

palliative.ch

**gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza**

**Abstractheft
Livre des abstract
Libro degli abstract**

Palliative Care
gelebte Vielfalt
diversité vécue
diversità vissuta
diversidad vivida

22./23.11.

2023

Kongresshaus
Palais des Congrès
Biel/Bienne

**Nationaler
Palliative Care Kongress**
*Congrès National
des Soins Palliatifs
Congresso Nazionale
delle Cure Palliative*

www.palliative-kongresse.ch

Parallelseminar Séminaire parallèle

PS 8 – Spezifisch für Ärzte/Spécifique aux médecins
Chairperson: Tanja Fusi-Schmidhauser, Lugano

Pädiatrische und geriatrische Palliative Care... eine Vielfalt mit Gemeinsamkeiten und vielfältigen Herausforderungen

Eva Bergsträsser, Zürich / Petra Vayne-Bossert, Genève

Palliative Care aus zwei Perspektiven: am Anfang des Lebens und nach einem langen Leben.

Obwohl die Unterschiede auf den ersten Blick ins Auge stechen, gibt es viele Gemeinsamkeiten. In beiden Bereichen steigen die Zahlen der betroffenen Menschen stetig an und bilden für das Gesundheitswesen eine grosse Herausforderung. Dies bereits heute. Neue und innovative Betreuungsmodelle sind gefragt, um den Bedürfnissen all dieser Menschen in ihrem jeweiligen sozialen Kontext gerecht zu werden. Gezielte Forschung, welche konkrete Fragen beantwortet und damit nicht nur den letzten Lebensabschnitt dieser jungen und alten Menschen erleichtert, ist wichtig und muss gefördert werden. Die palliative Begleitung vor dem letzten Lebensabschnitt kann im zweiten Blick grosse Unterschiede aufweisen.

Die Behandlungsziele und Wertvorstellungen sind in beiden Situationen ähnlich. Die Wege zum Advance Care Planning werden sich jedoch häufig unterscheiden. Für diese wichtigen Gespräche, die im Sinne der betroffenen Menschen geführt werden, sind speziell geschulte Fachpersonen notwendig. Gut geführte Gespräche für ein gelingendes Advance Care Planning können nicht nur für die Betroffenen, sondern darüber hinaus zu einer Sensibilisierung der allgemeinen Bevölkerung wie auch der Fachpersonen führen.

Wo in der Pädiatrie die Eltern oder zumindest ein Elternteil immer stark in die Behandlung und Entscheidungsprozesse einbezogen sind, ist das soziale Umfeld in der geriatrischen Palliative Care sehr vielfältig. Isolation oder psychiatrische Grunderkrankungen können für die Palliative Care eine extreme Herausforderung oder sogar Hindernis zu einer bedürfnisgerechten Betreuung darstellen. In der Geriatrie wie der Pädiatrie stellt sich immer wieder die Frage, wie mit komplexen Situationen umgegangen werden kann, um das Betreuungsteam nicht zu überlasten oder den Erfolg (oder das Scheitern) nicht an eigenen Wertvorstellungen zu messen. Self-care und Selbstreflexion im Team sind neben einer hohen Professionalität umso wichtiger, je komplexer die Situation. Und nicht nur die Fachpersonen profitieren davon, sondern auch die Patienten und deren Umfeld.

Wir versprechen, einen Überblick zu interessanten Facts und Fragestellungen der pädiatrischen und der geriatrischen Palliative Care zu präsentieren. Ähnlich aber doch ganz verschieden, auf jeden Fall vielfältig.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parallelseminare Séminaire parallèles

PS 9 – Spezifisch für Seelsorge/Spécifique à la pastorale
Chairperson: Stefan Mayer, Aarau

Trosterfahrung am Ende des Lebens

Martina Holder-Franz, Riehen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Spezialisierte Spiritual Care im Ambulanten Setting

Daniel Burger-Müller, Zürich | Genéviève Spring, Lausanne | Matthias Hügli, Bern

Spital- und Hospizseelsorgende bieten spirituelle Begleitung von hoher Qualität in ihren Institutionen an. Die Entwicklung von Angeboten spiritueller Begleitung wurde nötig, weil auch im ambulanten Setting (bei Patienten/ Angehörigen zuhause) ein Bedarf besteht. Die Referierenden aus den Kantonen Waadt, Bern und Zürich berichten über aktuellen Stand der spirituellen Begleitung von Palliativpatient:innen zuhause.

«Palliativseelsorge. Begleitung daheim» wurde 2017 in **Zürich** gegründet, um spezialisierte Spiritual Care auch zuhause verfügbar zu machen. Die 10 Mitarbeitenden betreuen je eine Region des Kantons Zürich und bringen ihre Fachkompetenz ein. Drei Faktoren tragen zum Gelingen der Arbeit bei: spirituelle Begleitung, interprofessionell verständlich kommuniziert, gute Vernetzung mit den MPD-Teams (regelmässige Rapporte) und gute Verfügbarkeit/ Zuverlässigkeit bei den Einsätzen.

Lausanne:

L'équipe mobile de soins palliatifs réseau santé Lausanne a débuté un projet pilote d'intégration de l'accompagnant spirituel en 2015. Ce projet a été honoré par un prix de l'ASSM / SAMW en 2016. Aujourd'hui, l'accompagnement spirituel se poursuit et se développe entre succès et défis. La présentation dans ce congrès permettra de nommer quelques enjeux pratiques rencontrés dans la clinique.

Bern:

Die Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen Region Bern stellt seit Anfang 2022 für drei Jahre 20 Stellenprozent für das Projekt Seelsorge MPD zur Verfügung. Aufträge erhält die Seelsorge über die Pflegenden des MPD. Präsenz im MPD-Team, bedarfsgerechte Angebote für Pflegende und verlässliche Übernahme der Aufträge sind wichtige Faktoren dafür, dass die Pflegenden an die Seelsorge denken. Ein gemeinsamer Suchweg danach, wie (und wofür) die Seelsorge am besten ins Spiel kommt, gehört von Beginn an zum Projekt. Das bedeutet ausprobieren und justieren, an Konzepten (mit)arbeiten und vor allem: im Gespräch bleiben.

Die Erfahrungen aus den Kantonen Bern, Waadt und Zürich können Inspiration und Ermutigung sein, weitere Formen von spezialisierter Spiritual Care bei Patient:innen zuhause zu erfinden und zu entwickeln.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parallelseminare Séminaire parallèles

PS 10 – Spezifisch für Pflege/Spécifique aux soins
 Chairperson: Beatrice Hengartner Kopp, Biel/Bienne

Total Pain in der Palliativen Geriatrie

Katharina Heimerl, Wien | Sabine Millius, Zollikerberg

Im Zentrum von Total Pain stehen die spirituellen, existenziellen und sozialen Herausforderungen, vor denen Menschen am Lebensende oder mit schweren, fortschreitenden Erkrankungen stehen. Als Konzept steht Total Pain im Zentrum von Palliative Care, es wurde in den 1960er Jahren von Cicely Saunders für Menschen mit Krebserkrankungen entwickelt.

Im Vortrag gehen wir der Frage nach, worin der ganzheitliche, existentielle Schmerz von hochbetagten Menschen besteht. Alte Menschen haben Erfahrungen mit jeder Form von Schmerz gemacht, Schmerz ist für alte Menschen ein „Daseinsthema“ (Kruse, 2017) von mittlerer bis großer Bedeutung. Das Lindern von körperlichen Schmerzen hat Priorität vor allen anderen Schmerzen. Das Leben im hohen Alter ab 80 Jahren ist von zunehmenden Verlusten geprägt, sowohl von körperlichen als auch geistigen und sozialen Verlusten. Viele hochaltrige Menschen erfahren „biographischen Schmerz“, ihr „Leben schmerzt“.

Der Blick auf Patient*innen und ihre Angehörigen prägt nicht nur die Palliative Geriatrie, sondern auch das Total Pain-Konzept. Wenn ein Mensch leidet, leiden immer auch seine nächsten Angehörigen. Sie sind immer auch mitbetroffen. Total Pain ist in diesem Sinn auch der Schmerz eines Systems oder auch systemischer Schmerz.

Andererseits: Es muss nicht immer alles schrecklich sein im Alter. Im Umgang mit hochaltrigen Menschen begegnet uns nicht selten eine bewundernswerte Gelassenheit und teils Unbeschwertheit. Das hohe Alter ist als Lebensphase sowohl von körperlicher Verletzlichkeit als auch von seelisch-geistiger Reife geprägt. Der Fokus soll im Vortrag auch auf die Ressourcen im Alter gerichtet werden.

Schmerzhaft Erfahrungen im hohen Alter werden dabei nicht negiert, sondern durch die vermehrte Konfrontation mit Grenzerfahrungen, Verlusten und der Endlichkeit des Lebens wird die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage intensiviert.

Dies berührt auch diejenigen, die Menschen im hohen Alter begleiten und betreuen. Die Auseinandersetzung mit Total Pain ist immer interdisziplinär und interprofessionell zu denken und erfordert besondere (Er)kenntnisse. Betreuende brauchen ein Verständnis für das, was speziell in der Hochaltrigkeit belastet und die Fähigkeit, mit alten Menschen trotz ihrer Einschränkungen gut in Kontakt zu sein.

L'interculturalité dans les soins palliatifs et au sein de l'équipe

Chelo Fernandez, Lausanne

Parallelseminare Séminaire parallèles

Pflegekonsil spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege: Erfahrungsbericht aus dem Pflegeheim Sonnhalden Arbon

Doris Minger, Arbon | Sarah Sieber, Münsterlingen

Ausgangslage:

Im regionalen Pflegeheim Sonnhalden im Kanton Thurgau leben 130 Bewohner*innen. Die Organisation erlangte 2022 das Label qualitätspalliative in Langzeitpflege. Das Pfltegeteam der Sonnhalden kann gemäss Umsetzungskonzept Palliative Care Thurgau in komplexen palliativen Pflegesituationen, das heisst, wenn zunehmend unkontrollierbare Symptome oder belastende Situationen auftreten das Mobile Palliative Care Team „Palliative Plus TG“ für eine spezialisierte Fachberatung via 24h Helpline einbeziehen. Die Pflegepraxis zeigt, dass die Fachberatung häufig kurzfristig beigezogen wird, das heisst, wenn die Pflegesituation bereits zunehmend instabil, herausfordernd und komplex ist. Dies kann sich negativ auf die Lebensqualität der Bewohner*innen auswirken oder eine von den Betroffenen nicht gewünschte Spitalverlegung am Lebensende mit sich bringen.

Methode und Ziel:

Im Praxisprojekt von 24 Monaten (01/22-01/24) finden monatlich, strukturierte, bedarfsbezogene Pflegekonsilien spezialisierte Palliative Care durch Pflegefachpersonen des Palliative Plus Team TG mit dem Pfltegeteam Sonnhalden ergänzend zur hausärztlichen Versorgung statt. Ziel ist, prospektiv im Sinne der vorausschauenden Planung (ACP), Symptome wirksam zu lindern und die Lebensqualität der Bewohner*innen bestmöglich zu verbessern. Wir wollen dazu beitragen, dass Betroffene im vertrauten Umfeld professionell behandelt und gepflegt werden können und am Lebensende möglichst nicht mehr hospitalisiert werden.

Ergebnisse: Zwischenstand nach 19 Monaten: Bei 10 Bewohnenden 8% (N130) wurde ein Pflegekonsil spezialisierte Palliative Care durchgeführt. Es folgten 0-3 Folgekonsilien pro Bewohner*in, das heisst insgesamt wurden während 19 Monaten 22 Pflegekonsilien durchgeführt. Belastende und komplexe Symptome wie Schmerzen, Nausea, Dyspnoe und psychische Störungen wie Angst und Depression waren Hauptprobleme für den Bezug spezialisierter Palliative Care. Die Evaluation zeigte, dass die Empfehlungen der spezialisierten Fachberatung ein Gewinn an Lebensqualität und Autonomie für die Bewohner*innen durch die Reduktion des Schmerzerlebens, dem Gefühl von Angst und Dyspnoe gemessen und beobachtet wurde.

Schlussfolgerungen: Ein strukturiertes, monatliches Pflegekonsil spezialisierte Palliative Care kann sich nachweislich positiv auf die Lebensqualität der Bewohner*innen auswirken. Mitarbeitende äussern, dass sie sich in ihrem professionellen Handeln unterstützt, gefördert und oder bestätigt fühlen. Sie erkennen den erfahrenen Mehrwert durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Palliative Care Team. Durch Fachexpertise erlangen sie mehr Sicherheit im Berufsalltag. Das eigene Dienstleistungsangebot der Organisation ist erweitert und qualitativ nachhaltig optimiert. Die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern in der spezialisierten Versorgung findet kontinuierlich statt und ist gefestigt.

Parallelsminare Séminaire parallèles

PS 11 – Spezifisch für Therapien/Spécifique aux thérapies
 Chairperson: Martina Egloff, Bern

Gelebte Transkulturalität im Rahmen der Aktivierungstherapie für Menschen in der Palliativen Geriatrie
 Manuela Röker, Sursee

Was können Aktivierungsfachpersonen HF dazu beitragen, dass sich alte Menschen und ihr Umfeld mit ihrem kulturellen Hintergrund bis zuletzt wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen?

In den Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz leben zunehmend Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Ihre Bedürfnisse aber auch Ängste im Zusammenhang mit der Alltagsgestaltung im institutionellen Rahmen wahrzunehmen und sie bedürfnisorientiert zu begleiten, trägt wesentlich zu ihrem Wohlbefinden bei. Die Bedürfnisse der Menschen, bereits aus einem Kulturkreis, sind auf Grund der individuellen Lebensweise sehr unterschiedlich. Dies ist ein zentraler Aspekt, den es für die Gestaltung von aktivierungstherapeutischen Angeboten zu berücksichtigen gilt.

Das methodische Vorgehen sowie die transkulturelle Kompetenz ermöglichen es, dass Aktivierungsfachpersonen Angebote gestalten, in denen sich alte Menschen mit ihren vielfältigen kulturellen Hintergründen angesprochen fühlen. Gemeinsam mit den alten Menschen eine für sie sinnvolle Alltagsgestaltung zu finden, durch die sie sich eingebunden fühlen und Partizipation erleben, hilft Ängste abzubauen und wirkt Einsamkeit entgegen. Abhängig von den Bedürfnissen der alten Menschen können kulturspezifische Angebote sinnvoll sein, in denen z.B. die Sprache gepflegt, gemeinsam bekannte Musik gehört, bekannte Speisen genossen oder biografische Themen aufgenommen werden.

Diese Angebote können vertraute Räume schaffen, in denen alte und häufig an Demenz erkrankte Menschen in ihrer Identität gestärkt werden und Anerkennung sowie Wertschätzung erfahren können. Gleichzeitig können unter den alten Menschen soziale Kontakte entstehen, die einen Beitrag zu einer kulturspezifischen Begleitung in der letzten Lebensphase leisten können. Für das Umfeld kann es zusätzlich entlastend sein, wenn es entsprechende Angebote gibt – insbesondere wenn sprachliche Hürden bestehen. Anhand eines Fallbeispiels soll aufgezeigt werden wie unterschiedlich eine gelingende Begleitung aussehen kann und welchen Beitrag Aktivierungsfachpersonen HF zum Wohlbefinden alter Menschen leisten können.

Palliative Situationen in der Rehabilitation – die Sicht der Physiotherapie
 Martina Grinzinger PT MSc, Basel

Bei den jeweiligen Definitionen von Physiotherapie und Palliative Care könnte man meinen, dass sie aus einem Guss stammen. Denn beide verpflichten sich die Lebensqualität der zu Betreuenden hinsichtlich Physis, Psyche, sozialer und emotionaler/spiritueller Aspekte zu verbessern, gar zu maximieren (World Physiotherapy, 2019; WHO, 2018). Bezugnehmend auf den demografischen Wandel und medizintechnischen Fortschritt sowie schnell fortschreitende Erkrankungen und deren voranschreitende Symptome, welche durch physiotherapeutische Interventionen lindernd beeinflusst werden können, finden sich Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zunehmend in palliativen Settings (McLeod & Norman, 2020) wieder ohne sich dies bewusst ausgesucht zu haben. Dies kann zu Problemen führen (Donne et al., 2019), da in der Grundausbildung die Aspekte der Palliative Care und End-of-Life Betreuung nur unzureichend besprochen werden (Morrow et al., 2017). Die Schwierigkeiten beziehen sich hier weniger auf die unterschiedlichen Symptomenbehandlungen, sondern viel mehr auf geisteswissenschaftliche Aspekte wie Kommunikation, Umgang mit belastenden Situationen, ethische Dimensionen oder Erweiterung der Berufsrolle. Vor allem Institutionen, welche keine spezialisierten Palliativstationen (z.B. Rehabilitation, ambulante Praxis etc.) aufweisen, scheinen Schwierigkeiten zu haben, palliative Settings zu erkennen und diese auch offen anzusprechen (Grinzinger, 2019). Der Begriff der klassischen Rehabilitation kann daher irritierend sein, da von Wiederherstellung und Beseitigung eines Gesundheitsschadens (Heimes, 2013) die Rede ist. Neuere Definitionen von Rehabilitation können hierbei unterstützend sein, die Berufsrolle von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Kontext von Palliative Care erweitert zu denken. Wilson et al. (2017) prägt hierbei den Begriff Rehabilitation Light und legt dabei den Fokus auf eine Verschiebung der Prioritäten, auf ein stärkeres Bewusstsein der physiotherapeutischen Rolle und auf eine veränderte Wahrnehmung der traditionellen Berufsrolle. Für Therapeutinnen und Therapeuten in rehabilitativen Einrichtungen wird es als hilfreich angesehen die eigene Berufsrolle und die eigene Lebensqualität zu reflektieren, ethische Aspekte und herausfordernde Situationen im Team anzusprechen sowie den «Elefant im Raum» offen anzusprechen. Dies kann zu einer Entlastung der persönlichen Ressourcen und zu einer Steigerung der Lebensqualität von palliativen Patientinnen und Patienten führen (Grinzinger, 2019).

Donne, J. (2019). Teaching Palliative Care to Health Professional Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Hosp Palliat Care*, 36(11), 1026–1041.

Grinzinger, M. (2019) «Das isch halt e völlig andre Art vo Ziel, find i» Palliative Betreuung in der Physiotherapie – Ethische Aspekte.

Heimes, S. (2013). Rehabilitation. In: Gesundheits- und Krankheitslehre. Springer, Berlin, Heidelberg.

McLeod, K. E. & Norman, K. E. (2020). "I've found it's very meaningful work": Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. *Physiother Res Int*, 25(1), Artikel e1802.

Morrow, B. M. (2017). Knowledge, attitudes, beliefs and experience of palliative care amongst South African physiotherapists. *S. Afr. J. Physiother.* 73 (1)|a384).
 Wilson, C. M. (2017). The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. *Am J Hosp Palliat Care*, 34(1), 34–41.

World Health Organization (Hrsg.). (2018). Palliative care. Heruntergeladen am 19.3.22: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care>
 World Physiotherapy. (2019). Was ist Physiotherapie? Grundsatzklärung: Beschreibung der Physiotherapie. Heruntergeladen am 8.4.22: <https://world.physio/de/resources/what-is-physiotherapy>

Parallelsminare Séminaire parallèles

Wie die Kommunikation bei Sprach- & Sprechstörungen gelingen kann – Logopädie in der Palliative Care
 Helen Amstad, Zofingen

Wünsche äussern, Bedürfnisse ausdrücken, Fragen stellen und Gedanken formulieren – sich mitteilen zu können ist auch in der palliativen Situation von grosser Wichtigkeit. Bei Menschen mit Sprach- und Sprechschwierigkeiten ist es umso wichtiger, dass das Gegenüber die Verantwortung für eine gelingende Kommunikation wahrnimmt. Es sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, Menschen mit erschwerten Kommunikationsbedingungen im Gespräch zu helfen.

Auch ist es wichtig, dass sowohl Angehörige als auch Fachpersonen durch die Logopädie aufgeklärt und begleitet werden, wenn die direkte Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten aufgrund der Sprach- oder Sprechschwierigkeit erschwert ist. Wohlwollend, einfühlsam und transparent kommunizieren – Sprach- und Sprechschwierigkeiten sollen keine Barriere bilden.

Autonomie am Lebensende
 Mayahuel Giron, Zürich

Dieses Referat beleuchtet den Platz der Ergotherapie im interdisziplinären Team rund um die palliativen Patienten und Patientinnen. Was genau bedeutet Autonomie? Weshalb ist die Autonomie eines Menschen auch und vor allem am Lebensende so wichtig? Wie können wir Menschen diese ermöglichen und welche Rolle spielt dabei die Ergotherapie?

Unter Autonomie wird der Aspekt der Selbstbestimmung und der Selbständigkeit verstanden. Menschen am Lebensende werden oft durch die Symptome ihrer Krankheit am Tätig sein gehindert. In der Rolle des Patienten, der Patientin, angewiesen auf Hilfe, ist seine/ ihre Autonomie nicht mehr klare Voraussetzung (von dem Berge et al., 2018). Die Ergotherapie hat zum Ziel die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen durch Teilhabe an der möglichst selbständigen Ausführung von Betätigungen zu verbessern (WFOT, 2016).

Im palliativen Fachbereich stehen neben den sehr typisch ergotherapeutischen Arbeitsinhalten wie das Training der Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten oder Hilfsmittelberatungen auch die Ermöglichung von Autonomie und Teilhabe durch die Einbindung des Patienten, der Patientin in die Mitgestaltung einer Betätigung, wie auch das Symptommanagement im Fokus (von dem Berge et al., 2018, AOTA, 2016). Betätigungen können in „machen“, „sein“, „dazugehören“ und „bekommen“ kategorisiert werden. Wobei mit dem Voranschreiten der Erkrankung vermehrt Betätigungen der Kategorien „sein“, „dazugehören“ und „bekommen“ begleitet werden (Yeh & McColl, 2019). Die Ergotherapie kann ihren Beitrag zu einem friedvolleren Abschluss des Lebens, durch die Unterstützung des Patienten, der Patientin bei Organisatorischem (wie Adressen für die Trauerkarten aufschreiben), durch die Ermöglichung spiritueller Betätigungen (wie einen Altar gestalten) und durch die Möglichkeit kreativer Arbeiten, die nach dem Tod zurückbleiben (wie einen Brief schreiben) leisten (Lala & Kinsella, 2011). Weitere wichtige Inhalte sind Kompensationsstrategien, Entspannungstechniken und das Energiemanagement (AOTA, 2016). Auch die Angehörigen des Patienten, der Patientin gehören zur Patientengruppe und werden bei Bedarf betätigungsspezifisch beraten (Von dem Berge et al., 2018). Im Zentrum der Ergotherapie steht die Autonomie des Patienten, der Patientin, wobei der Aspekt der Selbstbestimmtheit im palliativen Setting über dem Aspekt der Selbständigkeit steht.

Quellenangaben:
 AOTA American Occupational Therapy Association. (2015) The Role of Occupational Therapy in Palliative and Hospice Care - Fact Sheet. Author: M. Allen.

Park Lala A. & Kinsella E. (2011). A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78: 246–54.

Von dem Berge, E., Förster, A. & Kirsch, G. (Eds.). (2018). Ergotherapie in der Palliative Care. Selbstbestimmt handeln bis zuletzt. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

WFOT World Federation of Occupational Therapists (2016). Occupational Therapy in End-of-Life Care Position Statement. London, UK. Übersetzung (Deutsch) heruntergeladen am 29.1.23: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-end-of-life-care>

Yeh, H.E. & McColl, M.A. (2019). A model for occupation-based palliative care. *Occupational Therapy In Health Care*, 33:1, 108-123, DOI: 10.1080/07380577.2018.1544428

Freie Mitteilungen 1 Parallelseminar 1 Séminaire parallèle 1

FM1

To live with loss: bereavement care for parents who lost a child to cancer

A. K. Vokinger¹, E. C. Pedraza¹, E. de Clercq¹, E. M. Tinner², E. Bergsträsser³, G. Michel¹ (¹Faculty of Health Sciences and Medicine, University of Lucerne, Luzern; ²Inselspital, University Children's Hospital Bern, Bern; ³Department of Paediatrics, Paediatric Palliative Care, University Children's Hospital Zurich, University of Zurich, Zürich)

Hintergrund Despite substantial improvements in 5-year survival rates, almost every fifth child diagnosed with cancer dies. The death of a child has been described as one of the most challenging events a family can face affecting each family member in a different and unique way. Bereavement care can improve the quality of life and well-being of parents following the death of their child.

Ziel This study aims to describe the situation of bereaved parents and to contribute to the improvement of paediatric palliative care, especially bereavement care for parents.

Methode For data collection, two methods are used: a) a cross-sectional survey and b) in-depth interviews among parents in Switzerland who lost their child to cancer (age at diagnosis 0-18, time since death \geq one year). Primary invitations to participate in the study were sent by the children's hospitals in Aarau, Bern and Zurich. Data collection is ongoing and in-depth interviews are being conducted in Switzerland's German- and French-speaking parts. The aim is to conduct 20 interviews, depending on data saturation.

Resultate As of May 2023, 99 questionnaires were returned by bereaved parents (aged 35-68, 64 mothers). Additionally, 16 interviews with 20 parents (aged 37-55, 14 mothers) have been conducted. The data collected so far show the needs of bereaved parents that should be met by healthcare professionals and the social environment. We have observed that bereavement can influence parents' socio-demographic environment (employment, marital status, daily life and other) and how grief can change over time. In addition, the preliminary findings indicate how bereaved parents make use of coping strategies. Reported coping strategies include maintaining a bond with the deceased child for example by keeping certain objects to remember their child by. The results also show that previous experiences of illness and loss in the family influence parents' coping strategies.

Schlussfolgerung Our findings will provide valuable insights into 1) the psychological and socio-demographic outcomes of families affected by childhood cancer, 2) as well as long-term grief. Furthermore, 3) the study will help identify the support needs of bereaved parents, starting during the child's illness and ongoing after the death.

FM2

Work-related quality of life in professionals involved in paediatric palliative care

A. K. Gerber¹, U. Feuz², D. s. m. K. Zimmermann³, P. D. m. E. Bergsträsser⁴, S. Mitterer⁵, P. D. M. Simon⁶, P. D. m. N. von der Weid⁷ (¹Institut für Pflegewissenschaft, Basel; ²Kinderklinik Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern; ³Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Basel; ⁴Palliative Care, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ⁵Onkologie/Hämatologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel)

Hintergrund Caring for Paediatric Palliative Care (PPC) patients and their families positively and negatively impacts healthcare and allied professionals' work-related quality of life (QoL). Professionals often provide PPC without specialised training, while specialised PPC (SPPC) teams, directly and indirectly, support patients, their families and involved professionals.

Ziel The objective of this study was to evaluate whether the availability of a SPPC team had an impact on the work-related QoL of professionals not specialised in PPC and to explore the work-related QoL of professionals working in PPC without specialised training.

Methode In this repeated cross-sectional comparative effectiveness study, one hospital with an established SPPC team and affiliated institutions constituted the intervention group (IG), while three hospitals and affiliated institutions where generalist PPC was offered constituted the comparison group (CG). The intervention consisted of the services the SPPC team provided to professionals involved in the care of PPC patients and their families. Data were collected by paper-pencil questionnaire in 2021 and 2022. The questionnaire Professional Quality of Life (ProQoL 5) was used to assess work-related QoL resulting in separate scores for burnout, secondary traumatic stress and compassion satisfaction. To control for differences between IG and CG, matching by propensity scores was used before analysing the impact of the intervention, using a general estimation equation model. Further exploration of work-related QoL was performed with the entire sample of participating professionals.

Resultate The 301 participating professionals had overall low to moderate burnout and secondary traumatic stress scores and moderate to high compassion satisfaction scores. There were no statistically significant differences between IG and CG in all three subscores of their work-related QoL. Being a physician resulted in higher burnout and secondary traumatic stress scores compared to nurses.

Schlussfolgerung Though the overall work-related QoL in this sample was satisfactory, there is a considerable proportion of moderate burnout and secondary traumatic stress scores in professionals working in PPC. Further work is needed to gain insight into factors influencing work-related QoL and to improve the measurement to adequately address the complexity of it.

FM3

Imaginationen des Sterbens. Die Visuelle Rhetorik von Palliative Care Stockfotografien.

T. Braun¹, G. Metzger² (¹Hochschule der Künste Bern, Bern; ²Zürcher Hochschule der Künste, Zürich)

Hintergrund Bilder, die vom Sterben erzählen, zirkulieren heute in allerlei medialen Rahmungen. Wir begegnen ihnen in Talkshows, Blogs und Hochglanzbroschüren, die für neue Bestattungszeremonien oder medizinischen Behandlungen am Lebensende werben. Die neue Omnipräsenz des Sterbens ist mit ikonischen Ordnungen verbunden, die an tradierte Formen der Repräsentation und kulturelle Bedingungen geknüpft sind.

Ziel Eine unerforschte Bildwelt des Sterbens, die interessante Aufschlüsse über das Verhältnis von dargestellten Motiven und gegenwärtigen westlichen Leitideen des Umgangs mit dem Lebensende gibt, sind Stockfotos zum Thema «Palliative Care». Stockfotos sind auf Vorrat produzierte Bilder, die Agenturen im Internet verkaufen und anhand von Schlagworten gesucht werden können. Die von uns untersuchten Bilder werden etwa als Werbeträger für palliative Therapieangebote auf Webseiten von Spitälern und Hospizen eingesetzt.

Methode Die Grundlage für unsere Studie bildeten 618 Stockfotografien, die wir in Online-Katalogen von vier grossen Bildagenturen gefunden haben. Mit dem methodischen Verfahren der Visual Grounded Theory entwickelten wir vier Kategorien, welche die zentralen Bildbotschaften zusammenfassen: 1) Dasein, 2) Gelassenheit, 3) Empathie, 4) Transzendenz. Unser Analyse zeigt, dass Stockbilder Palliative Care idealisieren, indem sie werbetaugliche Vorstellungen eines «guten Todes» entwerfen.

Resultate Die typischen Pflegefachpersonen werden zu emphatischen und die Patienten*innen zu gelassenen Personen stilisiert, die dem Tod ohne Angst entgegenblicken. Christlichen Vorstellungen folgend, stellen die Fotografien das Lebensende zudem als Moment der Erfüllung und Möglichkeit zur Transzendenz dar. Die Fotografien repräsentieren damit Ideale und Prinzipien von Cicely Saunders' Hospiz-Philosophie. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Bilder die Vorstellung des gesunden Alterns sowie Genderstereotype in der Care-Arbeit reproduzieren.

Parallelseminar 1 Séminaire parallèle 1

Diskussion Die Ergebnisse der Bildanalyse dienten im zweiten Schritt der Forschungsprozesses dazu, neue Bildwelten zum Thema «Palliative Care» anhand der Methode «Research through Design» zu entwerfen.

Schlussfolgerung Die entwickelten Fotografien zeigen neue Ansatzpunkte für die visuelle Repräsentation der Themen «Lebensende und Sterben» auf.



Abbildung 01: Dasein



Abbildung_02_Empathie



Abbildung 03 – Transparenz

FM4

Effect of opioids for breathlessness in heart failure: a systematic review and meta-analysis

J. Gärtner¹, T. Fusi-Schmidhauser², W. Siemens³, S. Stock⁴, V. Vennedey⁵ (¹Palliativzentrum Hildegard, Basel; ²Palliative and Supportive Care Clinic, Oncology Institute of Southern Switzerland IOSI-EOC, Lugano; ³Cochrane Germany, Cochrane Germany Foundation, Freiburg DM; ⁴Institute of Health Economics and Clinical Epidemiology, University Hospital Cologne, Cologne DE)

Hintergrund For the treatment of breathlessness in heart failure (HF), most textbooks advocate the use of opioids. Yet, meta-analyses are lacking.

Ziel To assess the effectiveness of opioids against breathlessness in HF
Methode A systematic review was performed for randomised controlled trials (RCTs) assessing effects of opioids on breathlessness (primary outcome) in patients with HF. Key secondary outcomes were quality of life (QoL), mortality and adverse effects. Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE and Embase were searched in July 2021. Risk of bias (RoB) and certainty of evidence were assessed by the Cochrane RoB 2 Tool and Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation criteria, respectively. The random-effects model was used as primary analysis in all meta-analyses. Prospero registration number: CRD42021252201

Resultate After removal of duplicates, 1180 records were screened. We identified eight RCTs with 271 randomised patients. Seven RCTs could be included in the meta-analysis for the primary endpoint breathlessness with a standardised mean difference of 0.03 [95% CI -0.21 to 0.28]. No study found statistically significant differences between the intervention and placebo. Several key secondary outcomes favoured placebo: risk ratio of 3.13 [95% CI 0.70 to 14.07] for nausea, 4.29 [95% CI 1.15 to 16.01] for vomiting, 4.77 [95% CI 1.98 to 11.53] for constipation and 4.42 [95% CI 0.79 to 24.87] for study withdrawal. All meta-analyses revealed low heterogeneity (I² in all these meta-analyses was <8%).

Schlussfolgerung Opioids for treating breathlessness in HF are questionable and may only be the very last option if other options have failed or in case of an emergency. Heart 2023 Mar 6; heartjnl-2022-322074. Online a-head of print

Parallelseminar 2 Séminaire parallèle 2

FM5

HypnoPal : faisabilité d'une intervention d'hypnose à domicile pour les patients palliatifs et leurs proches.

F. Teike Lüthi, C. Berna, A. Sterie, P. Larkin (CHUV, Lausanne)

Contexte Les patient.e.s en situation palliative et leurs proches souffrent de multiples répercussions de la maladie grave. L'hypnose est une médecine complémentaire adaptée pour l'auto-gestion de symptômes et la mobilisation des ressources personnelles face à la détresse psycho-existentielle.

Objectif Cette étude mixte teste la faisabilité d'une intervention d'hypnose à domicile pour les patient.e.s en situation palliative et leurs proches.

Méthode Etude mixte, devis convergent. De février à novembre 2022, des patients en situation palliative à domicile ont été enrôlés. L'intervention consistait en quatre séances d'hypnose de 20 minutes pour les patient.e.s et pour leur proche. Le but était le soulagement des symptômes pour les patient.e.s et le développement de ressources positives pour les proches. Des enregistrements d'auto-hypnose ont été donnés pour une pratique indépendante. Un questionnaire et des entretiens ont servi à évaluer la faisabilité.

