

# Ambulant-stationäre Prozessoptimierung der Palliative Care

im Einzugsgebiet des  
Gesundheitszentrum  
Zürcher Oberland

Dr. med. Andreas Weber  
Anästhesist und Schmerztherapeut  
Co-Präsident  
palliative care NETZWERK ZH/SH  
[andreas.weber@medix.ch](mailto:andreas.weber@medix.ch)



# Austrittsbericht 11.10.08

Herr K 1951

**Jetziges Leiden:** Der Patient leidet an einem bekannten metastasierenden Adeno-Ca des rechten Lungenoberlappens. Er hat seit 2-3 Tagen nichts mehr gegessen und seit gestern progrediente Atemnot. Heute bei aktueller Dyspnoe Alarmierung der Ambulanz. Gabe von 60mg Lasix und 3mg Morphin durch die Ambulanz.

Der Patient war bis 09.10.08 im Spital X hospitalisiert gewesen und ist in einer palliativen Situation bei multipler Metastasierung. Die Ehefrau des Patienten ist über die Schwere der Erkrankung in mehreren Gesprächen informiert worden.

# Austrittsbericht 11.10.08

Herr K 1951

## Befunde:

Eintritt in sehr schlechtem Allgemeinzustand, komatös, GCS 3, nicht messbarer Blutdruck, kalte Peripherie mit einer Sättigung von 70% unter 10 Litern Sauerstoff. Pupillen maximal erweitert, nicht reagibel auf Licht. Karchelnde Atmung mit Rasselgeräuschen über der gesamten Lunge.

## Verlauf

Nach 5-10Minuten auf der Notfallstation verstarb der Patient im Beisein seiner Ehefrau. Bei äusserst palliativer Situation wurde auf eine Reanimation in Absprache mit der Ehefrau und der behandelnden Onkologin Frau Dr. welche den Patienten und die Ehefrau sehr gut kennt, verzichtet.

- Gemäss Auskunft der Ehefrau habe er sich gegen Einweisung durch Notfallarzt gewehrt
- Sie sah aber keine andere Möglichkeit

# Ungenügende Austrittsplanung

- Wie wird die Krankheit weitergehen, welche Komplikationen könnten auftreten?
- Welche Massnahmen wünscht Herr K bei Auftreten dieser Komplikationen – Abklärung der Atemnot oder rein symptomatische Behandlung?
- Wie müssen Angehörige, Spitex vorgehen? Schriftliche Anweisung?
- Absprache mit Hausarzt?
- Wer kann nachts und am Wochenende helfen? (24 h Dienst Arzt und Pflege)

# Schnittstellenprojekt im Auftrag der GD Kt Zürich

## Ziele:

- Palliative Care Patienten im Einzugsgebiet GZO erhalten eine lückenlose Betreuung am von ihnen gewünschten und aus fachlicher Sicht optimalen Ort. Auch Fragen bzgl. Sterben sollten besprochen und Erwartungen der PatientInnen schriftlich festgehalten werden.
- Die an der Betreuung Beteiligten sind sich einig, wer bei der Uebergabe eines Patienten was tut (Kernprozesse, Checkliste) und wie die erledigten oder zu erledigenden Maßnahmen dokumentiert werden (z.B. im Betreuungsplan)
- „Unité de doctrine“ bzgl. Behandlung von Palliative Care PatientInnen



## Bezirk Hinwil



**Legende:**

- - - - - Kantonsgrenze
- - - - - Bezirksgrenze
- — — — — Gemeindegrenze

- Hinwil = Bezirkshauptort
- Wetzikon = Gemeindenamen

# Gesundheitszentrum Zürcher Oberland



# Potentielle Kooperationspartner

Spital Wetzikon:      alle Abteilungen  
                                 alle Berufsgruppen

Hausärzte:              ca 80 Hausarztpraxen  
                                 im Bezirk Hinwil, weitere in den  
                                 umliegenden Bezirken

