

Akut-Hospitalisationen im hohen Alter

Referat / Workshop am Fortbildungsnachmittag

Zwickmühlen bei Multimorbidität,

MediX / UZH-IHAM

Zürich, 30. März 2017

PD Dr. med. Georg Bosshard

Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie

Leitender Arzt Long-term Care, Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich

Zentrumsarzt Alterszentrum Bruggwiesen, Effretikon

georg.bosshard@usz.ch



Vortragsübersicht

- Studienergebnisse
- Advance Care Planning
- End-of-life trajectories als prognostischer Indikator
- Fallbeispiele



Die Bedeutung des Versorgungssystems für die Häufigkeit von Spitaleinweisungen

Notfallärzte hospitalisieren Heimbewohner in akuten Notfällen sechs mal häufiger als Heimärzte

Bellelli G et al (2001) The management of adverse clinical events in nursing homes: A 1-year survey study. J Am Geriatr Soc 49: 915-925

“There was no significant difference in 30-day mortality rates between those initially treated in nursing homes (22%) and those initially treated in hospitals (31%; $P = .15$) or between those initially treated with an oral regimen in nursing homes (21%) and those initially treated with an intramuscular antibiotic in nursing homes (25%; $P = .56$).”

Naughton BJ et al (2000) Treatment guideline for nursing-home acquired pneumonia based on community practice. J Am Geriatr Soc 48: 82-88

Vermeidbare Hospitalisationen aus Pflegeheimen

Diagnosen, bei welchen eine Hospitalisation eines / einer PflegeheimpatientIn für fraglich indiziert gelten kann, weil ein Pflegeheim sie selber behandeln könnte (sog. ambulatory care sensitive conditions = ACS-conditions, adaptiert für Kontext Pflegeheim):

- Lungenentzündung
- Harnwegsinfektionen
- Angina pectoris
- Dehydratation
- (- und weitere)**

Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany – an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. Dtsch Arztebl Int 2014;111(13):215–223.

Institutionelle Risikofaktoren resp. protektive Faktoren für vermeidbare Hospitalisationen aus Pflegeheimen

Risikofaktoren:

- Kein Heimarzt vorhanden (1)
- Fehlende Möglichkeit im Pflegeheim, rasch Laborresultate durchführen zu können (1, 2)

Protektive Faktoren:

- Einstellung der betreuenden Ärzte, Patienten wenn möglich im Pflegeheim behandeln zu wollen und eine Hospitalisation nur als letzte Möglichkeit vorzunehmen (2)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, akute Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten wahrzunehmen und zu reagieren (1)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, zielgerichtete mit Ärzten kommunizieren zu können (2)

(1) Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially Avoidable Hospitalizations of NursingHome Residents: Frequency, Causes, and Costs. J Am Geriatr Soc 2010;58:627-635.

(2) Young Y et al (2010) Factors Associated with Potentially Preventable Hospitalization in Nursing Home Residents in New York State: A Survey of Directors of Nursing. J Am Geriatr Soc 2010;58:901–907

Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

Key messages

- Pflegeheimbewohner werden wesentlich häufiger in Akut- und Geriatriekliniken eingewiesen als ihre im häuslichen Umfeld lebenden Altersgenossen.
- Hospitalisationen sind für Pflegeheimbewohner mit einer erheblichen Belastung verbunden und führen oft zu einer Verschlechterung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit und ihres funktionellen Status.
- Eine möglichst hohe Präsenz von Ärzten im Pflegeheim, entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal, frühzeitiges Erkennen von gefährlichen abwendbaren Verläufen und von Exazerbationen vorbestehender Erkrankungen sowie das sorgfältige Management von chronischen Erkrankungen sind die wesentlichen Grundpfeiler zur Vermeidung von unnötigen Spitaleinweisungen.
- Damit Pflegeheimbewohner nicht kurz vor ihrem Tod ohne ersichtlichen Nutzen hospitalisiert werden, gehört es zu den hausärztlichen Aufgaben, Palliativsituationen rechtzeitig als solche zu erfassen sowie die Bedürfnisse des Patienten bezüglich Spitaleinweisung und bevorzugtem Sterbeort zu kennen.

Bally KW, Nickel C (2013) Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? Acute Hospital Admissions Among Nursing Home Residents – Benefits and Potential Harms. Praxis 102(16):987-991.

Was für Gründe gibt es, Pflegeheimbewohner zu hospitalisieren, und wie häufig kommt das vor?