Résultats Sur les 32 patient.e.s inclus.e.s, 18 ont terminé l'intervention, de même que 11 proches sur 14. Les résultats qualitatifs préliminaires soulignent les motivations suivantes : l'espoir d'un soulagement, la familiarité avec l'approche, une opportunité à saisir, la curiosité, ou la motivation d'un.e proche. Les appréhensions sont : la peur d'être manipulé.e ou de devoir exercer trop d'auto-contrôle. Les points forts : la relation avec la praticienne, la séance au domicile, l'intervention sur-mesure, le soulagement du symptôme, se décentrer de la maladie et l'auto-hypnose. Les points faibles : un nombre insuffisant de séances, la difficulté à pratiquer l'auto-hypnose, des effets secondaires transitoires et la difficulté à trouver le temps.

Conclusion Les résultats préliminaires montrent une grande satisfaction de bénéficier de cette médecine complémentaire à domicile. En dehors de l'agenda des patients surchargé de rendez-vous médicaux-soignants en phase palliative de la maladie, une telle intervention est faisable. Les défis futurs sont au niveau organisationnels et financiers. Les données quantitatives compléteront ces premiers résultats.

FM6

Quand l'accompagnement palliatif s'invite dans les milieux socio-éducatifs.

S. Spanu, F. Debbiche (Haute Ecole de Santé de Genève, Genève; HAUTE ECOLE DE SANTE DE GENEVE, GENEVE)

Contexte Selon les estimations de l'Office fédéral de la statistique, la Suisse compte quelque 20 000 adultes en situation de handicap. L'évolution démographique entraîne une réalité complexe pour les foyers spécialisés. Le nombre de résidents nécessitant des soins importants pendant une durée relativement longue augmente, et les personnes qui les accompagnent sont confrontées à la fin de vie des résidents. Ces établissements enregistrent environ 3% de décès parmi leurs résidents, ce qui correspond à environ 450 à 500 décès par an. Les personnes en situation de handicap connaissent un fort accroissement de leur espérance de vie au cours des dernières décennies et elles font désormais l'expérience de vieillir. En partant d'une approche éducative, comment assurer au mieux l'accompagnement palliatif ? Nous assistons là à un changement de paradigme de prime abord mais tendons plutôt à aboutir une complémentarité des approches

Objectif Les objectifs sont:

- Modifier les représentations des soins palliatifs
- Sensibiliser l'ensemble des collaborateurs dans une approche palliative interdisciplinaire
- Susciter un changement de pratique

Méthode A la demande de la Direction Générale de la Santé du Canton de Genève, une étude de faisabilité a été réalisée puis complétée par une étude préparatoire d'ingénierie de formation pour l'implémentation d'un dispositif d'enseignement interdisciplinaire et novateur, dédiée aux collaborateurs du domaine socio-éducatif. Dans un 1^{er} temps, une phase de conception a été réalisée avec un groupe d'expert des soins palliatifs et du domaine du handicap. Les thématiques et les objectifs ainsi que la sémantique ont été précisés grâce à une revue de littérature couvrant le cadre légal, les recommandations de bonnes pratiques nationales et internationales. Dans un 2nd temps, la phase de développement du dispositif de formation a été élaborée en précisant le syllabus, les scénarii pédagogiques, le choix des intervenants, le calendrier de formation et les coûts.

Résultats Ce dispositif est mandaté par la direction générale de la Santé et soutenu par le département de la cohésion social du canton. Les institutions s'engagent à envoyer 25% de l'ensemble des collaborateurs. Le dispositif de formation se déroule avec : un prérequis sous forme de e-learning contenant des vignettes cliniques, suivi de deux jours de formation obligatoires et ouverts à l'ensemble des collaborateurs des institutions de type EPH (Etablissement pour Personnes en situation de Handicap). Enfin, deux jours optionnels sont proposés pour les éducateurs et les infirmiers de ces institutions comportant, les stratégies de détection et d'accompagnements des symptômes d'inconfort prioritaires, la réalisation du projet d'accompagnement individualisé tenant compte des volontés exprimées et/ou présumées des personnes.

Conclusion Après une formation test, ce dispositif innovant sera déployé en janvier 2024. Il est transposable quelles que soient leurs spécificités dans le domaine du handicap. L'ensemble des collaborateurs accueillent ce dispositif avec enthousiasme car ils sont engagés dans l'accompagnement et le soulagement de la souffrance physique, psychologique, spirituelle et sociale.

FM7

Consultations de soins palliatifs spécialisés et douleur : Analyse de plus de 20 ans de pratique

P. Vayne-Bossert, C. Matis, A. Ougier, S. Pautex (Hôpitaux Universitaires de Genève, Collonge-Bellerive)

Contexte La consultation de soins palliatifs [CoSPa] intervient à la demande des équipes de soins de première ligne. A ce titre, elle répond aux demandes en lien avec une situation palliative, pour des conseils d'antalgie chez des personnes âgées ou des patients adultes hospitalisés en psychiatrie. Depuis sa création mi-1999 elle connaît un rapide essor alliant plusieurs activités de clinique, d'enseignement et de recherche. Depuis 2019, un dépistage précoce systématique des situations palliatives a lieu aux urgences gériatriques.

Objectif Le but de cette étude est d'analyser sur les 23 années d'existence de la CoSPa l'évolution de la population, notamment par rapport aux diagnostics palliatifs non-oncologiques, le développement de notre pratique et l'impact du dépistage précoce des situations palliatives.

Méthode Etude descriptive avec comme variables : nombre de consultations, âge moyen des patients, diagnostic principal, nombre de jours de suivis, délai entre l'admission et la demande de consultation.

Résultats Dès la première année d'activité, 225 consultations ont été effectuées. Depuis, le nombre est en augmentation pour atteindre 799 en 2022, avec un pic à 826 pendant la pandémie de COVID. Le pourcentage d'hommes est resté stable et se situe entre 31 et 44%. L'âge moyen a évolué progressivement : < à 80 ans (début l'an 2000), à 85.5 ans en 2022 (depuis 2016 > 80 ans). Age maximum : 109 ans (en 2022). Le pourcentage de demandes en lien avec une maladie oncologique a diminué de initialement 80% à 35-45% sur les dernières 5 années. Les patients sont aujourd'hui suivis en moyenne sur 7 jours (SD 11) en comparaison à l'année 2001 : moyenne 28 jours (SD 36). Les équipes font appel à la consultation plus précocement depuis 2020 : 12j (SD 34) versus en 2014 : 27j (SD 60).

Parallelseminar 2 Séminaire parallèle 2

Conclusion L'âge des patients et le nombre croissant des interventions de la CoSPa s'inscrit d'une part dans l'évolution démographique de la population et d'autre part comme résultat de la collaboration pour un dépistage précoce, d'enseignement et de l'implication étroite en période COVID. Les demandes d'une prise en charge palliative précoce et une grande ouverture vers les atteintes palliatives non-oncologiques deviennent fréquentes. Les défis pour l'avenir sont nombreux : démontrer la plus-value pour les patients, développer les soins palliatifs généraux en déployant les compétences des soignants.

Graphique 1 - nombre de consultations



FM8

Perception of Healthcare Professionals on Palliative Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

F. Baptista Peixoto Befecadu, L. Hentsch, S. Pautex, D. Adler, P. Gasche, I. Guerreiro (Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève)

Contexte The introduction of palliative care in the early stages of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) prevents suffering and promotes quality of life. Patients with COPD have limited access to palliative care compared to patients with oncological diseases. Healthcare professionals (HPs) caring for COPD patients are in the best position to recognize and identify palliative care needs.

Objectif The aim of this study was to describe the perceptions of HPs on palliative care provision, implementation, access and organization for patients with COPD. As a secondary objective we aimed to identify gaps, barriers, potential information, as well as training needs of HPs in relation to palliative care for these patients.

Méthode An online survey was conducted. A multidisciplinary sample (n=94) of pulmonologists, respiratory nurses, nurse assistants, care assistants and physiotherapists working in a university hospital, private practices or for the Geneva lung league were invited to participate.

Résultats Fifty-seven HPs participated in this study, the majority being physicians. The majority of respondents (N =38, 70.37%) indicated that COPD patients require palliative care. Regarding referral of COPD patients to specialized palliative care, 29 (65.91%) of the respondents never refer their patients at the time of diagnosis and rarely (N=17 38.64%) after the first acute exacerbation. Seventeen participants out of 47 (36.77%) feel comfortable discussing end-of-life issues with their patients.

The main barriers in referring COPD patients to specialist palliative care is a lack of knowledge of available resources (N=23, 40.35%), and the feeling that their patients do not like or want to be referred to palliative care (N=23, 40.35%). The most commonly reported barriers in communication with COPD patients around the topic of 'end of life' were a perception that the patient is not ready (N=27, 48.21%) and a lack of skills/training (overworked team) (N=24, 42.86%). HPs reported the need for short training sessions, knowledge about the palliative care resources available in the region, more time to spend with the patient, more time to discuss patients cases with the team, easy access to palliative care teams, coordination of care, feedback about palliative care treatments initiated and means of identification of patients in need of palliative care (instruments, guidelines, decision-making algorithms, etc.).

Conclusion

A multidisciplinary perspective is needed to develop policies and a framework for the integration of palliative care for COPD patients.

Parallelseminar 3 Séminaire parallèle 3

FM9

Wachen und Begleiten-Eine Vision wird umgesetzt

C. Bürki¹, F. Boinay¹ [WABE Seeland West, Ins;²Biel/Bienne]

Hintergrund Erfolgsfaktoren zur Realisierung eines tragfähigen Netzes von Freiwilligen zur Begleitung von Sterbenden während der Nacht. Gemäss einer Umfrage des BAG wünschen 73% der Menschen zuhause zu sterben. Mehrheitlich kann diesem Wunsch nicht entsprochen werden, da kein lückenloses Betreuungsnetz vorhanden ist, welches die Angehörigen entlasten kann.

Ziel Um diese Versorgungslücke in der Region Seeland West zu schliessen, hat sich eine Kerngruppe in der Gemeinde Ins zum Ziel gesetzt, einen Verein zu gründen, mit der Absicht, Freiwillige für die Begleitung von Sterbenden und Schwerkranken auszubilden und die Einsätze in Zusammenarbeit mit der spezialisierten Spitex zu koordinieren.

Methode Nach Konstituierung des Vorstandes, wurde mit Unterstützung des langjährigen Erfahrungswissen des deutschfreiburgischen Schwesternvereins am 16. Februar 2021 der Verein WABE Seeland West gegründet. Es wurde eine Informationsstrategie mit eigener Website, Flyer und gezielter Öffentlichkeitsarbeit entworfen. Um finanziell und ideell getragen zu sein, wurden die politischen Gemeinden, die Kirchengemeinden, Heime und Arztpraxen sowie Banken und Versicherungen in der Region ersucht, Passivmitglieder zu werden. Basierend auf den Vorgaben von palliative.ch wurde im Rahmen mehrerer Workshops ein Schulungskonzept zur Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen entwickelt, welches zu einem Zertifikat A1 berechtigt.

Resultate Im Frühling 2022 wurde die erste Schulung durchgeführt. Nach Wahl der Einsatzleiterin und mit der Bekanntmachung der Dienstleistung, konnten die ersten Begleitungen geleistet werden. Nach zwei Jahren existiert ein Verein mit 27 Passivmitgliedern und 13 geschulten Begleitpersonen, die bereits über 60 Nächte gewacht haben. Die Rückmeldungen der kranken Menschen und deren Angehörigen sind sehr positiv.

Schlussfolgerung Als Erfolgsfaktoren haben sich vier Motoren herauskristallisiert: Initiative, in der Bevölkerung verankerte Vorstandsmitglieder mit Verständnis von Palliative Care, welche in der Lage sind, ideale Überzeugungsarbeit zu leisten, Finanzierungsquellen zu erschliessen und einen Aktionsplan zu erstellen. Ein Informationskonzept zur Bekanntmachung des Vereins, der angebotenen Dienstleistung und der vorgesehenen Schulungen. Ein zertifiziertes, auf die Bedürfnisse der Bevölkerung und der Freiwilligen zugeschnittenes Schulungskonzept. Eine fachkompetente Einsatzleitung sowie eine sorgfältige Begleitung der Freiwilligen vor, während und nach den Einsätzen.

FM10

Rollenteilung zwischen Hausarzt und Palliative Arzt

C. Bardill¹, A. Weber¹ [Palliative Care GZO, Wetzikon]

Hintergrund Die meisten Menschen möchten ihre letzte Lebenszeit dort verbringen, wo sie zu Hause sind. Eine gute palliative Betreuung ist daher insbesondere im ambulanten Sektor und in den Pflegeheimen notwendig. Die besten Resultate werden erzielt, wenn die Grundversorger in schwierigen Situationen vor Ort durch ein mobiles, spezialisiertes Palliative Care Team unterstützt werden, dem nicht nur Pflegefachkräfte, sondern auch Ärzte angehören. Ein Indikator für die Betreuungsqualität ist der Anteil der Menschen, die zu Hause sterben können. Die Analysen von Thomas Schindler et al. in verschiedenen Regionen Deutschlands zeigen, dass dieser Anteil von 30% ohne spezialisiertes Team auf 53% steigt, wenn das Palliative Team aus Pflegefachkräften besteht und sogar 78% erreicht, wenn dem Team auch Palliativmediziner angehören. Wenn aber neben Hausärzteschaft, Onkologen und anderen Spezialärzten auch noch Palliativmediziner involviert sind, ist für Patienten, Angehörige, Spitex

und andere nicht mehr klar, an wen sie sich bei ärztlichen Fragen wenden sollen und wer bei verschiedenen Vorgehensoptionen schlussendlich entscheidet.

Ziel Klärung der Rollen zwischen Palliativmedizinerin und Hausärzteschaft.

Methode Das Palliative Team der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) fragt mittels einem Formular vor Beginn der palliativen Mitbetreuung die Hausärztinnen und Hausärzte, ob sie die primäre ärztliche Betreuung behalten oder an die Palliativmediziner delegieren möchten. Die in den Jahren 2019–2021 retournierten Formulare werden analysiert. In einer anschliessenden Online-Befragung werden die Gründe für die Antworten erörtert.

Resultate Die Hausärzteschaft delegiert die primäre Zuständigkeit in 79% an die Palliativmediziner. Hauptgründe dafür sind die fehlenden zeitlichen Ressourcen (54% der Rückmeldungen), aber auch fehlendes Fachwissen (43%) und die Unmöglichkeit, bei den komplexen, instabilen Patientensituationen rund um die Uhr verfügbar zu sein. **Schlussfolgerung** In den nächsten Jahren wird der Hausärztemangel zunehmen und somit werden noch weniger zeitliche Ressourcen für die Betreuung von Schwerkranken zur Verfügung stehen. Daher und zur Verbesserung der Betreuungsqualität wäre es wichtig, dass die mobilen Palliative Care Teams auch Ärztinnen und Ärzte integrieren. Fraglich ist allerdings, ob diese gefunden werden, insbesondere bei der unzureichenden Vergütung von Koordinationleistungen, die gerade für die Zusammenarbeit mit der Hausärzteschaft und den weiteren Fachkräften eminent wichtig wären.

FM11

Das Compassion – Dreieck in der Kommunikation: von der Theorie zur Praxis

S. Eychmüller¹, S. J. Felber² [Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern;²Inselspital, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Bern]

Hintergrund Patienten und Angehörige beklagen häufig einen Mangel an Mitgefühl in der Haltung und im Verhalten der Ärzte sowie die Dominanz biotechnischer Argumente und medizinischer Terminologie in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt. Dies gilt insbesondere für Gespräche bei weit fortgeschrittener Krankheit.

Ziel Das Ziel war es, ein theoretisches Modell für mitfühlende Kommunikation zu entwickeln und in einem Pilotprojekt zu testen, das sich zunächst auf die Kommunikation am Lebensende bezieht, aber auch in einem viel breiteren Kontext eingesetzt werden kann.

Methode *Methoden* Drei Schritte wurden kombiniert: (1) in einer Literaturrecherche wurde nach pädagogischen Modellen und Konzepten für die Kommunikation am Lebensende gesucht; (2) die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden mit den Bedürfnissen von Patienten und pflegenden Angehörigen abgeglichen, die im Rahmen eines europäischen Projekts (iliveproject.eu) in Fokusgruppen untersucht wurden; (3) das daraus resultierende Modell "Compassion – Dreieck in der Kommunikation im Gesundheitswesen" wurde sodann im Rahmen eines Pilotkurses mit Medizinstudierenden im 6. Studienjahr getestet.

Resultate *Ergebnisse* 'Compassion' wird zwar als wichtige Fertigkeit für Kommunikation gewertet, pädagogische Strategien zum Erlernen gibt es jedoch bisher nicht, auch nicht im Kontext von Palliative Care. Ein 'mitfühlendes Gespräch' zu führen bedeutet, Kompetenzen in drei Bereichen zu entwickeln, die miteinander verbunden sind: (a) Reflexion der eigenen Emotionen vor oder während des Gesprächs mit Patienten ("compassion with me"), (b) Sensibilität zu zeigen, um das Leiden einer anderen Person zu erforschen und zu verstehen ('Compassion with you'), und (c) gemeinsam Lösungswege für die Verringerung des Leidens zu entwickeln ('compassion and do'). Alle Teilnehmer des Pilotkurses 'Compassion Training' (n=17) gaben an, dass das Compassion- Dreieck als theoretischer Rahmen verständlich und für die klinische Praxis in der Kommunikation sehr hilfreich sei.

Parallelseminar 3 Séminaire parallèle 3

Schlussfolgerung *Schlussfolgerungen* Das 'Compassion Dreieck' zeigt mögliche Wege, das Mitgefühl thematisch auf eine solide Grundlage zu stellen unter Einschluss der Reflexion eigener Energien, und gleichzeitig mit den Betroffenen einen für alle Seiten spürbar partizipativen Weg der Lösungssuche einzuschlagen.

FM12

Palliative Care Hauptbedürfnisse von Menschen mit Demenz

F. Spichiger¹, P. Larkin², A. Koppitz¹ [HES-So, University of Applied Science and Arts Western Switzerland, Fribourg;²UNIL & CHUV, Institute of Higher Education and Research in Healthcare - IUFERS, Lausanne, Switzerland]

Hintergrund Ein Überblick über Symptome und Bedürfnisse sind grundlegend für personen-zentrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Pflegeheimen. Symptome können z.B. anhand einer Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ermittelt werden. Bisherige Studien haben gezeigt, dass die Einschätzungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch das Pflegenden und Angehörigen von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen weitgehend übereinstimmen. Die Integrated Palliative Care Outcome Scale für Menschen mit Demenz (IPOS-Dem) ist ein Instrument zur Erfassung ebendieser Symptome durch Angehörige oder Personal. Es ist jedoch nach wie vor unklar, welche Symptome und Bedürfnisse Menschen mit Demenz in Pflegeheimen am stärksten belasten.

Ziel Ziel dieser Studie ist es, die belastendsten Symptome und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aufzuzeigen.

Methode Bei dieser Studie handelt es sich um eine Sekundäranalyse einer multizentrischen, cluster-randomisierten Stepped-Wedge-Studie in deutschschweizer Pflegeheimen. An der Studie nahmen 258 Pflegenden und 144 Familienmitglieder von 257 Menschen mit Demenz teil. Beide Gruppen schätzten die Symptome und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz mit IPOS-Dem zu bewerten. Anhand von deskriptiven Statistiken und eines Rankings wurden die wichtigsten Symptome ermittelt.

Resultate Unsere Analyse ergab eine Rangfolge der häufigsten Symptome insgesamt und pro Gruppe. Gesamthaft wurden die folgenden Symptome als am belastendsten eingestuft:

1. Eingeschränkte Mobilität, 2. Probleme mit der Kommunikation, 3. Angehörige sind ängstlich oder besorgt. Weitere Analysen sind im Gange, und endgültige Ergebnisse werden an der Konferenz vorgestellt.

Schlussfolgerung Die identifizierten Symptome und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, zeigen, wie wichtig es ist, in der klinischen Praxis auf Mobilität, Kommunikationsschwierigkeiten und den Bedarf an Psychosozialer Unterstützung des Umfeldes einzugehen. Diese Ergebnisse können als Grundlage für die Entwicklung von Palliative Aged Care Guidelines zur Verbesserung der Qualität der Pflege von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Pflegeheimen dienen. Insgesamt gibt diese Studie Hinweise auf den Nutzen des IPOS-Dem-Instruments als Screening- und Proxy-Reported-Outcome-Instrument in der Palliative Care bei Menschen mit Demenz.

Parallelseminar 4 Séminaire parallèle 4

FM13

Bigorio position paper

Palliative sedation—revised recommendations 2022

M. Beauverd¹, M. Mazzoli², M. Tomczyk³, J. Pralong⁴, S. Eychmueller⁵, J. Gärtner⁶ [¹Service de soins palliatifs et de support, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; ²Hospiz im Park, KLINIK FÜR PALLIATIVE CARE, 4144 Arlesheim; ³Institut des Humanités, CHUV, 1011 Lausanne; ⁴Fondation Rive-Neuve, 1807 Blonay; ⁵Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital, 3010 Bern; ⁶Palliativzentrum Hildegard, 4052 Basel]

Contexte Les patients en phase terminale présentent parfois une détresse intolérable issue de symptômes (physiques, psychosociaux ou existentiels) réfractaires à toutes formes de mesures en dépit de soins palliatifs optimaux. La sédation palliative (SP) est intervention médicalement et éthiquement acceptable pour ce groupe de patients. La sédation palliative est définie comme l’utilisation contrôlée d’une médication spécifique qui a pour objectif d’induire un état de conscience abaissée (voire abolie) afin de soulager une souffrance intolérable et ceci d’une façon qui est éthiquement et médicalement acceptable pour le patient, ses proches ainsi que pour les équipes soignantes. En Suisse, la prévalence de la sédation palliative profonde continue jusqu’au décès semble avoir augmentée de 4.7% en 2001 à 17.5% en 2013. La sédation palliative pratiquée par des professionnels de la santé inexpérimentés ou insuffisamment formés peut mener à des certaines dérives. C’est ainsi que les membres de groupe d’expert Bigorio ainsi que les auteurs mandatés pensent qu’il est nécessaire de publier des recommandations nationales sur la bonne pratique de la sédation palliative.

Objectif L’objectif de ces recommandations est de fournir une guidance sur des aspects pratiques, terminologiques et éthiques en lien avec la pratique de la sédation palliative.

Méthode La révision des recommandations 2022 Bigorio sur la pratique de la sédation palliative est basées sur les dernières recommandations publiées en 2005 par palliative.ch. Cette révision a suivi un processus systématique comprenant les étapes suivantes :

- 1) Le groupe de travail « guidelines » de palliative.ch a choisi un comité d’auteurs comprenant trois médecins spécialisés en soins palliatifs, une experte en éthique ainsi que deux experts académiques.
- 2) la trame du document (contenu, niveau scientifique) a été définie lors d’une visio-conférence.
- 3) Le comité d’auteurs et les experts écrivent une première version basée sur une recherche de la littérature narrative.
- 4) une révision interne de ce texte a été conduite auprès des cinq institutions académiques en médecine palliative (Lausanne, Genève, Berne et Zürich) en incluant les responsables de tous les groupes de travail de palliative.ch (médecins, infirmières, soins spirituels, la qualité, la formation, la recherche et le financement). Cette révision portait sur 4 domaines : a) la pertinence du thème et du contenu, b) la représentativité des spécificités régionales, c) les aspects problématiques relevés, d) texte libre pour les commentaires.
- 5) les commentaires ont été analysés et intégrés chaque fois que possible dans la version définitive des recommandations nationales.

Résultats Ce document final traite des thématiques suivantes de la sédation palliative :

- 1) définition et aspect clinique.
- 2) le processus de prise de décision.
- 3) la communication avec les patients et les proches.
- 4) la surveillance de la SP.
- 5) les aspects pharmacologiques.
- 6) les aspects éthiques et controversés.

Conclusion La SP est une pratique qui est cliniquement, éthiquement et émotionnellement complexe. Les auteurs espèrent que les recommandations Bigorio révisées vont apporter une aide substantielle dans la guidance dans le processus décisionnel et les aspects cliniques de la pratique de la SP. Nous sommes par ailleurs bien conscients qu’il persiste des débats au sein même de la com-

munauté des spécialistes suisses en soins palliatifs. Cette première étape d’harmonisation des pratiques en Suisses doit se poursuivre dans l’échange et le dialogue au sein des experts et des partenaires afin de pouvoir aligner les opinions et les pratiques de la SP

FM14

ID-PALL : déploiement dans un service universitaire de neurologie et neurochirurgie

F. Teike Lüthi¹, S. Burgniard¹, G. Mac Dermott¹, E. Berron¹, N. Nouri Lalaoui¹, D. Strambo¹, K. Vasserot¹, G. D. Borasio¹ [¹CHUV, Lausanne]

Contexte L’identification des besoins de soins palliatifs (SP) généraux ou spécialisés est nécessaire pour améliorer l’accès à des SP adaptés et exemplaires. ID-PALL est un instrument validé qui soutient les infirmières et les médecins dans cette identification. Il s’accompagne de recommandations de bonnes pratiques.

Objectif Déployer l’instrument ID-PALL au sein du service de neurologie et neurochirurgie afin d’identifier précocement les patient.e.s nécessitant des SP généraux ou spécialisés, d’adapter la prise en charge thérapeutique et de favoriser l’orientation à la sortie.

Méthode Dès novembre 2022, une cheffe de projet de l’équipe mobile de SP (EMSP) et un groupe de travail composé d’infirmières et de médecins cadres et cliniciens co-construisent un projet d’implémentation incluant : i) détermination des indicateurs de résultats, ii) formation des infirmières et médecins, iii) présence hebdomadaire de la cheffe de projet au colloque interprofessionnel de décision et orientation (CIDEO), iv) développement avec l’infirmière clinicienne spécialisée d’une stratégie de mise en œuvre des recommandations de bonne pratique des SP généraux, v) création d’une pocket card, et vi) adaptation du dossier patient informatisé. Des données quantitatives et des focus groupes permettront l’évaluation du projet. **Résultats** Huit formations ont été données, 46 professionnel.le.s sur 66 ont été formé.e.s dont 78% d’infirmière.s. 87% des participant.e.s ont un degré de satisfaction > 8/10. Pour plus de 90%, ID-PALL est facile à mettre en œuvre (> 8/10) et pour 87% il est utile à leur pratique (> 8/10). La proportion d’ID-PALL remplis augmente de manière hebdomadaire passant de zéro avant la formation à 70% 6 semaines post formation. Les situations ID-PALL positives sont discutées au CIDEO pour l’appel à l’EMSP et l’orientation à la sortie.

Discussion Le projet se terminera en octobre 2023, d’autres données seront alors présentées. La formation de la majorité des professionnel.le.s impliqué.e.s est une étape essentielle qui doit être suivie d’un accompagnement de proximité sur le terrain. La participation au CIDEO est une plus-value car elle permet de faire du soutien de proximité et de créer le lien avec l’EMSP de manière continue.

Conclusion La co-construction d’un tel projet entre l’EMSP et le service qui met en œuvre ID-PALL est une garantie pour le démarrage de l’utilisation de l’instrument. Les enjeux résident dans les stratégies de pérennisation à mettre en place.

FM15

Proxy experiences of advance care planning by proxy for aged care residents without decision making capacity

L. Jones¹, Y. Rhyne², E. Rubli Truchard¹, R. Jox¹ [¹Chair of Geriatric Palliative Care, Lausanne; ²Morges Hospital, Morges]

Contexte Advance care planning (ACP) has been shown to promote care that is coherent with patient wishes, however retaining decision making capacity (DMC) is a precondition for traditional ACP models. Alternative models of ACP are needed for use with and on behalf of people lacking and who no longer have DMC. We have developed a model of ACP by proxy (ACPbp) specifically for use with residential aged care facility residents (RACF) who no longer have DMC.

Parallelseminar 4 Séminaire parallèle 4

Objectif This study aimed to test the acceptability and feasibility of this ACPbp intervention through a pilot study, and to explore the impact on health care proxies’ decisional conflict and experience of the intervention.

Méthode Data collection took place in four RACFs in French-speaking Switzerland. Health care proxies who participated in the intervention (n=18) participated in semi-structured interviews and completed the decisional conflict scale before and ACP-bp completion. Interviews were transcribed verbatim and analysed thematically.

Résultats Participants in the research project represent around half of the participants invited to participate- reasons for decline included previous bad experience with research, emotional toll of the family situation and time constraints. Health care proxies reported that the intervention was an opportunity to establish or reinforce communication with the RACF personnel and physician. They appreciated the opportunity to discuss the resident’s life and values in order to give the RACF staff a better picture of the person. While some reported that discussions about the resident’s health status was difficult, they recognised the need for a timely and open discussion. Documentation of wishes was described as necessary but confronting to see the care that would not be administered in case of emergency.

Conclusion The intervention was generally well accepted by proxies and provides an important basis for advance care planning for people who no longer have decision making capacity.

FM16

Soins palliatifs au rugby ? Vécu du projet «En mêlée pour les soins palliatifs»

E. Severac¹, J. Olbe² [¹Haute Ecole de Santé Genève, Saint Julien en Genevois FR; ²Haute Ecole de Santé Genève, Thonon FR]

Contexte En Suisse, l’accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives, potentiellement mortelles n’est pas encore suffisamment ancré dans le système de santé avec un accès inégalitaire aux prestations. Le plan cantonal genevois de soins palliatifs (SP) 2020-23 rappelle que les personnes nécessitant des SP doivent pouvoir facilement en bénéficier dans la continuité des parcours de santé. Cette intention cantonale reste encore méconnue, les SP faisant écho le plus souvent à la fin de vie. Dans le cadre d’un module intégratif en soins infirmiers, deux enseignantes ont pensé un projet de mise en visibilité des SP lors d’une activité et d’une rencontre de rugby.

Objectif Le but de ce projet était de sensibiliser un public non averti aux SP, faire évoluer les représentations et démystifier ces soins. Pourquoi évoquer les SP auprès d’une population sportive non avertie ? Le sport apporte un moment d’évasion ou d’épreuve. Il met en avant les valeurs d’équipe, la construction d’un projet et des objectifs à atteindre. Le projet consiste à faire connaître les SP afin de permettre aux joueurs et aux supporters de prendre conscience des besoins et des combats menés par les personnes en situation palliative ainsi que leurs proches.

Méthode Dans ce but, deux interventions ont été réalisées. Lors de la première, un rallye reprenant les concepts des SP a été organisé en fonction des représentations des joueurs (n=40) pour améliorer leurs connaissances sur les SP. Une réévaluation des représentations a été effectuée grâce à un questionnaire. Deuxièmement, une sensibilisation du public (n=3551) à travers un speech avant un match a été mise sur pied. Un stand avec une animation pédagogique était également installé dans les coursives afin de répondre aux questions sur les SP. **Résultats** À la suite des interventions, 45% et 33,3% des participants faisaient référence au soutien et l’accompagnement pour parler des SP. La totalité des participants expriment avoir changé leurs représentations de ces soins. L’ensemble des joueurs voyaient un réel lien entre le rugby et les SP grâce aux valeurs communes.

Conclusion On constate une réelle importance de sensibiliser le public concernant les SP afin que chaque personne en ayant besoin sache qu’elle peut y avoir accès. Ce projet original et innovant s’est

déroulé avec succès et a répondu aux exigences des partenaires. Il pourra être reproduit et sera transférable auprès d’un autre public cible.

Parallelseminar 5 Séminaire parallèle 5

FM17

Bedarfsanalyse für ambulantes ärztliches Palliativangebot bei den Hausärzt:innen im Bezirk Affoltern

E. Voser¹, A. M. Schumacher Dimech², M. Minder¹, O. Schulz², P. E. Beeler⁴
¹Spital Affoltern, Kompetenzzentrum für Palliative Care, Affoltern am Albis;
²Universität Luzern, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin,
 Luzern; ³Palliaviva, Zürich; ⁴Universität Luzern, Zentrum für Hausarztmedizin
 und Community Care, Luzern)

Hintergrund Viele Menschen wünschen sich bei schwerer Krankheit, Leiden, Behinderung und Pflegebedürftigkeit möglichst bis zum Tod zu Hause betreut zu werden. Tatsächlich ist dies in der Schweiz nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung möglich mit grossen regionalen Unterschieden. Durch den mobilen Palliativdienst werden die Patienten in Zusammenarbeit mit den regionalen Spitex-Organisationen und den Hausärzt:innen auf hohem Niveau zuhause betreut.

Ziel Diese Arbeit hat zum Ziel, die aktuelle ärztliche Abdeckung zuhause, die Zufriedenheit mit dem palliativen Netzwerk, der interprofessionellen Vernetzung und den Bedarf für einen Ausbau eines ambulanten spezialärztlichen Angebotes zu eruieren.

Methode Es handelt sich um eine Papier-Querschnittsbefragung der Hausärzt:innen im Bezirk Affoltern, durchgeführt im April und Mai 2023. Einschlusskriterien waren die aktive Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin, wobei verschiedene Facharzttitle (Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt und ergänzende Zusatztitle) berücksichtigt wurden.

Resultate Von den 52 eingeschlossenen Hausärzt:innen haben 43 den Fragebogen retourniert (83%) Die Ergebnisse zeigen, dass 84% (n=43) der Hausärzt:innen im Bezirk Affoltern Hausbesuche durchführen, meist 1-2 Hausbesuche pro Woche (62%, n=34). Viele Hausärzt:innen (65%, n=43) betreuen Palliativpatienten zuhause, nur 7% (n=43) haben eine Weiterbildung in Palliative Care absolviert. Die Mehrheit der Hausärzt:innen ist mit dem palliativen Netzwerk im Bezirk Affoltern zufrieden (79%, n=43), die interprofessionelle Vernetzung wird als gut bewertet (70%, n=43). Bezüglich der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen über TARMED sind 37% (n=43) der Meinung, dass die ambulante Palliative Care ungenügend entschädigt wird. Die Mehrheit der Hausärzt:innen befürwortet den Ausbau eines ambulanten palliativmedizinischen, ärztlichen Angebotes (60%, n=43), insbesondere eine stärkere telefonische Unterstützung.

