

palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

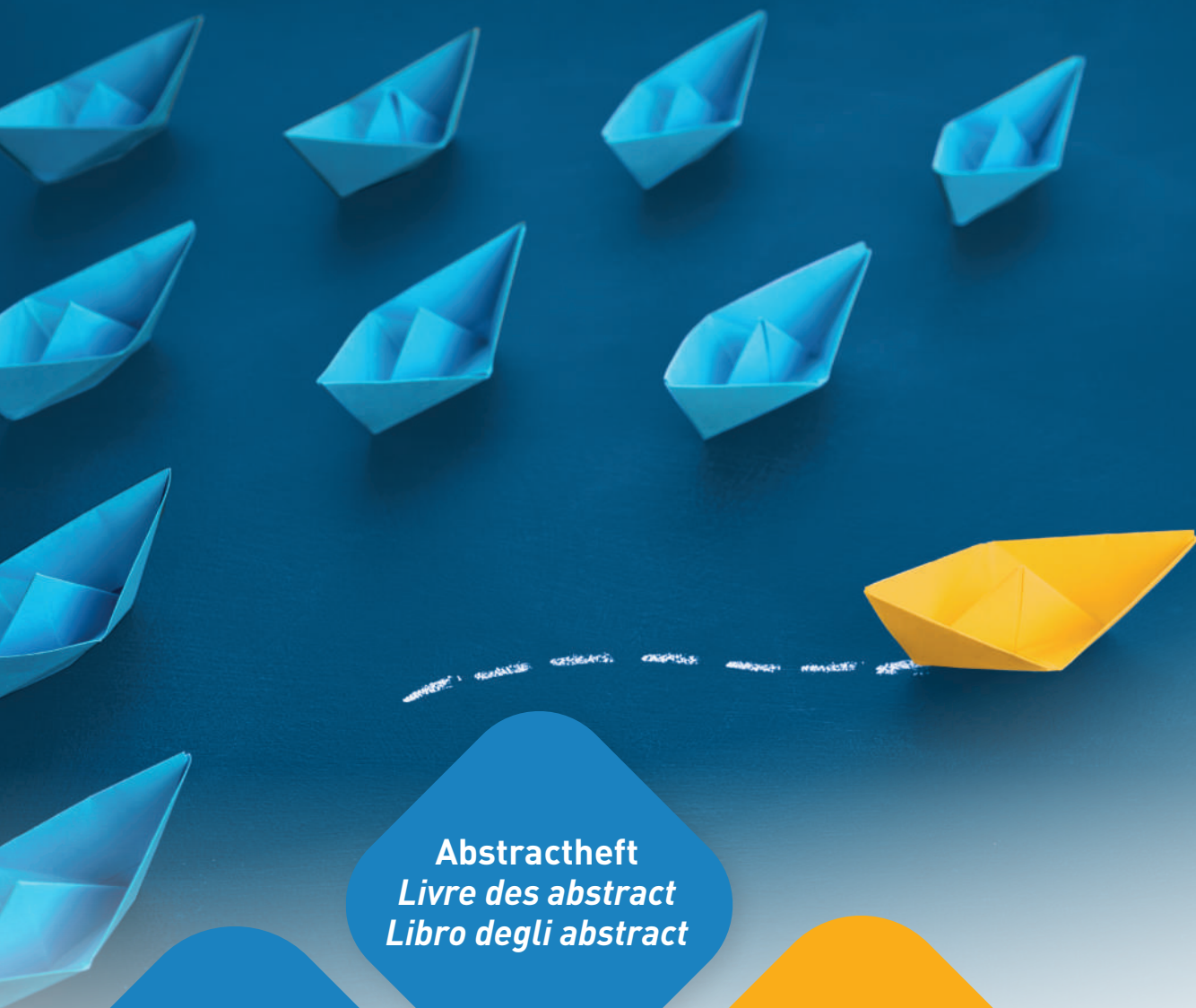
Palliative Care

das macht den **Unterschied!**

cela fait la **différence !**

questo fa la **differenza!**

quai fa la **differenza!**



Abstractheft
Livre des abstract
Libro degli abstract

2025

26./27.11.

Kongresshaus
Palais des Congrès
Biel/Bienne

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

www.palliative-kongresse.ch

Unser Service - Ihr Wohlbefinden

Cannabis in der Palliativmedizin – Evidenz und Praxis

Besuchen Sie das Satellitensymposium vom 26. November mit Prof. Dr. med. Thomas Herdegen und den Cannaplant-Teams am diesjährigen Nationaler Palliativ Care Kongress in Biel



WIR SIND DA FÜR SIE

Montag bis Freitag 8.00 – 12.00 Uhr und 13.30 – 17.00 Uhr
Samstag 8.30 – 11.30 Uhr

Bahnhof Apotheke Langnau AG | Abteilung Cannaplant
Dorfstrasse 2 | 3550 Langnau i. E.
Telefon 034 402 12 55 | Fax 034 402 25 35
info@cannaplant.ch | www.cannaplant.ch



cannaplant

Kompetenzzentrum
für medizinisches Cannabis

Inhalt

Sommaire

Freie Mitteilungen <i>Communications libres</i>	Seite <i>Page</i>
PS1: FM1 – FM4	4–5
PS2: FM5 – FM8	6–7
PS3: FM9 – FM12	8–9
PS4: FM13 – FM16	10–11
PS5: FM17 – FM20	12–13
PS6: FM21 – FM24	14–15
PS7: FM25 – FM28	16–17

Young Researchers, die Stimmen von morgen <i>Young Researchers, les voix de demain</i>	Seite <i>Page</i>
FM29 – FM35	18–20

Poster <i>Posters</i>	Seite <i>Page</i>
P1-P5	21–23
P6-P10	23–25
P11-P15	25–27
P16-P20	27–29
P21-P25	29–31
P26-P30	31–33
P31-P35	33–34
P36-P40	34–36
P41-P45	36–37
P46-P50	37–39
P51-P55	39–41
P56-P60	41–43
P61-P65	43–45
P66-P70	45–47
P71-P75	47–48
P76-P80	49–50
P81-P83	50–51

Autoren <i>Auteurs</i>	Seite <i>Page</i>
Autoren/Auteurs	52–54

Freie Mitteilungen 1

Parallelseminar 1 Séminaire parallèle 1

FM1

Referral criteria of high-grade glioma patients to palliative care

T. Tschudin¹, M. Schettler¹, D. Blum², C. Hertler³ (Universitäts Zürich, Zürich; ²Universitätsspital Zürich, Zürich; ³Universitätsspital Zürich, Zürich)

Context Patients suffering from high grade glioma, the most aggressive malignant primary brain tumor, have a very limited life span of 12–14 months. More importantly, they often suffer from early onset neurocognitive deficits and communication impairment, directly impacting the capacity to express their wishes and expectations for advanced care planning. Therefore, early integration of advanced care planning and supportive care must take place early.

Goal Here, we aim at characterizing factors triggers and barriers to referral of glioma patients to the outpatient palliative care consultation service, and to assess the main needs expressed by the patients.

Method In this retrospective study, we analyzed 91 patients with glioma treated in the outpatient clinic of the Comprehensive Cancer Center Zurich between 2015 and 2024. We investigated demographics including clinical information, symptom burden, tumor information and support system implementation in the analyzed group. We also report on time frames of referral and survival. Statistical analysis was performed using SPSS Version 30.

Results Patients with glioblastoma referred to our outpatient clinic had a mean age of 59.9 years (range 22–87) at first contact, of which 41.8% (n=38) women. Time from diagnosis to referral was 20.6 months in median and time from consultation to death was 5.1 months in median. More than 2/3 of patients first presented after the 3rd course of tumor-targeted treatment (73.6%, n=67) and showed recent clinical deterioration (79.1%, n=72) and progression in the imaging studies (81.3%, n=74) before consultation. A total of 7.7% (n=7) was no longer judicious at the time of consultation. Main reasons for referral were neurological and neurocognitive deterioration in 39.6% (n=36) patients, psycho-emotional patient burden in 18.7% (n=17) and patient wish in 13.2% (n=12). While caregiver burden was never a primary-referral reason, we confirmed that 87.9% (n=80) of caregivers indicated burden symptoms.

Conclusion While we found that glioma patients were referred to palliative care consultations earlier than the standard outpatient palliative population, they still presented mainly after failure of the last course of treatment, and with a very high symptom burden. Caregiver burden was a very frequent but underdiagnosed problem before referral.

FM2

Training in Advance Care Planning conversations: A Structured Approach using the CORE framework

S. Felber¹, M. Fliedner¹, C. Rossier¹, S. Eychmüller¹ (Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern)

Context Advance Care Planning (ACP) discussions are essential for ensuring care aligns with patients' values and goals. To ensure goal-concordant care, high-quality communication is central. A trusting, therapeutic relationship fosters this communication, enabling collaborative and person-centred care. To support clinicians in initiating and guiding meaningful ACP conversations, we developed a training program based on evidence-based components of relationship-centred care.

Goal The goal was to provide an easy to remember but effective framework to support clinicians in conducting state-of-the-art ACP conversations. This framework was then used to develop a one hour training programme for interprofessional oncology specialists for use in clinical practice.

Method The so-called 'CORE' framework is based on the quality communication principles from the Glasgow Consensus Statement

(2024), following the Experiential Learning Cycle (Kolb 1984), and consists of the following components: Connect, Observe & Understand, Respond and Engage. On a content level, these components feed into the prior developed iplan tool (www.ipan-care.ch) consisting of four steps: Prognosis, Life quality, Action Plan and Network. A one hour interprofessional training session was designed to train clinicians in conducting meaningful ACP discussions within a University Cancer Centre.

Results This training was tested in two pilot sessions with each 6–8 oncology clinicians (specialist doctors and nurses). In semistructured qualitative feedback from the participants, the sessions were perceived in terms of time as feasible as well as useful for clinical practice both in terms of content (CORE framework and iplan tool) and educational strategy (interactive teaching method).

Conclusion CORE seems to offer an easy to use framework for clinicians guiding ACP discussions in daily practice. As part of a large-scale quality project, which aims to promote concurrent and goal-concordant care, the next step is to expand the ACP training to all clinicians working in the University Cancer Centre.

FM3

«Ich kann das!» High Fidelity Simulation zur Selbstwirksamkeits-Förderung in der palliativen Pflege

S. Häusermann¹, E. Huber¹, A. Meichtry², F. Gautsch¹, I. Ris¹, D. Deufert³ (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur; ²Berner Fachhochschule, Bern; ³UMIT TIROL, Hall in Tirol, AT)

Hintergrund Palliative Care und damit verbunden auch familienzentrierte Pflege sind zentrale Themen der Pflegepraxis und -ausbildung. Studien zeigen, dass die Selbstwirksamkeit von Bachelor Pflege-Studierenden durch High Fidelity Simulation gestärkt werden kann.

Ziel Ziel der Studie war es, den Mehrwert von High Fidelity Simulation in Kombination mit traditionellen Lernmethoden bzgl. Entwicklung der Selbstwirksamkeit von Bachelor Pflege-Studierenden in einer familienzentrierten, frühen palliativen Pflegesituation bei hospitalisierten Erwachsenen zu explorieren.

Methoden Es wurde eine konvergente Mixed Methods-Studie durchgeführt. Im quantitativen Studienstrang (quasi-experimentell, repeated measures) wurde die Selbstwirksamkeit mit der Family Nursing Practice Scale (FNPS) bzw. der Selbstwirksamkeits-Subskala des Bonner Palliativwissenstest (BPW) zu vier Zeitpunkten (t1 = vor den Theorie-Modulen; t2 = nach den Theorie-Modulen; t3 = unmittelbar nach der High Fidelity Simulation; t4 = 3 Monate nach der High Fidelity Simulation) gemessen. Die quantitativen Ergebnisse wurden zusammen mit den in Fokusgruppen-Interviews erhobenen, durch eine qualitative Inhaltsanalyse generierten qualitativen Ergebnisse in ein Joint-Display eingefügt und Mixed Methods Meta-Inferenzen generiert.

Resultate Im quantitativen Studienstrang nahmen 46, im qualitativen 22 Studierende teil. Im quantitativen Studienstrang ergaben sich keine Hinweise gegen die Modellannahmen. Zudem zeigten sich statistisch signifikante Differenzen bezüglich FNPS zwischen t1 und t3 (p = ,0019) sowie zwischen t1 und t4 (p = ,0198), und bezüglich BPW zwischen t1 und t3 (p < ,0001), t1 und t4 (p = ,0012) sowie t2 und t3 (p = ,0112). In den Mixed Methods Meta-Inferenzen zeigte sich der Mehrwert der High Fidelity Simulation durch die Möglichkeit von Reflexion, Synthese und insbesondere durch die Wichtigkeit der praktischen Studierenden-Erfahrung, die Familie ins Symptommanagement einzubeziehen.

Schlussfolgerung Die High Fidelity Simulation in Kombination mit traditionellen Lernmethoden kann einen Mehrwert bzgl. Entwicklung der Selbstwirksamkeit von Bachelor Pflege-Studierenden haben und sie in ihrer zukünftigen Rolle als Pflegefachpersonen bezüglich familienzentrierter Pflege und früher Palliative Care bei hospitalisierten Erwachsenen stärken.

Parallelseminar 1

Séminaire parallèle 1

FM4

In der Praxis bewährt: Nachhaltige PROMs-Implementierung in der Palliativversorgung im Akutspital

C. Hauswirth Siegenthaler¹, R. Grathwohl-Shaker¹, M. Corrodi¹, L. Brunner¹, S. de Wolf-Linder², C. Ramsenthaler³ (1 Kantonsspital Winterthur, Winterthur; 2 Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Mit patientenberichteten Ergebnismessinstrumenten (PROMs) können Behandlungsergebnisse systematisch erfasst werden.

Ziel Diese PROMs Daten können zur Qualitätsverbesserung der Palliativversorgung eingesetzt werden.

Methode Das Zentrum für Palliative Care (ZfPC) am Kantonsspital Winterthur setzt seit vier Jahren PROMs (Adaptierte-Australische Karnofsky Performance Status (AKPS), Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) und Palliativphase) systematisch auf der Bettenstation ein. Die Palliativphase wird täglich eingeschätzt und im elektronischen Dokumentationssystem festgehalten; AKPS und IPOS werden bei Eintritt, Palliativphasenwechsel und Austritt/Tod der Patient:innen gemessen. Die Implementierung, welche sich am Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) orientierte, wurde intern von einem klinischen Champion, wöchentlich auch von einem Quality Improvement Facilitator begleitet.

Resultate Nach initialer und fortlaufender Schulung aller Pflegefachpersonen und Ärzt:innen, wurden PROMs systematisch bei allen in das Projekt eingeschlossenen Patient:innen (n=1'282, n=1'486 Fälle) in einem Zeitraum von über vier Jahren erfasst. Der Grossteil (30%) der Patient:innen waren zwischen 70–79 Jahre alt. Die meisten Patient:innen (60%) sind an einem Tumorleiden erkrankt. Die IPOS Symptome Familienangst, Fatigue, eingeschränkte Mobilität, Angst, Depression und Schmerzen waren die meistbeobachteten Symptome bei Eintritt. Nach einer durchschnittlicher Liegedauer von 9.2 Tagen (SD 6.6 Tage) traten im Längsschnitt deutliche Verbesserungen bei Austritt oder Tod in der Prävalenz von den mässig bis sehr stark ausgeprägten IPOS Symptomen Schmerzen, Fatigue, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Eingeschränkte Mobilität sowie Angst/Sorge der Patient:innen und Praktische Probleme auf. IPOS Symptome Atemnot, Mundtrockenheit, Familienangst, nicht im Frieden mit sich selbst sein, Gefühle teilen und Informationsbedürfnisse zeigten einen geringfügigeren Rückgang in der Prävalenz bei Austritt oder Tod. Die Prävalenz bei Austritt oder Tod war für kein IPOS Symptom höher als bei Eintritt. Patient:innen, welche in der instabilen Phase eingetreten sind, waren bei Austritt überwiegend in der stabilen Palliativphase.

Schlussfolgerung Am ZfPC gelang die erfolgreiche und nachhaltige Einführung von PROMs. Die erhobenen Daten erlauben Rückschlüsse auf die Wirksamkeit und Qualität der erbrachten Versorgung und sind eine wertvolle Grundlage für die Qualitätsentwicklung.

Parallelseminar 2 Séminaire parallèle 2

FM5

The lack of a standardized geriatric evaluation tool in studies investigating systemic anticancer treatments.

K. de Nys¹, M. Jörger¹, A. Stüger² (¹Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ²Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung, Zürich)

Context Despite accounting for 70% of cancer-related deaths, older adults are underrepresented in clinical trials investigating new systemic anti-cancer therapies. Moreover, while it is nowadays widely accepted that age alone is not sufficient to determine resilience and hence evaluate possible treatment benefits and risks in older patients, the concept of frailty remains poorly defined.

Due to the lack of reliable data concerning this patient subgroup and missing standards for functional characterization, many treatment decisions such as dose reductions are made empirically instead of evidence-based. This could possibly lead to more side-effects, less efficacy and have an important impact on the quality of life.

Goal The purpose of this review was to elaborate an overview of the geriatric evaluation (GE) methods used in clinical oncology trials. After identification of the most frequently applied GE methods and analysis of their primary purpose, we aimed to characterize the different systems, providing a comparison between them.

Method We performed a literature review of the PubMed database. Clinical pharmacotherapy studies that applied or evaluated a clearly defined system for the GE of oncological patients were included. Data retrieved encompassed the applied GE method(s), cancer type(s), pharmacotherapy investigated, number of included patients, study type, year of publication, and the primary purpose of the GE.

Results 103 Publications were included. Most studies (36%, n=34) used not previously validated study-specific GE methods. Standardized GE methods encountered in at least five publications were the G8 screening test (18%, n=17), the Balducci score (7%, n=7), and a geriatric assessment based on Hurria (5%, n=5). The GE was used for pharmacotherapy optimization, as an in/exclusion criterion, as a baseline measure or for treatment allocation.

Discussion Despite the recommendation to perform a GE prior to treating older cancer patients and various studies showing a positive effect of this measure on outcomes such as treatment tolerance and completion, widely accepted standards for frailty assessment are missing up to date. Challenges that needs to be addressed are the feasibility of the GE in everyday clinical practice, also for critically ill patients, and the correct interpretation of the GE.

Conclusion Although some clinical registration studies use standardized GE methods to assess frailty and to allocate pharmacotherapy, most use a study-specific, not previously validated GE. Overall, there is a large variety of GE methods with mostly poor characterization. Not only the inclusion of older patients, but also a uniform categorization of "frailty" is becoming increasingly urgent. Standardized tools could contribute to the quality and comparability of clinical trials and facilitate clinical decisions.

The use of such a standardized GE tool in all clinical oncology trials and before starting possible treatments would considerably facilitate the treatment decision process for older cancer patients.

Goal We examined how personal and emotional self-disclosure by physicians shapes perceptions of compassion, trust, professionalism, and comfort in the context of a serious illness consultation.

Method We conducted a factorial vignette study with 1,572 participants from the Swiss general public (51.4% women), each of whom rated 5 vignettes. Each vignette systematically varied eleven aspects of the consultation, including whether the physician disclosed a personal experience, showed sadness (with or without tears), or the clarity of their communication. Participants rated each vignette on compassion, trust, professionalism, and comfort using 11-point scales. We analyzed the data using multilevel regression models with random intercepts.

Results Clarity of information and longer consultations were the strongest positive predictors across all outcomes. Expressions of sadness, especially when accompanied by visible emotion, and personal self-disclosure were also significantly associated with higher ratings of compassion, trust, and comfort, with no evidence of negative effects on ratings of professionalism. The combination of self-disclosure and emotional expression consistently led to the highest scores for all outcomes, except for compassion, where emotional expression without self-disclosure achieved similar gains as strong as the full combination.

Conclusion Physician self-disclosure and emotional expression consistently enhanced compassion, trust, and comfort ratings and did not diminish perceived professionalism. Our findings challenge common assumptions in medical culture and suggest these behaviors have a strong potential to support relationship-building even under constrained conditions.

FM7

Das macht den Unterschied: Kosten von spezialisierter Palliative Care im Universitätsspital

M. Maessen¹, M. Hagemann¹, O. Stalder², M. Schwenkglenks³, S. Eychmüller¹ (¹University Centre for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, Bern; ²CTU, University of Bern, Bern; ³Health Economics Facility, University of Basel, Basel, Switzerland, Basel)

Hintergrund Die Literatur hebt die Vorteile spezialisierter Palliative Care (sPC) zur Verbesserung der Versorgungsqualität am Lebensende hervor. Studien zu den ökonomischen Aspekten der Palliativversorgung sind jedoch rar, besonders in Europa. Laut OECD belasten die letzten Lebensmonate – insbesondere durch Spalkosten – die Gesundheitssysteme stark. Dabei bleibt oft unklar, wofür genau die Mittel verwendet werden. Vorliegende, meist US-amerikanische, Kostenanalysen liefern uneinheitliche Ergebnisse und betrachten selten einzelne Kostenarten wie Medikamente, Verbrauchsmaterialien, Labordiagnostik, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, Pflege, therapeutische Massnahmen oder soziale Beratung differenziert.

Ziel Diese Studie vergleicht unterschiedliche Kostenarten bei verstorbenen Patient:innen eines Universitätsspitals, mit sPC und ohne palliativmedizinische Intervention (usual care, UC).

Methode Analysiert wurden retrospektiv medizinische und administrative Spitaldaten von 4'316 Patient:innen, die zwischen Januar 2016 und Dezember 2022 in einem Universitätsspital verstorben sind. Die Kosten wurden mithilfe von inverse probability weighting auf Basis von Propensity Scores adjustiert.

Resultate Die durchschnittlichen täglichen Behandlungskosten fielen in der Gruppe mit sPC mit CHF 2'607 niedriger aus als in der UC-Gruppe, bei der durchschnittlich CHF 3'007 pro Tag anfielen. Dennoch lagen die Gesamtkosten des Spitalaufenthalts in der sPC-Gruppe mit CHF 31'350 über jenen der UC-Gruppe (CHF 20'321), was primär auf längere Verweildauern in der sPC-Gruppe zurückzuführen ist.

Die Zusammensetzung der Kosten pro Tag unterschied sich zwischen den Gruppen deutlich: Während sPC-Patient:innen höhere Ausgaben für pflegerische Leistungen und therapeutische Massnahmen verursachten, entfielen bei UC-Patient:innen höhere Kosten auf diagnosebezogene Leistungen wie Laboruntersuchungen, Medikation,

FM6

Emotions and Self-Disclosure in Serious Illness Conversations: Effects on Trust, Compassion, and Professionalism

R. Staechl¹, C. Sauer², M. Zwaalen¹, S. Asch³, S. C. Zambrano¹ (¹University of Bern, Bern; ²Bielefeld University, Bielefeld, DE; ³Stanford University, Stanford, US)

Context Physicians are often reluctant to express emotions or share personal experiences with patients due to concerns about appearing unprofessional or crossing boundaries. However, research on perceptions of these behaviors remains limited.

Parallelseminar 2 Séminaire parallèle 2

Verbrauchsmaterialien und ärztlich geleitete Interventionen. Bemerkenswert ist, dass Patient:innen, die innerhalb der ersten drei Spittage eine sPC-Intervention erhielten, deutlich niedrigere Gesamtkosten aufwiesen als Patient:innen ohne frühzeitige sPC-Ver-sorgung (CHF 22'999 vs. CHF 60'691; $p < 0.001$).

Schlussfolgerung Unsere Ergebnisse bestätigen: sPC macht einen Unterschied. Am Lebensende zeigte sich in der sPC-Gruppe eine unterschiedliche Kostenstruktur – mit mehr Interaktion und weniger Intervention.

FM8

Estimating the Prevalence and Cost of Life-limiting Conditions in Children in Switzerland

H. U. Bender¹, A. Hartung², J. C. Streuli³, V. Corvest⁴, A. O. von Bueren⁵, E. Bergsträsser⁶ / ¹Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern, Schweiz, Bern; ²Insel Data Science Center, Inselspital Bern, Bern; ³Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ⁴Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; ⁵Hôpitaux universitaires de Genève, Genf; ⁶Kinderspital Zürich, Zürich

Context Palliative care for children in Switzerland is structurally underdeveloped. The Federal Office of Public Health funded this study in order to understand the demand for such services at any given time. Previous studies using catalogues of life-limiting conditions (LLC) have indicated a rising prevalence of affected children, yet with notable variation in numbers.

Goal This study estimates the prevalence and the cost of LLC in children in Switzerland to aid in planning future palliative care services.

Method We retrospectively analysed hospital data using an ICD-10 catalogue of LLC developed by Fraser et al. (2021) for the United Kingdom (UK). In a first pilot study, we analysed data from four university hospitals and one regional hospital covering five years (2018–2022) and five cantons. In a second step, we analysed national hospital data and financial data provided by the Federal Statistics Office covering ten years (2013–2023) using the same catalogue.

Results The prevalence of LLC in children in our first study increased from 30.9/10,000 in 2018 to 37.9/10,000 in 2022, equivalent to ~6600 children with a LLC in Switzerland in 2022. In the second study, the prevalence increased from 28.0/10'000 in 2013 to 36.8/10'000 in 2023 confirming our first results. Prevalence is highest and rising the most in children aged <1 year (236.7/10'000 in 2013 to 472.6/10'000 children in 2023). Congenital anomalies, perinatal and neurological conditions were the most prevalent diagnoses in both datasets depending on age group.

The median hospital cost per patient with a LLC increased by 19.8% (2013–2023). In relation to the gross domestic product (GDP), the total hospital cost for these children increased by 37.8% accounting for 0.43% of the entire healthcare spending in 2023.

Conclusion This is the first study estimating the prevalence of LLC in Switzerland and it confirms a rising prevalence, particularly among very young children. It highlights the need for prioritized development of paediatric palliative care services in this group emphasizing that these services should be a genuinely paediatric domain.

At the same time, we show that median hospital healthcare expenditure per patient rose by only half as much as total spending for children with LLC. Additionally, this group accounted for less than 0.5% of total healthcare expenditure in 2023 relative to the GDP.

Parallelseminar 3 Séminaire parallèle 3

FM9

Advance Care Planning in Dialysis Patients with Anticip'ation: quantitative acceptability study

C. Clavien¹, A. Dufey Teso², G. Da Rocha Rodrigues³, C. Bollond⁴, P. Lefuel⁴, M. Escher⁵ [¹ieh2, Genève; ²Unité de néphrologie, HUG, Genève; ³HESAV, Lausanne; ⁴Direction des soins, HUG, Genève; ⁵Soins palliatifs, HUG, Genève]

Context To support advance care planning (ACP), a conversation game – Anticip'ation – and a connected 3-step ACP intervention using the game were developed.

Goal This study assesses the acceptability, feasibility and effect of the intervention with patients undergoing dialysis at a tertiary hospital.

Method Dialysis nurses received a 10-hour training in ACP and use of the card game Anticip'Action. All patients dialysed in the division of nephrology were eligible. Acceptability and feasibility were assessed with questionnaires and note taking. Effect was assessed with pre-post number of advance directives (AD), number of patients designating a surrogate, quality of written ACP documentation, patients' responses to the 9-items ACP Engagement Survey, and patients' assessment of their ACP documentation.

Results 12 nurses conducted ACP interventions. 33 patients (87% of eligible patients) accepted to be included, 25 (75%) started the ACP intervention, 23 completed it, and 18 answered all questionnaires. 5 withdrawals were due to premature death. Nurses and patients rated the training, the intervention and the card game as good and highly acceptable: mean scores ranged from 2.87 to 4.17 on 5-point Likert scale questions. Organizational difficulties were reported by nurses. Significant increases were observed on uploaded AD (+30%), designated healthcare surrogates (+80%), patients reporting end-of-life planning actions (12/19), patients' engagement in ACP (+1.04 on 1–5 scale, $p = <.001$), quality of ACP documentation (+2.68 on a 1–5 scale, $p = <.001$), and patients' evaluation of their ACP documentation (3.44 $\pm$ 1.04 on 1–5 scale).

Conclusion The 3-step ACP intervention using Anticip'ation showed good implementation potential in clinical context.

FM10

Negotiating legitimacy in making 'reasonable' decisions for people lacking decision making capacity

L. Jones¹, E. Rubli Truchard¹, R. Jox¹ [¹Lausanne University Hospital, Lausanne]

Context When residential aged care facility (RACF) residents lose medical decision-making capacity, their health care proxies are called upon to make medical decisions. Anticipatory models, such as advance care planning (ACP) by proxy, aim to make anticipatory orders in case of medical emergency on behalf of residents. This process involves health care proxies, physicians and ACP facilitators discussing the most appropriate course of action in case of emergency.

Goal To explore the rhetoric devices and interpretive repertoires employed by health professionals and health care proxies when establishing their legitimacy to make 'reasonable' decisions on behalf of a person lacking medical decision making.

Method We audio-recorded 15 naturalistic ACP by proxy discussions and conducted a discourse analysis to identify the discursive devices and rhetorical strategies used to legitimise actor's authority in anticipatory decision making on behalf of a person who no longer has medical decision-making capacity.

Results Health care proxies, ACP facilitators and physicians deploy a range of discursive devices to legitimise their claims as to what constitutes 'reasonable' treatment for a person who has lost medical decision-making capacity. Health care proxies drew on their next of kin relationship, lifespan knowledge of the person, their previous and current implication in the person's life, their closeness and their knowledge of the person's medical history. Physicians draw on notions

of the trajectory of the person's illness/conditions, their observations of other 'similar' people and their medical expertise. RACF ACP facilitators draw upon their current day-to-day knowledge of the person, their experience with other RACF residents and their medical knowledge. Such constructs are deployed to co-construct an agreed upon plan for future action in case of an emergency situation, however, when opinions of 'reasonable' action differ, the territories of 'closeness' and 'medical knowledge' are contested. Here, we present this contested territory.

Conclusion Analysing the ways in which actors involved in planning future treatment for people lacking medical decision-making capacity sheds light on the multiple perspectives and difficulties being attended to in such discussions, and provides insights for care planning for a growing population.

FM11

Between Needs and Barriers: Integrating Palliative Care into the Trajectory of Advanced Respiratory Diseases

F. Baptista Peixoto Befecadu¹, R. Jouhaud², S. Pautex³, A. Bergeron⁴, I. Guerreiro⁴, L. Hentsch⁵ [¹HUG, Genève; ²Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, Suisse, Genève; ³Service de Médecine palliative, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse et Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, Suisse, Genève; ⁴Service de Pneumologie, Département de Médecine, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse et Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, Suisse, Genève; ⁵Service de Médecine palliative, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse et Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, Suisse, Genève]

Context Patients with progressive respiratory diseases experience debilitating physical and psychological symptoms that worsen as the disease advances. It is well established that their access to palliative care (PC) remains limited and often occurs at a late stage, sometimes at the very end of life.

Goal The aim of this study is to explore how to integrate PC earlier and more appropriately into the management of these patients.

Method A qualitative study using focus groups (FG) was conducted with a purposive sample of patients with chronic respiratory diseases (stage 3 or 4 COPD according to GOLD, or advanced fibrotic interstitial lung disease) and their informal caregivers. Data were analyzed by two independent researchers using Braun and Clarke's thematic analysis method, supported by the MAXQDA software.

Results A total of 5 patients and 5 informal caregivers participated in two separate focus groups, each lasting an average of 83 minutes. The term "palliative care" raised questions and concerns. Participants emphasized the need to clarify the goals of palliative care, highlighting the importance of preserving quality of life. They advocated for the systematic introduction of PC from the time of diagnosis, outside of crisis situations. Group discussions, such as roundtables during pulmonary rehabilitation, were identified as effective ways to introduce PC, especially by benefiting from peer experiences. Participants agreed that discussions about care planning and advance directives not only reduce the decision-making burden on caregivers but also reassure patients by ensuring their wishes will be respected. Table 1 presents a summary of the main themes.

Conclusion After receiving information about the goals of palliative care, patients clearly expressed a desire to access it early in order to better manage symptoms, receive continuous support, and anticipate future care.

Parallelseminar 3

Séminaire parallèle 3

Table 1 – How to Introduce Palliative Care Early and Appropriately – Main Themes

Main Themes
How to Introduce Palliative Care Early and Appropriately
Clarify the Term and Goals of Palliative Care
Facilitate Access to Palliative Care During Pulmonary Rehabilitation
Ensure Systematic Access for All Patients
Promote Peer-to-Peer Communication Among Patients
Improve the Promotion of Palliative Care to Patients
Enhance Healthcare Professionals' Communication About Palliative Care
Use the Care Plan and Advance Directives to Introduce Palliative Care

FM12

A Reflexivity Lab in a palliative care service: Innovating research, from the inside out

A. C. Sterie¹ (*Service de soins palliatifs et de support, Lausanne*)

Context Reflexivity is a key research competence, particularly when addressing sensitive topics such as death, dying, and suffering. While often emphasized during data analysis, reflexivity is equally critical in the early stages of research — including study design, data collection, and interactions in the field. Decisions around recruitment, researcher presence, and the dynamics of fieldwork significantly influence research outcomes, but are rarely discussed transparently in publications. Furthermore, the unpredictable and emotionally charged nature of fieldwork in palliative care settings can leave researchers vulnerable and underprepared. There is a need for structured, supportive resources to help researchers navigate these complexities. One such resource is the Reflexivity Lab.

Goal A Reflexivity Lab was established in August 2023 within the palliative care service of a university hospital in Switzerland. Open to both clinical and non-clinical researchers involved in end-of-life fieldwork, the Lab aims to introduce and deepen understanding of research reflexivity. Based on a model proposed by sociologist Hella von Unger, the Lab provides a safe space for researchers to share experiences, explore dilemmas, and reflect on methodological and emotional challenges in the field.

Method The Reflexivity Lab meets monthly, in French or English, either in person or via Zoom. Participants come from diverse disciplines – including medicine, nursing, sociology, anthropology, linguistics, and psychology – and conduct fieldwork across Switzerland. A regular meeting usually consists of a discussion about latest experiences and a presentation about a particular topic (research reflexivity, writing a reflexive paragraph, procedural ethics, etc.). Furthermore, members annually select a thematic focus, which is explored through collaborative projects and autoethnographic exercises.

Results The Reflexivity Lab has proven valuable in supporting researcher wellbeing, fostering collaborative scientific practice, and enhancing research quality. Its concrete impact is also discernable through changes that researchers have undertaken in relation to their own fieldwork. To date, its activities have led to two publications and multiple conference presentations, including work on researcher-patient interactions in palliative care (2024) and the role of research intermediaries (2025).

Conclusion The Reflexivity Lab is a resource that can be implemented in hospital services of palliative care in order to provide researchers a safe space for discussion and reflexion about their fieldwork experience. Cross-institute collaborations between such Reflexivity Labs would be an interesting opportunity for fostering alliance between researchers and improving practices.

Parallelseminar 4 Séminaire parallèle 4

FM13

Prosociality from patients towards healthcare professionals: another way to be part of and depart

F. Bovey¹, Z. Gossin¹, A. C. Sterie¹ (¹Service de soins palliatifs et de support, CHUV, Lausanne)

Context Prosociality, defined as an action designed to benefit others, is a desire that can be very present at the end of life, despite physical and psychological vulnerability. Scientific literature shows that this tendency increases with lowering life expectancy, and that being able to express prosociality may contribute to lower levels of depression and anxiety.

Recognizing patients' needs and capacity to be prosocial goes beyond patient-centered care, as it requires their recognition as partners and providers, genuinely interested in benefiting others and not only their own care. This recognition is particularly important in contexts of asymmetry (carer/cared for), as it allows patients to maintain a sense of dignity and purpose.

Goal We examine how patients express prosociality in daily interactions with health practitioners, in palliative care. Our aim is to highlight the forms that patients' prosociality takes in interactions.

Method We collected 87 video recordings of interactions between 8 patients and 47 HPs in two palliative care units in French-Speaking Switzerland. Extracts in which patients display prosociality were transcribed and analyzed, using thematic analysis (to examine content) and conversation analysis (to examine in situ organization of verbal and non-verbal communication).

Results We identified 5 forms of prosociality:

1. Gratitude, as an expressed recognition for HPs' work;
2. Compliments and concerns for HPs, about their work but also their life out of the hospital;
3. Help in care (e.g. to help with manoeuvres; collection of information on their health; passing on of their expertise while respecting that of HPs);
4. Alleviate dying's stigma (e.g. to anticipate talks on decay and death, talk about it using humor, minimize their problems);
5. Trust, expressed deliberately as giving ("I'm in your hands"), to confirm relationships and take an active role in letting go.

Conclusion The fact that patients initiate and display prosociality under so diverse formats underlines their autonomy, wish and claim to be considered both as partners and providers, playing an active role in their dying process. It is thus a way to escape the asymmetry of the care relationship, that can often be overbearing in medical contexts. Considering and understanding prosociality helps considering patients in palliative care as a whole. Our focus on interactions shows how prosociality is organized in situ, in ordinary, sometimes "banal" interactions. Analysing these situations can give tools to professionals to help noticing these instances, recognize and support patients to express themselves.

FM14

Soins palliatifs intégrés en gériatrie aiguë hospitalière: une étude de mise en œuvre

S. Rastrelli¹, S. Goncalves², A. Ognà² (¹EOC, Locarno; ²EOC, Ospedale La Carità, Locarno)

Contexte Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande en soins palliatifs (SP) et gériatriques. Les unités de gériatrie aiguë accueillent des patients fragiles présentant des symptômes complexes tels que la dyspnée, la douleur, l'asthénie, les crises existentielles – des problématiques centrales pour les deux disciplines. L'objectif partagé entre la gériatrie et les SP est d'améliorer la qualité de vie, d'atténuer la souffrance et de respecter la dignité du patient. Malgré les bénéfices documentés de l'intégration des SP en gériatrie, de nombreux patients âgés n'ont pas accès à ces services et des obstacles persistent dans la collaboration entre les deux secteurs.

Objectif Cette étude vise à intégrer les SP dans le cadre de la gériatrie aiguë, en assurant une prise en charge précoce. Les objectifs principaux incluent: l'activation rapide de l'équipe de SP, la planification anticipée des soins, le contrôle symptomatique dans les 48 heures et l'implication des proches/aidants dans le parcours de soins.

Méthode L'étude comprend une analyse des dossiers médicaux des patients admis en gériatrie aiguë à l'aide de l'outil ID-PALL®, la conduite de focus group et d'entretiens interprofessionnels semi-structurés afin d'explorer les ressources et les difficultés. Un groupe de travail a défini les stratégies de mise en œuvre qui comprennent: des sessions de formation sur l'utilisation d'ID-PALL® et les principes des SP, le remplissage d'ID-PALL® pour tous les patients admis et l'orientation automatique vers les SP au cours d'une phase de test de deux mois. Ensuite, l'étude de prévalence et les groupes d'évaluation seront répétés.

Résultats Pendant un peu plus de la moitié de la phase de test, le nombre d'annonces de SP a presque égalé le nombre enregistré pour l'ensemble de l'année 2024. Sur les 25 évaluations soumises jusqu'au 20 mai 2025, 23 ont confirmé l'identification correcte des patients spécialisés en SP. Les professionnels impliqués rapportent une amélioration significative de la collaboration avec une intégration plus fluide entre les deux spécialités.

Conclusion Les résultats préliminaires suggèrent que l'objectif est en voie d'être atteint. L'étude démontre qu'il est possible d'améliorer l'accès des patients âgés aux SP grâce à une approche structurée et multidisciplinaire. Des études futures pourraient explorer l'impact à long terme de cette collaboration sur la qualité de vie des patients et sur l'évolution des pratiques cliniques en gériatrie.

FM15

Barriers and facilitators to Advance Care Planning by proxy in Swiss nursing homes

S. Ruedin¹, L. Jones², E. Rubli-Truchard³, R. J. Jox⁴ (¹Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ²Service de Soins Palliatifs et de Support, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ³Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ⁴Service de Soins Palliatifs et de Support, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV); Institut des Humanités en Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne)

Context Advance Care Planning promotes care that is coherent with patient wishes in the event that they lose decision-making capacity (DMC). However, many people lose DMC before participating in anticipatory care planning. For this situation, models of advance care planning by proxy (ACP by proxy), i.e. conducted with health care proxies, are under development.

Goal We aimed to test the acceptability and feasibility of an ACP-bp model in Swiss Residential Aged Care Facilities (RACFs).

Method Design: Single-arm pilot study of the acceptability and feasibility of an ACP by proxy intervention in Swiss RACFs (n=4). Data: Semi-structured interviews were conducted with ACP-bp facilitators pre (n=15) and post (n=6) intervention, as well as with health care proxies (n=21) post-intervention. Reflexive Thematic Analysis was employed to identify themes explaining the barriers and facilitators to conducting ACP-bp in this context.

Results Acceptability of the intervention was high, with both health professionals and health care proxies reporting many benefits including improved communication between proxies, health professionals and physicians, deeper understanding of the residents as persons, and increased confidence in providing care that is coherent with resident wishes. Implementation of the intervention was promoted by having a health professional 'champion' ACP-bp, having a director who supported ACP-bp, flexibility in work structure that allowed ACP-bp, and a dedicated person for coordinating meetings. Implementation was hindered by RACF staff turnover, lack of health professional and

Parallelseminar 4

Séminaire parallèle 4

health care proxy time, physicians who were not engaged, and health professional and health care proxy reluctant to engage in planning discussions.

