

# Selbstbestimmtes, würdevolles Sterben im Pflegeheim

## Messung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) als Qualitätsindikator

Brigitte Benkert, Jianan Huang, Nathalie IH Wellens, Laurie Corna, Serena Sibellio, Sonja Baumann, Bastiaan van Grootven & Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Unter der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) werden Gespräche mit Bewohnenden über persönliche Werte, Wünsche und Vorstellungen verstanden, um zu klären, wie sie sich die Behandlung und Betreuung bei einer Verschlechterung ihrer Gesundheitssituation und am Lebensende vorstellen. Der Wunsch und der Wille in Bezug auf die Behandlungsintensität kann geklärt, dokumentiert und respektiert werden.

**E**ine repräsentative Umfrage im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat ergeben, dass sich zwei Drittel der Schweizer Bevölkerung Gedanken über ihre Betreuung und Behandlung am Lebensende machen (Stettler, 2018). Ende 2020 hat der Bundesrat den Bericht „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende“ verabschiedet (Bundesrat, 2020). Im Auftrag des Bundesrates setzten das BAG und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Jahr 2021 eine interdisziplinäre nationale Arbeitsgruppe zu GVP ein. Die ständige Arbeitsgruppe hat die Aufgabe, die Umsetzung der GVP-Massnahmen während des gesamten Prozesses strategisch und inhaltlich zu steuern und inhaltliche Prioritäten zu setzen (Nationale Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Vorausplanung“, 2023).

### Was bezweckt die Gesundheitliche Vorausplanung?

Die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP), auch Advance Care Planning (ACP) benannt, ermöglicht eine vorausschauende Therapieplanung. Sie hilft urteilsfähigen Personen, ihre Wünsche zur medizinischen Behandlung bei Krankheit, Unfall oder Pflegebedürftigkeit zu reflektieren und festzulegen. Bei späterer Urteilsunfähigkeit stellt die



Gesundheitliche Vorausplanung dient der Selbstbestimmung in medizinischen Fragen, insbesondere im Hinblick auf Situationen der Urteilsunfähigkeit.

GVP sicher, dass die Behandlung den Werten und Präferenzen der Person entspricht. Allgemein ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit der GVP bei chronischen Erkrankungen, zunehmender Gebrechlichkeit, kognitiven Beeinträchtigungen, Demenz, grossen Operationen oder bei Verschlechterung des Allgemeinzustands aufgrund fortschreitender Erkrankungen ratsam.

Bei Bewohnenden in Pflegeheimen ist die Umsetzung der GVP immer empfohlen. Sie wird als kontinuierlicher Prozess verstanden, der Bewohnende, Angehörige und Fachpersonen einbezieht. Regelmässige Gespräche sind wichtig, da sich Gesundheitszustand und Wünsche ändern können. Patientenverfügung und Behandlungsplan dokumentieren die Ergebnisse, eine ärztliche Notfallanord-

<sup>1</sup> im Namen des NIP-Q-UPGRADE-Consortiums

## Hinweis auf gute Praxisbeispiele für die Umsetzung der GVP in der Schweiz

**Deutsche Sprachregion:** Einblick in das kantonale Projekt Basel-Stadt/Basel-Landschaft: Vertiefen von Wissen und Kompetenzen: E-Learning: <https://tales.nmc.unibas.ch/de/gesundheitsliche-vorausplanung-51/>, sowie weiterführende Informationen, Hilfsmittel und Support zur Gesundheitlichen Vorausplanung: <https://www.gesundheitsliche-vorausplanung-bb.ch/>

**Französische Sprachregion:** Einblick in das Projekt „Le Projet de Soins Anticipé | ProSA zur gesundheitlichen Vorausplanung mit E-Learning und Training: <https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

nung kann als Zusammenfassung für Externe verwendet werden.

Die GVP ermöglicht den Bewohnenden Autonomie bei Therapieentscheidungen in der letzten Lebensphase und gewährleistet, dass ihre Wünsche im Notfall respektiert werden, wenn sie sich nicht äussern können. Wenn Bewohnende nicht urteilsfähig sind in medizinischen Angelegenheiten, unterstützt der Planungsprozess Gesundheitsfachpersonen, dass sie zusammen mit Angehörigen, resp. Vertretungspersonen für medizinische Massnahmen die Werte und Wünsche der Bewohnenden klären. Die GVP erleichtert die Koordination von Pflege und Behandlung und stellt sicher, dass die Wünsche bei fortschreitender Krankheit berücksichtigt werden.

Die GVP beginnt bei Heimeintritt. Bewohnende werden zu Beginn ihres Aufenthalts im Pflegeheim nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung oder eines Vorsorgeauftrags gefragt. Diese dienen als Basis für die Gespräche zu ihren Wünschen, Werten und Therapiezielen zur medizinischen Behandlung. Ziel ist, dass innerhalb der ersten sechs Wochen nach Eintritt ein Beratungsgespräch stattfinden kann, in dem die Werte und Wünsche der Bewohnenden geklärt und die Aktualität einer eventuell vorhandenen Patientenverfügung (PV) besprochen werden kann. Diese Gespräche werden am besten von dafür ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt (Palliative Care oder GVP/ACP). Die Gespräche finden primär mit den Bewohnenden selbst statt. Wenn die Bewohnenden nicht mehr urteilsfähig sind in Bezug auf medizinische Massnahmen, werden die Gespräche mit der Vertretungsperson für medizinische Massnahmen geführt, wenn immer möglich mit den Bewohnenden zusammen. Das Gespräch erlaubt eine informierte Entscheidung zu Themen wie Wunsch nach Reanimation, Spitaleinweisung und lebensverlängernden Medikamenten.

Auf Basis des Gesprächs können die Gesundheitsfachpersonen einen ersten Behandlungsplan vorschlagen, in dem die gewünschte Behandlungsintensität festgelegt ist. Nach einer Besprechung im interprofessionellen Behandlungsteam zusammen mit Bewohnenden, respektive der

medizinisch vertretungsberechtigten Person kann der Behandlungsplan gemeinsam unterschrieben werden. Er dient als Basis für die ärztliche Notfallanordnung (ÄNO). Diese muss immer von einer Ärztin/einem Arzt unterschrieben werden. Während der Behandlungsplan das Team vor Ort leitet, dient die ÄNO primär der Kommunikation mit Externen. Dementsprechend sollte sie immer der Sanitäterin/dem Sanitäter und z. B. bei einer Spitaleinweisung mitgegeben werden. Diese Dokumente ermöglichen die Umsetzung des Willens der Bewohnenden, wenn sie nicht mehr selbst entscheiden können. Die Ergebnisse der GVP-Gespräche werden jeweils in der Pflegedokumentation festgehalten und im Dossier der Bewohnenden abgelegt. Dokumentiert werden das Datum des Gesprächs, die anwesenden Personen sowie wesentliche Gesprächsinhalte und erstellte Formulare (Patientenverfügung, Behandlungsplan, ärztliche Notfallanordnung).