Schlussfolgerung Im Bezirk Affoltern macht die Mehrheit der Hausärzt:innen Hausbesuche und betreut auch Palliativpatienten zuhause. Ein Ausbau des aktuellen ambulanten palliativmedizinischen ärztlichen Angebots – insbesondere der telefonischen Unterstützung – wird befürwortet.

FM18

Kreative Kommunikation über Lebensende und gesundheitliche Vorausplanung

C. Michel¹, C. Zürcher², S. Eychmüller³, S. Felber³, O. Slappnig⁴, J. Slappnig⁵, B. Affolter Baumberger⁶ (¹Berner Fachhochschule BFH, Bern; ²palliative be, Bern; ³Universitäres Zentrum für Palliative Care, Universitätsspital Bern, Bern; ⁴Departement Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Bern; ⁵Institut Alter, Berner Fachhochschule, Bern; ⁶Spezialisierte stationäre Palliative Care, Spital Emmental, Burgdorf)

Hintergrund Sterben, Tod und Trauer sowie vorausschauende Planung für Krankheits- und gesundheitliche Krisensituationen sind Themen, die nicht selten auf Abwehr stossen. Sie lösen Angst aus, weil man von einer unheilbaren Krankheit betroffen ist, oder bewirken Widerstand, weil man das Gefühl hat, es sei zu früh für eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit.

Ziel Ziel des Forschungsprojekts «Compassionate City Lab der Berner Bevölkerung» war es, mit Informations- und Bildungsangeboten die ältere Bevölkerung für eine bewusste Auseinandersetzung mit

gesundheitlicher Vorausplanung und mit dem Lebensende anzuregen. Um Impulse für Gespräche in der Nachbarschaft oder der Gemeinde zu setzen, wählte man spezifische Kommunikationsformen und Plattformen, die Menschen konkret, in wertschätzender und angstfreier Weise ansprachen.

Methode Ein Dokumentarfilm und eine Ausstellung über Compassionate Cities, ebenso wie ein Kurs zu gesundheitlicher Vorausplanung wurden unter Beteiligung von älteren Menschen mit Erfahrung zum Lebensende entwickelt und getestet.

Resultate Die mobile Ausstellung mit integriertem Dokumentarfilm gastierte in Bern (2022), in Frutigen und im Gebäude des Bundesamts für Gesundheit (2023). Personen mit Erfahrung zum Lebensende betreuten die Ausstellung und boten Führungen an. Der Kurs zu gesundheitlicher Vorausplanung wurde im Sommer 2021 und Frühling 2023 durchgeführt. Darüber hinaus fanden ausverkaufte Filmvorführungen mit Podiumsveranstaltungen in drei Kinos statt, der Film wurde an achtzehn Filmfestivals gespielt und erhielt neun Auszeichnungen.

Diskussion Die Erfolge der Informations- und Bildungsformate liessen sich einerseits auf die Mitwirkung von älteren Personen zurückzuführen. Die Beteiligung der künftigen Nutzer*innen stellte sicher, dass deren Perspektiven und Bedürfnisse im Entwicklungsprozess angemessen aufgenommen war. Andererseits führten die kreativen Kommunikationsformen dazu, dass die Aufmerksamkeit auf die Forschungsergebnisse über gegenseitige Sorge am Lebensende gelenkt wurde. Im Kino, Ausstellungs- und Kursraum entstanden mitfühlende Räume, in denen man sich vertrauensvoll austauschen und sich mit Situationen auseinanderzusetzen konnte, die uns alle einmal betreffen werden.

Schlussfolgerung Um die Bevölkerung für die bewusste Auseinandersetzung mit dem Lebensende zu gewinnen, sind dem Publikum angepasste Kommunikationsformen eine Voraussetzung.

FM19

Rushing to the Hospital to Die? Potentially Avoidable Hospitalizations of Palliative Patients in Switzerland

B. Hurni¹, B. Müller², B. L. Hug³, P. E. Beeler¹ (¹Center for Primary and Community Care, University of Lucerne, Lucerne; ²Department of Oncology, Cantonal Hospital Lucerne, Lucerne; ³Department of Internal Medicine, Cantonal Hospital Lucerne and Center for Primary and Community Care, University of Lucerne, Lucerne)

Hintergrund Palliative patients at the end of life generally prefer to be cared for and die at home. Overly aggressive treatments place additional strain on already burdened patients and healthcare services, contributing to decreased quality of life and increased healthcare costs, respectively. Nevertheless, the majority of deaths occur in hospitals or nursing homes.

Ziel We investigated potentially avoidable hospitalizations of palliative patients in Switzerland.

Methode In this retrospective analysis of the national inpatient cohort 2012-2021 from the Swiss Federal Statistical Office, we included all patients admitted to any hospital for palliative care. Data included demographics, comorbidities, treatments and clinical outcomes; no age restrictions were applied. Content experts defined a list of treatments for which no hospitalization was required. Descriptive statistics present the results.

Resultate A total of 120,396 hospitalization records indicated palliative patients, of which half were female (59,297, 49.3%). Most patients were ≥65 years old (0-19 y/o: 627; 20-49 y/o: 6,001; 50-64 y/o: 23,730; 65-79 y/o: 47,828; 80 and older: 42,210). Over ten years the incidence of hospitalized palliative patients rose threefold (5,695 in 2012, 17,073 in 2021 [+299.7%]). The majority arrived from home (82,443; 68.5%). Palliative patients with Spitex at home were slightly less common in rural areas (3.5% [978/28,285]) than in urban areas (4.4% [2,745/62,866]). The patients stayed a median of 12 days (mean 15.91 days [SD 17.72]).

Parallelseminar 5 Séminaire parallèle 5

All treatments for 25,188 patients (20.9%) could have been performed at home. In-hospital deaths ended 64,739 stays (53.8%); of note, 23,170 (35.8% of 64,739) died within 24 hours of admission.

Schlussfolgerung A fifth of hospitalizations of palliative patients are avoidable regarding treatments alone. However, half of patients died during their stay, more than a third of them within the first 24 hours. These results highlight the importance of reducing hospitalizations and implementing strategies for high-quality palliative home care.

FM20

Early implementation of palliative care by means of an outpatient service

C. Hertler¹, D. R. Birkner², M. Schettle¹, M. Feuz¹, D. Blum¹ (¹Universitäts-Spital Zurich, Zürich; ²Universität Zürich, Zürich)R

Hintergrund Early integration of palliative care benefits persons suffering from both oncological and non-oncological diseases. Outpatient palliative care services might represent a readily accessible approach to implement supportive care offers early in the disease trajectory.

Ziel To analyze patients and needs in an outpatient palliative care setting

Methode We report on a patient collective of the palliative care outpatient clinic at a tertiary center over a period of 5 years. Patient-related and disease-related parameters were collected from electronic patient files. Descriptive statistics were performed between groups, survival was analyzed by log rank test.

Resultate We report on 363 patients seen in 642 consultations in the years 2016-2020. Patients presented with a mean of 1.8 visits (range 1-10), with n=340 patients (93.7%) of patients suffering from an oncological disease. Overall symptom load was high, with n=401 (73.7%) of patient-reported outcomes indicating two or more symptoms. Distress levels of 5 or higher were reported in n=78 (30.4%) of available patient-reported outcomes. Importantly, patients were referred to the palliative care service in median only 3 months before death, in both oncological and non-oncological groups, despite different length of the disease trajectory.

Schlussfolgerung We confirm the feasibility and acceptability of a palliative care outpatient service in a tertiary hospital and identify high symptom load and distress in the outpatient palliative patient population. Patients benefitted from supportive medication, improvement of ambulatory support systems and advance care planning. Overall, earlier referral to palliative care could increase the quality of life of patients with advanced diseases.

Parallelseminar 6 Séminaire parallèle 6

FM21

Bedürfnisse von Fachpersonen im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung – 'iplan' bietet Struktur

M. Fliedner¹, M. Maessen², M. Monteverde³, S. Eychmüller¹ [¹Inselspital Bern, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Bern; ²Inselspital Bern, Universitäres Zentrum für Palliative Care und Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), Bern]

Hintergrund Die Notwendigkeit einer gemeinsam besprochenen und gut dokumentierten gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) bei Patienten mit fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankungen ist evident. In einem Universitätsspital wurde durch die Direktion ein Mangel an integrierten Prozessen bezüglich GVP festgestellt. Diese beauftragte daraufhin das Team der Palliative Care mit der Entwicklung und Umsetzung eines pragmatischen Vorgehens. Der daraufhin entstandene partizipative, interprofessionelle Prozess folgt der Struktur namens 'iplan' (p = Prognose einschätzen, l = Lebensqualität erfassen, a = Aktionsplan besprechen, n = Netzwerk informieren). Dieser wird als Qualitätssicherungsprojekt auf verschiedenen Stationen des Spitals getestet und evaluiert.

Ziel Das Ziel war, vor der Einführung von 'iplan' die Bedürfnisse von Pflegefachpersonen und Ärzt*innen in Bezug auf die Umsetzung von GVP in der Praxis zu erfassen.

Methode Zwei Fokusgruppen und ein Einzelinterview mit Pflegefachpersonen und Ärzt*innen wurden auf einer chirurgischen Bettenstation, auf welcher 'iplan' eingeführt wird, durchgeführt. Die Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2014) analysiert.

Resultate Eine vertiefte Diskussion mit den Patienten über die gesundheitliche Vorausplanung ist für Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung. Die Verantwortlichkeit für das Anstossen von diesen Diskussionen könnte aber laut den Fachpersonen bei der Bevölkerung liegen. Folgender Bedarf wurde seitens Fachpersonen identifiziert:

1. zusätzliche Informationen, was GVP beinhaltet
2. Kommunikationstraining, um Gespräche zu führen
3. pragmatische Tools (Identifikation des Bedarfs an GVP, Identifikation des besten Zeitpunkts für ein GVP-Gespräch)
4. Aufgabenklärung innerhalb des interprofessionellen Teams
5. Gezielte Unterstützung durch das Palliative Care-Team
6. Zeitressourcen spezifisch für GVP-Gespräche

Schlussfolgerung Fachpersonen erachten Gespräche mit Betroffenen zur GVP als wesentlich. Ausgelöst durch 'iplan' folgt die GVP einem strikt partizipativen Ansatz, wobei sich der Schwerpunkt von der Diagnose hin zu einem problem- und patientenorientierten Versorgungsplan verlagern kann. Fachpersonen äussern ein Bedürfnis nach hilfreichen Instrumenten, mehr Wissen zur Kommunikation, sowie konkrete Unterstützung durch das Palliative Care-Team. Die Zuständigkeiten innerhalb des interprofessionellen Teams müssen geklärt sein, ebenso wie die systematische Ausbildung und Integration als obligatorischer Bestandteil der klinischen Praxis.

FM22

Informations-Tool für Hausärzt*innen und andere Interessierte der Grundversorgung

S. Arnold¹, S. Zahler², H. Schläp³, D. Blum⁴, S. Züllig⁵, B. Mandlbauer⁶ [¹Arnold Kommunikation, Zürich; ²Age Lab, Zürich; ³Zentrum für Palliative Care, Stadtspital, Zürich; ⁴Kompetenzzentrum Palliative Care, Universitäts-spital, Zürich; ⁵palliative zh+sh, Zürich; ⁶Städtisches Gesundheits- und Umweltdepartement, Zürich]

Hintergrund Hausärzt*innen kommt in der Grundversorgung der Bevölkerung mit allgemeiner Palliative Care eine Schlüsselrolle zu. Um identifizierte Lücken in der allgemeinen Palliative-Care-Versorgung in der Stadt Zürich zu schliessen, erarbeitete das städtische Gesundheits- und Umweltdepartement gemeinsam mit palliative zh+sh sowie einem

Expert*innengremium ein Informationswerkzeug, das sich gezielt an Hausärzt*innen richtet.

Ziel Weil Hausärzt*innen wenig Zeit haben, sollen die Informationen so knapp wie möglich und so umfassend wie nötig sein. Das Instrument soll unkompliziert Hilfestellung bieten, die es Allgemeinpraktiker*innen erlaubt, gezielt Informationen, Checklisten und Handlungsempfehlungen zu allgemeiner Palliative Care zu finden.

Methode Formal wählte das Projektteam ein «interaktives PDF», eine digitale Broschüre, über die Interessierte vertiefende Fachliteratur oder Angebote direkt aufrufen können. Die digitale Form ist aktualisierbar, günstig in der Erstellung und Verbreitung. Inhaltlich bestimmte ein Projektteam bestehend aus Vertreter*innen der Palliative Care und der Stadt ein Gerüst von Fragen, die von einer Fokusgruppe, bestehend aus Hausärzt*innen, geprüft und ergänzt wurden. Expert*innen erstellten die Antworten, die beide Gruppen in mehreren Runden begutachteten.

Resultate Das interaktive PDF wurde am 1.3.2023 einerseits auf der Website der Stadt Zürich, andererseits auf jener von palliative zh+sh publiziert. Der Link wurde per Newsletter an alle Mitglieder von palliative zh+sh verschickt, die Stadt Zürich informierte die 220 Mitglieder der zmed Zürcher Ärztegemeinschaft per Mail. Auch machte das Branchenportal medinside.ch auf das Hilfsmittel aufmerksam. Mehrere hundert User*innen griffen seither auf das PDF zu. Erste Rückmeldungen aus der Ärzteschaft sind positiv.

Diskussion Als Knackpunkt gestaltet sich die proaktive Information über das neue Produkt. Um festzustellen, wie viele Personen der Grundversorgung bereits Kenntnis davon haben und wie es genutzt und bewertet wird, müsste bei den Grundversorger*innen direkt nachgefragt werden. Aus Ressourcengründen ist keine Evaluation geplant. Spontane Rückmeldungen zeigen einen Bedarf über die Stadtgrenzen hinaus. Es gab bereits Anfragen, das Tool auf andere Kantone anzupassen.

Schlussfolgerung Mit sparsamen Mitteln wurde ein kompaktes, leicht zu handhabendes Informationswerkzeug für Hausärzt*innen in der Stadt Zürich geschaffen. Mit wenigen Anpassungen ist das Instrument auch in anderen Regionen der Schweiz anwendbar.

Cover Informationstool



Parallelseminar 6 Séminaire parallèle 6

FM23

Spiritualität im Pflegealltag

Haltungen und Erfahrungen von Pflegepersonen in der Langzeitpflege

M. Rogner¹, E. Sommerauer², D. Morscher¹ [¹LAK (Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe), Eschen LI]

Hintergrund In den letzten Jahren fand der Bereich der spirituellen Betreuung und Begleitung (Spiritual Care) als Teil der palliativen Versorgung in der Schweiz zunehmend Beachtung. Unter anderem wurde z.B. die Task Force Spiritual Care der Fachgesellschaft palliative.ch gegründet und es entstanden Hilfsmittel und Assessmentinstrumente, um die spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen besser erfassen und einschätzen zu können. In Institutionen der Langzeitpflege kommt den Pflegepersonen hierbei eine zentrale Rolle zu, da sie am ehesten mit spirituellen Bedürfnissen und Nöten konfrontiert werden.

Ziel

- Standortbestimmung zu Haltungen und Erfahrungen der Pflegepersonen in den Pflegeheimen der LAK zum Thema «Spiritualität (SP) und Spiritual Care (SC)»
- Definition von Massnahmen für die Bearbeitung der Thematik zur Erfüllung der neuen Qualitätskriterien für das Label «Qualität in Palliative Care»

Methode Anonymisierte Online-Befragung aller Pflegepersonen mittels GrafStat anhand der drei Aspekte von Spiritualität lt. Aebi & Mösl

- der individuelle Aspekt (Haltung)
- der interprofessionelle Aspekt (Kompetenzen) und
- der Caring-Aspekt (Erfahrungen)

Resultate

- 90% erleben SC als relevant im Pflegealltag
- 89% sehen SC als Aufgabe der Pflege
- 89% erleben einen positiven Einfluss von SC auf die Behandlung und Linderung von Symptomen
- 22% erleben, dass spirituelle Bedürfnisse der Bewohnenden regelmässig besprochen werden
- 85% möchten mehr zum Thema Spiritualität und Spiritual Care erfahren

Schlussfolgerung Die Erkundung der Perspektive der Mitarbeitenden ist eine wichtige Voraussetzung für die zielführende Planung von Massnahmen. Eine hohe Bereitschaft und Offenheit den Themen «Spiritualität und Spiritual Care» gegenüber erleichtern eine organisationale Bearbeitung der Themen. Für die Definition von Massnahmen zur Erfüllung der neuen Qualitätskriterien stehen nun wertvolle Grundlagen zur Verfügung.

FM24

Grundlagen und Empfehlungen für Spiritual Care in der stationären Langzeitpflege

M. Pascal¹, F. Zúñiga², M. Leser³, M. Caterina⁴, S. Peng-Keller⁵, R. Aebi⁶, B. Bucher⁷, M. Fliedner⁸, S. Bardill⁹, U. M. Lütolf¹⁰, S. Bartenstein¹¹ [¹Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Bern; ²Basel; ³Bern; ⁴Zollikon; ⁵Zürich; ⁶Sargans; ⁷Aarau; ⁸Scharans]

Hintergrund Die Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse ist gerade bei Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege ein wichtiger Aspekt zur Steigerung der Lebens- und Betreuungsqualität. Der systematische Einbezug der spirituellen Dimension in den Pflegealltag trägt zur Entlastung und Resilienz der Pflegenden bei. **Ziel** Ein Impulspapier gibt konzeptionelle und praktische Ideen, wie Spiritualität und die spirituelle Dimension des Lebens in den Alltag von Pflegeinstitutionen integriert werden kann.

Methode In der Arbeitsgruppe Spiritual Care von palliative.ch wurde während der letzten anderthalb Jahre auf der Basis einer Literaturübersicht, von Expertengesprächen und dem Besuch von 3 Pflegeinstitutionen und Gesprächen mit Mitarbeitenden ein Impulspapier entwickelt.

Resultate Das Impulspapier beschreibt die Bedeutung von Spiritual Care in der stationären Langzeitpflege und füllt die 6 Kernleistungen aus dem Grundlagenpapier «Allgemeine Palliative Care» des Bundesamtes für Gesundheit mit Inhalten, die spezifisch auf den Kontext der stationären Langzeitpflege zugeschnitten sind. Es werden Ideen beschrieben, wie spirituelle Nöte erfasst, behandelt und gelindert werden können, wie die letzte Lebensphase gestaltet werden kann, wie Bewohner*innen und Angehörige bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden können, wie Netzwerke aufgebaut werden, die Angehörigen unterstützt werden und alle Betroffenen während der Trauerphase begleitet werden können. Es wird auch beschrieben, wie allgemeine Spiritual Care Hand in Hand arbeiten kann mit der Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care.

Schlussfolgerung Spiritual Care ist eine Kerndimension in der stationären Langzeitpflege, die alle Mitarbeitenden betrifft und im unvoreingenommenen Dasein und in einer Haltung aufmerksamer Präsenz gelebt werden kann. Spiritual Care ist ein interprofessionelles Vorhaben und wird zusammen mit Bewohner*innen und Angehörigen gestaltet. Es braucht eine gemeinsame Haltung und die Klärung von Rollen und Aufgaben in der Institution, damit die spirituellen Bedürfnisse der Bewohner*innen in die Begleitung und Unterstützung einbezogen werden können.

Parallelseminar 7 Séminaire parallèle 7

FM25

Diabetes Management and Deprescribing in Specialized Palliative Care

U. Wernli¹, L. Zihlmann², S. Rölli², S. Jean-Petit-Matile³, A. Kobleder⁴, C. R. Meier², C. Rémi², C. Meyer-Masseti² (Inselspital Bern, Bern; ²Universität Basel, Basel; ³Hospiz Zentralschweiz, Littau (LU); ⁴OST Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen; ⁵LMU Klinikum, München; ⁶Universität Basel / Inselspital Bern, Basel / Bern)

Hintergrund There are only a few thematically meaningful guidelines on diabetes management at the end of life. Recommendations on blood glucose level (BGL) monitoring and deprescribing of antidiabetic drugs remain underreported and are generally based on clinical experience rather than evidence. To provide guidance, insights into current practices are needed.

Ziel We aimed to provide an overview of diabetes management in specialized palliative care (sPC) and to map expert consensus.

Methode Based on a scoping review on diabetes management and deprescribing recommendations in sPC, we performed an online survey among experts (i.e., health care professionals with different clinical backgrounds in endocrinology, pharmacy and sPC). The survey was followed up by case vignettes among the same experts.

Resultate Fifty articles were assessed. Recommendations for minimal BGL values between ≥ 5 mmol/l and < 7 mmol/l, and a maximum value of 15 mmol/l were identified. HbA1c monitoring was found to be of little clinical relevance. Insulin therapy in type I diabetics was addressed by 16 articles with 63% recommending dose reduction and 38% discontinuation. Recommendations for therapy adaptations in type II diabetics provided in 33 articles encompassed discontinuation of oral antidiabetics (61%) and discontinuation of insulin (38%). Of the 21 experts completing the survey, only two reported using guidelines for diabetes management. 75% agreed with a targeted BGL of 5-15 mmol/l identified in the literature. 90% even considered a tolerable maximum BGL of 20 mmol/l under certain circumstances. 80% agreed with the statement that the HbA1c value is no longer of relevance. 60% stated reasons to discontinue drug therapy in type I diabetics, 40% recommended continuing low dose insulin until death to avoid discomforting effects of ketoacidosis. In type II diabetics, 95% stated reasons to discontinue drug therapy. Results from the case vignettes will be presented on the poster.

Schlussfolgerung Although trends towards desirable targeted BGL were identified, no consensus on an optimal moment for discontinuation of oral antidiabetic therapy, dose reduction of insulin, and discontinuation of BGL monitoring was reached between the literature and the online survey. However, some recommendations on minimal and maximal BGL were approved by the experts. A consensus study for more specific, patient-individual situations using case vignettes is currently ongoing with results expected in July 2023.

FM26

Provision of end-of-life support to loved ones: a crucial determinant of end-of-life health literacy

C. Meier¹, M. Wieczorek², S. Vilpert³, C. Borrat-Besson⁴, R. J. Jox⁵, J. Maurer⁶ (University of Lausanne, Lausanne; ²Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, Lausanne; ³Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), University of Lausanne, Lausanne; ⁴Palliative and Supportive Care Service, Chair in Geriatric Palliative Care, and Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne)

Contexte Low health literacy is associated with fewer palliative care visits, advance care planning and advance directive completion, and lower quality of life at the end of life. These findings suggest that a higher health literacy related to the EOL may contribute to better patients' EOL care outcomes. Despite its importance for terminally ill patients, their caregivers and anyone who would like to engage in

advance care planning, little research has explored the factors that may improve EOL health literacy within the population. Experiences as caregivers may have an important impact on EOL health literacy.

Objectiv This study thus investigates the associations between the provision of end-of-life care support to loved ones and individuals' EOL health literacy among a population-based sample of adults aged 58+ in Switzerland.

Méthode We used data from 1,548 respondents from wave 8 (2019/2020) of the Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe in Switzerland. Respondents' EOL health literacy was assessed using the Subjective End-of-Life Health Literacy Scale, a series of questions on self-rated difficulties in understanding end-of-life medical jargon, finding information, communicating, and making decisions about end-of-life care options. Respondents' EOL care support to loved ones was measured with three questions asking if they had already made medical decisions as a healthcare proxy, accompanied a dying relative or close friend, and cared for a dying relative or close friend. Associations between the EOL health literacy score and the provision of EOL support were estimated using ordinary least squares regressions, controlling for socio-demographic, health, and regional characteristics.

Résultats First results showed that respondents who experienced being a healthcare proxy ($p < 0.001$), who accompanied ($p < 0.001$) or who cared for a dying relative or close friend ($p < 0.001$) tended to have higher levels of subjective EOL health literacy. These results remained statistically significant when the three variables assessing the type of EOL support provided by the respondents were simultaneously included in the multivariable model ($p < 0.001/p < 0.001/p < 0.05$).

Conclusion Our findings suggest that the provision of EOL support to loved ones is associated with higher EOL health literacy levels. Thus, as caregivers gain experience caring for others, targeted interventions could leverage that knowledge and encourage them to also think of engaging in EOL planning for themselves.

FM27

Improving palliative care practices in the adult intensive care units: an integrative model

R. Rutz Voumard¹, E. Chabloz², M. Beauverd¹, F. Nguyen², E. Monnet², D. Carel², M. M. Rusca², J. D. Chiche², G. D. Borasio¹ (Service de soins palliatifs et de support, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; ²Service de Médecine Intensive Adulte, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; ³Service d'accompagnement spirituel, Direction des soins, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne)

Contexte Palliative care (PC) is part of the intensive care unit (ICU) practice for any patient with a life-threatening condition and their families, alongside life-sustaining treatment. Early identification of patients who could benefit from PC improves standardization of practices and quality of care. Facing goals of care decisions, the integration of PC into the deliberative process offers a consensual approach to preventing moral distress among healthcare professionals.

Objectiv The PC-ICU collaborative project aims to (1) improve PC for patients and their families, (2) provide tools for assessing PC needs, and (3) promote interprofessional cohesion during goals of care's deliberation.

Méthode The project is built along three lines: (1) Integration of PC consultants, development of partnerships for spiritual, psychological and social support, and staff training. (2) Development of patient assessment/identification tools through a general PC checklist, an end-of-life care procedure and a tool to identify patients benefiting from specialized PC. (3) Debriefings of end-of-life situations through team meetings after death, personal supervision on request, and case study plenaries.

Résultats During the first 4 months, the PC team (0.4 EPT) intervened in 95 clinical situations using a PC checklist. Of these, 10% were identified as requiring specialized PC and received dedicated consultations. Most interventions (72%) were carried out during ward

Parallelseminar 7 Séminaire parallèle 7

rounds; the PC themes were clarification of the goals of care (72%), elicitation of the patient's presumed wishes and/or values (70%) and spiritual, psychological or social support (54%) and symptoms management (48%). At the time of the intervention, most patients were receiving life-sustaining therapy without limitation (52%) or with some limitations (44%). The PC consultants also joined interprofessional meetings regarding 20 of those situations to address the PC issues related to the goals of care. A pocket card with a PC checklist, a decisional tree for identifying general vs specialized PC needs and an end-of-life care procedure was developed. A training cycle of 12 hours/semester of theoretical input and case study plenaries has been created.

Conclusion The integration of a dedicated PC team in the ICU provides a unique opportunity to improve PC practice for ICU patients -regardless of the level of care they receive- and may better support families and healthcare professionals.

FM28

«I live my own life»: Nursing home resident's opinion about actions to support their will to live

S. Ruedin¹, R. J. Jox¹, M. Bernard¹, G. D. Borasio¹, E. Rubli Truchard¹, M. A. Borner¹ (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne)

Contexte The will to live (WTL) is a valuable indicator of subjective well-being in older people, and the study of this indicator may enable a deeper understanding of older nursing home residents. Previous results indicate that nursing home residents express a rather strong WTL. However, no studies have explored if residents want to improve their WTL and which interventions they suggest.

Objectiv This study investigated residents' wish for support to improve their WTL and interventions they suggest to achieve this goal.

Méthode This study used a qualitative approach with interviews conducted among french speaking nursing home residents (N = 130), aged 70+, who have been living in a nursing home for ≥ 1 month with preserved decision-making capacity. Openness towards interventions supporting their WTL has been explored with a yes-no question, along with an open question about which interventions residents suggested.

Résultats Overall, 64 residents (50.8%) expressed that they wouldn't want interventions aiming to support their WTL either because they were satisfied with their situation or because they no longer wanted to improve their WTL at this stage of their life. Whether or not they wanted interventions to improve their WTL, when asked what could improve their WTL, 106 residents (81%) were able to give an answer. Most of the time, residents needed probing before answering. In the responses given by residents about what would improve their WTL, we observed that the needs were very different from one person to another and specific to each individual interests.

One of the needs expressed was more social contact, e.g., spending more quality time with their loved ones and having in-depth discussions with someone. Another need revolved around health, e.g., reducing pain and improving functional autonomy, although many residents considered themselves lucky in comparison to their peers' health status. Regarding activities, there was a desire to act more independently and conduct varied activities adapted to their abilities and interests, also outside of the nursing home. In addition, the residents expressed that they felt the lack of staff and would appreciate more availability from them. Finally, they mentioned the wish for more flexibility by the institutions and more financial support for the elderly.

Conclusion Overall, this study allows a concrete perception of the subjective needs and concerns of older nursing home residents, indicating ways how to improve their care and ultimately their WTL.

Von den Jungen für die Jungen Par les jeunes, pour les jeunes

FM29

«Factors influencing physicians' decision-making attitude to resuscitation».

A. Trippini¹, D. Gachoud¹, R. Jox¹, P. Marques-Vidal¹ (¹Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne)

Contexte In Switzerland, the resuscitation attitude (do or do not attempt cardiopulmonary resuscitation) must be defined for all hospitalized patients. Hospital physicians lead the discussion on the resuscitation attitude with the patients, though they often feel uncomfortable in this task. The lack of reliable algorithms to predict resuscitation outcomes does not help. In addition, physicians may not judge homogeneously the clinical features having a prognostic impact, and discussion on resuscitation attitudes rely too much on the physician's subjective assessment of the clinical situation.

Objectiv The aim of this study was to identify the factors influencing the decision-making of hospital physicians in charge of discussing the resuscitation attitude with the patients. Factors under study included both patients' and physicians' characteristics.

Méthode Monocentric, transversal study in a university hospital in Switzerland, with an online questionnaire existing in versions A and B for half of the participants respectively. The first part of the questionnaire is common to both versions and contains 11 demographic questions. The second part contains five clinical vignettes. Each vignette has a clinical context of interest (multimorbidity; metastatic cancer; dementia; psychiatric condition; altered functional status of neurological origin). Two vignettes are identical in the versions A and B, while three vignettes differ in a single variable only (young versus old age; family insisting on resuscitation attempt versus not; patient being a health professional versus not). Physicians from 17 services were randomized in two groups; they received the online questionnaire with two reminders between January and May 2022.

Résultats 303/724 (41.8%) of physicians answered. We found that two variables had an impact on medical decision-making. First, physicians were more likely to resuscitate younger than older patients (61.54% versus 25.52%; p < 0.001), in the same context of advanced metastatic cancer. Second, physicians were more likely to resuscitate a patient who is a health professional than one who has another profession (33.12% versus 15.75%; p < 0.001). Regarding the impact of participants' demographics, after multi-variate analysis, we found that surgeons were more likely to resuscitate in five out of eight vignettes and senior physicians in three out of eight vignettes. Participants with an experience in the Intensive Care Units (ICUs) were less likely to resuscitate in two out of eight vignettes.

Conclusion Physicians' decision-making regarding resuscitation is influenced by clinical factors that are irrelevant for resuscitation outcomes. Physicians' characteristics also contribute to heterogeneity in decision-making. These results underline a need for specific training and raise ethical questions.

FM30

Sprechen über Sterben und Tod: Gespräche mit unheilbar kranken Patient*innen gestalten

C. Mebert¹, L. Zehnder² (¹Inselspital Bern, Bern; ²Inselspital Bern, 3010 Bern)

Hintergrund Sterben und Tod sind in der Gesellschaft weitgehend tabu, gehören zum Spitalalltag jedoch dazu. Pflegefachpersonen tragen eine Mitverantwortung, mit den Patient*innen mit fortschreitenden, unheilbaren Krankheiten über das Lebensende zu sprechen.

Ziel Ziel dieser Bachelorthese ist es, den Gesprächen über das Sterben und den Tod einen Rahmen zu geben. Die Fragestellung lautet: «Wie können Gespräche über das Sterben und den Tod zwischen Pflegefachpersonen und erwachsenen Patientinnen und Patienten, welche unheilbar krank sind, im Akutsetting (nicht spezialisierte Palliative Care) gestaltet werden?».

Methode Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Cinahl und PsycInfo mit Schlagwörter: «Terminally ill», „Communication“ und Textwörter: „end of life communication“, „nurs*“. Ergänzende Handsuche über Google Scholar. Es wurden vier Artikel von Medline, zehn von Cinahl und eine von PsycInfo eingeschlossen. Die Handsuche ergab keine zusätzlichen Ergebnisse.

Resultate Es wurden folgende pflegerische Aufgaben herausgearbeitet, welche für das Führen von Gesprächen über das Lebensende zentral sind. Als Grundlage für die Gespräche muss erst ein Aufbau der pflegerischen Beziehung stattfinden. Die Patient*innenperspektive und die -Bedürfnisse sollen erfasst und respektiert werden. Bei den Patient*innen besteht in der Regel ein grosses Informationsbedürfnis, eine wichtige Aufgabe ist daher die Patient*innen-Edukation. Sie sollen im Treffen individueller Entscheidungen unterstützt werden (Empowerment). Es soll emotionaler Support in der Ausnahmesituation von Krankheit und Sterben geleistet werden. Gewisse organisatorische Faktoren erleichtern die Gespräche (z.B. Zeitmanagement, Privatsphäre).

Diskussion Einbezug der Perspektive von Patient*innen und Fachpersonen sorgt für ein breites Bild. Aufgrund des niedrigen Evidenzlevels und der Heterogenität in Bezug auf Fragestellung und Design sämtlicher Studien sind die Resultate nicht in allen klinischen Settings übertragbar, geben aber eine Richtung vor.

Schlussfolgerung Der Gesprächsbedarf bei Patient*innen besteht – Gespräche über das Sterben und den Tod sollten durch Pflegefachpersonen angeboten werden, Patient*innen können das Angebot annehmen oder ablehnen. Es muss bei Gesprächen über Sterben und Tod auf deren individuellen Bedürfnisse eingegangen werden. Es besteht Bedarf an weiterer Forschung, Umsetzungsprojekten und Integration des Themas in die Aus- und Weiterbildung.

FM31

La méthode snoezelen en ergothérapie pour rendre son identité au patient en milieu hospitalier

M. Guénégo¹ (¹Fondation Rive-Neuve, Blonay)

Contexte Une étude récente a mis en évidence que le recours au chariot multi sensoriel en soins palliatifs entraîne « une amélioration de l'état de bien-être (sentiment d'apaisement physique, psychologique en lien avec son état de santé) » (Gamin & Filipiak, 2023). L'utilisation de ce chariot - de la méthode snoezelen - a été mise en place par l'ergothérapeute d'une unité de soins palliatifs spécialisés : la Fondation Rive-Neuve.