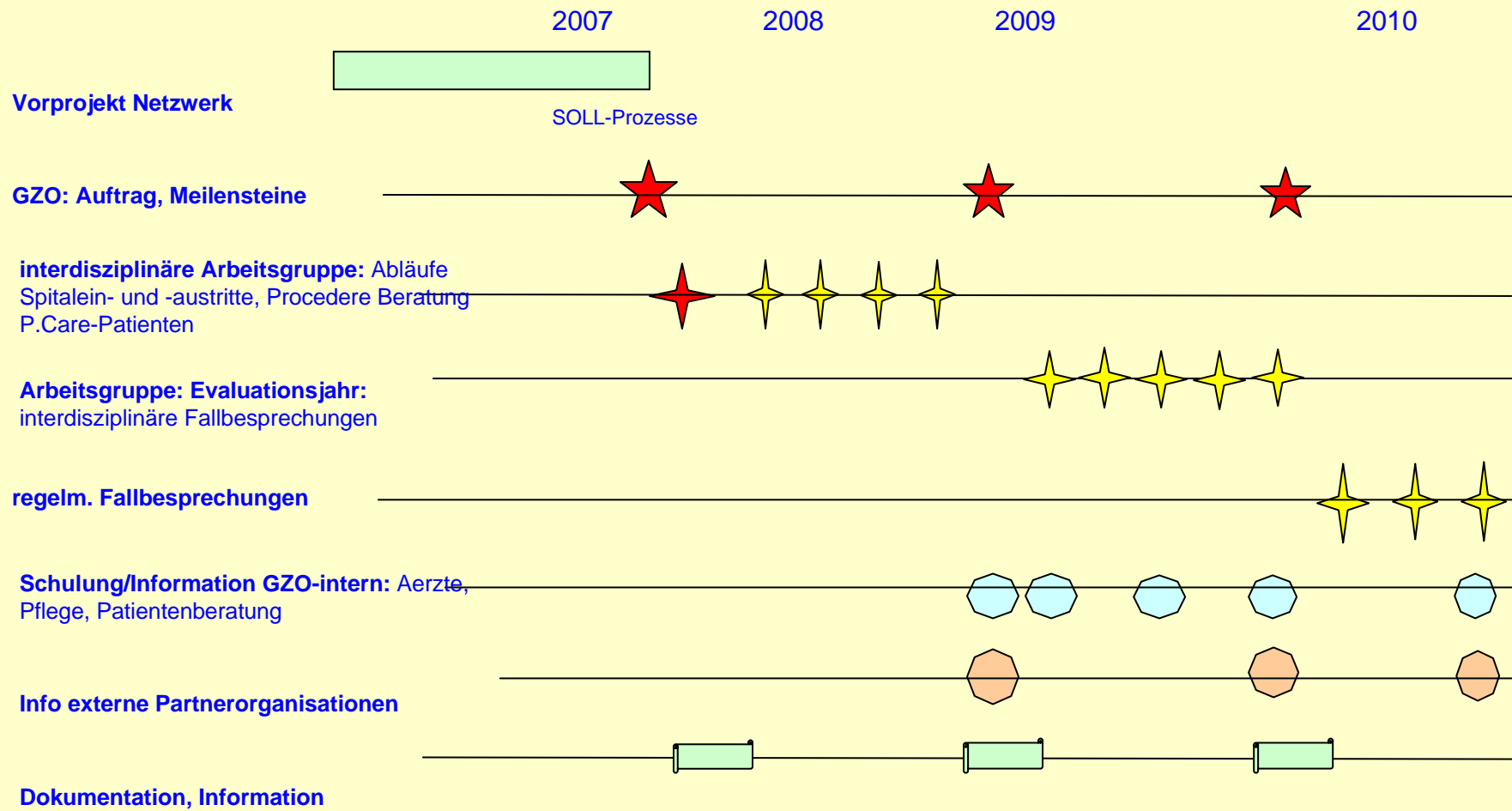
Spitex:                    7 Spitexorganisationen im Bezirk  
                                 Hinwil