Mit fortschreitender Erkrankung sind regelmässige Anpassungen der Therapieziele und Behandlungen notwendig. Insbesondere macht es Sinn, die GVP wieder aufzugreifen, wenn Bewohnende dies wünschen, nach einem Spitalaufenthalt, bei einer neuen Diagnose oder Erkrankung, die die Lebenserwartung einschränkt, oder wenn es zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes oder der Lebensqualität kommt.

## Aktuelle Situation in den Pflegeheimen

Studienergebnisse aus NIP-Q-UPGRADE haben gezeigt, dass viele Heime hausinterne Palliative-Care-Konzepte haben. Medizinische und administrative Vertretungspersonen, Reanimationsstatus, Wünsche zu lebensverlängernden Massnahmen und möglichen Spitaleinweisungen und das Vorhandensein von Patientenverfügungen oder Vorsorgeauftrag wird vielerorts beim Eintritt ins Pflegeheim geklärt. Wenn keine Patientenverfügung vorliegt, werden in einigen Heimen weitere Schritte unternommen, um Bewohnende und Angehörige bei der Erstellung einer Patientenverfügung zu unterstützen, wenn dies gewünscht wird. In der Studie wurde deutlich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Rollen von Hausärzt\_innen und Pflegenden in der GVP bislang nicht klar definiert sind, was deren Umsetzung in Pflegeheimen erschwert. Eine Sub-Gruppe der nationalen Arbeitsgruppe BAG/SAMW entwickelt hierzu eine Schritt-für-Schritt-Anleitung, um Klarheit zu schaffen. Die Unterlagen werden den Pflegeheimen im Lauf von 2025 zur Verfügung gestellt.

## Vorschlag eines neuen Qualitätsindikators

Der neu vorgeschlagene Qualitätsindikator zum Thema GVP will alle Bewohnenden im Pflegeheim einschliessen, unabhängig von ihrer Urteilsfähigkeit und der Möglichkeit, eine Patientenverfügung auszufüllen. Dementsprechend gibt es keinen Qualitätsindikator, der das Vorhandensein einer Patientenverfügung misst. Bewohnende müssen für

**Tabelle 1.** Definition des Qualitätsindikators zur Gesundheitlichen Vorausplanung

Qualitätsindikator	Zähler	Nenner
prozentualer Anteil an Bewohner_innen, bei denen eine Dokumentation zur gewünschten Behandlungsintensität bezüglich Reanimation, Spitaleinweisung und lebensverlängernden Medikamenten (z. B. kurative Antibiotikagabe) vorliegt, die nicht älter als zwölf Monate ist	alle Bewohner_innen, bei denen eine Dokumentation zur gewünschten Behandlungsintensität vorliegt, die nicht älter als zwölf Monate ist	alle Bewohner_innen

das Ausfüllen einer Patientenverfügung urteilsfähig sein, und dies ist bei einigen Bewohnenden nicht mehr gegeben. Die nationale Arbeitsgruppe hat stattdessen minimale Kriterien definiert, was im Rahmen einer GVP geklärt sein sollte. Wie in der Tabelle 1 beschrieben, misst der vorgeschlagene Qualitätsindikator, ob eine Dokumentation zur vereinbarten Behandlungsintensität im Falle einer Notfallsituation oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliegt. Ebenso wird festgelegt, dass diese Dokumentation nicht älter als zwölf Monate sein sollte.

Der Qualitätsindikator bezieht sich auf die Kernthemen, die im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) besprochen und dokumentiert werden. Die Behandlungsintensität kann in vier Stufen beschrieben werden, wie sie in der Tabelle 2 dargestellt sind. Dort ist auch ersichtlich, wie die Stufen mit den drei im Qualitätsindikator erwähnten Themen der Reanimation, Spitaleinweisung und lebensverlängernde Medikamente verbunden sind. Ein Thema, das in den Beratungsgesprächen auch häufig angesprochen wird, ist der Wunsch bezüglich intensivmedizinischer Behandlung. Während in der Stufe 1 diese immer gegeben ist, da eine Reanimation immer mit einer intensivmedizinischen Behandlung verbunden ist, können Bewohnende bei der Stufe 2 entscheiden, ob sie zwar ins Spital, aber keine intensivmedizinische Behandlung möchten. Die letzte Spalte verdeutlicht die Verbindung zur ÄNO, wie sie aktuell von ACP-Swiss angeboten

wird. Die Verbindung ist auch zur ÄNO der Kantone Basel-Stadt/Basel-Landschaft gegeben, die genauso die Fragen zu Reanimation, Spitaleinweisung, intensivmedizinische Behandlung und lebenserhaltende Massnahmen beinhaltet (vgl. Link im Kasten).

## Erfassung des Qualitätsindikators

Der Qualitätsindikator wird mithilfe der Bedarfserhebungsinstrumente erfasst. Die Instrumente werden bis im Herbst 2025 angepasst, sodass eine entsprechende Erhebung möglich ist. Die Fragen sind üblicherweise auch in den Dokumentationssoftware der Bewohner\_innen vorhanden. Die Ersteinschätzung mit den Bedarfserhebungsinstrumenten wird innerhalb von 14 Tagen abgeschlossen. Es ist nicht immer gegeben, dass das GVP-Beratungsgespräch bis dahin bereits stattgefunden hat. Dies wird bei der Messung des Qualitätsindikators berücksichtigt. Wichtig ist, was in den nachfolgenden Bedarfserhebungen dokumentiert ist, in der Erwartung, dass ein Gespräch bis sechs Wochen nach Heimeintritt stattgefunden hat. Dementsprechend werden für die Berechnung des prozentualen Anteils an Bewohnenden, bei denen eine Dokumentation zur gewünschten Behandlungsintensität vorliegt, die nicht älter als zwölf Monate ist, alle Bedarfserhebungen nach dem Eintrittsassessment berücksichtigt.