La proposition de cette prise en soins soutient la vision bio-psycho-sociale en intégrant la perspective centrée sur l'individu comme élément central dans l'activité proposée.

Objectiv L'objectif de cette communication est de montrer que l'identité de l'individu – et non pas que celle du patient – peut lui être rétablie dans une temporalité construite, en collaboration avec lui, ses proches et les autres professionnels. La participation du patient partenaire est au cœur du métier d'ergothérapeute. Elle permet une démarche volontaire, co-construite entre le patient et le professionnel en vue de réaliser une activité. L'ergothérapeute permet la mise en place des moyens de la réaliser, sur la base des souhaits du patient. Le but étant de maintenir sa participation à travers une activité sensorielle dans un milieu hospitalier, en lien avec son identité et ce qui fait sens pour lui.

Méthode L'individualité du patient est questionnée en amont de l'activité à travers des échanges pour saisir qui il est, au-delà de sa pathologie. Le chariot multisensoriel joue le rôle de vecteur dans la proposition donnée au patient d'exprimer ses centres d'intérêt, son histoire de vie, sa culture, ses loisirs. L'intervenant réalise des recherches ou mobilise les proches pour trouver ou créer des images ou des sons pouvant lui être restitués.

Résultats Dès son admission en milieu hospitalier, le quotidien de l'individu est soumis au rythme des soins. Afin de soutenir les actions menées pour soulager les symptômes physiques et psychiques, cette

Von den Jungen für die Jungen Par les jeunes, pour les jeunes

intervention permet de faire exister la personnalité du patient en mettant en avant son individualité, et cela dans le milieu hospitalier également avec un bénéfice observé au niveau du bien-être. Le parcours de vie coexiste alors avec son parcours de soin.

Conclusion La méthode de l'intervention consiste donc à construire, à travers des échanges avec le patient, une activité constituant une expérience sensorielle lui permettant de se recentrer sur ce qui lui fait plaisir, et non sur sa maladie. L'individu témoigne alors d'un voyage expérimental.

FM32

Palliative Care Phasen bei Menschen mit Krebs im Setting Spitex: Eine Mixed-Methods-Studie

E. Baum¹, D. Bernhardsgrütter¹, L. Gehrig², U. Klein³, U. Ziltener⁴, S. Nertinger¹, S. Ott¹, A. Neher¹, A. Kobleder¹ (¹OST - Ostschweizer Fachhochschule, St.Gallen; ²Spitex Zürich Sihl, Fachdienst Palliative Care, Zürich; ³Spitex Zürich Limmat, Fachstelle Palliative Care, Zurich, Switzerlan, Zürich; ⁴Spitex Basel, Palliativ-und Onko-Spitex, Basel)

Hintergrund Diagnosebasierte Vergütungssysteme spiegeln die Bedürfnisse und den Ressourcenverbrauch in der Palliative Care nur limitiert wider. Entscheidend sind Variablen wie die sogenannten Palliative Care-Phasen (PCP) – fünf empirisch überprüfte, bedeutungsvolle Krankheitsphasen. Die klinischen Outcomes der Betroffenen können durch die routinemässige und systematische Erfassung dieser Variablen verbessert werden. In der Schweiz fehlen diesbezügliche Daten vor allem im ambulanten Bereich. Es bleibt unklar, in welchen PCP sich Personen befinden, die von mobilen Palliative Care Diensten (MPCD) betreut werden, und wodurch die einzelnen Phasen gekennzeichnet sind.

Ziel Das Ziel war die PCP von Menschen mit Krebs, die von einem MPCD betreut werden, darzulegen. Wir strebten dabei an, phasenspezifische Symptome, Belastungen und Bedürfnisse aufzuzeigen sowie den Ressourcenverbrauch zur Deckung der Bedürfnisse zu ermitteln.

Methode Die Studie erfolgte auf der Basis eines Convergent Mixed Methods-Designs. Eingeschlossen wurden erwachsene onkologisch erkrankte Klientinnen und Klienten der drei teilnehmenden MPCD. Die quantitative Datenerhebung erfolgte durch Fragebögen, welche die Betroffenen (Klientinnen bzw. Klienten und Angehörige) und Pflegepersonen ausfüllten. Neben Problemen und Bedürfnissen wurde der Ressourcenverbrauch erfasst. Zudem erfolgten Fokusgruppeninterviews mit dem Pflegepersonal, ebenso halbstrukturierte Einzelinterviews mit Betroffenen. Die Auswertung erfolgte u.a. mittels t-Tests oder Factorial ANOVA und qualitativer Inhaltsanalyse. Joint Displays dienten zur Zusammenführung der Daten.

Resultate Für die quantitative Datenerhebung wurden 91 Klientinnen bzw. Klienten rekrutiert. Die meisten von ihnen befanden sich in der stabilen (n=38) gefolgt von der instabilen Phase (n=16). Zudem fanden drei Fokusgruppeninterviews und 20 qualitative Einzelinterviews statt. Die Ergebnisse zeigen, dass in der instabilen, Verschlechterungs- und terminalen Phase die Betroffenen eine signifikant höhere Symptomlast bzw. signifikant mehr ungedeckte Bedürfnisse aufwiesen als in der stabilen Phase. Damit verbunden war in diesen Phasen der statistisch signifikant höhere Aufwand für KLV-a-Leistungen seitens des MPCD.

Schlussfolgerung Die Studie bietet wichtige Erkenntnisse zu den phasenspezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Krebs und deren Angehörigen im häuslichen Setting der spezialisierten Palliative Care sowie zur Finanzierung von Palliative Care Leistungen.

Poster Posters

P1

Identifikation und Einschätzung des Palliative Care Bedarfs in der Langzeitpflege

M. Rogner¹, E. Sommerauer¹, K. Lins² (LAK [Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe], Eschen LI; ²palliative ostschweiz, St. Gallen)

Hintergrund In der allgemeinen Palliative Care findet eine konzeptionelle Verschiebung hin zu alten und chronisch kranken Menschen statt. Vor diesem Hintergrund nimmt die Einschätzung des konkreten Palliative Care Bedarfs in Einrichtungen der Langzeitpflege eine Schlüsselrolle ein. Dies sollte frühzeitig erfolgen, um eine best-mögliche Gestaltung der letzten Lebensphase zu realisieren. Neben der klinischen Beurteilung können dazu verschiedene Instrumente unterstützend sein.

Ziel Entwicklung eines Instruments unter Berücksichtigung folgender Faktoren:

- Nutzung der SENS-Struktur
- Integration Suprise Question und ESAS
- Dynamisches Dokument

Methode Dokumentenanalyse, Recherche und Anwenderanalyse bestehender Instrumente (Bspw. SPICTM, SENS Prompt Sheet, Surprise Question etc.), Dokumentenentwicklung

Resultate

- > 250 Einschätzungen mittels Einschätzung des Palliative Care Bedarfs nach SENS (EPS) wurden bereits durchgeführt
- 100% der befragten Palliative Care Fachpersonen können den aktuellen Palliative Care Bedarf besser identifizieren
- 90% der Reaktionen im Team auf die EPS sind positiv

Schlussfolgerung Die Erfahrungen mit der Einschätzung des Palliative Care Bedarfs nach SENS (EPS) sind allgemein sehr positiv. Der unreflektierte Einsatz von Instrumenten der spezialisierten Palliative Care ist kritisch zu betrachten. Deswegen macht es Sinn, bestehende Instrumente auf den Bedarf der Langzeitpflege hin weiterzuentwickeln. Für eine nachhaltige Integration und kompetente Anwendung benötigt es innerhalb der Organisationen Schulung, Reflexion und kontinuierliche Verbesserung. palliative ostschweiz und die LAK haben gemeinsam im Rahmen einer Kooperation eine Version für die Ostschweiz entwickelt und auf ihrer Website zur Verfügung gestellt.

P2

Dexmedetomidine in Palliative Care: A narrative review and practice recommendations

J. Gärtner¹, T. Fusi-Schmidhauser² (Palliativzentrum Hildegard, Basel; ²Palliative and Supportive Care Clinic, Oncology Institute of Southern Switzerland IOSI-EOC, Lugano)

Hintergrund Dexmedetomidine is a potent adrenergic alpha-2 receptor agonist. It was first approved for sedation for mechanically ventilated patients. Being a sedative medication that is not associated with respiratory depression and holding analgesic properties fosters the interest for this drug in the palliative care field. To date, reviews about it’s use and potential in Palliative Care are lacking.

Ziel The primary objectives of this review were to identify the key indications for the real-world use of dexmedetomidine in palliative care and other disciplines.

Methode A narrative review after extensive PubMed search was performed from 1950 to present on October 21st 2021. The language of the publications was restricted to English, German, French and Italian.

Resultate

1) Current dexmedetomidine use. There is a growing body of evidence that dexmedetomidine may reduce the incidence and severity of delirium, reduce opioid-consumption and postoperative nausea in intensive care settings. It is also used to facilitate withdrawal from

different substances (alcohol, opioids, heroin). Concerning safety aspects of the drug, some studies reported an increased rate of serious cardiovascular events in patients with pre-existing heart conditions due to bradycardia and arterial hypo- and hypertension. Since the drug has a main hepatic metabolism, dose reduction is mandatory in patients with hepatic impairment. (II) Dexmedetomidine and palliative care. There have been sporadic case reports about the successful use of dexmedetomidine in palliative care. Indications for symptom control included sedation for hyperactive delirium, cancer pain, opioid-induced-hyperalgesia, dystonia, cough, vomiting, shivering and dyspnea. It is mainly applied via the intravenous (i.v.), subcutaneous, but also nasal and, buccal routes. Admixture (“syringe-driver”) studies showed that dexmedetomidine is compatible with morphine, hydromorphone, hyoscine and haloperidol. In 2021, a first prospective cohort study became available. Here, the authors reported promising result for dexmedetomidine use in hyperactive terminal delirium for reducing delirium intensity and agitation. Especially the unique “conscious sedation” or “awake sedation” that allows patients to arouse easily under sedation and report comfort or distress was discussed by the authors.

Schlussfolgerung In this review, we present the main findings for dexmedetomidine from palliative care settings and other disciplines. The potential benefits and criticalities of the drug are discussed and practical recommendations for its use are provided. Annals of Palliative Medicine 2022 Apr;11(4):1491-1504.

P3

Plan national transgénérationnel de fin de vie : état actuel et propositions concrètes pour 2024

J. C. Leners¹ (Hospice Haus Omega, Ettelbruck LU)

Contexte Depuis 3 ans ce plan national aurait du commencer son travail ; cependant la pandémie SARSCoV 2 en a retardé sa mise en place. Des professionnels du soin palliatif et des bénévoles travaillant dans ce domaine ont été invités début 2023 pour une première entrevue.

Objectiv Deux grands thèmes ont été abordés : l’aspect euthanasie et précisément les soins palliatifs pour lesquels une assemblée s’est constituée (en présentiel ou en distanciel) et a débattu autour de 6 grands axes reconnus comme urgents en soins palliatifs : a) mieux informer, b) mieux former ; c) créer une offre pour mineurs ; d) rendre disponible certains médicaments ; e) adapter le cadre légal et f) faciliter un accès équitable.

Méthode Les réunions mensuelles ou à la quinzaine ont pris un axe par séance et ont proposé des pistes d’amélioration. A l’heure actuelle les dernières recommandations sont écrites et finalisées.

Résultats

1. Information : ° les services ambulatoires spécialisées 24h/24 ne sont pas tous connus ; des compagnes d’information sont mises en place ; ° la personne de confiance peut être doublement désignée selon 2 textes de loi : ainsi on propose une uniformisation des textes; ° la demande d’instaurer une consultation médico-éthique a été jugée très opportune en vue de rédiger des directives anticipées d’une façon plus générale.
2. Formation : une première formation en soins palliatifs pour médecins généralistes avait recruté 111 médecins sur 60 heures ; actuellement une nouvelle formation de 40 heures est en cours jusqu’en fin 2023 pour 60 médecins inscrits.
3. Pour les mineurs : ° un projet d’une maison de répit est proposé aux Ministères via une a.s.b.l. ; ° les contacts avec les structures onco-pédiatriques universitaires étrangères doivent s’étendre.
4. Médicaments : une liste de médicaments utiles en soins palliatifs (p.ex. Midazolam) doit être disponible en long séjour et au domicile.
5. Au niveau légal : un forfait aléatoire de 35 jours, accordé par les caisses de maladies, pour soins palliatifs doit être allongé, car il ne représente nullement la réalité.

6. Accès équitable : les personnes avec problèmes psychiatriques et/ou les sujets avec démence profitent insuffisamment de ces offres en soins palliatifs.

Discussion 1.

Conclusion Le comité a présenté , par un échange très riche, une mise en commun de recommandations par la rédaction en petit groupe afin que toute personne présente s’est vu attribuée un rôle précis dans l’élaboration du plan national soins palliatifs et la version finale a été validée consensuellement.

P4

Interprofessional collaboration during a specialized mobile palliative care service pilot in rural Lucerne

S. M. A. Bucher¹, P. E. Beeler¹, A. M. Schumacher Dimech¹, B. Müller² (l’Université Luzern, Luzern; ²Kantonsspital Luzern, Luzern)

Hintergrund Interprofessional collaboration (IPC) in outpatient palliative care (PC) is critical to ensure good quality of care in the home care sector. In rural Switzerland, due to the decentralisation of different healthcare institutions, communication and collaboration in outpatient palliative care are hindered. Moreover, shortcomings in IPC may lead to inadequate patient treatment in the home care setting.

Ziel We investigated facilitators and barriers (FaBs) of IPC among healthcare professionals who participated in a 6-month pilot of a newly implemented specialised mobile palliative care service (SMPCS) in rural Lucerne.

Methode This case study used a mixed-methods approach to collect (i) qualitative data on FaBs as perceived by nurses and primary care physicians (PCPs), and (ii) quantitative data across the entire IPC using a validated questionnaire that was expanded with 10 additional questions about the pilot.

Resultate In total, three nurses and three PCPs were interviewed. The results showed that satisfaction with IPC was high, although IPC was mainly between PCPs and nurses. Facilitators of IPC were (i) the use of standardised documents, (ii) a clear allocation of responsibilities, (iii) regular exchange and clear communication and (iv) the consideration of care coordination. Barriers were (i) a deficit of knowledge and experience of PC among PCPs and (ii) time constraints. To obtain more information about professionals’ experiences with IPC, the questionnaire was sent to 39 professionals of whom 17 completed the questionnaire. Seven occupations, namely PCP, nurse, medical practice assistant (MPA) or specialised medical assistant (SMA), psychotherapist, volunteer and specialised physician in palliative care were represented in the questionnaire. Highest involvement of IPC has been reported among the PGs nurses, PCPs and MPAs or SMAs. Further, most PGs agree to the necessity and completeness of standardised documents, even some discrepancies were reported. Further discrepancies were reported on how professionals agree with the other PGs on their responsibilities.

Schlussfolgerung This study provides valuable insights into FaBs of IPC in PC. Several recommendations can be drawn for how IPC may be optimised. Being aware of FaBs and considering them in the implementation phase of new services can provide the foundation for successful IPC which should be promoted.

P5

Implementing patient-reported outcome measures in specialist palliative care during the pandemic

R. Grathwohl Shaker¹, L. Bechter¹, C. Hauswirth Siegenthaler², M. Schubert¹, C. Ramsenthaler³, S. de Wolf-Linder³ (l’Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ²Kantonsspital Winterthur, Zentrum für Palliative Care, Winterthur; ³ZHAW, Winterthur)

Hintergrund When implementing PROMs in palliative care, it is critical for health care professionals (HCP) involved to know why they are measuring PROMs and how results can guide patient care. In December 2020, pandemic restrictions hit Switzerland with visiting

bans enforced for hospitals. Guidelines for all aspects of hospital workflow were drafted under special scrutiny of ethical decision making requiring reliable, objective criteria. Consequently, specialist palliative care (SPC) delivery changed drastically. Regardless of these constraints, we commenced implementing PROMs.

Ziel To start systematic implementation of Phase of Illness (Pol), Australian-modified Karnofsky Performance Status (AKPS), and Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) into routine SPC over a course of three years.

Methode The implementation into routine SPC followed the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). After training of staff systematic measurements of Pol, AKPS and IPOS was commenced for all patients at pre-defined time points. Pol which describes the urgency of patient’s palliative care needs was measured daily and recorded in the electronic documentation system; AKPS and IPOS were documented at admission, at Pol change and at discharge/death. A quality improvement facilitator (QIF) facilitated implementation. **Resultate** Twenty-eight HCP took part in an initial one-hour training session. The QIF provided ad-hoc support to HCP on the ward every week for three hours. Pol and AKPS were measured and recorded daily in the electronic system. The quality assurance nurse initiated for Pol and AKPS values to be shown behind each patient’s name on the board in the nurses’ office. Pol helped the charge nurse to better allocate patients to staff nurses on each shift. Based on Pol, the SPC head was able to convince the hospital’s management to allow visitors for patients in the instable or dying Pol. Hence, nurses were keen to get accurate Pol results to allow these patients visitors.

Schlussfolgerung PROMs present the SPC multidisciplinary team with a common terminology to reach a shared understanding of patient’s needs. Frameworks and strategies are critical when preparing implementation of PROMs into routine SPC. Listening to the team and acting flexibly in unforeseen situations that are dictated by the outer context can offer new insights into clinical use and teaching opportunities about the value of PROMs.

P6

The Will to Live and the Wish to Die: Links among Swiss Nursing Home Residents

S. Ruedin¹, E. Rubli Truchard¹, G. D. Borasio¹, M. Bernard¹, R. J. Jox¹, M. A. Borne¹ (l’Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne)

Contexte The will to live (WTL) and the wish to die (WTD) are valuable indicators of the subjective well-being of nursing home residents and help to understand their subjective experiences. The WTD is not uncommon among such residents, although their WTL is generally relatively high. Studies have also shown that the WTL and the WTD can coexist in a person. However, the interactions between these two concepts are still poorly understood.

Objectiv This study aims to provide a better understanding of the links and interactions between the WTL and the WTD.

Méthode This mixed-methods study conducted interviews with nursing home residents. The participants were aged 70+, had preserved decision-making capacity, and had been living in a nursing home for ≥ 1 month. Their WTL and WTD were assessed on a single-item scale ranging from 0 to 10. Individual perceptions of the link between these two concepts were explored with an open-ended question.

Résultats Among 130 residents (mean age 88.4 years, 78% women), the mean WTL was 6.9 ± 3.0, and the mean WTD was 3.3 ± 3.5. There was a moderate negative correlation between the two concepts (rs = -0.540, p = 0.000). Scatter plot analysis showed heterogeneity in the patterns of combinations, which corresponded with the qualitative analysis. All the patterns of association between high and low WTL and high and low WTD were found in the residents’ narratives as well as in their descriptions of this articulation.

Conclusion The WTL and the WTD can coexist and the links between them are heterogeneous. Exploring them independently is thus important to understand residents’ subjective experience and build personalized interventions.

P7

Familienarbeit in der ambulanten palliativen Betreuung: Ein (fast) unbezahltes Angebot.

M. Galatsch¹, F. Domeisen Benetti¹, A. Fringer¹ (ZHAW Zürich University of Applied Science, Winterthur)

Hintergrund Obgleich dem gesetzlichen Anspruch auf angemessene palliative Betreuung Rechnung getragen wird, ist es für ambulante Pflegedienste in der Schweiz mit palliativem Angebot eine Herausforderung alle Pflege- und Beratungsleistungen bei den Krankenversicherern und auch der öffentlichen Hand adäquat abzurechnen zu können. Das führt dazu das zentrale Leistungen der ambulanten palliativen Betreuung von den Familien getragen werden müssten. Zum einem ist diese zusätzliche finanzielle Belastung für Familien aufgrund der palliativen Situation nur schwer tragbar. Auf der anderen Seite bringt es die ambulanten palliativen Dienste in das Dilemma fachliche notwendige Leistungen entweder nicht oder nur mit finanziellem Defizit durchführen zu müssen.

Ziel Ziel dieses Projekt ist es, durch die ambulanten Pflegedienste erbrachte palliative Pflegeleistungen bei Klient:innen in ihren letzten Lebenstagen im Schweizer ambulanten palliativen Kontext detailliert und möglichst "real" darzustellen und den bisher abrechenbaren Pflegeleistungen gegenüberzustellen.

Methode In einer Querschnittsstudie ist geplant, die Verteilung und der Anteil der pflegerischen Tätigkeiten in der dezentralen ambulanten Palliativ-Versorgung durch eine Multimomentaufnahme (MMA) in unterschiedlichen ambulanten Settings und Bezirken im Kanton Thurgau, Schweiz, zu erfassen und zu analysieren. Der Fokus liegt dabei auf Familienarbeit und deren zeitlichen und finanziellen Aufwand in der Schweiz.

Resultate Um das Forschungsziel zu erreichen ist eine Zusammenarbeit mit Schweizer Institutionen und Organisationen im ambulanten palliativen Bereich essenziell.

Schlussfolgerung Um dies erfolgreich zu gestalten, müssen wir folgende Fragen stellen: Welche Hürden ergeben sich für eine Teilnahme an Forschung in der Praxis? Wie wird die Familienarbeit betrachtet und wie werden diese Leistungen real abgerechnet? Welche Priorität hat die Familienarbeit? Wie groß ist die Lücke zwischen Realität und Anspruch? Könnte sich die ambulante Betreuung von Familien durch eine an die Situation angepasste Bezahlung verbessern? Das sind Fragen, die bisher nur wenig kommuniziert wurden.

P8

Eine spitalbasierte Umfrage von Schweizer Physiotherapeuten zur Wahrnehmung von Palliative Care

M. Egloff¹, S. Zambrano², S. Eychmüller¹ (1)Inselspital Bern, Bern; (2)Universität Bern, Bern)

Hintergrund Es besteht zunehmend Bedarf an Physiotherapie bei der Betreuung von Palliativpatienten, insbesondere in Spitälern. Ein besseres Verständnis ist erforderlich, wie Physiotherapeuten die Arbeit mit Palliativpatienten erleben und wahrnehmen.

Ziel Die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Physiotherapeuten in Schweizer Spitälern bei der Arbeit mit Palliativpatienten zu ermitteln. **Methode** Eine qualitative Online-Umfrage wurde verwendet. Teilnahmeberechtigt waren deutschsprachige qualifizierte Physiotherapeuten, die in Spitälern in der ganzen Schweiz arbeiten. Die Daten wurden mit der reflexiven thematischen Analyse ausgewertet.

Resultate Es nahmen 75 Physiotherapeuten teil. Drei Hauptthemen wurden identifiziert: 1) Die Anerkennung der Wichtigkeit der Palliative Care, 2) die emotionalen Auswirkungen auf Physiotherapeuten und 3) die Suche nach individuellen Lösungen. Unter das erste Thema fielen der Wunsch nach einer früheren Einbeziehung von Palliative Care Teams sowie eine stärkere Anerkennung der Schlüsselrolle, die Physiotherapeuten in palliativen Situationen spielen können. Emotionale Auswirkungen umfasste die Betroffenheit von schwierigen Patientensituationen, manchmal aufgrund der Schwierigkeit nicht auf rehabilitative Ziele hinarbeiten zu können. Auch die Anerkennung der Vorteile der Arbeit in der Palliative Care, inklusive wertvollen Erfahrungen gehörten dazu. Das letzte Thema umfasste Inhalte, die zeigten, wie

Teilnehmende ein Gefühl der Sicherheit in ihren Teams fanden, ihre Flexibilität bei der Festlegung angepasster Ziele und wie zunehmende Berufserfahrung hilfreich war.

Schlussfolgerung Nicht auf rehabilitative Ziele hinarbeiten zu können und die Konfrontation mit schwierigen Patientensituationen können für Physiotherapeuten belastend sein. Sie scheinen jedoch eine natürliche Art zu haben, schwierige Situationen mit Unterstützung ihres Teams zu meistern. Viele finden einen Sinn in ihrer Arbeit mit Palliativpatienten und können das Gelernte auf ihr eigenes Leben übertragen. Physiotherapeuten sind fähig, Behandlungen an den Zustand, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Dadurch spielen sie in palliativen Situationen eine wichtige Rolle, auch wenn der Tod näher rückt. Allgemeine berufliche, nicht spezialisierte Erfahrung scheint die Behandlung von Palliativpatienten zu erleichtern. Mit einer vertieften Ausbildung, Unterstützung im Team und weiterer Berufserfahrung wären Physiotherapeuten bereit, um mit Palliativpatienten zu arbeiten und der Einbezug der Physiotherapie sollte gefördert werden.

P9

« Les gens ne savent pas ce que c’est la sédation. » Difficultés éthiques des soignants en Suisse

M. Tomczyk¹, S. Desmarchelier², R. J. Jo³ (1)Institut des humanités en médecine, Lausanne; (2)Unité de médecine, Soins palliatifs, Médecine ambulatoire et Equipe mobile de soins palliatifs, Établissement Hospitalier de la Côte, Morges; (3) Institut des humanités en médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne ; 2) Service de soins palliatifs et de support, Chaire de soins palliatifs gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de La, Lausanne)

Contexte S’il existe quelques travaux sur la sédation palliative en Suisse, ils portent essentiellement sur des aspects médicaux de cette pratique ou les attitudes des médecins, sans avoir finement exploré les interrogations éthiques que cette procédure est susceptible de susciter. Or, la sensibilisation à ces dernières est indispensable pour favoriser la réflexion au sein du processus décisionnel et, par-là, prendre la décision la plus adaptée à la situation clinique et personnelle, toujours singulière, d’un patient donné. Jusqu’à présent, les difficultés éthiques des infirmiers suisses ont été très peu étudiées, celles des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et des aides-soignants – nullement, alors que ces soignants* sont au plus proche du patient ; non seulement ils participent au processus décisionnel mais aussi à la mise en œuvre et à la surveillance de la sédation.

Objectiv Notre objectif était de mieux comprendre les difficultés éthiques, que les soignants de soins palliatifs ont rencontrées tout au long de leur carrière, en lien avec les trois types de sédation, à savoir : la sédation d’urgence, la sédation temporaire et, enfin, la sédation profonde et continue jusqu’au décès.

Méthode Une étude exploratoire qualitative fondée sur les entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de soignants de deux services de soins palliatifs dans le canton de Vaud. Les entretiens retranscrits ont fait l’objet d’une analyse thématique verticale, avec thématisation en continu, et transversale.

Résultats Au total, 18 soignants ont participé à l’étude et 17 entretiens ont été inclus dans nos analyses ; ces dernières ont fait émerger trois difficultés éthiques majeures en lien avec la sédation : 1) Représentations sociales erronées chez les patients ; 2) Représentations linguistiques variées chez les soignants et les médecins ; 3) Pratiques cliniques diversifiées des médecins.

Conclusion Les résultats de cette recherche ont permis de mieux comprendre la réalité du terrain, jusqu’à présent peu explorée dans le contexte suisse. En favorisant la réflexion éthique mais aussi clinique, ils pourraient contribuer à une meilleure orientation du processus décisionnel, afin de faciliter le dialogue entre professionnels de santé et patients, et in fine d’améliorer la qualité des soins, tout en enrichissant le débat sociétal.

* Soignants : infirmiers, ASSC et aides-soignants.

P10

Infection management in palliative care: potential to improve patients’ quality of life

S. Rüfenacht¹, M. Buschor-Bichsel¹, L. Thompson¹, S. P. Kuster¹, P. Kohler¹ (1)Kantonsspital St. Gallen, St.Gallen)

Hintergrund Infections are common acute complications in patients at the end of life. Their diagnosis and treatment are burdensome and often lead to unnecessary antibiotic exposure and a decrease in the patients’ quality of life.

Ziel We aimed to optimize infectious-disease diagnostics for the patients in our palliative care unit in order to improve treatment. We hoped to integrate our experiences into recommendations that help guide infection management at the end of life that respect patients’ individual goals in the palliative care setting.

Methode The collaboration was planned within the framework of the antibiotic stewardship program at our centre. On a weekly basis, case discussions and counselling on infection management in selected patients took place. A working group consisting of specialists in palliative care, infectious diseases and internal medicine was formed to develop a guidance document based on the discussions and current literature.

Resultate Between August 2022 and April 2023 approximately 50 patient cases were discussed. The main challenge identified was conciliating the overall palliative care treatment plan with complex or intensive diagnostic or treatment measures in the face of suspected infection. The joint assessment by palliative care and infectious disease specialists was found to be useful in identifying cases in which suspected infection could not be confirmed, or in which antibiotics were not indicated or useful in achieving patient goals. In patients with active malignancy, main diagnostic challenges were the presence of fever and inflammation in absence of a focus as well as analyses of body cavity fluids suggestive for infection but without bacterial growth in cultures (e.g. malignant ascites). We found an uncontrolled underlying source of infection and suppressive/prophylactic antibiotic treatments to be central aspects. The insights gained were integrated into a guidance document for local use.

Schlussfolgerung A close collaboration between palliative care, infectious diseases and internal medicine specialists allowed us to integrate the various perspectives to better guide the management of infections in end-of-life situations. Our jointly developed guidance document has the potential to improve patients’ quality of life by decreasing unnecessary diagnostic and therapeutic procedures, as well as through the selective and individualized use of antibiotics to treat or control infections when indicated to achieve patient goals.

P11

Symptom Prevalence in People with Dementia living at home - analysis of the Swiss IPOS-Dem

S. de Wolf-Linder¹, M. M. Bruschini¹, I. Kramer¹, F. E. Murtagh², M. Schubert¹, C. Ramsenthaler¹ (1)Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur; (2)University of Hull, Wolfson Palliative Care Research Centre, Hull York Medical School, Hull GB)

Hintergrund People with dementia prefer to live at home as long as possible. Most symptom prevalence data about people with dementia relate to either neuro-psychological symptoms (e.g. restlessness, agitation) or pain. The Integrated Palliative care Outcome Scale Dementia (IPOS Dem) is a holistic, person-centred outcome measure for monitoring the full range of palliative care symptoms and needs of people with different stages of dementia.

Ziel To determine the prevalence and severity of symptoms and concerns in people with dementia, measured using the IPOS Dem (CH) in the district nurse and community care setting.

Methode Cross-sectional descriptive analysis of baseline data from a validation study of the Swiss IPOS-Dem. A convenience sample of people with dementia cared for by district and community care services in Switzerland was recruited. IPOS-Dem (CH) was measured by both nurses and relatives at baseline. Data were analysed using descriptive statistics for individual items and scale scores.

Resultate Point prevalence in n=146 people with dementia (median age 84 years, female (65%), Alzheimer’s Disease (29%)) of moderate to overwhelming symptoms and concerns was highest for family anxiety (53%), followed by fatigue (40%) and poor mobility (36%). People with severe dementia suffered more from anxiety (53%). Top five prevalent symptoms for those with an overall low, moderate or high symptom burden were pain (18%) for low overall symptom burden, and family anxiety for both overall moderate (3-6 symptoms on the IPOS-Dem (CH)) and high symptom burden (7-19 symptoms on the IPOS-Dem (CH)). ‘Problems with communicating’ was the only dementia-specific symptom in the top five symptoms in people with a higher symptom burden (67.3%).

Schlussfolgerung There is a high, multidimensional symptom burden across a wide range of generic symptoms in people with dementia. This contrasts with the widespread assumption that people with dementia suffer predominantly from neuro-psychological symptoms. Palliative and dementia care specialist should work together to avoid such a high symptom burden in people with dementia.

P12

Sinn und Unsinn der Laboruntersuchungen in der Palliativmedizin – Teil 1 Harnuntersuchungen

M. Richter-Wenkel¹, T. Bodmer¹, L. Risch¹ (1)SUP medical works Mobile Praxis für Palliativmedizin, Gümligen; (2)Dr. Risch Gruppe, 3006 Bern; (3)Dr. Risch Gruppe, Vaduz LI)

Hintergrund Nationaler Palliative Care Congress, 22./23.11.2023 Biel, Schweiz

Abstract Sinn und Unsinn der Laboruntersuchungen in der Palliativmedizin – Teil 1 Harnuntersuchungen

(Title: characters w spaces, 92; limit, 100)

Maud I. Richter-Wenkel¹, Thomas Bodmer¹, Lorenz Risch³

1)Mobile Praxis für Palliativmedizin, 2)Dr. Risch Gruppe

Palliativmedizin ist die spezialisierte medizinische Versorgung von Menschen, die mit einer schweren Erkrankung leben, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patienten (Erwachsene und Kinder) und ihrer Familien zu verbessern. Sie beugt Leiden vor und lindert Leiden, indem sie Schmerzen und andere körperliche, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig erkennt, richtig einschätzt und angemessen behandelt. Die Palliativversorgung wird von speziell ausgebildeten, interdisziplinär arbeitenden Fachkräften in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten erbracht und orientiert sich an den Bedürfnissen des Patienten und nicht an seiner Prognose. Sie kann in jedem Alter und in jedem Stadium einer schweren Erkrankung möglichst zeitig, aber nach der kurativen Behandlung in Anspruch genommen werden.

Harnwegsinfektionen (HWI) sind im klinischen Alltag häufig und führen nicht selten zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Trotzdem fanden und finden HWI in der palliativmedizinischen Literatur wenig Beachtung. Oft werden Antibiotika ex juvantibus verabreicht, obwohl in manchen Fällen eine Rückbesinnung auf die Anfänge der Behandlung von HWI angezeigt ist. Anhand von zwei Falldarstellungen werden exemplarisch zwei besonders vulnerable Patientengruppen vorgestellt:

1) An Demenz erkrankte Menschen

2) Patienten mit suprapubischer Harnableitung

Anhand von zwei Falldarstellungen werden die Auswirkungen einer HWI auf die Lebensqualität aufgezeigt und insbesondere für den Patienten mit der suprapubischen Harnableitung ein wenig belastendes, aber sehr effektives Behandlungsmanagement vorgestellt. Die frühzeitige Einstufung neu auftretender Symptome als HWI-assoziert und die Veranlassung einer dem klinischen Kontext angepassten labordiagnostischen Abklärung zur Diagnosesicherung führen zu einer für das Pflegepersonal einfach umzusetzenden und für den Patienten sicheren Therapieentscheidung.

