

Lehrstuhl für Palliativgeriatrie

6.6.2019

Die Entscheidungen für das Lebensende dank dem Advance Care Planning

Dre Eve Rubli Truchard

Dre Laura Jones

Herausforderungen des Alterns in der Schweiz und im
Ausland

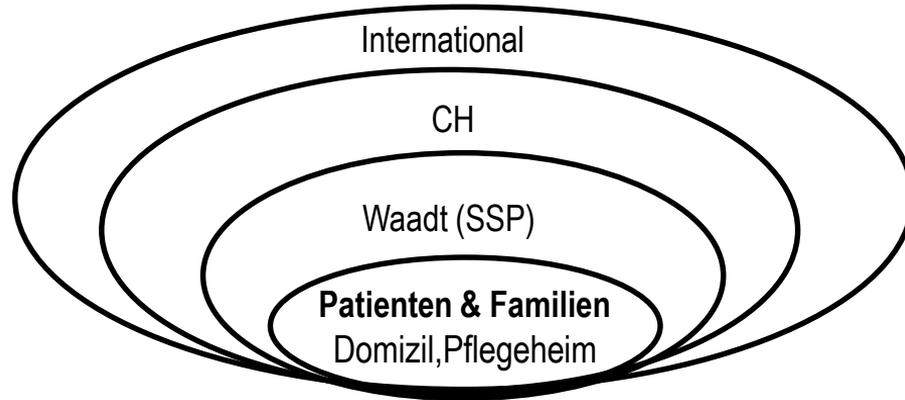


Übersicht

1. Der Lehrstuhl für Palliativgeriatrie
2. Förderung der Autonomie: Patientenverfügung und Advance Care Planning
3. Das Advance Care Planning für ältere Menschen
4. Zusammenfassung

Übersicht

1. Der Lehrstuhl für Palliativgeriatrie
2. Förderung der Autonomie: Patientenverfügung und Advance Care Planning
3. Das Advance Care Planning für ältere Menschen
4. Zusammenfassung



Lehrstuhl für Palliativgeriatrie



Palliativstation und
Support CHUV



Geriatriestation und
geriatriische Readaptation
CHUV



Private
schweizerische Stiftung



Die Aufgabe des Lehrstuhls

Die Geriatrische Palliative Care als akademische Tätigkeit entwickeln

Forschung = Bedürfnisse und sozial wichtige Fragen identifizieren und wissenschaftlich evidenzbasiert beantworten

Ausbildung = die palliativgeriatrischen Fachkräfte sensibilisieren und ausbilden

Praxis = die Versorgung der Patienten mittels klinischen Projekten verbessern, die politische Arbeit, die Beratung und die Sensibilisierung der Bevölkerung

Übersicht

1. Der Lehrstuhl für Palliativgeriatrie
2. Förderung der Autonomie: Patientenverfügung und Advance Care Planning
3. Das Advance Care Planning für ältere Menschen
4. Zusammenfassung

Patient: Herr MG, 86 Jahre

Hauptdiagnose und Begleiterkrankung

- COPD (Sauerstofftherapie zuhause)
- Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom im Stadium IIa IPI zu 2/5 (Chemotherapie 2016; weitere Therapieablehnung durch den Patienten)
- Proteino-kalorische Mangelernährung
- Geh- und Gleichgewichtsbeschwerden mit Stürzen
- Ischämische und rhythmische Kardiopathie: arterielle Hypertension; AV – Block 1.Grades - 2015 Einlage eines aktiven Stents in die re.Koronararterie
- Leichte neurokognitive Beschwerden.

Verlauf

- Früherer Buchhalter, Witwer ohne Kinder, lebt alleine, Hilfe durch Nachbarn und Spitex
- Starke Angstzustände
- 2018 : 2x hospitalisiert, Aufenthalt in einer geschützten Wohnstätte, dann Eintritt ins Pflegeheim im Mai 2018

Patient: Herr MG, 86 Jahre

Directives anticipées | Version courte

Établies par

Nom, prénom
Date de naissance

Pour le cas où je deviendrais incapable de discernement, j'autorise

que l'on prenne toutes les mesures médicalement indiquées (y c. la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre et me permettre de recouvrer ma capacité de discernement;

ou

ne pas être réanimé-e et qu'aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée;

ou

ne pas être réanimé-e, mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.