Conclusion ACP-bp is valued and helpful when implemented. Yet, implementation in the RACF setting is hindered by multiple factors predominantly related to the general RACF working context. Improvement of the systemic factors is necessary in order to promote ACP-bp and thereby respect autonomy of people who no longer have DMC.

FM16

Unequal goodbyes: inequalities in end-of-life care before and after the pandemic across 28 countries

P. Sillitti¹, C. Meier¹, R. Jox², J. Maurer³ [*University of Lausanne, Lausanne; ¹HIM, Lausanne; ²University of Lausanne, Lausanne, FR*]

Context The COVID-19 pandemic significantly disrupted health systems, impacting how individuals received end-of-life (EOL) care and amplifying pre-existing inequalities in healthcare access. While research has examined the burden placed on healthcare professionals, less attention has been paid to the experience of care recipients in their final year of life, particularly across different socioeconomic groups.

Goal This study explores the sociodemographic factors associated to the type of care that people received before death before and after the outbreak of the pandemic across Europe.

Method The analysis uses data from 5,029 deceased individuals aged 50 and older across 28 European countries, drawn from waves 7–9 (2018–2022) of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Information was collected via proxy interviews post-mortem and includes details on health, care received in the final year of life, and sociodemographic characteristics. The main outcomes were six binary variables indicating the receipt of hospital, hospice, nursing home, home care, care from a general practitioner (GP), and from a specialist physician. Using multinomial probit regression models, we estimated the average marginal effects of dying after the onset of the pandemic (March 2020), with interaction terms for cause of death, education level, and financial difficulty.

Results Overall, EOL care access declined following the pandemic's onset, with particularly steep reductions in home-based care and specialist services. These changes were uneven across population groups. Individuals who died from cardiovascular or infectious causes experienced significant declines in hospital, home, and specialist care. Socioeconomic disparities widened: decedents with low education experienced decreases across all care types except nursing homes, while individuals with financial hardships saw marked reductions, particularly in home care and specialist care. Conversely, those with higher education or financial security saw smaller or no significant changes. Cancer decedents experienced the most stable patterns of care.

Conclusion The findings suggest that the pandemic exacerbated pre-existing inequalities in EOL care across Europe, disproportionately affecting those with lower education and financial resources. While institutional care remained relatively accessible for some, home and outpatient care saw significant declines, especially for vulnerable groups. These results underscore the urgent need for policies that build resilient, equitable EOL care systems capable of protecting disadvantaged populations in times of crisis.

Parallelseminar 5 Séminaire parallèle 5

FM17

Lebensqualität ohne Psychopharmaka? – der vida cotidiana®-Ansatz für Menschen mit Demenz

J. A. Lingenhel¹, A. M. Schumacher Dimech¹, S. Ziegner², C. Sarbach², C. Sabariego¹ (¹Universität Luzern, Luzern; ²Haus Herbschtzytlos, Mauensee)

Hintergrund Die steigende Lebenserwartung und die Zunahme chronischer Erkrankungen erhöhen den Betreuungsbedarf, besonders bei Menschen mit Demenz. In der Schweiz leben über 156'900 Demenzerkrankte, und diese Zahl wird aufgrund der alternden Bevölkerung weiter steigen, was den Bedarf an Betreuungsangeboten zur Sicherung der Lebensqualität und Wohlbefinden erhöht. Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist besonders herausfordernd, da sowohl kognitive als auch behaviorale und psychische Symptome der Demenz (BPSD) spezialisierte Pflegekräfte und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern und für Betreuende sowie Betroffene stark belastend sein können. Es gibt zunehmend Kritik an der Praxis, da Psychopharmaka häufig als erste Massnahme bei BPSD wie zum Beispiel Aggression in Betracht gezogen werden, obwohl häufig Neben- und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten und in vielen Fällen einfühlsame Betreuung und alternative Ansätze ebenso wirksam sein können. Diese Ansätze fördern das Wohlbefinden der Betroffenen und können herausforderndes Verhalten reduzieren, wodurch die Notwendigkeit für Medikamente verringert wird.

Ziel Das entwickelte Demenzbetreuungskonzept vida cotidiana® setzt auf die Integration von Menschen mit neurokognitiver Beeinträchtigung, wie Demenz, in den Alltag. Durch natürliche Routinen, sinnvolle Aufgaben und die Erhaltung der Selbstwirksamkeit, soll die Würde und Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden. Dabei wird die Individualität der Menschen gewahrt und auf erzwungene Interventionen verzichtet. Ziel dieser Studie ist es, die Auswirkungen des Demenzbetreuungskonzepts vida cotidiana® auf die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Alltagsintegration von Menschen mit neurokognitiver Beeinträchtigung zu untersuchen.

Methode Es wird eine retrospektive, longitudinale qualitative Studie mit fünf Bewohner:innen einer Institution durchgeführt, die das Demenzbetreuungskonzept vida cotidiana® umsetzt. Die Analyse umfasst eine Literaturübersicht, eine Inhaltsanalyse der Verlaufsdokumentationen und Medikamentenlisten sowie halbstrukturierte Interviews mit Angehörigen.

Resultate Erste Erfahrungen aus der Institution zeigen, dass das Konzept die Lebensqualität der Bewohner:innen verbessert. Durch die qualitative Untersuchung sollen vertiefte Einblicke in die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gewonnen und mögliche Wirkmechanismen des Konzepts identifiziert werden.

Schlussfolgerung Erkenntnisse aus dieser Studie sollen genutzt werden, um eine umfassendere Untersuchung durchzuführen und den Einfluss des vida cotidiana®-Ansatzes auf Lebensqualität, Wohlbefinden und den Einsatz von Psychopharmaka wissenschaftlich fundiert aufzuzeigen. Zudem sollen die Ergebnisse als Grundlage für Handlungsempfehlungen und eine mögliche Implementierung in weiteren Einrichtungen dienen.

FM18

"SOS in Moral Distress" – Ein Ethikmodell zur Verbindung von Autonomie, Best Interests und Shared Decision-Making

J. Streuli¹, U. von Mengershausen², E. Declercq¹ (¹Stiftung Gesundheitskompass, Zürich; ²Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen)

Hintergrund In der Palliative Care stellen Entscheidungen unter Unsicherheit und mit existenziellen Konsequenzen eine besondere Herausforderung dar – insbesondere wenn Werte, Interessen und Sichtweisen zwischen Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen divergieren. Die Konzepte Autonomie, Best Interests und Shared

Decision-Making (SDM) bieten wichtige Orientierung, bleiben aber in konflikthafter Situationen oft unzureichend.

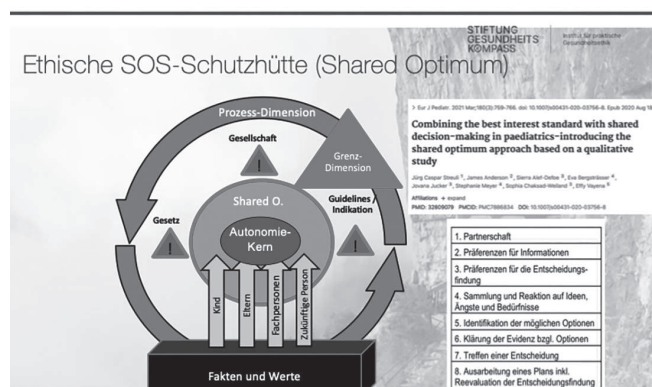
Ziel Vorstellung des Shared Optimum Schemas (SOS) als strukturierter Entscheidungsansatz zur ethischen Orientierung in komplexen Versorgungssituationen.

Methode SOS wurde aus qualitativen Studien mit Fachpersonen und Familien entwickelt und in moderierten Teamprozessen in pädiatrischen und adulten Kontexten erprobt. Im Vortrag wird es anhand von exemplarischen Beispielsmoderationen vorgestellt. Die Moderation von SOS dauert in der Realität zwischen 60–90 min. Der Prozess wird schematisch dargestellt.

Resultate Anhand von drei Fallbeispielen – ein schwerkranker Säugling mit Eltern die eine Therapieeskalation entgegen Empfehlung des Teams wünschen, ein 17-jähriger Jugendlicher mit Therapieverweigerung und eine ältere Person mit einem End-stage Lungenkarzinom und einer schwierigen Team-Familien-Interaktion – zeigt SOS, wie eine ethisch tragfähige Zone zwischen medizinischen, psychosozialen und normativen Grenzen entstehen kann.

Diskussion SOS integriert bestehende Konzepte, betont jedoch klare Schadensschwellen, konkrete Autonomiefähigkeiten und eine dialogische Entscheidungsfindung als Prozess. Damit unterstützt es sowohl interprofessionelle Klarheit als auch die Einbindung von Betroffenen und Angehörigen.

Schlussfolgerung SOS eignet sich insbesondere für ethisch anspruchsvolle Situationen über Altersgrenzen hinweg und bietet eine realistische, transparente und partizipative Alternative zu rein prinzipienbasierten Modellen oder eng gefassten Konzepten wie dem Best Interests Standard oder der Zone of Parental Discretion.



FM19

Sensorbasierte Belastungserfassung bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen: Das Protokoll der SURREAL-Studie

C. Böhlke¹, F. Buergi¹, J. Eckstein², W. Hasemann³, J. Gärtner¹ (¹Department für Klinische Forschung, Universitätsspital Basel, Basel; ²Department Digitalization & ICT, Universitätsspital Basel, Basel; ³Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Basel)

Context Given the well-documented sociodemographic shifts and the increasing prevalence of multimorbidity, the demand for palliative and end-of-life care is expected to increase significantly in the coming years. Digital health technologies have the potential to facilitate automated detection of distress in palliative care, including symptoms like pain, breathlessness (dyspnea), panic, agitation, and delirium. Such advancements could alleviate the suffering of cognitively impaired patients who are unable to call for help, for instance, by pressing an alarm button, yet urgently require professional intervention.

Goal This observational feasibility study aims to assess whether data output from a sensor system consisting of a 3-D-radar, photoplethysmographic sensors (wearables), and audio detection (microphones) is

Parallelseminar 5 Séminaire parallèle 5

associated with patients' distress events as identified by medical professionals during standard care.

Method We will utilize well-established sensor systems, including Qumea® and wearables, to monitor heart rate, respiratory rate, heart rate variability, body movements, postures, and audio signals, such as changes in sound intensity or voice frequency.

Results Data will be compared against the current gold standard for detecting distress in cognitively impaired patients: assessments conducted by trained healthcare professionals, specifically specialist palliative care nurses and physicians.

Conclusion Identifying correlations between sensor data and professional distress assessments could facilitate future validation studies, potentially leading to the development of automated distress detection systems using sensor arrays.

FM20

“Cuidados paliativos desde la perspectiva pastoral” A Cooperation between Switzerland and Ecuador

K. Tschanz¹, L. Stanco², T. Torrado³, J. Iglesias⁴, F. Bisel⁵, M. L. Chau⁶
(¹Dozentin Universität Bern, ²Universität Luzern, ³Fachhochschule St. Gallen, ⁴Brent; ⁵Service de Médecine Palliative - Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Valais romand (CHVR), Martigny; ⁶Service de Médecine Palliative - Hôpital de Thoun, Thoun)

Context In Ecuador, according to the 2020 Atlas of Palliative Care in Latin America, the implementation of palliative care has seen significant progress. However, substantial challenges remain in achieving full coverage. Currently, the country has 4.6 palliative care teams per million inhabitants. With 78 teams, Ecuador occupies a mid-range position in the regional context.

Goal One of the main barriers is limited access to information and training in palliative care for healthcare professionals, leading to widespread unawareness of palliative care. This lack of knowledge extends to families and caregivers as well. To address this, Swiss experts in palliative medicine and spiritual care organized a six-day, 40-hour course between September and October 2024. The goal was to share Swiss best practices across the four dimensions of palliative care (physical, psychological, social, and spiritual), to promote and facilitate new competences to spiritual and psychosocial professionals who are in crucial positions in communities and hospitals.

Method The course was designed for priests, pastors, chaplains, social workers and psychologists from Ecuador involved in the care of patients with life-threatening illness, and it was conducted both in English and Spanish through a video conference platform, with live translation support.

Specialists from both countries played key roles in this cooperation's success.

Results 21 participants from Ecuador attended the course: 1 doctor, 6 priests, 7 pastors, 1 psychologist, 1 social worker, 5 deacons and spiritual caregivers.

Participants greatly valued the course content, the sharing of Swiss practices and the bilingual format. After each session, they engaged in discussions and shared feedback. Upon completion, they received a signed certificate from Palliative.ch, the Swiss palliative care association.

Conclusion The course focused on the assessment and management of symptoms associated with life-threatening illnesses and the dying process.

After the course they were ready to approach medical teams to implement the spiritual and psychosocial dimension of Palliative Care and work with them towards setting up Palliative Care teams. The course also highlighted the essential role of the participants in providing spiritual and psychosocial care and support for the patients, their families and caregivers within the growing interprofessional palliative care teams, which improve the quality of care.

Given its relevance and success, the course will be repeated in autumn 2025.



CURSO

CUIDADOS PALIATIVOS

DESDE LA PERSPECTIVA PASTORAL

FECHAS
SEP
&
OCT
2024

9 TALLER PRESENCIAL

Centro Integral de la Familia

Vicente Ramón Roca E8 73 y

Leónidas Plaza. Quito Ecuador

Contacto: Rev. Felipe Adolf. 0994865386

DURACIÓN

40 HORAS

PRESENCIAL - VIRTUAL

Facilitadora:

Dra. Karin Tschanz

Pastora, capellán, psicoterapeuta.

Docente en la Universidad de Berna, Suiza.

Orientado a la formación de sacerdotes, pastores, asistentes sociales, laicos y voluntarios para la atención espiritual de personas crónicamente enfermas y en etapa terminal y sus familias.

das macht den Unterschied! • cela fait la différence ! • questo fa la differenza! • quai fa la differenza!
Parallelseminar • Séminaires parallèles

13

Parallelseminar 6 Séminaire parallèle 6

FM21

Intégration structurée des soins spirituels en gériatrie aiguë : un projet pilote interprofessionnel

E. Abou Chaar¹, R. Stawarz-Luginbühl², V. Vallat³, S. Berney⁴, C. Wirth⁵, M. Gagliano⁶, Y. Espolio Desbaillet⁶ (¹Eglise catholique romaine dans le canton de Neuchâtel, Neuchâtel; ²Eglise réformée évangélique du canton de Neuchâtel – Service de l'aumônerie du RHNe (Site de la Chaux-de Fonds), La Chaux-de Fonds; ³Eglise catholique romaine dans le canton de Neuchâtel – Service de l'aumônerie du RHNe (Site de la Chaux-de Fonds), La Chaux-de Fonds; ⁴Eglise réformée évangélique du canton de Neuchâtel – Service de l'aumônerie du RHNe (La Chrysalide), La Chaux-de Fonds; ⁵Réseau Hospitalier neuchâtelois (Site de la Chaux-de Fonds) – Unité de Gériatrie Aiguë (UGA), La Chaux-de Fonds)

Contexte La prise en charge de la dimension spirituelle, constitutive de l'être humain, est un élément fondamental des soins palliatifs (Bigorio, 2008). L'unité des soins palliatifs du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) applique ces recommandations de longue date. Leur intégration reste à consolider dans la prise en charge palliative des patients d'autres unités. Nous supposons qu'une meilleure intégration des soins spirituels (SSpir) au sein des équipes soignantes interprofessionnelles améliore la prise en soins globale des patients. **Objectif** Ce projet pilote interprofessionnel vise à explorer comment une formation de sensibilisation aux soins spirituels (ForSpir), combinée à une collaboration structurée avec l'aumônerie, peut améliorer la qualité des SSpir au sein de l'Unité de Gériatrie Aiguë (UGA) du RHNe, qui accueille des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs gériatriques.

Méthode Une étude quantitative de type interventionnel pré-post, en deux phases, a été menée. Le Spiritual Care Practice Questionnaire (Parties I et II), administré avant et après une ForSpir donnée à l'équipe soignante de l'UGA, permet d'évaluer à la fois la manière dont les soignants perçoivent les SSpir et les barrières à leur mise en pratique. La phase 1 a débuté en juin 2023 avec l'administration pré du questionnaire suivi de la ForSpir. En janvier 2024, un système de coordination structuré avec les accompagnantes spirituelles (AS) a été mis en place, incluant des accompagnements personnalisés de patients, des transmissions orales et écrites, ainsi qu'un colloque hebdomadaire avec les médecins-assistants. La phase 2 du projet (administration post du questionnaire) est prévue à l'été 2025 pour évaluer les pratiques à 24 mois.

Résultats Les résultats de la phase 1 (N=18) montrent que 82% des soignants considèrent que répondre aux besoins spirituels relève de leur rôle professionnel. Toutefois, 78% signalent un besoin de formation, 82% manquent de temps et 58% évoquent une difficulté à distinguer les SSpir du prosélytisme. Après 16 mois, les bilans du comité de pilotage confirment la pertinence de la collaboration avec les AS et l'engagement renforcé des équipes dans les SSpir.

Conclusion Ce projet illustre la possibilité d'un modèle d'intégration interprofessionnelle applicable dans une unité de soins gériatriques. Les résultats préliminaires, à confirmer par la phase 2, indiquent que le langage commun entre soignants et AS, soutenu par des outils concrets, facilite l'identification précoce des besoins spirituels.

FM22

Symptom burden, psycho-social & spiritual needs in Heart Failure: Swiss results from RAPHAEL

C. Letras¹, C. Gamondi¹, H. Lu¹, R. Hullin¹, E. de Graaf², P. Larkin¹ (¹Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ²Utrecht University, Utrecht, NL)

Context Despite growing recognition of palliative care (PC) in chronic diseases, there remains a significant knowledge gap in how to best integrate PC into the care of patients with heart failure (HF). These patients often live with burdensome symptoms and progressive limitations that affect their autonomy, identity, and relationships.

Furthermore, the psychosocial and existential aspects of their care remain unexplored.

Goal This study, part of the HORIZON Europe-funded RAPHAEL project, explores both the symptom burden and unmet social and existential needs among Swiss patients with HF living at home, as well as the perspectives of their informal caregivers. It aims to identify critical gaps in current support systems to guide better integration of PC across HF care pathways in Switzerland and Europe.

Method A multiple method study is being conducted, targeting 10–15 HF patient–caregiver dyads. Adult patients diagnosed with HF and receiving home-based care, are being recruited through the hospital's HF department. Patient symptom burden is being collected through the Utrecht Symptom Diary-4 Dimension (USD-4D), whilst patients' and caregivers' psychosocial and spiritual needs are being explored through semi-structured interviews. Descriptive statistics are used to describe symptom burden, whilst interviews are analyzed thematically using Braun & Clarke's model, in combination with the QUAGOL method and the support of NVivo software.

Results While data collection and analysis are ongoing, we anticipate emerging themes related to loss of independence, difficulty navigating care decisions, emotional fatigue among caregivers, and the need for earlier, individualized communication about future care options. These findings will contribute to both national and European-level insights into PC needs in HF contexts.

Conclusion This study addresses a key gap in Swiss and European HF care by examining patient and caregiver experiences and patient's symptom burden. This part of the project will contribute to provide evidence to inform healthcare delivery, workforce development, and public policy aimed at improving the quality and accessibility of integrated PC for people living with HF.

FM23

"I'm doing everything not to go back": Complex discussions about transitions from unit to home

Z. Gossin¹, N. Dieudonné-Rahm², F. Bovey¹, A. C. Sterie¹ (¹CHUV, Lausanne; ²HUG, Genève)

Context Transitions from hospital to home are a crucial step that requires thorough preparation and open discussion, especially in palliative care. They must be carefully organized to ensure resource availability, appropriateness of the living environment, and coordination of care. Transitions must be tailored to the patient's health condition, but also guided by healthcare policies that restrict hospital stay duration, and informed by patients' preferences. Discussing these decisions with patients is a task with high stakes for healthcare professionals (HPs).

Goal To examine how palliative HPs discuss and negotiate the transition from hospital to home with hospitalized patients.

Method We video-recorded 67 interactions (8 patients, 33 HPs) in two palliative care units in francophone Switzerland. Extracts containing discussions about transitions were transcribed and analyzed using thematic analysis.

Results HPs assume that patients want to return home as soon as possible, but many patients don't always share this view: Many feel uncertain or even anxious about returning home, and actively try to delay it. Patients express this reticence through minimalistic responses to the announcement of the transition or by try to convince HPs that their symptoms require more supervision. Overall, HPs tend to not explore this concern in depth, and shift the conversation to symptom management and care.

Conclusion HPs juggle conflicting demands when discussing transitions to home with patients. On the one side, the hospital setting gives patients a sense of safety, and many patients express a wish to die in the hospital. Still, there's an idealized expectation that end of life should happen at home, in a familiar environment. At the same time, healthcare policies are increasingly focused on costs and reducing hospital stays. As such, conversations about transitions can

Parallelseminar 6

Séminaire parallèle 6

be complex and sensitive, for patients and HPs. Adequate training is essential in order to navigate these discussions.

FM24

High-quality palliative care: a novel organisational management to support interprofessional paradigm

M. Alessandra, F. S. Tanja* (Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona)*

Context Specialised palliative care (PC) is defined by structured interprofessional work and collaborative work is a fundamental value for high-quality PC provision, since it offers a better perspective on patients' needs. Nonetheless, PC institutions are not defining structures and processes for this area.

Goal To illustrate the governance changes implemented by a specialised PC institution for the development of interprofessionality as a transversal model of care.

Method The board of directors (BoD) of the PC institution addressed the topic from a change management perspective, while considering that the institution itself guarantees the interprofessional governance. Therefore, a specific interprofessional area was established and a dedicated manager for this area was appointed, while joining the medical and nursing director of the PC institution within BoD. The manager of the interprofessional area plans, coordinates and monitors the specific activities in agreement with the medical and nursing area to obtain a systemic perspective within the institution.

Results The establishment of an area dedicated to the topic of interprofessional and transdisciplinary work has created virtuous synergies within and outside the institution. Patients identify this righteous collaboration as better care and greater trust in the care providing teams. Furthermore, it helped to promote the analysis and comparison of clinical processes performed in different in-hospital specialties (cardiology, nephrology, neurology, among others), with attention to shared advance care planning. At last, the collaborative culture model was exported externally, allowing a better patient self-determination.

Conclusion In regards to interprofessionality, the management of a specialised PC institution is the first driver of a cultural change through clear choices and a long-term commitment. Even in health-care systems with critical financial issues, this choice promotes the development of opportunities instead of constraints, improves sustainability of care, saves costs, optimizes human resources and finally reduces the stress of healthcare professionals and thus turnover.

Parallelseminar 7 Séminaire parallèle 7

FM25

"I wish I knew": Assessing perceived and actual knowledge of partners' end-of-life preferences

C. Meier¹, M. Wiecek², C. Borrat-Besson³, R. J. Jox⁴, J. Maurer²
(¹University of Lausanne, Lausanne; ²Faculty of Business and Economics (HEC), University of Lausanne; ³Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS), University of Lausanne; ⁴Palliative and Supportive Care Service, Chair in Geriatric Palliative Care & Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne)

Context Despite the importance of surrogate decision-making by partners at the end of life, there is only limited research on older adults' knowledge of their partners' end-of-life preferences.

Goal Hence, this study investigates older adults' perceived and actual knowledge of their partners' preferences for end-of-life care and medical treatments.

Method We analyzed data from 667 respondents aged 50+ from Wave 8 (2019/2020) of the Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe in Switzerland. We assessed respondents' actual knowledge by comparing their perceptions of their partners' preferences for end-of-life care and medical treatments with the partners' self-reported preferences. Additionally, respondents were asked to rate their perceived knowledge of their partners' wishes. Associations were assessed using multivariable regression models, adjusting for social, health, and regional characteristics.

Results Respondents' actual knowledge of their partners' preferences varied, with the share of correct answers ranging from 35% to 81% depending on the preferences. More than 80% of respondents felt that they knew their partners' end-of-life and medical treatment preferences "rather" or "very" well, and those respondents were more likely to identify their partners' preferences accurately.

Conclusion Improved communication between partners regarding their end-of-life preferences could significantly enhance surrogate end-of-life decision-making. However, since older adults' perceived knowledge of their partners' preferences seems overly optimistic, they may see little need to initiate such conversations by themselves, emphasizing the need for external educational interventions such as role-plays or case study discussions through, say, the community, or healthcare system to encourage such conversations.

FM26

"Thank you and keep it up": a cross-sectional survey on care satisfaction in palliative care units

T. Fusi-Schmidhauser¹, A. Moretto¹ (¹Clinica di Cure Palliative e di Supporto, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona)

Context Quality of care and satisfaction with care are two essential elements of palliative care (PC) provision. Satisfaction with care evaluates the fulfilment of expectations and needs of patients and their informal carers on provided PC in a specific healthcare setting. Evidence-based measures to define satisfaction and therefore quality of care are deemed necessary for the development of sustainable PC services. Despite this, data on satisfaction with care in specialised PC units are scarce.

Goal To explore satisfaction with care of patients and their families in specialised PC units.

Method A cross-sectional survey study conducted from December 4, 2023 to August 31, 2024 in two specialised PC units. Demographics and data on satisfaction with care were collected through a duly developed anonymized questionnaire for patients and informal carers. Written and electronic options through Q-Code were sent for compilation. The quality service of the department received the filled-out questionnaires and provided the raw data. Descriptive statistics supported data analysis.

Results A total of 510 questionnaires (195 for discharged patients and their informal carers and 120 for bereaved families) were sent, 216

(42%) were returned to the quality service. The majority of respondents were patients (n=101) and bereaved family members (n=81). Patients reported a good relationship with the interdisciplinary team (physicians, nurses and allied healthcare professionals) and their needs were met as expected during hospitalisation. Bereaved families confirmed the attentive and personalised care and highlighted the important support they received by the interdisciplinary team during end-of-life care.

Conclusion Key elements of PC provision, such as interdisciplinary work and personalised care increase patients' and informal carers' perception of satisfaction in specialised PC units. The sustainability of high-quality PC delivery should be driven by continuous monitoring of care satisfaction through a virtuous flow of feedbacks and revisions of all institutional processes.

FM27

Challenges of the use of drugs for palliative sedation in dying residents in Swiss nursing homes

M. Monteverde¹, M. Fliedner², E. Soom-Ammann³, C. Niederhauser⁴, S. Kunz⁵, J. Rehmann⁶ (¹Spital Emmental, Gümliigen; ²Inselspital, Bern; ³Berner Fachhochschule, Bern; ⁴Zentrum Schlossmatt Burgdorf, Burgdorf; ⁵Domicil Schwabgut, Bern)

Context At the end of life, patients frequently experience distressing symptoms. When they become refractory, medications for palliative sedation are used to alleviate unbearable suffering. Applying palliative sedation relies on defined procedures according to guidelines and should therefore be primarily conducted in specialist settings. However, little is known about how registered nurses (RN), advanced practice nurses (APN), and healthcare assistants (HCA) manage refractory symptoms in nursing homes, and how sedating medications for palliative sedation are used in this non-specialist setting.

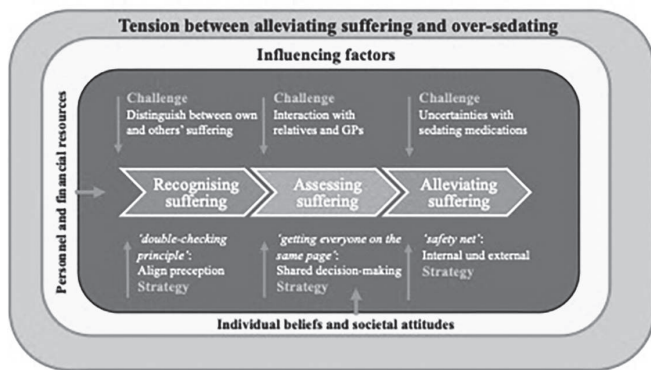
Goal The aim of this study is to examine how RN, APN and HCA alleviate distressing and refractory symptoms in Swiss nursing homes, the challenges they face, the strategies and interventions they employ to alleviate residents' suffering.

Method This qualitative study involved nursing personnel from seven nursing homes in German-speaking Switzerland. Until data saturation, seven semi-structured focus group interviews were conducted between October 2023 and January 2024, transcribed verbatim, and analysed using a grounded theory approach.

Results Twenty RN, two APN and six HCA participated in the seven focus group interviews. A core category, 'Tension between alleviating suffering and over-sedating', was identified with three subcategories: (1) recognising suffering, (2) assessing suffering, and (3) alleviating suffering. Challenges included (a) distinguishing between own (healthcare professionals) and others' (residents or relatives) suffering, (b) interactions with residents' relatives and general practitioners (GP), and (c) uncertainties with sedating medication. Strategies they employed to address these challenges, such as (a) 'double-checking principle', (b) 'getting everyone on the same page', and (c) 'safety net', were identified. Personnel and financial resources, as well as individual beliefs and societal attitudes influenced the use of sedating medication.

Conclusion RN, APN and HCA in nursing homes face complex challenges related to the use of sedating medication. Strategies such as emphasising shared decision-making, interprofessional collaboration and involving palliative care specialists are essential. Without applying these strategies, there is a risk to manage care demands rather than alleviate suffering appropriately by using sedating medication.

Parallelseminar 7 Séminaire parallèle 7



betreuenden Angehörigen beitragen. Weitere Forschung ist erforderlich, um die komplexen Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Stresswahrnehmung und Bewältigung zu vertiefen und die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen.

Schlussfolgerung Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen signifikante geschlechterspezifische Unterschiede in zentralen Aspekten informeller Betreuung, insbesondere im Hinblick auf Stresswahrnehmung, Bewältigungsstrategien und den Umgang mit Unterstützungsressourcen. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung in Forschung, Praxis und gesundheitspolitischer Planung, um bedarfsgerechte und wirksame Entlastungsangebote für pflegende Angehörige zu gewährleisten.

FM28

Erkenntnisse zu Geschlechtsunterschieden bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

A. Schumacher¹, S. Grüter¹, T. Volm¹, C. Sabariego¹ (¹Universität Luzern, Luzern)

Hintergrund Angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung und der weltweit steigenden Inzidenz von Demenzerkrankungen gewinnt die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen pflegender Angehörigen zunehmend an Bedeutung. Geschlechterspezifische Unterschiede in der Betreuungssituation sind vielfach belegt, wobei ein zentraler Aspekt darin besteht, dass weibliche pflegende Angehörige im Vergleich zu männlicher Angehörigen signifikant höhere Werte wahrgenommenen Stresses berichten. Da Stress mit negativen gesundheitlichen Folgen assoziiert ist, ist es zentral, den Einfluss von Bewältigungsstrategien, persönlichen Ressourcen und Betreuungsbedingungen auf diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Stresswahrnehmung zu analysieren.

Ziel Ziel dieser Studie ist es, Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Unterschieden bei Betreuungspersonen in der Zentralschweiz zu erfassen. Durch die Analyse des Zusammenspiels zwischen Geschlecht und verschiedenen Einflussfaktoren sollen Impulse für vertiefende Analysen sowie für die Entwicklung individualisierter Unterstützungsangebote generiert werden.

Methode Mittels einer fragebogengestützten Erhebung wurden Daten von 224 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in der Zentralschweiz gesammelt. Der Fragebogen umfasste unter anderem Angaben zu persönlichen Ressourcen und Betreuungskontexten. Zusätzlich beantworteten die Teilnehmenden vier standardisierte Instrumente zur Erfassung von Stresswahrnehmung, Bewältigungsstrategien, Resilienz und Einsamkeit.

Resultate Die Analyse zeigt, dass weibliche pflegende Angehörige tendenziell ein höheres Mass an wahrgenommenem Stress berichten als männliche. Darüber hinaus passen Frauen ihre Erwerbstätigkeit häufiger an oder geben diese auf, um ihre Rolle als pflegende Angehörige wahrzunehmen. Hinsichtlich der Stressbewältigung zeichnen sich geschlechtsspezifische Unterschiede ab: Männer neigen vermehrt zu vermeidenden und ablenkungsorientierten Bewältigungsstrategien, während Frauen häufiger emotionale Unterstützungsaufgaben übernehmen, etwa durch Gespräche, aktives Zuhören oder tröstendes Verhalten. Zudem nehmen Frauen signifikant häufiger Unterstützung durch Familie und Freundeskreis in Anspruch, wohingegen Männer tendenziell eher auf professionelle Pflegedienste zurückgreifen.

Diskussion Diese Untersuchung liefert vertiefte Einblicke in die Betreuungskontexte, das Stresserleben, die Bewältigungsstrategien und die Nutzung persönlicher Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, geschlechtersensible Unterstützungsangebote zu entwickeln, die auf die unterschiedlichen Belastungsprofile und Bewältigungsmechanismen eingehen. Eine differenzierte Betrachtung der Geschlechterrollen im Pflegekontext kann zur gezielten Entlastung von

Young Researchers, die Stimmen von morgen Young Researchers, les voix de demain

FM29

Understanding Patient Altruism in Palliative Care: A Multimethod Study

C. Acien¹, M. Egloff², S. Savinelli³, P. Larkin³, S. Zambrano², S. Lelorain⁴, M. Bernard⁵ (¹Lausanne University Hospital, Lausanne; ²Inselspital, Bern University Hospital, Bern; ³Lausanne University Hospital (CHUV), Lausanne; ⁴University of Lausanne (UNIL), Lausanne)

Context Traditionally, patients in palliative care are viewed as passive recipients of support, with limited emphasis on their autonomy or capacity for meaningful action. This study explores altruism as a potential source of psychological well-being in end-of-life care.

Goal We investigated the relationship between altruism and psychosocial outcomes, how patients define altruism, its significance during the final phase of life, and its evolution over the life course.

Method This multimethod observational study was conducted across Switzerland's three linguistic regions, integrating quantitative assessments, and qualitative interviews. Validated tools measured prosocial behavior, self-transcendent values, depression, anxiety, quality of life, meaning in life, and perceived burden. A reflexive thematic analysis was used for qualitative data, within a constructivist framework.

Results In the quantitative sample, 123 patients participated. The qualitative subsample included 32 patients. Prosocial behavior was negatively correlated with depression ($r=-0.326$, $p=0.005$), and positively associated with quality of life ($r=0.222$, $p=0.039$). Associations in the same direction were found for altruistic values (benevolence and universalism). Interviews revealed that altruism remains central to patients' identities, tied to values like justice and solidarity. While their conception of altruism stayed stable, its expression shifted due to physical limitations. Patients described tension between helping others and maintaining self-care. A new form of altruism emerged: vanishing – making oneself invisible to avoid burdening others.

Conclusion Altruism is important in palliative care, aligning with literature on high self-transcendent values in older adults and the dying. Altruism acts as a protective factor against psychological distress (depression) and is positively associated with quality of life. Despite illness, patients maintain an altruistic identity, but physical decline limits their ability to give, leading to feelings of uselessness. Participants adopt adaptation strategies to restore balance and meaning.

FM30

Professional Perspective on the Importance of Advance Care Planning: A Single-Oncology Center Study

E. S. Pedersen¹, C. Rossier², S. Eychmüller³, E. Segelov³, M. C. Fliedner² (¹University of Bern, Bern; ²University Centre for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Bern; ³Department of Clinical Research, University of Bern and Department of Radiation Oncology, Bern University Hospital, Bern)

Context Advance Care Planning (ACP) among patients with advanced cancer reduces stress and emergency admissions and relieves burden of family caregivers. With cancer being the leading cause of death in Switzerland among adults above 45 years, improving ACP affects patients and families by a better goal-concordant care. However, ACP is still not fully integrated into standard cancer care. Understanding experiences of ACP and priorities for improvements among healthcare providers is essential for optimizing its clinical integration.

Goal Examining the importance of and experiences with ACP and priorities for improving ACP among healthcare providers caring for patients with advance-stage cancer.

Method Cross-sectional survey among oncology healthcare providers as part of a framework of evaluating the Concurrent Care (CoCa) project. CoCa aims to improve care among patients with advance-stage cancer through implementation and optimization of routine ACP using a pragmatic structure.

We adapted an existing questionnaire to assess knowledge, experience, and importance of implementing ACP, which includes four sections: 1) Demographics including experience with ACP; 2) Rating importance of certain questions of patients, e.g. "How long will I live?"; 3) Evaluating which aspects of ACP are working and 4) which aspects of ACP could be improved. The questionnaire link was sent via email to 250 physicians and nurses in April 2025 via department heads. We compare knowledge, experience, and importance by responders' profession.

Results The questionnaire was completed by 64 (response rate: 26%); 17 physicians and 47 nurses. Median age was 39 years and 76% were women. Participants rated questions related to health complications as most important to patients, with little difference by profession. Physicians regard themselves as more confident/ having sufficient information and skills to address ACP compared to nurses. However, both groups prioritize communication skills training in ACP. The level of pre-information of patients about content and process of ACP was considered as relatively low. Improving the ACP process through coordination and documentation was of highest priority.

Conclusion This study provides detailed data on knowledge, experiences, and importance of improving ACP implementation from the healthcare providers' perspective and form the basis for creating standardized pathways and suitable training measures to integrate ACP and improve electronic documentation.

FM31

Prepared for goodbye? End-of-life preparedness and emotional suffering among patients and caregivers

C. Meier¹, V. I. Veloso², B. Carballo³, E. VÍbora Martín⁴, P. Barnestein-Fonseca⁴, D. Birgisdóttir⁵, V. Sigurðardóttir⁶, I. Korfage⁷, A. van der Heide⁷, V. A. Tripodoro⁸ (¹University of Lausanne, Lausanne; ²Instituto Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, AR; ³Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, AR; ⁴CUDECA Institute for Training and Research in Palliative Care, CUDECA Hospice Foundation, Málaga, Spain. IBIMA Institute-Plataforma Bionand Group CA15: Palliative Care, Málaga, ES; ⁵The Institute for Palliative Care, Department of Clinical Sciences Lund, Lund University, Sweden; ⁶Palliativt Utvecklingscentrum, Lund University & Region Skåne, Sweden, SE; ⁷Head of Palliative Care, Landspítali – The National University Hospital of Iceland, Iceland, IS; ⁸Erasmus Medical Centre, Rotterdam, NL; ⁹Instituto Pallium Latinoamérica, Bonpland 2287, Ciudad de Buenos Aires (1425), Argentina, ATLANTES Global Observatory of Palliative Care, University of Navarra, Pamplona, Navarra, ES)

Context Preparing for the end of life is believed to help mitigate emotional suffering for both patients and their caregivers. However, empirical evidence on the emotional benefits of feeling prepared for death remains limited.

Goal This study uses longitudinal data from the international iLIVE project to examine how perceived end-of-life preparedness is associated with emotional suffering among patients and their caregivers before and after death.

Method Data from 1,041 patients and 496 caregivers across 11 countries (Argentina, Switzerland, Germany, Spain, United Kingdom, Iceland, Netherlands, Norway, New Zealand, Sweden, Slovenia), enrolled in a prospective cohort study from the iLIVE project (2020–2023), were analyzed. Participants were surveyed at baseline, one-month follow-up, and where possible after the patient's death. The association between end-of-life preparedness (ICECAP-SCM) and emotional suffering (ICECAP-SCM & HGRC) was examined using OLS regression models, adjusting for socio-demographic and health-related covariates.

Results Feeling fully prepared was significantly associated with lower levels of emotional suffering for both patients and caregivers. Among patients, preparedness was linked to reduced emotional suffering at baseline (AME = -0.17, $p < 0.01$) and follow-up (AME = -0.21, $p < 0.01$).

Young Researchers, die Stimmen von morgen Young Researchers, les voix de demain

For caregivers, these associations were even more pronounced at baseline (AME = -0.59, $p < 0.001$), follow-up (AME = -0.59, $p < 0.001$), and after the patient's death (AME = -0.41, $p < 0.05$).

Conclusion Perceived preparedness for the end of life seems to play a key protective role in reducing emotional suffering for patients approaching death and their caregivers, both during the illness and after bereavement. These findings highlight the importance of encouraging end-of-life planning to support emotional well-being across the final phase of life and beyond.

FM32

Clinicians' use of emotions during palliative care consultations: a constructivist grounded theory.

K. Moens¹, J. Bilsen², S. C. Zambrano¹ (¹universität Bern, Bern; ²Vrije Universiteit Brussel, Brussels, BE)

Context Palliative care clinicians are frequently exposed to emotionally charged situations. While emotions are an intrinsic part of their interactions with patients and relatives, the role of clinicians' own emotions has remained understudied.

Goal We aimed to explore how palliative care clinicians use their emotions during end-of-life care consultations as part of the way they provide care.

Method We conducted a qualitative study using individual interviews with palliative care clinicians from different countries and backgrounds. Countries were selected based on their ranking on the Quality of Death and Dying Index. Interviews continued until we reached theoretical sufficiency. Twenty-two palliative care clinicians from 10 countries, including Switzerland, participated: two psychologists, four social workers, five nurses, and 11 physicians. Fourteen were women. Participants had an average of 13 years of palliative care experience and were on average 45 years old. We analyzed the data using a social constructivist grounded theory approach.

Results The process of deciding when and how to use emotions could be understood as a three-phase process which was prompted by a difficult end-of-life interaction (e.g. confrontations with the emotions of patients/ relatives, ethical dilemmas or conflicts,) that triggered a strong emotion. Subsequently, clinicians became aware of the specific emotion via its physiological and/ or psychological cues. Next, an evaluation of the appropriateness of sharing the emotion followed, in which barriers and facilitators (e.g. the self-perceived level of emotional skills, the feeling of safety in the team) interplayed, influencing the clinicians to, in a final phase, decide to disclose their emotions in a verbal and/ or non-verbal way. All phases of the process were inter-related by the joint value of sharing emotions to build connection, the core category of the theory.