(Abstract: characters w spaces, 1907; limit, 2500)

Die schriftlichen Einverständniserklärungen liegen der Erstautorin vor.

Ziel Das Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatienten unter dem Blickwinkel einer sinnvollen Laboruntersuchung.
Methode Es wurden bei Palliativpatienten Harnuntersuchungen durchgeführt.
Resultate Es ist durchaus sinnvoll genau zu prüfen wann, und mit welchem Ziel beispielsweise Harnuntersuchungen durchgeführt werden sollten, da ein verantwortungsvoller Einsatz von Medikamenten wichtig für die Lebensqualität der Patienten ist.
Schlussfolgerung Interessanterweise ist in den verschiedenen vorgestellten Fällen eine Labordiagnostik von einer grossen Bedeutung für die Festlegung des weiteren Vorgehens und somit auch für die Lebensqualität und sogar die Lebenszeit der Palliativpatienten.

P13

Rôle et apports des psychologues en contexte hospitalier de soins palliatifs

M. Bernard¹, K. Martelli¹ (¹Service de soins palliatifs et de support, CHUV, Lausanne)

Contexte Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévention, l'identification et le suivi des problématiques psychologiques fait partie intégrante de la prise en charge palliative. Les psychologues en milieu hospitalier interviennent auprès des patients, des proches, et des équipes soignantes, confrontées à la souffrance, à l'impuissance et à la mort.

Objectiv Ce travail exploratoire, issu d'un dialogue entre chercheurs et cliniciens au Service de soins palliatifs et de support du CHUV, propose un monitoring des demandes et une réflexion sur le rôle du psychologue au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Méthode Une grille de l'activité des psychologues au sein des différentes équipes du service (équipe mobile intrahospitalière, équipe mobile extrahospitalière et unité de médecine palliative) a été construite par trois psychologues cliniciennes et un psychologue chercheur. Les demandes faites aux psychologues ont servi de fil rouge pour l'identification des patients. Les données suivantes ont été récoltées : âge, sexe, pathologie, origine de la demande, objet de la demande, pour qui la demande a été formulée, type de prestations réalisées.

Résultats Entre janvier et juillet 2022, 80 patients ont fait l'objet d'une demande (52% de femmes, âge moyen de 66 ans) avec une majorité de cancer (80%). Les résultats montrent qu'une majorité des demandes (65%) proviennent des équipes professionnelles et que 44% d'entre elles visent le patient, suivi des professionnels (33.6%) et des proches (20.6%). L'objet de la demande concerne l'évaluation du patient (31.3%), puis les demandes de soutien du patient (26.2%), des proches (23.7%) et interventions d'équipes (18.8%). Pour les patients, les problématiques touchent essentiellement les difficultés de communication et la gestion des symptômes psychologiques. Au final, les prestations réalisées concernent le soutien des patients (34%), le soutien des professionnels (27.2%) et un travail de liaison (14.3%).

Conclusion Ces résultats donnent un aperçu de la complexité du contexte dans lesquels interviennent les psychologues en soins palliatifs. Elles fournissent des indications sur la spécificité de ces interventions et la façon dont elles s'inscrivent dans un champ clinique appelant à l'interdisciplinarité et au dialogue. Nous poursuivrons cette réflexion en considérant l'articulation des dynamiques qui se jouent entre patients, proches et soignants ainsi que leurs vécus dans ce temps particulier de la fin de vie, à la lumière de la théorie de l'attachement notamment.

P14

Use and deprescribing of direct oral anticoagulants in palliative care

C. Meyer-Massetti¹, F. Pica², U. Wernli³, C. Rémi⁴, S. Jean-Petit-Matile⁵, C. R. Meier⁶ (¹Inselhospital Bern, ²Klinische Pharmakologie & Toxikologie, Bern; ³Universität Basel, ⁴Klinische Pharmazie & Epidemiologie, Basel; ⁵Inselhospital, Bern; ⁶LMU Klinikum, München; ⁷Hospiz Zentralschweiz, Luzern; ⁸Universitätsspital Basel, ⁹Spitalpharmazie, Basel)

Hintergrund

The risk of venous thromboembolism (VTE) and lung embolism (LE) is particularly high in palliative care (PC) patients, who often have multiple conditions correlating with increased risk. While VTE/LE is associated with distressing symptoms such as pain and dyspnea, thromboprophylaxis can also increase the risk of bleeding. In current clinical practice, direct oral anticoagulants (DOAKs) have gained importance as both therapy and prophylaxis.

Ziel We aimed to provide a literature overview of DOAKs in PC, in the context of secondary prophylaxis of DVT and/or pulmonary LE and of the current practice in PC institutions in German-speaking Switzerland, Germany, and Austria.

Methode 1. Scoping review in Medline and Embase in order to identify recommendations for, and 2. an online survey among PC physicians and pharmacists to explore current practice regarding the use and deprescribing of DOAKs, in the context of secondary prophylaxis of DVT/LE in PC patients.

Resultate We included 13 publications, with ten reviews deriving from Europe. Most recommendations were based on cancer-associated thrombosis. The decision to discontinue or avoid anticoagulation in PC should be based on shared decision making (11 publications), renal (11) and liver (9) function, life expectancy (8), risk of bleeding (8), cancer type (7), thrombocytopenia (4), and nutritional status (3). Six publications consider the evidence base for DOAKs questionable. Seven publications discouraged anticoagulant use at end-of-life altogether. The survey was answered by 41 of 62 (66%) of experts. The majority (36/39, 92%), would generally consider secondary prophylaxis with a DOAK in the case of a previous DVT and LE in a cancer patient, and a life-expectancy of 3-6 months, provided there is no contraindication. Main reasons were the high risk of VTE recurrence and the benefit to the patient's quality of life. Substance of choice was apixaban (24/32, 75%). Discontinuation was considered with a life expectancy of ≤ 2 weeks (13/33, 39%) or a few days (12/33, 36%). Fifteen experts reported difficulties in decision making in case of TVT/LE in end-of-life care.

Schlussfolgerung Experts showed a high readiness for the use of secondary prophylaxis of VTE/LE in PC patients and were open to consider DOAK, mainly due to a perceived high recurrence rate and symptom burden. The use as well as deprescribing of DOAKs in PC for primary and secondary prophylaxis as well as therapy still lacks evidence.

P15

Indikationenset für Spiritual Care und Seelsorge - Effekt auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

R. Aebi¹, P. Möslri², T. Roser³ (¹Kantonsspital Graubünden, Chur; ²Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Bern; ³Universität Münster, Münster DE)

Hintergrund 2019 hat eine Expertengruppe von Seelsorger:innen in der Schweiz in Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen und wissenschaftlich begleitet (Delphiverfahren) von Prof. Traugott Roser das Indikationenset für Spiritual Care und Seelsorge entwickelt. Seither hat es als Arbeitsinstrument für die Erkennung von spirituellen Anliegen, Bedürfnisse und Nöten von Patient:innen bzw. Bewohner:innen starke Verbreitung im deutschsprachigen Raum gefunden. Das Instrument soll darüber hinaus im Behandlungsteam ein gemeinsames Verständnis zu spirituellen Aspekten fördern sowie den gezielten, bedarfsgerechten Einbezug der Seelsorge für die vertiefte spiritueller-religiöse Begleitung unterstützen. Um Erfahrungen in der Arbeit mit dem Instrument und Effekte auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zu evaluieren, wird im Sommer 2023 eine breit angelegte qualitative Umfrage durchgeführt.

Ziel 1. Evaluation von Effekten im Behandlungsteam durch die Arbeit mit dem Indikationenset in Bezug auf:

- Spiritualitätsverständnis und Wahrnehmung von spirituellen Aspekten in Behandlung und Pflege
- Wahrnehmung von Spiritual Care als gesundheitsberuflicher Aufgabe
- Aufgaben- und Rollenverständnis der Seelsorge
- Zusammenarbeit mit und gezielten Beizug von Seelsorge

2. Evaluation von institutionellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Implementierung des Indikationensets als Arbeitsinstrument

3. Evaluation von Stärken und Schwächen des Instruments bzw. Impulsen für die Weiterentwicklung.

Methode Qualitative Online-Umfrage bei Seelsorger:innen, die das Tool in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Behandlungsteams unterschiedlicher stationärer und ambulanter Versorgungskontexte nutzen. Die Fragestellungen erlauben graduierende Einschätzungen zu den erfragten Effekten, aber auch deren Beschreibung in eigenen Worten.

Resultate Am nationalen Palliative Care Kongress sollen die Umfrage-Resultate präsentiert werden. Gleichzeitig wird das Arbeitsinstrument am Goldsponsoring-Stand der Fachgruppe Seelsorge palliative ch und den Landeskirchen den Kongressteilnehmer:innen vorgestellt.

Schlussfolgerung Die Auswertung der Umfrage wird Aussagen dazu machen, inwiefern die Arbeit mit dem Indikationenset einen Beitrag an die interprofessionelle Zusammenarbeit und die best care von Patient:innen, Bewohner:innen mit An- und Zugehörigen leisten kann; ebenso dazu, welche Rahmenbedingungen die nachhaltige Implementierung der Arbeit mit dem Assessment-Instrument unterstützen und in welche Richtung eine allfällige Weiterentwicklung gehen sollte.

Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge

Kurzfassung
 Ein Instrument für Gesundheitsfachpersonen zum Beizug der Seelsorge

EBENE SINN **EBENE TRANSCENDENZ**

1. Sinn- und Schicksalsfragen
 Pat.* wirkt grübelnd, hadernnd, zeigt widersprüchliche Emotionen, äussert Ohnmacht und stellt Fragen nach dem Warum.

3. Ungewissheit und Glaube
 Pat. äussert Ängste, Hoffnungslosigkeit oder Wut und Verbitterung oder signalisiert religiöse Bedürfnisse oder stellt religiöse Fragen.

2. Trauer und Verzweiflung
 Pat. wirkt traurig, enttäuscht und verzweifelt und ist nach eigenen Angaben oder Auskunft von An- und Zugehörigen belastet durch Verluste.

4. Rückzug und Einsamkeit
 Pat. äussert emotionale Kraftlosigkeit, zieht sich von anderen zurück oder wirkt einsam.

EBENE IDENTITÄT **EBENE WERTE**

5. Scham- und Schuldgefühle
 Pat. wirkt belastet durch biographische Einschnitte oder traumatische Erfahrungen und kreist um Ungeklärtes und Unerreichtes.

7. Ethische Konflikte
 Es gibt ein Unbehagen bezüglich angemessener Betreuung, Versorgung und Behandlung bei irgendeiner/m der Beteiligten und Betroffenen, es besteht hoher Diskussionsbedarf.

6. Identitätskonflikt und Kontrollverlust

Pat. verhält sich passiv, wirkt unzufrieden oder bitter und gilt als «schwierig» oder nicht kooperativ.

www.indikationenset.ch

* Pat. meint Patientinnen und Patienten, in Pflegeeinrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner.
 © Renata Aebi, Pascal Möslri, Anne-Katherine Fankhauser, Saara Folini, Ulrich Gurtner, Reinhold Meier, Hansuelli Minder, Marlies Schmidt-Aebi, Thomas Wild, Traugott Roser. 2019.

P16

Développement de guidelines - suivi d'analgésie par cathéters péri-nerveux périphériques en unités palliatives

S. Singovski¹, N. Dieudonné Rahm¹, A. Bourezg² (¹Hôpitaux Universitaires de Genève, Collonge-Bellerive; ²Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève)

Contexte L'antalgie interventionnelle en soins palliatifs est peu répandue par manque de données, expérience et recommandations. Les blocs péri-nerveux périphériques sont assez simples à mettre en œuvre pour soulager les douleurs dans une zone définie (ex. sciatique) par l'infusion d'anesthésiques locaux, et sont envisageables même si le pronostic du patient est limité.

Objectiv Poser les bases du suivi des blocs nerveux périphériques en unité de soins palliatifs pour en faciliter l'implémentation.

Méthode Adapter les recommandations post-opératoires, afin de développer des guidelines pour suivre ces blocs nerveux en soins palliatifs.

Résultats Le contrôle de la perfusion d'anesthésique local et de l'entière du dispositif est fait lors du tour de lit par les soignants. L'adéquation entre prescription, molécule administrée, voie d'administration et programmation de la pompe PCA est vérifiée. Le volume perfusé, le nombre de bolus administrés/demandés sont notés. En cas de nouvelle prescription, un contrôle est fait par 2 soignants. Les signes d'infection au point d'entrée du cathéter sont surveillés afin de le retirer dès l'apparition de pus. Le suivi de l'efficacité antalgique, est réalisé avec une échelle clinique et un test au froid, l'anesthésie au froid mettant en évidence le bloc sensitif recherché, en comparant avec le côté non anesthésié. Si un bloc sensitif est présent mais la douleur mal contrôlée, le débit peut être majoré. En l'absence de bloc sensitif, déconnexion, fuites ou occlusion sont recherchées. Si une simple manœuvre ne suffit pas (ex. cathéter sorti), un antalgique de secours est débuté, le piquet médical contacté, et selon les cas le piquet d'anesthésie. Un surdosage local marqué par un fourmillement intense ou un bloc moteur, impose de stopper quelques heures avant de continuer et d'autoriser le lever du patient sans aide. Un goût métallique, des picotements buccaux, une dysarthrie, des nausées, vertiges, acouphènes inhabituels, une confusion, des lipothymies signent une toxicité systémique et imposent l'arrêt de la perfusion, appel au médecin, pose d'une voie veineuse. Disposer d'un flex de LipoFundine MCT/LCT 20%, 250ml, à perfuser en IV, doit être anticipé et permet de faire face en cas de choc.

Conclusion Les points listés à surveiller et leur prise en charge, constituent une base solide pour développer l'utilisation des blocs anesthésiques dans nos unités, tout en continuant d'évaluer leurs bénéfices.

P17

Die SENS-Struktur in der Pädiatrie: Pedi-SENS – ein Qualitätssicherungsprojekt

H. U. Bender¹, K. Junker¹, S. Keller¹, R. Bächtold¹, P. Schneider¹, T. Riedel¹, B. Kreiter¹, E. M. Tinner¹, A. Eggert Steinmann¹ (¹Inselhospital, Universitätsspital Bern, Bern)

Hintergrund In der pädiatrischen Palliative Care existiert bisher keine standardisierte Rahmenstruktur für das Basisassessment, bei der die Besonderheiten von Kindern und ihren Familien berücksichtigt sind. Die SENS-Struktur wurde als «praktisch orientiertes Raster zur Erfassung, Therapieplanung und Evaluation bei chronisch fortschreitenden und lebenslimitierenden Krankheiten» in der Palliative Care für Erwachsene entwickelt.

Ziel Ziel dieses Projekts ist mit Pedi-SENS die Etablierung einer standardisierten Struktur für das Basisassessment in der pädiatrischen Palliative Care, die handlungsorientiert die Dimensionen abbildet, die für Kinder und ihre Familien wichtig sind.

Methode Durch das interdisziplinäre pädiatrische Palliative Care Team wurde die SENS-Struktur für die Pädiatrie adaptiert, «Pedi-SENS».

Bei der Anpassung musste grundlegend berücksichtigt werden, dass i.) Erkrankungsverläufe in der pädiatrischen Palliative Care extrem variabel und z.T. auch lang sein können, dass ii.) auch erkrankte Kinder sich psychomotorisch weiterentwickeln, und dass iii.) Kinder in der Familienstruktur eingebettet sind. Die «Unit of Care» kann aus Eltern, Geschwisterkindern und Grosseltern bestehen, die durch die lebenslimitierende Erkrankung eines Kindes jeweils anders betroffen werden. Vor diesem Hintergrund wird die SENS-Struktur weiter aufgefächert.

Resultate In diesem Qualitätssicherungsprojekt stellen wir die Entwicklung von PEDI-SENS vor und beschreiben die geplante Erst-Evaluation nach einem Jahr anhand i.) der Abbildung der Dimensionen im klinischen Alltag, ii.) des Zeitaufwands und iii.) der verwendeten Struktur bei wiederholter Anwendung im Krankheitsverlauf. **Schlussfolgerung** Die Anpassung der SENS-Struktur an die Bedürfnisse der Pädiatrie stellt einen wichtigen Schritt in Richtung einer standardisierten Struktur für das Basisassessment in der pädiatrischen Palliative Care dar.

P18

Fabbisogno e fattibilità di una Casa Hospice nel Canton Ticino
O. Vanoni¹, C. de Pietro², I. Bernardi Zucca² (Fondazione Hospice Ticino, Lugano; ²SUPSI, Manno)

Hintergrund Studi recenti stimano un aumento importante nei prossimi decenni delle persone che decedono con alto grado di sofferenza nei paesi ad alto reddito. L'impatto maggiore l'avranno sempre più le malattie oncologiche, seguite dalle demenze. In merito alla presa in carico non acuta, oltre che all'attività domiciliare degli enti d'appoggio, la strategia cantonale ticinese di cure palliative ha puntato recentemente sulla promozione di un approccio palliativo in tutte le case anziani, e allo sviluppo di reparti geriatrici per i maggiori di 65 anni con necessità di presa in carico palliativa. Dall'esperienza attuale si ipotizza la presenza di alcune lacune nell'offerta cantonale, in particolare legate al sollievo dei familiari di queste tipologie di pazienti e alla necessità di deroghe per il ricovero nei reparti geriatrici, spesso occupati anche da persone con meno di 65 anni.

Ziel Lo scopo dello studio è di valutare i bisogni e la fattibilità (organizzativa e finanziaria) di una struttura residenziale dedicata a persone affette da malattie cronico-evolutive e inguaribili, per lo più nel loro ultimo periodo di vita, che necessitano di cure palliative. Tale struttura potrebbe costituire un servizio utile da integrare con servizi e setting già disponibili per le cure palliative nel Canton Ticino. L'ipotesi è che una tale offerta possa costituire una soluzione adeguata per rispondere ai bisogni territoriali identificati.

Metode Studio in corso, previsto sull'arco di 7-8 mesi: (1) Descrizione dell'offerta cantonale di cure palliative tramite raccolta di dati epidemiologici ed economico-gestionali. (2) Valutazioni e raccolta di informazioni qualitative al fine di comprendere il bisogno di un'offerta specifica che risponda ai bisogni della popolazione e della rete sanitaria. (3) Analisi di alcuni casi di studio in Svizzera dal punto di vista clinico e finanziario-gestionale.

Resultate I primi dati raccolti mostrano percezioni contrastanti in merito al bisogno di una Casa Hospice in Ticino. Questa eterogeneità nelle valutazioni sembra dovuta non tanto ad aspetti di tipo clinico ma alla presenza di una rete di cure palliative ticinese molto articolata/frammentata e a incoerenze legate a sistemi di finanziamento diversi. **Schlussfolgerung** Una volta conclusa, l'analisi proposta dovrebbe poter far emergere criticità e punti di possibile miglioramento della rete di cure palliative ticinese. Dovrebbe inoltre poter dare indicazioni su un eventuale modello di configurazione tecnico-organizzativa di una Casa Hospice in Ticino e sulle possibili condizioni di sostenibilità. Fondamentale sembra essere la necessità di coinvolgere tutta la rete interessata, creando i presupposti per un polo cantonale che favorisca incontro, formazione, divulgazione e sensibilizzazione di popolazione e professionisti.

P19

Implementation of the Zarit Burden Interview in a palliative care unit in Ticino

C. Gamondi¹, M. Sari², E. Brumana³, C. Letras³, L. Romano² (Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto della Svizzera Italiana, Bellinzona; ²Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ³Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona)

Contexte Caregivers of palliative care patients have a care burden that is seldom identified. The Zarit Burden Interview (ZBI) scale allows a multidimensional assessment of said burden and caregivers' needs but has never been implemented within our institution.

Objectiv This project aimed to implement the ZBI in the Palliative Care inpatient unit in Bellinzona.

Méthode The ZBI scale has different versions, but the one which seemed to answer the needs of our setting was the ZBI-7 item which lead the team to test the ZBI-7 item during a trial period. The chosen scale was submitted by the nursing team to all the caregivers within 48 hours of patients' admission. The team reported difficulties in using the ZBI-7 during the first phase, so it was then decided to use the ZBI-12 item in the second part of the test. The nursing team's satisfaction regarding the use of the ZBI instrument was assessed by a questionnaire.

Résultats The trial period lasted from November 2022 to January 2023: 24 patients were admitted and the ZBI was submitted to their caregivers by the nursing team, within 48 hours of patients' admission. A total of 46 caregivers answered: 18 of them completed the ZBI-7 item, while the remaining 28 completed the ZBI-12 item. Both versions of the ZBI revealed that the caregivers had a slight/moderate degree of burden. All nursing team members answered the questionnaire, reporting a positive experience and stating how the ZBI may improve the support given to caregivers, allowing to tailor it to their needs, especially the version ZBI-12 item.

Conclusion The implementation of the ZBI scale within our palliative care unit is feasible. The institution chose to adopt the ZBI-12 version and its use will soon be standardized.

P20

Implementation of aromatherapy for patients hospitalized in a palliative care unit in Ticino

C. Letras¹, F. Maffioli², C. Gamondi², M. Simonetta⁴ (Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ²Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ³Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto della Svizzera Italiana, Bellinzona; ⁴Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Lugano)

Contexte Recent studies show that palliative care patients are resorting to aromatherapy to improve their wellbeing, but palliative care professionals might be unaware of its indications, modes of employ and effects.

Objectiv This project aimed to implement aromatherapy in the Palliative Care inpatient unit in Lugano.

Méthode A protocol was created to introduce aromatherapy for anxiety and insomnia, common symptoms in palliative care patients. The aromatherapy intervention included inhalation, diffusion and/or topical application of the chosen oils. The protocol was tested during a trial period by the whole interprofessional team, in which patients were identified using the ESAS scale on admission to the ward; the perceived effectiveness of the aromatherapy intervention was assessed using HADS and RCSQ scores. A questionnaire was then submitted to understand the team's level of satisfaction regarding the use of aromatherapy and its possible implementation on the ward.

Résultats The trial period lasted from November 2022 to February 2023. Thirteen patients were recruited (average age 72 years), and eleven were women. The most treated symptom was anxiety (10 patients), and the oils were given mainly via diffusion. All team members answered the questionnaire (N=13): two colleagues experienced

difficulties with aromatherapy, but the remaining had an overall positive experience and noted an improvement in the patients' wellbeing during the trial period. The team also reported the need for specific training about aromatherapy.

Conclusion Aromatherapy will be implemented in the Palliative Care inpatient unit, after a specific training for the interprofessional team is held.

P21

Advanced Practice Nurse in acute hospital palliative care unit: Implementation of a new nursing role

C. Letras¹, D. Sari¹, C. Gamondi², L. Bonetti², M. Bianchi³ (Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ²Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto della Svizzera Italiana, Bellinzona; ³Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona; ⁴Scuola Universitaria della Svizzera Italiana, Manno)

Contexte There is increasing evidence of Advanced Practice Nurse (APN) roles' effectiveness in improving the quality of care delivered to patients. This role is being established throughout Switzerland wherein, to our knowledge, it has never been implemented within a palliative care inpatient unit.

Objectiv This project evaluated the feasibility of implementing the APN role at the Palliative and Supportive Care inpatient unit in Southern Switzerland.

Méthode This is an implementation study with a parallel convergent mixed-method design, in which the first six phases of the Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice framework were used to guide the APN role' implementation. After an initial literature review, the needs of patients admitted to our ward from January to June 2022 were collected and analysed. Subsequently, main stakeholders were identified within the interdisciplinary clinical team and the hospital management team; their needs and expectations regarding the new role were explored via two Focus Groups and four semi-structured interviews. A thematic analysis was then conducted using NVivo12[®]. The definition of the new role's scope of practice and main activities, as well as the definition of the new model of care, were based upon the collected data and the results of the thematic analysis. As a final step, a consensus meeting with the management team was held to agree upon the new role's activities and responsibilities.

Résultats The data analysis is ongoing and will be available by September 2023.

Conclusion The preliminary results indicate that the APN role implementation at the Palliative and Supportive Care inpatient unit is feasible.

P22

Utilisation de dexmédétomidine en insuffisance respiratoire terminale menant à une transformation.

W. Freiherr von Hornstein¹, A. Badun¹, M. Wilson¹ (Specialist Palliative Care Service Cavan & Monaghan, Cullies IE)

Contexte Un homme de 87 ans fut hospitalisé pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec essoufflement aigu pendant les 25 dernières journées de sa vie. Les comorbidités furent: hypertension artérielle, cardiopathie ischémique, maladie rénale chronique. Après 2 semaines, le service des soins palliatifs fut consulté lorsqu'il devint plus anxieux et tolérant moins bien le masque à pression positive continue des voies respiratoires (PPC).

Objectiv Réflexion sur l'usage bénéfique de la dexmédétomidine, un agoniste des récepteurs alpha2-adrénérgiques, qui possède des propriétés hypnotiques, comme alternative pour un patient hautement anxieux répondant d'une façon paradoxale aux sédatifs/anxiolytiques classiques.

Méthode Démographie, histoire médicale, traitements, effets secondaires, et paramètres cardio-vasculaires furent relevés.

Résultats Il avait été un homme d'affaire fortuné et aimant tout contrôler, marié et père de 8 enfants. Initialement il répondit bien aux 'pro re nata' (PRN) fentanyl et halopéridol. Un buprénorphine timbre

transdermique fut appliqué. Lorsque sa santé se détériora, nous lui proposâmes en plus une infusion continue par voie sous-cutanée d'alfentanil 2,5 mg, Olanzapine 5 mg et Clonidine 75 µg, puis 150 µg par jour. Pour les épisodes de panique (Fentanyl, Halopéridol, Midazolam et Phénobarbital) furent donnés provoquant de plus en plus fréquemment une agitation augmentée. Nous lui offrîmes d'essayer la dexmédétomidine qui est sept fois plus puissante que la clonidine, qui le calmait de façon insuffisante, ce qu'il accepta. Avec une dose de la dexmédétomidine de 0,23 µg/kg/h, il retrouva le calme recherché. Pendant la première semaine il refusa toute conversation sur l'état critique dans lequel il se trouvait. Puis à notre surprise il commença une semaine avant son décès à dire à sa famille qu'il était prêt à mourir. Il ordonna d'apporter dans sa chambre les photos les plus essentielles de sa famille. En plus, il étonna sa famille en partageant ses émotions ce qu'il ne faisait jamais auparavant. Il mourut transformé, paisiblement pendant la nuit, à côté de sa fille endormie, qui constata son décès lorsqu'elle se réveilla le matin.

Conclusion Sa famille n'en revint pas de découvrir un mari et père transformé, libéré de ses angoisses. Tout en s'affaiblissant, il conserva des moments de lucidité jusqu'à son dernier jour. Il fut très détendu et partagea son amour avec toute la famille. Après sa mort ses proches ressentirent un mélange de grande tristesse et simultanément d'immense bonheur.

P23

Wearable Workbench (WEARK): patient involvement in digital healthcare solutions for palliative patients

M. Amann¹, S. Wehrli², D. Blum¹, B. Yuksel² (USZ, Zürich; ²ZHAW Life Sciences und Facility Management, Wädenswil; ³mobileHealth AG, Zürich)

Hintergrund Elderly, frail, and palliative care patients are often not as technologically averse as generally thought. However, it is important that the design and function of digital healthcare advancements aligns with the specific needs of this population which is typically underrepresented due to perceived economic unattractiveness. There is a growing demand for digital health solutions that encourage patient self-management, as well as for patient recorded outcomes and physiological data points provided by wearables as indicators of health status. Acceptability testing of various approaches ensures that this patient population can also benefit from the increasing digitalization of healthcare.

Ziel The Wearable Workbench (WEARK) project focuses on leveraging digital healthcare advancements to benefit the elderly, frail, and palliative care patients. The platform aims to ensure that the combinations of different apps, wearables and cloud solutions are in compliance with Swiss privacy regulations and to test their feasibility and acceptability using patient feedback. In addition, this initiative will act as a communication hub for researchers, providing a repository of hardware and "tried and true" methodologies, thereby reducing developmental time and cost.

Méthode Using criteria-based evaluation we determined wearables which satisfied the demands of long battery life, validated measurements, access to raw data and privacy laws. These wearables will be combined with multiple iterations of an AI chatbot with coaching functionality. 45 patients receiving palliative care will be involved in the testing of different combinations and provide their feedback via questionnaires and open questions.

Resultate A database with key points of various wearable devices was created. Using this data we chose two wearables which fit our use case best. Three different chatbot prototypes are in development, for a total of 6 different app/wearable combinations. After initial patient involvement prototypes will be revised according to the received feedback. Device key points, patient feedback and insights will be summarized to be easily used for other use cases.

Schlussfolgerung Patient involvement is crucial in developing and implementing digital solutions in healthcare, especially for an economically unattractive patient population, in order to prevent an a priori exclusion from the digital transformation.

P24

Exploring presumed will of aged residents who've lost decisional capacity : a discursive analyses

L. Jones¹, R. Jox¹, E. Rubli Truchard¹, A. C. Sterie¹ (Chair of Geriatric Palliative Care, Lausanne)

Contexte Advance care planning (ACP) is effective in promoting care that is coherent with persons' wishes should they lose decision making capacity (DMC). However, ACP participation requires DMC and many people lose this capacity before formally stating their wishes for future treatments. ACP can then be conducted 'by proxy' with the legal health care proxy, however validated models are limited. Furthermore, little is known about the ways in which a person's presumed will is elicited and established in these circumstances.

Objectiv To investigate ways in which ACP by proxy discussions are conducted and the ways in which health care proxies, physicians and ACP facilitators establish a person's presumed will.

Méthode Eleven ACP by proxy encounters were audio-recorded as part of a pilot study. Recordings were analysed using discursive and conversational analyses. Selected extracts were transcribed according to the Jeffersonian method.

Résultats Explorations of residents' presumed wills draw upon repertoires of 'closeness' to the person, particularly from the health care proxy in relation to their 'previous' knowledge of the resident, and from health professionals in relation to their current knowledge of the resident. These notions are corroborated and compared to work up notions of the residents' current presumed will. Multiple discursive tools used in these negotiations will be presented.

Conclusion Discursive and conversational analyses provide important insights for training health professionals to explore the presumed will of patients who no longer have decision making capacity.

P25

Würfelset: – Spieland über Gestaltungsräume am Lebensende sprechen

B. Stetter¹, E. Schmidlin² (Zürcher Hochschule der Künste, Zürich; ¹palliative vaud, Lausanne)

Hintergrund Obgleich Menschen wissen, dass das Leben endlich ist, findet das Sprechen darüber selten oder zu spät statt. Patient:innen und Angehörige beklagen, dass es Mühe bereitet, über das Lebensende zu sprechen.

Ziel Das Würfelset nutzt Strategien des Serious Games und des inklusiven Designs, um eine frühzeitige Planung der letzten Lebensphase anzuregen. Es soll den Austausch über Werte-, Welt-, und Sterbevorstellungen innerhalb von privaten Settings stützen und Zu- und wie Angehörigen Hinweise darauf geben, wie sie gemeinsam das Lebensende gestaltet können, damit sich Beteiligte beachtet und wohler fühlen.

Methode Die Forschung fand im Rahmen des SNF-Projektes (2020–2023) Sterbesettings statt. Stationäre und ambulante Palliative Care Settings wurden mit partizipativen designethnographischen Methoden und Research through Design erforscht. Die Daten wurden codiert, in sieben Würfel und sechs Subthemen überführt und in Co-Design-Prozessen qualitativ überprüft. Gemeinsam mit palliative vaud wurde das Würfelsets in die französische Sprache übersetzt, weiterentwickelt und in der Praxis getestet.

Resultate Die sieben Würfel beinhalten Impulse für Gefühle, Ressourcen, Perspektiven und Planung. Sie greifen Themen wie Medikation, Total Pain und Fragen zu Care-Atmosphären auf. Die Praxis zeigt: Das Set funktioniert auch in Kontexten, in denen Abläufe flach strukturiert und weniger zeitlimitiert sind, so dass es für professionelle Settings Anwendung findet. Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitsbereich und Freiwillige erfahren das Tool als hilfreich, da es Brücken baut und Barrieren überwindet. Sie setzen, je nach Patient:in und Zu- und Angehörige, die Würfel individuell bei Hausbesuchen und Beratungsgesprächen ein. Die Referenz zum Gesellschaftsspiel und das Serendipity-Prinzip erleichtern es, ins Gespräch zu kommen.

Schlussfolgerung Der intuitive und veränderte formal-ästhetische Zugang, der sich von medizinischen End-of-life-Decision-Making-Tools unterscheidet, ist als alltagsweltliche Ergänzung zu verstehen. Menschen sollen die Würfel in allen Lebensabschnitten nutzen – ob gesund, akut betroffen durch Erkrankung oder in begleitender Funktion. Ein Mehrwert entsteht, da das Set auch ausserhalb von medizinischen Kontexten erhältlich ist. Gesundheitsanbieter:innen können die Würfel branden und als Kommunikationstool nutzen, da sie Leitlinien von Palliative Care (Planung, Entscheidungsfindung, Selbstbestimmung etc.) repräsentieren. Zudem bietet das Set die Möglichkeit, sterbeweltliche Gestaltungsräume lebensweltlich zu erschliessen.

P26

What does «Are you feeling at peace» on the Integrated Palliative Care Outcome Scale measure?

C. Hauswirth Siegenthaler¹, C. Ramsenthaler², S. de Wolf-Linder³, T. Gubler³, R. Grathwohl Shaker¹ (Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ²ZHAW, Winterthur; ³Kantonsspital Winterthur, Zentrum für Palliative Care, Winterthur)

Hintergrund The spiritual dimension is integral to palliative care. Yet, spiritual or existential distress as measured in routine proxy reported outcome measures (PROM) is poorly understood as a construct in and of itself.

Ziel To understand the meaning and extent of spiritual distress as measured by the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) in palliative patients and explore its course.

Methode Multiple explorative, qualitative case study of four patients on the specialist palliative care inpatient ward of a teaching hospital. The ward uses routine outcome measurement incorporating IPOS. Purposive sampling was based on disparate spiritual distress scores (question Q14 in IPOS) at entry and its type/course of change over the episode of care. All free-text notes in electronic patient health records were thematically analysed using Mayring's qualitative analysis. Notes were coded and categorized inductively.

