH-weite Anwendung von NOPA**

- Befragung Stakeholder (GN2025)
- Begleitstudie
- Businessplan
- Suche von Geldgebern
- Schulungen für Facilitators und Abgabe von Lizenzen
- Laufende Evaluation und Weiterentwicklung

Die Umsetzung verspricht viel Lebensqualität...

# THE FRIENDSHIP ALGORITHM

DR. SHELDON COOPER, Ph.D