**Tabelle 2.** Stufen der Behandlungsintensität und Verbindung zu den Minimalkriterien Reanimation, Spitaleinweisung und lebensverlängernde Medikamente

vier Stufen der Behandlungsintensität	Reanimation	Spitaleinweisung	lebensverlängernde Medikamente	ÄNO ACP-swiss <sup>1</sup>
1. Bewohner_in wünscht bei gesundheitlicher Verschlechterung hospitalisiert zu werden, mit Maximaltherapie (inklusive Reanimation und intensivmedizinischer Behandlung)	ja	ja	ja	Stufe A
2. Bewohner_in wünscht bei gesundheitlicher Verschlechterung hospitalisiert zu werden, mit gewissen Einschränkungen der medizinischen Massnahmen (keine Reanimation, intensivmedizinische Behandlung ja oder nein)	nein	ja	ja	Stufen B0, B1 und B2
3. Bewohner_in wünscht bei gesundheitlicher Verschlechterung im Heim behandelt zu werden mit uneingeschränkter Behandlung, was im Heim umgesetzt werden kann (z. B. Antibiotika per os mit kurativem Ziel)	nein	nein	ja	Stufe B3
4. Bewohner_in wünscht nicht mehr primär eine Lebensverlängerung, sondern ausschliesslich palliative lindernde Behandlungen, Antibiotikatherapie zur Symptomlinderung möglich	nein	nein	nein	Stufe C

<sup>1</sup> Download unter: <https://www.acp-swiss.ch/was-ist-acp/dokumente-fuer-aerztinnen>



## Ausblick

Im Rahmen von NIP-Q-UPGRADE und in enger Zusammenarbeit mit der SAMW und dem BAG werden Informationen, Schritt-für-Schritt Anleitungen und Hilfsmittel entwickelt, die Pflegeheime bei der Einführung der **Gesundheitlichen Vorausplanung** unterstützen. Ziel ist es, dass die Pflegeheime ab Sommer 2025 zu praxisorientierten Materialien und Instrumenten Zugang haben, die eine erfolgreiche Implementierung und Messung der Gesundheitlichen Vorausplanung fördern (weiterführende Informationen im folgenden Kasten).

### i

#### Weiterführende Informationen

Advanced Care Planning (ACP) Schweiz. (2024). *Was ist ACP?* <https://www.acp-swiss.ch/was-ist-acp>

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (o. J.). *Palliative Care*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (o. J.). *Gesundheitliche Vorausplanung (GVP)*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gvp.html>

Gesundheitliche Vorausplanung Basel-Stadt und Baselland: <https://www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch/>



#### Brigitte Benkert

RN, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin Pflegewissenschaft – Nursing Science (INS), Universität Basel

[brigitte.benkert@unibas.ch](mailto:brigitte.benkert@unibas.ch)

#### Jianan Huang

Postdoktorandin NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

#### Nathalie IH Wellens

Wissenschaftliche Co-Leiterin NIP-Q-UPGRADE, La Source Institut und Fachhochschule für Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz HES-SO Lausanne

#### Laurie Corna

Wissenschaftliche Co-Leiterin NIP-Q-UPGRADE, Kompetenzzentrum Alter, Fachhochschule Südschweiz

#### Serena Sibelio

PHD Studierende NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel

#### Sonja Baumann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel

#### Bastiaan Van Grootven

Postdoktorand NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel

#### Franziska Zúñiga

Wissenschaftliche Leiterin NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel

## Literatur

Bundesrat. (2020). *Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende: Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018*. Bern.

Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende. (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. <https://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp67-synthesebericht-de.pdf>

Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung. (2023). *Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz*. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Bern.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (SAWM). (n.d.). *Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen*. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Gesundheitliche-Vorausplanung/GVP-in-Pflegeheimen.html>

Stettler, P., Bischof, S., Bannwart, L. & Schempp, D. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017: Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009*. [https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018\\_Bev%C3%B6lkerungsbefragung\\_Palliative%20Care\\_Schlussbericht\\_1.pdf](https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018_Bev%C3%B6lkerungsbefragung_Palliative%20Care_Schlussbericht_1.pdf)

Le Projet de Soins Anticipé (ProSA). (2022). *Gesundheitliche Vorausplanung mit E-Learning und Training*. <https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

### i

#### Serie in der NOVAcura 2024

#### Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen

Im Verlauf des Jahres erscheinen in der Print- (de) und online-Version (de, fr & it) folgende Beiträge zum Thema Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege:

- Mai: Veröffentlichung der nationalen Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege – was nun? (bereits erschienen),
- Juni: Herausforderungen und Weiterentwicklung für die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren (bereits erschienen),
- Juli: Dekubitus als neuer Qualitätsindikator (bereits erschienen),
- November: Polymedikation und Medikationsreview (bereits erschienen),
- Dezember: Gesundheitliche Vorausplanung.

# Fin de vie autodéterminée et dans la dignité en établissement médico-social (EMS)

## Le projet de soins anticipé (ProSA) comme indicateur de qualité nationaux

Brigitte Benkert, Jianan Huang, Nathalie IH Wellens, Laurie Corna, Serena Sibellio, Sonja Baumann, Bastiaan van Grootven & Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Le projet de soins anticipé (ProSA) vise à engager des discussions avec les résident·e·s sur leurs valeurs, leurs souhaits et leurs attentes personnelles. L'objectif est de clarifier leurs préférences en matière de traitement et de soins, notamment en cas de dégradation de leur état de santé ou en fin de vie. Ces préférences, incluant l'intensité des traitements souhaités, peuvent être précisées, documentées et respectées.

Une enquête représentative mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a révélé que deux tiers de la population suisse réfléchissent à leurs soins et traitements en fin de vie (Stettler, 2018). Fin 2020, le Conseil fédéral a adopté le rapport intitulé «Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie» (Conseil fédéral, 2020). Sur mandat du Conseil fédéral, l'OFSP et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) ont mis en place en 2021 un groupe de travail national interdisciplinaire dédié au ProSA. Ce groupe de travail permanent a pour mission de superviser et d'orienter stratégiquement et thématiquement la mise en œuvre des mesures de ProSA tout au long du processus, et de définir les priorités thématiques (Groupe de travail national «Projet de soins anticipé», 2023).

### Quel est l'objectif du projet de soins anticipé?

Le projet de soins anticipé (ProSA), également appelé Advance Care Planning (ACP), permet une planification thérapeutique anticipée. Il aide les personnes capables de discernement à réfléchir et à définir leurs souhaits concernant les traitements médicaux en cas de maladie, d'accident ou de dépendance. En cas d'incapacité de discernement ultérieure, le ProSA garantit que les soins respectent les valeurs et les préférences de la personne.