Heime:                    ca 30 Heime im Zürcher Oberland

# Arbeitsgruppe Nahtstellenmanagement

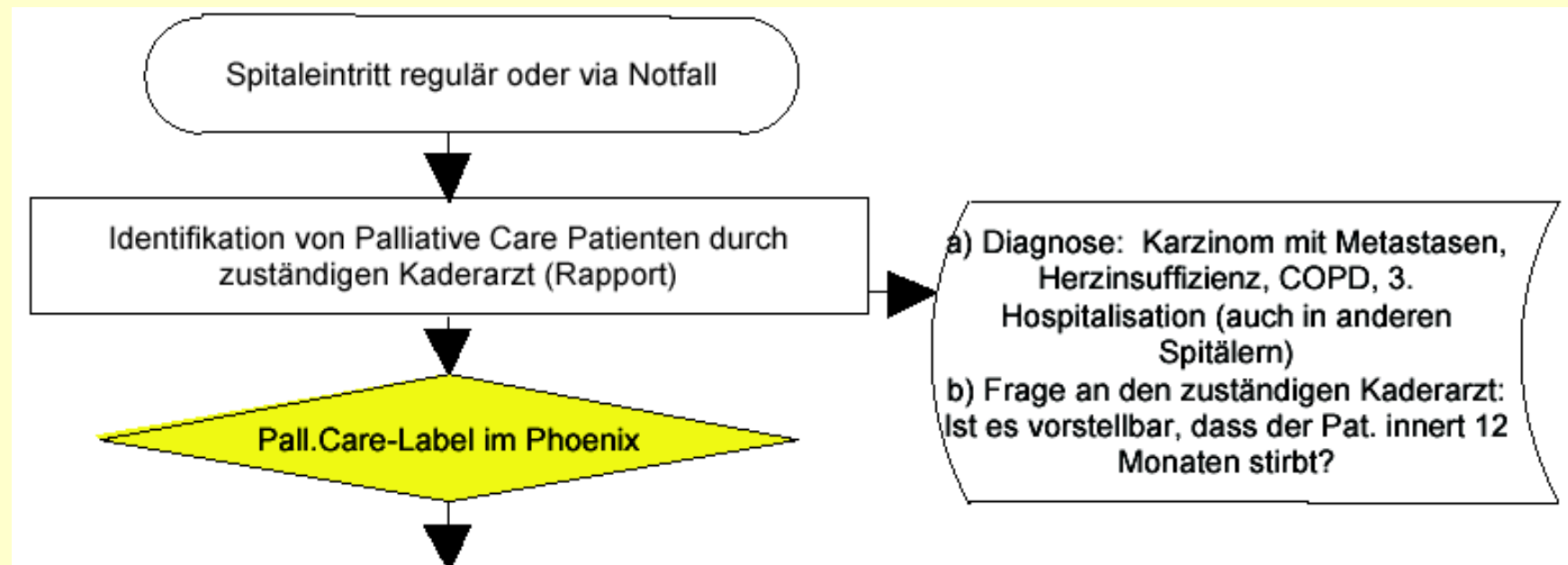
Spital:	Dr. med. Heiner Vontobel, Chefarzt Medizin Monika Lüssi, Pflege Medizin Ursula Baur, Höfa 1 Palliative Care Doris Nägeli, Patientenberatung
Konsiliararzt:	Dr. med. Andreas Weber, Belegarzt, Co-Präs. Palliative Care Netzwerk ZH/SH
Hausärzte:	Dr. med. Jürg Reichel, Hausarzt, Wetzikon Dr. med. Andreas Fritzsche, Hausarzt, Pfäffikon
Spitex:	Susanne Berchtold, Leiterin Spitex Wetzikon
Onko-Plus:	Margrit Reinhard / Andra Bühner, Onko-Plus
Heime:	Felix Graf, Heimleiter Alters- und Pflegeheim Blumenau, Bauma
Projektleitung:	Monika Obrist, Projektleiterin und Co-Präs. von Palliative Care – Netzwerk ZH/SH

## Architektur Projekt Nahtstellenmanagement



# Projekt Schnittstellen Management bei palliativ PatientInnen

## Patienteneinschluss



## Betreuungsplanung nach Spitalaustritt

### Merkmale für PatientInnen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie leiden an einer unheilbaren und fortschreitenden Krankheit. Mit geeigneten Massnahmen und Therapien kann jedoch der Krankheitsverlauf und Ihr Wohlbefinden beeinflusst werden. Dazu braucht es neben dem Betreuungsteam im Spital weitere Fachleute, die Sie nach Spitalentlassung unterstützen. Zu diesen gehört der Hausarzt, vielleicht die Spitex, spezialisierte Pflegefachleute und bei Bedarf weitere Personen. Eine zentrale Rolle spielen Ihre Angehörige, Freunde, Nachbarn und vor allem Sie selbst.

Um die Betreuung durch die verschiedenen Personen gut zu planen und auf Ihre persönlichen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse abzustimmen, schlagen wir Ihnen ein Gespräch mit Dr. Andreas Weber vor. Er ist Konsiliararzt für Palliative Care am GZO und würde sich in den nächsten Tagen bei Ihnen melden.

Am Gespräch sollten wenn möglich auch Ihre nächsten Angehörigen teilnehmen.