Tab. 3: Vergleich der Anzahl Spitaleinweisungen und ihre Gründe in 2007, 2008 und 2009 und Zunahme in Prozent

| Kategorie | Gründe für Spitaleinweisung | 2007 | 2008 | 2009 | Δ 2009–2007 | % |
|-----------|-----------------------------|------|------|------|-------------|-----|
| 1 | Drehtüre | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,5 |
| 2 | Angehörigenwunsch | 6 | 8 | 8 | 2 | 1 |
| 3 | Überbelastung | 13 | 12 | 30 | 17 | 8 |
| 4 | Lebensqualität | 36 | 49 | 73 | 35 | 17 |
| 5 | Sturz mit Frakturfolgen | 47 | 72 | 111 | 64 | 29 |
| 6 | Unklarer Notfall | 14 | 10 | 20 | 6 | 3 |
| 7 | Unklarer Zustand | 30 | 42 | 83 | 53 | 24 |
| 8 | Lebensverlängerung | 27 | 27 | 59 | 32 | 15 |
| 9 | Infekt | 6 | 12 | 15 | 9 | 4 |
| | Total | 180 | 234 | 401 | 221 | 100 |

Croce E, Wettstein A (2012) Verdoppelung der Hospitalisationen von PflegeheimpatientInnen von 2007 bis 2009 – eine retrospektive Analyse. Praxis 104;901-905

Vorausschauende Betreuungsplanung am Lebensende = Advance Care Planning (ACP)

Das sog. Advance Care Planning (ACP) ist ein freiwilliger Diskussionsprozess zwischen Patienten am Lebensende und dem Betreuungsteam. Falls der Patient es wünscht, kann er Familienangehörige und Freunde einbeziehen. Mit seinem Einverständnis sollen die Diskussionsergebnisse dokumentiert, regelmässig auf ihre künftige Gültigkeit überprüft und an die wichtigsten Betreuungspersonen übermittelt werden.

Folgende Punkte sollen bei einem ACP diskutiert werden:

- Sorgen und Wünsche des Patienten
- Wertvorstellungen
- Krankheitsverständnis
- Präferenzen für Betreuung und Behandlung

Banderet HR, Jung C, Ott I, Gudat H, Bally K (2014) Advance Care Planning und seine Bedeutung in der Hausarztpraxis. Schweiz Med Forum 15:328-329

Unterschied Patientenverfügung – Advance Care Planning

- Advance Care Planning geht eher von einem **kontinuierlichen Entscheidungsprozess** als von einer punktuellen Festlegung wie in der Patientenverfügung aus. ACP ist damit flexibler gegenüber sich ändernden Behandlungspräferenzen als die Patientenverfügung.
- Advance Care Planning setzt eher auf einen **Dialog zwischen Patienten, Angehörigen, Arzt und Betreuungsteam** als auf einseitige Verordnungen von Patientenseite. Letztere erweisen sich in der Realität oft als zu unspezifisch, unklar oder unrealistisch
- Advance Care Planning gilt als besonders geeignet für Patienten mit einer dementiellen Entwicklung

Advance Care Planning: Beachte

- Patientenverfügung / Patientenvertretung und Advance Care müssen kein Widerspruch sein, sondern können sich gegenseitig ergänzen!
- Wie die Patientenverfügung, so muss auch Advance Care Planning pragmatisch und situationsbezogen gehandhabt werden, andernfalls besteht auch hier die Gefahr einer überbordenden Bürokratisierung

1 Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) / Aktuell


Name

Vorname


Geburtsdatum


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


Lebensverlängerung in jedem Fall


A0  Herz- Lungenwiederbelebung und uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

Lebensverlängerung in bestimmten Fällen

B0  Keine Herz- Lungenwiederbelebung, ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

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

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

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

Lebensqualität in jedem Fall

C0  Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie auch stationär

C1  Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie nur ambulant

Datum Unterschrift / verfügende Person

Datum Unterschrift / vertretungsberechtigte Person

Datum Unterschrift / Arzt des Vertrauens

Lebensverlängerung in jedem Fall

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

Lebensverlängerung in bestimmten Fällen

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

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

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


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

Lebensqualität in jedem Fall

C0 ●●●●● Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie auch stationär

C1 ●●●●● Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie nur ambulant

1841 Behandlungsplan



1. Behandlungsplan

Behandlungskonzept „kurativ im Spital“
 Lebenserhaltung und wenn möglich Lebensverlängerung stehen im Vordergrund. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der heutigen Medizin sollten bei gesundheitlichen Störungen möglichst ausgeschöpft werden.

Oder Behandlungskonzept „kurativ im Alterszentrum“
 Lebenserhaltung mit wenig eingreifenden Massnahmen sowie ggf. Leidenslinderung stehen im Vordergrund. Es soll nur das getan werden, was im Alterszentrum möglich ist (z.B. Antibiotika, starke Herzmedikamente).
 Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden besteht.

Oder Behandlungskonzept „palliativ“
 Persönliches Wohlbefinden und Lindern von Leiden stehen im Vordergrund. Im Falle einer lebensgefährlichen Erkrankung (wie z.B. einer Lungenentzündung) ist auf jede künstliche Lebensverlängerung zu verzichten.
 Ich wünsche nach Möglichkeit keine Hospitalisation, und auch im Alterszentrum sollen keine rein der Lebensverlängerung dienenden Massnahmen durchgeführt werden.
 Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei der ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll jede lebenserhaltende Therapie eingestellt werden.
 Unter den oben genannten Bedingungen sollen die medizinische Hilfe und die Pflege auf palliative (d.h. lindernde) Massnahmen ausgerichtet werden. Insbesondere sollen schmerzbekämpfende Mittel ausreichend dosiert sowie Angst und Atemnot gelindert werden.
 Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn die im Alterszentrum möglichen Massnahmen nicht ausreichend zur Beschwerdelinderung führen (z.B. Oberschenkelhalsbruch) oder Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität, Wohlbefinden und des Gesundheitszustandes besteht.