Conclusion Our findings can help clinicians in determining the appropriateness of showing their emotions in clinical practice. When met with self-awareness and reflection, these emotions can serve as a valuable resource for delivering patient- and relationship-centred palliative care. Future research should explore clinicians' attitudes and training needs regarding emotions skills training more broadly.

FM33

Structuration de la visite médico-infirmière: un projet innovant en soins palliatifs

M. Broucke¹, J. Pestana², A. Fritsch³, M. Elamli⁴ (¹Fondation Rive-Neuve, Blonay)

Contexte Dans une perspective de renforcement de la collaboration interprofessionnelle et d'amélioration de la qualité des soins, un projet innovant a été mené au sein de trois unités pilotes membres de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), dont une en unité de soins palliatifs spécialisés.

Objectif Ce projet interinstitutionnel visait l'implantation de la trame SCAR (Situation, Contexte, Appréciation, Recommandation), outil structurant issu de TeamSTEPPS, pour encadrer la visite médico-infirmière et ainsi diminuer le risque d'erreurs, optimiser la planification des soins et l'expérience patient.

Méthode Reposant sur une méthodologie rigoureuse d'implantation fondée sur les cadres théoriques I-PARISH et CFIR, le projet s'est articulé autour d'une gouvernance interinstitutionnelle, d'un accompagnement local au changement et d'une personnalisation des stratégies d'implantation à chaque unité. Les stratégies comprenaient notamment la diffusion de supports didactiques, la désignation de référents cliniques et l'élaboration de cartes-mémos pratiques.

Résultats En soins palliatifs, cette démarche a permis d'améliorer la structure de la visite, la fluidité et la pertinence des échanges interdisciplinaires, tout en renforçant la centration sur les besoins réels des patients avec notamment l'intégration du concept « qu'est-ce qui est important pour vous ? ». La révision quotidienne et systématique de l'ensemble des traitements a permis une optimisation de la médication.

Les évaluations qualitatives et quantitatives ont révélé une amélioration significative de l'efficacité des visites (réduction des interruptions, gain de temps, meilleure organisation) et de la satisfaction des professionnels (notamment en termes de leadership infirmier). La fidélité à l'usage de la trame SCAR s'est avérée élevée, bien que le soutien continu des cadres et référents reste un levier essentiel à la pérennisation.

Discussion La réalisation de vidéos servira de support formateur pour les nouveaux collaborateurs et éventuellement de modèle pour d'autres structures de soins palliatifs.

Conclusion Ce projet illustre les bénéfices d'une démarche collaborative interétablissement et souligne l'intérêt de structurer les visites médico-infirmières dans des contextes complexes comme celui des soins palliatifs. Il offre une voie concrète vers une meilleure coordination des soins, dans le respect des valeurs humaines fondamentales de cette discipline.

FM34

Palliative Care für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung – «über das Thema reden»

S. Strolz¹, C. Wohlgensinger¹, D. Bernhardsgrütter¹, A. Kobleder¹, A. Sennhauser², K. Zingg², S. Rutishauser², P. Ladner², U. Hanny², G. Bez² (¹OST- Ostschweizer Fachhochschule St. Gallen, St. Gallen; ²Co-Forschende OST, St. Gallen)

Hintergrund Erhebungen in der Schweiz zeigen, dass die Zahl der Menschen mit kognitiven, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen, welche 55 Jahre und älter werden, wächst. Damit einher geht die steigende Prävalenz chronischer & altersbedingter Erkrankungen sowie der zunehmende Bedarf an an Palliative und End-of-Life-Care. Damit sich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit dem Thema Lebensende auseinandersetzen können, braucht es adaptierte Kommunikationsmittel. Es gibt zahlreiche Tools, die jedoch meist formularbasiert sind (z.B. Vorsorgeauftrag in Leichter Sprache). Es fehlt an flächendeckenden sprachlich und kulturell adaptierten Materialien.

Ziel Das PAL_Link Forschungsprojekt zielt darauf ab, ein Palliative und End-of-Life Care-Versorgungskonzept für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Ostschweiz zu entwickeln. Ein Teilprojekt davon widmet sich der Thematik Kommunikation. Dabei geht es um folgende Ziele:

- Entwicklung von Kommunikations-Tools für die Förderung der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Vorausplanung mit Blick auf das Lebensende von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und ihrem Umfeld.
- Förderung selbstbestimmter Entscheidungsfindung

Methode Das PAL_Link-Teilprojekt Kommunikation (2024–2025) schliesst Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen partizipativ in

Young Researchers, die Stimmen von morgen *Young Researchers, les voix de demain*

den Entwicklungsprozess mit ein. Gemeinsam werden bestehende Tools geprüft und neue Zugänge erprobt und entwickelt.

Resultate Aktuell sind zwei Elemente in Bearbeitung:

- An der Kingston University London wurden Bilderkarten zum Lebensende partizipativ entwickelt (When I am ill & my funeral cards). Diese Bilderkarten wurden nun in Kooperation mit der Kingston University mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen interpretiert und ins Deutsche übersetzt.
- Das Projektteam möchte zudem eine haptische Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der Thematik entwickeln. Dazu wurden Workshops mit Lego Serious Play durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass der haptische Zugang vielversprechend ist, jedoch die Legos zu abstrakt. Aufgrund dessen werden in einem nächsten Schritt Workshops mit Play Mobil Sets durchgeführt.

Schlussfolgerung Partizipative Herangehensweisen sind in Entwicklungsprojekten essentiell, damit sie an der Lebenswelt der betroffenen Personen anknüpfen und nachhaltig implementiert werden können. Am Kongress werden Erfahrungen mit den partizipativ erarbeiteten Kommunikationstools zusammen mit 1–2 Co-Forschenden geteilt.

FM35

Deskriptive Analyse zur Nutzung eines Kinderhospizes in der Schweiz im ersten Betriebsjahr

C. Liechti¹, S. Ruckstuhl¹, M. Joos¹ [allani Kinderhospiz Bern, Bern]

Hintergrund In der Schweiz leben ca. 10'000 Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen, deren Versorgung hohe Anforderungen an die betreuenden Familien sowie an das Gesundheitssystem stellt. Während Kinderhospize in mehreren europäischen Ländern ein etablierter Bestandteil der pädiatrischen Palliativversorgung sind, wurde in der Schweiz im August 2024 erstmals ein solches Angebot eröffnet. Das Kinderhospiz ergänzt die bestehende Versorgung durch spezialisierte Angebote wie Kurzzeitpflege, Brückenpflege und Betreuung in der End-of-Life-Phase.

Ziel Ziel ist es, aufzuzeigen, wie das erste Kinderhospiz der Schweiz im ersten Betriebsjahr von betroffenen Familien genutzt wurde.

Methode Es erfolgt eine deskriptive Analyse der Nutzer: innen (Kinder/Familien) im Zeitraum von August 2024 bis Juli 2025. Erhoben werden demografische Merkmale (Alter der Kinder, Diagnosegruppen), familiäre Rahmenbedingungen (Anzahl Geschwisterkinder, Begleitpersonen), genutzte Angebote sowie Aufenthaltsdauer. Ergänzt wird die quantitative Datenerhebung durch qualitative Aussagen elterlicher Bezugspersonen und betroffener Kinder, welchen Nutzen ihnen das Kinderhospiz bringt.

Resultate Zum Zeitpunkt der Einreichung liegen noch keine Ergebnisse vor. Die Datenerhebung läuft bis Juli 2025. Die Auswertung ist für August und September 2025 vorgesehen.

Schlussfolgerung Die Resultate sollen aufzeigen, welchen konkreten Nutzen ein Kinderhospiz für betroffene Familien bietet und wie das Versorgungsangebot in Anspruch genommen wird. Die Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Weiterentwicklung und strukturelle Verankerung von Kinderhospizangeboten in der Schweiz und sollen aufzeigen, welcher Bedarf an dieser Versorgungsform besteht.

P1

La souffrance en soins palliatifs oncologiques : vers une approche intégrative pharmaceutique-spirituelle

E. Abou Chaar¹, E. Champagne², S. Lauzier³, M. Brunet⁴, J. Cherblanc⁵, P. Gagnon⁶, A. Hajj⁷, T. Collaud⁸ [¹Faculté de Théologie, Fribourg; ²Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, Québec, CA; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec, CA; ⁴CSSanté, Québec, CA; ⁵Unité d'enseignement en études religieuses, éthique et philosophie, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, CA; ⁶Faculté de médecine, Université Laval, Québec, CA; ⁷Université Laval - Faculté de pharmacie, Québec, CA; ⁸Département de théologie morale, Université de Fribourg, Fribourg]

Contexte La souffrance des patients en soins palliatifs oncologiques est souvent décrite comme une douleur totale, concept définie par Cicely Saunders, comme englobant non seulement la dimension physique, mais aussi psychologique, sociale et spirituelle. L'intégration des dimensions spirituelles et/ou religieuses (S/R) dans les soins pourrait améliorer la compréhension de cette souffrance, renforcer les capacités d'adaptation des patients et améliorer leur qualité de vie. Toutefois, cette intégration demeure peu étudiée dans une perspective précoce, notamment dans un contexte de cancer métastatique. Notre projet vise ainsi à mieux comprendre cette souffrance multidimensionnelle et à co-construire une approche personnalisée et intégrative de soulagement précoce. Il explore l'articulation entre l'expérience vécue de la souffrance et les conditions de mise en œuvre d'une approche novatrice, dite pharmaceutique-spirituelle (PHARMA-S-SPIR), combinant soins pharmaceutiques et soins spirituels.

Objectif Explorer comment les patients récemment diagnostiqués avec un cancer métastatique expriment leur souffrance, à qui ils s'adressent, quel rôle jouent les dimensions S/R dans leurs mécanismes d'adaptation, et identifier les défis et les leviers à l'intégration de l'approche PHARMA-S-SPIR dans la pratique clinique.

Méthode Conçue avec des patients-partenaires, cette étude adoptera une méthodologie qualitative phénoménologique, basée sur des entretiens semi-dirigés. Environ 30 patients adultes, diagnostiqués depuis moins de 3 mois avec un cancer métastatique, seront recrutés du CHU de Québec-Université Laval (Canada) à l'été 2025. L'analyse thématique des données se fera à l'aide de NVivo. Les thèmes émergents seront ensuite discutés en groupes (focus groups) réunissant de nombreux acteurs du système de santé, y compris soignants et patients-partenaires, afin de réfléchir collectivement aux conditions d'implémentation de cette approche novatrice. Une analyse comparative avec le contexte suisse est également prévue.

Résultats Les résultats éclaireront la façon dont la souffrance est perçue, exprimée et prise en charge. Ils mettront en lumière les dynamiques entre les différentes dimensions de la douleur, les stratégies d'adaptation mobilisées et la réceptivité envers l'approche PHARMA-S-SPIR.

Conclusion Ce projet vise à repenser la réponse à la souffrance en soins palliatifs en mobilisant une « communauté de soins » interdisciplinaire, engagée dans une prise en charge précoce, globale et centrée sur la personne.

P2

Innovation pédagogique dans l'enseignement des soins palliatifs en formation prégraduée

S. Aguet¹, R. D'orio², P. Larkin³ [¹Institut et Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne; ²Rive Neuve, Blonay; ³Chaire Kristian Gerhard Jebsen of Palliative Care Nursing, Palliative and Supportive Care Service Lausanne University Hospital, Lausanne]

Contexte La formation en soins palliatifs constitue un élément essentiel de la formation initiale des professionnels de santé afin de garantir une prise en charge optimale. Toutefois, la transition entre les connaissances théoriques et la pratique clinique représente un défi

majeur pour les étudiants en médecine et en soins infirmiers. Plusieurs programmes académiques ont recours à des expériences d'immersion clinique pour réduire cet écart. Dans cette optique, nous avons développé une formation immersive au sein d'une unité spécialisée en soins palliatifs, visant à offrir une expérience d'apprentissage unique.

Objectif Offrir aux étudiants une opportunité d'apprentissage clinique afin de renforcer leurs compétences pratiques en soins palliatifs et de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Méthode Ce programme pédagogique innovant s'inscrit dans une formation interprofessionnelle destinée aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Il combine plusieurs méthodes d'enseignement animées par des experts en soins palliatifs : séminaires, simulations, études de cas, travaux de groupe.

Lors de l'immersion, les étudiants sont encadrés par des professionnels de santé jouant le rôle de tuteurs, tandis que les enseignants facilitent les discussions et la réflexion critique. Une approche collaborative et participative est privilégiée pour impliquer activement les étudiants. Le projet repose sur des immersions en petits groupes, permettant aux étudiants d'interagir avec les membres de l'équipe interprofessionnelle, les patients et leurs familles.

L'évaluation de la formation immersive en soins palliatifs a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne fondé sur le modèle de Kirkpatrick pour l'évaluation des programmes éducatifs (Niveau 1 : Réaction).

Résultats 21 étudiantes ont évalué l'immersion clinique. 4 étudiants de médecine et 17 étudiants en soins infirmiers. Tous les résultats ont dépassé 4,5 sur une échelle de 1 à 5, témoignant d'une forte approbation de l'expérience immersive.

Conclusion Les expériences cliniques immersives en soins palliatifs s'avèrent efficaces pour combler le fossé entre théorie et pratique chez les étudiants en médecine et en soins infirmiers. Ce modèle pédagogique favorise non seulement le développement des compétences cliniques, mais aussi la collaboration interprofessionnelle et une approche globale centrée sur le patient et ses proches.

P3

DigiPall: Translating Digital Healthcare Innovation into Clinical Practice for Palliative Care

M. Amann¹, S. Wehrli², S. Hirsch³, T. Ott⁴, D. Kunz⁵, D. Blum¹ [¹USZ, Zürich; ²ZHAW, Wädenswil]

Context The translation of digital health technologies from concept to clinical implementation faces significant barriers, particularly in vulnerable populations such as palliative care patients. Systematic evaluation frameworks are essential for successful technology adoption in healthcare settings.

Goal To demonstrate how structured testing environments can accelerate the development of evidence-based digital health interventions, using the progression from the Wearable Workbench platform to the DigiPall clinical trial as a case study.

Method The Wearable Workbench initiative (2023) established a standardized testing environment for palliative care technologies, evaluating nine wearable devices and ten chatbot platforms using validated instruments including the User Experience Questionnaire and System Usability Scale. Patient-centered testing with actual palliative care recipients informed technology selection and refinement processes.

Results DigiPall represents a refined digital intervention combining validated components: the Corsano CardioWatch 287-2 for continuous physiological biomarker capturing and a WhatsApp-based chatbot for daily symptom assessment. The intervention delivers personalized daily check-ins, adaptive symptom management guidance, and continuous biomarker capture to enhance patients' sense of security while maintaining home-based care. The aim is to address the critical gap in palliative healthcare where up to 50% of emergency visits are potentially avoidable.

A randomized controlled trial (n=382) will evaluate DigiPall's effectiveness in reducing unplanned hospitalizations among palliative care patients while measuring impacts on quality of life and sense of security.

The Wearable Workbench generated systematic evidence on technology usability, acceptability, and technical feasibility in palliative care settings. This foundation enabled rapid development of DigiPall, significantly reducing development time and costs through established evaluation frameworks and component validation.

Conclusion The Wearable Workbench's role as both testing platform and methodology repository demonstrates how structured innovation pathways in digital health can successfully transform exploratory concepts into evidence-based clinical interventions. This progression exemplifies effective translation of user-centered design principles into digital health solutions for vulnerable populations.

P4

Identification and team consultation of patients with complex palliative care needs in internal medicine wards

A. Avena¹, A. Palumbo-Pellini¹, C. Caimi¹, M. Mare¹, T. Banfi¹, P. Bommarito¹, S. Schmocker¹, M. Lopez¹, T. Fusi-Schmidhauser¹ [*Clinica di Cure Palliative e di Supporto, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona*]

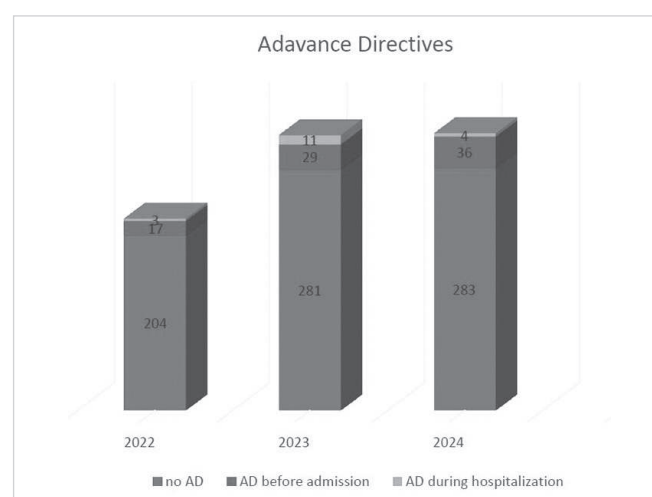
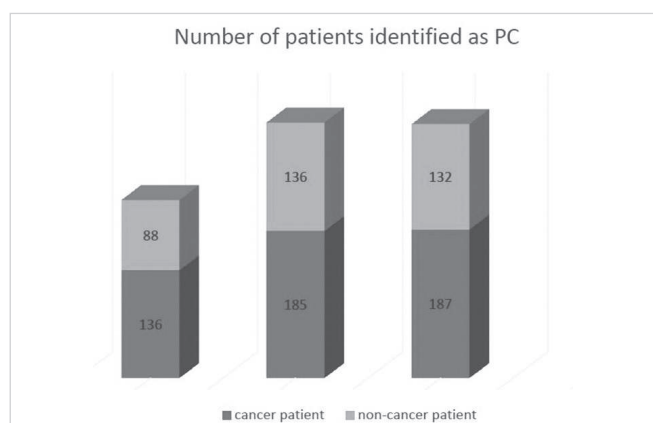
Context Several studies have shown that palliative care (PC) improves symptom management, shared-decision making, and overall quality-of-life of patients and their families. Patients hospitalised in internal medicine wards are at risk of unjust access to PC services, as their needs are often under recognised. Therefore, we developed an innovative consultation model, where multidisciplinary PC teams are providing integrated care within internal medicine wards in our multicentre institution.

Goal Evaluate the impact of an integrated consultation model on healthcare professionals' identification of patients requiring specialised PC.

Method Retrospective observational study conducted from January 2022 to December 2024 in two internal medicine wards with integrated PC consultations. Included patients were adults ≥ 18 years with a life-limiting condition. Healthcare professionals identified PC recipients through a validated tool (ID-PALL), for the use of which were previously trained in small interdisciplinary groups. Demographics and data were collected in coded form on a duly created database. Descriptive statistics supported data analysis.

Results In 2022, 224 patients were identified and treated as patients with specialized PC needs patients in both internal medicine wards. These numbers increased rapidly over 12 months, with 321 patients identified in 2023 and the overall trend was confirmed in 2024, with 319 patients. Within this population, also the proportion of non-oncological life-limiting conditions increased (39% in 2022, 42% in 2023 and 41% in 2024). Similarly to what is known from the literature, a small percentage of patients had advance directives (AD) at the time of admission (17 in 2022, 29 in 2023 and 36 in 2024) and at discharge only a small number of AD discussion were accomplished.

Conclusion Early identification of patients in needs for specialised PC fosters shared decision-making about further treatments and goals for the future. Supporting awareness in internal medicine wards about PC needs helps to provide specialised PC where patients are hospitalised. Future research plans include evaluation of staff perceptions and benefit of our integrated PC consultation and strategies to increase discussions on AD during the hospitalisation.



P5

Etat des lieux de la prise en charge palliative dans les services de réanimation en Algérie

C. Baidi¹ [*hopital militaire regional universitaire BECHAR ALGERIE, BECHAR, DZ*]

Contexte L'Algérie, en tant que pays émergent, fait face à une transition épidémiologique caractérisée par une prévalence croissante des maladies chroniques et dégénératives. Cette évolution engendre des défis majeurs en matière de santé publique, notamment en ce qui concerne la prise en charge des patients en phase terminale. Les soins palliatifs, qui visent à améliorer la qualité de vie des patients confrontés à des maladies graves, évolutives ou terminales, constituent une réponse essentielle à ces défis.

Traditionnellement, les services de réanimation en Algérie sont orientés vers la lutte contre la mort, avec pour objectif principal de sauver des vies. Cependant, face à des situations où les options thérapeutiques curatives sont épuisées, l'intégration des soins palliatifs devient cruciale pour soulager la souffrance des patients et accompagner leurs familles.

C'est dans ce contexte que l'Établissement Hospitalier Universitaire (EHU) "1er Novembre 1954" d'Oran a inauguré, en novembre 2018, la première unité de soins palliatifs du pays. Cette unité, dotée d'une capacité de neuf lits, est gérée par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialistes, de généralistes, de paramédicaux et de psychologues. Elle offre une prise en charge globale, incluant le soulagement de la douleur physique et psychique, l'accompagnement des familles et des services d'hospitalisation à domicile.

Malgré cette avancée, les soins palliatifs en Algérie restent en phase de développement. La nécessité d'une structuration nationale, d'une formation spécialisée du personnel médical et paramédical, ainsi que d'une sensibilisation accrue du public et des professionnels de santé, est impérative pour répondre efficacement aux besoins croissants en matière de soins palliatifs.

Objectif L'objectif est de recueillir des données permettant un état des lieux de la prise en charge palliative dans les unités de soins critiques.

Méthode Il s'agit d'une étude observationnelle de type transversal, basée sur un questionnaire destiné à évaluer la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des patients en soins palliatifs. Ce questionnaire sera adressé à l'ensemble des praticiens des services de réanimation médicale en Algérie.

Les axes principaux abordés dans le questionnaire sont :

1. Identification du répondant
2. Perception de la douleur
3. Prise en charge de la douleur
4. Accompagnement du patient
5. Suggestions d'amélioration

L'objectif est de recueillir des données permettant un état des lieux de la prise en charge palliative dans les unités de soins critiques.

Questionnaire sur la douleur et les soins palliatifs

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été élaboré afin d'évaluer la perception des soignants et des patients quant à la prise en charge de la douleur en soins palliatifs. Ce questionnaire comprend plusieurs volets :

1. Identification du répondant
 - o Profession : aide-soignant, infirmier, médecin, autre
 - o Années d'expérience dans le service
 - o Formation spécifique en soins palliatifs (oui/non)
2. Perception de la douleur :
 - o Échelle d'évaluation de la douleur utilisée (EVA, échelle verbale, échelle faciale, etc.)
 - o Fréquence d'évaluation de la douleur
 - o Difficultés rencontrées dans l'évaluation de la douleur (communication, subjectivité, etc.)
3. Prise en charge de la douleur :
 - o Traitements antalgiques prescrits (palier 1, 2 ou 3 selon l'OMS)
 - o Utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation, accompagnement psychologique, etc.)
 - o Accès à la morphine ou autres opioïdes
4. Accompagnement du patient :
 - o Présence d'un accompagnement psychologique
 - o Implication des familles dans la prise en charge
 - o Protocoles institutionnels pour l'accompagnement en fin de vie
5. Suggestions d'amélioration :
 - o Besoins en formation
 - o Manque de moyens ou de protocoles spécifiques
 - o Nécessité d'une meilleure coordination pluridisciplinaire

Ce questionnaire a pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques et des représentations liées à la gestion de la douleur en contexte palliatif, afin d'identifier les axes prioritaires d'amélioration dans le système de santé algérien.

Résultats Résultats attendus (en cours)

Cette étude vise à atteindre les objectifs suivants :

- Déterminer les méthodes les plus utilisées pour évaluer la douleur en réanimation.
- Identifier les pratiques courantes en matière de prise en charge de la douleur.
- Évaluer la place et l'intégration des soins palliatifs dans les services de réanimation.
- Recueillir les besoins exprimés par les soignants pour améliorer la qualité des soins palliatifs.
- Mettre en évidence les freins institutionnels et logistiques à une meilleure prise en charge palliative.

Discussion L'impact attendu de ce questionnaire, permet d'anticiper les lacunes majeures dans la gestion de la douleur et l'accompagnement en fin de vie. Il mettra en lumière les besoins en formation, la faible accessibilité à certains traitements comme les opioïdes, ainsi que le manque de protocoles spécifiques dans les services de réanimation. Il offrira également une base pour des recommandations ciblées en vue d'un développement cohérent et éthique des soins palliatifs en Algérie, adaptés aux réalités locales.

Cette étude s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, en intégrant la voix des soignants confrontés quotidiennement aux limites curatives de la médecine.

Conclusion Cette étude transversale, fondée sur un questionnaire adressé aux professionnels de la réanimation médicale en Algérie, s'inscrit dans une volonté d'explorer les pratiques actuelles en matière de soins palliatifs, et plus particulièrement de prise en charge de la douleur et d'accompagnement en fin de vie. Elle vise à identifier les pratiques, les besoins et les insuffisances existantes, dans un contexte où la médecine algérienne est encore en phase de structuration sur ce sujet.

Les résultats attendus permettront de dresser un état des lieux des connaissances, des représentations et des moyens mobilisés dans les services de réanimation, face à la souffrance des patients en phase terminale. Cette initiative, bien que localisée, peut constituer une base de réflexion nationale, d'autant plus que l'Algérie, à l'instar de nombreux pays émergents, considère encore la prise en charge palliative comme un champ en devenir.

Ainsi, il apparaît indispensable de renforcer la structuration des soins palliatifs à travers l'instauration d'un cadre législatif clair, la mise en place de référentiels institutionnels adaptés, et la promotion d'une

culture médicale intégrant les dimensions éthique, humaine et scientifique du soin en fin de vie. Cela suppose également de développer des formations spécialisées et continues à destination des soignants, ainsi que de favoriser la recherche clinique dans ce domaine encore peu investi. Une telle dynamique permettrait d'ancrer durablement les soins palliatifs dans la stratégie nationale de santé et de garantir à chaque patient une prise en charge digne, humaine et scientifiquement fondée, même lorsque la guérison n'est plus possible.

P6

Gedanken zum Lebensende älterer Menschen durch Erzählkunst und Theater: eine qualitative Studie

E. Baum¹, D. Bernhardsgrütter¹, M. Matzinger¹, A. Schnell², P. Cambrosio³, G. Michelak¹, U. Köhler³, A. Kobleder¹ (1^oOstschweizer Fachhochschule, St.Gallen; 2^oSpitex Verband Thurgau, Weinfelden; 3^oGenossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen, Kreuzlingen)

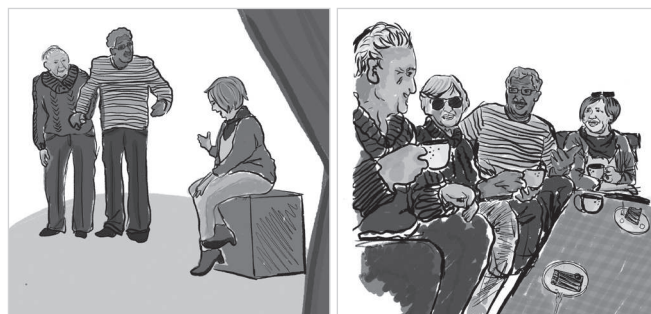
Hintergrund Das Lebensende ist ein Thema von grosser Relevanz, besonders für ältere Menschen, deren Bedürfnisse und Herausforderungen oft unzureichend berücksichtigt werden.

Ziel Ziel der Studie ist es, ihre Perspektiven zu diesem Thema zu erfassen und einen Beitrag zur Verbesserung der Palliative Care zu leisten. Im Fokus stehen Herausforderungen wie eingeschränkter Zugang zu Unterstützungsangeboten, alters- und geschlechtsbedingte Ungleichheiten sowie gesellschaftliche Tabus, die den Umgang mit dem Lebensende erschweren. Diese Barrieren führen zu verzögerter Versorgung und suboptimaler Betreuung.

Methode Diese multimethodische qualitative Studie nutzt kreative Ansätze, um ältere Menschen in Diskussionen über das Lebensende einzubeziehen. Dazu gehören Erzähl-Cafés (mindestens drei Veranstaltungen, in denen persönliche Erfahrungen geteilt und kollektive Perspektiven entwickelt werden), Improvisationstheater-Workshops (mehrere kreative Workshops in einem Pflegeheim, moderiert von einer Theaterpädagogin) und Playback-Theater (aufgeführt durch Laienschauspieler in einer öffentlichen Einrichtung durch Einbezug von Geschichten der Zuschauenden zum Lebensende). Ergänzend werden Familieninterviews durchgeführt, um die Perspektiven älterer Menschen und ihrer Angehörigen zu vertiefen. Die Datensammlung erfolgt durch Feldnotizen, Beobachtungen, Protokolle und Transkripte. Die Auswertung orientiert sich an der thematischen Inhaltsanalyse und bezieht relevante Interessengruppen zur Validierung ein.

Resultate Die Zwischenanalyse zeigt, dass die Kombination klassischer und kreativer Methoden zu einem tiefergehenden Verständnis der Gedanken älterer Menschen bezüglich des Lebensendes führt. Insbesondere betonen die Ergebnisse die Bedeutung von Unterstützungsnetzwerken, Lebensumständen und individuellen Faktoren, die die Wahrnehmung und Erfahrungen älterer Menschen prägen.

Schlussfolgerung Die ersten Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Palliative Care stärker an den gelebten Erfahrungen und Werten älterer Menschen auszurichten. Durch die Integration kreativer Ansätze kann nicht nur das öffentliche Bewusstsein für Themen des Lebensendes geschärft werden, sondern es entstehen auch neue Möglichkeiten für Dialog und Reflexion in der Gemeinschaft. Die Studie bietet Einblicke, die Impulse für eine einfühlsamere und stärker auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmte Palliative Care setzen können, insbesondere durch den Einsatz innovativer Ansätze.



P7

Palliative Care für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Ostschweiz (Projekt PAL_LINK)

D. Bernhardsgrütter¹, S. Strolz¹, E. Baum¹, M. Matzinger¹, G. Michelak¹, N. Stern¹, C. Wohlgensinger¹, S. Ott¹, A. Judith², B. Gino³, A. Hindermann⁴, A. Hirt⁵, A. Grossmann⁶, U. Latuski-Ramm⁷, S. Sieber⁸, E. Süess⁹, A. Kobleder¹ (¹OST - Ostschweizer Fachhochschule, St.Gallen; ²Hochschule Luzern, Luzern; ³HPV Rorschach, Rorschach; ⁴GHG Sonnenhalde Tandem, St.Gallen; ⁵Stiftung Balm, Rapperswil; ⁶Age Plus Zürich, Zürich; ⁷Ökumenische Fachstelle BILL, St.Gallen; ⁸Palliative Plus, Münsterlingen; ⁹Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel)

Hintergrund Erhebungen in der Schweiz zeigen, dass die Zahl der Menschen mit kognitiven, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen, welche 55 Jahre und älter werden, wächst. Damit einher geht die steigende Prävalenz chronischer und altersbedingter Erkrankungen sowie der zunehmende Bedarf an Palliative- und End-of-Life-Care. Dennoch existieren in der Schweiz bislang keine übergreifenden Versorgungskonzepte, die Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, Fachpersonen und Angehörige im Umgang mit Palliative- und End-of-Life-Care-Bedürfnissen unterstützen.

Ziel Das Projekt PAL_LINK hat zum Ziel, ein Konzept für die Palliative- und End-of-Life-Care-Versorgung von Erwachsenen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Ostschweiz zu entwickeln.

Methode Das laufende Praxisentwicklungsprojekt (2024–2027) schliesst Personen mit kognitiver Beeinträchtigung, ihre Angehörigen und Fachpersonen partizipativ in den Entwicklungsprozess mit ein und gliedert sich in zwei Phasen:

1. Exploration der aktuellen Versorgungssituation und Entwicklung des Versorgungskonzepts
2. Partizipative Integration und Evaluierung des Versorgungskonzepts in einem Wohnheim für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Resultate Die Analyse von 483 Fragebögen, 7 Einzel- und Gruppeninterviews und einem Workshop zeigen bedeutsame Unterschiede zwischen den Institutionen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Ostschweiz. Diese Unterschiede betreffen sowohl institutionelle Rahmenbedingungen (z.B. Finanzierungsstrukturen) als auch das Wissen und die Kompetenzen des Fachpersonals im Umgang mit Palliative- und End-of-Life-Care-Bedürfnissen. Ein auf unterschiedlichen Ebenen wiederkehrendes Thema ist der nicht strukturell verankerte interprofessionelle Austausch zwischen Fachpersonen aus der Pflege und der Sozialen Arbeit.

Schlussfolgerung Einzelne Institutionen weisen bereits etablierte Prozesse auf hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung am Lebensende. Insgesamt zeigen die Ergebnisse jedoch, dass das Bewusstsein und das Wissen zum Thema noch sehr fragmentiert sind. Die Etablierung eines interprofessionellen und institutionsübergreifenden Versorgungskonzepts und Netzwerks ist deshalb essenziell.

P8

Financial Distress in der geriatrischen Palliative Care – eine Multimethoden-Studie (FinStress_Pal)

R. Brenner¹, E. Baum², D. Bernhardsgrütter², M. Matzinger², G. Michelak², M. Arn², E. Brühlmann Kranner², A. Scheidegger², S. Stiehler², J. Vetsch², A. Kobleder² (¹OST - Ostschweizer Fachhochschule/Alterszentrum Lanzeln, St.Gallen/Stäfa; ²OST - Ostschweizer Fachhochschule, St.Gallen; ³Alterszentrum Lanzeln, Stäfa)

Hintergrund Finanzielle Sorgen im Alter sind eine gegenwärtige Herausforderung in der Schweiz, insbesondere in der pflegeintensiven letzten Lebensphase. Nationale und internationale Studien und der Austausch mit Expertinnen und Experten zeigen auf, dass die Bewältigung finanzieller Angelegenheiten für ältere Menschen am Lebensende ein zentrales Bedürfnis darstellt. Neben früheren wirtschaftlichen Einbussen spielen altersspezifische Faktoren eine zentrale Rolle. Finanzielle Sorgen („finanzieller Distress“) betreffen jedoch nicht nur die objektiven Kosten, sondern auch die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen und Angehörigen. Im Gegensatz zu den objektiven Kosten fehlt es an Studien, wie ältere Menschen mit

Palliative Care Bedarf sowie ihre Angehörigen finanziellen Distress erleben und wie dies die Nutzung formeller und informeller Pflege- und Betreuungsdienste beeinflusst.

Ziel Das Ziel des Projekts ist es, 1) Erfahrungen mit finanziellem Distress bei älteren Menschen mit Palliative Care Bedarf sowie deren Angehörigen explorativ zu untersuchen; 2) die Wechselwirkungen von finanziellem Distress und gesundheitsrelevanten Variablen zu modellieren; und 3) das Thema «finanzieller Distress in der geriatrischen Palliative Care» zu enttabuisieren.

Methode Das Projekt (2025–2027) verfolgt ein multimethodisches Forschungsdesign: 1) Multiple Case Study; 2) systematische qualitative Übersichtsarbeit; 3) Synthese und modellhafte Darstellung der Erkenntnisse mittels partizipativem «system dynamics»-Ansatz; 4) Entwicklung von Tools, die als Türöffner zur Sensibilisierung und Enttabuisierung von finanziellem Distress in der geriatrischen Palliative Care dienen.

Resultate Zurzeit wird die Datenerhebung der Multiple Case Study durchgeführt. In der systematischen Übersichtsarbeit konnten 13 qualitative Studien eingeschlossen werden. Die Ergebnisse verdeutlichen die hohe Relevanz und die Konsequenzen von sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen am Lebensende. Dabei spielen beispielsweise die Aufteilung konkreter pflegerischer Tätigkeiten innerhalb der Familie oder ein unterstützendes Arbeitsumfeld eine wichtige Rolle.

Schlussfolgerung Ältere multimorbide Menschen werden in Zukunft die Hauptempfängerinnen und -empfänger von Palliative Care sein. Die Auseinandersetzung mit den ganzheitlichen Bedürfnissen dieser vulnerablen Personengruppe und ihrer Angehörigen – zu denen auch ihre finanziellen Sorgen zählen – liefert entscheidende Impulse für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochstehenden geriatrischen Palliative Care.

P9

Early Integration of Palliative Care in the Treatment of Women with Advanced Breast or Gyn. Cancer

E. Birindelli¹, E. Schmidt², F. Däster², D. Blum¹ (¹University Hospital Zurich, Zurich; ²University of Zurich, Zurich)

Context Patients with advanced breast and gynecological cancers now live longer due to improved treatment options but often experience complex and evolving symptom burdens. Traditional outpatient oncology care may not fully meet their physical, emotional, or social needs. To promote early integration of palliative care, a joint outpatient consultation was established in 2023, co-led by a physician and a nurse practitioner with expertise in gynecologic oncology, breast cancer and palliative care (GynOnc/BC/PC).

Goal This project studies patients' emotional functioning following a joint outpatient consultation with GynOnc/BC/PC multidisciplinary specialists. A secondary goal is to assess caregiver burden.

Method A Phase II single-arm pre-post study is underway to evaluate changes in patients' emotional functioning following the GynOnc/BC/PC consultation. The study includes 35 consecutively recruited patients and 11 caregivers. The primary endpoint is the change in emotional functioning at 6 weeks after initial consultation, measured using the EORTC QLQ-C15-PAL. Secondary outcomes include symptom burden, assessed by the Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) and unmet palliative care needs. Patients complete questionnaires at baseline, 6, 12, and 24 weeks. Caregivers complete the Zarit Burden Interview at the same intervals. Data on hospital admissions and consultations are extracted from medical records. The consultation focuses on symptom management, decision-making support, prognosis communication, and care planning. Patients are offered a follow-up consultation after 12 weeks. Results will be analyzed using Wilcoxon signed-rank tests and descriptive statistics.

Results This ongoing study includes a planned interim analysis in early 2026.

Discussion The findings will inform future care models for patients with advanced breast and gynecologic cancers. Early palliative care involvement can reduce suffering for patients, improve informed decision-making, and increase care alignment with patient values. It may also enhance system efficiency by reducing emergency visits and

avoidable hospitalizations. Supporting caregivers helps them manage emotional, physical, and financial stress, contributing to overall care stability.

Conclusion This study will generate small-scale yet valuable insights into the early integration of palliative and gynecologic oncology/breast cancer care. In doing so, it contributes to the evidence base for innovative interdisciplinary models of service delivery in palliative care.

P10

“Not at home”: insights from case studies on setting preferences in assisted suicide

S. Blanc¹, R. J. Jox¹, C. Gamondi¹ (¹Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne)

Context In Switzerland, limited access to assisted suicide in hospitals and nursing homes results in approximately 76% of procedures taking place at home and only two university hospitals permit the procedure to occur within their facilities. In some instances, individuals are sent back to their homes to complete the final act, despite a stated preference for a hospital setting. Although individuals might initially express a preference to die at home, the realities of undergoing assisted suicide at home can challenge, [or even reverse] that preference. Such situations raise complex ethical issues around autonomy and respect for personal preferences. However, it has been very little addressed in research and individuals' expressed preferences for the location of assisted suicide remains limited. Investigating how people experience the home environment during this process is essential to understand how it may, in some cases, shift from a preferred to an undesired place to die.

Goal To describe individuals' concerns about undergoing an assisted suicide at home and to explore individuals' perception of safety during the procedure.

Method Four “extreme” cases studies were selected from a sample of 27 participants. We conducted in-depth semi-structured interviews with individuals and their relatives, at home. Data was analyzed through thematic analysis.

Results The four case studies reveal four concerns associated to home-based AS: compromised efficiency, security and management of the procedure, lack of care and support, emotional impact on the family, and being confronted with personal memories & home environment. These factors were linked to significant difficulties for both family members and the decision-maker and reflect the individuals' perception of elements associated to feeling safe.

Conclusion These results underscore the importance of the location in the request for assisted suicide. They reveal that undergoing assisted suicide at home can create substantial challenges, prompting some individuals to prefer hospital-based procedures. This study offers valuable insights for further ethical discussions on respecting individuals' preferences, and feeling of safety, in assisted suicide.

P11

Implementierung des ESAS-r in der stationären Langzeitpflege: Herausforderungen und Lösungsansätze

R. Brenner¹, E. Brühlmann Kranner¹ (¹Alterszentrum Lanzeln, Stäfa)

Hintergrund Langzeitpflegeinstitutionen leisten einen essenziellen Beitrag in der Grundversorgung von älteren Menschen mit Bedarf an allgemeiner Palliative Care. Im Rahmen der Zertifizierung in allgemeiner Palliative Care wurde das überarbeitete Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) im Alterszentrum Lanzeln implementiert.

Ziel/Forschungsfrage Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Frage, wie das ESAS-r trotz settingspezifischer Herausforderungen, wie Schwierigkeiten bei der Identifikation geeigneter Zielgruppen oder fehlender objektiver Anhaltspunkte für Fremdeinschätzungen durch Pflegekräfte, nachhaltig in der stationären Langzeitpflege etabliert werden kann.

Methode Es wurde eine systematische Literaturrecherche in pflege-relevanten Datenbanken durchgeführt, um bestehende Evidenz zur Implementierung von ESAS-r zu sammeln. Ergänzend wurden Kontakte zu erfahrenen Anwendern und der Originalautorin des ESAS-r aufgenommen. Workshops mit Mitarbeitenden wurden abgehalten, um zusätzliche objektive Kriterien für die Fremdeinschätzung von Symptomen zu entwickeln. Die Implementierung erfolgte anschließend in mehreren Phasen, begleitet von einer kontinuierlichen Evaluation.