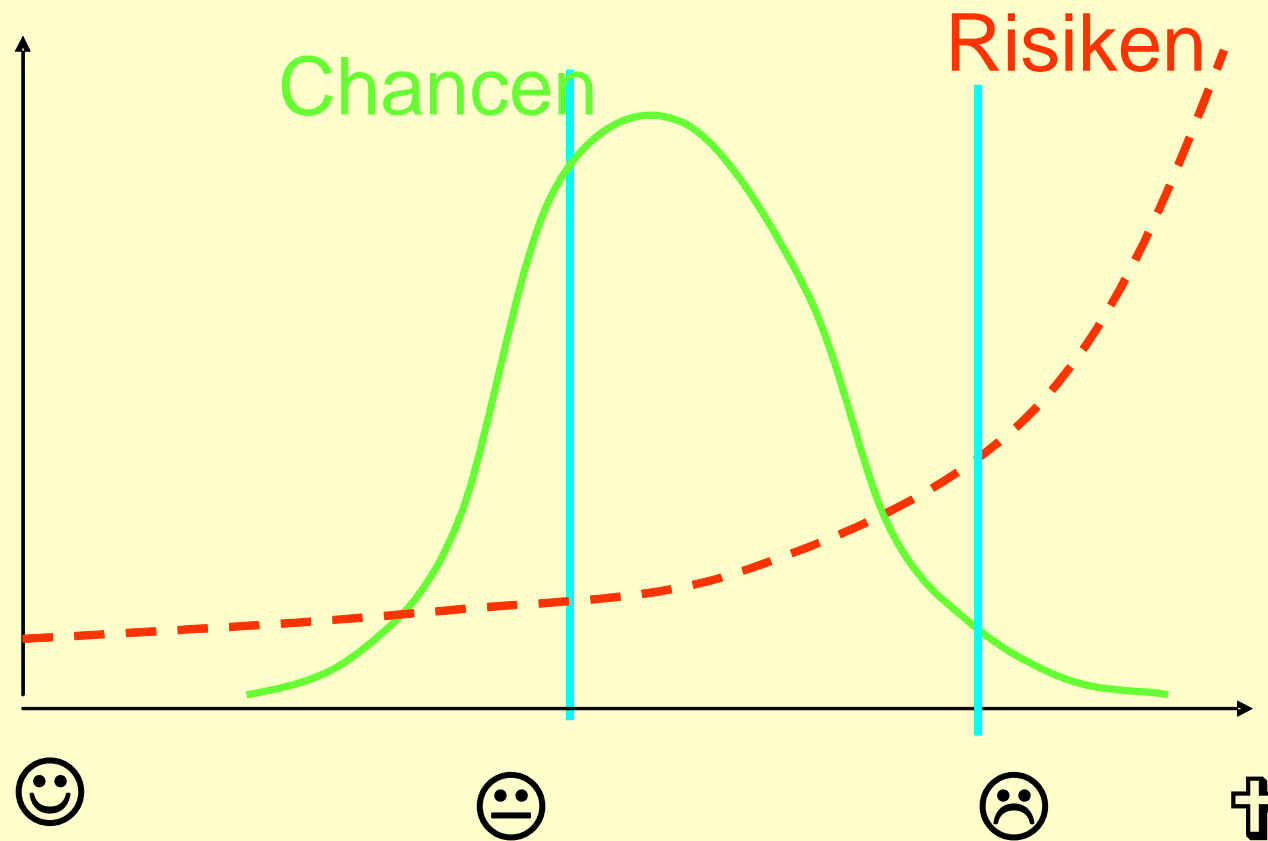
- Ich bin an einer guten Planung meiner Betreuung interessiert und spreche gerne darüber mit Dr. Andreas Weber. Ich bin einverstanden, ihm Einblick in meine Krankengeschichte zu gewähren.
- An diesem Gespräch sollten folgende Angehörige teilnehmen:
- Ich möchte auf ein solches Gespräch verzichten. Grund:

Wetzikon,

# Information, Werteanamnese

- Gespräch über Ziele, Wünsche, Werte
- Aufzeigen von Verlaufszenarien der Krankheit
- Diskussion möglicher Interventionen und deren Chancen und Risiken