Si, après examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire

que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir que je recouvre ma capacité de discernement;

qu'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.

Je désire en tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées.

J'ai nommé le représentant thérapeutique suivant et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision; je l'autorise à consulter mon dossier médical. Je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Nom, prénom
Adresse
Téléphone pri
E-Mail

Si mon représentant
raisons, je désign

Nom, prénom
 J'ai informé r

Nom, prénom du
Adresse
Téléphone pri
E-Mail

J'ai informé mon médecin traitant de l'existence de mes directives anticipées.

Dokumentierte Patientenverfügung

- Wünscht alle möglichen Massnahmen im medizinischem Notfall, jedoch nicht bei dauerhafter Unfähigkeit
- Verzichtet auf lebensverlängernde Massnahmen
- Hat eine vertretungsberechtigte Person ernannt

Patient: Mr. MG, 86 Jahre

Betreuung von Herrn MG im Pflegeheim

- Mehrere Gespräche mit dem Patienten darüber, was er unter «künstlicher Lebensverlängerung», «Reanimation», «Palliativversorgung » versteht
- Dokumentation der neuen Verfügungen für einen Notfall, besprochen mit dem Patienten und den Pflegepersonen : *einverstanden mit der Rückkehr ins Spital falls nötig bei einer respiratorischen Dekompensation, aber keine Reanimation, keine invasive oder nicht invasive Beatmung; wünscht Komfortpflege, auch wenn er sterben müsste*
- **ABER:** erneute respiratorische Dekompensation → Hospitalisierung im CHUV → Verwirrungszustand, Agitation, 10 Tage Hospitalisierung
- Rückkehr ins Pflegeheim Komfortpflege → Tod 3 Wochen später

5. Disposition

Mesures de réanima

• Veuillez choisir l'un

J'autorise la mise en pronostic est défavorable présentant un risque

Je n'autorise la mise par exemple lorsque l' diagnostic ou d'un rythme cardiaque ou

Je suis contre toute t

• Objectif du traiter
Si le pronostic est bon sont mises en œuvre c le retour à une vie aut

Objectif si les chance

• Choisissez l'une de

1. Les présentes directives anticipées sont applicables dans les situations suivantes

J'établis les présentes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou à un accident. Les directives s'appliquent:

dans toutes les situations thérapeutiques ou une attaque

ou
 []
 []

2. Ma motivation

Après mûre réflexion de décision de

La situation est

(descriptif)

Pas de difficulté à discerner

Par les présentes

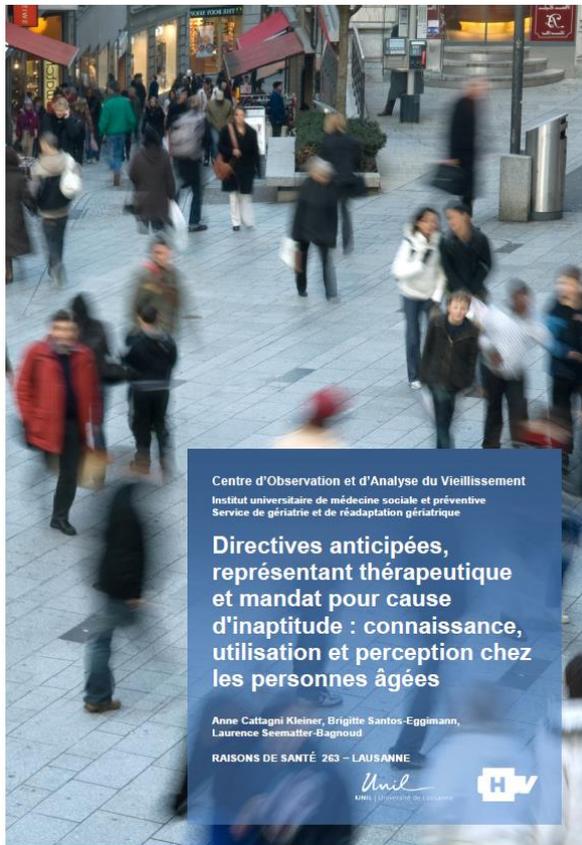
... qu'on pour me doit être possible, contraintes liées à mon souhait d'être maintenu-e en vie.

le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

Escoteaux le 30.8.2017

Je renonce à toute réanimation
en cas de malaise ou problème
cardiaque.
Je ne souhaite pas d'acharnement
médical.