Resultate Bereits in der Vorbereitungsphase zeigte sich, dass eine routinemässige Anwendung des Instruments bei allen Bewohnenden als zu belastend wahrgenommen wurde. Daher wurde ein bestehender Algorithmus zur Bestimmung der Symptomkomplexität (nach Watson et al., 2020) angepasst, um die Zielgruppe präzise zu definieren: Bewohnende in der End-of-Life-Care-Phase und/oder mit moderater bis schwerer Symptomkomplexität. Zudem wurden spezifische, objektivierbare Kriterien für die Fremdeinschätzung verschiedener Symptome, wie Müdigkeit, Übelkeit, Angst oder Atemnot, entwickelt und implementiert.

Schlussfolgerung Auch bewährte Assessmentinstrumente aus dem Bereich der spezialisierten Palliative Care erfordern eine Anpassung an das jeweilige Setting und die spezifische Population in der stationären Langzeitpflege. Die Implementierung des ESAS-r verbesserte die Symptomerfassung und -kontrolle insgesamt, wobei insbesondere Bewohnende mit kognitiven Beeinträchtigungen von der optimierten Fremdeinschätzung profitierten. Die erarbeiteten objektiven Kriterien sowie der angepasste Algorithmus bieten eine solide Grundlage für zukünftige Implementierungen. Für belastbare Aussagen ist jedoch eine weitere pflegewissenschaftliche Evaluation der Anpassungen notwendig.

P12

Introduction d'une typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie (SEDAPALL) dans une USP

M. Broucke¹, A. Fritsch¹, F. Sartorio¹ (¹Fondation Rive-Neuve, Blonay; ²Blonay)

Contexte La sédation palliative recouvre une multitude de pratiques qui répondent à des situations cliniques complexes et diverses. Le recours à ce terme générique entraîne des confusions et/ou entretient une certaine ambiguïté autour des objectifs poursuivis, notamment en termes d'intentionnalité. Contrairement aux idées reçues, la sédation palliative ne se résume pas à la seule sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Objectif Dans le cadre de l'amélioration des pratiques en soins palliatifs, ce projet visait à introduire une typologie validée en langue française (SEDAPALL) dans la procédure “sédation” de l'institution. L'objectif est de clarifier les pratiques sédatives, de favoriser un langage commun et de systématiser la réflexion pluriprofessionnelle avant de débiter toute sédation, autour de trois axes : **durée envisagée** (transitoire, indéterminée, maintenue jusqu'au décès), **profondeur souhaitée** (proportionnée ou profonde d'emblée), et **consentement du patient** (absent, anticipé, exprimé, ou demande explicite).

Méthode Une présentation de l'outil SEDAPALL a été réalisée par l'infirmière clinicienne auprès de l'équipe interdisciplinaire. Cet outil structurant, inspiré des recommandations de la SFAP, permet une classification explicite des pratiques sédatives selon les trois dimensions mentionnées. La démarche s'est accompagnée d'un travail collectif de révision de la procédure institutionnelle, incluant des discussions cliniques, l'élaboration d'un suivi spécifique dans le dossier patient informatisé (DPI) et la mise en place de protocoles d'urgence adaptés.

Résultats La révision intégrale de la procédure “sédation palliative” a été effectuée. Des protocoles d'urgence ont été élaborés et mis en place. L'équipe a progressivement intégré un langage commun, conduisant à une homogénéité des pratiques et une optimisation des prises en soins. La typologie SEDAPALL a permis une meilleure anticipation, une traçabilité rigoureuse et une adaptation plus fine des interventions sédatives au cas par cas.

Discussion La typologie SEDAPALL a facilité l'alignement des intentions thérapeutiques avec les prescriptions sédatives. Elle a servi

d'outil d'aide à la prise de décision tout en soutenant la collégialité et la transparence des pratiques. La classification (ex. : sédation transitoire, profonde d'emblée avec consentement du patient donné par anticipation) permet une communication claire entre soignants et avec les proches, et limite ainsi les risques de confusion entre sédation palliative et autres pratiques (anxiolytiques, pratiques euthanasi-ques...). Elle répond avec précision aux besoins spécifiques de chaque patient dont l'état nécessite un recours à la sédation.

Conclusion Ce projet a permis d'affiner la réponse thérapeutique face aux symptômes réfractaires en fin de vie, dans le respect des bonnes pratiques et du souhait des patients. L'implantation de la typologie SEDAPALL représente une avancée concrète pour structurer les pratiques sédatives, garantir la qualité et la sécurité des soins, et renforcer la réflexion éthique et collégiale en soins palliatifs.

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie	
Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

P13

Subkutane Verabreichung von Pantoprazol: eine prospektive Kohortenstudie auf einer Palliativstation

C. Camartin¹, D. S. Kübitz², I. Bujard³ (Kantonsspital Graubünden, Chur)

Hintergrund In fortgeschrittenen Krankheitsstadien leiden Patienten häufig unter Schluckbeschwerden. In solchen Fällen ist die subkutane Medikamentengabe eine Möglichkeit und ein häufig genutzter Ansatz in der Palliativversorgung. Im klinischen Alltag kann eine breite Palette von Präparaten eingesetzt werden.

Protonenpumpenhemmer (PPI) sind die Behandlung der Wahl bei verschiedenen gastrointestinalen Erkrankungen und zeigen eine hohe Wirksamkeit. Bei Patienten mit gastroenterologischen Symptomen wie Refluxösophagitis, Magengeschwüren und gastrointestinalen Blutungen besteht eine Indikation für den Einsatz von PPI. Auch können sie bei gastrointestinaler Obstruktion die Symptome lindern.

Aufgrund des alkalischen pH-Werts ist die subkutane Gabe von PPI jedoch nicht etabliert. Dennoch können zahlreiche Medikamente im Off-Label-Use mit guter Wirkung und Verträglichkeit subkutan angewendet werden.

Ziel Ist die subkutane Gabe von Pantoprazol als Off-Label-Use eine sichere Option bei Schluckbeschwerden? Können die Symptome erfolgreich behandelt werden?

Methode Diese prospektive monozentrische Kohortenstudie wurde von Mai 2024 bis April 2025 auf einer spezialisierten Palliativstation durchgeführt. Wir verabreichten Patienten mit entsprechender Indikation, die nicht in der Lage waren Medikamente oral einzunehmen, subkutan Pantoprazol. Die Zubereitung bestand aus 40 mg Pantoprazol, verdünnt in 50 ml 0.9 %iger Natriumchloridlösung und wurde als kontinuierliche subkutane Infusion über 30 Minuten mit Hilfe einer Infusionspumpe über eine 22-G-Kanüle verabreicht. Subjektive Symptome, objektive lokale Reaktionen und Behandlungseffekte wurden während des gesamten Verabreichungszeitraums beobachtet und dokumentiert. Das Medikament wurde einmal täglich verabreicht, bis der Patient die Fähigkeit zur oralen Einnahme wiedererlangte oder bis er verstarb.

Resultate Insgesamt 18 Patienten (6 Männer und 12 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 68.6 Jahren (52–85 Jahre) wurden über einen Zeitraum von 1 bis maximal 19 Tagen behandelt. Die durchschnittliche Anwendungsdauer betrug 7.6 Tage. Die häufigste Indikation war eine gastrointestinale Obstruktion (10 Fälle). 5 Patienten wurden wegen gastrointestinaler Blutungen behandelt. Seltener

Indikationen waren Reflux und Darmperforation; jeweils ein Patient wurde behandelt.

Die Grunderkrankung war bei 15 Patienten eine fortgeschrittene Tumorerkrankung, während Sepsis, Leberzirrhose und Divertikulitis bei jeweils einem Patienten die primären Erkrankungen waren. Subjektiv wurden die Symptome der Patienten erfolgreich behandelt. Objektiv trat in zwei Fällen nach 4 bzw. 5 Tagen Anwendung eine lokale Reaktion mit leichten Schmerzen auf, in 1 Fall zeigte sich eine leichte Rötung ohne Schmerzen.

Schlussfolgerung Die subkutane Gabe von Pantoprazol ist eine sichere Option und kann bei Palliativpatienten zur effektiven Behandlung gastrointestinaler Symptome eingesetzt werden. Lokale Reaktionen wie leichte Schmerzen und Rötungen können gelegentlich auftreten. Bei Schluckbeschwerden ist die tägliche subkutane Gabe mittels kontinuierlicher subkutaner Infusion über 30 Minuten eine sinnvolle Option.

P14

Keta-Care - Antidepressant and anxiolytic effects of intranasal ketamine in palliative care patients

I. Clark¹, E. Schmidt², M. Schettler³, A. Seiler⁴, F. Bavato³, O. Bosch⁵, D. Blum⁶, C. Hertler¹ (Palliative Care Center, University Hospital Zurich and University of Zurich, Zurich; ²Palliative Care Center, University Hospital Zurich, Zurich; ³University of Zurich and Psychiatric University Clinic Zurich, Zurich; ⁴Palliative Care Center, University Hospital Zurich, Stadtspital Zurich and University of Zurich, Zurich)

Context Ketamine is frequently used off-label intravenously in palliative care (PC) settings to manage anxiety and depression, common and highly distressing symptoms experienced by patients with terminal illness. Intranasal ketamine is a minimally invasive alternative to intravenous administration, with faster onset than monoaminergic antidepressants showing good tolerability. Evidence of antidepressant and anxiolytic effects, including safety of low-dose intranasal ketamine in this vulnerable population derives mainly from case studies with small samples, and off-label use is thus based principally on clinician experience. We aim to systematically evaluate the effects and feasibility of low-dose intranasal ketamine to treat acute anxiety and depression in a larger PC patient sample.

Goal The study is designed as collaborative open-label feasibility study in the intersection of oncology, psychiatry and palliative care, with the primary aim of assessing the benefit of intranasal ketamine applications on depression and anxiety in a palliative care out-patient setting over a time-period of 8 weeks per study patient. The secondary aim is to assess the burden of quality of life of patient caregivers to identify potential benefits of the IMP on caregivers.

Method Fifty PC patient-caregiver dyads will be recruited. Intranasal ketamine will be self-administered open-label by patients under supervision once per week for 8 weeks dosed flexibly (5–50 mg). Outcomes will be assessed at each administration. Primary outcome is change from week 1 to week 8 in Montgomery-Asberg Anxiety Depression Rating Scale. Secondary outcomes in patients include Hamilton Anxiety Rating Scale, Hospital Anxiety Depression Scale and in caregivers Zarit Burden Scale and CareGiver Oncology Quality of Life Questionnaire. Patient safety outcomes include acute side effects and adverse events.

Results We hypothesize a statistically significant change in average scores of primary and secondary outcomes at week 1 compared to at week 8 indicating intranasal ketamine benefit. Rate of adverse events is hypothesized not to exceed the average rate of adverse events of the PC population.

Conclusion Treatment of anxiety and depression with ketamine reflects a sea change in thinking about antidepressant and anxiolytic pharmacology with potential to be the new standard treatment for anxiety and depression in PC settings, given sufficient evidence for feasibility and safety, which this study protocol aims to generate.

Developing a support program for family caregivers during end of life at home

G. Behaghel¹, S. Savinelli², D. C. Massard³, D. Widmer⁴, J. B. Mercoli⁵, N. Canova⁶, F. Bosisio⁷, R. Fink⁸, S. Guerin⁹, K. Wurth¹⁰, M. Fliedner¹⁰, P. Larkin¹, M. Bernard² (Institut de formation et de recherche en soins (IUFRS), Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne (CHUV-UNIL), Lausanne; ²Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne (CHUV-UNIL), Lausanne; ³Proche aidante partenaire, Grandvaux; ⁴Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne (UNIL), Lausanne; ⁵Gruppo Ospedaliero Moncucco, Lugano; ⁶Haute école d'ingénierie et de gestion du Canton de Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HEIG-VD, HES-SO), Yverdon-les-Bains; ⁷Senior-Lab, Institut et Haute Ecole de santé La Source (HES-SO), Lausanne; ⁸School of Psychology, University College Dublin, Dublin, IE; ⁹Institut des humanités en médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne (CHUV-UNIL), Lausanne; ¹⁰Inselspital, Hôpital Universitaire de Berne, Berne)

Context Swiss healthcare policy promotes end-of-life care at home, reflecting the wishes of citizens and decreasing healthcare spending. Dying at home represents a challenge for both the health and social care network and for the family caregivers who risk physical, mental, and social difficulties even after death of their loved one. Support is available but remains limited in addressing death and bereavement and lacks a proactive approach and coordination.

Goal The aim of the Confidence in End-Of-Life CAREgiving (CEOL-CARE) project was to develop with stakeholders, an intervention to strengthen the confidence of family caregivers and the network to better support a person at the end of life at home, including the early bereavement phase.

Method The project was led by the Palliative and Supportive Care Service of Lausanne University Hospital in collaboration with the School of Management and Engineering Vaud, University Hospital Berne, and University College Dublin. A participatory action research method was used involving family caregivers, and associated care organizations.

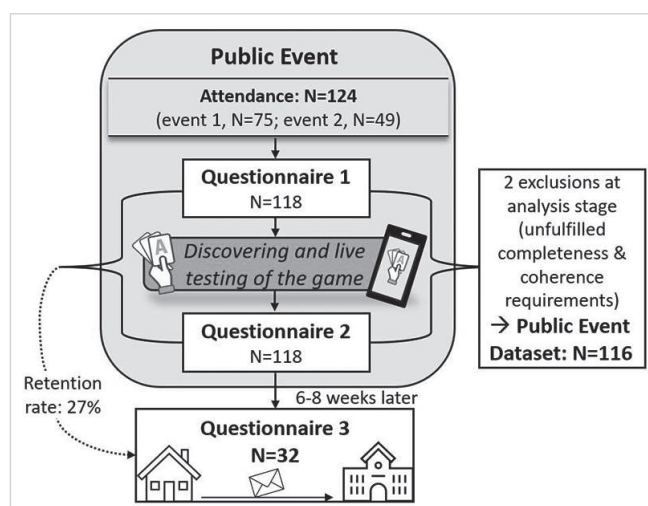
Results A nurse-led intervention has been developed which supports the family caregiver during the end-of-life period and after the patient's death, structured into two main phases: before and after the patient's death, with strong emphasis on needs assessment and response, and bereavement follow-up. It provides guidance and tools to help family caregivers and professionals navigate a complex system of existing services, while also facilitating the coordination and integration of these resources.

Conclusion The CEOL-CARE project is an innovative process that recognizes the knowledge developed by family caregivers in the same way as that gained by professionals. The intervention aims to help sick people realize their end-of-life wishes at home, by supporting both family caregivers and nurses. By facilitating the connection and use of already available resources, it also considers the limits of the healthcare system. The next stage, scheduled for 2026, will be to test and implement the program. A national roll-out is also envisaged.

Method Participants attended a 90-minute public event on the topic of advance directives, received information about ACP, filled questionnaire 1 (Q1), were introduced to the game, filled Q2, took the game home, and returned Q3 6–8 weeks later. Data collection included retention rates; pre-post responses on self-perceived preparedness in case of adverse events, attitude towards ACP, and readiness to take related actions (analyzed using paired Welch t-test on mean 1–5 Likert scores); proportions of anticipatory actions (planned or done) reported in Q3; average endorsement and perceived impact of the game (*uMars*, 1–5 Likert scores); proportions of reported intention and actual use of the game.

Results Of the 124 attendees, 118 (mean age 75) completed Q1 & Q2, and 32 returned Q3. Baseline levels of attitude, self-perceived preparedness and readiness were uncommonly high (from 2.87 to 4.56). Discovering the game did not significantly impact these values. However, in Q3 (N=32), 72% of respondents reported intending to take one or several specific anticipatory actions, and 22% had accomplished at least one since discovering the game. *Anticip'action* obtained high endorsement scores (Q2=3.67, Q3=3.9) and was evaluated as highly impactful for fostering anticipation (Q2=4.19, Q3=4.17). At home, participants generally preferred using the paper version.

Conclusion *Anticip'action*, especially in its paper format, is highly endorsed by a senior population with an existing interest in ACP and appears to effectively support the implementation of anticipatory actions. These findings need to be confirmed in larger and more diverse populations.



Engagement in advance care planning: effect of the card game Anticip'action in a community setting

C. Clavien¹, D. Molnar², V. Metoukam-Bauquiss³ (ieh2, Genève; ieh2, Université de Genève, Genève; ³HEdS Genève, Genève)

Context The card game *Anticip'action* was developed to foster Advance Care Planning (ACP) culture in medical and community settings. Available in a mobile (smartphone app) and paper formats, this conversation tool helps users to clarify and express their fears, hopes and life priorities, and to carry out actions in line with them.

Goal The goals of this study were to (1) evaluate in a community setting, the effect of presenting *Anticip'action* on attitude towards ACP, self-perceived preparedness in case of adverse events, and action readiness, as well as to collect (2) users' evaluation of the game, and (3) their preference to use the game in mobile or paper formats.

P17

A conversation game to facilitate advance care planning in pediatrics

C. Clavien¹, F. Baptista², M. Bonvin³, C. Bollondi², C. Delaloye¹, T. Delieutraz-Petit¹, P. Lefuel², M. Müller⁴, S. Pautex⁵ (1)eh², Genève; (2)Direction des soins, HUG, Genève; (3)eh², Université de Genève, Genève; (4)Pédiatrie, HUG, Genève; (5)Soins palliatifs, HUG, Genève)

Context Advance Care Planning (ACP) is rarely conducted in pediatric contexts or initiated too late and only with parents. ACP is too frequently associated with end-of-life care, although good practice advises to start the process earlier. Additionally, few child-friendly conversation tools exist to facilitate these sensitive discussions.

Goal Our aim was to develop a conversation game to facilitate ACP discussions between healthcare professionals (HCPs), children aged 6 to 12, and their family caregivers.

- 1st objective: Identify specific needs related to ACP in pediatric context & define the objectives of the game
- 2nd objective: Design & develop the game

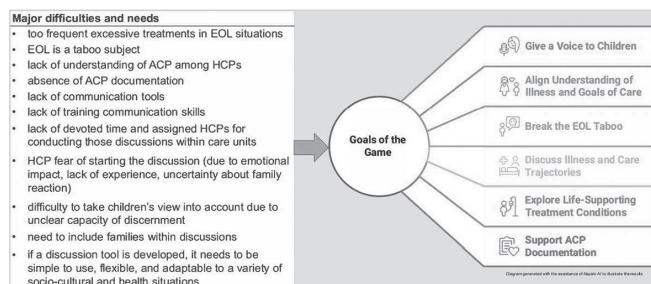
Méthode

- Literature search (existing tools & specific pediatric needs related to ACP), online questionnaires sent to HCPs, expert and stakeholder consultations.
- Setup of a multidisciplinary expert team (pediatricians, palliative care professionals, nurses, psychologists, chaplains, game developers, patients & family caregivers)
- Delphi process with multiple sequences of working sessions followed by expert feedback rounds.
- Usability study with health professionals, children and their parents (presented separately).

Results Results of 1st objective: 19 target articles, 31 responses to the questionnaires, 2 group consultations with experts, individual consultations with multiple experts and stakeholders. Major difficulties and needs and resulting goals of the game are detailed in Table 1. Result of 2nd objective: L'Arbre (The Tree) is played in two separate sessions, first with the nurse and the adult family caregiver, then with the nurse and the child. Using the metaphorical language of the tree, it takes the form of a story in which children are the heroes and can talk about themselves. It is structured into four stages of gameplay covering the topics of:

1. getting to know children's family surroundings (e.g. their preferred caregivers)
2. understanding children's fears and hope
3. exploring perceptions of death or preferences for care in case of deteriorating health
4. exploring children's resources

Conclusion The game offers a safe and caring environment that enables HCPs to address ACP topics with greater ease, empowers children and families to express their fears and values, and fosters patient centered decision-making in pediatric care. Usability and feasibility studies are ongoing to improve the game.



P18

Projet de soins anticipé en dialyse: perspectives des patient.e.s et des professionnel.les

G. Da Rocha Rodrigues¹, A. Dufey Toso², P. Lefuel², C. Bollondi², A. Anex³, J. Stanic⁴, S. Giacomini¹, C. Clavien³, M. Escher² (1)HESAV, Lausanne; (2)HUG, Genève; (3)Unige, Genève)

Contexte Le taux de morbidité et de mortalité des patient.e.s dialysé.e.s est élevé. Cependant, ils.elles bénéficient rarement de projet de soins anticipé (ProSA). Nous avons développé une intervention utilisant un jeu de cartes sérieux pour faciliter l'initiation de discussions sur le ProSA avec les patient.e.s dialysé.e.s par les infirmier.ère.s.

Objectif Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les facilitateurs et les obstacles à l'implémentation ainsi que la valeur perçue de l'intervention.

Méthode Des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion ont été menés avec des patient.e.s, des infirmier.ère.s et des néphrologues après la phase d'intervention, entre décembre 2022 et décembre 2023.

Résultats Au total, 15 patient.e.s, 13 infirmier.ère.s et 5 médecins ont participé à l'étude. Quatre thèmes ont été identifiés: (1) le contenu et le format de l'intervention; (2) l'influence des caractéristiques des participant.e.s; (3) l'intégration dans les soins généraux et (4) les résultats liés à l'intervention. Le jeu de cartes a permis aux patient.e.s d'acquérir une compréhension globale de leur état de santé, de leurs objectifs personnels et de leurs préférences en matière de traitement et de les partager avec leur.s proche.s, tout en fournissant aux infirmier.ère.s un cadre structuré pour initier les discussions sur le ProSA. La formation continue et les séances de supervision réflexive avec des accompagnateur.trice.s expérimenté.e.s en matière de ProSA ont permis aux infirmier.ère.s de délivrer l'intervention de manière confiante. Les principales difficultés relevées par les participant.e.s étaient liées aux facteurs individuels (ex: croyances personnelles) et organisationnels (ex: environnement, temps).

Conclusion Cette étude qualitative soutient l'utilisation d'un jeu sérieux pour promouvoir les discussions sur le ProSA pour les patient.e.s dialysé.e.s. Les résultats de l'étude invitent à l'élaboration de nouvelles stratégies pour favoriser l'engagement des professionnel.le.s de la santé dans la démarche du ProSA et pour dépasser certaines barrières organisationnelles.

P19

Le case management dans les soins palliatifs de Rive-Neuve.

k. de Vargas¹ (1)fondation Rive neuve, blonay)

Contexte Le case management, ou gestion de cas, est une approche de coordination des soins centrée sur la personne, qui vise à assurer la continuité, la qualité et l'adéquation des prises en charge pour des personnes aux besoins complexes. La Fondation Rive-Neuve, située à Blonay (Vaud, Suisse), est un hôpital spécialisé en soins palliatifs, travaillant sur mission du canton. Sa mission: Faire la différence en accompagnant les personnes en situation palliative dans leur globalité.

Objectif Présenter la mise en œuvre du case management à travers quatre programmes spécifiques développés à Rive-Neuve, et en

explorer l'impact concret à travers des illustrations cliniques et une évaluation interne.

Méthode L'étude repose sur une analyse qualitative de quatre programmes structurant le case management à Rive-Neuve :

1. Programme de fin de vie à Rive-Neuve
2. Programme de retour à domicile
3. Programme de suivi ambulatoire
4. Programme de placement en EMS

Ces dispositifs seront explorés à l'aide de **vignettes cliniques illustratives**, issues de situations rencontrées dans la pratique. En complément, un **questionnaire d'évaluation sera diffusé auprès des professionnels de l'Institut**, afin de recueillir leur perception de la plus-value du case management dans leur pratique quotidienne.

Résultats L'analyse des vignettes et les retours du questionnaire mettront en lumière l'impact du case management sur la fluidité des parcours de soins, la coordination interdisciplinaire, et l'adaptation fine aux besoins évolutifs des patients. Les premiers retours montrent une perception positive de cet outil comme levier de cohérence et de soutien à la décision.

Discussion La structuration du case management en programmes ciblés permet d'anticiper les transitions, de mieux intégrer les proches, et d'appuyer les équipes dans une prise en charge centrée sur la personne. Cette approche favorise également une communication plus claire et partagée entre les acteurs du soin.

Conclusion Le case management, lorsqu'il est conçu comme une pratique organisée et intégrée, contribue à renforcer la qualité, la coordination et l'humanité des soins palliatifs. L'expérience de Rive-Neuve illustre son potentiel structurant et adaptable au service des patients et des professionnels.

P20

Stratégies palliatives dans les insuffisances cardiaques terminales

C. Said¹, M. Delgado² (Réseau hospitalier neuchâtelois, La Chaux De Fonds; ¹RHNe, La Chaux-de-Fonds)

Contexte L'insuffisance cardiaque est une pathologie touchant un grand nombre de patients malgré les démarches de prévention. Les soins palliatifs sont un élément clé dans la prise en charge de ces patients, lorsque la maladie atteint son stade terminal. Les patients atteints de formes avancées présentent des symptômes de gestion délicate d'où l'intérêt d'initier un suivi par une équipe de soins palliatifs afin d'optimiser la prise en charge.

Objectif La gestion optimale des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie sont une priorité pour la pathologie mentionnée et la typologie des patients cités. Nous rapportons les directives palliatives récentes et mettons l'accent sur la gestion des symptômes principaux chez les patients en insuffisance cardiaque terminale.

Méthode Nous avons réalisé une analyse intégrative modifiée de la littérature afin de mettre l'accent sur les symptômes les plus fréquents et souligner l'importance d'intégrer de façon systématique et précoce des soins palliatifs dans la prise en charge.

Résultats Cette approche doit prendre en compte un obstacle majeur, à savoir l'évolution imprévisible et progressive de la maladie, caractérisée par une alternance des épisodes de décompensation et des phases de stabilisation (évolution en palier). Grâce aux avancées pharmacologiques et technologiques, le pronostic de la maladie s'améliore et la phase terminale est retardée ce qui nécessite une adaptation de l'approche palliative dans le parcours de soins.

Conclusion La prise en charge optimale de l'insuffisance cardiaque chronique exige une approche mixte qui associe les moyens pharmacologiques, les interventions non pharmacologiques et un suivi régulier intégrant les soins palliatifs dès le stade initial de la maladie. L'instauration de soins palliatifs devra être considérée comme un complément et non une alternative. Cette collaboration permet la prise en charge précoce des symptômes, un soutien à la prise de décision, une optimisation de la communication portant sur la progression de la maladie et la fin de vie, une planification anticipée des soins et l'intégration des dimensions psychosociales et spirituelles.

P21

Usability test of a conversation game to facilitate advance care planning in pediatrics

M. Bonvin¹, T. Delieutraz-Petit¹, C. Clavier² (1)eh2, Université de Genève, Genève; (2)eh2, Genève)

Context Advance care planning (ACP) discussions are increasingly recognized as an important component of adequate care. However, they involve considering worst-case and end-of-life scenarios which are difficult to address. Few conversation tools exist to facilitate these sensitive discussions. An inter-professional research team at Geneva University and HUG hospital, has developed a game (L'Arbre) to initiate these discussions with patients and their families.

Goal Assess the usability of the first prototype of the game (design, user-friendliness, learnability, relevance, endorsement).

Method

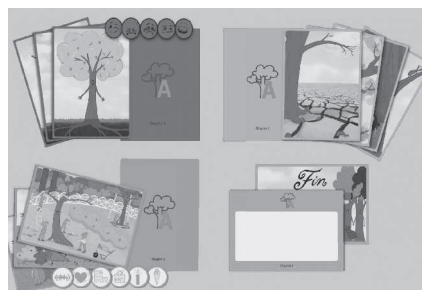
- 6 participants evaluated the game during 2 gaming sessions, each one with a healthcare professional, a child and his parent.
- Intervention:
 - rapid desirability test to capture **initial impressions** after 5 second visualization of the game.
 - **think-aloud** procedure: participants verbalized their thoughts during gameplay, and **evaluated the difficulty of the task** (SEQ, 1-7 Likert); researchers took notes of usability problems.
 - post-test questionnaires on the **attractiveness** (AttrakDiff scale; Likert -3 to +3), **relevance** (MARS section f, 1-5 Likert), and **endorsement** (star evaluation of game, understandability, adequacy; 1-5 Likert)
 - open questions to further explore usability issues.
- Analysis:
 - usability problems listed, described, categorized according to Bastien and Scapin's heuristics, and evaluated with a 0-4 severity rate based on Nielsen & Laudauer
 - Expert workshop to validate analysis and make decisions of modifications

Results

- **Good or average overall impression**, with some misinterpretations of the tree metaphor
- **28 usability problems**, mostly related to guidance and cognitive load, of which 16 evaluated as major
- **Average scores: ease of task score: 5.4/7; attractiveness score: 1.8; relevance score: 4.3/5; endorsement: 4.5/5**
- Positive qualitative feedback on relevance and usability, and more info on problems encountered

Modifications All problems can be addressed with 17 minor changes and prior training of healthcare professionals.

Conclusion L'Arbre was positively assessed by users and has demonstrated a significant potential for improving ACP communication. Several areas for improvement were identified. A V2 is in production and training concept and material are developed to ensure effective integration into practice.



P22

Die Lebensende-Doula – Eine innovative Ergänzung in der Palliative Care in der Schweiz

A. C. Dölling-Perroulaz¹ (Verein Lebensende-Doula Deutschschweiz, Düringen)

Hintergrund Die Lebensende-Doula ist ein neuartiges, auf die Bedürfnisse von schwerkranken Menschen und deren Angehörigen abgestimmtes Unterstützungsangebot, das in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Begriff "Doula" stammt aus dem Griechischen und bezeichnet ursprünglich eine Begleiterin während Schwangerschaft und Geburt. Nach diesem Modell entstand die Lebensende-Doula, um Menschen in der letzten Lebensphase ganzheitlich zu begleiten. Der Bedarf an einer derartigen Rolle wurde vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereits 2020 in einem Bericht hervorgehoben, insbesondere für Zielgruppen wie Allein-stehende oder Familien mit kleinen Kindern.

Ziel Die Lebensende-Doula übernimmt eine komplementäre Rolle im bestehenden Palliativnetzwerk. Sie bietet keine medizinischen Leistungen, sondern konzentriert sich auf psychosoziale, spirituelle, emotionale und praktische Unterstützung, ähnlich einer vertrauten Bezugsperson. Ziel ist es, die Lebensqualität am Lebensende zu verbessern, die Selbstbestimmung zu stärken und Angehörige zu entlasten.

Methode

Kernaufgaben:

- Präsenz und Zuhören
- Emotionale und spirituelle Begleitung
- Unterstützung bei Alltagsaufgaben
- Erkennen ihrer Rolle in Koordination mit bestehenden Palliativangeboten

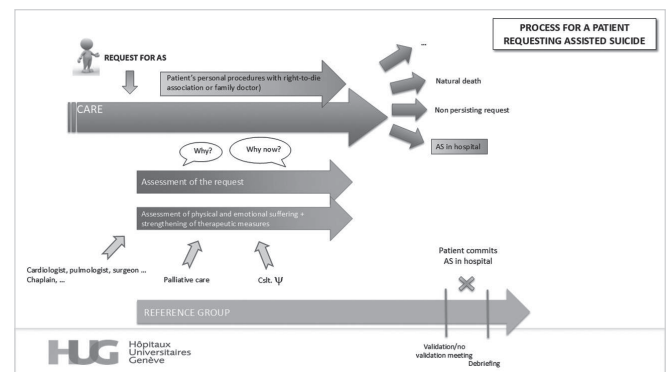
Resultate Die Unterstützung einer Lebensende-Doula kann eine Ergänzung in der Palliativversorgung anbieten, indem sie ein individuelles, nicht-medizinisches Angebot schafft, das Menschen in ihrer letzten Lebensphase umfassend begleitet. Die im März 2026 startende deutschsprachige Ausbildung in Freiburg trägt dazu bei, diese innovative Rolle in der Deutschschweiz weiter zu etablieren. In der Romandie hat das Centre de formation Rosette Poletti, bereits den 10. Ausbildungsvorgang angefangen. Um die 80 Lebensende-Doula sind aktuell aktiv in der Westschweiz.

Schlussfolgerung Die Lebensende-Doula ist eine wertvolle Ergänzung in der Palliativversorgung, die auch den Menschen in den Mittelpunkt stellt sowie Angehörige in einer herausfordernden Lebensphase entlastet. Die Integration dieses Berufs in die interdisziplinäre Palliativversorgung bietet Potenzial zur Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende und zur Stärkung der psychosozialen Betreuung in der Schweiz der Kranken Person sowie ihrer Angehörigen.

80.3 years (min 53, max 97), 41 patients were male (59.4%). Cancer was the most common diagnosis (n=33, 47.8%). Half the patients (n=33) were members of a right-to-die association before the index hospital stay. Among patients, 52.2% (n=36) were staying in the acute care hospital, 26.1% in a palliative care unit, and 14.5% in geriatrics. Outcomes were: 17 AS in hospital, 14 AS out of hospital, 22 natural deaths, and 11 patients did not persist in their request. Among the patients committing AS out of hospital, half (n=7) went home and half were transferred to a private medical facility.

Nearly half the patients (n=33) were reported to the RG by the palliative care team (n=23, 69.7%) or the psychiatrist. The RG was never contacted by the medical team for 18 of them (54.5%). Reasons for contacting the RG were 1) organization of a validation-no validation meeting (n=34/51, 66.7%), 2) need for information (n=12, 23.5%), 3) reporting of a patient's request (n=9, 17.6%), and 4) need for support (n=5, 9.8%). Mean number of days between the request for a validation-no validation meeting and the meeting was 7.4 (min 1, max 30), and the median was 5 days. Non validation occurred in 3 cases (8.8%). Mean number of days between the meeting and AS in hospital was 7.3 (min 1, max 27), and the median was 6 days. Mean number of hospital days before the AS in hospital was 51.5 (min 21, max 188), and the median was 39 days.

Conclusion The characteristics and outcomes of inpatients requesting AS are varied, but palliative care units are particularly exposed to those requests. The Reference Group is mostly integrated at the end of the assessment process and seldom asked for support.



P24

Projekt 'Care for the Carers': Selbstfürsorge und Resilienz von Gesundheitsfachpersonen stärken

S. Felber¹, C. Kohli², S. Eychmüller¹ (Inselsspital, Universitätsspital Bern, Bern; ²Universität Bern, Bern)

Hintergrund Fachpersonen im Gesundheitswesen stehen durch steigende berufliche Anforderungen durch die zunehmende Komplexität der Patient:innen (Multimorbidität, Hochaltrigkeit etc.), personelle und ökonomische Ressourcenknappheit sowie dauerhafte emotionale Belastung und komplexere Administration unter hoher Belastung. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, professionell und mitmenschlich für andere zu sorgen, selbst gesund zu bleiben und sich sowohl fachlich als auch persönlich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ziel Das Projekt will Fachpersonen im Gesundheitswesen darin bestärken, sich selbst Sorge zu tragen und so eine verlässliche Grundlage zu haben, um für andere Menschen hilfreich zu sein.

Methode Aufgrund einer Bedürfnisanalyse von Fachpersonen, die chronisch und schwer erkrankte Menschen begleiten, wird ein innovatives, evidenzbasiertes Bildungsangebot zur Förderung von Selbstfürsorge und Resilienz entwickelt. Elemente wie Selbstmitgefühl, Achtsamkeit und Selbstreflexion sollen gestärkt werden und dabei unterstützen, persönliche Ressourcen zu aktivieren und Herausforderungen des Berufsalltags empathisch zu begegnen. Kernstücke des modularen Bildungsangebotes sind individuell nutzbare Lernprogramme sowie ein niederschwelliger Workshop, welcher inhouse von bereits vor Ort angestellten, kompetenten 'Facilitators' oder bei Bedarf durch externe Fachpersonen durchgeführt werden kann.

P23

Requests for assisted suicide in patients hospitalized in the Geneva University Hospitals, an update.

M. Escher¹, E. Fernandez¹, P. Lefuel¹, G. Opprecht¹, C. Thomas¹, C. Bollondi Pauly¹ (Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève)

Context In 2022, the Geneva University Hospitals decided to facilitate the access to assisted suicide (AS) in the hospital to inpatients. A Reference Group for Assisted Suicide (RG) was created whose tasks are 1) support the health care team who are assessing a patient's request, and 2) meet the health care team in order to ascertain the thoroughness of the assessment process ("validation-no validation meeting") when they come to the conclusion that the patient should be allowed to commit AS in hospital.

Goal To determine the characteristics and outcomes of hospitalized patients requesting AS, and the integration of the RG in the assessment process of the requests.

Method Retrospective review of the electronic medical records of the patients reported to the RG and prospectively collected data related to the activity of the RG.

Results From July 2022 till April 2025, 69 patients made a request for AS, 20 in 2022, 37 in 2023, 7 in 2024, and 5 in 2025. Mean age was

Resultate Die entwickelten Module sollen übertragbar auf andere Fachbereiche und Institutionen sein, wodurch die Anfangsinvestitionen nachhaltig wirken. Die Online-Bereitstellung ermöglicht eine breite Dissemination und einfache Integration in den Berufsalltag sowie bereits in der Ausbildung. Der Facilitator-Leitfaden sichert die langfristige eigenständige Umsetzung der Massnahmen. Eine feste Integration in Weiterbildungsprogramme wird angestrebt.

Schlussfolgerung Das Projekt verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der persönliches Wohlbefinden und 'Selbstsorge' mit beruflicher Professionalität verbindet, gemäss dem Leitsatz «Für andere da sein, ohne sich selbst zu verlieren». Das innovative Bildungsangebot hat das Potenzial, nicht nur die Gesundheit und Resilienz von Fachpersonen zu stärken, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, da empathische und resiliente Fachpersonen ihre Kompetenzen optimal einsetzen können.

P25

Transsektorieller Personalaustausch für Anbieter der spezialisierten Palliative Care – ja, aber wie?

M. Fliedner¹, V. Prebil², S. Molls³, C. Bumbacher⁴, G. Jenelten⁵, J. Witmer⁶, S. Eychemüller⁷, I. Steeb⁸ (Inselspital Bern, Bern; ²Lindenhofspital - Engeriedspital, Bern; ³Inselspital, Bern; ⁴Spitex Bern, Bern; ⁵Spitex Bern, MPD, Bern; ⁶Diaconis, Bern; ⁷Inselspital Bern, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Bern)

Hintergrund Wegen komplexen Situationen wechseln PatientInnen im Krankheitskontinuum der (spezialisierten) Palliative Care immer wieder zwischen den Sektoren Spital – Zuhause – Pflegeeinrichtungen. Um die Fragmentierung im Gesundheitswesen zu überbrücken, und um chronisch kranke Menschen entsprechend ihren Bedürfnissen zu versorgen, werden innovative Modelle diskutiert. Ein Personalaustausch zwischen den Sektoren kann für Pflegende bereichernd und motivierend sein, im Fachgebiet zu bleiben. Dabei sind Kollegialität, Interprofessionalität, und Zweckmässigkeit massgebend.

Ziel Ziel war, die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, die Patientensicherheit zu erhöhen, Schnittstellen zu optimieren und die Rolle der spezialisierten Pflegenden zu stärken.

Methode Ein Konzept mit Kooperationsvertrag wurde zwischen vier Anbietern der stationären und ambulanten spezialisierten Palliative Care verabschiedet. Auf Grund einer Literatur- und SWOT-Analyse wurden Bedingungen für eine Pilotphase mit Personalaustausch definiert:

- Portfolio der MitarbeiterInnen, die sich für den Austausch interessieren und eignen
- Vertragliche Grundlagen (Arbeitspensum, Rechtsformen und Arbeitsverhältnisse, Haftung)

Vor Start und am Ende des Pilots wurde ein Fragebogen zur Evaluation der negativen und positiven Erwartungen bzw. Erfahrungen an die MitarbeiterInnen der teilnehmenden Institutionen geschickt.

Resultate Zwei Pflegende nahmen für 6 Monate zu je 20% am Personalaustausch zwischen mobilem Palliativdienst und Palliative Care Konsildienst teil. Der Wissenszuwachs, die Erfahrungen und die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren wurden gestärkt, Schnittstellen zu Gunsten einer idealen Versorgung der PatientInnen wurden optimiert, und die professionelle Entwicklung der MitarbeiterInnen wurde unterstützt. Es wurde wahrgenommen, dass 20% für den Personalaustausch zu wenig sind, um ein besseres Verständnis für Bedürfnisse und Arbeitsweisen im anderen Sektor zu erhalten. Der Einführungsbedarf bei fehlenden Vorkenntnissen der Institution war hoch, aber die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis wurden gefördert, wobei unterschiedliche Prozesse und Dokumentationssysteme (digitale KG) herausfordernd waren.

Schlussfolgerung Verbesserung der Schnittstellen und damit eine höhere Versorgungsqualität wurde erreicht. Einige Korrekturen (z.B. Personalaustausch mit höher-prozentigen Mitarbeiterinnen) wurden umgesetzt. Eine zweite Pilotphase, die ebenfalls vergleichbar evaluiert wird, läuft bis September 2025. Resultate werden vorliegen.

P26

Spiritual Needs in Palliative Care Inpatients: Five Years of Clinical Data of a Swiss Tertiary Care Center

V. Frei¹, S. Peng-Keller², C. Hertler³, S. Pelz⁴, D. Blum⁵, M. Schettler⁶ (Medizinische Fakultät, Universität Zürich, Zurich; ²Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät, Universität Zürich, Zurich; ³Universitätsspital und Universität Zürich, Zurich; ⁴Universität Zürich, Zurich)

Context Spiritual and religious needs are increasingly recognized as essential components of holistic palliative care. However, structured assessment and documentation of these needs remain inconsistent in clinical practice.