# Nutzen und Risiken

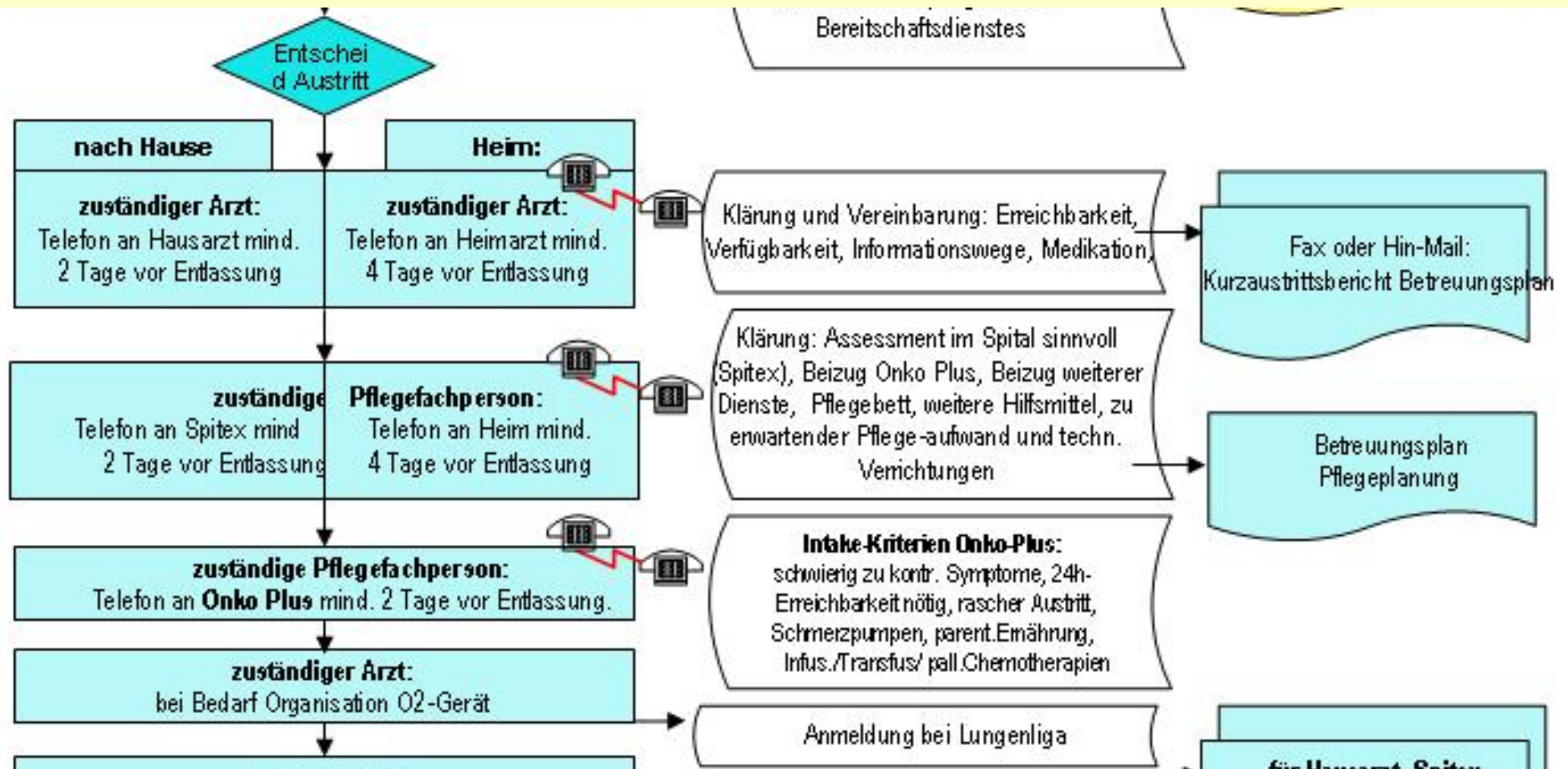


# Betreuungsplan

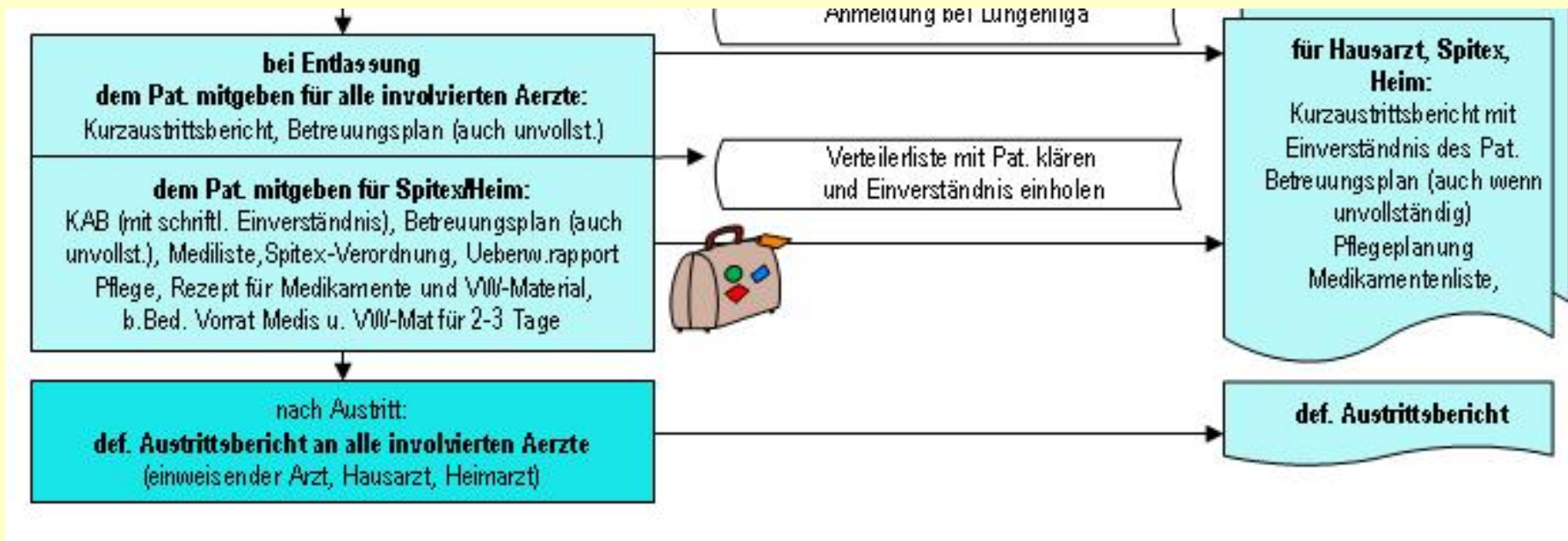
- Schriftliches Festhalten möglicher Komplikationen und der dann gewünschten Massnahmen
- Sicherstellung, dass rund um die Uhr jemand diese Massnahmen ausführen kann – nicht nur die aktuelle Therapie
- Situative Unterstützung durch mobiles palliative care Team (Arzt und Pflege) zur Abdeckung des 24 h Dienstes und bei schwieriger Symptomkontrolle