Resultate Five themes «somatic problems», «coping/resources/improvement», «psychological/existential distress», «decision-making», and «network/carer support» emerged. Among the four cases, three distinct patterns of category frequency were observed over the episode of care. For case #1 with persisting spiritual distress until discharge, notes increasingly focused on the category «psychological/existential distress» while «somatic problems» showed improvement both in IPOS and in free-text notes. For three cases with improvement in Q14, the category «psychological/existential distress» was analogously scored more frequently in the second half of their stay with far less instances being scored before discharge or death. Addressing «somatic problems» or increased mentioning of «coping/resources», «decision-making» or «network/carer support» characterised cases experiencing improved spiritual distress.

Schlussfolgerung High spiritual distress may indicate both somatic problems as well as further forms of psychological and existential distress. This case study supports the content validity of Q14 on the IPOS.

P27

Non-cancer patients in palliative care – one size fits all?

C. Hertler¹, M. Zürcher¹, B. Hu², E. Hünerwadel², M. Schettle¹, S. Pelz¹, D. Blum¹ (UniversitätsSpital Zurich, Zürich; ²University of Zürich, Zürich)

Hintergrund While originally arisen from cancer care, the benefit of palliative care for non-cancer diseases is indisputable. Yet, with regard to offering supportive services to palliative patients beyond oncology, there is still development potential.

Ziel To assess symptom burden and discharge destination in non-cancer vs. cancer patients

Methode We reviewed the charts of all patients hospitalized at the University Hospital of Zurich, Competence Center Palliative Care,

between 2018-2021, and collected patient-related and disease-related data from electronic patient files. Data of non-cancer patients was compared to a control cohort of cancer patients. Statistical analyses were performed with SPSS, Version 29.

Resultate We report on 207 patients with non-oncological disease, with a mean age of 75.9 years, of which 104 (50.2%) women. Main diagnoses were neurological (29.5%), cardiological (16.9%) or traumatological (16.4%). Mean ECOG at admission was 3.7, compared to 2.6 in the control cohort. Pain as a lead symptom was less prominent in non-cancer (27.1%) compared to cancer (61.0%) patients. Significantly more non-cancer patients (78.3%) died on ward compared to the control cohort with 50.2% of death on ward; non-cancer patients that left the hospital were mainly referred to another institution, and only 5.3% was able to return home, compared to 22.5% in the control group.

Schlussfolgerung We confirm that performance status, symptom burden and discharge destination differ significantly in non-cancer and cancer patients in palliative care, and while palliative care support should be offered to all patients with life-threatening and life-limiting diseases, independent of the diagnosis, the differences in the populations must be appreciated in this context.

P28

How does disease complexity and symptom load influence the last place of care

C. Hertler¹, B. Hu², S. M. Christ¹, E. Hünerwadel², M. Schettle¹, D. Blum¹, A. Seiler¹ (UniversitätsSpital Zurich, Zürich; ²University of Zürich, Zürich)

Hintergrund Last place of care and place of death are relevant outcome measures for quality of life, and many patients wish to die at home. However, most people in Switzerland eventually die in a hospital or nursing home setting.

Ziel Here, we identify predictors for discharge destination after hospitalization in the last phase of life.

Methode Clinical data and patient reported outcomes from patients hospitalized at the Competence Center Palliative Care of the University Hospital Zurich were collected retrospectively. Statistical analyses were performed with SPSS, Version 29.

Resultate We report on 377 patients, 300 (79.6%) of which had a cancer diagnosis and who were hospitalized for an average length of stay of 11 days (range 1-65 days) on our wards. While 204 patients (54.1%) died on the wards, 77 (20.4%) were discharged home and 96 (25%) were transferred to another institution. We found that patients discharged home had a significantly lower prevalence of delirium (p<0.001) compared to the other groups, whereas dying on the wards was associated with high level of dyspnea (p<0.001), yet lower levels of distress (p<0.001). Risk of hemorrhage / bleeding was not associated with discharge destination.

Schlussfolgerung We confirm that symptom burden differs in patients dying at home and patients staying in institutional care. A deeper understanding of the patients' wishes in this context may lead to a better, more patient-targeted end-of-life care.

P29

Factors associated with time to change of reanimation code ("DNR") and time to death after a stroke

C. Hertler¹, M. Correia², L. von Fournier², M. Schettle¹, D. Blum¹, S. Wegener¹ (UniversitätsSpital Zurich, Zürich; ²University of Zurich, Zurich)

Hintergrund Ischemic stroke is not always a life-limiting, but often life-threatening disease, and despite advances in treatment, stroke leads to increased mortality. Do-not-resuscitate (DNR) orders may be crucial to promote self-determination and to prevent non-beneficial interventions but are not always available.

Ziel Here, we investigate factors associated with DNR changes in patients dying from stroke within 3 months.

Methode All patients treated for a stroke at the University Hospital Zurich between 2014-2021 were fetched from the Stroke Surveillance

Registry, and clinical and patient-related data was retrieved from the electronic patient files. Statistical analyses were performed with SPSS, Version 29.

Resultate We report on 139 patients (58% male) that died secondary to a stroke (83% ischemic, 11% hemorrhagic) within 3 months. Mean age at occurrence was 76.8 (32-94) years. Median NIH stroke scale (NIHSS) was 12. Median time from stroke onset to DNR decision was 4 days; median time to death was 8 days. Decision-making about DNR occurred in shared-decision with the relatives; a median of 5 discussions were held per patient / stay. Neither severity of pre-morbidity nor availability of relatives showed an association with a decision for DNR. Palliative care specialists were consulted in 25 (18%) patients.

Schlussfolgerung A stroke is associated with high morbidity and sometimes mortality. In acute and severe settings, the decision toward DNR is usually a shared decision between the treating medical team and the proxies. Here, we confirm that neither pre-morbidity nor lack of proxies influences a DNR decision, and that several discussions are held with the families as an indicator of good quality of care.

P30

Introducing specialist palliative home care teams in the Canton of Bern: Effects on patients and caregivers

M. Maessen¹, M. Maier¹, J. Baumann¹, S. Streif², A. Gerber³, C. Cina⁴, G. Mitchell⁵, M. Egger², S. Eychmüller¹ (Inselspital, Bern; ¹University Bern, Bern; ²Spitex Bern, Bern; ³MediZentrum Messen AG, Messen; ⁴University of Queensland, Brisbane AU)

Hintergrund The Canton of Bern financially supported specialist palliative home care (SPHC) teams in a 3-year test. The impact of SPHC on the patient is challenging to measure. Longitudinal studies that include the end-of-life are prone to find decreasing negative results with standard health care measures due to their focus on performance status, symptom load and survival. They also mismatch with the heterogeneity of the palliative population and the care network. Therefore, this study on the impact of the SPHC teams used a novel outcome measure, namely the "sense of security". To feel secure when living at home is elementary for palliative patients and their family caregivers. The sense of security includes that they can build trusting relationships with healthcare professionals, that they are respected and recognized as individuals, and that they are adequately informed about and involved in the treatment and care.

Ziel Does care with the support of SPHC teams compared to care without support of SPHC teams improve the sense of security for patients living at home with an advanced, life-limiting disease?

Methode A mix-method prospective cohort study was performed in which patients with and without SPHC, their family carers and health professionals were surveyed on their perceptions of feeling secure at home, quality of life, health status and medical care. In addition, a sample of the participants were interviewed.

Resultate Forty-four patients and their family caregivers, and health professionals were included in the study. The overall sense of security reported by patients at baseline (C:5.8 vs I:5.4) and at follow-up (C:5.4 vs I:5.5)(p=0.6) was high. The interviews with patients and family caregivers showed that they were highly satisfied with the SPHC. The individually formed care networks with SPHC and other health care professionals contributed to the sense of security of patients and family caregivers. Especially the experienced professional care competencies, patient-centeredness and the 24/7-availability of the SPHC strengthened their sense of security.

Schlussfolgerung Descriptive and qualitative results indicate that patients and family caregivers perceived the SPHC as beneficial. This study could not show a statistically significant increase in the sense of security due to SPHC. Nevertheless, the small study population and short follow up time decreases the robustness of this result. Operating in the area between the normal ambulant home care and an institutionalisation, SPHC could be a valuable contribution to ambulant care, however larger studies need to be performed to show its long time effect.

P31

Dimensions of end-of-life preferences in the Swiss general population aged 55+

C. Borrat-Besson¹, S. Vilpert², R. Jox³, G. Domenico Borasio⁴, J. Maurer⁵ (*l'Université de Lausanne, Lausanne; ¹Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, and Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), Lausanne; ²Palliative and Supportive Care Service, Chair in Geriatric Palliative Care, and Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne; ³Palliative and Supportive Care Service, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne; ⁴Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, Lausanne*)

Contexte Understanding end-of-life preferences in the general population and how they are structured in people's minds is essential to inform how to better shape healthcare services in accordance with population expectations for their end of life and optimise communication on end-of-life care issues.

Objectiv Explore key dimensions underlying end-of-life preferences in a nationally representative sample of adults aged 55 and over in Switzerland.

Méthode Respondents (n=2,514) to the Swiss version of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe assessed the importance of 23 end-of-life items on a 4-point Likert scale. The factorial structure of the underlying end-of-life preferences was examined using exploratory structural equation modelling.

Résultats Four dimensions underlying end-of-life preferences were identified: a medical dimension including aspects related to pain management and the maintenance of physical and cognitive abilities; a psychosocial dimension encompassing aspects related to social and spiritual support; a control dimension addressing the need to achieve some control and to put things in order before death; and a burden dimension reflecting wishes not to be a burden to others and to feel useful to others.

Conclusion Highlighting the multi-dimensionality of end-of-life preferences, our results reaffirm the importance of a holistic and comprehensive approach to the end of life. Our results also provide a general framework that may guide the development of information and awareness campaigns on end-of-life care issues in the general population, informational materials and guidelines to support healthy individuals in end-of-life thinking and planning, and advance directive templates appropriate for healthy individuals.

P32

End-of-life preferences among different levels of engagement in the advance care planning process

C. Borrat-Besson¹, S. Vilpert², M. Wieczorek³, C. Meier⁴, R. Reinecke⁵, G. Domenico Borasio⁶, R. Jox⁷, J. Maurer⁸ (*l'Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), Lausanne; ¹Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, and Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), Lausanne; ²Maud Wieczorek, Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, Lausanne; ³Faculty of Biology and Medicine (FBM) & Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, and Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), Lausanne; ⁴Palliative and Supportive Care Service, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne; ⁵Palliative and Supportive Care Service, Chair in Geriatric Palliative Care, and Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne; ⁶Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, Lausanne*)

Contexte Advance care planning (ACP) is the process of helping adults understand and share their personal values, life goals, and preferences for medical care, anticipating future decisional incapacity and documenting their preferences in advance directive (AD). While much research has been done on AD holders' medical preferences, few studies have considered non-medical preferences or have examined the preferences related to other engagement levels in the ACP process (e.g., discussing preferences without making an AD).

Objectiv To examine the relationship between individuals' engagement in the ACP process and the importance attached to different medical and non-medical end-of-life (EOL) aspects in a representative sample of the Swiss population aged 55+.

Méthode Swiss respondents (n=2063) to the Survey on Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE) rated in 2016 the importance of 23 EOL aspects (0='not important' or 'not so important' and 1='important' or 'very important'). Respondents were also asked whether they discussed their EOL wishes (0='no' and 1='yes') and had an AD (0='no' and 1='yes'). Engagement in the ACP process was derived from these two last variables (1=neither discussed nor made an AD, 2=only discussed, 3=only made an AD, 4=discussed and made an AD). Associations were examined using multivariable logistic regression models, controlling for sociodemographic, regional and health covariates.

Résultats Overall, 44% of participants have neither discussed their EOL wishes nor written an AD, while 32% have only discussed their EOL wishes without writing an AD, and 6% have only written an AD but not discussed their EOL wishes. Only 18% discussed their EOL wishes and wrote an AD. Most participants consider many different EOL aspects important, with significant variations across their engagement in the ACP process. Specifically, participants who discussed their EOL wishes and/or have an AD were more likely to find it important to prepare for the EOL and decide on related aspects. Further, among respondents who discussed their EOL wishes, those without an AD were more likely to find psychosocial aspects important than those with an AD.

Conclusion Engagement in the ACP process correlates with the importance attached to some EOL aspects. The results suggest that the current format of ADs is suitable for individuals who value self-determination but may not be appropriate for individuals who attach particular importance to psychosocial aspects.

P33

Palliative care for war refugees: an experience from Ticino

C. Letras¹, D. Sari¹, C. Gamondi² (*Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ¹Clinica di Cure Palliative e di Supporto - Istituto della Svizzera Italiana, Bellinzona*)

Contexte The canton Ticino has been welcoming refugees from Ukraine since the start of the war in 2022 and the cantonal healthcare system has been involved in assisting those of them who have chronic illnesses. Our palliative care inpatient units in Lugano and Bellinzona have been addressing the challenges of delivering specialist palliative care for some of those refugees.

Objectiv Our goal was to implement an internal protocol within our institution for delivering palliative care to patients who are war refugees and have complex palliative care needs.

Méthode After a literature review, a context analysis and a clinical review of specific cases, the clinical management team reached a consensus and established nine main care aspects that should be provided by our institution to these patients.

Résultats The nine essential identified aspects were the following:

1. Multidimensional assessment performed via oral/written Patient Reported Outcome Measures in the patient's native language.
2. Active involvement of official cultural mediators and interpreters from local agencies during daily routine clinical activities to allow a complete and tailored care plan (i.e.: medical rounds, family meetings).
3. Provide specialist palliative care considering and respecting patients' cultural needs.
4. Integration of healthcare professionals with the same linguistic and cultural background (i.e.: oncologists, general practice doctors, nurses).
5. Active cooperation between the interprofessional team to answer the patients' and their families' needs (i.e.: post-traumatic psychological support, bureaucratic and economical aspects, nutritional needs).

6. Creation of a formal and informal network of support for patients' and their families through local volunteers' agencies and healthcare services, especially for patients who want to receive end-of-life care outside the hospital.
7. Collaboration with the government agencies to fulfil various patients' needs (i.e.: family reunification).
8. Plan clinical supervision for the healthcare professionals and contemplate psychological support provision to the cultural mediators and/or interpreters involved.

Provide an early and integrated palliative care approach to the patients that are admitted to other wards but have complex needs. **Conclusion** The internal protocol for providing specialist palliative care to war refugees within our institution was accepted and implemented by the clinical team.

P34

Café partage : une approche palliative en psychogériatrie

J. Nogueiro¹ (*Hopitaux Universitaires de Genève, Thonex*)

Contexte L'être humain a un besoin fondamental de trouver du sens à sa vie. Les enjeux liés au sens de la vie sont d'autant plus présents lorsque la fragilité de celle-ci se manifeste. C'est le cas notamment pour les personnes âgées, qui mise à part les problématiques somatiques auxquelles elles sont confrontées, font souvent face à une fragilité psychique. À Genève, au sein des unités de psychogériatrie des Hôpitaux Universitaires, un projet d'inclusion des approches palliatives en santé mentale est né depuis plusieurs mois. Dans ce contexte, il a été demandé aux équipes de réfléchir à des approches de soins visant un accompagnement de la personne âgée confrontée à une expérience spirituelle de quête de sens. Ainsi, un « café partage » est proposé dans une unité de réhabilitation en psychogériatrie.

Objectiv L'objectif de ce projet est de proposer un espace de parole, en thérapie de groupe, pour échanger autour d'expériences de vie, ainsi que du sens donné à celles-ci, en vue d'un travail de revalorisation personnelle et de reconnaissance sociale.

Méthode La méthodologie utilisée pour mener à bien ce projet est de proposer des rencontres de groupe mensuelles, d'une durée d'environ une heure. Ouvert à tous les patients, selon leur état clinique au moment de la rencontre, l'espace est vécu autour de trois moments principaux. Le premier se caractérise par le lâcher prise, avec des exercices de relaxation, par la suite, un moment d'échange, et de partage d'expériences, autour d'une thématique et une médiation par objet est proposé, et finalement un dernier moment qui peut prendre la forme d'un geste symbolique, où la créativité est également de mise. Le patient est également encouragé à proposer des thématiques sur lesquelles il souhaiterait échanger.

Résultats À ce jour plusieurs rencontres ont été réalisées. Elles ont donné l'opportunité d'échanger autour du sens donné à des expériences de vie vécues, favorisé un sentiment de reconnaissance et de valorisation, avec une diminution de l'anxiété perçue par les patients.

Conclusion Le projet en est actuellement à ses balbutiements, la durabilité de celui-ci permettra d'explorer des sujets centraux autour de ces rencontres tels que la diversité, les ressources de la vie, des choix de vie... en considérant le patient comme partenaire de ces rencontres.

P35

Verein für Komplementärtherapie in Palliativsituationen - individuelle Förderung der Lebensqualität

V. Kompas¹, M. Hellenthal¹, P. Büsser², I. Gujan³ (*Verein für Komplementärtherapien in Palliativsituationen, Zürich; ¹Kompas, Uetikon am See; ²Kompas, Zürich*)

Hintergrund Im spezialisierten Angebot des Vereins für Komplementärtherapie in Palliativsituationen bieten wir als Gesundheitsfachpersonen eine wertvolle Hilfe und Unterstützung in der Palliative Care. Der Verein hat sich zur Aufgabe gemacht, das Angebot von Komplementärtherapien den Patient:innen, die eine zusätzliche, entlastende Unterstützung wünschen, näher zu bringen. Er ist Ansprechpartner

für das interdisziplinäre Behandlungsteam, um die passende Komplementärtherapie zu finden. Als Anlaufstelle richtet sich der Verein sowohl an die Betroffenen selbst als auch an ihre An- und Zugehörigen. Die unterschiedlichen Therapierichtungen werden den individuellen Bedürfnissen und dem Zustand des Menschen angepasst.

Ziel Das Plakat gibt Auskunft über das vielfältige Angebot der Komplementärtherapien spezialisiert auf die Begleitung von Menschen in Palliativsituationen.

Methode Das Angebot des Vereins macht es möglich, auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen einzugehen. Die Komplementärtherapien verstehen sich als ergänzenden Beitrag zur Symptomkontrolle in Bezug auf die sozialen, psychischen, spirituellen und physiologischen Aspekte. Sie können eine wertvolle Entlastung für das Angehörigen- und Hilfesystem (Pflege, Spitex, Physiotherapie etc.) bieten. Der Verein achtet darauf, dass seine Therapeut:innen eine fundierte Ausbildung in ihrem Fachgebiet haben und zudem eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care, sowie Erfahrungen im Umgang mit Menschen in Palliativsituationen haben.

Resultate Die Betroffenen erleben durch die Begleitung unserer Therapeut:innen ein auf sie persönlich abgestimmtes Therapieangebot. Die Therapien können sowohl in einer Praxis, aber auch zu Hause oder in einer Institution erfolgen. Durch die unterschiedlichen Angebote erleben die Betroffenen vielfältige Zugänge zu ihrem Körper, Geist und Seele. Die Komplementärtherapien stärken unter anderem Ressourcen und ermöglichen den Menschen ihre Autonomie wieder und neu zu erleben. Sie decken ein zunehmendes Bedürfnis der Bevölkerung ab.

Schlussfolgerung Der Verein sieht sich als eine sinnvolle und fachlich kompetente Unterstützung in der Begleitung und Betreuung von Menschen in Palliativsituationen sowie ihren An- und Zugehörigen. Das interdisziplinäre Angebot bietet eine Erweiterung und Komplementierung der Dienste in der Palliative Care.

P36

Les connaissances en soins palliatifs des futurs fournisseurs de soins

S. Aguet¹, P. Larkin² (*Institut et Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne; ¹Chaire Kristian Gerhard Jebsen de Soins Palliatifs Infirmiers UNIL | Université de Lausanne CHUV | Faculté de biologie et de médecine - FBM Institut universitaire de formation et de recherche en soins - IUFRS, Lausanne*)

Contexte Les soins palliatifs visent l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches. En tant que futurs fournisseurs de soins, les connaissances en soins palliatifs des étudiants infirmiers sont essentielles pour assurer des soins de qualité. Des études ont exploré les niveaux de connaissances des étudiants infirmiers en soins palliatifs. Les résultats suggèrent que les étudiants en soins infirmiers manquent souvent de compréhension et de compétence dans des domaines tels que la gestion des symptômes, les compétences en communication, les considérations éthiques et les cadres juridiques des soins de fin de vie. Il est aussi relevé un manque de confiance pour amorcer des discussions sur les décisions de fin de vie et répondre aux préoccupations des patients et des familles. Ces lacunes indiquent un besoin d'interventions de formation ciblées pour améliorer les compétences et la confiance des étudiants pour aborder les situations de soins palliatifs.

Objectiv Augmenter les connaissances et les compétences des étudiants en soins infirmiers sur les soins palliatifs, à travers la mise en œuvre d'un programme de formation en soins palliatifs.

Méthode Un module abordant les soins palliatifs sous l'angle de l'interprofessionnalité a été proposé à 16 étudiants de 2^{ème} année en bachelor soins infirmiers et 2 étudiants en 3^{ème} de médecine. L'utilisation d'un questionnaire traitant des soins palliatifs à l'intention des infirmières (PCQN-French) a été utilisé afin d'évaluer le programme. Un moment d'échange oral a également été réalisé et les étudiants ont pu s'exprimer sur l'apport de ce nouveau module de formation.

Résultats

Ils ont exprimé se sentir plus confiants pour aborder les décisions de fin de vie avec les patients, leurs familles et dans une équipe inter-

professionnelle. L'utilisation du PCQN-F a permis d'illustrer une augmentation des savoirs dans la reconnaissance des situations de soins palliatives et l'utilisation des traitements pharmacologiques spécifiques. L'évaluation formative à travers des vignettes cliniques a pu démontrer la compréhension des situations de soins palliatives et le développement des compétences de communication concernant les décisions de fin de vie.

Conclusion En conclusion, cet enseignement interprofessionnel a permis à ces futurs professionnels de la santé de se sentir davantage compétents et préparés à fournir des soins palliatifs de qualité.

P37

Récit de deux consultations communes aumônerie-EMiSP, ou quand 1+1+1=4

A. S. Martin¹, T. Müller¹ (Hôpital Riviera Chablais, Rennaz)

Contexte A l'Hôpital Riviera Chablais, le service d'aumônerie et l'équipe mobile intra hospitalière (EMiSP), collaborent régulièrement lors de colloques, ou par téléphone afin de répondre au besoin des patients. En 2022, une aumônière, accompagnée d'un infirmier et/ou d'une médecin de l'EMiSP ont réalisé 2 consultations communes.

Objectiv Nous cherchons à explorer quelles sont les bénéfiques d'une consultation en binôme aumonier-EMiSP pour le patient, ses proches, et les professionnels.

Méthode Posture des consultants durant les entretiens : Ecoute centrée sur la personne et ses besoins. Les 2 situations rencontrées en binôme sont nées sur l'impulsion du patient.

1. le patient traverse le deuil de son frère et s'en ouvre à l'infirmier de l'EMiSP, qui explore ses besoins spirituels. Cela aboutit à une rencontre patient/aumônière/infirmier au moment des obsèques de son frère.

2. L'aumônière qui a un lien de confiance avec le patient discerne avec ce dernier le besoin d'une consultation interdisciplinaire « regroupée » au vue de sa grande fatigue.

Résultats *Situation 1* : Le patient ne souhaite pas de temps spécifiquement religieux, mais pour lui ce qui est important c'est d'être en communion avec sa famille qui se recueille au même moment. Il évoque tout d'abord la vie de son frère et les liens forts qui le liaient à lui. Puis il glisse sur l'impact qu'a ce décès sur son propre parcours de maladie. Il peut faire état de son sentiment accru de fragilité et de l'impression d'une menace qui pèse sur sa famille. Comme ressource, il nomme l'espoir de pouvoir rentrer à la maison, son « havre de paix au milieu de la tempête », et la solidarité au sein de son quartier. A la fin, le patient prend conscience que la cérémonie dans son village touche à son terme. Il est preneur d'un temps de prière qui ponctue la rencontre. Le patient se saisit spontanément de la main de l'infirmier, qui lui-même tend aussi sa main à l'aumônière *Situation 2* : L'aumônière, l'infirmier et la médecin de l'EMiSP vont ensemble visiter le patient, qui partage son sentiment d'arriver au bout. A sa demande, il reçoit des éclaircissements sur les indications pour une admission en résidence palliative. Enfin, il peut prendre une décision éclairée pour la suite de sa prise en charge et demander à l'aumônière de la communiquer au plus vite par téléphone à son épouse avec qui un lien existe déjà. La médecin et l'infirmier poursuivent la consultation.

Conclusion La consultation en binôme aumônerie/EMiSP permet :

- d'approfondir la connaissance sur le vécu/spiritualité/valeurs du patient et sa famille.
- d'économiser du temps et de l'énergie pour le patient malade, asthénique.
- de valoriser la complémentarité des approches.
- de bâtir sur la confiance établie par les autres acteurs de soins.

P38

Pallium

L. Stanco¹, I. Beytrison², M. Monney³ (Hôpital du Valais, Martigny; ²Service de Médecine Palliative - Hôpital du Valais, Martigny)

Contexte Projet de collaboration INTERREG Italie - Suisse, incluant la région de Verbania et le canton Valais

Objectiv

- Identifier les patients et faciliter l'accès aux soins palliatifs
- Promouvoir la culture palliative
- Augmenter les compétences, les connaissances et les outils disponibles pour les personnel soignant qui s'occupe de soins palliatifs afin de renforcer l'intervention dans le réseau de soin.

Méthode

- Stratégie de communication pour promouvoir la culture palliative (plusieurs événements en présence)
- Développement d'une application mobile et d'un site internet
- Enregistrement de cours en ligne et cours donnés en présentiel
- Guidelines pour favoriser l'accès à la psycho-oncologie pour les patients et les proches

Résultats Les résultats sont encore partiels; car le projet actuellement en cours, la fin étant prévu pour fin septembre 2023

Conclusion Ce projet INTERREG Italie-Suisse est extrêmement intéressant et mériterait d'être présenté au congrès national de Soins Palliatifs cette année, compte tenu que... "Le congrès propose une partie théorique qui traite du dépassement des frontières et aborde notamment les compétences transculturelles dans les soins palliatifs " Voici le lien officiel du site pour plus d'informations, en cas de besoin: <https://progetti.interreg-italiasvizzera.eu/it/b/78/> prendersicuraemigliorelaqualitdivitadeipazienterterminaliehttps://progetti.interreg-italiasvizzera.eu/it/b/78/prendersicuraemigliorelaqualitdivitadeipazienterterminalie

P39

Elaboration d'un guide pour favoriser l'internalisation des soins palliatifs dans les EMS

C. Voirol¹, C. Bernet² (ADSP BEJUNE, Delémont; ADSP BEJUNE, La Chaux-de-Fonds)

Contexte Les cantons de Berne, du Jura et de Neuchâtel mettent en œuvre depuis 2017 une stratégie commune de développement des soins palliatifs. Chaque canton a défini ses propres exigences concernant les soins palliatifs dans les Etablissements Médico-Sociaux (EMS). Les directions d'EMS ont exprimé le besoin d'avoir accès à des ressources pour implémenter les soins palliatifs dans leurs établissements. Cette demande s'inscrit dans l'objectif de la stratégie d'internaliser et renforcer les soins palliatifs généraux dans les lieux de vie/de soins.

Objectiv Proposer un guide pour soutenir les responsables des EMS dans le développement de leur propre concept de soins palliatifs. Le guide doit favoriser l'appropriation de l'approche palliative et son intégration au sein de l'organisation, en cohérence avec la culture et les autres concepts institutionnels.

Méthode Deux référentiels nationaux ont été retenus pour définir la structure du document. La rédaction et l'identification des ressources disponibles ont été réalisées par les responsables de la stratégie avec le soutien d'un groupe d'appui composé d'infirmières de l'Equipe mobile en soins palliatifs BEJUNE. Au terme du travail rédactionnel, le projet de guide a été soumis à quatre experts et mis en consultation auprès des associations faitières des EMS des trois cantons.

Résultats Le guide « Planifier et mettre en œuvre un projet institutionnel de soins palliatifs généraux en EMS - pistes de travail » a été publié sous la forme d'un site internet (<https://sp-ems.adsp-bejune.ch/>) adapté aux différents types d'écrans. Chaque thématique comprend une présentation des enjeux, des propositions de pistes d'actions ainsi que des liens vers des ressources. Des fiches thématiques regroupent des informations détaillées relatives à un ou plusieurs chapitres du guide. Suite à la consultation, un document permettant de réaliser un état des lieux initial a été intégré. La diffusion du guide a été réalisée par un courrier adressé à l'ensemble des directions des EMS de l'espace BEJUNE, par des publications sur les différents supports de communications de la plateforme palliatif.ch. Le guide a été présenté lors de séances des directions d'EMS et de rencontres des infirmières ressources en soins palliatifs.

Conclusion Le guide a reçu un accueil positif des partenaires concernés. Il est prévu d'identifier et relayer des bonnes pratiques issues de l'utilisation du guide. La conservation de l'attrait du guide nécessitera une actualisation régulière.



P40

Soutenir les proches aidants lors de la fin de vie : une recherche-action participative (CEOL-CARE)

G. Behaghel¹, F. Bosisio², M. Bernard³, N. Canova⁴, S. Savinelli⁵, S. Guerin⁶, M. Fliedner⁷, D. Widmer⁸, D. C. Massard⁹, P. Larkin¹ (Chaire Kristian Gerhard Jebsen de soins palliatifs infirmiers, Service de soins palliatifs et de support, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne; ²Haute école d'ingénierie et de gestion du Canton de Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Yverdon-les-Bains; ³Chaire de Psychologie palliative, Service de soins palliatifs et de support, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne; ⁴School of Psychology, University College Dublin, Dublin IE; ⁵Centre Universitaire de soins palliatifs, Inselspital, Hôpital Universitaire de Berne, Berne; ⁶Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, Lausanne; ⁷Grandvaux)

Contexte L'accompagnement de fin de vie d'un patient à domicile est un défi pour les proches aidants. Le manque de ressources peut entraîner des répercussions sur leur santé physique et psychique ainsi que sur le travail de deuil. Des initiatives pour les aider existent, mais elles sont souvent lacunaires face aux besoins spécifiques de la phase palliative à domicile.

Objectiv L'objectif est de développer une intervention conduite par un.e infirmier.ère pour les proches aidants accompagnant une personne en fin de vie à domicile dans le canton de Vaud. Ce projet, soutenu par la Fondation suisse pour les Sciences infirmières, vise à améliorer leur confiance dans les soins et à rendre la période de deuil la plus supportable possible.

Méthode Une recherche-action participative en quatre phases est mise en œuvre : (i) revue de littérature, (ii) cartographie des offres de soutien et consultation des personnes concernées, (iii) restitution des résultats et priorisation des besoins, (iv) co-production d'une intervention.

Résultats Une vingtaine d'organismes de soutien aux proches aidants, de soins palliatifs ou de structures de soins, ainsi que la Direction générale de la santé du Canton de Vaud collaborent au projet. Des entretiens ont été réalisés avec 12 proches de personnes décédées, deux proches aidants de personnes en soins palliatifs à domicile, six infirmier.ère.s, une assistante en soins et santé communautaire. Un focus group a réuni six infirmières des soins à domicile. Les résultats préliminaires montrent que : les proches aidants souhaitent plus d'empathie, d'information et de reconnaissance de leurs besoins ; le soutien doit être plus accessible et coordonné dans la continuité ; les charges financières pèsent trop sur les proches et limitent le déploiement de prestations infirmières ; la formation des professionnels pourrait mieux intégrer les bases en soins palliatifs et la place du proche aidant. L'étude est actuellement dans la troisième phase qui vise à identifier les préoccupations prioritaires à cibler dans l'intervention.

Conclusion Cette méthode permet d'engager les proches aidants, les professionnels et les structures du canton dans un processus de co-construction. L'implication du terrain et les premiers résultats nous incitent à poursuivre ce projet qui pourra servir de base pour un déploiement national.



P41

Implémentation de la Dexmédétomidine à l'unité de médecine palliative du CHUV: un nouvel espoir?

M. Beauverd¹, M. Lopes Viegas², C. Fallet³ (Service de soins palliatifs et de support, Lausanne; ²Service de soins palliatifs et de support, département de médecine, CHUV, 1011 Lausanne; ³Unité de pharmacie clinique, Service de pharmacie, CHUV, 1011 Lausanne)

Contexte L'unité de médecine palliative du CHUV (UMP) est une unité aigue de 6 lits qui a ouvert en mai 2011 et qui a la particularité de bénéficié du plateau technique d'un hôpital universitaire. Sa mission est de prendre en charge les situations de crise palliatives aigues nécessitant une intervention spécialisée. La gestion de symptômes complexes est une mission cardinale de l'UMP. Parmi les symptômes complexes les plus courants qui nous sont adressés figurent le delirium (état confusionnel aigu) et les douleurs aigue mixtes (nociceptives et neuropathiques). L'utilisation de kétamine, de lidocaïne, de méthadone, de midazolam et d'opioïdes parentéraux à haute doses est une offre unique dans une unité de lits hors de soins intermédiaires ou intensifs au CHUV. Cependant malgré ce plateau technique, le delirium et les douleurs complexes (ainsi que la dyspnée) sont les symptômes réfractaires principaux qui ont posé l'indication à la mise en place d'une sédation palliative. L'utilisation de molécules « off-label » est une pratique courante en médecine palliative tout comme la pratique de la médecine basée sur les preuves scientifiques chaque fois que possible. C'est ainsi que nous avons été attentifs à l'intérêt scientifique grandissant dans la littérature concernant l'utilisation de la Dexmédétomidine (DEX) chez des patients en situation palliative. Cette molécule réservée au milieu des soins intensifs présente des propriétés spécifiques très prometteuses pour mieux gérer les douleurs complexes et le delirium réfractaires. Les propriétés pharmacologiques sont désormais bien connues de part de son utilisation dans le milieu des soins intensifs. Il existe plusieurs essais cliniques prospectifs menés dans des unités de médecine palliatives qui ont pu démontrer son efficacité et sa sécurité dans des populations de patients en situation palliative présentant des symptômes réfractaires.