Goal This study aims to identify and categorize spiritual needs among patients in a tertiary palliative care setting.

Method A retrospective, single-center study was conducted at the Acute Palliative Care Unit (APCU) of the University Hospital of Zurich. Electronic health records (EHRs) of 1049 patients admitted between 2019 and 2022 were screened. Of these, 747 records with encodable spiritual or psychological content were included. Qualitative content analysis was used to identify recurring themes in documentation by pastoral and psychological services. Needs were categorized using a framework adapted from Selman et al.

Results A total of 22 distinct spiritual needs were identified and grouped into four main domains: existential, psychological, social/relational, and religious. Psychological services documented spiritual needs in 85.4% of cases, while pastoral care did so in 49.2%. The most frequently recorded needs included existential fears, biographical reflection, and relational concerns. Religious needs were less commonly documented, with notable variance between care providers.

Conclusion This is the first study in Switzerland to systematically examine the spiritual needs of palliative patients through clinical documentation. Findings highlight the significance of spiritual needs at the end of life and underscore the lack of standardized communication and documentation practices. Improved tools and interprofessional strategies are necessary to better identify and address spiritual concerns in palliative care settings.

P27

Dexmédétomidine facilitant la guérison d'un trouble de l'humeur chronique menant à une maturation.

D. W. Freiherr von Hornstein¹ (Specialist Palliative Care Service Cavan & Monaghan, Cullies, Co. Cavan, IE)

Contexte Une femme de 77 ans souffrant d'un trouble de l'humeur chronique, suivie en psychiatrie depuis 40 ans, fut hospitalisée deux fois une année entière en psychiatrie après immolation suicidaire et mort dramatique par cancer de deux de ses filles, sexuellement abusées comme enfants. Après hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec insuffisance respiratoire de type II, le service des soins palliatifs fut consulté lorsqu'elle devint plus anxieuse et tolérant moins bien le masque à pression positive continue des voies respiratoires (PPC). Comorbidités furent: Diabète de type II, hypothyroïdie, cachexie.

Objectif Réflexion sur l'usage bénéfique de la dexmédétomidine, un agoniste des récepteurs alpha2-adrénérgiques avec des propriétés anxiolytiques, comme alternative pour une patiente souffrant d'un trouble de l'humeur chronique résistant aux traitements médicamenteux et électro-convulsifs psychiatriques.

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

Résultats Malgré une médication psychiatrique journalière de duloxétine 120 mg, pregabalin 100 mg, Na-valproate 600 mg, olanzapine 7,5 mg, alprazolam 0,5 mg et témazépam 10 mg elle continuât à être très anxieuse et commençât d'avoir des difficultés à prendre tous ces médicaments par voie orale.

La dexmédétomidine fut introduite comme perfusion sous-cutanée continue pour une période de 47 jours. Avec une dose de 0,24 µg/kg/h elle se stabilisa et fut transférée après 2 semaines d'une unité de soins aigus à une unité de soins de fin de vie. Après 30 jours elle commença à développer des périodes d'hypotension artérielle

nécessitant une réduction de la dose de dexmédétomidine pour l'arrêter complètement après 17 jours. Elle continuât pour soulager la détresse respiratoire avec une perfusion sous-cutanée continue d'alfentanil IC 15 mg et halopéridol 3,5 mg/jour. À partir de cette période son niveau d'anxiété commença à baisser tout en demeurant très en colère. Elle fut plus ouverte à des conversations et acceptât, puisqu'elle continuât à survivre, d'être transférée dans un établissement médico-social. Puis arriva la crise transformatrice. « Elle voit la présence de ses deux filles décédées » ce qui la troubla profondément mais lui permit de surmonter son anxiété et sa colère. Elle décida de rentrer à la maison et créer des liens avec ses petits-enfants.

Conclusion En soulageant ses symptômes physiques sans sédation profonde elle accéda sa profondeur tout en utilisant sa résilience pour une maturation inespérée.

P28

Improved Management of Seizures with Brivaracetam Continuous Subcutaneous infusion (CSCI)

D. W. Freiherr von Hornstein¹ [*Specialist Palliative Care Service Cavan & Monaghan, Cullies, Co. Cavan, IE*]

Context The anti-epileptic Brivaracetam, licensed in 2016, is associated with fewer behavioural or psychiatric side effects than levetiracetam. The maximal dose can be accommodated in a single syringe driver. When oral intake becomes problematic Brivaracetam can be converted 1:1 to a continuous subcutaneous infusion (CSCI).

Goal To improve seizure management in a palliative care setting.

Method 25 Patients referred to a Specialist Palliative Care Service showing seizure activity were analysed.

Noted:

- Demographic data
- Diagnosis
- Symptoms
- Medications
- Indications for anti-convulsive treatments
- Results
- Outcome

Results Patients: mean age 72 years, 16 male, 9 female. Treated were seizure activity originating from malignant (9) and non-malignant (16) underlying diseases. 8 patients pretreated with levetiracetam were switched to brivaracetam at a ratio of 10:1. They all showed reduced seizure activity, became more alert and were emotionally more stable. Some patients dying in an unconscious state regained some consciousness which allowed them to interact with their families. 4 patients needed a second (lacosamide, midazolam, phenobarbital or Na-valproate) and three patients a combination of 3 anti-epileptics. One ventilated patient with excessive bronchial secretions (vegetative seizure activity) could be weaned off and moved to a ward after a first failed extubation. While all patients died one lady with a massive intra-cerebral bleed made an unexpected recovery, could be switched to oral medication and was discharged home 5 months later after recovering her swallow, speech and mobility. In total 563 days of CSCI treatment days were documented. Doses ranged from 100 to 200 mg per day, diluent water for injection. The subcutaneous infusion site remained functional up to 7 days, no local skin irritation observed.

Conclusion Brivaracetam 1% solution is well tolerated and can safely be administered as a CSCI to manage better seizure activity with less side-effects.

P29

Gesundheitliche Vorausplanung in Basel-Stadt - eine multizentrische Befragungsstudie

K. Froelich¹, S. Eckstein¹, R. Schweighoffer², M. Salathé³ [*Universitätsspital Basel, Basel; ²Curaviva Basel, Basel; ³Medizin Ethik Recht (Consulting), Basel*]

Hintergrund Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) bezeichnet den Prozess, durch den Patient*innen ihre zukünftige Gesundheitsversor-

gung im Voraus planen, insbesondere im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende oder bei schwerer Krankheit. Trotz eines allgemeinen Bewusstseins für die Bedeutung von GVP steht eine systematische Integration in bestehende klinische Behandlungspfade noch aus.

Ziel Ziel der Studie ist es, die aktuelle Anwendung von GVP in verschiedenen Institutionen und Sektoren der Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt zu untersuchen. Aus den Ergebnissen der Standortbestimmung sollen Strategien für die Implementierung regional entwickelter Formulare der GVP abgeleitet werden.

Methode Von Oktober bis Dezember 2024 wurden Gesundheitsfachpersonen mittels Convenience-Sampling rekrutiert, die in unterschiedlichen Institutionen der gesundheitlichen Versorgung (Universitätsspital, Hausärztliche Praxen, Alters- und Pflegeheime, spezialisierte Palliative Care) des Kantons Basel-Stadt tätig sind. Die Befragung mit 35 Ratingfragen und sechs offenen Fragen wurde je nach Zielgruppe online oder auf Papier durchgeführt. Hierbei wurden die Anwendung spezifischer Formulare (Patientenverfügung, Ärztliche Notfalloanordnung, Behandlungsplan), Einstellungen gegenüber GVP sowie Barrieren und unterstützende Massnahmen bei der Integration von GVP untersucht.

Resultate Insgesamt nahmen 212 Gesundheitsfachpersonen aus den verschiedenen Sektoren mit überwiegend langjähriger professioneller Erfahrung an der Studie teil. Spezifische Formulare der GVP sind bekannt und werden im geringen Umfang bereits angewandt. Generell gibt es positive Einstellungen gegenüber GVP. Hauptsächliche Barrieren sind fehlende personelle Ressourcen sowie die lange Dauer der Beratungsgespräche. Verschiedene Massnahmen wurden von den Teilnehmenden als unterstützend bei der Anwendung von GVP eingeschätzt.

Schlussfolgerung Die Studie trägt dazu bei, ein besseres Verständnis der aktuellen Anwendung von GVP im Kanton Basel-Stadt zu entwickeln und durch die Identifikation von Barrieren und Unterstützungsmassnahmen konkrete Empfehlungen für eine effektive Implementierung der kantonalen GVP-Dokumente zu formulieren.

P30

PALLIATIVE CARE AND DISABILITY: WORKING IN PROGRESS

P. Fanti¹, A. Avena C. P.², T. D. Fusi² [*Associazione Triangolo, Bellinzona; ²Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona*]

Context The estimation about the global prevalence of people living with intellectual disability is approximately between 1% and 15%. The life expectancy for adults with developmental disabilities increased in the last decades. During their disease trajectory, they experience complex and multidimensional palliative care (PC) needs that are seldom met by specialized PC teams. This lack of equitable access to PC services might reduce quality of life of patients with developmental disabilities and their informal careers.

Goal To illustrate the challenges of caring for patients with developmental disabilities in a specialized PC unit.

Method Clinical study in a specialized PC unit. A 26-year-old patient with an ATR-X genetic syndrome was transferred to our unit after being hospitalized for five months in intensive care, where he underwent eight surgeries and several cycles of antibiotic therapy for toxic megacolon with perforation.

ATR-X is a congenital condition characterized by mild to severe intellectual disability, facial, skeletal, urogenital and hematopoietic anomalies. Furthermore, gastrointestinal complications, seizures, visual and auditory impairment are often associated. The specialized PC team was called on consultation for discussions about advance care planning with the parents, after the intensive care unit team excluded further invasive treatment for arising complications.

Results During one month of hospital stay in our unit, several challenges were encountered while caring for this patient. Unaccustomed healthcare professionals to patients with developmental disabilities, longstanding disease trajectory with unrealistic "hope" expressed by the family and clinical complexity as a barrier to home discharge and the need for relocation were amongst the main issues observed during hospital stay.

Conclusion Patients with developmental disabilities with PC needs must benefit from early PC interventions to improve their quality of

life. Symptom management, discussions about advance care planning and preferred place of care are essential in this longstanding disease trajectory. Healthcare professionals' education and novel policies in the healthcare system are deemed necessary to promote equitable access to high-quality PC.

P31

Caring for Palliative Carers: Exploring Virtual reality for Professional Well-being

E. Brumana¹, E. Capelli¹, G. Nacuzzi¹, G. Presta¹, A. Puliaatti¹, D. Sari¹, T. Fusi-Schmidhauser¹ (¹Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona)

Context Interprofessional teams working in specialist palliative care (PC) units are confronted with different degree of emotional and psychological stress. Virtual reality (VR) interventions are described in recent literature as being safe and effective for symptom control for PC patients, especially for pain management. Furthermore, VR was used for healthcare professionals (HCP) in various care settings to reduce subjective stress, but data in specialized PC units are scarce.

Goal To explore the experience of VR and its impact on well-being for HCP working in specialized PC units.

Method Explorative pilot study conducted from August 15 to September 15, 2024 in two specialized PC units. Demographics and data on VR experience were collected through a duly developed questionnaire. HCP completed the questionnaire after a 10-minutes VR session. Descriptive statistics supported data analysis.

Results Twenty-one HCP (18 nurses, 2 physicians, 1 allied HCP) participated in the study. A total of 76% of all participants (n=16) had never experienced a VR session and 90% (n=19) concluded the 10 minutes session. Perceptions of relaxation was described by 80% (n=17) of all participants, 29% (n=6) recounted a leisure-like moment and 24% (n=5) reported a sensation of well-being. Minimal sideeffects such as nausea and dizziness were mentioned by 42% (n=9) of all participants, but only 10% (n=2) interrupted the session. Furthermore, 86% (n=18) stated that VR might be useful for improving HCP well-being in specialized PC units, especially after a stressful event.

Conclusion The routine implementation of VR sessions for HCP might represent an effective support to improve perceived well-being, particularly after stressful episodes and as a valid alternative to scheduled work breaks. Further studies in our institution are planned to confirm the results of this exploratory pilot study.

P32

Posttraumatic growth in palliative care: Exploration of patients' experiences through life narrative

L. Galbiati¹, E. Baader¹, E. Bove², E. Poncin¹, M. Bernard¹, G. D. Borasio¹ (¹Service de soins palliatifs et de support, Hôpital Nestlé du CHUV, Av. Pierre-Decker 5, 1011 Lausanne; ²Haute École de Santé Vaud (HESAV), Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne)

Context Posttraumatic growth (PTG) refers to positive psychological changes occurring after an adverse life event. Most research is based on transversal research designs in cancer using the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI). Studies do not provide an understanding of how this process may develop, especially regarding the patient's life trajectory.

Goal Through life narrative interviews, our study aims (i) to describe profiles of psychological changes experienced by palliative care patients, and (ii) to link these profiles with quality of life and PTGI.

Method This study adopted a multi method design. Semi-structured interviews based on the Biographic Narrative Interpretive Method were conducted in three palliative care centres in Switzerland. An ideal-type analysis was used to establish profiles of patients and a thematic analysis to characterize these profiles. In addition, the PTGI and the McGill Quality of Life-Revised questionnaire (MQOL-R) were used.

Results A total of 23 patients participated (13 female, median age = 73, 13 with cancer). The ideal-type analysis revealed four profiles of

changes: (i) "Overcoming adversity" (n=6), characterized by positive psychological changes, future plans, strong social support, and medical staff satisfaction; (ii) "Resilience" (n=7), characterized by less positive psychological changes but effective daily coping strategies; (iii) "Resignation" (n=3), marked by illness acceptance and serenity toward death; and (iv) "Psychological suffering" (n=7), characterized by severe distress, despair, and end-of-life preparation. The profiles "Overcoming adversity" and "Resilience" showed higher PTGI scores than "Resignation" and "Psychological suffering". MQOL-R scores were more homogeneous between the groups.

Conclusion Life stories offer an innovative way to understand changes during serious illness and end-of-life. The variability of the profiles shows the value of considering the patient beyond end-of-life issues. Patients' reactions to illness may be strongly conditioned by their life trajectory. We encourage professionals to use narrative approaches integrating the patient's life story into their clinical practice.

P33

How to Say Goodbye? Strategies for difficulties in interview closure with end-of-life patients

L. Galbiati¹, S. Ruedin¹, C. Acién¹, S. Blanc¹, S. Savinelli¹, L. Heistrüvers², A. C. Sterie¹ (¹Palliative and Supportive Care Service Lausanne University Hospital (CHUV), Lausanne; ²Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine, Zürich)

Context Vulnerability is a central concern in human research fields such as sociology, psychology, nursing, and ethics. However, this concept has been often addressed through the researcher's effort to minimize risks and prevent potential negative consequences for participants throughout the study, particularly when conducting an interview. When doing research in palliative care, this question is essential, because researchers are generally confronted with vulnerable patients. In addition to the palliative medical issues, symptoms such as social distress, anxiety, fatigue may arise during the interview. Conducting research in the context of the end-of-life care potentially exposes researchers to several challenges. These can be especially present during interviews, which might confront them with their own vulnerabilities. This confrontation can be challenging and could affect their own well-being.

Goal We aim to share and compare our field experiences as researchers and the challenges faced when meeting and leaving vulnerable patients and illustrate our experiences through two different vignettes.

Method Our research team consists of early-career female researchers working in the palliative and supportive care service. During collective reflexivity workshops, we share our field experiences and provide feedbacks to improve our role and our research practices when meeting participants. Common challenges and themes that emerged from the discussion were extracted, condensed and illustrated through vignettes.

Results The vignettes are drawn from our field experiences and offer reflections and practical insights to enhance our roles and research practices during participant encounters. By comparing our experiences of interviewing patients at the end of life, we identified the concluding phase of the interviews as a common challenge.

One of the most delicate aspects we faced was how to say goodbye to patients we had come to know personally through the interviews – individuals who were likely to pass away in the near future.

Conclusion Based on the field experiences of researchers, two different vignettes highlight challenges in interview closure with end-of-life patients. The common difficulties reveal the challenges related to researchers' interpersonal skills in palliative care, and the need to create spaces such as workshops where they can express themselves, share experiences, and find guidance.

P34

Tailoring Respectful & Understanding Support for LGBTIQ+ people in Palliative & End-of-Life Contexts

M. J. Deml¹, C. Meier², T. Hässler³, L. Eisner⁴, F. Bosio⁵, P. Larkin¹, C. Gamondi¹ (¹Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ²Université de Lausanne, Lausanne; ³Universität Zürich, Zürich; ⁴Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud (HEIG VD), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Yverdon-les-Bains)

Context Lesbian, gay, bisexual, trans, intersex, queer/questioning (LGBTIQ+) individuals experience challenges in accessing inclusive healthcare. These challenges stem from systemic discrimination, cultural misunderstandings, and structural barriers within healthcare systems, which lead to mistrust and reluctance to seek care. Social isolation, reliance on "families of choice", and lack of healthcare provider (HCP) awareness complicate palliative and end-of-life care (PEOLC) experiences. In Switzerland, the unique needs of the LGBTIQ+ population are poorly understood and insufficiently addressed in PEOLC policies and practices.

Goal This represents a study protocol of research investigating the needs, challenges, and preferences of LGBTIQ+ individuals and their chosen families in PEOLC in Switzerland. It also aims to examine HCPs' understanding and practices concerning inclusive care.

Method We will employ a Participatory Action Research (PAR) approach, which emphasizes collaboration with LGBTIQ+ associations, HCPs, and key stakeholders to co-create knowledge during the project's planning, data collection, analysis and dissemination phases. This method ensures that we do not merely observe but actively engage participants in the research. A scoping review of existing scientific and grey literature will map current knowledge and identify gaps. Research methods also include secondary data analysis and qualitative/quantitative data collection methods with LGBTIQ+ individuals, their chosen families, and HCPs from Switzerland's 3 main linguistic regions.

Results Anticipated benefits include developing inclusive care practices, enhancing trust in healthcare systems, and reducing health disparities. An important project outcome is the co-creation of a Rainbow Book, a resource including practical recommendations for HCPs and policy recommendations promoting more equitable PEOLC.

Conclusion Project outputs will provide a foundation for systemic change in the healthcare system, ensuring that LGBTIQ+ individuals receive respectful care in their final stages of life. By engaging communities directly through PAR, the project seeks not only to generate new insights but also to foster lasting trust in PEOLC practices and policies across Switzerland.

P35

Healthy dying: promoting health until death?

J. Girard¹, M. Duay¹ (¹Haute école de Santé Fribourg, Fribourg)

Context 'We all die, but how do we die? That is the question'. A 2 ECTS elective module has been developed for 3rd year students at the Heds FR to attempt to answer this. Empowerment is a central concept for this theme, reflecting changing societal attitudes [Catford, 2018]. Palliative care is centred on compassion, dignity and gratitude, while the concept of 'healthy dying' is more recent. Nurses play a key role in transforming community perceptions of the end of life through their role in coordinating care [Abel et al., 2018].

Goal The objectives of the module were as follows:

- To understand the link between health promotion and death, in particular by being able to explain the concepts of 'healthy dying' and 'community care';
- To reinforce, in the context of palliative care, one's health promotion posture by developing a project;
- To build a relational approach to health with the person in palliative care in relation to bereavement and the end of life; and
- To question the evolution of one's representations of death and health.

Method In groups, the students analysed a clinical vignette of a person being cared for in different care settings. Concurrently, the students expanded their theoretical understanding of the various themes and concepts surrounding 'dying in health'. The analysis was based on the

problem tree method, a technique that facilitates the identification of the causal links between the various factors that underpin the problem [Chaput, 2021; Gircourt, 2020]. This method involves the creation of two trees: a problem tree and a solution tree. For the purposes of this module, the latter has been termed the 'person's life project tree'.

Results When evaluating the module, students offered a number of constructive comments and suggestions. The feedback indicated a need for more practice and originality. We have therefore decided to enhance the module for the next intake in 2026 by incorporating simulations, site visits and a testimonial. Students will have the opportunity to test their solution tree and practise announcing a death using simulations.

Conclusion The optional module provided students with an opportunity to reflect on the following questions: 'Is it possible to promote health right up to the end of life?' 'What are the limits?'

P36

Pädiatrische Palliative Care für Kinder mit komplexen oder fortgeschrittenen Herzerkrankungen

E. Diggelmann¹, N. Morscher², E. Valsangiacomo¹, I. u. i. A. Kinder-Herzzentrum und Kompetenzzentrum Pädiatrische Palliative Care¹, E. Bergsträsser¹, D. Gubler¹ (¹Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ²Universitäts-Kinderspital, Zürich)

Hintergrund Kinder und Jugendliche mit progredient verlaufenden Erkrankungen oder komplex chronischen Krankheitsbildern, die nicht oder nicht mehr von einer kurativen Behandlung profitieren, oder bei denen eine hohe Unsicherheit in Bezug auf die Behandelbarkeit der Erkrankung besteht, leiden häufig unter einer Vielzahl komplexer medizinisch-pflegerischer, seelischer und/oder sozialer Probleme, die sich auf die gesamte Familie und das Umfeld auswirken. Die Fortschritte in der pränatalen Medizin führen manchmal zur (Verdachts-) Diagnose einer Erkrankung ohne Heilungsaussicht und zum Bedarf einer palliativen Begleitung. In diesen Situationen kann ein Involvement des interprofessionellen Pädiatrischen Palliative Care (PPC) Teams sinnvoll sein. Palliative Behandlungs- und Betreuungskonzepte haben zum Ziel, jede Lebensphase eines Kindes im Umfeld der Familie mit einem hohen Grad an Selbstbestimmung bestmöglich zu gestalten. Der Einbezug von PPC am Universitäts-Kinderspital Zürich war noch nicht standardisiert und hatte entsprechend (zu) späte Zuweisungen zur Folge. Nicht zuletzt war einer der Gründe, dass die Leistungen des PPC Teams den Teams des Kinder-Herzzentrums nicht umfassend bekannt waren.

Ziel Etablieren von Standards einer palliativen Betreuung, zu der jedes Kind von 0-18 Jahren mit komplexer oder fortgeschrittener Herzerkrankung und deren Familie Zugang haben soll. Damit verbunden eine Optimierung der Zusammenarbeit und Abläufe der interprofessionellen Teams Kinder-Herzzentrum und PPC.

Methode Im ersten Schritt Bildung einer interprofessionellen Arbeitsgruppe mit Vertretung aller Kerndisziplinen des Kinder-Herzzentrums und PPC, welche gemeinsam anhand von internen Erfahrungen, internationalen Empfehlungen und eigenen sowie internationalen Forschungsergebnissen die Kernthemen für Standards und die Optimierung der Zusammenarbeit definieren und ausarbeiten. Im zweiten Schritt Validierung der Umsetzung mittels Fragebogenbefragung und Fokusgruppe.

Resultate Das Konzept «Pädiatrische Palliative Care – Konzept für Kinder mit komplexen oder fortgeschrittenen Herzerkrankungen» hat als Kernstück gemeinsam erarbeitete Indikationskriterien für eine Zuweisung ans PPC Team. Dies ist ein Novum und hat zu einer niederschwelligeren Zuweisung und Verdopplung der Patient:innen mit kardiologischen Diagnosen in der PPC geführt. Das Konzept wird seit 2024 umgesetzt. Aktuell läuft eine Validierung intern.

Schlussfolgerung Ein spezifisches PPC Konzept für die Population Kinder mit Herzerkrankungen kann sich positiv für die Betreuung der betroffenen Kinder und die interdisziplinäre Zusammenarbeit auswirken. Eine Übertragbarkeit auf andere Disziplinen und/oder Zentren kann geprüft werden. Die Resultate der Fragebogenbefragung werden präsentiert.

P37

Abendländische Spiritualität als Ressourcen für betreuende und pflegende Angehörige

L. Hasler¹ (¹Onkologie-Hämatologie Dr. Loretta Hasler AG, Maiefeld)

Hintergrund Betreuende und pflegende Angehörige werden häufig konfrontiert mit ihren Grenzen der Hilfsmöglichkeiten gegenüber der zu betreuenden Person sowie auch mit der Reduktion ihrer eigenen Kräfte. Man sucht nach Unterstützungsmöglichkeiten für sich und der hilfebedürftigen Person.

Ziel Mit der Frage nach dem Sinn des Lebens wird häufig auch das Bewusstsein des endlichen DASEINS entdeckt. In unserer abendländischen Kultur wurde uns das Instrument zu Verbindungen von geistlichen spirituellen Ebenen geschenkt. Es gilt aus diesem historischen Hintergrund sowie aus den Erfahrungen des Alltags diese Kräfte wieder wahrnehmen zu können.

Methode Interessierten Angehörigen werden Impulse der spirituellen Quellen mittels Wort, Bild und Musik mittels Seminarangeboten übermittelt.

Resultate Die Seminarangebote bestehen immer noch. Jede einzelne Person nimmt für sich das für sie eigene wertvolle Ergebnis mit in ihren Alltag. Es ist nicht geplant, dass "quality of life" Fragebogen nach den Seminaren aufzuzeichnen sind.

Diskussion Geht man der Frage des Sinns des Lebens nach, so wird man mit dem Sterben und der Endlichkeit unseres jetzigen Daseins konfrontiert. Die materiellen Gegenstände bekommen weniger Bedeutung. Man sucht nach weiteren Ressourcen, die ausserhalb des eigenen Ichs entdeckt werden können. Wie AHA Erlebnisse beim Erstaunen eines Bildes, beim Hören einer Musik, beim Bewundern der Natur, beim ersten Lächeln eines Kindes und so weiter. Diese aufkommende Gefühle sind ureigene Gefühle, die plötzlich da sind. Woher kommen diese? Welche Verbindungen haben wir mit dem All? Wo kann ich diese Ressourcen bei den alltäglichen Aufgaben einsetzen?

Schlussfolgerung Immer mehr wird unserer Gesellschaft bewusst, dass wir Teil in einem Kreislauf des Universums sind mit Werden, Sein und Vergehen. Mit den Gedanken der Spiritualität kommen wir in Berührung der Unendlichkeit. Das kann uns Türen öffnen zur Ehrfurcht gegenüber etwas Grösserem als wir sind und zur Demut. Es bietet auch eine Möglichkeit, indem wir über uns hinauswachsen können. Wir finden in uns mehr Ruhe und weniger Angst.

P38

Seizures in end-of-life care in primary and in secondary brain tumors

Z. Hepp¹, S. Pelz², M. Schettle³, D. Blum³, C. Hertler³ (¹Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ²Spital Männedorf, Männedorf; ³Universitätsklinik Zürich, Zürich)

Context Epileptic seizures are a frequent complication in patients with primary or secondary brain tumors and can significantly impact their quality of life. These seizures may arise at different stages of the disease – early on, as the disease advances, or during the end-of-life (EOL) phase. However, research addressing the frequency and management of seizures in palliative care patients remains limited.

Goal The aim of this study was to examine the prevalence and characteristics of seizures during the last month before death in patients with primary or secondary brain tumors treated in a tertiary palliative care unit.

Method In this retrospective cohort study, we analyzed patients with primary or secondary brain tumors who died at the palliative care competence center at the University Hospital of Zurich (2018–2024). Analyzed data included demographics, disease characteristics, prior treatments, and occurrence of seizures. EOL phase was defined as the last month before death. Statistical analyses examined associations between clinical characteristics and occurrence of EOL seizures.

Results A total of 143 patients was included, 14.7% (n=21) of these suffered from EOL seizures. Patients with primary brain tumors were more likely to experience seizures (32.4%, n=11) than patients with secondary brain tumors (9.2%, n=10; p<0.001). A prior history of epilepsy was associated with an increased seizure risk in EOL; 31.7%

(n=13) of patients with prior epilepsy suffered from EOL seizures vs. 7.8% (n= 8) patients without prior diagnosis (p <0.001). Despite being under antiepileptic therapy, 47.6% (n=10) of patients with EOL seizure experienced recurrent seizures during EOL. The most commonly prescribed antiepileptic medication was levetiracetam (30.1%, n=43).

Conclusion Primary brain tumors and prior history of epilepsy were strongly associated with occurrence of EOL seizures. Effective seizure management is essential in palliative care.

P39

Symptom burden, place of death, and implications for end-of-life care in glioma patients

S. M. Christ¹, C. J. Reynolds², A. L. Veuve², P. Heesen², D. Gramatzki¹, E. Le Rhun¹, M. Guckenberger¹, D. Blum³, M. Weller⁴, C. Hertler⁵ (¹Universitätsklinik Zürich, Zürich; ²Universität Zürich, Zürich; ³Universitätsklinik und Universität Zürich, Zürich; ⁴Universität Spital und Universität Zürich, Zürich; ⁵Universitätsklinik Zürich, Zürich)

Context Patients with primary brain tumors suffer from a high symptom burden combining neurological and oncological symptoms, with physical and neurocognitive deterioration already at early stages of the disease. Moreover, high grade gliomas have a very poor survival rate, leaving very little time to prepare for palliative and end-of-life related situations.

Goal Here, we aim at characterizing the relationship between symptom burden, advanced care planning and place of death in patients with glioma.

Method In this retrospective study, we analyzed 394 patients with glioma treated at the Comprehensive Cancer Center Zurich between 2015 and 2023. We investigated demographics including last place of care, clinical information, symptom burden and characteristics of advanced care planning and palliative care. Statistical analysis was performed to determine associations between variables.

Results Most patients included suffered from a WHO grade 4 gliomas (88%, n=347). Patients had a median age of 60 years (IQR 50–69) at diagnosis, and a median age of 62 years (IQR 52–70) at death. Median overall survival was 1.49 years (IQR 0.97–2.46). Patients suffered from high symptom burden in the last phase of life, including motor dysfunction (66%, n=261), neurocognitive decline (48%, n=155), and speech impairment (39%, n=155). Seizures occurred in 20% (n=77). Almost half of patients suffered from more than 3 symptoms (46%, n=180). Of patients with known place of death, 32% (n=58) died in inpatient palliative care, 26% (n=46) at home, and 16% (n=28) each in either hospice care or institutions. Higher symptom burden and higher WHO grade were independently associated with inpatient death (p<0.05). A total of 67.5% (n=185) patients were referred to specialist palliative care. However, advanced directives were rarely documented or lacking.

Conclusion Due to early neurocognitive deterioration and high symptom load, patients with gliomas qualify well for early integration of palliative care support and advanced care planning. Identifying patients' preferences for treatment and last place of care would allow for better patient care in the last period of life.

P40

Sterbende als Lehrende im Hospiz: „In meinen Augen danach riefen das man sie im öffentlichen Raum behandelt.“

A. Herzog¹ (¹Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, Berlin, DE)

Hintergrund In vorangegangenen Studien berichteten Sterbende von unangemessenen zwischenmenschlichen Beziehungen zu Gesundheitsakteur:innen oder der fehlenden Beteiligung in Entscheidungsprozessen. Sie dürfen nach wie vor in gesundheitsbezogenen Fragen, bspw. im G-BA nicht mitbestimmen.

Ziel Daher widmet sich die Frage dem gesundheitlichen Erleben der Sterbenden in einem nationalen Erwachsenen-Hospiz. Die Frage zielt(e) auf einen reflektierenden Lehr- und Lernprozess ab, in dessen

Rahmen Erfahrungen dialogisch ausgetauscht werden.

Methode Die wissenschaftstheoretische Basis konstituiert sich aus einem spezifischen Zusammenspiel dreier Elemente (Sozial-Hermeneutik, Lebensweltliche Ethnografie & Reflexiv Grounded Theory), bei dem die Erfahrungen der Teilnehmenden eine zentrale Rolle einnehmen. Als Forscherin erhalte ich über meine eigene Subjektivität Einblicke in die Erfahrungen anderer, wie die der drei Sterbenden, die sich in Expert:innengesprächen in einem stationären Hospiz äussern. Ergänzt wurde das Datenmaterial durch meine Präkonzepte sowie durch das fortlaufende Führen von etwaigen Memo-Varianten, bspw. dem Leitfaden-Memo oder dem Durchführen eines kulturellen Zirkels in schriftlicher Form. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte in einem drei-schrittigen Kodierprozess, der sich an den Prinzipien der Grounded Theory (offene, axiale & selektive Kodierung) orientiert. Ein Indikatorenschema, was auf den Phasen des hermeneutischen Verstehensprozess basiert, wurde mit hinzugezogen.

Resultate Das Ergebnis verdeutlicht die Bedürfnisse nach Harmonie, Zuneigung und Loyalität. Im stationären Hospiz schöpfen sie aus den Ressourcen der Kommunikation. Ein Appell an die Mitmenschen, die gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu thematisieren, wird formuliert: "Aus meiner Perspektive wurde das Bedürfnis geäußert, dass sie im öffentlichen Raum behandelt werden." (B III-Z.147-148[EB1]), bspw. die Schmerzen, die es bereitet, die eigene Wohnung verlassen zu müssen. Sie berichten auch von ihrem Schutzfaktor, der Liebe, sind sie sich Mitmenschen bewusst, die dafür sorgen, dass es ihnen immer gut gehen wird.

Diskussion Zu diskutieren ist einerseits die wissenschaftstheoretische Basis, andererseits damit einhergehend die Art der Datenauswertung. Die Entscheidung für den Drei-Klang resultierte aus der Doppelperspektive der Forscherin. Eine erhob Datenmaterial und setzte diese in Beziehung. Eine weitere speiste sich aus den Handlungsdaten, wie den Interaktionen. Diese Basis versuchte die Reproduktion von kolonialisierenden Diskursen zu vermeiden/zu verringern.

Schlussfolgerung Die Sterbenden im stationären Hospiz sensibilisieren für das Selbstverständliche. Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen ist es selbstverständlich geboten, dass Sterbende in Entscheidungsprozessen, die im G-BA geführt werden, partizipieren. Das Hospiz als Raum ohne physische Grenzen.

P41

Komplementäre Behandlungsmethoden in der Palliative Care: Eine qualitative Studie im Bachelor Pflege

G. Hofstetter¹ (Fachhochschule, Fribourg)

Hintergrund Komplementäre Behandlungsmethoden wie Phytotherapie oder Anthroposophische Medizin sind in der Schweiz Teil der Grundversicherung. Diese Methoden ergänzen die Schulmedizin und ermöglichen positive Effekte wie Entspannung, Wohlbefinden und die Verminderung von Nebenwirkungen konventioneller Behandlungen. Im dritten Studienjahr erhielten Studierende des Bachelor-Studiengangs Pflege im Rahmen eines einwöchigen Wahlmoduls Einblicke in diese und weitere komplementäre Behandlungsmethoden.

Ziel Welche positiven Erfahrungen und persönlichen Bereicherungen haben die Studierenden durch die Teilnahme am Wahlmodul gemacht?

Methode Im Wahlmodul erlernten die Studierenden theoretische und praktische Grundlagen verschiedener Heilmethoden wie Phytotherapie, Aromatherapie, Anthroposophische Medizin, Osteopathie, Hypnotische Kommunikation, Reiki und Märchen in der Pflege. Zudem wurden die traditionellen Methoden Gesundbeten und Schamanismus vorgestellt. Die Studierenden erlebten beispielsweise auch rhythmische Einreibungen, Wickel, Kompressen und Massagen am eigenen Körper. Zusätzlich besuchten sie das Zentrum für integrative Pädiatrie am Kantonsspital Freiburg.

Resultate Die Evaluation zeigt, dass die Studierenden die vermittelten Inhalte als relevant und praxisnah bewerten. Die Qualität der Lehre wurde positiv eingeschätzt und die praktischen Anwendungen wurden sowohl für den beruflichen als auch privaten Alltag als wertvoll empfunden. Diese Rückmeldungen liefern wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung des Moduls.

Schlussfolgerung Das Wahlmodule «Integrative und komplementäre Behandlungsmethoden» macht in der konventionellen Ausbildung

der Pflegefachpersonen den Unterschied. Es vermittelt den Studierenden fundierte Kenntnisse und praktische Fähigkeiten, die sie in ihrer beruflichen Praxis anwenden können. Mit den in diesem Wahlmodul erworbenen Kompetenzen sind die Studierenden in der Lage, Patientinnen und Patienten zu beraten und bestimmte komplementäre Behandlungsmethoden selbst anzuwenden. Besonders in der Palliative Care, wo das Ziel darin besteht, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu optimieren und ihnen umfassende Unterstützung zu bieten, sind diese zusätzlichen Fähigkeiten von grossem Wert.

P42

Begleitung Kranker und Sterbender durch ein flächen-deckendes Netzwerk von qualifizierten Freiwilligen

K. Bonk¹, M. Holder-Franz², D. Koch¹ (Aargauer Landeskirchen, Aarau)

Hintergrund Im Kanton Aargau haben die drei Landeskirchen seit 2010 zahlreiche Freiwillige für die Begleitung von Kranken und Sterbenden ausgebildet. Entstanden ist ein unverzichtbarer tragender Dienst, in dem rund 170 Freiwillige im Kanton Aargau engagiert sind, organisiert in 13 Regionalgruppen. Die Einsatzzentrale, die 365 Tage im Jahr besetzt ist, wird professionell geleitet und vermittelt auf Wunsch schwer kranker Menschen und deren Angehörigen Begleitungen. Davon profitieren unentgeltlich alle Menschen, unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit.

Ziel Ziel ist die kompetente Unterstützung und respektvolle Begleitung von schwerkranken Menschen und die Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Methode Definiertes Aus- und Weiterbildungsprogramm, definierte Bestimmungen zur Qualitätssicherung sowie dessen ständige Weiterentwicklung. Die freiwillig Tätigen durchlaufen einen klar definierten Aufnahmeprozess. Nach absolviertem A2 Kurs mit integriertem Praktikum, Abschlussarbeit, Teilnahme an den Massnahmen zur «Prävention von Grenzverletzungen und sexuellen Übergriffen» erfolgt ein Aufnahmegespräch für den Eintritt in den Begleitedienst. Der regelmässige Besuch von Supervision, Weiterbildungen, Veranstaltungen und der Regionalgruppe sind Voraussetzung, um im Begleitedienst tätig zu sein.

Resultate Im Jahr 2024 wurden knapp 8500 Stunden Begleitedienst geleistet, das entspricht fast 24h pro Tag. In jeder Minute war demnach irgendwo im Kanton eine Person an einem Sterbebett und in der Begleitung einer chronisch kranken Person im Einsatz. 2022 hat die Fachhochschule Nordwestschweiz in einer Studie dieses Angebot wissenschaftlich untersucht und Ergebnisse veröffentlicht (Palliative Care und Begleitung: Ein Angebot der Aargauer Landeskirchen).

Diskussion Mittlerweile werden Aus- und Weiterbildung, Fachtagungen und Veranstaltungen auch in Kooperation mit palliative aargau, SRK und Careum Weiterbildung angeboten, von denen auch die Freiwilligen profitieren.

Schlussfolgerung Der Palliative Care Begleitedienst durch Freiwillige kann aufgrund der definierten Standards auf hohem Niveau angeboten werden. Er erfährt eine grosse Akzeptanz weit in die Gesellschaft hinein und wird von entsprechenden staatlichen Stellen wahrgenommen und zunehmend als tragend und wesentlich für die Versorgung beachtet. Im Sinne von "tue Gutes und rede darüber" möchten wir informieren und andere für die Freiwilligenarbeit motivieren.

P43

Das Paediatric Palliative Care Network Schweiz (PPCN CH) – ein wirkungsstarker Zusammenschluss

C. Mackuth-Wicki¹, D. Gubler², M. Höss³, T. Mantsch⁴, M. Ogal⁵, J. Vincenzino⁶ (Paediatric Palliative Care Network CH, Trimbach; ¹Universitäts-Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung, Zürich; ²Kinderspitex Ostschweiz, Horn; ³Kinderspitex Biel-Bienne Regio, Biel; ⁴Integrative Medizin Innerschweiz AG, Brunnen; ⁵Hospice Ticino, Lugano)

Hintergrund Das Schweizer Netzwerk von in der Pädiatrischen Palliative Care (PPC) tätigen Fachpersonen, setzt sich für Kinder mit lebensbedrohlichen und lebensverkürzenden Erkrankungen sowie

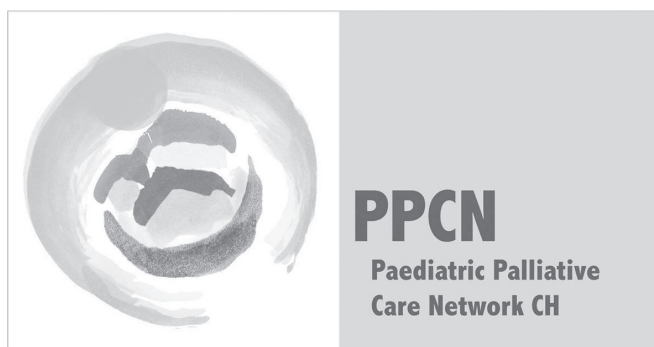
deren Familien und anderen Nahestehenden ein. Es hat sich in den vergangenen 15 Jahren etabliert und ist zu einem festen Bestandteil bei PPC-tätigen Fachpersonen geworden, was die ungebrochen steigenden Mitgliederzahlen belegen (36 Einzel- und 75 Kollektivmitglieder aus 20 verschiedenen Organisationen (Stand 15.05.2025). Zu Beginn war das Netzwerk monoprofessionell aus Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Settings und ideellem ärztlichen Support organisiert. Von Anfang an war entscheidend, eine breite interprofessionelle Vertretung im Bereich der PPC zu gewährleisten insbesondere auch die Ärzteschaft.