→ [Betreuungsplan](#)

# Ablauf bei Austritt (1)



# Ablauf bei Austritt (2)



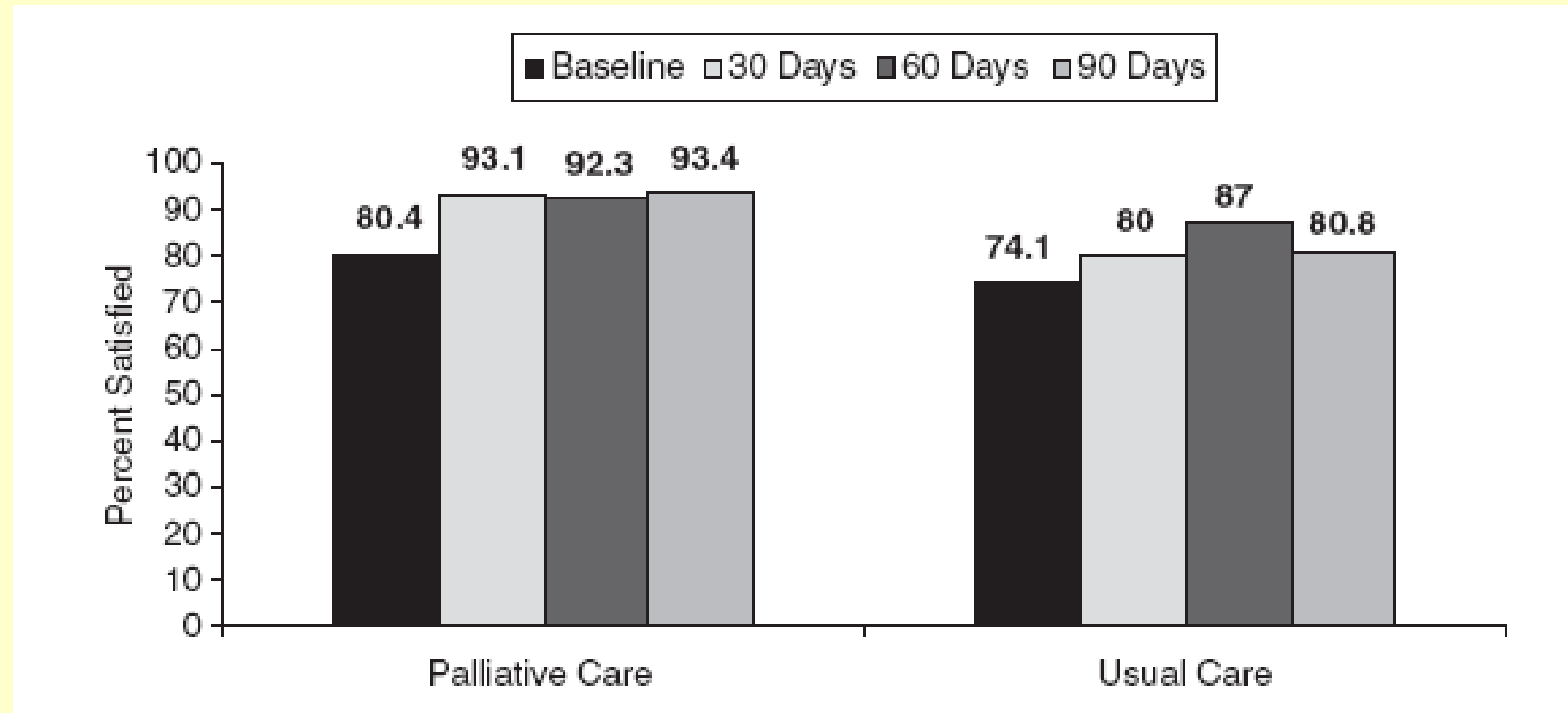
# Mehr Palliative Care – nicht mehr Kosten