Il est généralement recommandé d'approfondir la réflexion sur le ProSA en cas de maladies chroniques, de fragilité croissante, de troubles cognitifs, de démence, d'interventions chirurgicales majeures ou de dégradation de l'état général due à des maladies évolutives.

Pour les résident·e·s des EMS, la mise en œuvre du ProSA est toujours recommandée. Ce processus est perçu comme continu, impliquant les résident·e·s, leurs proches et les professionnel·le·s de la santé. Des entretiens réguliers sont essentiels, car l'état de santé et les souhaits peuvent évoluer.

---

<sup>1</sup> Au nom du consortium NIP-Q-UPGRADE

### **Indication de bonnes pratiques pour la mise en œuvre du ProSA en Suisse**

**Région germanophone:** Aperçu du projet cantonal de Bâle-Ville/Bâle-Campagne:

Approfondissement des connaissances et des compétences: E-Learning:

<https://tales.nmc.unibas.ch/de/gesundheitsliche-vorausplanung-51/>, ainsi que des informations supplémentaires, des outils et un support sur le projet de soins anticipé:

<https://www.gesundheitsliche-vorausplanung-bb.ch/>

**Région francophone:** Aperçu du projet: «Le Projet de Soins Anticipé | ProSA Projet de soins anticipé avec e-learning et formation: <https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

Les directives anticipées et le plan de traitement documentent les résultats, tandis que les instructions médicales pour les cas d'urgence servent de synthèse pour les intervenant·e·s externes.

Le ProSA offre aux résident·e·s une autonomie dans les décisions thérapeutiques en fin de vie et garantit que leurs souhaits sont respectés en cas d'urgence, lorsqu'ils ne peuvent plus s'exprimer. Lorsque des résident·e·s ne sont pas capables de discernement en matière médicale, le processus de planification aide les professionnel·le·s de la santé, en collaboration avec les proches ou les représentant·e·s, à clarifier les valeurs et souhaits des résident·e·s. Le ProSA facilite la coordination des soins et des traitements et assure que les souhaits sont pris en compte à mesure que la maladie progresse.

Le ProSA débute dès l'entrée en établissement. Les résident·e·s sont interrogé·e·s dès leur arrivée en EMS sur l'existence d'une directive anticipée ou d'une délégation pour cause d'inaptitude. Ces documents servent de base aux entretiens sur leurs souhaits, valeurs et objectifs thérapeutiques concernant les traitements médicaux. L'objectif est qu'un entretien de conseil ait lieu dans les six semaines suivant l'admission, afin de clarifier les valeurs et souhaits des résident·e·s et d'examiner la pertinence des éventuelles directives anticipées existantes. Ces entretiens sont idéalement menés par des professionnel·le·s formé·e·s à cet effet (soins palliatifs ou ProSA/ACP). Les entretiens se déroulent principalement en présence des résident·e·s. Si les résident·e·s ne sont plus capables de discernement pour des mesures médicales, les entretiens sont menés avec la personne représentant leurs intérêts médicaux et, dans la mesure du possible, conjointement avec les résident·e·s. L'entretien permet une prise de décision éclairée sur des sujets tels que le souhait de réanimation, l'hospitalisation et les médicaments de maintien en vie.

Sur la base de cet entretien, les professionnel·le·s de la santé peuvent proposer un premier plan de traitement définissant l'intensité souhaitée des soins.

Après une discussion au sein de l'équipe de soins interprofessionnelle avec le résident ou la résidente, ou le·a représentant·e thérapeutique, le plan de traitement peut être signé conjointement. Il sert de base aux instructions médicales pour les cas d'urgence (IMU), qui doivent toujours être signées par un médecin. Tandis que le plan de traitement guide l'équipe sur place, les IMU servent principalement à communiquer avec des intervenant·e·s externes. Par conséquent, elles doivent toujours être remises aux ambulancier·ères et, par exemple, lors d'une admission à l'hôpital. Ces documents garantissent le respect des volontés des résident·e·s lorsqu'ils ou elles ne sont plus en mesure de prendre des décisions de manière autonome. Les résultats des entretiens liés au ProSA sont

consignés dans la documentation des soins et intégrées au dossier des résident·es. Cette documentation comprend la date de l'entretien, les personnes présentes, les principaux points abordés lors de la discussion ainsi que les formulaires établis (directives anticipées, plan de traitement, instructions médicales pour les cas d'urgence). À mesure que la maladie progresse, des ajustements réguliers des objectifs thérapeutiques et des traitements deviennent nécessaires.

Il est particulièrement pertinent de réviser le projet de soins anticipé (ProSA) si les résident·es le souhaitent, notamment après une hospitalisation, lors d'un nouveau diagnostic ou d'une maladie limitant l'espérance de vie, ou en cas de changement de l'état de santé ou de la qualité de vie.

### Situation actuelle dans les EMS

Les résultats des études menées dans le cadre de NIP-Q-UPGRADE montrent qu'un grand nombre d'EMS disposent de concepts internes pour les soins palliatifs. Lors de l'admission en EMS, des clarifications sont souvent apportées concernant les représentant·e·s médicaux·ales et administratifs·ves, le statut de réanimation, les souhaits relatifs aux mesures de maintien en vie, les éventuelles hospitalisations, ainsi que l'existence de directives anticipées ou de mandats pour cause d'incapacité.

En l'absence de directives anticipées, certains EMS prennent des mesures supplémentaires pour accompagner les résident·e·s et leurs proches dans leur rédaction, si cela est souhaité. Cependant, l'étude a révélé que la collaboration interprofessionnelle, ainsi que les rôles des médecins de famille et du personnel soignant dans le ProSA, ne sont pas encore clairement définis, ce qui complique sa mise en œuvre.

Pour remédier à cette situation, un sous-groupe du groupe de travail national OFSP/ASSM élabore actuellement des instructions étape par étape. Ces documents seront mis à disposition des EMS au cours de l'année 2025.

### Proposition d'un nouvel indicateur de qualité

L'indicateur de qualité récemment proposé pour le ProSA (projet de soins anticipé) inclut tous les résident·e·s des EMS, quelle que soit leur capacité de discernement ou la possibilité d'établir des directives anticipées. Par conséquent, cet indicateur ne mesure pas la simple existence de directives anticipées.