Ziel Ziel des Netzwerkes ist es, die gesamte Versorgungsstruktur abzubilden: der stationäre Bereich, ambulant Tätige in der Kinder- spitex oder aus Organisationen, die sich mit Freiwilligen engagieren, Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie, Körpertherapien, pädagogischen Institutionen, Hospiz-Initiativen, wie auch Seelsorgende, Sozialarbeitende, Fachpersonen in Bestattung, Trauerbegleitung und der Forschung.

Methode Die Website des Netzwerkes ist in der Website von palliative.ch integriert und bildet so noch klarer die gemeinsamen Ziele sowie die nationale Vernetzung ab. Die Zusammenarbeit wird weiter ausgebaut, sei dies in Bezug auf den gemeinsamen Auftritt, das Einbringen von Schwerpunktthemen wie auch die Vertretung der pädiatrischen Anliegen und das Sichtbarmachen der PPC auf verschiedenen Kanälen. Den Mitgliedern steht auf der Website ein geschützter Bereich mit Zugang zu internen Dokumenten zur Verfügung.

Resultate Die interprofessionelle Zusammenarbeit zeigt sich praktisch im Austausch der Fachpersonen, im Erarbeiten von gemeinsamen Grundlagenpapieren, der Weiterbildung, optimiert durch ein eigenes Curriculum und Weiterentwicklung der Pädiatrischen Palliative Care in der Schweiz. Für die Öffentlichkeitssensibilisierung schliesst sich das Netzwerk zum vierten Mal der jährlichen internationalen Sensibilisierungskampagne «HatsOn4CPC-Day» für Pädiatrische Palliative Care an.

Schlussfolgerung Die Qualität des Angebotes für und durch die Mitglieder hat sich seit der Gründung durch Strukturen, Angebote und Interprofessionalität verbessert. Als Orientierung für die Aktivitäten stehen die Bedürfnisse der Kinder im Fokus und die Bedürfnisse der Eltern werden einbezogen. Die Netzwerktreffen finden drei Mal pro Jahr statt.



P44

Terminalphase: Empowerment der Familie

S. Karpf¹, N. Zinniker¹, S. Häusermann¹ (¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Familien sind für Menschen in der Terminalphase eine relevante Ressource und können den Sterbeprozess positiv beeinflussen. Der Einbezug von Familienmitglieder in die Pflege von sterbenden Personen kann die Selbstwirksamkeit der Familie positiv beeinflussen. Es können aber auch tiefe Trauer und Gefühle der Überforderung auftreten.

Ziel Das Poster beschreibt, wie Pflegefachpersonen Familien in der Terminalphase im Akutspital unterstützen können.

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

Resultate Studien weisen darauf hin, dass von Seiten der Pflegefachpersonen eine einfühlsame Herangehensweise vonnöten ist,

insbesondere beim Ansprechen des bevorstehenden Sterbens. Die Familien können darin bekräftigt werden, Unterstützung und Tipps der Fachpersonen im Umgang mit der sterbenden Person (z.B. Berührung, Mundpflege) anzunehmen, aber auch, eigene Grenzen anzuerkennen bzw. Selbstpflege zu betreiben.

Schlussfolgerung Das Empowerment von Familien in der Terminalphase durch Pflegefachpersonen bewegt sich zwischen den Polen der beratenden Unterstützung bei der Interaktion mit der sterbenden Person bzw. beim Anerkennen von Grenzen.

P45

Benefit of a Modular Intervention to Promote Dignity, Meaningfulness and Mindfulness in Acute Care

K. Klatte¹, S. Walter², G. Meinschmidt³, R. Schaefer⁴, H. M. Chochinov⁵, G. Rodin⁶, S. Eckstein⁴ (¹Universitätsspital Basel, Basel; ²Division of Palliative Care, Kantonsspital Baselland, Baselland; ³Department of Psychosomatic Medicine, University Hospital Basel, Switzerland, Basel; ⁴University of Manitoba, Toronto, CA; ⁵Department of Supportive care, The Princess Margaret Cancer Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, CA; ⁶Division of Palliative Care, University Hospital, Basel)

Context Patients with life-limiting illnesses commonly experience substantial distress and loss of dignity. Relieving distress by fostering dignity and meaning have been identified as a core objective of palliative care. To address the individual needs of this heterogeneous patient group, we have developed a modular approach for the acute care setting consisting of Dignity Therapy, modified Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) Therapy, and a mindfulness-based intervention (MBI). Results of a previously performed feasibility study (n=10) showed high acceptance of the modular intervention and a strong benefit in the areas of dignity, meaning of life, and will to live.

Goal The aim of the present randomized controlled trial is to evaluate whether the modular intervention, in addition to standard specialized palliative care (SSPC), will promote dignity, meaningfulness, and mindfulness to a larger extent than SSPC alone.

Method 40 patients from the palliative care consulting service of the University Hospital Basel (life expectancy < 18 months) will be randomized to receive either the modular intervention and SSPC or SSPC alone. Patients in the intervention group can choose one of the offered modules. Each module consists of two sessions. Changes in mental well-being pre- versus post-intervention are measured by the PDI in both groups. Secondary outcomes include depressive symptom severity assessed with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) and semi-structured interviews.

Results Recruitment for RCT is ongoing. After study completion in October 2025 primary analysis will test the hypothesis by fitting a simple linear regression model, regressing the difference in scores on the treatment arm. Secondary outcomes as well as qualitative outcomes of the interview will be presented. Current qualitative outcomes of the feasibility study as well as the RCT intervention group show a high patient-perceived benefit of the modular intervention.

Conclusion Results of this RCT will determine if the developed modular intervention constitutes a significant benefit for acute palliative care patients and merits implementation into routine practice. SAMW (PC28/17, PC 05/18)

P46

Evaluation der evidenzbasierten Nachsorge für Angehörige in der spezialisierten Palliative Care

M. Riguzzi¹, M. Kohler¹, T. Schwalbach¹, M. Buschor-Bichsel², D. Blum³, R. Naef¹ (¹Universität Zürich, Zürich; ²hoch Health Ostschweiz, St.Gallen; ³Stadtsptial Zürich, Zürich)

Hintergrund Die Betreuung einer nahestehenden Person mit terminaler Erkrankung und deren Tod stellen eine einschneidende und belastende Erfahrung dar, die sich erheblich auf die Gesundheit

und das Wohlbefinden der Hinterbliebenen auswirkt. Klinische Leitlinien empfehlen ein dreistufiges Modell der „Bereavement Care“, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Angehörigen gerecht zu werden. Diese evidenzbasierten Empfehlungen wurden in der schweizerischen Palliativversorgung bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Die BEST for Family-Studie stützt sich daher auf Methoden der Implementierungswissenschaft, um eine evidenzbasierte Nachsorge in zwei grösseren Schweizer Spitälern zu etablieren. Bestandteil sind unter anderem Telefonkontakte 3–6 Monate nach dem Verlust.

Ziel Die Auswirkungen der Nachsorge auf die hinterbliebenen Angehörigen zu untersuchen.

Methode Die Studie wird in einem konvergenten Mixed-Methods-Design durchgeführt. Untersucht werden die Angemessenheit, Kohärenz und Qualität des Programms sowie das Befinden der Angehörigen. Diese werden 3–6 Monate nach dem Verlust mittels Fragebogen befragt. Mit einem Teil der Teilnehmenden werden zusätzlich semistrukturierte Einzelinterviews geführt, um ein vertieftes Verständnis ihrer Erfahrungen und der Auswirkungen des Programms zu gewinnen. Die Datenanalyse erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren sowie einer induktiven Inhaltsanalyse.

Resultate Bislang haben 17 Angehörige an der Datenerhebung teilgenommen, wovon mit 6 Personen vertiefende Interviews geführt wurden. Die Rekrutierung läuft bis Juli 2025 weiter; anschliessend werden die Daten vollständig analysiert. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Interaktionen mit den Gesundheitsfachpersonen in der Sterbephase sowie das Nachsorgetelefonat mehrheitlich als hilfreich empfunden wurden, und sich die Angehörigen dabei verstanden fühlten.

Schlussfolgerung Es sind empirische Erkenntnisse notwendig, die auf quantitativen und qualitativen Daten beruhen, um ein umfassendes Verständnis der Wirkung des neuen Nachsorgeprogramms zu gewinnen, um eine gezielte Weiterentwicklung zu ermöglichen, bevor es auf weitere Spitäler und Institutionen ausgeweitet wird. Dies gibt Hinweise auf zentrale Faktoren einer nachhaltigen Implementierung. Die Evaluation liefert somit wichtige Erkenntnisse zum Nutzen und zur Umsetzbarkeit im Schweizer Kontext aus Sicht der hinterbliebenen Angehörigen – ein bislang oft vernachlässigter Bereich.

P47

Advance care plan: General Practitioner's advocacy as a must for patients in geriatric nursing homes

J. C. Leners¹ (ALA and Hospice Omega, Ettelbruck, LU)

Context Since the mid 80s, advance care plans (ACP) have been established as a tool to communicate formally patient's personal wishes in case of a chronic or acute medical disease, an accident or regarding end-of-life care. Some countries have started legalizations for 15 years. Our national plan on end-of-life stated to establish a medico-ethical consultation prior to fill in an ACP.

Goal This consultation must be well chosen: after a recent medical diagnosis (which might be acute, chronic or even life-threatening), after the loss of a family member and of course in a palliative care approach (oncological or not). A specific pricing has been elaborated and our GPs are encouraged to advocate for their patients in order to discuss firmly with them on a written form of ACP in nursing homes. (or even prior to admission)

Method In a recent study in Europe on ACP and treatment limitation, on admission, even in acute geriatric wards, only 5% respectively 14% had these documents in Western Europe. Our GP's advocacy for this written document should be one or several medico-ethical consultation(s) including: the patient, GPs and maybe other medical specialists, nurses and family members, but always centred on the patient's wishes.

Results To give the patient the broadest possible neutral information on pros and cons, we have summarized this in a "SWOT analyses for ACP" in form of a flyer for patients preparing to the medico-ethical consultation 1) Strength = self-determination or autonomy and decision-making competence (as golden standard for personal

decisions); 2) Weakness = the best moment to discuss and write an ACP can be missed or maybe no surrogate has been designated at time ; 3) Opportunity = organizing one own's future in discussions with the doctors and family and not shifting the responsibility on others; 4) Threat = pressure from outside can result in inner conflicts of emotions and patients may renounce to fill-in an ACP or they are no longer able to express their own wills, when the oncological or neurological disease was too fast progressing.

Conclusion For the GPs it is a unique chance to initiate this process and so patients in nursing homes can express their decisions on ACP. Nonetheless in homes, the major diagnosis of dementia will always be a challenge, because this disease can impair patient's mental capacity to decide on their own's future.

P48

Bildungsangebot Lehrgang A2 Palliative Care für Menschen mit Beeinträchtigung

K. Linsi¹, S. Sieber², D. Bernhardsgrütter³ (¹Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales, Weinfelden; ²Palliative Plus STGAG, Münsterlingen; ³OST Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen)

Hintergrund Im Rahmen der UNO-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Beeinträchtigung verbindliche Rechte bekommen, insbesondere auch das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende.

Da zunehmend mehr Menschen mit Beeinträchtigung in Institutionen erkranken und auch versterben, steigen die Anforderungen an das betreuende Personal.

Um diese Mitarbeitenden für die besonderen Bedürfnisse in der palliativen Begleitung zu sensibilisieren und zu befähigen, wurde ein spezifischer Lehrgang entwickelt.

In der Praxis zeigt sich, dass nur ein Teil der agogischen Mitarbeitenden über eine Ausbildung als Sozialpädagog:in oder Fachperson Betreuung verfügen. Viele Mitarbeitende stammen aus branchenfremden Berufen und nur wenige Institutionen beschäftigen Pflegefachpersonen.

Palliative Care gewinnt in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung zunehmend an Bedeutung. Eine bessere Vernetzung und Anbindung an Palliative Care Netzwerke und ein networking unter den Institutionen in diesem Bereich dürfte sich als gewinnbringend erweisen. Die aktuelle Versorgungslage wird im Rahmen des Projekts PAL_Link der OST Ostschweizer Fachhochschule untersucht. Mobile Dienste wie Palliative Plus (Thurgau) und der Palliative Brückendienst (St. Gallen) decken derzeit den Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care in diesen Institutionen ab.

Ziel Mit dem Start des A2 Kurses in Anlehnung an die Bildungsstruktur von palliative ch, sollen Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung für das Thema Palliative Care sensibilisiert werden. Der Bildungsbedarf soll erkannt und in der Folge entsprechende Weiterbildungsangebote entwickelt und etabliert werden.

- Sensibilisierung der Institutionen
- Bildungsbedarf erkennen
- Längerfristig Angebote schaffen
- Pilotkurs weiterentwickeln
- Aufzeigen des Mehrwerts für die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung
- Aufbau eines Fachnetzwerks.

Methode

- Befragung von Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung durch palliative ostschweiz, zur Bedarfserhebung von Schulungen
- Befragung Palliative Plus Thurgau und Palliativer Brückendienst St. Gallen zu Erfahrung in Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung
- Einbindung von Erkenntnissen und Ergebnissen aus dem Projekts PAL_Link OST
- Aufbau einer Referent:innen-Team zur fachlichen Mitgestaltung von Bildungsangeboten.
- Entwicklung eines 5-tägigen Lehrgangs

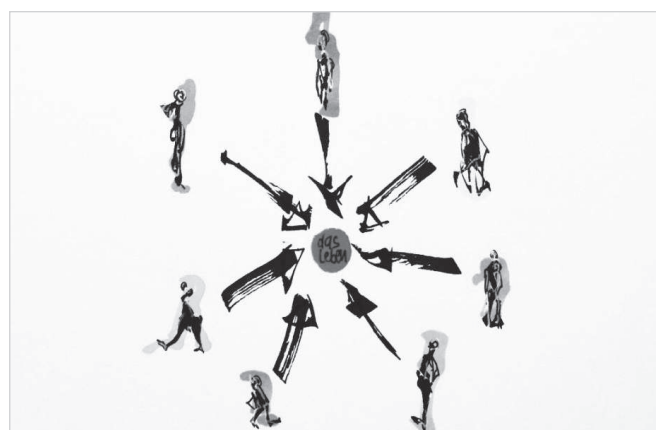
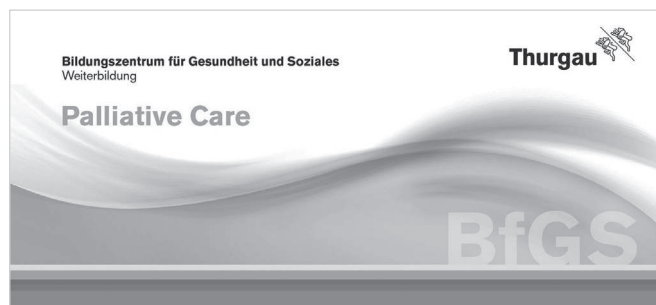
Resultate Der erste 5-tägige Lehrgang fand vom 17. März bis am 13. Mai 2025 in Weinfelden statt. Die Rückmeldungen der Teil-

nehmenden waren durchwegs positiv und bestätigten den Bedarf. Die Evaluation erfolgte im Rahmen des Expertinnen-Teams der OST.

Diskussion Wie können Institutionen auf Palliative Care sensibilisiert werden? Welche Strukturen braucht es, um den Bildungsbedarf systematisch zu erfassen und Angebote gezielt zu entwickeln?

Schlussfolgerung Bildungsangebote im Bereich Palliative Care müssen auf die spezifischen Bedürfnisse von Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung zugeschnitten sein. Eine koordinierte Angebotsgestaltung unter Vermeidung von Doppelspurigkeiten ist zentral.

Das entwickelte Schulungskonzept eignet sich zur Anwendung in weiteren Regionen der Deutschschweiz.



P49

Palliative care integration for patients with end-stage renal disease: still work in progress?

A. Palumbo Pellini¹, M. Lopez - Grossenbacher¹, T. Fusi-Schmidhauser¹, M. Aramini² (¹clinica di cure palliative e supporto EOC, Bellinzona; ²nefrologia EOC, Lugano)

Context Patients with end-stage renal disease may have a significant symptom burden and complex co-morbidities. Palliative care (PC) can provide support to patients, their families and nephrology teams, but is rarely integrated within standard renal care. This is especially important for patients on a conservative kidney management (CKM) plan not undergoing dialysis.

Goal The aim of this work is to integrate PC within standard renal care for patients undergoing CKM through a collaborative approach between nephrology and PC services.

Method The starting point for shared discussions was a clinical case of a 58-year-old patient who chose not to be dialysed. This experience of the nephrology team led to reflections on the role PC could play throughout the disease trajectory of these patients. Guided by the EPIS (Exploration, Preparation, Implementation and Sustainment) framework, the development of a collaboration between the nephrology and the PC team was started. The key element of this ongoing process was a joint workshop on CKM and PC, organised by the nephrology team.

Results A total of 27 participants (3 from the PC and 24 from the nephrology team) joined the interprofessional workshop. Nurses and physicians benefitted from theoretical inputs about PC in CKM

and from the lived experience of the aforementioned patient and his wife, who participated in the discussions. Furthermore, the PC team explained how to identify patients with PC needs through a structured identification tool. Emerging themes highlighted as priority for PC integration were the need for training in communication techniques, improved symptom management and better advance care planning.

Discussion

Conclusion PC integration within CKM needs to address the key issues identified in the workshop, while fostering a holistic approach within the nephrology team that focuses on needs, symptoms and early planning to guarantee an appropriate quality of life of patients and their families.

P50

Coordination of patients suffering from ALS followed by the multidisciplinary consultation

J. Richter¹, F. Lurati¹ (¹CHUV, Lausanne)

Context In the context of amyotrophic lateral sclerosis (ALS), coordinated multidisciplinary care has been shown to improve quality of life and survival of patients. In the context of an ambulatory multidisciplinary consultation in a Swiss University Hospital, two major problems have been identified: (i) a too long delay between diagnosis and the start of treatment, and (ii) the presence of many healthcare providers in the community, making coordination difficult.

Goal A survey has been launched by this consultation to take stock of the difficulties and needs of patients, family caregivers, and healthcare providers within and outside the hospital.

Method The project was carried out in two phases: (i) creation of a database of patients, family caregivers and healthcare providers, and (ii) distribution of a questionnaire for these target populations.

Results In total, 14 ALS patients, 12 family caregivers and 102 professionals completed the survey. Results underlined the importance of a better coordination for improving care. The survey particularly revealed gaps in professionals' specific knowledge and caregiver burnout. From that point, the priorities identified to improve the system were (i) identifying a pivotal person to centralize the patient's clinical follow-up, (ii) creating a shared care plan, and (iii) updating an anonymized database of patients and healthcare providers.

Conclusion To ensure that these priority objectives are met, a position of clinical coordinator has been created to shorten the time between diagnosis and multidisciplinary follow-up and ensure smooth transitions. ALS training has also been set up for healthcare providers by this coordinator. In addition, initiatives are underway to create a steering committee to support the project at a regional level and to obtain the recognition of the ambulatory multidisciplinary consultation as a reference ALS center. Over time, this should enable us to strengthen cooperation between the healthcare providers of the community and the ambulatory multidisciplinary consultation.

P51

iDecide: The Advance Directive App - Advance Care Planning in Pocket Format.

A. von Segesser¹, R. Rüegg¹, M. Maessen², P. Schneier³, S. Felber², S. Eychmüller² (¹Faculty of Medicine, University of Bern, Bern; ²University Centre for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, Bern; ³Faculty of Law, University of Zurich, Zurich)

Context Advance Directives (AD) are central to Advance Care Planning (ACP). Despite broad public awareness and support, only one-fifth of the Swiss population has completed an AD. The roadmap for ACP implementation by the Swiss National Task Force ACP calls for the development of digital applications to promote ACP in Switzerland. While various online forms for AD creation exist, no mobile app has previously enabled the public to complete an AD. This study details the development process of the mobile applica-

tion 'iDecide' (www.iDecide.ch) for AD creation, based on the Swiss Medical Association (FMH) AD template (short version).

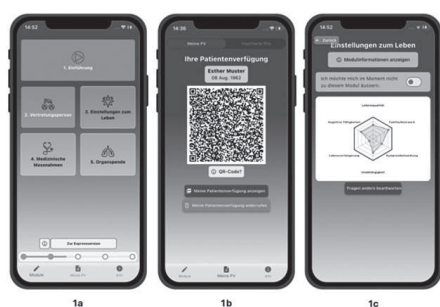
Goal iDecide development followed a participatory action research (PAR) approach. The primary aim was to ensure optimal usability and user satisfaction with the iDecide app.

Method Following PAR, four iterative development cycles were conducted to create an evidence-based AD creation tool. The iDecide app, published in October 2024, was then critically reviewed by users through an online survey as part of the app. In this phase, the tool is limited to the German language. The survey evaluated the app's user-friendliness, educational information quality, and concordance with ACP goals, measuring 14 items on a 5-point Likert scale.

Results iDecide combines multimedia patient information on the content and value of AD, encourages reflection on personal preferences (spiderweb-diagram), and promotes communication with surrogate decision-makers and healthcare professionals (Figure 1). The final document is available in print and digital formats via an offline QR code. This QR code allows AD information to be stored on a personal device, shared, and accessed when needed. Data safety was positively evaluated by legal testing. Survey responses from 94 app users indicated high usability, information quality, and user satisfaction. On a five-star rating system, the mean overall rating was 4.69 (SD = 0.57, 95% CI: 4.56–4.81), consistent across age groups. Users rated the app as easy to use and making AD creation more attractive.

Conclusion iDecide is a ready-to-use AD application, freely available to the public. The tool aligns with the national roadmap for ACP implementation and effectively tackles barriers to widespread AD implementation in Switzerland, addressing engagement and accessibility issues. As such, iDecide has the potential to empower individuals to actively engage in ACP.

Figure 1: Visual representation of 'iDecide' (1a: main module view, 1b: "My AD" Section with personal AD, 1c: Attitudes to life in a Spiderweb graph)



P52

Palliative Care@home: providing a sense of security through video consultations?

M. Maessen¹, J. Rehmann², M. Flidner³, S. Gröble², S. Eychmüller¹
¹University Centre for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, Bern; ²af&E Pflege, Berner Fachhochschule BFH, Bern

Context The ability of patients in palliative care to remain at home as long as possible is heavily dependent on the available ambulant care providers and the support provided by family caregivers. Acute medical deteriorations frequently result in uncertainty among family caregivers, which can lead to hospitalisation that might otherwise be avoidable through timely access to specialist palliative care (SPC) and proactive emergency planning. A sustained sense of security at home is essential for the successful implementation of Palliative Care at Home (PC@home). Despite its potential advantages, telemedicine remains underutilized in SPC within Switzerland. This is particularly noteworthy given its potential to reduce travel time and enhance access to SPC for family caregivers and patients with limited mobility, too sick to travel or those residing in remote areas.

Goal This project aims to instruct patients and their family caregivers in the use of a digital communication tool during hospitalization, helping them become better prepared to use it after discharge for prompt SPC consultations. It seeks to evaluate the implementation of this approach and assess its impact on caregivers' perceived sense of security.

Method The study is structured as follows:

Baseline Assessment: Questionnaires, including the "Sense of Security in Care" instrument for family caregivers. Face-to-Face Training: Support in the use of the video communication tool for both patients and caregivers by nurses. Video Consultation: Conducted 14 days post-discharge or as clinically indicated by SPC team. Follow-Up Assessment: Conducted 14 days after the video consultation, involving questionnaires and qualitative interviews with family caregivers. Focus Group: Collection of experiential data from participating physicians.

Results As this is an ongoing study, preliminary findings will be presented at the conference.

Conclusion This project holds significant potential to benefit patients, family caregivers, and healthcare professionals by: Enhancing equitable access to SPC for individuals with limited mobility, those living in rural areas, and caregivers who are geographically distant. Providing SPC team members with feedback on their video consultations, thereby supporting the delivery of high-quality PC@home.

P53

Who Cares? Characteristics of Neighbours willing to provide Informal End-of-Life Support.

S. L. Mäder¹, A. Fischer¹, J. Gijzels¹, S. Eychmüller¹, M. Maessen¹ (¹University Centre for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, Bern)

Context Switzerland is experiencing a demographic shift, with a rapidly aging population and increasing demand for end-of-life care at home. Formal care systems alone are insufficient to meet this need, making informal caregivers – family, friends, and neighbours – essential. The Compassionate Communities movement promotes community-based support for people facing serious illness, dying, and loss.

Goal This study aimed to identify the characteristics of individuals who are not only willing but also have demonstrated behavioural engagement to provide informal, voluntary support to neighbours at the end of life.

Method A cross-sectional survey was conducted during two public events in Bern: a football match and the city festival endlich. menschlich. Participants completed a 29-question survey assessing demographics, prior caregiving experience, and willingness to support neighbours in hypothetical end-of-life scenarios and signing up for a database of volunteers who want to support their neighbours.

Results Of 828 completed questionnaires, 134 respondents signed up for volunteering and were included in the analysis. Among the 134 respondents, 72% were female, 48% were aged 40–64, and 65% had tertiary education. Most were employed (62%) and married or in a domestic partnership (48%). A significant proportion had prior experience in voluntary work (83%) and/or the healthcare sector (59%).

Conclusion The study highlights a core demographic of the primary group not only willing to engage in informal end-of-life care in their neighbourhood, but also showing active behaviour. These insights provide a valuable baseline for future research and program development as Bern continues to evolve as a Compassionate City. The results also support the Bern Declaration's call to recognize and empower informal caregivers (www.phpci.org/berndeclaration). Targeted outreach, education, and support are essential to sustain and expand these community-based networks.

P54

Les soins palliatifs précoces en EMS : une nouvelle dimension des soins de base?

V. Marco¹, M. Beretta¹, M. Possa¹, E. Bonzani¹, Y. Boschetti¹, E. Pinaglia¹, I. Poli¹, J. Savary-Borioli¹ (¹Fondazione Centro Sociale Onsernonese, Russo)

Contexte Au Tessin les Soins Palliatifs Gériatriques (SPG) sont considérés des soins spécialisés et la réponse au besoin issue de ces soins confiée à une quarantaine de lits répartis sur cinq EMS. Mais les données que nous avons récoltées au cours nos pratiques nous montrent une tout autre réalité. En 2023 nous avons présenté au congrès national de Bienne une analyse de la prévalence du besoin en soins palliatifs dans la population de patients gériatriques qui vivent

dans les deux EMS qui nous gérons. En 2025 nous avons déterminé avec ID-Pall la Prévalence du besoin en soins palliatif des patients nouveaux l'arrivée dans nos institutions. En 2022 nous avons obtenu la certification fédérale en qualité pour les soins palliatif.

Objectif Déterminer la Prévalence du Besoin en soins palliatifs des patients nouveaux admis dans un EMS et évaluer si considérer les SPG précoces comme de soins de base.

Méthode Dans le but de définir un échantillon de patients non exposé aux pratiques de notre l'institution, nous avons décidé d'administrer l'ID-PALL après un minimum de 7 jours et un maximum de 14 jours à tout nouveau patient admis dans nos services entre le 1.1.25 et le 31.3.25 (N = 14). Parmi ceux-ci, les facteurs de complexité spécialisée sont identifiés par ID-PALL.

Résultats 100% des patients nouveau admis ont besoin de SP dont 71% ont besoin de SP spécialisé. Les caractéristiques des besoins spécialisés sont: 30% du total présentent au moins un symptôme grave et persistant qui ne répond pas dans les 48; 60% du total présentent une souffrance psycho sociale du résident; 30% du total présentent une souffrance psycho sociale de la famille; 30% du total nécessitent d'une sédation palliative; 60% du total ont des difficultés à planifier soins et/ou directives. Dans 40% du total des cas, le soutien de la deuxième ligne a été mis en œuvre immédiatement.

Conclusion La prévalence du Besoin en soins palliatif chez le patient gériatrique nouveau admis en EMS est très élevée. Les résultats de 2025 confirment les résultats de Prévalence présentés en 2023. Ainsi nous considérons que les SPG précoces sont des soins de base que nos EMS doivent garantir à tous les patients. Nous devons donc nous assurer que la réponse à ce Besoin soit la plus efficace possible. Un design de recherche pour la mesure des effets de notre réponse est ainsi en préparation.

P55

Nichtmedikamentöses Management von Dyspnoe bei palliativen Krebspatient:innen mit dem Handventilator

L. Märki¹, A. Meier¹, A. Muntwyler¹, D. Yanez Gimenez¹, S. Häusermann¹
 (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Dyspnoe ist eines der häufigsten Symptome bei Patient:innen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Die Prävalenz liegt zwischen 10-70%. Eine Reduktion der Dyspnoe führt zu verbesserten Atemfunktionen, erhöhter physischer Leistungsfähigkeit und gesteigerter Lebensqualität. Daher ist eine suffiziente Symptombehandlung – u.a. durch nichtmedikamentöse Interventionen – essenziell.

Ziel Das Poster beschreibt, wie die nichtmedikamentöse Intervention des Handventilators das Management von Dyspnoe bei Krebspatient:innen im palliativen Setting unterstützen kann.

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

Resultate Die Intervention Handventilator weist verglichen mit anderen nichtmedikamentösen Interventionen zum Management von Dyspnoe bei palliativen Krebspatient:innen die beste Evidenz auf. Entsprechend wird diese Intervention (Anwendung, Vor-/Nachteile) vorgestellt und diskutiert.

Schlussfolgerung Dyspnoe kann ein häufiges und belastendes Symptom bei Krebspatient:innen sein, dessen Management einen multimodalen Ansatz erfordert. Nichtmedikamentöse Interventionen wie die Anwendung eines Handventilators stellen dabei eine wichtigen Pfeiler des Symptommanagements dar.

P56

Equipes mobiles de soins palliatifs : Développer la valorisation des compétences des accompagnants spirituels

A. S. Martin¹, G. Spring², A. Stern³, M. Mingard⁴, E. Monnet² (Hôpital Riviera-Chablais, Rennaz; ²Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; ³Eglise catholique du Canton de Vaud, Lausanne; ⁴Eglise catholique du Canton de vaud, Lausanne)

Contexte Pour la prise en charge palliative, le canton de Vaud est

partagé en 4 régions de santé et une équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques ; depuis 2023, les Eglises catholique et protestante ont mis un accompagnant spirituel (AS) à disposition de chaque équipe mobile de soins palliatifs.

Objectif Nous souhaitons vous détailler la méthodologie d'intervention (sous la forme d'un vademecum) de ces accompagnants spirituels d'un nouveau style et la posture métier qu'ils sont en train de co-construire avec les soignants.

Méthode

- Prendre conscience des pratiques diverses et plurielles pour en tirer une ligne force dont les connaissances sont transmissibles : cerner le besoin, examiner et choisir les connaissances, les adapter au contexte local, adapter et mettre en place des stratégies Cf Guide de planification de l'application des connaissances Octobre 2017 Canada
- Des rencontres en présentiel et des interventions régulières (selon la méthode Balint) ont permis des échanges de pratiques et une co-construction d'une posture métier
- Voici quelques exemples tirés du vademecum, issus de cette démarche méthodologique

1. Début de la prise en soins spirituels
 - Les critères d'admission des patient.e.s EMSP
 - Le processus pour adresser un.e patient.e à l'AS
 - La manière de remplir le recueil de données dans le support informatique. Ex : Pallibase
2. Prise en soins spirituels
 - La création de l'alliance et son maintien
 - L'évaluation des besoins spirituels
 - Les étapes de l'accompagnement
 - Les relais professionnels possibles
3. Fin de la prise en soins spirituels
 - La participation aux obsèques
 - Le suivi de deuil des proches
 - Le besoin de rituels
4. Collaborations en équipe interprofessionnelle
 - L'implication de l'AS au sein du colloque des EMSP
 - La participation à la vie de l'équipe
 - La formation continue

Résultats

- Le document dit vademecum est finalisé.
- Il se trouve en voie d'acceptation par les différentes instances ecclésiastiques et hospitalières
- Il devient un document de référence métier et posture de l'AS en EMSP dans le canton de Vaud et il est amené à évoluer

Conclusion L'objectif de rendre compte de la pratique actuelle des AS EMSP sous forme écrite a permis :

- De développer une cohésion d'équipe pour les cinq AS
- De présenter de manière pertinente et concise la posture dans une équipe mobile de soins palliatifs aux bénéficiaires tels que les patients, les membres de l'entourage et les soignants

P57

Interprofessionnelles Team – auch in der ambulanten spezialisierten Palliative Care

M. Matzinger¹, B. Jäger², A. Titze², E. Baum¹, D. Bernhardsgrütter², I. Dürr², A. Kobleder¹ (OST - Ostschweizer Fachhochschule, St.Gallen; ²Krebsliga Ostschweiz, St.Gallen; ³OST - Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen)

Hintergrund Der Palliative Brückendienst (PBD) der Krebsliga Ostschweiz ist ein mobiler, spezialisierter Palliative Care-Dienst, der überregional schwerkranke, sterbende Menschen, deren Angehörige sowie Fachpersonen in palliativen Situationen in Zusammenarbeit mit der Grundversorgung betreut und zu physischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen berät. Der PBD arbeitet basierend auf einem nurse-led Konzept, bei dem Pflegefachpersonen Besuche vor Ort leisten, für medizinische Fragen stehen Palliativärztinnen/-ärzte telefonisch zur Verfügung. Bislang fehlte in der spitalexternen Grundversorgung ein Vorgehen, um komplexen palliativen Situationen sowie spirituellen Bedürfnissen vor Ort interprofessionell zu begegnen. Im neuen Angebot "PalliativMobil" führen eine PBD-Pflegefachperson und eine Palliativärztin interprofessionell

Besuche vor Ort durch. Im Projekt "Ambulante Spiritual Care" wird ein Team bestehend aus Pflegefachpersonen und spezialisierten Seelsorgenden vom PBD für die spirituellen Bedürfnisse von Menschen in palliativen Situationen und deren Angehörigen beigezogen.

Ziel Ziel des Projekts ist, die Einsätze von "PalliativMobil" und "Ambulante Spiritual Care" wissenschaftlich zu begleiten.

Methode Die wissenschaftliche Begleitung von "PalliativMobil" (2024–2026) basiert auf einem qualitativen, multiperspektivischen Ansatz, der das Ausfüllen von Tätigkeitsprotokollen, die Durchführung von Einzel- und Fokusgruppeninterviews und die Erstellung "finanzieller Cases" beinhaltet. Die Einsätze von "Ambulante Spiritual Care" werden mittels Tätigkeitsprotokollen evaluiert. In beiden Projekten werden die synthetisierten Erkenntnisse in einem mehrstufigen Prozess diskutiert und Empfehlungen zur Fortführung formuliert.

Resultate 184 ausgefüllte Tätigkeitsprotokolle zu "PalliativMobil" bzw. 20 zu "Ambulante Spiritual Care" sowie vier Workshops zeigen bislang auf, dass interprofessionelle Zusammenarbeit den fachlichen Austausch sowie die ganzheitliche Betreuung in komplexen palliativen Situationen im ambulanten Setting fördert.

Schlussfolgerung Erste Erkenntnisse unterstreichen, dass eine koordinierte und vernetzte interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten spezialisierten Palliative Care zu einer qualitativ hochstehenden Betreuung und Begleitung von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen beiträgt, den Edukationseffekt in der Grundversorgung stärkt und das gesundheitspolitische Konzept "Ambulant vor Stationär" unterstützt, indem Krankenhausaufenthalte verkürzt oder vermieden werden.

P58

Craniosacral Therapie in einem palliativen Setting – Erfahrungen, Potenziale, Herausforderungen

S. Mey¹, R. Grathwohl Shaker¹, C. Hauswirth Siegenthaler¹ (¹Kantonsspital Winterthur, Winterthur)

Hintergrund Die Craniosacral Therapie (CST) ist eine anerkannte Methode der Komplementärtherapie, die das autonome Nervensystem reguliert, Schmerzen lindert, emotionale Stabilität fördert und das Körperbewusstsein stärkt. Im Rahmen einer Diplomarbeit wurde CST auf der Palliativstation eines Akutspitals eingesetzt.

Ziel Ziel war es, Nutzen, Akzeptanz und mögliche Wege einer nachhaltigen Integration zu evaluieren.

Methode Während zwei Monaten nahmen insgesamt 15 Patient:innen an 16 Sitzungen teil. Die Rekrutierung der Patient:innen erfolgte über das interprofessionelle Team anhand festgelegter Kriterien, mit anschließender mündlicher und schriftlicher Einwilligung. Die Dokumentation umfasste medizinische und personenbezogene Daten, Behandlungsziele sowie Patienten rapportierte Outcomes (PROMs).

Resultate Die Rückmeldungen von Patient:innen sowie dem interprofessionellen Team waren positiv. Besonders geschätzt wurden der ganzheitliche Ansatz und die Dauer von 60 Minuten pro Sitzung, welche Raum für individuelle Bedürfnisse und tiefergehende therapeutische Prozesse bot. CST wurde als wirksam in der Symptomlinderung, Förderung von Wohlbefinden und Unterstützung psychosozialer Themen erlebt. Auf der Visuellen Analogskala bewerteten alle Patient:innen ihre Leitsymptome um durchschnittlich drei Punkte geringer. Die CST scheint insbesondere auf Schmerzen, Angst und Atemnot einen positiven Einfluss zu haben, welches auch bessere funktionale und partizipative Fähigkeiten zur Folge hat. Die Wirksamkeit der um CST ergänzten interprofessionellen Behandlung kann durch die PROMs-Messung mit der integrierten Palliative Care Outcome Scale (IPOS) erwiesen werden.

Trotz positiver Erfahrungen stellen sich wesentliche Herausforderungen bei der Implementierung: CST ist derzeit an die ausgebildete Einzelperson gebunden, nicht regulär abrechenbar und nicht im Leistungskatalog des Spitals verankert. Die Weiterentwicklung umfasst die Bekanntmachung der Resultate, interne und externe Netzbildung, sowie Öffentlichkeitsarbeit. Perspektivisch zeigt sich CST als bereichernde Ergänzung in der palliativen Versorgung.

Schlussfolgerung Diese Arbeit zeigt, dass CST unter professionellen Bedingungen einen messbaren Mehrwert für Patienten bietet und zur Ergänzung der medizinischen Versorgung beiträgt. Eine interprofes-

sionell abgestimmte Implementierung – gestützt durch klinische Erfahrung, evidenzorientierte Evaluation und strukturelle Verankerung – ist der Schlüssel für eine Integration komplementärtherapeutischer Angebote im Spital.

P59

Mitgefühl in Palliative Care Pflegeteams fördern – Möglichkeiten und Grenzen

J. Müller¹, E. Steudter² (¹Stadtspital Zürich, Zürich; ²Careum Hochschule Gesundheit, Zürich)

Hintergrund Mitgefühl ist die Fähigkeit, einem Menschen in belastenden Situationen hilfreich zur Seite zu stehen. Es gilt als zentrales Prinzip der Palliative Care, das nicht nur eine wesentliche Rolle für die interprofessionelle Versorgungsqualität, sondern auch für die Gesundheit der Health Professionals spielt. Trotzdem wird Mitgefühl in der Gesundheitsversorgung oft durch ökonomische und bio-medizinische Faktoren in den Hintergrund gedrängt und dadurch seine Integration in die Praxis erschwert.

Ziel Ziel der Arbeit war Faktoren zu identifizieren, die Mitgefühl in Palliative Care Pflegeteams im klinischen Kontext stärken.

Methode Die Fragestellung wurde anhand des aktuellen Forschungsstandes bearbeitet. Die Ergebnisse wurden im Sinne einer kommentierten Validierung in leitfadengestützten Gesprächen mit drei Fachexpert:innen der Praxis vertieft und diskutiert.

Resultate Mitgefühl darf nicht lediglich als persönliche Fähigkeit verstanden werden. Es stellt eine professionelle Kompetenz dar, die unter bestimmten Bedingungen entwickelt werden kann. Voraussetzung dafür sind ein gemeinsames Begriffsverständnis, begünstigende Einflussfaktoren und die Planung von Mitgefühl fördernden Interventionen. Als Einflussfaktoren wurden persönliche, teambezogene und strukturelle Aspekte identifiziert.

Diskussion Die Palliative Care wird wesentlich durch das Mitgefühl der Pflegefachpersonen getragen. Auch wenn Mitgefühl teils mit traditionellen Rollenbildern assoziiert und daher mit Vorbehalt betrachtet wird, zeigt sich sein emanzipatorisches Potenzial: Es betont die eigenständige Kultur, Ethik und Kompetenz der Pflege. Mitgefühl ist eine inhärente Qualität, die durch Selbstfürsorge und gezielte Impulse gestärkt werden kann. Da es stets in Beziehung entsteht, braucht es Räume zur gemeinsamen Reflexion und eine mitfühlende Teamkultur. Solange entsprechende Bemühungen nur auf Teamebene erfolgen, bleiben sie begrenzt wirksam. Nachhaltige Förderung braucht auch strukturelle Lernangebote und geeignete Rahmenbedingungen.

Schlussfolgerung Auch unter begrenzten strukturellen Voraussetzungen können Pflegeteams Mitgefühl gemeinsam stärken. Ansatzpunkte finden sich in der Gestaltung eines unterstützenden Teamklimas sowie in gemeinsamen Reflexions- und Lernprozessen im Pflegealltag. Die Arbeit leistet einen Beitrag zur Verankerung von Mitgefühl als kollektive, reflektierte Haltung in Palliative Care Pflegeteams und bietet Impulse für praxisnahe Entwicklungsmassnahmen.