In der Lausanner Bevölkerung...



- 55% der Personen kennen die Patientenverfügungen nicht (68% bei den Vertretungspersonen)
- 14% haben schon von den Patientenverfügungen Gebrauch gemacht (11% bei den Vertretungspersonen)

⇒ Wenig Einfluss auf den **Behandlungsmodus**

Einschränkung der Patientenverfügungen

- der *Inhalt* der Patientenverfügungen
 - Schwierigkeit, die Wünsche zusammenzufassen

‘Ich habe Dutzende und Dutzende dieser Patientenverfügungen verfasst, es ist mir nie vorgekommen, dass ich sie dem Patienten erklärt habe und der Patient antwortete « ah ok, also nein oder ja » das ist mir nie passiert.’ (Arzt)

Einschränkung der Patientenverfügungen

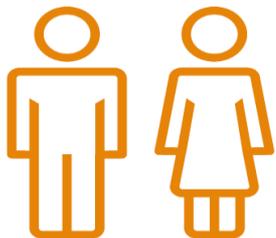
- Der **Inhalt** der Patientenverfügungen
 - Schwierigkeit, die Wünsche zusammenzufassen
- Die **Übersetzung und Interpretation** des Dokuments der Patientenverfügung in angemessene medizinische Entscheidungen
 - einen Wunsch mit einer gültigen Behandlungsoption in Übereinstimmung zu bringen

‘es gibt jede Menge Papiere, um Patientenverfügungen zu aufzustellen...manchmal etwas komplexe oder nicht immer angepasste’ (Arzt)

Einschränkungen der Patientenverfügungen

- der **Inhalt** der Patientenverfügungen
 - Schwierigkeit, die Wünsche zusammenzufassen
- die **Übersetzung und Interpretation** des Dokumentes der Patientenverfügungen in angemessene medizinische Entscheidungen
 - Einen Wunsch mit einer gültigen medizinischen Behandlungsoption in Übereinstimmung zu bringen
- Die **Informationsübermittlung**
 - Aufbewahren, Übermitteln und Aktualisieren der Dokumentes

Das Vorhaben, die Betreuung zu planen (Advance Care Planning)



Werte und
Vorlieben

Erleichterung der Kommunikation durch
eine geschulte Fachperson



Vorbereitung der
Vertretungsperson
+
Patientenverfügungen

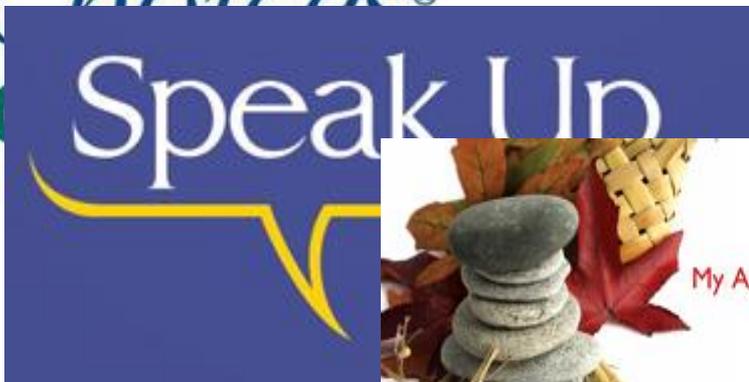
Pflege in
Übereinstim-
mung mit den
Vorlieben

Mehrere Modelle des Advance Care Planning



Respecting
Patience
Advancing

Respecting
Choices®

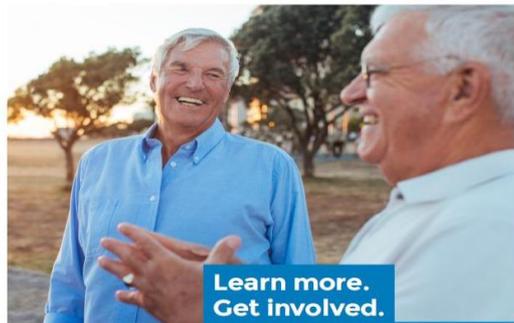


My Advance Care Plan & Guide

Plan the healthcare you want in the future
and for the end of your life

Name: _____
Date: _____

our voice | Advance
to tātou reo | Care
Planning



Learn more.
Get involved.