Objectiv Le projet envisagé est de développer une procédure inter-professionnelle sécuritaire et efficiente visant à introduire l'utilisation de la Dexmédétomidine (DEX) à l'unité de médecine palliative. L'amélioration visée est :

- Améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie hospitalisés en soulageant d'avantage le delirium et les douleurs complexes réfractaires
 - Améliorer la sécurité et l'efficacité d'une nouvelle procédure (introduction d'une nouvelle molécule) en intégrant précocement toutes les parties prenantes interprofessionnelles impliquées (infirmières, médecins et pharmacienne clinicienne) :
- Développer un outil de surveillance clinique de type flowsheet regroupant les paramètres de surveillance, les dosages en cours, les échelles d'évaluation des symptômes et le relevé des effets indésirables

Méthode Actions envisagées et stratégie de changement: Une collaboration étroite entre le médecin de l'unité de médecine palliative et la pharmacienne clinicienne a déjà été mis en place avec :

- Recherche de la littérature médicale : utilisation de la Dexmedetomidine aux SI, indications, effets cliniques, utilisation chez des patients palliatifs

- Recherche de la littérature pharmacie : pharmacocinétique, pharmacodynamique, stabilité du produit
- Une demande d'utilisation de la Dexmedetomidine en dehors des SI a été formulée à la CPM (Commission Permanente des médicaments du CHUV) via le pharmacien chef adjoint du CHUV avec préavis positif
- Rédaction d'un document destiné à l'équipe médico-infirmière de l'UMP qui contient :
 - o Un résumé de l'état actuel des connaissances sur l'utilisation de la DEX
 - o Un résumé des propriétés pharmacocinétique et pharmacodynamique de la molécule
 - o Un protocole d'utilisation de la molécule (dosage de départ, titration)
 - o Une bibliographie
- Rédaction d'un document RefMed(protocolo d'administration FAMI) pour la perfusion continue sous-cutanée de DEX réservé à l'unité de médecine palliative

Groupe de travail médico-infirmier (médecin cadre et ICLS) en cours :

- Développement d'un document de surveillance clinique de la perfusion continue de DEX avec les requis suivants devant y figuré :
 - o Type de symptôme réfractaire
 - o Posologie de départ et suivi des modifications de dosage (date, heure)
 - o Paramètres vitaux ciblés aux intervalles selon protocole
 - o Echelle d'auto/hétéro évaluation du symptôme réfractaire (EVA, Richmond, ECPA)
 - o Documentation des effets indésirable identifiés

- Organiser une formation médico-infirmière pendant les colloques d'équipe à l'UMP sur l'utilisation de la DEX
- Présentation à l'équipe du document de surveillance (flowsheet)
- Soutien de la pharmacienne clinicienne auprès des ID pour les aspects techniques (préparation et dilution, stabilité de la molécule)
- Définition par le GT des modalités de surveillance et de succès du projet

- Médecin cadre de l'UMP : travaille à temps plein. Le projet fait partie de ses missions de base (gestion, clinique, enseignement et recherche)
- Pharmacienne clinicienne déjà référente pour le service de soins palliatifs et de support
- Infirmière clinicienne de l'UMP (travail à 50%)
- Un data manager à 10% (base de donnée, analyse quantitative et qualitative)
- Sur le plan technique :
 - o Disponibilité du médicament dans la pharmacie de l'UMP
 - o Matériel pour la préparation et administration du médicament (disponible à l'UMP)
 - o Matériel pour la prise de paramètres vitaux, glycémie, poids et électrocardiogramme (disponible à l'UMP)

Résultats A ce jour, l'avancement du projet est le suivant:

- création d'un bibliographie scientifique médicale et pharmacie clinique de référence pour le projet
 - rédaction d'un protocole d'utilisation de la Dexmédétomidine
 - création d'un document de surveillance clinique pour le monitoring
 - Information de la procédure d'implémentation à l'ensemble du service (colloque multidisciplinaire)
 - présentation au journal club du service d'une étude de référence
 - élaboration d'une formation spécifique médicale et infirmière.
- Discussion** Les bénéfices et les résultats attendus : Sur le patient :
- Meilleure gestion des douleurs aiguës complexes réfractaires
 - Meilleure gestion du delirium avec agitation psychomotrice réfractaire
 - Amélioration de leur qualité de vie
 - Eviter certaines sédations palliatives

- Sur les proches/famille :
- Apaisement de leur détresse générée par la souffrance du patient en fin de vie
 - Prévention de certains deuils pathologiques pouvant résulter de souffrance intolérable de certains patients en fin de vie
- Sur l'équipe interprofessionnelle de l'UMP :
- Diminution du stress face à l'impuissance généré par une souffrance intolérable des patients en raison de symptômes réfractaires
- Sur la qualité des soins en général
- Augmentation de la qualité et sécurité des soins (flowsheet dédiée)
 - Amélioration de la communication et de la continuité des soins (flowsheet)

- Evaluation des résultats :
- Sur le patient :
- Echelles validées d'auto et d'hétéro-évaluation (avant, pendant la perfusion)
 - o Douleurs : EVA, ECPA, CPOT
 - o Délirium : MDAS, Echelle de Richmond modifiée
 - o Qualité de la prise en charge générale : IPOS
- Sur- la qualité de soins et sur l'équipe interprofessionnelle
- Formulaire de satisfaction pour les ID et médecins à 2 mois : évaluation quantitative
 - Focus groupe mixte (ID+médecins) : évaluation qualitative
 - o Identification des difficultés/barrières
 - o Identification des facteurs facilitants
 - o Propositions d'amélioration du dispositif

Conclusion La littérature scientifique émergente sur l'utilisation de la DEX dans les unité de soins palliatifs semble prometteuse en particulier pour la gestion du delirium et de certaines douleurs complexes. Il s'agit d'une molécule puissante dont l'utilisation hors de soins intensifs est d'emblée "off-label". Une procédure d'implémentation telle que la nôtre nous semble indisoensable pour garantir un environnement clinique interprofessionnel de sécurité, de continuité et de monitoring de cette molécule.

P42

Obstacles and Priorities in the Funding of Specialised Paediatric Palliative Care in Switzerland
S. Mitterer¹, K. Zimmermann², G. Fink¹, M. Simon¹, A. K. Gerber¹, E. Bergsträsser¹ (1)Universität Basel, Basel; (2)Universität Basel & Universitäts-Kinderspital Zürich, Basel / Zürich; (3)Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich)

Hintergrund Effective and sustainable models of funding are a key requirement for developing and implementing Specialised Paediatric Palliative Care (SPPC) programmes. Although the benefits of SPPC have been recognised, nationwide coverage has not yet been achieved in Switzerland. Extrapolating from hospital admission data from England, an estimated 5'000 children (0-19 years) with life-limiting conditions currently live in Switzerland. In 2022, only 515 children were cared for by Swiss SPPC services. Funding concerns have frequently been raised as primary barriers to providing SPPC in dedicated settings. However, systematic evidence on existing models of funding as well as primary challenges faced by stakeholders remains scarce.

Ziel This study's aim was to identify obstacles to and priorities for funding SPPC sustainably.

Methode In a three-round modified Delphi study we identified funding-relevant obstacles and priorities by consulting experts that either had professional experience in establishing, managing or leading Swiss SPPC programmes (e.g., programme directors), or had direct professional knowledge about sources of funding, payment systems or reimbursement mechanisms related to PC funding in Switzerland (e.g., researchers, health economists, public health officials, insurance professionals).

Resultate Overall, 21 experts participated in the first round of the modified Delphi study, nineteen in round two and fifteen in round three. They identified 23 obstacles and 29 priorities. Consensus (>70%) was obtained for 12 obstacles and 22 priorities. The highest level of consensus (>90%) was achieved for three priorities: the development of financing solutions to ensure long-term funding of SPPC programmes; the provision of funding and support for integrated palliative care; and sufficient reimbursement of inpatient service costs in the context of high-deficit palliative care patients.

Schlussfolgerung Decision- and policy-makers hoping to develop SPPC in Switzerland should be aware that the current models of funding are highly complex. Considering the steadily rising prevalence of children with life-limiting conditions and the many obstacles that impede the funding of SPPC, improvements in funding models are urgently needed to ensure that SPPC programmes fully meet the needs of these vulnerable patients and their families.

P43

Diversität während der Ausbildung: Integrative und komplementäre Behandlungsmethoden in Palliative Care
G. Hofstetter¹ (1)Haute Ecole de Santé Fribourg, Fribourg)

Hintergrund

Komplementäre Behandlungsmethoden werden immer mehr von Menschen in Ergänzung zur Schulmedizin genutzt. Die Leistungen der Phytotherapie, der Anthroposophischen Medizin, der Homöopathie und der Traditionellen Chinesischen Medizin sind in der Schweiz Teil der Grundversicherung. Daher gewinnt die Beratung durch Fachpersonen über den Nutzen der Behandlungsansätze, aber auch zu Risiken oder Kontraindikationen immer mehr an Bedeutung. Ob Aromatherapie, Akupunktur oder rhythmische Einreibung – komplementäre Behandlungsmethoden können je nach Wunsch unterschiedliche Effekte haben: Entspannung, Wohlbefinden oder Verminderung der Nebenwirkungen konventioneller Behandlungen. Sie müssen als Zusatz zu den konventionellen Methoden, wie Operation, Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie angesehen werden. Studierende im Bachelor-Studiengang Pflege sollten während ihrer Ausbildung einen Einblick in dieses Fachgebiet bekommen, damit sie später Patienten:innen beraten und schliesslich bestimmte komplementäre Behandlungsmethoden selber anwenden können.

Ziel Fragestellung: Welche Vorteile bringt Studierenden im Bachelor-Studiengang Pflege ein Wahlmodul «Integrative und komplementäre Behandlungsmethoden» z. B. in Palliative Care, Onkologie, Geriatrie, Geburtshilfe usw.?

Methode Studierende erwerben im Wahlmodul theoretische/praktische Grundlagen der verschiedenen Heilmethoden wie Phytotherapie, Homöopathie, Anthroposophische Medizin und Traditionelle Chinesische Medizin. Die Studierenden müssen Risiken bei Interaktionen oder Kontraindikationen erkennen können, um ihre Patienten:innen bei der Wahl der richtigen Behandlungsmethode beraten zu können. Darüber hinaus erleben die Studierenden rhythmische Einreibungen, Wickel/Kompressen, Aromatherapie oder Akupunktur am eigenen Körper, damit sie im Berufsleben ausgewählte komplementäre Behandlungsmethoden an Patienten:innen anwenden können.

Resultate Studierende sind aufgrund ihres Wissens in integrativen und komplementären Behandlungsmethoden fähig, Patienten:innen zu diesem Thema zu beraten. Teilweise können sie diese Methoden selber an Patienten:innen anwenden.

Schlussfolgerung Die Schulmedizin ist funktionsbasiert, orientiert sich an der Krankheit und setzt unter anderem auf Medikamente, die jedoch oft Nebenwirkungen haben. Komplementäre Heilmethoden hingegen sind ganzheitlich. Indem Studierende über die wissenschaftliche Evidenz dieser Heilmethoden informiert sind, wenden sie komplementäre Behandlungsmethoden in ihrem Berufsalltag voraussichtlich vermehrt an.

P44

Quel espace pour la spiritualité ou la religiosité dans les soins palliatifs ?

S. Fernandes¹ (1)Universidade Católica Portuguesa_Braga, GUIMARÃES PT)

Contexte La dimension spirituelle ou religieuse est un aspect de l'existence humaine, devenant le centre de son identité, englobant la relation avec soi-même, avec les autres, avec un Être Suprême (Dieu), ou la Vie ou la Nature ou avec l'environnement dans sa totalité. Cette dimension englobe les sentiments, les significations et les objectifs de l'existence de l'homme tout au long de son chemin de vie.

Objectiv C'est dans ce sens que nous voyons l'importance d'accompagner les malades, notamment en phase terminale, en abordant cette dimension de l'être humain, conduisant à la prise de conscience de la relation avantageuse entre spiritualité ou religiosité et les soins de santé, pour mener à bien un ultime parcours, car la spiritualité ou la religiosité peuvent aider le malade à reconnaître la possibilité de la mort, en l'assumant comme partie intégrante de son existence.

Méthode Révision de la littérature.
Résultats La reconnaissance de l'importance d'aborder la spiritualité et la religiosité dans les soins palliatifs.

Conclusion La reconnaissance de l'importance d'aborder la spiritualité et la religiosité dans les soins palliatifs.

P45

Rolle der Angehörigen in der End-Of-Life Care
S. Marjanovic¹ (1)Gesundheitszentren für das Zürich, Zürich)

Hintergrund Die Verfügbarkeit von Angehörigen oder nahestehender Personen in der letzten Lebensphase scheint ein wichtiges Bedürfnis von sterbenden Menschen zu sein. Die Angehörigen sind aus dem Alltag eines Pflegeheims nicht wegzudenken und leisten auch hier wertvolle Unterstützung.

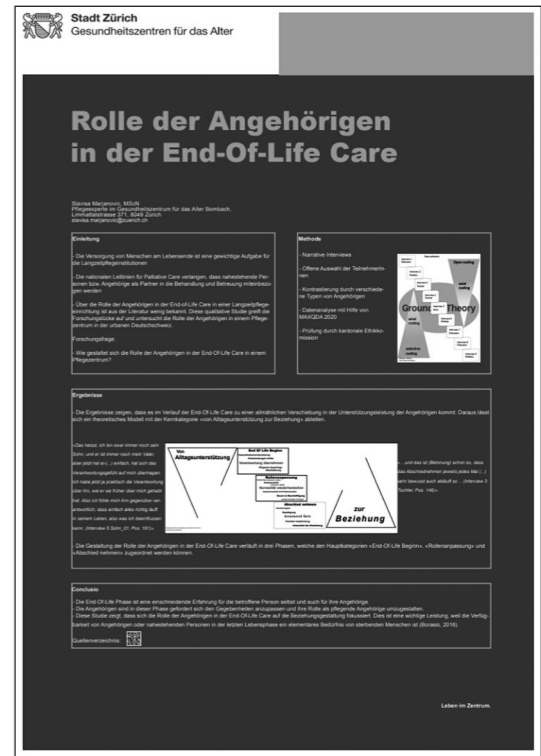
Ziel Ziel dieser Studie war es die Rolle der Angehörigen in der End Of Life Care in einem Pflegeheim aus der Perspektive der Betroffenen zu untersuchen und Erkenntnisse für die Arbeit mit Angehörigen in der besonders sensiblen Phase, der End-Of-Life Care in der Langzeitpflege zu gewinnen.

Methode In dieser qualitativen Arbeit wurden neun narrative Interviews, während der End Of Life Care Phase mit den Angehörigen in einem Pflegeheim der urbanen Deutschschweiz durchgeführt. Die Datenerhebung wurde von Juni 2018 bis Dezember 2019 durchgeführt. Für die Studie konnten drei Ehefrauen, drei Ehemänner, zwei Töchter und ein Sohn rekrutiert werden. Die Daten wurden mit der Grounded Theory Methode nach Corbin & Strauss ausgewertet und analysiert.

Resultate Die Ergebnisse zeigen einen phasenhaften Verlauf der Rolle der Angehörigen in der End Of Life Care in einem Pflegeheim. Das zentrale Phänomen «von Alltagsunterstützung zur Beziehung» wird durch die vier Hauptkategorien Verantwortung übernehmen, Normalität, Anwesend sein und Abschied nehmen, gestützt.

Diskussion Die Angehörigen leisten in ihrer Rolle als pflegende Angehörige einen wichtigen Beitrag in der End Of Life Care im Pflegeheim. Die Rollengestaltung der Angehörigen im Pflegeheim ist ein dynamischer Prozess in dem die Rolle einerseits als Verhaltens-erwartung erscheint und andererseits in der Interaktion mit den Beteiligten neu ausgeformt wird.

Schlussfolgerung Die Erfahrungen, die ein Mensch und seine Angehörigen am Lebensende machen, sind tiefgreifend. Erkenntnisse aus der Studie über die Rolle von Angehörigen in der End-Of-Life Care in einem Pflegezentrum zeigen, dass Angehörige auch am Lebensende einen wichtigen Beitrag als pflegende Angehörige leisten.



P46

Evaluation von internen Trauerangeboten

R. Muntwyler¹, F. J. Thilo², F. Gratwohl³, E. Soom Ammann⁴
 (¹Lindenhospital AG, Worblaufen; ²BFH, Bern; ³Lindenhospital AG, Bern)

Hintergrund Trauerbegleitung wird zunehmend von Gesundheitseinrichtungen (z.B. Spitälern) übernommen. Es gibt dazu verschiedenste Trauerangebote, wovon einige auch in einer spezialisierten Palliative Care im Raum Bern angewendet werden. Zwei davon sind die Kondolenzkarte (KK) und die Follow-up Anrufe (FuA), welche seit längerem umgesetzt, aber noch nie evaluiert wurden. Daher bestand das Ziel dieser Masterthesis darin, eine Evaluation des FuA und der KK durchzuführen, um diese an die Wünsche der trauernden Angehörigen und Pflegefachpersonen (PP) anzupassen. **Ziel** Das Ziel dieser Masterthesis besteht darin, eine Evaluation der poststationären Trauerangebote (FuA und KK) von der SPC-Engeried zu machen, indem die vergangenen FuAP ausgewertet und Interviews mit den verschiedenen PP und den Angehörigen durchgeführt werden, um die Angebote auf ihre Bedürfnisse anzupassen. **Methode** Dafür wurde ein qualitatives Vorgehen mit einer Daten-Triangulation gewählt. Der Autor wertete 102 Follow-up Anrufprotokolle (FuAP) aus und führte Interviews mit zehn PP sowie mit neun Angehörigen durch. Als Analysemethode wählte er die Thematische Analyse nach Brown und Clark (2006).

Resultate Die FuAP zeigten auf, dass die Trauernden Wehmut empfanden, jedoch stellte ihr soziales Netzwerk eine wichtige Unterstützung dar. Die Angehörigen schätzten die Angebote (FuA und KK) sehr, wünschten aber eine bessere Mitsprache bzgl. den Rahmenbedingungen der Angebote. Die PP führten die Angebote gerne durch, aber es fehlten ihnen die zeitlichen Ressourcen für die Umsetzung. Bei den KK wünschten die PP zudem mehr Vorlagen für Trauersprüche.

Diskussion Mit dem Wissen über das Befinden der Angehörigen aus den FuAP könnten diese ressourcenorientiert im Umgang mit ihrer Trauer gestärkt werden. Aus Sicht der PP besteht das grösste Entwicklungspotenzial in den strukturellen Bedingungen für die Umsetzung der FuA und sie wünschen mehr Textvorlagen für die KK. Die Angebote könnten somit durch eine klarere Absprache über die Rahmenbedingungen betroffenenorientierter umgesetzt werden.

Schlussfolgerung Aus der Sicht der PP besteht das grösste Entwicklungspotenzial in der strukturellen Anpassung der FuA. Die inhaltlichen Fragen des FuAP sollten laut dem Autor spezifiziert werden und die Feedbacks sollten vom Kader evaluiert werden, um aus den Informationen einen Nutzen zu ziehen. Die PP kann mit dem Wissen der ausgewerteten FuAP vertieft nach den Ressourcen der Angehörigen fragen und ihre Ressourcen hervorzuheben. Bei den KK braucht es mehr Vorlagen.

P47

Stärkung palliativmedizinischer Kompetenzen in der Langzeitpflege: das 1x1 der Pflegeheimmedizin

R. Kunz¹ (Age Medical, Zürich)

Hintergrund Alters- und Pflegeheime sind der häufigste Sterbeort in der Schweiz. Die Betreuung alter Menschen in der letzten Lebensphase erfordert einerseits eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit, andererseits ärztliche Verfügbarkeit und Kompetenz sowohl in geriatrischen wie palliativmedizinischen Fragen. Schon vor der Covid-19-Pandemie wurde offensichtlich, dass die medizinische Betreuung in der Langzeitpflege oft unzureichend ist, dieses Problem mündete während der Pandemie teilweise in einen eigentlichen Notstand. Viele Haus- und Heimärzt*innen fühlten sich unsicher oder überfordert und beklagten ungenügendes Wissen und mangelnde Erfahrung insbesondere für die spezifischen Probleme multimorbider und oft demenzbetroffener alter Menschen.

Ziel Stärkung der ärztlichen Kompetenzen in der Betreuung von multimorbiden alten Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege und zu Hause, um die Versorgungsqualität zu verbessern und

Hausärzt*innen mehr Sicherheit in spezifischen Fragen der Palliative Care für diese Patientengruppe zu ermöglichen.

Methode Palliative.ch und die Fachgesellschaft Geriatrie (SFGG) haben in Kooperation mit mfe (Haus- und Kinderärzte Schweiz) auf diesen Ausbildungsbedarf reagiert und einen Fortbildungskurs für Haus- und Heimärzt*innen «Das Einmaleins der Pflegeheimmedizin – Fokus Geriatrie und Palliative Care» entwickelt, der im Herbst 2022 erstmals stattfand und auch für dieses Jahr wieder geplant ist. Der Kurs ist in zwei Module – ein Modul Geriatrie, ein Modul Palliative Care - aufgeteilt, wobei sich die beiden Themenkreise stark überlappen. Die Themen werden interprofessionell und interaktiv behandelt, um eine hohe Praxisrelevanz zu ermöglichen.

Resultate Im Pilotkurs haben 27 Hausärztinnen und -ärzte teilgenommen. Die Auswertung war sehr positiv: die Inhalte wurden als sehr praxisrelevant bezeichnet und die Verbindung der beiden Themen Geriatrie und Palliative Care war für viele eine neue Einsicht. Stellvertretend die Aussage eines TN: "Ich fühle mich sicherer und bin auch motiviert die Patienten bis zum Tod zu begleiten".

Schlussfolgerung Es ist nicht nur ein Zeitproblem, dass Hausärzt*innen Pflegeheime eher vernachlässigen, sondern oft auch ein Gefühl der Inkompetenz in den spezifischen Fragestellungen. Dieser Fortbildungskurs kann bestehende Wissenslücken füllen und für die ärztliche Arbeit in Pflegeheimen motivieren. Die Verbindung von palliativmedizinischen und geriatrischen Inhalten ist für die Betreuung in der Langzeitpflege im Sinne von Cure and Care zentral.

P48

Overcoming Obstacles to Palliative Care in Italian-Speaking Switzerland: A Communication Perspective

N. Diviani¹, M. Bennardi², C. Gamondi³, P. Saletti⁴, G. Stüssi⁵, M. Delbue-Luisoni⁶, S. Rubinelli⁷ (¹Swiss Paraplegic Research / Universität Luzern, Nottwil; ²Swiss Paraplegic Research, Nottwil; ³Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona; ⁴Clinica Luganese Moncucco, Lugano; ⁵palliative ti, Camorino; ⁶Universität Luzern / Swiss Paraplegic Research, Lucerne)

Contexte Palliative care is an essential service that can significantly improve the quality of life of patients suffering from chronic degenerative diseases and their families. Despite the potential benefits, the utilization of these services is still not optimal, even in high-resource countries. Many individuals who could benefit from palliative care do not have access to it, and one possible reason for this underutilization is communication-related problems.

Objectiv This study focuses on cancer and aims to explore communication-related barriers and facilitators to the use of palliative care services in the Italian-speaking part of Switzerland.

Méthode To conduct this study, a mixed-methods approach was used. Data were collected between 2017 and 2020 through in-depth interviews with healthcare professionals in oncology, palliative care, and primary care, key informants, patients, and their families (N = 50), and through a representative population survey (N = 313).

Résultats The findings of the study suggest that the lack of knowledge about palliative care, its tools, and its benefits is one of the primary obstacles to realizing its full potential. Among healthcare professionals, the lack of mutual knowledge about the work of different actors hurts the quality of collaboration. Misconceptions and false beliefs about palliative care in the population are associated with negative attitudes towards palliative care and a reluctance to address the issue with formal and informal caregivers.

Conclusion To foster the utilization of palliative care services, targeted educational communication interventions are needed. These interventions should aim to promote interprofessional and interdisciplinary collaboration between different health professionals involved in palliative care and increase awareness and knowledge of palliative care services in the population. By doing so, patients and their families can make informed decisions about palliative care, resulting in improved quality of life for those suffering from chronic degenerative diseases.

P49

Complexité des patients en soins palliatifs spécialisés mesurée par l'INTERMED : prévalence et corrélations

Y. Corminboeuf¹, F. Stiefel², K. Schutzbach³, B. Wild⁴ (¹Fondation Rive-Neuve, Blonay; ²CHUV - service de psychiatrie de liaison, Lausanne; ³HIB - Anesthésiologie, Payerne; ⁴Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg)

Contexte Les soins palliatifs visent à fournir des soins holistiques en tenant compte des besoins bio-psycho-socio-spirituels des patients. Les patients hospitalisés en soins palliatifs sont généralement décrits comme complexes, souvent affectés par de multiples morbidités concomitantes, tant somatiques que psychologiques, ainsi que par des problèmes sociaux. La fin de vie peut être marquée par une détresse bio-psycho-sociale et spirituelle, nécessitant une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle. Développé en 1995, INTERMED a fait l'objet de nombreuses études dans différents pays, contextes de soins et populations. Il permet d'identifier les patients complexes qui présentent une réponse moins favorable à la prise en charge médicale. Une seule étude utilisant l'INTERMED a été menée en soins palliatifs, il y a près de vingt ans. Cet instrument pourrait être utile pour adapter les interventions interdisciplinaires sur la base d'une évaluation complète des besoins du patient.

Objectiv Cette étude rétrospective vise à décrire la complexité des patients hospitalisés en soins palliatifs et à la comparer avec des études antérieures utilisant l'INTERMED. Les objectifs secondaires sont d'analyser les corrélations entre la complexité des patients et la prestation des soins fournies durant le séjour hospitalier.

Méthode L'ensemble des patients hospitalisés en 2019 (N=222) dans une unité de soins palliatifs spécialisés (Blonay, Suisse) ont été évalués avec l'INTERMED. Le score a été évalué à l'admission et la fin de l'hospitalisation ou au décès. Les statistiques descriptives et les pourcentages de patients complexes (score≥21) ont été calculés. Les coefficients de corrélation de Pearson ont été estimés à la recherche d'une association entre les besoins de soins de santé biopsychosociaux et les prestations de soins fournies, mesurées en minutes (infirmier, physio/ergo, psy, aumônier, ...). **Résultats** Le score d'INTERMED moyen à l'admission était de 30,98 [19 - 46] et à la fin 31,02 [13-43] ; les scores à l'admission ne différaient pas entre les patients sortis (n=62) et ceux qui sont décédés (n=162) (p=0,26) mais 98,65% des patients étaient complexes (≥21). Le soutien fourni était en corrélation significative du score d'INTERMED au début de séjour (r=0,23, p=0,0008). Cela signifie que les patients ayant des besoins bio-psycho-sociaux plus importants ont reçu plus de soutien interdisciplinaire en soins palliatifs. La variation du score d'INTERMED est en corrélation négative avec le soutien prodigué (r=-0,27, p=0,0001), ce qui indique qu'un soutien plus important est associé à une réduction des besoins en soins à la fin du séjour.

Conclusion Les patients hospitalisés en soins palliatifs spécialisés présentent le niveau de complexité le plus élevé par rapport aux populations précédemment étudiées avec l'INTERMED, en corrélation significative avec les soins fournis. Les résultats sont pertinents au regard des pressions croissantes exercées sur les établissements de santé pour réduire les soins interdisciplinaires. Compte tenu de la charge élevée de complexité retrouvée en soins palliatifs spécialisés et de l'amélioration des patients associé aux soins prodigués, il semble fondamental de ne pas rationaliser les soins.

P50

Advance care planning in heart failure patients considered for LVAD or heart transplant

M. Escher¹, L. Hentsch¹, A. Schneider-Paccot¹, C. Artigue¹, A. Delort¹, S. Pautex², N. Poku³, P. Meyer¹ (l'Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève)

Contexte Palliative care and advance care planning (ACP) for patients with advanced heart failure, including those considered for mechanical circulatory support or heart transplantation, are recommended by cardiology professional guidelines. However, they occur infrequently

and patients may be reluctant to engage in ACP.

Objectiv To determine the acceptance of ACP initiated during a systematic palliative care consultation included in the medical workup for left ventricular assist device (LVAD) / transplantation, and the content of the discussion.

Méthode Retrospective review of patient electronic medical records. All heart failure patients addressed to the palliative care consultation during the workup stay in the Geneva University Hospitals between 1 March 2020 and 25 May 2023 were included. The patients were seen by a palliative care physician.

Résultats Out of 21 patients, 15 (71%) were men. Median age was 60 [range 38-76]. Seven patients (33%) did not have the consultation, mostly (n=4) because their condition deteriorated or because they died. A minority of patients (n=8; 38%) were transplanted or had a LVAD inserted. As of May 2023, 16 patients were alive, 1 had died of terminal heart failure, 1 of lung cancer, and 1 was lost to follow-up. ACP was discussed with all the 13 patients seen. Among them, 3 were reflective about the intervention, the others were positive and confident in its success, while aware of the risks. One patient had advance directives and 5 expressed an interest in them. Most patients (n=10; 77%) orally designated a health care surrogate, 2 were interested but socially isolated, and for 1 patient, the issue was not relevant at the time. All the patients shared their life experience, values, and preferences, which could be documented in an advance treatment plan.

Conclusion Advance care planning can be initiated with patients considered for LVAD or heart transplant, and relevant issues are addressed. The designation of a health care surrogate is useful for the healthcare team and was possible for most patients

P51

Attitudinal Factors involved in Advance Directive Adoption over a 4-year period in older population

S. Vilpert¹, C. Meier¹, J. Maurer¹, M. Wieczorek¹, G. D. Borasio², R. Jox³ (¹Université de Lausanne, Lausanne; ²Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ³Institut des humanités en médecine (IHM), Lausanne)

Contexte Advance care planning (ACP) is a process that ideally leads to the writing of advance directives (ADs). The ACP process can be explained using the TransTheoretical Model (TTM), which describes the consecutive stages of intentional change (precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance) that individuals follow before engaging in a target health behavior.

Objectiv We investigate how involvement in the different stages toward AD completion predicts actual AD adoption over a four-year period.

Méthode We use data from waves 6 (2015) and 8 (2019/2020) of the Swiss component of the longitudinal Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). We explore the involvement of three attitudinal measures (thinking about end-of-life (EOL) wishes; having discussed EOL preferences; planning to make ADs in the future) in the adoption of ADs among adults ages 55 and over (n=903) using multivariable probit regressions and controlling for contextual factors.

Résultats Among respondents who did not have an AD at wave 6, 30% reported completing an AD at wave 8. The three attitudinal measures were positively associated with AD adoption at wave 8. Introducing all three attitudinal measures simultaneously into the regression showed that only having discussed EOL preferences and planning to make ADs in the future remain statistically significantly associated with AD adoption in wave 8.

Conclusion Consistent with the TTM, the adoption of ADs follows a process in which the motivation and readiness of individuals to engage in a new behaviour appear to be paramount.

P52

Overestimation of success rates of CPR is associated with higher preferences to be resuscitated

C. Meier¹, S. Vilpert², M. Wiecezorek³, G. D. Borasio³, R. J. Jox⁴, J. Maurer² (¹University of Lausanne, Lausanne; ²Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne, Lausanne; ³Palliative and Supportive Care Service, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne; ⁴Palliative and Supportive Care Service, Chair in Geriatric Palliative Care, and Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne)

Contexte End-of-life medical decisions regarding life-supporting treatment frequently include questions on cardiopulmonary resuscitation (CPR) preferences, where individuals have to decide whether they would like to be resuscitated in case of cardiac arrest. However, knowledge of CPR survival rates in the general population is low, which may influence individuals' decisions.

Objectiv This study explores the association between knowledge of CPR survival rate and preferences to be resuscitated in case of a cardiac arrest among a representative sample of older adults aged 58+ living in Switzerland.

Méthode We used data from 1,469 respondents from a paper-and-pencil self-completion questionnaire administered as part of wave 8 (2019/2020) of the Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). Respondents' knowledge of CPR survival rate was assessed by using a vignette asking how likely it is in general in Switzerland for a 70-year-old to survive until hospital discharge from a CPR performed outside of a hospital following a cardiac arrest with four possible answers (very unlikely (0-25%), rather unlikely (26-50%), rather likely (51-75%), and very likely (76-100%). Preferences for CPR were assessed by asking respondents if they would wish to be resuscitated in case of cardiac arrest. The association between these two variables was assessed using a probit regression model, controlling for social, health, and regional characteristics.

Résultats Only 9,3% of respondents selected the right category of answer (very unlikely (0-25%)) regarding the CPR survival rate, and 65,2% wished to be resuscitated in case of a cardiac arrest. Respondents were less likely to want CPR when they correctly estimated the survival rate (AME: 0.18, p < 0.001).

Conclusion Given the association between knowledge and preference for CPR, overestimating the chances of success may lead individuals to seek this treatment. Thus, reducing misconceptions and knowledge gaps regarding CPR survival rate could change older adults' preferences for CPR.

P53

Das neue spanische Euthanasiegesetz: Präsentation, Vergleich und Anregungen

M. Good¹ (¹Selbständiger Berater, Gümtingen)

Hintergrund 2021 ist in Spanien ein neues Gesetz zur Regelung der Euthanasie (Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia) in Kraft getreten, dies nach jahrzehntelangen und mit grosser Vehemenz geführten Debatten. Die Unterschiede zur Rechtslage in der Schweiz sind markant, weshalb sich ein Vergleich lohnt.

Ziel Der Beitrag beinhaltet eine zusammenfassende Präsentation der neuen spanischen Gesetzgebung, mit Hinweisen auf einige Stärken und Schwächen. Diese wird mit der Rechtslage in der Schweiz verglichen, woraus sich einige Anregungen für eine zukünftige Regelung der Sterbehilfe ergeben.

Methode Der Autor hat 2021/22 den Zertifikatslehrgang "Interprofessionelle Spezialisierte Palliative Care" an der Universität Bern absolviert. Die Präsentation ist eine Kurzfassung seiner Abschlussarbeit, die für eine Veröffentlichung empfohlen wurde.