P60

Einsatz der Serial Trial Intervention (STI) bei herausfordernden Verhaltensweisen in der palliativen Geriatrie.

V. Müller¹, M. Rogner², D. Morscher³ (¹LAK Pflegeentwicklung, Mauren FL, LI; ²LAK Pflegeentwicklung, Eschen, LI)

Hintergrund Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz (MmD) in Langzeiteinrichtungen belasten Pflegepersonal und Bewohnende erheblich. In den Pflegeheimen der LAK wurde die Serial Trial Intervention (STI) eingeführt, ein strukturiertes Instrument zur Identifikation zugrunde liegender Bedürfnisse und Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen. Im Kontext der Palliativen Geriatrie hat die Anwendung der STI nicht nur Einfluss auf die Pflegequalität, sondern auch auf die Lebensqualität der Bewohnenden.

Ziel Ziel war es, die Implementierung und Wirksamkeit der STI zu evaluieren und zu untersuchen, wie Pflegefachpersonen diese zur

Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen einsetzen. Besonders im palliativgeriatrischen Kontext wurde die Relevanz der STI für die Lebensqualität der MmD untersucht.

Methode Zur Untersuchung der STI-Nutzung wurde eine Online-Befragung unter Pflegefachpersonen der Spezialstationen für Demenz durchgeführt. Es wurden Fragen zur Anwendung der STI, zu Schrittabfolgen und unterstützenden Hilfsmitteln gestellt. Die gewonnenen Daten wurden qualitativ und quantitativ ausgewertet, um die Wirksamkeit und Optimierungspotenziale der STI zu identifizieren.

Resultate Die Ergebnisse zeigten eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit der STI bei der Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen, besonders bei der frühzeitigen Identifikation von Schmerzen, was im palliativgeriatrischen Kontext besonders wichtig ist. Weitere Potenziale wurden in der verstärkten Anwendung bei weniger auffälligen Verhaltensweisen wie Apathie und Depression sowie der stärkeren Einbindung von Angehörigen und Hausärzten identifiziert.

Schlussfolgerung Die STI ist ein effektives Instrument zur Verbesserung der Lebensqualität von MmD im palliativgeriatrischen Kontext. Zukünftige Anwendungen sollten zusätzlich auf weniger auffällige Verhaltensweisen und eine intensivere Zusammenarbeit mit Angehörigen und Fachpersonen fokussieren.

P61

Brücken bauen für sichere Übergänge: integrierte Palliative Care als regionales Versorgungsmodell

M. Monteverde¹, B. Nägeli², B. Affolter¹ (¹Spital Emmental, Burgdorf; ²mobiler Palliativdienst Emmental/Oberaargau, Hasle-Rüegsau)

Hintergrund Menschen, welche sich in palliativen Krankheitssituationen befinden, erleben oft wiederholte Wechsel zwischen Spital und zu Hause. Diese Spitaleinweisungen treten dann auf, wenn daheim die Symptome nicht ausreichend kontrolliert werden können oder das Netzwerk die belastende häusliche Betreuung nicht mehr gewährleisten kann. Wenn Patient*innen in instabilen und komplexen Krankheitssituationen nach Hause austreten wollen, braucht es ein interprofessionelles Team, die Befähigung der Angehörigen sowie Fachexpertise, um diese Übergänge sicher zu gestalten, die Symptome gut zu kontrollieren und das Netzwerk zu stärken.

Projekt Der Kanton Bern hat in seiner Gesundheitsstrategie Teilstrategien erarbeitet, darunter die «Integrierte Versorgung» und «Palliative Care». Die seit 2021 bestehende Kooperation zwischen dem Spital Emmental und dem mobilen Palliativdienst Emmental/Oberaargau (mpdEO) verbindet diese beiden Teilstrategien. Die leitende Palliativmedizinerin der spezialisierten Palliative Care (SPC) im Spital ist zusätzlich die ärztliche Leitung des mpdEO. Zudem arbeitet eine Advanced Practice Nurse (APN) neben ihrer Anstellung in der SPC in einer Brückenfunktion im mpdEO.

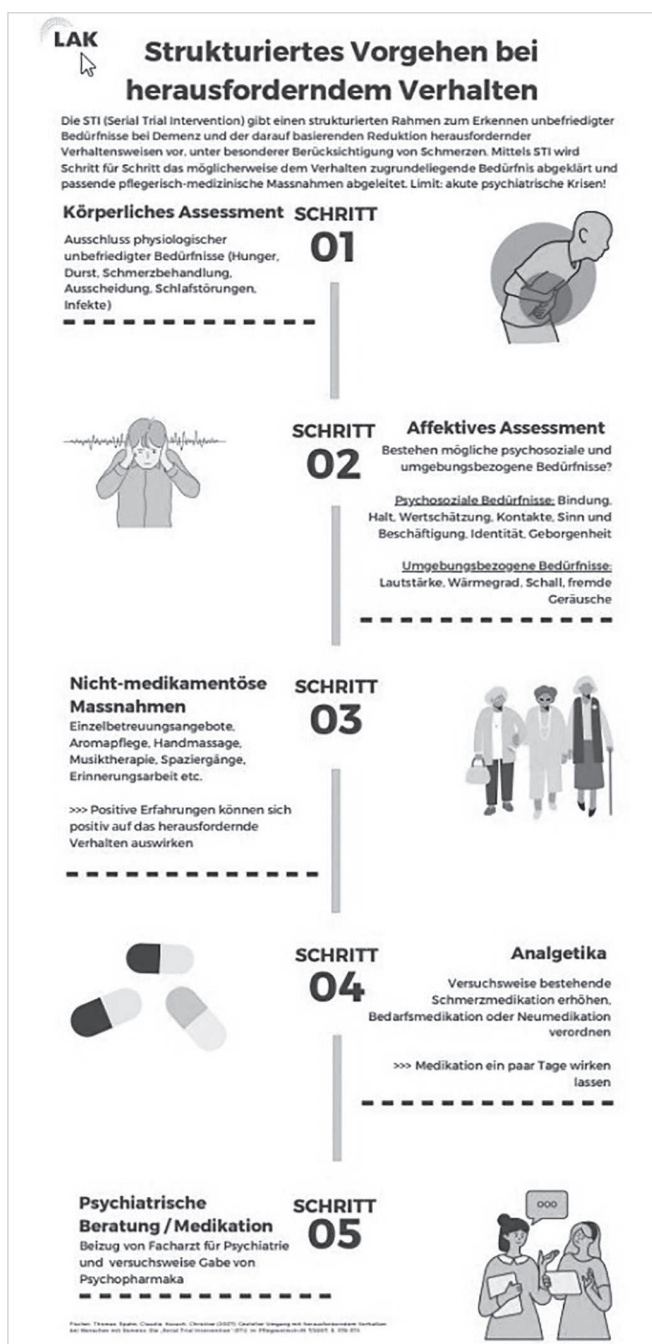
Ziel Ziele dieser integrierten Versorgung und interprofessionellen Zusammenarbeit sind (a) die Verbesserung der Patienten- und Angehörigenbetreuung in komplexen, palliativen Krankheitssituationen (b) die Verbesserung des Austrittsmanagements der Patient*innen dank dem Angebot einer Brückenfunktion zwischen Spital und mpdEO (c) die Stärkung des Netzwerkes von Betroffenen und ihren Angehörigen

Methode Qualitätssicherungsprojekt zur integrierten Versorgung mittels Durchführung von: (a) gemeinsamen Rundtischgesprächen im Spital mit Patient*in, Angehörigen, Team der SPC und mpdEO vor einem Austritt nach Hause (b) gemeinsamen interprofessionellen und -disziplinären Patientenbesuche zu Hause oder in der palliativmedizinischen Sprechstunde im Spital.

Resultate Erste informelle Rückmeldungen von Patient*innen und Angehörigen zeigen, dass sie sich beim Austritt nach Hause sicher betreut fühlen. Die Zusammenarbeit ermöglicht eine frühzeitige Symptomkontrolle und Netzwerkstabilisierung. Folgende Herausforderungen des Projekts können bisher identifiziert werden:

- begrenzte zeitliche Ressourcen der Mitarbeitenden
- fehlendes übergreifendes und einheitliches Patientendokumentationssystem

Schlussfolgerung Nächste Schritte bestehen in der systematischen Erfassung der Rückmeldungen von Patient*innen und Angehörigen.



P62

An outpatient neuropalliative care clinic for patients with amyotrophic lateral sclerosis

L. Panicari¹, F. Picchi², G. Krüll³, P. Ripellino³, T. Fusi-Schmidhauser⁴ (¹Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona; ²Centro Myosuisse Ticino, Lugano; ³Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano; ⁴Bellinzona)

Background Neuropalliative care (NPC) is an emerging field of medicine focused on improving quality of life for patients and their caregivers living with serious neurodegenerative diseases. Evidence-based practices on how to best integrate palliative care (PC) into neurology is limited.

Aim We here describe the model of our outpatient NPC clinic for patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

Methods Guided by the Exploration and Preparation phases of the Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment (EPIS) framework, we developed a detailed implementation plan. We analyzed the clinical peculiarities of the outer context (patients with ALS and their caregivers), the inner context variables within our institution, the innovation factors (the neurologic setting with unique PC needs) and the bridging factors (the holistic approach to care

focusing on a person's emotional, spiritual, as well as physical and psychosocial needs).

Results We implemented an integrated model of PC where we share the same space: the average patient comes to clinic once every 3 months. During a joint visit, patients meet as a standard of care an NPC physician together with a neurologist and a nurse specialized in neuromuscular diseases. The same day, selected patients meet a pulmonologist specialized in mechanical ventilation. Every 3 months we have multidisciplinary meetings with nutritionists, social workers, physiotherapists (for respiratory and physical therapy), occupational therapists, home-based PC team, and representatives of the local ALS Association. Patients can also be referred to see a geneticist, a speech therapist, a spiritual care provider and a psychologist. Patients requiring inpatient care can be directly admitted in our acute specialist PC unit.

Conclusion With the implementation of our outpatient NPC clinic, we aim to address the clinical and public health needs of patients with ALS and their caregivers through the incorporation of advanced care planning into neurological patients' routine care.

P63

Wir machen einen Unterschied: Soziale Arbeit in der ambulanten Palliative Care

S. Pauli¹ (¹SORGEKULTUR, Zürich)

Hintergrund Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen sind sehr herausgefordert. Betroffene, die nur begrenzte finanzielle Mittel zur Verfügung haben oder aus anderen Gründen sozial benachteiligt sind, erleben eine Mehrfachbelastung, die ihr Leiden und das ihrer Angehörigen massiv verstärken können.

In der pädiatrischen Palliative Care (PC) zeigt sich, dass Sozialarbeitende durch die Erschliessung von finanziellen Mitteln und weiteren Ressourcen, die Beratung in sozialrechtlichen Fragen und durch die psychosoziale Begleitung im Umgang mit dem Sterben zur Lebensqualität und zur Wahrung der Autonomie beitragen. Sie sind daher fester Bestandteil der pädiatrischen palliativen Betreuung – auch im ambulanten Setting. Bei den Erwachsenen sind Sozialarbeitende zwar in Spitälern weitgehend gut etabliert, in der ambulanten PC aber kaum vertreten trotz dem Ausbau ambulanter Betreuungsstrukturen.

Ziel Mit dem Qualitätsprojekt werden Chancen und Herausforderungen aufgezeigt, die sich für eine umfassende Betreuung und Begleitung von schwerkranken Menschen ergeben, wenn spezialisierte Sozialarbeitende in die ambulante Palliativversorgung eingebunden sind. Ziel ist es, erste Erfahrungen mit alternativen Versorgungsansätzen zu vermitteln, um den Weg für eine dauerhafte Etablierung von Sozialarbeitenden in der ambulanten Palliativversorgung zu bereiten.

Methode Vorstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen ambulanter Sozialarbeit im Kanton ZH, beispielhafte Darstellung und Kommentierung erfolgter ambulanter Begleitungen durch die Soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit den spezialisierten Palliativspitexorganisationen und der Palliativseelsorge. Aufzeigen von typischen Themen der sozialarbeiterischen Bearbeitung sowie Herausforderungen, die sich durch die spezifische Versorgungsstruktur ergeben.

Resultate Betroffene bringen zwar ihre Erleichterung zum Ausdruck, Unterstützung in sozialarbeiterischen Belangen zu erhalten. Die sehr begrenzte Verfügbarkeit der Sozialen Arbeit im ambulanten Setting im Kanton ZH wirft aber Fragen auf betreffend die Ressourcengerechtigkeit gegenüber Sterbenden, die keinen Zugang zu dieser Dienstleistung haben. Andererseits lässt sich die Effizienz der aktuellen Versorgungsstrukturen hinterfragen, da der Einsatz von Sozialarbeitenden wesentlich zu einer nachhaltigen Betreuungs- und Begleitungsqualität beisteuern kann.

Schlussfolgerung Eine nachhaltige Finanzierung von Sozialarbeitenden in der ambulanten PC trägt zu einer ressourcenschonenderen Betreuung und Begleitung von Sterbenden bei.

P64

WIRKLICH WIRKSAMES WISSEN: One Minute Wonder – Schnelles Know-how für Palliative Care!

M. Rogner¹, M. Wanger², T. Meier² (¹LAK, Eschen, LI; ²LAK Pflegeentwicklung, Eschen, LI)

Hintergrund Das One Minute Wonder (OMW) ist ein evidenzbasiertes Fortbildungsformat aus England, um Wissen in kurzer Zeit zu erweitern. Das OMW fokussiert beispielsweise Themen, wie etwa "Delir" oder die "Surprise Question", auf einer DIN A4-Seite und ist darauf ausgelegt, an Orten wo Wartezeiten entstehen können, gelesen zu werden. Diese effiziente Wissensvermittlung unterstützt die Integration neuer und bestehender Erkenntnisse in die Praxis, ohne dass zusätzliche Ressourcen notwendig sind. Seit 2024 werden OMW in allen Pflegeheimen der LAK eingesetzt, mit einem Fokus auf Palliative Care Know-How. Zu jedem OMW wurde zudem ein begleitendes Video für die interne Wissensplattform erstellt.

Ziel Ziel war es nach der Entwicklung die Akzeptanz und den Nutzen des OMW sowie deren begleitende Videos zu evaluieren.

Methode Dazu wurde eine anonyme Online-Befragung unter 225 Pflegepersonen durchgeführt. Die Befragung erfasste die Lesbarkeit, den Nutzen und die Relevanz der OMW und Videos für die Praxis sowie deren Einfluss auf berufliche Reflexion und den Wissensaustausch im Team.

Resultate Auszüge:

- 91% der Teilnehmenden lesen die OMW regelmässig.
- 88% fanden den Inhalt für die Praxis nützlich.
- 74% gaben an, dass die OMW die Qualität der Pflege positiv beeinflussen.
- 82% empfanden die Videos als wertvolle Ergänzung.

Schlussfolgerung Das One Minute Wonder (OMW) hat sich als effektives Fortbildungsformat in den Pflegeheimen der LAK etabliert, das WIRKLICH WIRKSAMES WISSEN in kurzer Zeit vermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass OMW und die begleitenden Videos die Pflegequalität und das berufliche Wissen erweitern und im Bereich der Palliative Care positiv wirken können.

P65

Etude qualitative sur les effets de la musicothérapie sur le bien-être de patients hospitalisés en soins palliatifs

P. Roh Faillietaz¹, C. Rupp¹ (¹Hôpital de Lavaux, Cully)

Contexte Plusieurs recherches confirment que la musicothérapie (MT) diminue l'anxiété, la douleur et améliore la qualité de vie des patients hospitalisés en soins palliatifs. Elle permettrait au patient de relâcher ses tensions corporelles et psychiques lorsqu'il constate avec impuissance et l'impact de sa maladie incurable sur sa santé, voire l'approche de la fin de sa vie. Grâce à la MT, le patient peut mettre à distance, l'espace d'un instant, sa souffrance et ses douleurs, grâce aux sons d'instruments soigneusement choisis. Au travers de cette étude clinique, nous avons souhaité voir l'impact de la MT sur le bien-être des patients hospitalisés dans notre unité de soins palliatifs.

Méthode En raison de la variabilité de l'état physique et psychique des patients en soins palliatifs, mesurer les effets de la MT sur le bien-être des patients rencontre d'importantes difficultés éthiques et méthodologiques et c'est la raison pour laquelle, notre recherche s'est concentrée sur un nombre restreint de patients dans un temps court. Nous avons évalué sur une durée d'une semaine l'effet de 10 séances de MT chez 7 patients âgés entre 52 et 91 ans. La sélection des patients a été faite sur la base de deux critères essentiels: leur accord à recevoir une séance de MT et leur disposition physique et psychique; les patients trop algiques, asthéniques ou altérés cognitivement étant exclus. L'état général du patient a été mesuré grâce à l'ESAS et d'un questionnaire adapté mesurant le bien-être et l'estime de soi avant et après les séances de MT. Les instruments utilisés ont été: la lyre de rêve, une harpe, un tambour irlandais, deux bols chantants, un balafon, des recueils de chants et des musiques enregistrées en lien avec les affinités du patient. Durant les séances, le patient pouvait se montrer soit actif (par l'emploi d'instruments et/ou de sa voix), soit réceptif (par l'écoute) ou avoir une attitude mixte

des deux ; le choix des instruments était libre. Certains patients ont pu bénéficier de plusieurs séances.

Résultats Nos résultats ont montré que les bienfaits des séances de MT ont été décrits en termes de plaisir, de joie, d'oubli de la maladie, de lâcher prise et une diminution de l'anxiété et des douleurs. Certains patients ont diminué leur score de mal être à l'ESAS. Les patients âgés qui avaient tendance à retenir leurs émotions, par peur d'être jugées ou rejetées, ont pu exprimer leurs affects lors des séances de MT ; notamment lorsqu'ils ont « osé » chanter. Les musiques et les chants évocateurs de souvenirs passés, ou renouant avec la culture des patients, étaient les meilleurs supports de travail, et l'attitude réceptive était la préférée des patients. Nous avons également constaté que les patients qui ont pu bénéficier de plusieurs séances ont amélioré leur bien-être ; certains proches nous ont fait remarquer que le patient s'était montré plus ouvert, détendu et apaisé après leur séance de MT.

Conclusion Comme plusieurs études l'ont confirmé, la MT a permis à nos patients de se sentir moins anxieux, plus détendus physiquement et psychologiquement. Certains nous ont relaté que la MT avait diminué, du moins temporairement, leurs douleurs et amélioré leur humeur et leur sommeil. D'autres ont évoqué un sentiment de meilleure estime de soi, de sécurité, d'apaisement, de tranquillité et « le plaisir d'avoir créé de la musique ensemble ». Dans sa relation avec ses proches, la MT aiderait également le patient à sortir de sa bulle et à se rapprocher des autres. Cette approche thérapeutique s'avère donc un outil essentiel à utiliser auprès des patients hospitalisés en soins palliatifs, mais qui doit être impérativement adapté de cas en cas et pour autant que le thérapeute laisse suffisamment de temps et d'espace à la créativité. Une étude conduite sur une plus longue période et enrôlant un plus grand nombre de patients, voire leurs proches, se justifie au vu des bénéfices observés dans cette étude pilote.

P66

Gesundheitliche Vorausplanung (GVP): Erfahrungen von Pflegenden der Onkologie im klinischen Alltag

M. Fliedner¹, C. Rossier², S. Eychmüller², E. Segelov², E. Pedersen³
¹Inselspital Bern, Bern; ²Inselspital Bern, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Bern; ³Department of Clinical Research, Bern

Hintergrund Die gesundheitliche Vorausplanung (GVP) ist bedeutsam in der Betreuung von Patient:innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankung, da sie Lebensqualität fördert, Symptome lindert, Stress und Notfalleinweisungen reduziert sowie Angehörige entlastet. Das Bundesamt für Gesundheit sowie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften betonen die Relevanz der GVP und fordern deren Verankerung im Gesundheitswesen. Eine routinemässige Umsetzung im klinischen Alltag setzt ein Verständnis der GVP in der Praxis voraus. Dabei kommt Pflegenden eine zentrale Rolle zu.

Ziel Die vorliegende laufende Studie ist Teil eines über 4 Jahre angelegten Qualitätsförderungsprojektes zur Umsetzung der «Concurrent Care» das darauf abzielt, GVP parallel zur onkologischen Behandlung zu implementieren. In diesem Teil soll untersucht werden, wie Pflegende die GVP bei Patient:innen mit fortgeschrittenem Krebs wahrnehmen und deren Umsetzung im klinischen Alltag erleben. Im Fokus stehen dabei der Wissensstand der Pflegefachpersonen zu GVP, ihre Erfahrungen sowie wahrgenommene förderliche bzw. hinderliche Faktoren bei der Implementierung von GVP als standardisiertem Prozess im Behandlungspfad.

Methode Im Rahmen eines qualitativ – explorativen Forschungsdesigns werden leitfadengestützte Einzelinterviews mit Pflegenden durchgeführt, die im stationären und ambulanten Setting eines onkologischen Zentrums tätig sind. Die Datenanalyse erfolgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach.

Resultate Bisher wurden sechs der 15 geplanten Interviews mit Pflegenden durchgeführt. Vorläufige Analysen zeigen, dass es für Pflegende herausfordernd war, zu beschreiben, was eine gesundheitliche Vorausplanung ist. In ihrer täglichen Praxis nehmen sie wahr, dass Patient:innen nicht oder zu spät über die Möglichkeiten der Palliative Care informiert werden. Aus Sicht der Pflegenden besteht ein Wissensbedarf und das Anliegen, gesundheitliche Vorausplanung

standardisiert in die Versorgung zu integrieren.

Schlussfolgerung Die Analyse der Interviews wird bis Oktober 2025 abgeschlossen. Die Ergebnisse sollen aufzeigen, wie die GVP in der onkologischen Behandlung aus der Sicht der Pflegenden derzeit wahrgenommen und umgesetzt wird. Dabei werden sowohl bestehende Wissenslücken als auch praktische Herausforderungen im klinischen Alltag deutlich. An Hand der Ergebnisse werden interprofessionelle Schulungssequenzen angeboten sowie Prozesse überprüft und gegebenenfalls angepasst, damit eine Grundlage für die Umsetzung der GVP im klinischen Alltag entsteht.

P67

Physicians' roles in advance care planning discussions with proxies in long-term care facilities

E. Rubli Truchard¹, S. Ruedin¹, R. J. Jox¹, L. Jones¹ (CHUV, Lausanne)

Context Advance care planning (ACP) promotes care coherent with patient wishes. ACP participation requires medical decision-making capacity (DMC). ACP participation rates are generally low, and many people lose DMC before formally expressing their wishes for future care. Furthermore, changes in medical situations and unpredictable emergencies make alternative models of ACP necessary for people who have lost medical DMC. We have developed a model specifically for the long-term care context, called ACP by proxy. Information is needed about the ways in which these discussions take place. Here, we examine the roles of physicians in ACP discussions with health care proxies of people who no longer have medical DMC.

Goal To examine the roles of physicians in ACP discussions with health care proxies of people who no longer have medical DMC.

Method ACP by proxy discussion for 15 residents in Long Term Care Facilities (LTCF) were audio-recorded during a single-arm pilot intervention study and transcribed verbatim. Discourse analysis was conducted to examine the roles of physicians in these discussions.

Results Physicians' roles included providing information about the residents' current health status, predicting future health conditions, describing illness trajectories and functional capacities, providing information about emergency treatment procedures, risks and benefits, giving advice about reasonable care that is in residents' best interests, and discussing end-of-life care. Involving healthcare proxies and LTCF professionals in these decision-making processes is a key element of these discussions.

Conclusion LTCF physicians play an integral role in ACP for people lacking DMC and draw upon their proximity to LTCF residents and their partnerships with other professional caregivers in order to promote informed anticipatory decision making on behalf of people who have lost DMC.

P68

Advance Care Planning by proxy in nursing homes: roles of health professional facilitators

S. Ruedin¹, R. J. Jox², E. Rubli Truchard³, L. Jones¹ (Service de Soins Palliatifs et de Support, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ²Service de Soins Palliatifs et de Support, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV); Institut des Humanités en Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ³Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique, Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne)

Context Advance Care Planning (ACP) is effective in promoting care that is coherent with patient wishes and values. ACP requires patients to maintain decision making capacity (DMC). Several calls have been made for advance care planning models for people with dementia, and for people who have lost DMC (ACP- by proxy, ACP-bp). The ways in which these models work, and the roles of the people involved, are yet to be explored. Here, we examine the role of residential aged care health professional (RACF) ACP-bp facilitators in these discussions.

Goal We aim to examine the role of residential aged care health professional (RACF) ACP-bp facilitators in these discussions.

Method Semi-structured interviews with RACF health professional, ACP-bp facilitators (n=15), are combined with audio-recorded ACPbp discussions collected as a part of a single-arm pilot intervention study. Thematic analyses were conducted to identify recurring and relevant themes, and these were triangulated post-hoc.

Results Healthcare professionals described their role as facilitators in ACP-bp as providing counselling, support and mediation. In the ACP-bp discussions, the facilitators draw on their medical knowledge, experience working with people at end of life and without DMC, their proximity to RACF residents, and their liaising role between physicians and health care proxies to guide discussions and co-create treatment plans for future medical emergency.

Conclusion RACF health professionals provide a unique and highly valuable skill set and a privileged knowledge of RACF residents, their families and treating physicians which places them well to conduct ACP-bp in RACFs. Furthermore, when provided with the necessary resources and conditions, they can be champions for ACP-bp and are an integral part of ACP-bp implementation.

P69

Palliative Care and Heart Failure: Building National Collaboration Between Medical Societies

P. Sobanski¹, M. L. de Perna², S. Eckstein³, T. Fusi-Schmidhauser⁴, J. Gärtner⁵, V. Gonzalez-Jaramillo⁶, L. Hentsch⁷, C. Hertler⁸, R. Hullin⁹, L. Hunziker¹⁰, P. Larkin¹¹, P. Larkin¹², J. B. Mercoli¹³, P. Meyer¹⁴, G. Moschovitis¹⁵, M. Paul¹⁶, O. Pfister¹⁷ (Palliative Care Station and Competence Centr, Spital Schwyz, Department of Cardiology, Medical University of Gdansk, Schwyz, Gdansk (Poland); ²Ente Ospedaliero Cantonle (EOC), Servizio di Cardiologia, Sede Ospedale Regionale di Lugano, Istituto Cardiocentro, Lugano; ³Division of Palliative Care, Department Theragnostic, University Hospital Basel, Basel; ⁴Palliative and Supportive Care Clinic, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, Palliative and Supportive Care Clinic, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, Department of Rehabilitation and Geriatrics, University of Geneva, Bellinzona, Lugano and Geneva; ⁵Palliative Care Center, Bethesda Spital AG, University of Basel, Department of Clinical Research, University of Basel, Basel; ⁶University Center for Palliative Care, Inselspital, Bern University Hospital, Bern; ⁷Division of Palliative Care, Department of Rehabilitation and Geriatrics, Geneva University Hospital, Geneva; ⁸Klinik für Radioonkologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ⁹Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ¹⁰Department of Cardiology, Bern University Hospital, University of Bern, Bern; ¹¹Chaire Kristian Gerhard Jebsen de Soins Palliatifs Infirmiers, Université de Lausanne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ¹²Kristian Gerhard Jebsen de Soins Palliatifs Infirmiers, Université de Lausanne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ¹³Palliative Care, Service of Oncology, Gruppo Ospedaliero Moncucco, Lugano; ¹⁴Division of Cardiology, Geneva University Hospitals, Geneva; ¹⁵Ente Ospedaliero Cantonle (EOC), Servizio di Cardiologia, Sede Ospedale Regionale di Lugano, Istituto Cardiocentro Ticino, Lugano; ¹⁶Herzzentrum, Luzerner Kantonsspital, Luzern; ¹⁷Department of Cardiology, University Hospital Basel, University of Basel, Basel)

Context Heart failure (HF) causes high symptom burden and shortens life expectancy. Implementation of Palliative Care (PC) concurrently with cardiologic guidelines-directed medical therapy improves quality-of-life (QoL) more than disease-oriented management alone but is underused.

Goal The Swiss Society of Cardiology (SSC) and the Swiss Society for Palliative Care (palliative.ch) has called the Joint Task Force to implement PC in the comprehensive cardiologic care.

Method Dyads representing cardiology and PC from most Swiss HF centers have accepted the invitation to contribute. Through online voting, workshops, and Delphi process priority topics for the incorporation of PC into standard care for people living with HF have been identified.

Results 18 experts from 8 Swiss HF centers identified 4 main topics relevant for facilitation of the implementation of PC in the usual care: the timely recognition of the unaddressed health-related needs of affected people and their relatives (by using validated assessment tools), identifying key palliative interventions for the care for people

living with HF, identifying strategies to facilitate cooperation between specialist PC and cardiology, defining research agenda to examine the efficacy of PC interventions, quality of care criteria, and outcomes of PC provision in Switzerland.

Conclusion PC helps to alleviate symptoms, psychological distress, existential concerns, and social isolation in people living HF and their relatives. When used concurrently with cardiologic care, PC contributes to improved QoL and greater satisfaction with care throughout entire course of living with HF. In the terminal phase, when cardiologic management can no longer be optimised or offers minimal benefit, PC continues to provide meaningful support.

Achieving benefits depends on the timely recognition of PC needs, the delivery of high-quality, tailored interventions, and the close cooperation between professionals working in cardiology and PC. Overcoming common misconceptions about PC and fostering the ability to early identify unmet needs are essential first steps. Regular assessments of unmet health-related needs throughout the whole trajectory of living with HF, prevents either avoiding inclusion of PC or causing unacceptable delays in integrating PC.

Some national societies and regulatory bodies now recommend the introducing PC as early as the home of HF diagnosis. In alignment with these recommendations, the SSC and the palliative.ch advocate for the regular assessment of unaddressed needs – at least when specific triggers evolve – using validated tools: ID-PALL and NAT\PD-CH. Recognising unmet needs should prompt the evaluation of incorporation a palliative approach into management strategy, but not immediate referral to hospice or PC units. Relying solely on prognosis or risk of death when considering PC is key obstacle that can lead to inadequate care.

HF shortens life expectancy and thus necessitates through in-depth communication, which in addition to conveying hope for improvement, should encompass treatment burden, potential failure and the possibility of decline or death – when appropriate and wished.

Communication about disease progression is a core competence of PC and can serve as a gateway to collaborative between cardiology and PC professionals. Such communication supports person-centered medical decision making and anticipatory care planing.

This statement from the Working Group promotes collaboration between cardiologists, general practitioners, PC professionals, and others by identifying existing barriers and proposing strategies to overcome them. Further steps in advancing the field of comprehensive care for people living with HF include evaluating the effectiveness of approach, cost-effectiveness and establishing a future research agenda.

P70

Comparaison des réseaux de soins palliatifs suisse et kirghize dans la prise charge d'une douleur

S. Singovski¹, M. Turdumatova², N. Karakchieva³, E. Nicoucar⁴, Y. Beyeler⁴ (Hôpitaux Universitaires de Genève, Collonge-Bellerive; ²Bishkek, KG; ³Coopérative de Soins Infirmiers, Genève; ⁴Genève)

Contexte Depuis une vingtaine d'années s'est instaurée une coopération en matière de soins palliatifs entre la Suisse et le Kirghizistan.

Entre 2007–2024 dans le cadre du projet « Medical Education Reform (MER) » de la Direction suisse du Développement et de la Coopération (DDC) et des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), par la suite avec le soutien de la Fondation F. et J. Maurice "la médecine au service du développement". Cette coopération a été active dans la formation et le soutien de médecins palliativistes, pionniers au Kirghizistan, et les a accompagnés face aux nombreux défis posés par le développement des soins palliatifs dans un pays aux ressources limitées.

Objectif L'objectif primaire est d'analyser les points communs et les différences entre les réseaux de soins palliatifs suisses et kirghizes. L'objectif secondaire est de mettre en avant les progrès atteints grâce à la coopération Suisse-Kirghizistan, et d'identifier les axes de développement futurs.

Méthode Echange entre plusieurs spécialistes en soins palliatifs des deux pays (2 médecins et 1 infirmière suisses, 2 médecins kirghizes) afin d'identifier les ressources, le réseau et les obstacles existants lors de la prise en charge d'une urgence palliative à domicile dans le

cadre d'une crise douloureuse nociceptive sévère.

Résultats Plusieurs différences notables entravent un soulagement rapide des douleurs au Kirghizistan, comparé à la Suisse : manque de personnel formé et de structures spécialisées dans les soins palliatifs, indisponibilité de la morphine et ses dérivés, opiphobie des médecins de ville, des patients et des familles, obstacles techniques et administratifs à la prescription de la morphine. Le financement est garanti en Suisse par l'assurance obligatoire, alors qu'il est insuffisant et incomplet au Kirghizistan.

Discussion Les interventions de notre délégation auprès du réseau kirghize de soins palliatifs ont permis de renforcer le développement des soins palliatifs dans ce pays. Elles ont amené à des changements législatifs et administratifs, davantage d'accès à la morphine, une meilleure reconnaissance des soins palliatifs par les facultés de médecine ainsi qu'à une meilleure information des médecins, des soignants de premier recours et des pharmaciens.

Conclusion Il existe plusieurs barrières à l'accès aux soins palliatifs et aux opiacés au Kirghizistan, dont une partie a pu être partiellement levée à travers la collaboration Suisse-Kirghizistan. La comparaison entre les deux pays permet d'apprécier les acquis obtenus en Suisse depuis les années 80', mais également de définir certains objectifs importants pour le développement des soins palliatifs au Kirghizistan.

P71

Palliativement inclusif

C. Soloni¹, P. Fanti¹, S. Galli¹, M. Drygall¹, A. Romanens², A. Hlatki², I. Bernasconi² (¹Servizio Cure Palliative Domiciliari, Locarno; ²Provvida Madre, Balerna)

Introduzione La disabilità intellettuale colpisce circa l'1-2% della popolazione mondiale. Le persone con disabilità intellettuale vivono forti disuguaglianze di salute e di presa in carico palliativa. Comprendere le cause di queste disuguaglianze è importante per poter lavorare allo sviluppo di una cultura per l'attivazione precoce di un approccio palliativo, soprattutto per le persone con disabilità cognitiva istituzionalizzate. Concretizzare una strategia coordinata che risponda puntualmente al crescere dei bisogni palliativi delle persone con disabilità cognitiva che invecchia (come tutta la popolazione) nelle strutture sociosanitarie: diventa una urgenza socioassistenziale.

Obiettivo La scarsità di interventi specialistici di cure palliative (CP), il crescere dei bisogni in una popolazione specifica che invecchia con esigenze speciali richiedono una risposta puntuale nella fornitura di CP. È urgente sviluppare un modello di partnership flessibile e cooperativa tra fornitori di CP generale e specialistico incorporando la formazione la collaborazione ed il dialogo tra CP all'interno delle strutture dove le persone con disabilità risiedono o vivono e tutto il personale socio/educativo-sanitario-assistenziale. È richiesta dialettica reciprocità e formazione continua. La formazione è il modo migliore per implementare l'assistenza e la presa in carico palliativa precoce. Come ci chiedono gli Utenti: "Noi vogliamo sapere cosa ci sta succedendo perché... Abbiamo delle scelte da fare..."

Metodo Le persone con disabilità cognitiva dalla nascita hanno vissuto e continuano a vivere varie forme di pregiudizio, privazione dei diritti civili e accesso alle cure, comprese anche, quelle palliative. Proponiamo un modello di offerta di CP che cerchi di incorporare la realtà della vita quotidiana della disabilità con un confronto continuo specialistico palliativo al fine di offrire una presa in carico congiunta, anticipatoria e ricercando il coinvolgimento della persona disabile e delle sue volontà.

Il progetto, nato in un singolo istituto, mira a creare un gruppo interdisciplinare di collaborazione composto da personale socioeducativo-assistenziale-sanitario – professionisti formati dedicati alla cura quotidiana (CP generali) – che si confronta sistematicamente con professionisti di CP specialistiche consulenti per individuare e monitorare bisogni speciali palliativi delle persone con disabilità cognitiva nella loro evoluzione.

Un primo step è rappresentato dalla formazione/sensibilizzazione alle CP di tutto il personale socioeducativo-assistenziale (educatori, operatori, ergoterapisti, fisioterapisti logopedisti, infermieri ...) e i medici attivi nelle strutture dove vivono le persone.

Approfondire la conoscenza riduce le paure sulle capacità di com-

prensione verso l'informazione e permette il coinvolgimento nell'assistenza diretta. Grazie alla condivisione dell'esperienza e il lavoro interattivo e reciproco tra le diverse parti, l'intervento potrà essere migliorato. Il personale educativo-assistenziale della struttura – sensibilizzato e formato – identifica i bisogni di CP dei residenti in modo oggettivo, si confronta con il personale sanitario della struttura ed in base ai bisogni (palliative generali o specialistiche) viene attivato il team di consulenza specialistica palliativa. Il team analizza i bisogni e redige un piano di presa in carico condiviso. Progetto di presa in carico condiviso in cui le persone con disabilità cognitiva e le loro famiglie vengono coinvolte – secondo il loro grado di comprensione e comunicazione – nei processi decisionali riguardanti il loro stato di salute dal team specialistico palliativo che interviene in consulenza in struttura.

Risultati Questo progetto mira a:

- Coordinare/formare un gruppo di curanti attento formato e sensibile all'interno dell'istituto, questi curanti (approccio generale di CP) monitorizzano i bisogni delle persone residenti e delle loro famiglie;
- Attivare precocemente la consulenza specialistica palliativa all'interno della struttura qualora i bisogni dei residenti diventino bisogni specialistici;
- Mirare ad anticipare gli scompensi psico-fisici determinati da bisogni di CP specialistiche;
- Sostenere le famiglie, i caregiver/rappresentanti terapeutici e team curanti nella "temuta" presa in carico palliativa per una degna e dignitosa qualità di vita e di scelte di vita sino all'ultimo istante;
- Affrontare i dialoghi di scelte congiunte e chiare finalizzate al rispetto dell'autonomia delle scelte di cure della persona che vive la sua vita in struttura.

Conclusioni Per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria alle persone con disabilità è necessario sviluppare un servizio di collaborazione tra un approccio generale socio-educativo-assistenziale ed un approccio specialistico palliativo: il lavoro insieme e l'apprendimento congiunto tra personale che opera all'interno di istituti per persone con disabilità e CP specialistiche sono vissuti come fondamenti di crescita reciproca.

Sono necessarie collaborazioni e soprattutto formazione di CP agli operatori socio-educativo-assistenziali dei servizi per persone con disabilità cognitiva deve crescere la conoscenza reciproca ed il sapere intorno a queste persone che vivono la normalità nella loro diversità. È importante sensibilizzare e formare anche il "mondo medico" per implementare la collaborazione ed il confronto palliativo intorno alla persona con disabilità cercando di superare le paure ed i pregiudizi. I professionisti specialistici di CP hanno il dovere di chinarsi alla conoscenza di queste specificità di vita per rispondere a bisogni sempre più crescenti di questa popolazione che invecchia e che richiede quindi, una presa in carico specifica.

Gli operatori socio-educativo-assistenziali hanno la responsabilità di "tradurre" il sapere di queste persone affinché gli specialisti che intervengono possano capire il mondo delle persone con disabilità ed offrire loro una cura adeguata e personalizzata.

È importante riconoscere che la formazione e l'istruzione da sole non funzioneranno è urgente la necessità di sostenere lo sviluppo di sistemi di collaborazione tra saperi. Questi sistemi devono creare nella collaborazione, ambienti di cura adeguati in cui i professionisti siano facilitati nel lavoro multidisciplinare e in una maggiore collaborazione e dialogo tra professionisti, pazienti e i loro amici/familiari. Come ci insegna un nostro Utente: "Noi abbiamo bisogno di tranquillità affetto e di solidarietà... Mi piace parlare con voi perché mi ascoltate sempre".

Solo nella collaborazione e nella reciprocità della condivisione dei saperi si può vivere un approccio "palliativamente inclusivo" aperto alla vita ed al rispetto delle scelte di vita delle persone con disabilità cognitiva.

P72

Gesundheitslots:innen als ethisch koordinierende Vertrauenspersonen in komplexen Versorgungssituationen

J. C. Streuli¹ (¹Stiftung Gesundheitskompass, Zürich und St. Gallen)

Hintergrund Menschen mit komplexen chronischen Erkrankungen stehen oft vor einer unübersichtlichen Versorgungslandschaft mit

fragmentierten Zuständigkeiten, unklarer Kommunikation und einem hohen emotionalen Belastungsniveau. In solchen Situationen braucht es nicht nur medizinische, sondern auch ethische Orientierung und Vertrauenspersonen, die die verschiedenen Perspektiven auf "gute" Entscheidungen aufzeigen, moderieren und ggf. abwägen helfen.

Ziel Die Gesundheitslots:innen bieten basierend auf einem zeitlich befristeten Auftrag (optimalerweise während 3 Monate) ein intensives ethisches Case Management, mit Verknüpfung und Koordination bestehender Ressourcen, Organisation und Moderationen interprofessioneller Gespräche und Begleitung von Entscheidungen mit hoher Eingriffstiefe entlang bio-psycho-sozio-spiritueller Leitziele mit Hilfe von strukturierten Rundtischen, ethischen Gesprächen und persönlicher Begleitung.