**Tableau 1.** Définition de l'indicateur de qualité pour le projet de soins anticipé

Indicateur de qualité	Numérateur	Dénominateur
Proportion en pourcentage de résident·es pour lesquelles une documentation concernant l'intensité des traitements souhaités concernant la réanimation, l'hospitalisation, les médicaments destinés à prolonger la vie (tels que l'administration d'antibiotiques curatifs) est disponible et datée de moins de douze mois.	L'ensemble des résident·es disposant d'une documentation concernant l'intensité des traitements souhaités, datée de moins de douze mois.	L'ensemble des résident·es

Les résident·e·s doivent disposer de la capacité de discernement pour remplir des directives anticipées, ce qui n'est pas le cas pour tou·te·s. Pour cette raison, le groupe de travail national a défini des critères minimaux concernant les aspects à clarifier dans le cadre du ProSA.

Comme indiqué dans le tableau 1, l'indicateur de qualité proposé évalue la présence d'une documentation sur l'intensité convenue des traitements en cas d'urgence ou de détérioration de l'état de santé. Il est également précisé que cette documentation doit avoir été mise à jour depuis moins de douze mois.

L'indicateur de qualité se concentre sur les thèmes essentiels abordés et documentés dans le cadre du ProSA.

L'intensité des traitements est décrite selon quatre niveaux, comme illustré dans le tableau 2, qui montre également les liens entre ces niveaux et les trois thèmes de l'indicateur de qualité : réanimation, hospitalisation et médicaments de maintien en vie.

Un autre sujet souvent discuté lors des entretiens de conseil est le souhait des résident·e·s concernant les traitements en soins intensifs. Au niveau 1, ces traitements sont toujours prévus, car une réanimation implique automatiquement des soins intensifs. Au niveau 2, les résident·e·s peuvent opter pour une hospitalisation sans recourir aux soins intensifs.

La dernière colonne met en évidence le lien avec les IMU, telles que proposées actuellement par ACP-Suisse. Elle établit également une connexion avec les IMU des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne, qui incluent des questions portant sur la réanimation, l'admission à l'hôpital, les soins intensifs et les mesures de maintien en vie (cf. lien dans l'encadré).

### Saisie de l'indicateur de qualité

L'indicateur de qualité est recueilli à l'aide des outils d'évaluation des besoins requis, qui seront adaptés d'ici l'automne 2025 pour permettre une telle collecte. En règle générale, les items sont également intégrés dans les logiciels de documentation des résident·e·s.

L'évaluation initiale à l'aide des instruments d'évaluation des besoins est réalisée dans un délai de 14 jours. Toutefois, il n'est pas toujours possible que l'entretien de conseil sur le ProSA ait déjà eu lieu dans ce laps de temps. Cet aspect est pris en compte lors de la mesure de l'indicateur de qualité. Ce qui importe, c'est ce qui est documenté dans les évaluations des besoins ultérieures, en considérant qu'un entretien puisse avoir lieu jusqu'à six semaines après l'entrée en établissement.

Ainsi, pour calculer le pourcentage de résident·e·s disposant d'une documentation sur l'intensité des traitements souhaités datant de moins de douze mois, toutes les évaluations des besoins postérieures à l'évaluation initiale sont incluses.

**Tableau 2.** Niveaux d'intensité des traitements et lien avec les critères minimaux de réanimation, d'hospitalisation et de médicaments de maintien en vie.

Quatre niveaux d'intensité des traitements	Réanimation	Hospitalisation	Médicaments de maintien en vie	IMU ACP-swiss <sup>1</sup>
1. Le résident resp. la résidente souhaite être hospitalisé·e en cas de'aggravation	Oui	Oui	Oui	Niveau A



de son état de santé, avec une thérapie maximale (y compris réanimation et soins intensifs).				
2. Le résident resp. la résidente souhaite être hospitalisé·e en cas d'aggravation de son état de santé, avec certaines restrictions des mesures médicales (pas de réanimation, soins intensifs: oui ou non).	Non	Oui	Oui	Niveaux B0, B1 et B2
3. Le résident resp. la résidente souhaite être soigné·e dans l'établissement en cas d'aggravation de son état de santé, avec un traitement sans restriction, dans la mesure des possibilités dans l'établissement (par exemple, thérapie antibiotique par voie orale à visée curatif).	Non	Non	Oui	Niveau B3
4. Le résident resp. la résidente ne souhaite plus en premier lieu une prolongation de la vie, mais uniquement des soins palliatifs et calmants. L'administration d'antibiotiques peut être envisagée pour soulager les symptômes.	Non	Non	Non	Niveau C

<sup>1</sup> Téléchargement sous: <https://www.acp-swiss.ch/was-ist-acp/dokumente-fuer-aerztinnen>

## Perspectives

Dans le cadre du projet NIP-Q-UPGRADE, et en collaboration étroite avec l'ASSM et l'OFSP, des informations, des instructions étape par étape et des outils pratiques sont en cours de développement pour accompagner les EMS dans la mise en œuvre du **projet de soins anticipé**. L'objectif est qu'à l'été 2025, les EMS disposent de supports et d'instruments adaptés à la pratique, facilitant une mise en œuvre réussie et une mesure efficace du projet de soins anticipé (voir les informations complémentaires dans l'encadré suivant).

### Informations complémentaires

Advance Care Planning (ACP) Suisse (2024). *Qu'est-ce que l'ACP?* <https://www.acp-swiss.ch/fr/au-sujet-du-prosa>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (s.d.). *Palliative Care*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/palliative-care.html>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (s.d.). *Projet de soins anticipé (ProSA)*: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gvp.html>

Projet de soins anticipé Bâle-Ville et Bâle-Campagne: <https://www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch/>  
(en allemand)

## Littérature

Conseil fédéral. (2020). *Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie: Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 18.3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE) du 26 avril 2018*. Berne.

Groupe de direction du PNR 67 Fin de vie. (2017). *Rapport de synthèse du PNR 67 Fin de vie*.

<https://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp67-synthesebericht-de.pdf>

Groupe de travail national sur le projet de soins anticipé. (2023). *Feuille de route pour la mise en œuvre du projet de soins anticipé (ProSA) en Suisse*. Éditeurs: Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Berne.