Make your voice heard.

An important part of healthy ageing is making informed choices about your health care.

Advance care planning gives you options and a say in your medical decisions, if you are ever too unwell to speak for yourself.

Advance Care Planning Australia
BE SMART | BE READY | BE HEARD

Advance Care Planning Australia is administered by Aged Health and is supported by funding from the Australian Government.

acpweek.org.au #acpweek19



TED

Wenn Sie wählen müssten zwischen :

- Sich bis 60 bester Gesundheit erfreuen oder mit die Unabhängigkeit einschränkenden Krankheiten leben bis 85?
- Allein bleiben für den Rest des Lebens oder von langweiligen Gefährten umgeben sein?

<p>About me</p>	<p>About me</p> <p>Being able to is the most important thing to me.</p>	<p>About me</p> <p>For me, a life worth living is where I</p>	<p>About me</p> <p>..... is important for me to live well.</p>
<p>About life</p>	<p>About life</p> <p>What does a good day look like to you?</p>	<p>About life</p> <p>What's in your bucket list?</p>	<p>About life</p> <p>What do you value most in life?</p>
<p>About choices</p>	<p>About choices</p> <p>I would want to make medical decisions on my behalf if I was unable to.</p>	<p>About choices</p> <p>If happened to me, I would want</p>	<p>About choices</p> <p>I was thinking about what happened to and it made me realise that</p>

Die Vorteile des Advance Care Planning

Erwiesene Auswirkungen:

- ↑ Zunahme der Anzahl der **Patientenverfügungen** und der **Mandate** wegen Unfähigkeit
- ↑ der Häufigkeit und Qualität der **Kommunikation** (Patient-Familie-Fachkräfte)
- ↑ Konkordanz zwischen den Vorlieben des Patienten und der **Betreuung** des Patienten
- ↑ Zugang zur **Palliative Care**
- ↓ **Hospitalisierungen**, künstliche Lebensverlängerung, unnütze Kosten am Lebensende



Houben, 2014; Brinkmann-Stoppelenburg, 2014; Austin, 2015; Khandelwal, 2015; Jain, 2015; Klingler, 2015; Flo, 2016; Martin, 2016

Plan auf nationaler Ebene

Nationaler Rahmen (2018):


 Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederazione Svizzera
 Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI
 Office fédéral de la santé publique OFSP
 Unité de direction Politique de la santé


 gemeinsam + kompetent
 ensemble + compétent
 insieme + con competenza

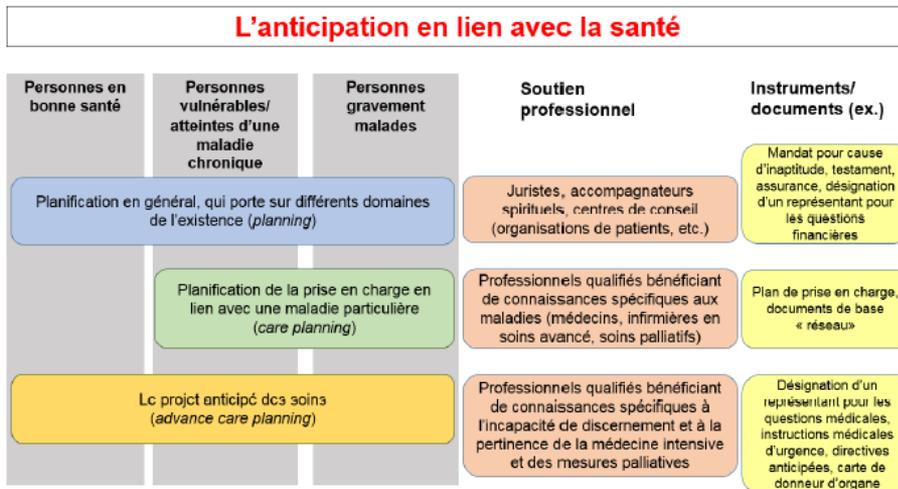


Figure : Niveaux de l'anticipation en lien avec la santé

L'anticipation en lien avec la santé,
en particulier en cas d'incapacité de discernement
(« Advance Care Planning »)
 Cadre général pour la Suisse