- Frühzeitige, interdisziplinäre Beratung und Schulung der PatientInnen und Angehörigen
- „advanced care planning“ → informed decisions and choices about care goals and end-of-life care
- Unterstützung des Hausarztes durch PC Team 24 h
- Koordination der Betreuung durch PC Arzt

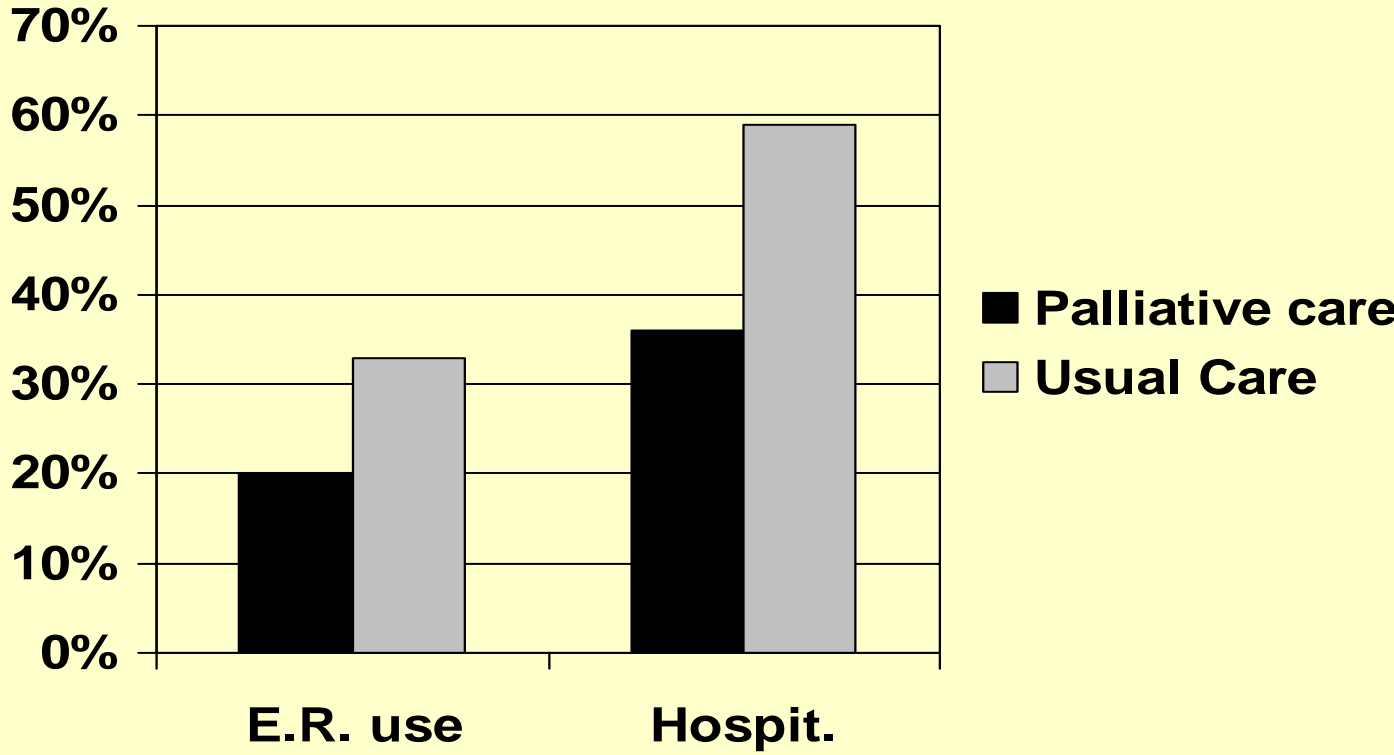
Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care