Académie Suisse des Sciences Médicales. (ASSM). (s.d.). *Projet de soins anticipé dans les établissements médico-sociaux*. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Gesundheitliche-Vorausplanung/GVP-in-Pflegeheimen.html>

Stettler, P., Bischof, S., Bannwart, L. & Schempp, D. (2018). *Sondage soins palliatifs 2017: Résultats de l'enquête 2017 et comparaison avec les données de 2009*. [https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018\\_Bev%C3%B6lkerungsbefragung\\_Palliative%20Care\\_Schlussbericht\\_1.pdf](https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018_Bev%C3%B6lkerungsbefragung_Palliative%20Care_Schlussbericht_1.pdf)

Le Projet de Soins Anticipés (ProSA). (2022). *Projet de soins anticipé avec e-learning et formation*.

<https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

## Brigitte Benkert

Infirmière diplômée, MScN, collaboratrice scientifique à l'Institut de sciences infirmières –

Nursing Science (INS), Université de Bâle

[brigitte.benkert@unibas.ch](mailto:brigitte.benkert@unibas.ch)

## Jianan Huang

Postdoctorante NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières, Department Public Health,

Université de Bâle

## Nathalie IH Wellens

Co-directrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, professeure ordinaire, Institut et Haute Ecole de la Santé,

HES-SO Universities of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Lausanne

## Laurie Corna

Co-directrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, Competence Centre on Ageing,

Haute école spécialisée de la Suisse italienne (SUPSI)

**Serena Sibelio**

Doctorante NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières (Nursing Science),  
Department Public Health, Université de Bâle

**Sonja Baumann**

Collaboratrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières (Nursing Science),  
Department Public Health, Université de Bâle

**Bastiaan Van Grootven**

Postdoctorant NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières (Nursing Science),  
Department Public Health, Université de Bâle

**Franziska Zúñiga**

Directrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières (Nursing Science),  
Department Public Health, Université de Bâle

**Série dans NOVAcura 2024****Indicateurs de qualité dans les établissements médico-sociaux de Suisse**

Au cours de l'année, les articles suivants sur le thème des indicateurs de qualité dans les soins stationnaires de longue durée seront publiés en version imprimée (de) et en ligne (de, fr & it):

- Mai: Publication des indicateurs nationaux de qualité dans établissements médico-sociaux (EMS), et maintenant? (déjà paru),
- Juin: Défis et développement ultérieur pour les indicateurs de qualité médicaux au niveau national, (déjà paru),
- Juillet: Les escarres comme nouvel indicateur de qualité, (déjà paru),
- Novembre: Revue de médication et polypharmacie, (déjà publié),
- Décembre: Le projet de soins anticipé.

# **Morire con dignità e autodeterminazione nelle Case per Anziani**

## **La misurazione della Pianificazione Sanitaria Anticipata (PSA) come indicatore di qualità**

Brigitte Benkert, Jianan Huang, Nathalie IH Wellens, Laurie Corna, Serena Sibellio, Sonja Baumann, Bastiaan van Grootven e Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Con il termine Pianificazione Sanitaria Anticipata (PSA) si intendono colloqui con i residenti su valori personali, desideri e aspettative, al fine di chiarire come si immaginano le cure e l'assistenza in caso di peggioramento delle condizioni di salute e nella fase del fine vita. Ciò consente di accertare, documentare e rispettare le volontà e i desideri espressi riguardo all'intensità delle cure.

Da un sondaggio condotto su un campione rappresentativo commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è emerso che due terzi della popolazione svizzera riflettono sulle cure e l'assistenza che riceveranno durante il fine vita (Stettler, 2018).

A fine 2020, il Consiglio federale ha adottato il rapporto "Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita" (Consiglio federale, 2020). Su incarico del Consiglio federale, nel 2021 l'UFSP e l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) hanno creato un gruppo di lavoro interdisciplinare nazionale sulla PSA. Il gruppo di lavoro permanente ha il compito di gestire strategicamente i contenuti e l'implementazione delle misure di PSA durante l'intero processo, definendone i contenuti prioritari (Gruppo di lavoro nazionale "Pianificazione Sanitaria Anticipata", 2023)

### **Quali sono gli scopi della Pianificazione Sanitaria Anticipata?**

La Pianificazione Sanitaria Anticipata (PSA), detta anche Advance Care Planning (ACP), consente una pianificazione terapeutica lungimirante, aiutando le persone capaci di discernimento a riflettere sulle cure mediche in caso di malattia, infortunio o necessità di assistenza e ad esprimere i propri desideri al riguardo. In caso di successiva incapacità di discernimento, la PSA garantisce che le cure siano conformi ai valori e alle preferenze espresse dal residente.

In generale, un'approfondita riflessione sulla PSA è consigliabile in caso di malattie croniche, crescente fragilità, disturbi cognitivi, demenza, grandi interventi chirurgici o peggioramento dello stato di salute generale per via di malattie progressive.

Per i residenti delle Case per Anziani (CpA), l'implementazione della PSA è sempre raccomandata. È infatti considerata un processo continuativo che coinvolge i residenti, i familiari e il personale specializzato. È importante avere colloqui regolari poiché lo stato di salute e i desideri possono cambiare. Le direttive anticipate

---

<sup>1</sup> A nome del consorzio NIP-Q-UPGRADE

e il piano di assistenza documentano i risultati, mentre le Disposizioni Mediche di Emergenza possono fungere da riepilogo per persone esterne.

### **Esempi di Best Practice per l'implementazione della PSA in Svizzera**

**Regione linguistica tedesca:** uno sguardo al progetto cantonale di Basilea Città/Basilea Campagna.

Approfondimento delle conoscenze e competenze: E-Learning:

<https://tales.nmc.unibas.ch/de/gesundheitsliche-vorausplanung-51/>, nonché ulteriori informazioni, mezzi ausiliari e supporto per la pianificazione Sanitaria Anticipata: <https://www.gesundheitsliche-vorausplanung-bb.ch/>

**Regione linguistica francese:** Informazioni sul progetto

“Le Projet de Soins Anticipé | ProSA sulla Pianificazione Sanitaria Anticipata con e-learning e training:

<https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

La PSA assicura ai residenti autonomia riguardo alle decisioni terapeutiche nella fase del fine vita garantendo che, in caso di emergenza, i loro desideri vengano rispettati anche qualora non siano in grado di esprimersi. Per i residenti incapaci di discernimento riguardo alle questioni mediche, il processo di pianificazione fornisce supporto al personale sanitario affinché possa chiarire, insieme ai familiari o ai rappresentanti, i valori e i desideri della persona in questione ai fini dell'adozione di provvedimenti medici. La PSA facilita il coordinamento delle cure e dell'assistenza, garantendo che vengano tenuti in considerazione i desideri in caso di malattie progressive.