Methode Im Rahmen eines partizipativen Entwicklungsprojekts wurden Gesundheitslots:innen als neue Rolle im Schweizer Versorgungssystem konzipiert. Sie begleiten Patient:innen und ihre Familien kontinuierlich über institutionelle, professionelle und sektorale Grenzen hinweg. Dabei kombinieren sie Elemente von Shared Decision-Making, Ethikberatung, Koordinationsarbeit und psychosozialer Begleitung. Die Lots:innen werden interprofessionell geschult – mit einem besonderen Fokus auf ethische Reflexionskompetenz, kultursensible Kommunikation und Strukturierung von Entscheidungsprozessen.

Resultate Die Rolle der Gesundheitslots:in wurde entlang folgender Dimensionen definiert um die vorhandenen Ressourcen und Angebote zu identifizieren, zu verbinden und zu koordinieren:

1. **Ethische Koordination:** Sichtbarmachen und Vermitteln normativer Spannungsfelder in der Versorgung.
2. **Vertrauensbeziehung:** Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Helfernetz als Grundlage für Kontinuität und Verbindlichkeit.
3. **Empowerment:** Stärkung der Selbstwirksamkeit von Patient:innen in schwierigen Entscheidungssituationen.
4. **Systemintegration:** Verbindung zwischen individueller Begleitung und struktureller Versorgungsgestaltung.

Diskussion Die Rolle der Gesundheitslots:innen eröffnet neue Perspektiven, Chancen und Zugänge für eine integrierte, wertebasierte Versorgung insbesondere in palliativen, chronischen und vulnerablen Kontexten. In einer nächsten Projektphase werden Schulungsprogramme implementiert und erste Erfahrungen aus der Praxis systematisch evaluiert.

Schlussfolgerung Die bisherigen Erfahrungen und das vorgestellte Konzept verdeutlichen das Potenzial von Gesundheitslots:innen, die Versorgungsqualität und -kontinuität spürbar zu verbessern. Sie stärken die ethische Resilienz aller Beteiligten, fördern Entscheidungsklarheit und erleichtern durch ihre koordinierende Rolle den rechtzeitigen und angemessenen Zugang zu Palliative Care – insbesondere durch eine gezielte Aufgabenverteilung im transprofessionellen Netzwerk.

P73

Vorausschauende Behandlungsplanung bei hochaltrigen Menschen mit Frailty – eine Einzelfallanalyse

S. Suter¹, L. Wyss¹, M. Gränicer¹, S. de Wolf-Linder¹ (¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Die frühzeitige Kommunikation von Behandlungspräferenzen im Rahmen der vorausschauenden Behandlungsplanung (Advance Care Planning, ACP) ist für alle Personen relevant. Bei älteren Menschen mit Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit) werden diese Gespräche in der Praxis trotz hoher Relevanz allerdings noch immer selten umgesetzt.

Ziel Die Identifikation des geeigneten Zeitpunkts für ein vorausschauendes Gespräch stellt im pflegerischen Alltag eine Herausforderung dar.

Methode Im Rahmen einer Fallbeschreibung mit anschließender systematisierter Literaturrecherche setzten sich Studierende des Bachelorstudiengangs Pflege mit dieser Thematik auseinander und identifizierten relevante Schlüsselmomente für ihr zukünftiges berufliches Handeln.

Resultate Fallbeschreibung: Die 95-jährige Frau M. lebte seit vier Jahren mit geringer Unterstützung in einem Altersheim. Trotz bestehender Kardiomyopathie und Arthritis, berichtet sie stets über eine

hohe Lebensqualität. Bei einem nächtlichen Sturz auf dem Weg zur Toilette zog sie sich eine schmerzhaft Schambeinastfraktur zu. Daraufhin wurde sie zur besseren pflegerischen Versorgung in ein Pflegeheim verlegt. In der Folge kam es zu Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen sowie intermittierender Atemnot. Gegenüber ihren Angehörigen äußerte Frau M. einen Sterbewunsch, den die Fachpersonen nur indirekt über die Angehörigen erfahren. Ein klärendes Gespräch mit Fr. M. blieb aus. Diversen medizinischen Abklärungen ohne informiertem Behandlungsziel stimmte die Patientin während sechs Monaten bis eine Woche vor ihrem Tod zu.

Schlussfolgerung Die Literaturrecherche ergab, dass ein geeigneter Zeitpunkt für die Initiierung eines Gesprächs für den zukünftigen Behandlungsplan (ACP) bereits beim Eintritt von Frau M. ins Altersheim bestanden hätte. Der Fall von Frau M. zeigte auf, dass ihre Gebrechlichkeit aufgrund ihrer Selbständigkeit und Lebensqualität nicht erkannt wurde. Es wird deutlich wie rasch Schlüsselereignisse wie ein Sturz, die Lebensqualität bei hochbetagten Menschen mit Frailty negativ beeinflussen können. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen und kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ACP, auch bei scheinbar robusten älteren Menschen.

P75

Soins palliatifs et essais cliniques en oncologie : un (in) dissociable duo ? Scoping review

M. Tomczyk¹, C. Jacques², H. Auner³, R. J. Jox⁴ (¹Institut des humanités en médecine, Lausanne; ²Bibliothèque universitaire de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Lausanne; ³Service d'hématologie, Département d'oncologie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Lausanne; ⁴Service de soins de support et de soins palliatifs, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Lausanne)

Contexte Les essais cliniques visant à tester une nouvelle option thérapeutique antitumorale constituent un pilier primordial de la recherche en oncologie. Si l'intégration des soins palliatifs à ces investigations est techniquement faisable et recommandée, elle n'est pas systématique ; les soins palliatifs sont généralement considérés comme une alternative à un essai clinique, et non comme partie intégrante. À ce jour, les facteurs favorisant ou empêchant l'intégration des soins palliatifs en complément d'un essai clinique sont très peu explorés.

Objectif L'objectif de notre étude est de mieux comprendre les facteurs qui favorisent ou empêchent l'intégration des soins palliatifs aux essais cliniques chez les patients adultes atteints d'un cancer solide ou hématologique, toutes situations cliniques et toutes phases d'essai confondues.

Méthode Afin d'atteindre notre objectif, nous avons choisi de réaliser une *scoping review*.

Résultats Des stratégies de recherche ont permis d'identifier 2262 textes, dans la base de données Embase.com, sans restriction d'année de publication. À ce jour – au 30 mai 2025 –, nous sommes dans le processus de sélection manuelle des textes appropriés en fonction de leurs titres et de leurs résumés, et conformément à nos critères d'inclusion. Ainsi, sont progressivement considérés pour inclusion tous les types de textes pertinents en anglais (études empiriques, revues systématiques, textes réflexifs, consensus d'experts, résumés de présentation en congrès, cas cliniques, etc.), excepté les protocoles de recherche. Les textes ainsi inclus seront étudiés à partir d'une grille d'analyse préalablement élaborée.

Conclusion L'identification des facteurs favorisant et empêchant l'intégration des soins palliatifs en complément d'un essai clinique permettra de mieux cerner cette situation complexe, d'en saisir les nuances et de proposer des pistes de réflexion en vue des actions concrètes au bénéfice des personnes malades. La présentation des résultats issus de cette étude internationale au public suisse, lors du congrès de Bienne, nous donnera l'opportunité d'en discuter les enjeux pour la Suisse.

Psychothérapie assistée par la Kétamine(PAK): une approche de la détresse en soins palliatifs ?

A. Vacanti-Robert¹, S. Silva² (¹Fondation Rive-Neuve, Blonay; ²Fondation Rive-Neuve, 1087 Blonay)

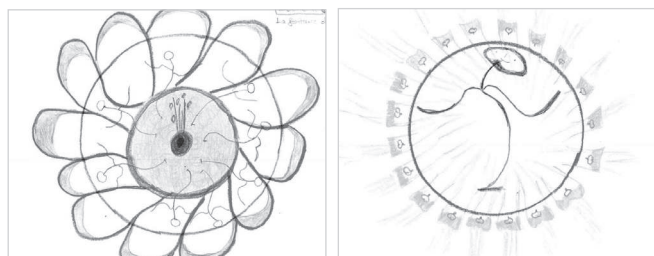
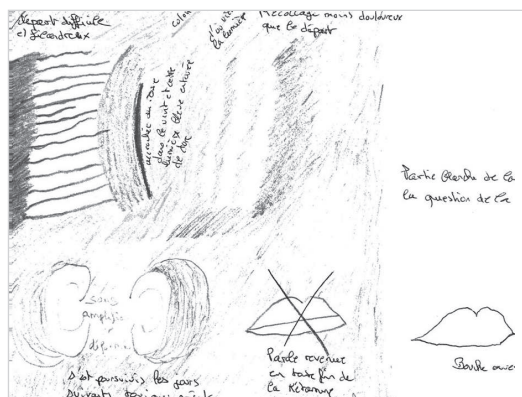
Contexte En soins palliatifs, la kétamine est principalement utilisée pour ses effets antalgiques et antidépresseurs. Ses effets dissociatifs sont généralement considérés comme des effets secondaires indésirables, et rarement mobilisés pour leur potentiel thérapeutique. Pourtant, des études préliminaires suggèrent que l'intensité de l'expérience psychodysleptique pourrait jouer un rôle central dans ses effets thérapeutiques. À ce jour, peu de données qualitatives décrivent la phénoménologie de ces états modifiés de conscience, notamment dans le contexte des soins palliatifs.

Objectif Présentation de la PAK

Méthode Etude de cas: Mme X, 66 ans, est atteinte d'un cancer du sein métastatique osseux depuis 2021. Elle présente un état anxio-dépressif chronique, une fatigue accablante et des ruminations anxieuses autour de la mort. Elle exprime un sentiment d'impasse, associé à une détresse existentielle majeure, et évoque la possibilité d'un suicide médicalement assisté. Malgré un suivi psychothérapeutique intensifié et une adaptation des traitements antidépresseurs, aucune amélioration n'est observée. Dans ce contexte, une psychothérapie assistée par la kétamine lui est proposée, encadrée par un médecin palliativiste et un psychiatre formés à cette approche.

Résultats Après deux séances préparatoires, une administration de kétamine sublinguale (120 mg) est réalisée en ambulatoire, en présence des thérapeutes. Une amélioration notable de l'humeur, de la fatigue et de l'énergie est observée dès la première semaine. L'intégration post-séance, facilitée par l'expression artistique, permet de travailler les prises de conscience issues de l'expérience. Une seconde séance a lieu trois mois plus tard, au cours de laquelle la patiente vit une expérience mystique intense, marquée par un sentiment d'unité et d'amour persistant plusieurs semaines. Elle décrit une meilleure acceptation de sa situation et un apaisement de la peur de mourir.

Conclusion Ce cas illustre le potentiel transformateur de la PAK dans la prise en charge de la détresse existentielle en soins palliatifs. Les dessins de la patiente en témoignent. En mobilisant les états modifiés de conscience dans un cadre psychothérapeutique structuré, la PAK pourrait offrir un espace de réconciliation là où les approches conventionnelles montrent leurs limites. Elle s'impose ainsi comme une approche complémentaire prometteuse, contribuant à restaurer du sens, à améliorer la qualité de vie et à accompagner la fin de vie avec plus de sérénité.



Implementierung von patientenzentrierten Messinstrumenten in der häuslichen Palliativversorgung

A. van Es¹, L. de Toffel¹, O. Schulz¹, I. Schmidt¹, C. Ramsenthaler², S. de Wolf-Linder³ (¹Palliativa, Zürich; ²Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Hintergrund Gemäss nationalen und internationalen Qualitätsstandards sollen patientenzentrierte Ergebnismessinstrumente (PROMs) routinemässig in der spezialisierten Palliative Care eingesetzt werden.

Ziel Wir haben in der Spitex Palliativa die nachhaltige Einführung der PROMs untersucht.

Methode Die Implementierung der PROMs orientierte sich am Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Nach einer initialen Schulung wurden die PROMs (Australischer Karnofsky Performance Status (AKPS), Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) und Palliativphase) systematisch bei allen Patient:innen eingesetzt. Die Palliativphase, AKPS, und IPOS wurden bei jedem Besuch/Telefonat eingeschätzt und im elektronischen Dokumentationssystem anhand einer adaptierten Übersichtsdarstellung festgehalten. Die Implementation wurde intern von einem klinischen Champion und punktuell während Teamsitzungen auch von einem Quality Improvement Facilitator begleitet.

Resultate Seit der Einführung der PROMs vor 15 Monaten werden bei sämtlichen Patient:innen systematisch die PROMs eingesetzt. In regelmässig stattfindenden Teamsitzungen wird der Einsatz der PROMs in der Praxis reflektiert. Die Integration der IPOS-Struktur in das SENS-Modell bei Eintrittsdokumenten, die Etablierung einer einheitlichen Darstellung der PROMs-Daten sowie die kontinuierliche Nutzung von IPOS, AKPS und der Palliativphase im Austrittsbericht führten zu mehreren, zunächst nicht antizipierten Effekten. Dazu zählten (a) eine konsequentere Priorisierung vom Handlungsbedarf aus Sicht der Patient:innen sowie (b) eine effizientere und strukturierte Informationsweitergabe an beteiligte Leistungserbringende im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf den internen Nutzen der PROMs-Daten für qualitätsbezogene Verbesserungsprozesse wurden bestehende Vorbehalte thematisiert und Präferenzen hinsichtlich zukünftiger Datenauswertungen, insbesondere bezüglich der Visualisierung von Wirksamkeit, identifiziert.

Schlussfolgerung Die Implementierung von PROMs wird von Pflegenden im klinischen Alltag zunächst als zusätzlicher Aufwand wahrgenommen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass durch eine strukturierte Integration in bestehende Dokumentations- und Kommunikationsprozesse sowie durch regelmäßige Reflexion für das Team ein Mehrwert entsteht. Eine offene Kommunikationskultur während des Implementierungsprozesses erwies sich dabei als zentral für die nachhaltige Verankerung der PROMs in der spitalexternen Palliative care.

Soins palliatifs au domicile des patients atteints de SLA: retour d'expérience

P. Vayne-Bossert¹, S. Pautex², A. Lascano³ (¹University Hospital of Geneva, Grand-Lancy; ²University Hospital of Geneva, Collonge-Bellerive; ³University Hospital of Geneva, Geneva)

Contexte Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives, notamment neurologiques. La sclérose latérale amyotrophique (SLA), caractérisée par un affaiblissement musculaire progressif, s'accompagne de symptômes physiques (douleurs, dyspnée) et psychiques (angoisse, dépression), nécessitant une prise en charge globale et précoce. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), une collaboration entre le Centre pour la Sclérose Latérale Amyotrophique (CeSLA) et l'équipe de soins palliatifs à domicile (CoSPa dom) permet d'assurer ce suivi, notamment pour les patients ne pouvant plus se déplacer chez leur médecin.

Objectif Analyse de la pratique actuelle après 17 mois de mise en place pour permettre une évolution et une amélioration de la prise en charge de ces patients et notamment la coordination entre deux services différents.

Méthode Cette évaluation porte sur les interventions de la CoSPA dom depuis janvier 2024. Analyse du nombre de patients SLA suivi à domicile ; la durée du suivi et le nombre de consultation ; contexte de référence de ces patients ; souhait et lieu du décès de ces patients ; symptômes des patients et de leurs gestions. Echange avec le groupe CeSLA autour de ces résultats pour améliorer nos pratiques et la prise en soin de ces patients.

Résultats En 17 mois, 13 patients atteints de SLA ont été suivis, avec une moyenne de 297 jours d'accompagnement et 68 consultations à domicile. Les patients ont été référés principalement par leur médecin traitant (3), des collègues palliativistes (4) ou suite à une hospitalisation (5), mais rarement par les neurologues (1). Actuellement, 9 patients sont encore suivis, 2 ont été transférés vers un suivi de premier recours, et 2 sont décédés.

Un premier échange entre le service de médecine palliative et le CeSLA a conclu à une amélioration de la collaboration notamment en matière de référence des patients vers notre service dès que possible. Des critères spécifiques ont été établis et sont revus régulièrement. Les palliativistes vont désormais participer activement au groupe du CeSLA lors de leurs colloques mensuels.

Conclusion La prise en charge palliative à domicile s'avère pertinente dès que les déplacements deviennent difficiles, assurant la continuité des soins en lien avec l'équipe CeSLA. Une meilleure coordination interdisciplinaire au moment de l'orientation vers les soins palliatifs est toutefois nécessaire pour assurer une prise en charge précoce. Une évaluation approfondie de l'impact de ces interventions est en cours.

P79

"Nichts über uns ohne uns!" – Auch nicht in der Palliative Care

C. Wohlgensinger¹ [¹Ost - Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen]

Hintergrund Das Recht auf Selbstbestimmung ist in der Palliative Care und der UN-Behindertenrechtskonvention zentral, stellt aber insbesondere am Lebensende Fachpersonen und Institutionen vor ethische Herausforderungen. Das partizipative Team SEGEL („Schwierige Entscheide – Gemeinsame Lösungen“) hat einen Gesprächsleitfaden entwickelt, um schwierige Fragen rund um Selbstbestimmung gemeinsam (Fachleute und Menschen mit Beeinträchtigungen) zu bearbeiten.

Ziel Das Team SEGEL untersucht, wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gleichberechtigt an ethischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden können. Der gemeinsam entwickelte und spielerisch aufbereitete Gesprächsleitfaden und ein entsprechendes Poster werden an der Tagung vorgestellt.

Methode

- Entwicklung eines Gesprächsleitfadens zur gemeinsamen Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen, z.B. in Fragen zu Selbstbestimmung, Fürsorge, Sexualität, Partnerschaft und Lebensgestaltung.
- Anwendung der Methode des Sokratischen Gesprächs zur Begriffsbestimmung von Selbstbestimmung aus Sicht der Betroffenen.
- Entwicklung von Checklisten zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Institutionen, insbesondere zu den Themen Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch.

Resultate

- Partizipative Forschung ermöglicht eine authentische und lebensnahe Bearbeitung ethischer Fragen. Die Einbindung von Menschen mit Beeinträchtigungen als Co-Forschende stärkt deren Selbstwert und Kompetenzen und führt zu praxistauglichen Lösungen.
- Der Leitfaden und die Checklisten fördern die gemeinsame Reflexion und Entscheidungsfindung und unterstützen Institutionen dabei, die UN-BRK umzusetzen.
- Herausforderungen wie erhöhter Zeitbedarf, Komplexität der Methoden, sprachliche Barrieren und Unsicherheiten im Team konnten durch strukturierte Abläufe, leichte Sprache, gegenseitige Unterstützung und flexible Anpassungen gemeistert werden.
- Die Erfahrung zeigt: „Die Mischung macht's!“ – Der Erfolg partizipativer Projekte hängt wesentlich von der Vielfalt der Perspektiven und der Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen ab.

Schlussfolgerung Partizipative ethische Entscheidungsfindung ist ein wirksamer Ansatz, um die Rechte und Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch in der Palliative Care zu stärken. Die entwickelten Instrumente und Methoden sind auf andere Kontexte übertragbar und leisten einen Beitrag zu mehr Selbstbestimmung, Teilhabe und menschenrechtsbasierter Praxis.

P80

Parents' expectations regarding case management for rare diseases in Switzerland

U. von Mengershausen¹, J. C. Streuli² [¹Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ²Ostschweizer Kinderspital, Pädiatrisches Advanced Care Team, St. Gallen]

Context Rare diseases often involve complex, multisystem conditions, placing a high burden on families – particularly when affected children require multidisciplinary care. Case management (CM) is considered a promising approach to improve care coordination, yet little is known about parental perspectives on CM in this context.

Goal This pilot study aims to enhance understanding by examining parents' specific views on the requirements, content and objectives of case management and advanced care coordination for children with rare diseases during childhood. The findings of this study are expected to offer valuable insights and recommendations for existing and future initiatives in clinical practice and research, with the goal of improving the comprehensive, child-centred and family-orientated approach to case management.

Method An online survey was distributed to members of the Swiss Children with Rare Diseases (KMSK) network. Of 775 invited families, 108 responded (14% response rate). The survey included both structured questions (e.g. Likert scales on quality of life, care needs, and satisfaction) and open-ended responses, which were analysed using Mayring's qualitative content analysis. Quantitative data were analysed descriptively and via chi-squared tests.

Results The study included 108 respondent families from among the 775 in the KMSK, a 14% response rate. The age of their children ranged from 0.4 to 24 years (mean: 8) and their level of suffering in the past six months varied, with 31.5% indicating intense or very intense suffering. In terms of case management, 15.8% of families reported access while 32.4% expressed a need but did not have access to it. The study identified three categories of parental expectations regarding case management, emphasising the importance of interprofessional collaboration, effective communication and comprehensive support.

Discussion The study highlights a significant gap between the need for and availability of CM among families of children with rare diseases. Parents described CM as a crucial role that extends beyond logistics to include emotional, communicative, and advocacy functions. Findings suggest that CM could relieve systemic burdens and improve family-centred care, but must be tailored to complex realities.

Conclusion The findings shed light on the high need for case management support with a current undersupply in Switzerland and an association with reduced parental quality of life, highlighting the necessity for diverse support and assistance to effectively manage the challenges faced by families with children with rare diseases.

P81

"Enjeux palliatifs" : un serious game pour explorer les soins palliatifs de façon immersive.

J. Zuber¹, I. Amorim¹, F. Figari Aguilar¹ [¹Réseau Hospitalier Neuchâtelois, La Chaux-de-Fonds]

Contexte Le travail de soignant en soins palliatifs requiert des compétences cliniques, relationnelles et éthiques spécifiques. Ces thématiques sont peu abordées dans les formations initiales des professionnels de santé et évoluent selon les expériences des soignants durant leur parcours professionnel.

Objectif Renforcer l'apprentissage actif par l'expérimentation dans un environnement sécurisé et interactif.

Permettre une évaluation formative continue des acquis via des feedbacks intégrés.

Méthode « Enjeux palliatifs » est un jeu de plateau pédagogique destiné aux équipes soignantes, centré sur l'acquisition des compétences fondamentales en soins palliatifs.

Basé sur une situation clinique réaliste, le jeu plonge les participant.e.s dans le quotidien d'une équipe pluridisciplinaire accompagnant un.e patient.e en phase palliative.

Le but du jeu est de maintenir ou améliorer la qualité de vie de la personne soignée à travers des décisions cliniques collectives, des dilemmes éthiques ou des échanges sur les bonnes pratiques.

Le jeu aborde notamment la communication avec les patient.e.s ou les proches, l'identification des symptômes et la coordination des interventions. Le format ludique favorise l'engagement, la réflexion en groupe et la dédramatisation de situations souvent vécues comme complexes. Chaque session de jeu dure environ vingt minutes et peut être animée dans un cadre de formation continue ou lors de séminaires interprofessionnels.

Résultats Testé auprès d'un groupe pilote d'infirmier.e.s ce jeu a suscité un fort intérêt et permis une meilleure appropriation des principes de la démarche palliative et des concepts abordés durant la session de formation. Les retours mettent en avant la richesse des échanges suscités, l'ancrage dans la réalité clinique et la capacité du jeu à rendre visible les dynamiques d'équipe.

Conclusion Ce dispositif innovant se veut un outil complémentaire aux approches pédagogiques usuelles, afin de sensibiliser et former des soignants de manière participative et concrète.

P82

Caring Community e cure palliative: il modello di Lodi per una rete di cura narrativa e territoriale

D. Zuffetti' (Mosaico Servizi - Comune di Lodi, LODI, IT)

Introduzione La città di Lodi (Lombardia, Italia) presenta un'elevata incidenza di tumori e una significativa popolazione di pazienti cronici. Tale contesto ha evidenziato il bisogno di una rete comunitaria stabile, capace di affrontare fragilità, vulnerabilità, morte e dolore con approcci multidimensionali e intergenerazionali. Da febbraio 2024 è attivo il programma Caring Community di Lodi, volto a sensibilizzare e coinvolgere cittadini, scuole, istituzioni e associazioni, ispirandosi alla Carta delle Città Compassionevoli. Lodi è tra le prime città italiane ad aver strutturato e formalizzato il proprio impegno con la Dichiarazione Lodi Caring Community 2025.

Obiettivo Diffondere la cultura delle cure palliative a livello territoriale, promuovendo benessere, consapevolezza e risposte concrete.

Metodo Il programma ha previsto:

- Focus group con istituzioni e stakeholder per analizzare i bisogni dalla prevenzione al fine vita
- Questionari sul supporto sociale percepito
- Attività culturali e apertura dello sportello DAT in spazi comunali
- Laboratori con scuole, anziani e bambini
- Applicazione del NaMPaC Model®, scala IPOS, medicina narrativa e medical humanities

Risultati Nel 2024 la rete contava 8 enti, saliti a 23 nel 2025.

Le attività svolte includono:

- 182 ore con pazienti e collegamento con i servizi
- 80 ore in scuole, oratori, centri anziani
- 14 ore di attività culturali
- 22 ore in convegni e ambito scientifico
- 20 ore per analisi e restituzione dati
- 164 racconti narrativi raccolti
- 117 studenti medie, 46 bambini primaria, 58 adolescenti, 77 ragazzi, 50 bambini coinvolti
- 723 interviste semi-strutturate
- 300 questionari completati

Conclusioni Lodi rappresenta un modello integrato e innovativo di Caring Community. Nel 2025 le azioni sono state ampliate, coinvolgendo tutte le fasce d'età e promuovendo una cultura della cura diffusa e concreta, che integra narrazione, relazione e responsabilità collettiva.

P83

NaMPaC Model®: medicina narrativa per la presa in carico in ambiti palliativi e cronici

D. Zuffetti' (Mosaico Servizi - Comune di Lodi, LODI, IT)

Introduzione Le cure palliative, intese nella loro accezione estesa, richiedono approcci innovativi che integrino la dimensione clinica con quella esistenziale e relazionale. In questo quadro nasce il NaMPaC Model® (Narrative Medicine in Palliative Care), il primo modello strutturato e specifico di medicina narrativa per questi contesti. Il modello si distingue dalla semplice raccolta anamnestica o biografica, configurandosi come un percorso continuativo, clinicamente integrato.

Obiettivo Promuovere una presa in carico globale della persona malata, migliorando la qualità della vita di pazienti, familiari e professionisti.

Metodo Dal 2015, il modello è stato applicato in molteplici setting di cura: hospice, assistenza domiciliare, servizi territoriali e reparti oncologici. È prevista la presenza costante di un'esperta in medicina narrativa e cure palliative, integrata all'équipe. Il percorso si articola in fasi, dalla presa in carico iniziale fino al decesso, alla dimissione o alla conclusione del trattamento. Il modello, fondato su basi epistemologiche e operative solide, non si sovrappone agli interventi psicologici o volontari, ma costituisce una pratica clinica autonoma. I feedback narrativi vengono regolarmente restituiti ai professionisti per tradurre i bisogni emergenti in azioni concrete di cura.

Risultati L'applicazione del NaMPaC Model® ha favorito l'ottimizzazione del lavoro d'équipe, l'emersione di bisogni latenti, volontà e vissuti del paziente, incrementando la consapevolezza individuale. Dal 2015 sono state raccolte oltre 1.000 narrazioni in ambito palliativo, oncologico, cronico e nelle malattie rare.

Conclusioni Il NaMPaC Model® è stato presentato e implementato in numerosi contesti nazionali e internazionali. È attualmente l'unico modello strutturato e codificato di medicina narrativa specifico per le cure palliative a livello globale. Dimostra l'efficacia dell'integrazione tra scienze umane e pratica clinica per una presa in carico globale e relazionale della persona.

Autoren Auteurs

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Abou Chaar Emile	P1, FM21
Acien Clara	FM29, P33
Affolter Barbara	P61
Aguet Sophia	P2
Alessandra Moretto	FM24
Amann Manuel	P3
Amorim Indira	P81
Anex Adrien	P18
Aramini Marta	P49
Arn Marisa	P8
Asch Steven	FM6
Avena Antonella	P4
Avena C. P. Antonella	P30
Baader Elsa	P32
Baidi CHABANE	P5
Banfi Thomas	P4
Baptista Filipa	P17
Baptista Peixoto Befecadu F.	FM11
Barnestein-Fonseca Pilar	FM31
Baum Eleonore	P7, P8, P6, P57
Bavato Francesco	P14
Behaghel Ghislaine	P15
Bender Hans-Ulrich	FM8
Beretta Michele	P54
Bergeron Anne	FM11
Bergsträsser Eva	P36, FM8
Bernard Mathieu	FM29, P32, P15
Bernasconi Isabella	P71
Berney Sébastien	FM21
Bernhardsgrütter Daniela	P7, P8, P6, P57, FM34, P48
Beyeler Yves	P69
Bez Gino	FM34
Bilsen Johan	FM32
Birgisdóttir Dröfn	FM31
Birindelli Esther	P9
Biselx Frédéric	FM20
Blanc Solenne	P10, P33
Blum David	P26, P9, P46, P14, P38, P39, FM7, P3
Böhlke Christopher	FM19
Bollondi Catherine	FM9, P17, P18
Bollondi Pauly Catherine	P23
Bommarito Patrick	P4
Bonk Kerstin	P42
Bonvin Margot	P17, P21
Bonzani Elisa	P54
Borasio Gian Domenico	P32
Borrat-Besson Carmen	FM25
Bosch Oliver	P14
Boschetti Yasmin	P54
Bosisio Francesca	P34, P15
Bovet Emilie	P32
Bovey Fanny	FM23,
Brenner Rouven	P8, P11
Broucke Marion	FM33, P12
Brühlmann Kranner Eveline	P8, P11
Brumana Erika	P31
Brunet Mylène	P1
Brunner Laura	FM4
Buergi Fabian	FM19

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Bujard Ina	P13
Bumbacher Claudine	P25
Buschor-Bichsel Mirjam	P46
Caimi Clarissa	P4
Camartin Cristian	P13
Cambrosio Petra	P6
Canova Nina	P15
Capelli Erika	P31
Carballo Bélen	FM31
Champagne Elaine	P1
Chau My Linh	FM20
Cherblanc Jacques	P1
Chochinov Harvey M.	P45
Christ Sebastian M.	P39
Christine Christine	P16, FM9, P17, P21
Clark Ian	P14
Clavien Christine	P18
Collaud Thierry	P1
Corrodi Manuela	FM4
Corvest Victoria	FM8
Da Rocha Rodrigues Gora	FM9, P18
Däster Fabienne	P9
de Graaf Everlien	FM22
de Nys Katelijne	FM5
de Perna Maria Luisa	P69
de Toffel Livia	P77
de Vargas katia	P19
de Wolf-Linder Susanne	P73, FM4, P77
Declercq Eva	FM18
Delaloye Camille	P17
Delgado Maria	P20
Delieutraz-Petit Tatiana	P17, P21
Deml Michael J.	P34
Deufert Daniela	FM3
Dieudonné-Rahm Nathalie	FM23
Diggelmann Elvira	P36
Dölling-Perroulaz Anne Chr.	P22
D'orio Raffaella	P2
Drygall Matthias	P71
Duay Manon	P35
Dufey Teso Anne	FM9
Dufey Toso Anne	P18
Dürr Ivo	P57
Eckstein Jens	FM19
Eckstein Sandra	P69, P29, P45
Egloff Martina	FM29
Eisner Léïla	P34
Elamli Mona	FM33
Escher Monica	FM9, P18, P23
Espolio Desbaillet Yolanda	FM21
Eychmüller Steffen	P25, P51, FM30, P66, P52, P53, FM1, P24
Fanti Paola	P30, P71
Felber Sibylle	P51, P24,
Fernandez Eugenio	P23
Figari Aguilar Fiorella	P81
Fink Rafael	P15
Fischer Anneke	P53
Fliedner Monica	P25, FM27, P66, P15, P52
Fliedner Monica C	FM30

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Frei Valentin	P26
Freiherr v. Hornstein Dr Wilh.	P27, P28
Fritsch Anouck	FM33, P12
Froelich Katharina	P29
Fusi- Schmidhauser Tanja	P49, P62, FM26, P31, P69, P4
Fusi Tanja Dr	P30
Gagliano Mariangela	FM21
Gagnon Pierre	P1
Galbiati Laura	P32, P33
Galli Sarah	P71
Gamondi Claudia	P34, P10, FM22
Gärtner Jan	P69, FM19
Gautsch Fabian	FM3
Giacomini Stello	P18
Gijzels Judith	P53
Gino Bez	P7
Girard Josepha	P35
Goncalves Silvia	FM14
Gonzalez-Jaramillo Valentina	P69
Gossin Zaria	FM23
Gramatzki Dorothee	P39
Gränicher Matthias	P73
Grathwohl Shaker Renate	P58, FM4
Gröble Sabrina	P52
Grossmann Angela	P7
Grüter Sinah	FM28
Gubler Deborah	P43, P36
Guckenberger Matthias	P39
Guerin Suzanne	P15
Guerreiro Ivan	FM11
Hagemann Monika	FM1
Hajj Aline	P1
Hanny Urban	FM34
Hartung Anna	FM8
Hasemann Wolfgang	FM19
Hasler Loretta	P37
Hässler Tabea	P34
Häusermann Sara	FM3, P44, P55
Hauswirth Siegenthaler Chr.	P58, FM4
Heesen Philip	P39
Heistrüvers Lea	P33
Hentsch Lisa	P69, FM11
Hepp Zehra	P38
Hertler Caroline	P26, P69, P14, P38, P39, FM7
Herzog Anja	P40
Hindermann Andrin	P7
Hirsch Sven	P3
Hirt Antje	P7
Hlatki Alen	P71
Hofstetter Gabriela	P41
Holder-Franz Martina	P42
Höss Martin	P43
Huber Evelyn	FM3
Hullin Roger	P69, FM22
Hunziker Lukas	P69
Iglesias José	FM20
Jäger Brigitte	P57
Jenelten Georgette	P25
Jones Laura	P67, FM10, P68, FM15

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Joos Marion	FM35
Jörger Markus	FM5
Jouhaud Rosemary	FM11
Jox Ralf	FM16, FM10
Jox Ralf J.	FM25, P67, P10, P68, FM15
Judith Adler	P7
Karakchieva Naziko	P69
Karpf Shanaya	P44
Kinder-Herzzentrum und Kompetenzzentrum Pädiatrische Palliative Care Interprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsgruppe	P36
Klatte Katharina	P45
Kobleder Andrea	P7, P8, P6, P57, FM34
Koch Daliah	P42
Kohler Myrta	P46
Köhler Ulrike	P6
Kohli Claudia	P24
Korfage Ida	FM31
Krüll Grazia	P62
Kübitz Dorothea Susanna	P13
Kunz Dominik	P3
Kunz Sandra	FM27
Ladner Peter	FM34
Larkin Philip	P34, P69, P69, FM29, FM22, P2, P15
Lascano Agustina	P78
Latuski-Ramm Ute	P7
Lauzier Sophie	P1
Le Rhun Emilie	P39
Lefuel Pascale	FM9, P17, P18, P23
Lelorain Sophie	FM29
Leners Jean-Claude	P47
Letras Catarina	FM22
Liechti Cathrine	FM35
Lingenhel Jana Andrina	FM17
Linsi Katharina	P48
Lopez - Grossenbacher Monika	P49
Lopez Monika	P4
Lu Henri	FM22
Lurati Floriana	P50
Mackuth-Wicki Cornelia	P43
Mäder Sabrina Lina	P53
Maessen Maud	P51, P52, P53, FM1
Mantsch Tabea	P43
Marco Vener	P54
Mare Micaela	P4
Märki Luca	P55
Martin Anne-Sylvie	P56
Massard Dominique Carla	P15
Matzinger Marlene	P7, P8, P6, P57
Maurer Jürgen	FM25, FM16
Meichtry André	FM3
Maessen Maud	P55
Mantsch Tabea	P34, FM31, FM25, FM16
Marco Vener	P64
Mare Micaela	P45
Märki Luca	P69, P15
Metoukam-Bauquis Virginie	P16
Mey Stefanie	P58

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Meyer Philippe	P69
Michelak Gerald	P7, P8, P6
Mingard Magali	P56
Moens Katrien	FM32
Molls Sabine	P25
Molnar Daniel	P16
Monnet Estelle	P56
Monteverde Maya	P61, FM27
Moretto Alessandra	FM26
Morscher Daniel	P60
Morscher Natalie	P36
Moschovitis Giorgio	P69
Müller Julia	P59
Müller Marie	P17
Müller Veronika	P60
Muntwyler Alina	P55
Nacuzzi Giuliano	P31
Naef Rahel	P46
Nägeli Birgit	P61
Nicoucar Elvira	P69
Niederhauser Charlotte	FM27
Ogal Mercedes	P43
Ogna Adam	FM14
Opprecht Geneviève	P23
Ott Stefan	P7
Ott Thomas	P3
Palumbo Pellini Antonella	P49, P4
Panicari Letizia	P62
Paul Matthias	P69
Pauli Susanne	P63
Pautex Sophie	P17, FM11, P78
Pedersen Eva	P66
Pedersen Eva SL	FM30
Pelz Stefan	P26, P38
Peng-Keller Simon	P26
Pestana Joana	FM33
Pfister Otmar	P69
Picchi Francesca	P62
Pinaglia Elena	P54
Poli Isabella	P54
Poncin Emmanuelle	P32
Possa Michela	P54
Prebil Verena	P25
Presta Giovanni	P31
Puliatti Andrea	P31
Ramsenthaler Christina	FM4, P77
Rastrelli Sandra	FM14
Rehsmann Julia	FM27, P52
Reynolds Chloé J	P39
Richter Jonathan	P50
Riguzzi Marco	P46
Ripellino Paolo	P62
Ris Irène	FM3
Rodin Gary	P45
Rogner Michael	P60, P64
Roh Failletaz Patricia	P65
Romanens Anna	P71
Rossier Céline	FM30, P66,
Rubli Truchard Eve	P67, FM10, P68, FM15
Ruckstuhl Salome	FM35
Ruedin Samira	P67, P68, P33, FM15

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Rüegg Rahel	P51
Rupp Christiane	P65
Rutishauser Susy	FM34
Sabariego Carla	FM17, FM28
Said Chiheb	P20
Salathé Michelle	P29
Sarbach Carol	FM17
Sari Davide	P31
Sartorio Florence	P12
Sauer Carsten	FM6
Savary-Borioli Joseph	P54
Savinelli Sofia	FM29, P33, P15
Schaefer Rainer	P45
Scheidegger Alexander	P8
Schettle Markus	P26, P14, P38, FM7
Schmidt Ellie	P9, P14
Schmidt Ilona	P77
Schmocker Sonia	P4
Schneier Patrick	P51
Schnelli Angela	P6
Schulz Olaf	P77
Schumacher Annemarie	FM28
Schumacher Dimech Anne M.	FM17
Schwalbach Torsten	P46
Schweighoffer Reka	P29
Schwenkglenks Matthias	FM1
Segelov Eva	FM30, P66
Seiler Annina	P14
Sennhauser Andrea	FM34
Sieber Sarah	P7, P48
Sigurðardóttir Valgerður	FM31
Sillitti Paola	FM16
Silva Susanne	P76
Singovski Simon	P69
Sobanski Piotr	P69
Soloni Chiara	P71
Soom-Ammann Eva	FM27
Spring Geneviève	P56
Staeck Robert	FM6
Stalder Odile	FM1
Stanco Luigi	FM20
Stanic Jelena	P18
Stawarz-Luginbühl Ruth	FM21
Steeb Isabelle	P25
Sterie Anca-Cristina	FM23, FM12, P33
Stern Alexandre	P56
Stern Nina	P7
Steutler Elke	P59
Stiehler Steve	P8
Streuli Jürg	FM18
Streuli Jürg C.	P72, P79, FM8
Strolz Sibylla	P7, FM34
Stüger Amelie	FM5
Süess Erika	P7
Suter Simone	P73
Tanja Fusi-Schmidhauser	FM24
Thomas Christian	P23
Titze Alke	P57
Tomczyk Martyna	P75
Torrado Tania	FM20
Tripodoro Vilma A.	FM31

Autoren *Auteurs*

<i>Autor/Auteur</i>	<i>Session/Abstract</i>
Tschanz Karin	FM20
Tschudin Tim	FM7
Turdumatova Maral	P69
Vacanti-Robert Anne	P76
Vallat Véronique	FM21
Valsangiacomo Emanuela	P36
van der Heide Agnes	FM31
van Es Ankie	P77
Wayne-Bossert Petra	P78
Veloso Verónica Inés	FM31
Vetsch Janine	P8
Veuve Ana Lena	P39
Víbora Martín Eva	FM31
Vincenzino Jacqueline	P43
Volm Tanja	FM28
von Bueren André O.	FM8
von Mengershausen Ursula	P79, FM18
von Segesser Alexander	P51
Walter Silke	P45
Wanger Martin	P64
Wehrli Samuel	P3
Weller Michael	P39
Widmer Daniel	P15
Wieczorek Maud	FM25
Wirth Corinne	FM21
Witmer Jannik	P25
Wohlgensinger Corinne	P7, P79, FM34
Wurth Kristina	P15
Wyss Larissa	P73
Yanez Gimenez David	P55
Zambrano Sofia	FM29
Zambrano Sofia C	FM32, FM6
Ziegner Sabrina	FM17
Zingg Karin	FM34
Zinniker Nadia	P44
Zuber Joelle	P81
Zuffetti DANILA	P82, P82
Zwahlen Marcel	FM6



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

SAVE THE DATE

**01.–02.12.
2027**

**Kongresshaus Biel
Palais des Congrès Bienne**

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

www.palliative-kongresse.ch