Advance Care Planning im Kanton Waadt

**Kantonsarzt &
Lehrstuhl für
Palliativpflege**
Implantation

**Gesundheitsnetz
Region Lausanne:
MOTIV**
*Dokumentation &
standardisiertes Vorgehen*

**Lehrstuhl für
Palliativpflege**
*Betreuungsplan per
Vollmacht*

**Lehrstuhl für
Palliativpflege**
*ADIA: Betreuungsplan
bei Alzheimererkrankung*



Übersicht

1. Der Lehrstuhl für Palliativgeriatrie
2. Förderung der Autonomie: Patientenverfügung und Advance Care Planning
3. Das Advance Care Planning für ältere Menschen
4. Zusammenfassung

Advance Care Planning für eine alternde Bevölkerung

- Die Herausforderung durch die **Demenz** und den Verluste der Urteilsfähigkeit
- **Multimorbidität** bei 44% der Menschen über 85 Jahren
- In der CH: **erwartete Todesfälle**, nicht plötzlich: 69.9% → 71.4% (2001 → 2013)
- Bedarf der **Entscheidungen zum Lebensende** in 59% aller Todessfälle

Observatoire Suisse de la santé, 2013; Bosshard G et al. JAMA 2016; Hurst BMC medicine 2018



Gaster et al, 2017; Van der Steen et al, 2014; WHO, 2012

Patient: Herr MG, 86 Jahre

- Erkennen seiner multiplen **Begleiterkrankungen**
- Herausforderung, das Thema des **Lebensende anzugehen**
- **Koordination** mit der Gesamtheit der Berufspersonen
- Konkretisierung, Lektüre und Zugänglichkeit der **Dokumente**
- Garantie einer besseren **Versorgungskontinuität**

Übersicht

1. Der Lehrstuhl für Palliativgeriatrie
2. Förderung der Autonomie: Patientenverfügung und Advance Care Planning
3. Das Advance Care Planning für ältere Menschen
4. Zusammenfassung

Die Herausforderungen des Advance Care Planning

- Die **Hindernisse** überwinden: Zeitmangel, kulturelle Barrieren, Schwierigkeit, eine Prognose zu stellen, Gewandtheit in den Diskussionen zum Lebensende
- **Sensibilisierung der Gesellschaft** (Institutionen, Gesundheitsfachleute, Öffentlichkeit)
- Leicht **zugängliche** Dokumente
- Verfahren entwickeln zur **Anwendung** der Dokumente
- Bedeutung getragen durch die Gesamtheit der **Gesundheitsfachleute**

Zusammenfassung

- Advance Care Planning setzt den Akzent auf:
 - Die **Kommunikation** zwischen Patient, Angehörige und Gesundheitsfachleute
 - Das **Nachdenken über die Lebensqualität und die Werte**, welche die Basis bilden der zukünftigen, medizinischen Entscheidungen
- Die **Patientenverordnungen** sind ein Teil des ACP
- Dieser Prozess wird schon durch gewisse Institutionen oder Gesundheitsfachleute praktiziert, aber auf persönlicher Basis, nicht-homogen
Wichtigkeit eines **gemeinsamen Rahmens**
- Entwicklung nationaler Rahmen, regionaler Strategien für die **Programme der Advance Care Planning, die dem Schweizerischen Kontext angepasst sind** und auf der **wissenschaftlichen Literatur und den bestehenden Instrumenten beruhen**

Für jegliche Frage dürfen Sie uns gerne kontaktieren:

Dre Laura Jones

Laura.Jones@chuv.ch

Dre Eve Rubli Truchard

Eve.Rubli@chuv.ch

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!**