La PSA inizia al momento dell'ingresso nella CpA. All'inizio del soggiorno, ai residenti viene chiesto se esistono delle direttive anticipate o un mandato precauzionale, i quali servono come base per i colloqui su desideri, valori e obiettivi terapeutici ai fini delle cure mediche. L'obiettivo è che, entro le prime sei settimane di residenza, possa avere luogo un colloquio di consulenza volto all'accertamento dei valori e i desideri del residente e all'eventuale aggiornamento delle direttive anticipate esistenti. La cosa migliore è che tali colloqui vengano svolti da personale appositamente formato (Palliative Care o PSA/ACP). I colloqui si svolgono primariamente con i residenti stessi. Nel caso di residenti ormai incapaci di discernimento riguardo ai provvedimenti medici da adottare, i colloqui vengono svolti con la persona con diritto di rappresentanza, coinvolgendo i residenti per quanto possibile. Il colloquio consente nel prendere una decisione informata su temi come il ricorso alla rianimazione, il ricovero in ospedale e i farmaci per il prolungamento della vita.

Sulla base del colloquio, l'operatore/trice sociosanitario può proporre un primo piano terapeutico nel quale sia stabilita l'intensità desiderata. Dopo una discussione all'interno della squadra di cura interprofessionale con la partecipazione della persona residente o della persona con diritto di rappresentanza.

Esso serve come base per formulare le disposizioni mediche di emergenza (DME). Le DME devono essere sempre firmate da un medico. Il piano terapeutico funge da guida per il personale in loco, mentre le DME servono soprattutto per la comunicazione con soggetti esterni e, di conseguenza, devono sempre essere consegnate al personale infermieristico, ad es. in caso di ricovero ospedaliero. Tali documenti consentono di attuare la volontà dei residenti qualora non siano più in grado di decidere autonomamente. I risultati dei colloqui



sulla PSA vengono di volta in volta annotati nella documentazione sulle cure e nelle cartelle cliniche dei residenti. Devono essere documentati la data del colloquio e le persone presenti, nonché i contenuti principali trattati e i moduli compilati (direttive anticipate, piano terapeutico, Disposizioni Mediche di Emergenza). Con il progredire della malattia, si rendono necessari adeguamenti periodici degli obiettivi terapeutici e delle cure. In particolare, se i residenti lo desiderano, può essere utile riesaminare la PSA dopo un ricovero ospedaliero, dopo una nuova diagnosi o malattia che limiti l'aspettativa di vita oppure se si verifica un cambiamento dello stato di salute o della qualità della vita.

### **Situazione attuale nelle CpA**

I risultati di studi svolti nell'ambito di NIP-Q-UPGRADE hanno mostrato che molte CpA hanno concetti di cure palliative interni. In molte strutture, i rappresentanti per le questioni mediche e amministrative, lo status riguardo alla rianimazione, i desideri in materia di misure per prolungare la vita e possibili ricoveri ospedalieri, nonché l'esistenza di direttive anticipate o di un mandato precauzionale vengono accertati al momento dell'ingresso nella CpA. Inoltre, se non esistono ancora disposizioni del residente e se residenti e familiari lo desiderano, in alcune CpA viene fornito loro ulteriore supporto per la compilazione. Dallo studio è emerso chiaramente che, fino ad ora, la collaborazione interprofessionale e i ruoli dei medici di famiglia e del personale infermieristico nella PSA non sono ben definiti, il che ne ostacola l'implementazione nelle CpA. A questo riguardo, un sottogruppo del gruppo di lavoro nazionale UFSP/ASSM sta sviluppando delle istruzioni passo per passo per fare chiarezza. La documentazione verrà messa a disposizione delle CpA nel corso del 2025.

### **Proposta di un nuovo indicatore di qualità**

Il nuovo indicatore di qualità proposto sul tema della PSA vuole includere tutti i residenti di una CpA, indipendentemente dal fatto che siano o meno capaci di discernimento e dalla possibilità di compilare le disposizioni del paziente. Di conseguenza, non c'è alcun indicatore di qualità che misuri la disponibilità di direttive anticipate. Per poter compilare le direttive anticipate, i residenti devono essere capaci di discernimento e alcuni residenti non lo sono più.

**Tabella 1.** Definizione dell'indicatore di qualità per la Pianificazione Sanitaria Anticipata

<b>Indicatore di qualità</b>	<b>Numeratore</b>	<b>Denominatore</b>
Quota percentuale dei residenti per i quali è disponibile una documentazione sull'intensità delle cure desiderata per quanto concerne rianimazione, ricovero in ospedale e farmaci che prolungano la vita (ad es. somministrazione curativa di antibiotici) che non sia più vecchia di 12 mesi.	Tutti i residenti per i quali è disponibile una documentazione sull'intensità delle cure desiderata che non sia più vecchia di 12 mesi.	Tutti i residenti

In sostituzione, il gruppo di lavoro nazionale ha definito criteri minimi riguardo agli aspetti da chiarire nell'ambito di una PSA. Come descritto nella tabella 1, l'indicatore di qualità proposto misura se è disponibile una documentazione sull'intensità delle cure concordata in caso di emergenza o di peggioramento dello stato di salute. Viene stabilito anche che tale documentazione non deve essere più vecchia di 12 mesi.

L'indicatore di qualità si riferisce alle tematiche essenziali che vengono discusse e documentate nell'ambito della Pianificazione Sanitaria Anticipata (PSA). L'intensità delle cure può essere descritta sulla base di quattro livelli, come rappresentato nella tabella 2. Dalla tabella risulta chiaro anche come i livelli siano correlati alle tre tematiche della rianimazione, del ricovero ospedaliero e dei farmaci che prolungano la vita citate nell'indicatore di qualità. Un altro argomento che viene spesso affrontato nei colloqui di consulenza è la volontà di ricevere cure di medicina intensiva. Mentre al livello 1 tale volontà è sempre presente, dal momento che la rianimazione comporta sempre un trattamento di medicina intensiva, al livello 2 i residenti possono decidere se desiderano andare in ospedale senza però ricevere cure di medicina intensiva. L'ultima colonna evidenzia la correlazione con le DME, nella forma attualmente offerta da ACP Svizzera.

Esiste un collegamento anche con le DME dei Cantoni di Basilea Città/Basilea Campagna che comprendono ugualmente le domande su rianimazione, ricovero ospedaliero, trattamenti di medicina intensiva e misure per prolungare la vita (cfr. link nel riquadro).