Resultate In Spanien sind - unter strikten Bedingungen - nicht nur der assistierte Suizid, sondern auch die Euthanasie bzw. die direkte aktive Sterbehilfe zulässig. Die Voraussetzungen, das Verfahren, die Stellung des Medizinalpersonals sowie die staatliche Aufsicht werden detailliert geregelt. In diesem Rahmen gehört die Sterbehilfe zum Leistungskatalog des spanischen Gesundheitssystems. Die Regelung ist abschliessend und lässt für private Sterbehilfeorganisationen

keinen Raum. Grundsätzlich bleibt die Beihilfe zum Suizid strafbar. **Schlussfolgerung** Da Voraussetzungen und Verfahren klar geregelt sind, steht in Spanien die Zulässigkeit der Sterbehilfe immer bereits vor der Umsetzung verbindlich fest. Ob in der Schweiz eine Beihilfe zum Suizid strafrechtliche Konsequenzen hat, kann mit letzter Sicherheit jeweils erst einige Zeit nach dem Vollzug ausgeschlossen werden. Massgebend sind nach wie vor strafrechtliche Bestimmungen aus der Zeit vor dem 2. Weltkrieg. Wünschbar wäre auch für die Schweiz eine zeitgemässe, umfassende und verständliche Regelung, die weniger das Strafrecht als vielmehr die Würde, die Autonomie, die Rechtssicherheit sowie den Schutz aller Beteiligten im Fokus hat. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Diskussion über die Zulässigkeit der direkten Sterbehilfe geführt werden, wobei der uneinheitlich verstandene und belastete Begriff der Euthanasie zu vermeiden wäre.

P54

The benefits of palliative care in children with open access to support at home and in hospital.

W. Freiherr von Hornstein¹, A. Badun¹, M. Wilson¹, A. Leahy², U. Mcaree² (¹Specialist Palliative Care Service Cavan & Monaghan, Cullies IE; ²Paediatric Department Cavan General Hospital Lisdarn, Cavan IE)

Contexte A 15 years old girl survived 3 years with metastatic Ewing sarcoma. A 5 years old girl survived 8 months with a high grade neuroepithelial tumour with extensive leptomeningeal disease. Because of high symptom burden they required referral to specialist palliative care. Weighing up symptom burden, community support, proximity to the rural hospital (9 / 14 km), and expectations a plan to optimize collaboration and respond appropriately to high symptom burden via central line access was vital e.g.: Hickman / PICC line. An open access plan to the paediatric facility was established. From referral until death they were effectively supported for 183 / 95 days.

Objectiv The families' wishes were to maintain normal life as much as possible. Stay at home for as long as possible with minimal professional health care input. Access when needed hospital support for symptom management. Accept hospital admission when oral medication could not be taken anymore.

Méthode This case report demonstrates how important good communication, listening, flexibility and diversity are to support this journey for everybody involved. The central intravenous access was vital.

Résultats The 15 years old girl had rapidly increasing pain levels and towards the end seizures. On 38 days she needed intravenous (iv) medication which was provided by direct access to the paediatric unit. For her last 25 days she was hospitalized. The final medication needs were: continuous intravenous infusion (CIV) over 24 hours: Hydromorphone 1 g, Ketamine 100 mg, Midazolam 10 mg, Metoclopramide 20 mg; iv bolus twice daily (BD): Methadone 20 mg, Lacosamide 200 mg, once daily: Esomeprazole 20 mg, Parecoxib 40 mg, Phenobarbital 300 mg. Paracetamol 1 g x 4. The 5 years old girl had rapidly increasing pain and worsening seizures. She availed of 40 direct access visits, 11 overnight admissions for IV medication and respite. Admission for the last 5 days for CIV Alfentanil 30 mg, Levetiracetam 1.5 g, Clonidine 450 µg, Glycopyrronium 1 mg, Octreotide 1 mg + IV bolus: Lacosamide 200 mg BD, Phenobarbital 200 mg BD, Levomepromazine 7.5 mg, Esomeprazole 10 mg, once off dose Ceftriaxone 1 g. **Conclusion** This model of care allowed the two girls to fulfil all their and their families' wishes. Establishing a trusting relationship, the flexibility of the involved staff, mutual understanding, using the wealthy resources and strengths of all involved delivered effective vital symptom management.

P55

Rechtsfragen einer kultursensiblen Palliative Care

R. E. Aebi-Müller¹, T. Coskun-Ivanovic¹ (¹Universität Luzern, Luzern)

Hintergrund Das schweizerische Medizinrecht ist geprägt von einer «westlichen», (vermeintlich) rationalen, individualistischen und auf Selbstbestimmung ausgerichteten, in gewisser Weise auch elitären

Sichtweise. Menschen mit anderem sozio-kulturellem Hintergrund oder religiösen Wertvorstellungen laufen Gefahr, dass ihre persönlichen Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Sterben nicht ernst genommen werden. Dieses Risiko akzentuiert sich bei besonders vulnerablen Patienten im palliativen Kontext.

Ziel Das laufende Forschungsprojekt will sowohl innerhalb der geltenden Rechtsordnung als auch mit Blick auf Gesetzesrevisionen Spielräume einer kultursensiblen Palliative Care ausloten.

Methode Am Anfang des Projekts steht die Befunderhebung: Welche konkreten Schwierigkeiten ergeben sich für Patienten und Familienangehörige, die nicht der «Mehrheitskultur» angehören – und welchen Herausforderungen begegnen Gesundheitsfachpersonen, insbes. im Bereich der Palliative Care? Die Analyse der Rechtsordnung folgt dem Methodenpluralismus der Rechtswissenschaft mit besonderem Fokus auf teleologische, systematische und rechtsvergleichende Aspekte.

Resultate Als zentrale Elemente einer kultursensiblen Palliative Care erweisen sich

- eine behutsame Kommunikation, die es erlaubt, die Grenzen des Medizinrechts auszuloten; dabei ist oftmals der Beizug von professionellen transkulturellen Dolmetschern unabdingbar;
- eine frühzeitige Identifikation der Betroffenen und gesundheitliche Vorausplanung, die nicht den Anspruch hat, ein ACP oder eine Patientenverfügung im herkömmlichen Sinne zu erreichen, sondern sich zum Ziel setzt, den Bedürfnissen der Betroffenen in ihrer individuellen Befindlichkeit gerecht zu werden;
- zeitliche und finanzielle Ressourcen, die es ermöglichen, spezifische Wünsche (u.a. bestimmte, alternative Medikation oder Therapie, längere Abschiedsphase, spezifische Anliegen im Zusammenhang mit dem Umgang mit dem Verstorbenen und Bestattung) ernst zu nehmen.

Schlussfolgerung Die geltende Rechtslage in der Schweiz (insbes. im Kontext der Patientenautonomie) sowie die Grundsätze der Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit als Voraussetzungen einer Kostenvergütung) lassen nicht hinreichend Raum für die Bedürfnisse von Patienten und deren Angehörigen aus anderen Kulturräumen. Die vorhandenen Spielräume sind zu nutzen, es ist aber auch hinzuarbeiten auf Anpassungen der geltenden Rechtsordnung und eine Sensibilisierung sowie Schulung von Gesundheitsfachpersonen in transkultureller Pflege.

P56

Processus de certification qualité en soins palliatifs: réflexions d'auditeurs pairs et perspectives.

N. Dieudonné Rahm¹, D. Correia de Oliveira², R. Riniker³ (¹Hôpitaux Universitaires de Genève, Collonge Bellerive; ²Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne; ³Spital STSAG, Thun)

Contexte En Suisse, la certification sur la base d'audits par les pairs est un prérequis à la reconnaissance des structures de soins palliatifs spécialisés et soutient le développement des soins palliatifs dans les établissements de soins de longue durée.

Objectiv Dégager de potentielles pistes d'évolution du processus de certification.

Méthode Les forces et limites des audits par les pairs ont été thématisées par des auditeurs de 3 disciplines (soins infirmiers, médical, aumônerie).

Résultats Forces : Le processus pousse les équipes à définir pour quoi et pour qui une démarche palliative s'est développée et enrichie sur la base de valeurs, d'un historique et d'un contexte spécifiques. Il permet l'évaluation des structures, processus décisionnels et collaborations, sur la base de critères transparents intégrant les besoins des bénéficiaires. Les auditeurs-pairs posent un regard interdisciplinaire externe et ouvrent le dialogue pour valoriser les efforts accomplis, partager des informations, dégager des pistes d'amélioration. Les audits permettent d'attirer l'attention sur les défis que pose la polymorbidité, la prise en charge complexe et précoce de patients dans leur parcours de vie et de maladie. Les divers membres des équipes sont largement impliqués et montrent une attitude positive envers les auditeurs et le processus. Limites : La collaboration, la liberté dans les échanges, des auditeurs et audités, influencent les

résultats en termes de pistes d'amélioration proposées. L'évaluation de critères, sur la base des documents d'audit et des échanges, ne suffit pas à rendre compte des prestations, ni des bénéfices concrets pour les patients.

Discussion Les indicateurs doivent encore évoluer afin de soutenir le renforcement des compétences, de l'offre et de la continuité des soins via des filières et réseaux de soins plus développés. Parmi les données pertinentes à collecter pour les patients, citons leur implication effective dans la planification des soins, leur possibilité de discuter des choix de fin de vie, la qualité de la communication avec les intervenants. Le recueil de l'avis des patients et/ou de leurs proches est une piste potentielle.

Conclusion Dans l'évolution de la certification qualité, le recueil d'indicateurs plus centrés sur les bénéfices pour les patients que sur les aspects professionnels comme l'implication des patients partenaires dans les soins et la certification est à considérer.

P57

Integration of specialized palliative care during fatal hospitalizations: heart failure vs. cancer

V. González-Jaramillo¹, M. Hagemann¹, M. Maessen¹, S. Eychmüller¹ (¹Inselspital, Bern)

Hintergrund The difficulty of the prognosis has been described as a barrier for the delivery of specialized palliative care (PC) to people with heart failure (HF). During fatal hospitalizations, the task of identifying the near-death stage or poor prognosis of the HF is often easier, allowing, at least at that time, referral to PC.

Ziel To compare the proportion of patients with HF with that of patients with cancer who were seen by the PC group during the fatal hospitalization, as well as its trend over five years.

Methode Retrospective cohort using administrative data of patients who died in a tertiary hospital between the years 2016 and 2020. We conducted a logistic regression analysis with PC as the outcome, HF as the main exposure, and age, sex, and length of stay (LOS) as covariables.

Resultate Data were available for 3,196 patients. Of them, 966 (28%) had an ICD-10 code of cancer and 113 (3.5%) had a code of HF as the main diagnosis during the fatal hospitalization. Of those with cancer, 48% received PC during the hospitalization, at a median of 2 days after admission. Of those with HF, 7% received PC during the hospitalization, at a median of 8 days after admission. This means that patients with HF received PC in the last quintile of their hospitalizat on compared to the first quintile for patients with cancer. The trend of PC for patients with cancer was stable thought the five years (ranging from 47% o 51%), whereas it varied a lot for patients with HF (ranging from 0% to 14%) (Table 1). In the multivariable logistic regression, having HF was not a significant predictor of receiving PC, while patients with cancer had 11.5 times the odds of receiving PC than those without cancer (OR 11.5, 95% CI 9.2-14.4). In patients with HF as the main diagnosis and cancer as comorbidity (n=34), only 1 (3%) received PC.

Schlussfolgerung In our institution, PC practice is integrated into the care delivered to patients with cancer, which is seen not only in the proportion of patients receiving PC but also in the stable trajectory showing a consistent practice. Meanwhile, patients hospitalized in the cardiology service, even when having cancer, have a very low probability of receiving support from PC and are receiving it late in the hospitalization.

Year	Proportion of patients with cancer receiving PC	Proportion of patients with HF receiving PC
2016	47%	11%
2017	47%	5%
2018	48%	14%
2019	45%	0%
2020	51%	5%

P58

Management von Obstipation im palliativen Setting

S. Häusermann¹, R. Zehnder¹, C. Rehm¹, S. Wipfli¹, T. Villiger¹
(¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Obwohl Obstipation ein häufiges Symptom bei Palliativpatient:innen darstellt, scheint bei Health Professionals ein mangelndes Bewusstsein für das Management von Obstipation vorzuliegen. Das Management von Obstipation ist ein multimodaler Ansatz, welcher die Prävention, Medikation, Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Mobilität und die Behandlung von Schmerzen beinhaltet. Ziel ist die Wiederherstellung einer aus Patient:innen-Sicht angenehmen Stuhlgewohnheit und die Linderung von Schmerzen, die im Zusammenhang mit Obstipation auftreten können.

Ziel Das Poster beschreibt die Umsetzung des Obstipationsmanagement im palliativen Setting durch das interprofessionelle Team.

Methode Es wurde eine systematisierte Datenbankrecherche auf PubMed und CINAHL Complete durchgeführt.

Resultate Studien weisen darauf hin, dass Obstipation im palliativen Setting aufgrund der veränderten Lebensverhältnisse und aufkommenden Symptome als ein Langzeitsymptom zu betrachten ist. Es werden die Interventionen Darmmassage, Bewegung, Ballaststoffe und Flüssigkeit sowie medikamentöse Interventionen vorgestellt.

Schlussfolgerung Das Symptom Obstipation sollte im palliativen Setting im Fokus der Aufmerksamkeit des interprofessionellen Teams stehen. Bei dessen Management sollten auch nicht-medikamentöse Interventionen zum Einsatz kommen.

P59

Wüste im Mund – Best Practice bei Xerostomie in der Palliative Care

S. Häusermann¹, R. Vogel¹, N. Schmidli¹, D. Yilmaz¹
(¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Unter Xerostomie wird eine Mundtrockenheit verstanden, die durch verminderten oder fehlenden Speichelfluss verursacht wird. Häufige Ursachen sind medikamentöse Therapie, Radiotherapie im Kopf- und Halsbereich sowie verschiedene systemische Krankheiten. 34-40% der palliativen Patient:innen mit Krebserkrankung leiden an Xerostomie.

Ziel Ziel des Posters ist es darzustellen, welche Interventionen sich zur Mundbefeuchtung bei Xerostomie-Betroffenen im palliativen Setting eignen.

Methode Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche auf PubMed und CINAHL Complete durchgeführt.

Resultate Eine mögliche Intervention bei Xerostomie ist eine Speicheldrüsen-Stimulanz. Diese zeigt aufgrund ihrer systemischen Wirkung auch unerwünschte Wirkungen. Weiter kann ein künstlicher Speichelersatz eingesetzt werden. Die Wirkungsdauer des flüssigen Speichelersatzes beträgt meist weniger als eine Stunde. Im Vergleich zu flüssigen zeigen die Gel-Produkte eine etwas längere Wirkung. Betroffene berichten, dass die Ersatzprodukte oft einen unangenehmen Geschmack aufweisen und daher der Gebrauch von Wasser bevorzugt wird.

Schlussfolgerung Um das in der Palliative Care zentrale Ziel der bestmöglichen Lebensqualität zu erreichen, ist auch bei Xerostomie eine Anpassung der Interventionen an die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen notwendig.

P60

Die Kontroverse um die Hydratation am Lebensende – ein Update

S. Häusermann¹, M. Müller¹, V. Ryser¹
(¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Eine Hydratation in der terminalen Phase der Palliative Care kann positive als auch negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Deshalb wird sie in der palliativen Praxis kontrovers diskutiert.

Ziel Das Poster zeigt die Vor- und Nachteile einer Hydratation in der terminalen Phase der Palliative Care auf.

Methode Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed und CINAHL Complete durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde per Handsuche auf fachrelevanten Websites ergänzt, um aktuelle Best Practice-Empfehlungen mit einzubeziehen.

Resultate Es werden Ergebnisse aus Forschungsliteratur und Best Practice zu den Vor-/Nachteilen der terminalen Hydratation dargestellt.

Schlussfolgerung Die Sinnhaftigkeit der Intervention «Hydratation» hängt von verschiedenen Faktoren ab. Jede Patient:innen-situation muss individuell betrachtet werden.

P61

I can do this! – Coping der Health Professionals in der Palliative Care

S. Häusermann¹, S. J. Bachmann¹
(¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Das interprofessionelle Team ist in der Palliative Care physischen, psychosozialen und spirituellen Belastungen ausgesetzt. Diese werden durch die aktuelle Personalknappheit im Gesundheitswesen verstärkt. Sowohl die Health Professionals sind gefordert, effiziente eigene Coping-Strategien zu entwickeln, wie auch die Institutionen, ihre Mitarbeitenden im herausfordernden Arbeitsalltag bestmöglich zu unterstützen.

Ziel Ziel des Posters ist es aufzuzeigen, (1) welche Coping-Strategien Health Professionals des interprofessionelle Teams in der Palliative Care zur Reduktion ihrer physischen, psychosozialen und spirituellen Belastungen haben, und (2) welche Strategien Institutionen wählen können um das Personal dabei zu unterstützen.

Methode Es wurde eine systematisierte Datenbankrecherche auf PubMed und CINAHL Complete durchgeführt.

Resultate Die Ergebnisse wurden in die oben genannten Kategorien (1) Coping-Strategien der Health Professionals bzw. (2) institutionelle Strategien unterteilt. Die Literatur hebt dabei die Wechselwirkung zwischen den beiden Kategorien hervor.

Schlussfolgerung Health Professionals des interprofessionellen Palliative Care-Teams können dann gesund und leistungsfähig bleiben, wenn sowohl persönliches Coping wie auch institutionelle Unterstützung gewährleistet sind.

P62

The wish to communicate without sedation and the wealth of resources of a healthy family.

W. Freiherr von Hornstein¹, S. Lynch¹, M. Wilson¹, S. Moran¹, K. Morrison¹
(¹Specialist Palliative Care Service Cavan & Monaghan, Cullies IE; ²Aughnaclyffe Medical Centre, Aughnaclyffe IE; ³Public Health Nurse Arva & Gowna, Loch Gowna IE)

Contexte A 12 years old boy survived 9 months with a Pontine Glioblastoma Multiforme treated with radiotherapy and chemotherapy. He was referred to specialist palliative care one month from diagnosis. A first meeting with the palliative care consultant was 4 months following referral to review the current situation and establish a common ground. A first home visit with the clinical nurse specialist was after six months.

Objectiv The family’s wish was to maintain a normal life as much as possible with minimal sedation and health care professional input and to remain at home for his final journey.

Méthode This case report demonstrates how important good communication, listening, flexibility and diversity are to support this journey for every body involved.

Résultats The ability of this family to rely and develop on the nurtured resources they had in the local community was outstanding. E. g.: confirmation by the parish priest, involvement of his school and classmates, engagement with his sports club, a special message from the captain of the national football team.

The health care professionals respecting their request for minimal input, flexibility and diversity allowing for minimal sedation gave them strength to facilitate normal life. It allowed them to face his final journey in a very safe, compassionate and comforting way. As he deteriorated he developed new ways to communicate via ipad, nonverbal gestures. When nearing the end the family’s extraordinary ability to communicate via his eye signals continued to allow understanding him. The boy’s ability to find common ground with his parents and brother saw this family flourish and assume increasing responsibility allowing all of them to do this challenging journey at home. Depending on his symptoms health care professionals were required but it was a minimal number of services needed. E.g.: clinical nurse specialist and consultant physician in palliative care, general practitioner and public health nurse. There was no need for the input of other services e.g.: night nursing, social work or any other additional health care professionals. From our first meeting with this family no further hospital admissions were required.

Conclusion The wealthy resources and strength of this family and community resulted in minimal medical professional input. It maximized their ability to grow and achieve the wishes for the patient, the family, the community, and the health care professionals.

P63

Les Etablissements Medico Sociaux (EMS)¹: lieux de vie spécialisée en soins palliative²

V. Marco¹, B. Michele¹, P. Michela¹, B. Elisa¹, P. Lara¹, P. Elena¹, C. Adelinda¹, S. B. Joseph¹, B. Yasmin¹, P. Isabella¹
(¹Fondazione Centro Sociale Onsernonese, Russo; ²Centro Sociale Onsernonese, Russo)

Contexte Nous partons de la considération préliminaire que les EMS sont des lieux de vie, que les soins qui y sont prodigués sont effectuée en soutien de cette qualité et que les soins en question sont surtout adressés à des personnes âgées. Ces dernières, dans ce contexte, se présentent comme des personnes en prévalence fragile, poli morbide et affectée par des pathologies chroniques et dégénératives. Conditions, celle-ci, qui produisent un caléidoscope des symptômes invalidants pour la qualité de vie. Pour ces raisons, la typologie de ces personnes est superposable à celle des personnes avec des besoins en soins palliatifs.

Objectiv

En partant des données récoltées sur le champ nous évaluons le besoin en soins palliatif d’un EMS et nous identifions une stratégie pour le satisfaire.

Méthode Nous avons adopté une approche inférentielle. Pour récolter des données objectives relative aux besoins de soins palliatif des résidents de notre EMS nous avons appliqué, en deux moments différents, la Flowchart pour l’identification du niveau de complexité des cas. Ce travail d’identification a guidé notre pratique et façonné au cours du temps l’accompagnement du résident.

Résultats Dans notre EMS la prévalence de résidents ayant des besoins en soins palliatif y est énorme. En effet l’application de la Flowchart a donné les suivant résultats : en 2019 le 100% des résidents (N=55) a besoins de soins palliatifs dont le 74% des résidents sont résulté B complexe, avec des besoins potentiellement de soins spéciaux. En 2023 con N=56 la statistique est résulté identique avec la flowchart et passe à 80% avec ID-PALL. L’identification de ce besoin si prévalent a donc produit le nécessaire développement d’une stratégie institutionnelle spécifique avec, entre autres, la construction d’un instrument multidimensionnel [bio-psico-socio-spirituel] basé sur le Advance Care Planning. Nous avons ainsi pu donner une réponse systématique au besoin en soins palliatif de nos résidents. Cette réponse a aussi permis de développer une véritable collaboration avec les services de deuxième ligne : nous sommes devenus un acteur supplémentaire du réseau. En plus cette réponse a permis de satisfaire les critères pour obtenir la certification fédérale en qualité pour les soins palliatif. **Conclusion** A partir de nos résultats nous supposons que la prévalence des résidents en EMS avec des besoins palliatif est très élevée et qu’une spécialisation en soins palliatif résulte ainsi nécessaire pour donner une véritable réponse à ces besoins.

P64

Intranasal Off-label Administration of Drugs in Palliative Care

V. Weiler¹, C. Rémi², C. Meyer-Massetti³, U. Wernli³, A. Kobleder⁴, S. Eychmüller³
(¹Universität Bern/Inselspital Bern, Bern; ²LMU Klinikum, München DE; ³Inselspital Bern, Bern; ⁴OST Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen)

Hintergrund Intranasal drug administration provides an alternative, minimally invasive route for symptom management in palliative care (PC). However, most drugs are not licensed for this administration route (off-label use). Therefore, evidence of their effectiveness and safety is oftentimes limited, and their use is mainly based on clinical experiences. Patients’ frailty, altered consciousness, and physiological changes with impact on drug metabolism render it difficult to predict pharmacokinetic parameters and pharmacodynamic effects. Insights into effectiveness and safety of intranasal drugs for symptom control in PC are needed.

Ziel We aim to provide an overview of clinical practices and the current evidence on effectiveness and safety of drugs administered off-label intranasally for symptom control in PC. Based on this overview, we aim to quantify and describe the use of intranasal drug administration among adult patients of the University Center for Palliative Care (UZP) at the Inselspital University Hospital Bern.

Methode We conducted a systematic literature review of intranasal drugs administered in PC using Pubmed and Embase databases. Publications on drugs licensed in Switzerland but not approved for the intranasal route were included. Based on the findings, we performed a retrospective chart review of patients (18 years old or over) hospitalized at UZP in 2021 and 2022, who received an intranasal and off-label drug, with a main focus on intranasal midazolam (MDZ). Demographic data [age, sex, duration of hospitalization, body mass index, main diagnosis], medication-related data [total number of administered MDZ sprays per hospital stay, maximum number of administered MDZ sprays per 24 hours, number of co-administered drugs], and presence of keywords in the nursing report (i.e., regarding indication and/or side effects) were collected.

Resultate Out of 524 patients, 63 (12%) patients were included in the retrospective chart review. The chart review started in March 2023; results are expected to be available by July 2023.

Schlussfolgerung The description of patients that received intranasal MDZ will help to inform a clinical trial that will investigate pharmacokinetic parameters and pharmacodynamic effects of intranasally administered MDZ for anxiety-related distress in PC. Combining knowledge from previous research with new evidence could help to support clinicians in their decision-making when prescribing alternative routes of administration, particularly for off-label use.

Autoren Auteurs

Autor/Auteur	Session/Abstract
Adelinda C.	P63
Adler D.	FM8
Aebi R.	FM24, P15
Aebi-Müller R. E.	P55
Affolter Baumberger B.	FM18
Aguet S.	P36
Amann M.	P23
Arnold S.	FM22
Artigue C.	P50
Bachmann S. J.	P61
Badun A.	P22, P54
Baptista Peixoto Befecadu F.	FM8
Bardill C.	FM10
Bardill S.	FM24
Bartenstein S.	FM24
Baum E.	FM32
Baumann J.	P30
Beauverd M.	FM13, FM27, P41
Bechter L.	P5
Beeler P. E.	P4, FM19, FM17
Behaghel G.	P40
Bender H. U.	P17
Bennardi M.	P48
Bergsträsser E.	P42, FM1
Bergsträsser P. D. m. E.	FM2
Berna C.	FM5
Bernard M.	P13, P6, FM28, P40
Bernardi Zucca I.	P18
Bernet C.	P39
Bernhardsgrütter D.	FM32
Berron E.	FM14
Beytrison I.	P38
Bianchi M.	P21
Birkner D. R.	FM20
Blum D.	FM20, P29, P28, P27, FM22, P23
Bodmer T.	P12
Boinay F.	FM9
Bonetti L.	P21
Borasio G. D.	FM27, P6, P52, FM14, P51, FM28
Bornet M. A.	P6, FM28
Borrat-Besson C.	P32, P31, FM26
Bosisio F.	P40
Bourezg A.	P16
Braun T.	FM3
Brumana E.	P19
Bruschini M. M.	P11
Bucher B.	FM24
Bucher S. M. A.	P4
Burgniard S.	FM14
Buschor-Bichsel M.	P10
Bächtold R.	P17
Bürki C.	FM9
Büsser P.	P35
Canova N.	P40
Carel D.	FM27
Caterina M.	FM24
Chabloz E.	FM27
Chiche J. D.	FM27
Christ S. M.	P28

Autor/Auteur	Session/Abstract
Cina C.	P30
Corminboeuf Y.	P49
Correia M.	P29
Correia de Oliveira D.	P56
Coskun-Ivanovic T.	P55
Debbiche F.	FM6
Delbue-Luisoni M.	P48
Delort A.	P50
Desmarchelier S.	P9
Dieudonné Rahm N.	P16, P56
Diviani N.	P48
Domeisen Benetti F.	P7
Domenico Borasio G.	P32, P31
Egger M.	P30
Eggert Steinmann A.	P17
Egloff M.	P8
Elena P.	P63
Elisa B.	P63
Escher M.	P50
Eychmueller S.	FM13
Eychmüller S.	P30, P8, FM11, P64, FM21, FM18, P57
Fallet C.	P41
Felber S.	FM18
Felber S. J.	FM11
Fernandes S.	P44
Feuz M.	FM20
Feuz U.	FM2
Fink G.	P42
Fliedner M.	FM24, P40, FM21
Freiherr von Hornstein W.	P22, P54, P62
Fringer A.	P7
Fusi-Schmidhauser T.	P2, FM4
Gachoud D.	FM29
Galatsch M.	P7
Gamondi C.	P21, P20, P19, P33, P48
Gasche P.	FM8
Gehrig L.	FM32
Gerber A.	P30
Gerber A. K.	FM2, P42
González-Jaramillo V.	P57
Good M.	P53
Grathwohl Shaker R.	P26, P5
Gratwohl F.	P46
Gubler T.	P26
Guerin S.	P40
Guerreiro I.	FM8
Gujan I.	P35
Guénégon M.	FM31
Gärtner J.	FM13, P2, FM4
Hagemann M.	P57
Hauswirth Siegenthaler C.	P26, P5
Hellenthal M.	P35
Hentsch L.	FM8, P50
Hertler C.	FM20, P29, P28, P27
Hofstetter G.	P43
Hug B. L.	FM19
Hurni B.	FM19
Hut B.	P28, P27
Häusermann S.	P61, P60, P59, P58

Autor/Auteur	Session/Abstract
Hünerwadel E.	P28, P27
Isabella P.	P63
Jean-Petit-Matile S.	P14, FM25
Jones L.	P24, FM15
Joseph S. B.	P63
Jox R.	P32, P31, P24, FM29, P51, FM15
Jox R. J.	P9, P6, P52, FM26, FM28
Junker K.	P17
Keller S.	P17
Klein U.	FM32
Kobleder A.	FM25, P64, FM32
Kohler P.	P10
Kompas V.	P35
Koppitz A.	FM12
Kramer I.	P11
Kreiter B.	P17
Kunz R.	P47
Kuster S. P.	P10
Lara P.	P63
Larkin P.	P40, P36, FM5, FM12
Leahy A.	P54
Leners J. C.	P3
Leser M.	FM24
Letras C.	P21, P20, P19, P33
Linsi K.	P1
Lopes Viegas M.	P41
Lynch S.	P62
Lütolf U. M.	FM24
Mac Dermott G.	FM14
Maessen M.	P30, FM21, P57
Maffioli F.	P20
Maier M.	P30
Mandlbauer B.	FM22
Marco V.	P63
Marjanovic S.	P45
Marques-Vidal P.	FM29
Martelli K.	P13
Martin A. S.	P37
Massard D. C.	P40
Matis C.	FM7
Maurer J.	P32, P31, P52, FM26, P51
Mazzoli M.	FM13
Mcaree U.	P54
Mebert C.	FM30
Meier C.	P32, P52, FM26, P51
Meier C. R.	P14, FM25
Metzger G.	FM3
Meyer-Masseti C.	P14, FM25, P64
Michel C.	FM18
Michel G.	FM1
Michela P.	P63
Michele B.	P63
Minder M.	FM17
Mitchell G.	P30
Mitterer S.	FM2, P42
Monnet E.	FM27
Monney M.	P38
Monteverde M.	FM21

Autor/Auteur	Session/Abstract
Moran S.	P62
Morrison K.	P62
Morscher D.	FM23
Muntwyler R.	P46
Murtagh F. E.	P11
Möslig P.	P15
Müller B.	P4, FM19
Müller M.	P60
Müller T.	P37
Neher A.	FM32
Nertinger S.	FM32
Nguyen F.	FM27
Nogueiro J.	P34
Nouri Lalaoui N.	FM14
Olbe J.	FM16
Ott S.	FM32
Ougier A.	FM7
Pascal M.	FM24
Pautex S.	FM8, P50, FM7
Pedraza E. C.	FM1
Pelz S.	P27
Peng-Keller S.	FM24
Pica F.	P14
Poku N.	P50
Pralong J.	FM13
Ramsenthaler C.	P26, P11, P5
Rehm C.	P58
Reinecke R.	P32
Rhyner Y.	FM15
Richter-Wenkel M.	P12
Riedel T.	P17
Riniker R.	P56
Risch L.	P12
Rogner M.	P1, FM23
Romano L.	P19
Roser T.	P15
Rubinelli S.	P48
Rubli Truchard E.	P24, P6, FM28, FM15
Ruedin S.	P6, FM28
Rusca M. M.	FM27
Rutz Voumard R.	FM27
Ryser V.	P60
Rémi C.	P14, FM25, P64
Röllin S.	FM25
Rüfenacht S.	P10
Saletti P.	P48
Sari D.	P21, P33
Sari M.	P19
Savinelli S.	P40
Schettle M.	FM20, P29, P28, P27
Schlau H.	FM22
Schmidli N.	P59
Schmidlin E.	P25
Schneider P.	P17
Schneider-Paccot A.	P50
Schubert M.	P11, P5
Schulz O.	FM17
Schumacher Dimech A. M.	P4, FM17
Schutzbach K.	P49
Seiler A.	P28

Autor/Auteur	Session/Abstract
Severac E.	FM16
Siemens W.	FM4
Simon M.	P42
Simon P. D. M.	FM2
Simonetta M.	P20
Singovski S.	P16
Slappnig J.	FM18
Slappnig O.	FM18
Sommerauer E.	P1, FM23
Soom Ammann E.	P46
Spanu S.	FM6
Spichiger F.	FM12
Stanco L.	P38
Sterie A.	FM5
Sterie A. C.	P24
Stetter B.	P25
Stiefel F.	P49
Stock S.	FM4
Strambo D.	FM14
Streit S.	P30
Stüssi G.	P48
Teike Lüthi F.	FM14, FM5
Thilo F. J.	P46
Thompson L.	P10
Tinner E. M.	P17, FM1
Tomczyk M.	FM13, P9
Trippini A.	FM29
Vanoni O.	P18
Vasserot K.	FM14
Vayne-Bossert P.	FM7
Vennedey V.	FM4
Villiger T.	P58
Vilpert S.	P32, P31, P52, FM26, P51
Vogel R.	P59
Voirol C.	P39
Vokinger A. K.	FM1
Voser E.	FM17
Weber A.	FM10
Wegener S.	P29
Wehrli S.	P23
Weiler V.	P64
Wernli U.	P14, FM25, P64
Widmer D.	P40
Wieczorek M.	P32, P52, FM26, P51
Wild B.	P49
Wilson M.	P22, P54, P62
Wipfli S.	P58
Yasmin B.	P63
Yilmaz D.	P59
Yuksel B.	P23
Zahler S.	FM22
Zambrano S.	P8
Zehnder L.	FM30
Zehnder R.	P58
Zihlmann L.	FM25
Ziltener U.	FM32
Zimmermann D. s. m. K.	FM2
Zimmermann K.	P42
Zúñiga F.	FM24
Züllig S.	FM22

Autor/Auteur	Session/Abstract
Zürcher C.	FM18
Zürcher M.	P27
de Clercq E.	FM1
de Pietro C.	P18
de Wolf-Linder S.	P26, P11, P5
von Fournier L.	P29
von der Weid P. D. m. N.	FM2

Notizen
Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notizen
Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

SAVE THE DATE

26.-27.11.

2025

Kongresshaus Biel
Palais des Congrès Bienne

Nationaler Palliative Care Kongress
Congrès National des Soins Palliatifs
Congresso Nazionale delle Cure Palliative

www.palliative-kongresse.ch