Ort, Datum: _____

Mit folgenden Personen besprochen und vereinbart (Unterschrift)

Bewohner/in Name/Vorname: _____

Unterschrift vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Belangen
 (bei urteilsunfähigen Person zwingend): _____

Name/Vorname: _____

Bezugsgrad (Angehörige/Bezugsperson): _____

Name/Vorname (Arzt): _____

Name/Vorname (Pfleger/ri): _____

1. Behandlungsplan

Behandlungskonzept „kurativ im Spital“

Lebenserhaltung und wenn möglich Lebensverlängerung stehen im Vordergrund.

Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der heutigen Medizin sollten bei gesundheitlichen Störungen möglichst ausgeschöpft werden.

Oder Behandlungskonzept „kurativ im Alterszentrum“

Lebenserhaltung mit wenig eingreifenden Massnahmen sowie ggf. Leidenslinderung stehen im Vordergrund. Es soll nur das getan werden, was im Alterszentrum möglich ist (z.B. Antibiotika, starke Herzmedikamente).

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden besteht.

Oder Behandlungskonzept „palliativ“

Persönliches Wohlbefinden und Lindern von Leiden stehen im Vordergrund. Im Falle einer lebensgefährlichen Erkrankung (wie z.B. einer Lungenentzündung) ist auf jede künstliche Lebensverlängerung zu verzichten.

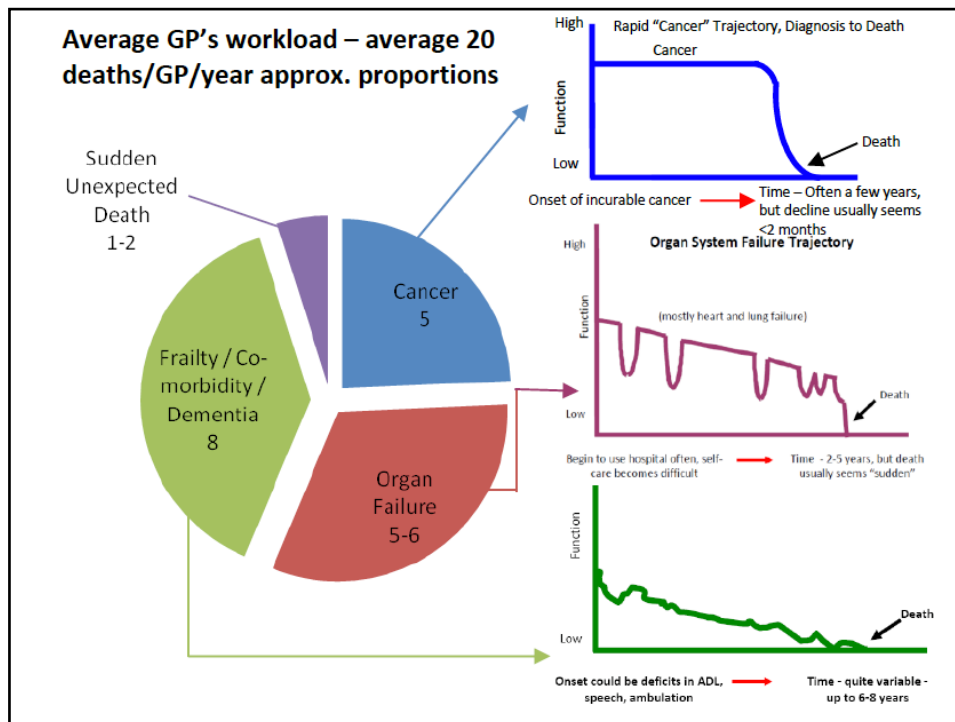
Ich wünsche nach Möglichkeit keine Hospitalisation, und auch im Alterszentrum sollen keine rein der Lebensverlängerung dienenden Massnahmen durchgeführt werden.

Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei der ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll jede lebenserhaltende Therapie eingestellt werden.

Art. 378

¹ Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.



Typical Case Histories



1) Mrs A - A 69 year old woman with cancer of the lung and known liver secondaries, with increasing breathlessness, fatigue and decreasing mobility. Concern about other metastases. Likely rapid decline



2) Mr B – An 84 year old man with heart failure and increasing breathlessness who finds activity increasingly difficult. He had 2 recent crisis hospital admissions and is worried about further admissions and coping alone in future. Decreasing recovery and likely erratic decline



3) Mrs C – A 91 year old lady with COPD, heart failure, osteoarthritis, and increasing signs of dementia, who lives in a care home. Following a fall, she grows less active, eats less, becomes easily confused and has repeated infections. She appears to be 'skating on thin ice'. Difficult to predict but likely slow decline

Thomas K et al (2011) Prognostic Indicator Guidance (PIG), 4th Edition
 © The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care CIC
www.goldstandardsframework.org.uk