### Registrazione dell'indicatore di qualità

L'indicatore di qualità viene registrato con l'ausilio degli strumenti di valutazione dei bisogni, i quali verranno aggiornati entro l'autunno 2025 in modo da rendere possibile la rilevazione. Normalmente le domande sono disponibili anche nelle cartelle cliniche elettroniche dei residenti. La prima valutazione mediante gli strumenti di valutazione dei bisogni viene completata entro 14 giorni. Non sempre, entro tale termine, il colloquio di consulenza sulla PSA ha già avuto luogo e nella misurazione dell'indicatore di qualità si tiene conto di tale circostanza. Importante è ciò che viene documentato nelle successive rilevazioni dei bisogni, supponendo che il colloquio si svolga entro sei settimane dall'ingresso nella struttura. Di conseguenza, per il calcolo della quota percentuale di residenti per i quali è disponibile una documentazione sull'intensità delle cure desiderata che non sia più vecchia di 12 mesi, vengono prese in considerazione tutte le rilevazioni dei bisogni effettuate dopo la valutazione al momento dell'ingresso.

**Tabella 2.** Livelli di intensità delle cure e correlazione con i criteri minimi rianimazione, ricovero ospedaliero e farmaci che prolungano la vita

Quattro livelli di intensità delle cure	Rianimazione	Ricovero ospedaliero	Farmaci che prolungano la vita	DME ACP Svizzera <sup>1</sup>
1. In caso di peggioramento dello stato di salute, il/la residente desidera essere ospedalizzato/a con la massima intensità terapeutica (ivi inclusi la rianimazione e i trattamenti di medicina intensiva)	sì	sì	sì	Livello A

2. In caso di peggioramento dello stato di salute, il/la residente desidera essere ospedalizzato/a con determinate limitazioni delle misure terapeutiche (è esclusa la rianimazione, trattamenti di medicina intensiva sì o no)	no	sì	sì	Livelli B0, B1 e B2
3. In caso di peggioramento dello stato di salute, il/la residente desidera essere curato/a presso l'istituto con trattamenti illimitati attuabili in una CpA (ad es. antibiotici per bocca a scopo curativo)	no	no	sì	Livello B3
4. Il/La residente non desidera più primariamente un prolungamento della vita, bensì accetta esclusivamente cure palliative lenitive e terapia antibiotica per alleviare i sintomi	no	no	no	Livello B3

<sup>1</sup> Download dal sito: <https://www.acp-swiss.ch/it/che-cose-lacp/documenti-i-medici>

### Prospettive

Nell'ambito di NIP-Q-UPGRADE e in stretta collaborazione con l'ASSM e l'UFSP, è in corso lo sviluppo di informazioni, istruzioni passo per passo e strumenti ausiliari che forniscano supporto alle CpA per l'introduzione della **Pianificazione Sanitaria Anticipata**. L'obiettivo è che, dall'estate 2025, le CpA abbiano accesso a materiali e strumenti orientati alla prassi, in grado di promuovere la corretta implementazione e misurazione della Pianificazione Sanitaria Anticipata (ulteriori informazioni nel riquadro seguente).

#### Informazioni per approfondire

Advanced Care Planning (ACP) Svizzera. (2024). *Che cos'è l'ACP?* <https://www.acp-swiss.ch/it/che-cose-lacp>

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). (senza anno). *Cure Palliative*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). (senza anno). *Pianificazione Sanitaria Anticipata (PSA)*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gvp.html>

Pianificazione Sanitaria Anticipata di Basilea Città e Basilea Campagna: <https://www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch/> (in tedesco)

## **Bibliografia**

Consiglio federale. (2020). *Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita: rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato 18.3384 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) del 26 aprile 2018*. Berna.

Gruppo direttivo del PNR 67. Fine della vita. (2017). *Rapporto di sintesi PNR 67 Fine della vita*. (D).

<https://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp67-synthesebericht-de.pdf>

Gruppo di lavoro nazionale Pianificazione Sanitaria Anticipata. (2023). *Road map per l'implementazione della pianificazione sanitaria anticipata (PSA) in Svizzera*. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM). Berna.

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche. (ASSM). (n.d.). *Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen*. (D, F, E). <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Gesundheitliche-Vorausplanung/GVP-in-Pflegeheimen.html>

Stettler, P., Bischof, S., Bannwart, L. & Schempp, D. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017: Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009*. [https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018\\_Bev%C3%B6lkerungsbefragung\\_Palliative%20Care\\_Schlussbericht\\_1.pdf](https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/2018_Bev%C3%B6lkerungsbefragung_Palliative%20Care_Schlussbericht_1.pdf)

Le Projet de Soins Anticipé (ProSA). (2022). *Gesundheitliche Vorausplanung mit E-Learning und Training*. (D) <https://www.projetdesoinsanticipe.ch>

## **Brigitte Benkert**

RN, MScN, Collaboratrice scientifica, Infermieristica – Nursing Science (INS), Università di Basilea  
[brigitte.benkert@unibas.ch](mailto:brigitte.benkert@unibas.ch)

## **Jianan Huang**

Postdottoranda NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health Università di Basilea

## **Nathalie IH Wellens**

Co-responsabile scientifica di NIP- Q- UPGRADE, Istituto La Source e Scuola universitaria professionale per la sanità, Scuola universitaria professionale della Svizzera romanda HES-SO Losanna

## **Laurie Corna**

Co-direttrice scientifica di NIP-Q-UPGRADE, Centro di competenze Anziani, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

## **Serena Sibelio**

Studente di PHD di NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Sonja Baumann**

Collaboratrice scientifica di NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Bastiaan Van Grootven**

Postdottorando di NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Franziska Zúñiga**

Responsabile scientifica di NIP- Q- UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Serie in NOVAcura 2024****Indicatori medici di qualità nelle Case per Anziani svizzere**

Nel corso dell'anno usciranno in versione stampata (in tedesco) e online (in italiano, tedesco e francese) i seguenti articoli sul tema degli indicatori di qualità nelle cure di lungodegenza:

- Maggio: Pubblicazione degli indicatori di qualità nazionali per le cure di lungodegenza – e ora? (già pubblicato),
- Giugno: Ulteriore sviluppo degli indicatori medici di qualità nazionali e relative problematiche (già pubblicato),
- Luglio: Le piaghe da decubito come nuovo indicatore di qualità, (già pubblicato),
- Novembre: Revisione dei medicinali e polifarmacia, (già pubblicato),
- Dicembre: La Pianificazione Sanitaria Anticipata come indicatore di qualità.