J Am Geriatr Soc 2007;55: 993-1000

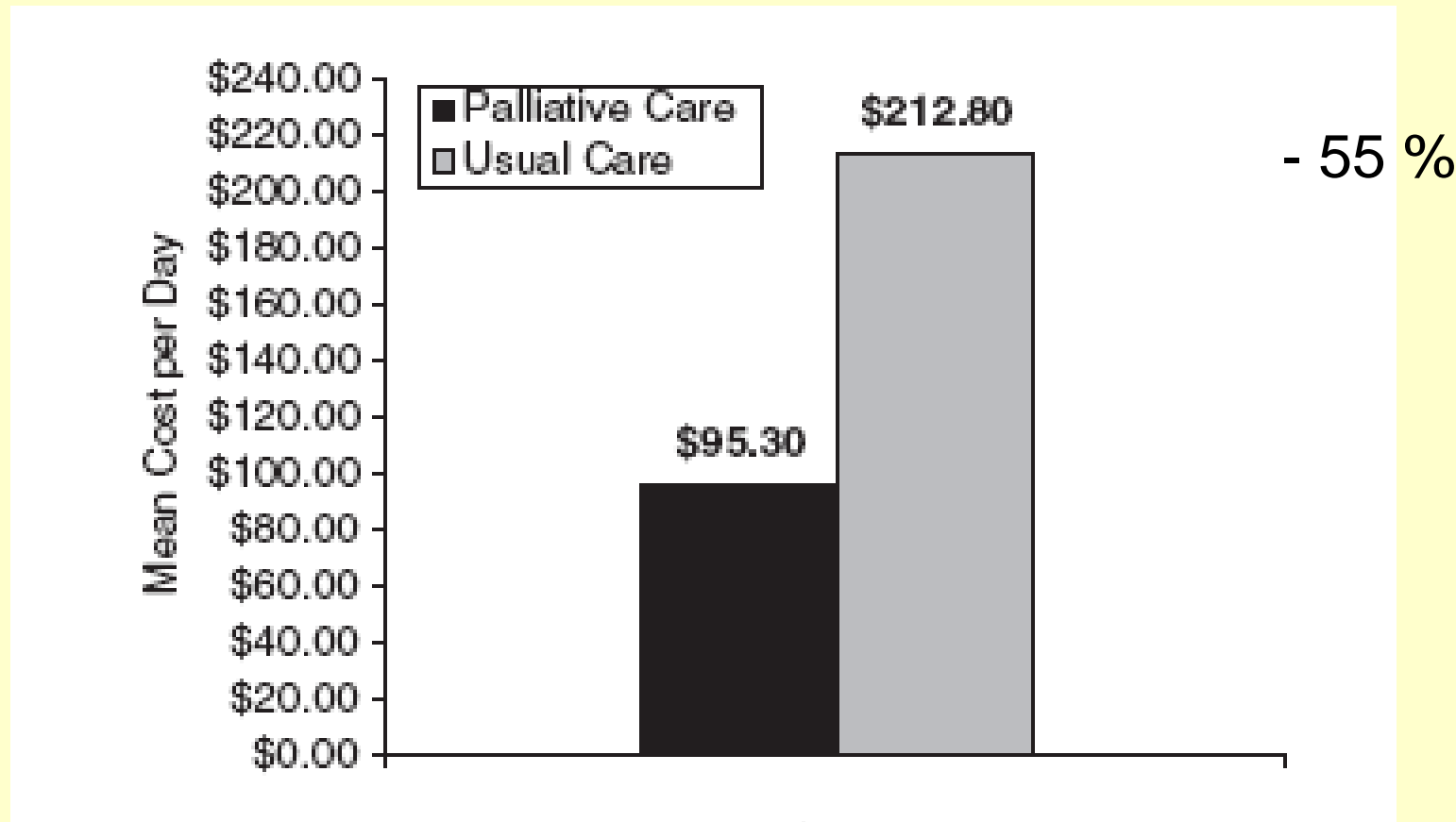
# Satisfaction



# service use



# Kosten



# Resultate

- 40 Patienten in 11 Monaten – bei ca 2800 Patienten pro Jahr. 35 auswertbar
- Meist stark fortgeschrittene Stadien – oft präterminal
- Spitalentlassung war nur bei 24 möglich
  - 18 nach Hause
  - 6 Pflegeheim
- Von den 18 nach Hause entlassenen starben 16 zu Hause, 2 wurden rehospitalisiert
- Von den 6 ins Pflegeheim entlassenen starben 5 im PH, 1 Rehospitalisation (zwecks Bestrahlung)
- Von Patienten formulierte Ziele bzgl. Sterbeort in über 90 % der Fälle erreicht.

# Konklusion

- Es braucht Zeit, bis solche neuen Prozesse in Gang kommen
- Hausärzte und Spitex, auch Heime schätzen die Vorausplanung und Organisation
- Unterstützung wird nicht als Einmischung empfunden
- Inanspruchnahme der Unterstützung zu Hause sehr unterschiedlich
- Zusammenarbeit amb-stationär wesentlich verbessert

