

Kompetenzzentrum Palliative Care

Themenblock Blut und Neoplasien

Palliative und terminale Betreuung

Freitag 01.11.2024

Prof. Dr med. David Blum

3. Studienjahr



Lernziele

- Sie haben einen Überblick über Palliative Care erhalten
- Sie wissen, dass Palliative Care nicht nur end of life care ist
- Sie kennen die positiven Effekte von early palliative care
- Sie erlernen Grundkenntnisse der Medikation in der Palliative Care

Cicely Saunders 1918-2005



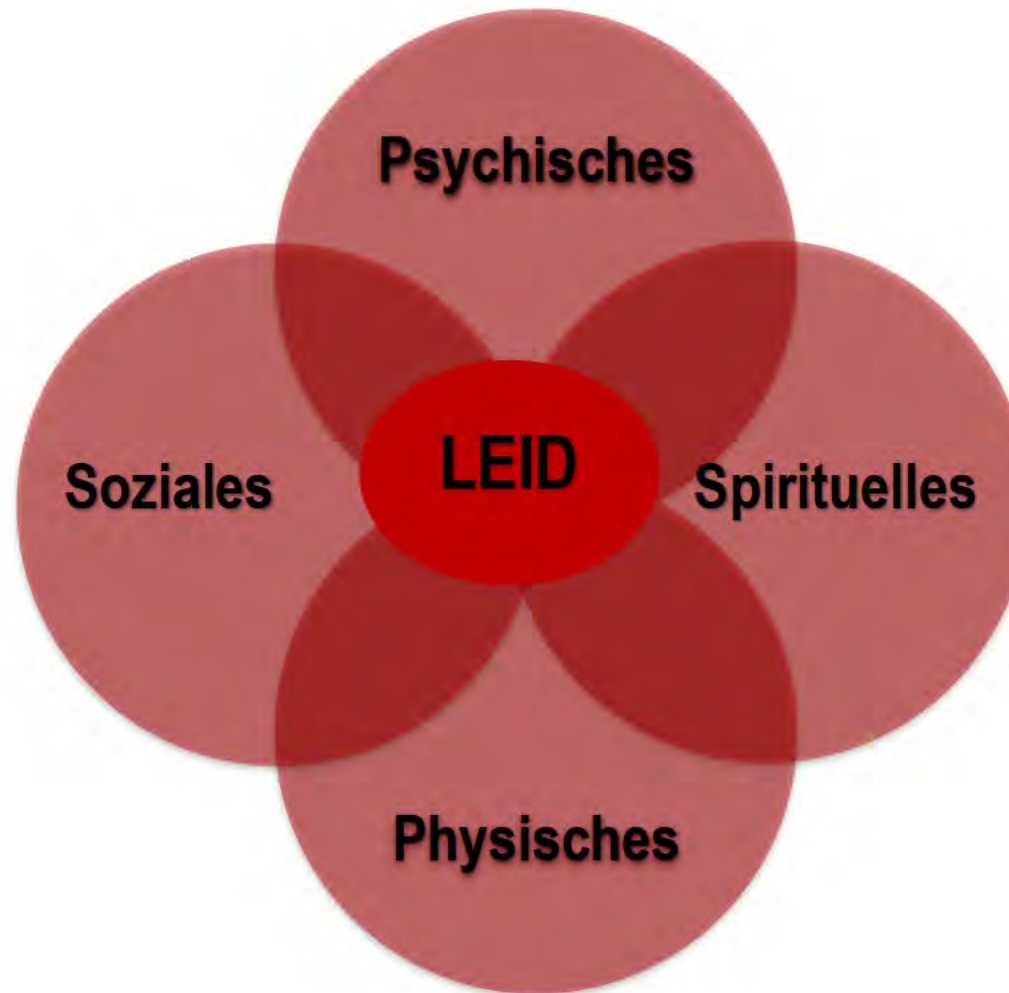
- Pflegefachfrau, Sozialarbeiterin, Ärztin

St. Christopher's Hospice



Das 1. moderne Hospiz, eröffnet 1967 in London

Total Pain



Cicely Saunders

Elisabeth Kübler-Ross 1926-2004



«Interviews mit Sterbenden», 1969

Palliativmedizin - WHO-Definition:

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der **Lebensqualität** von **Patienten und ihren Angehörigen**, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

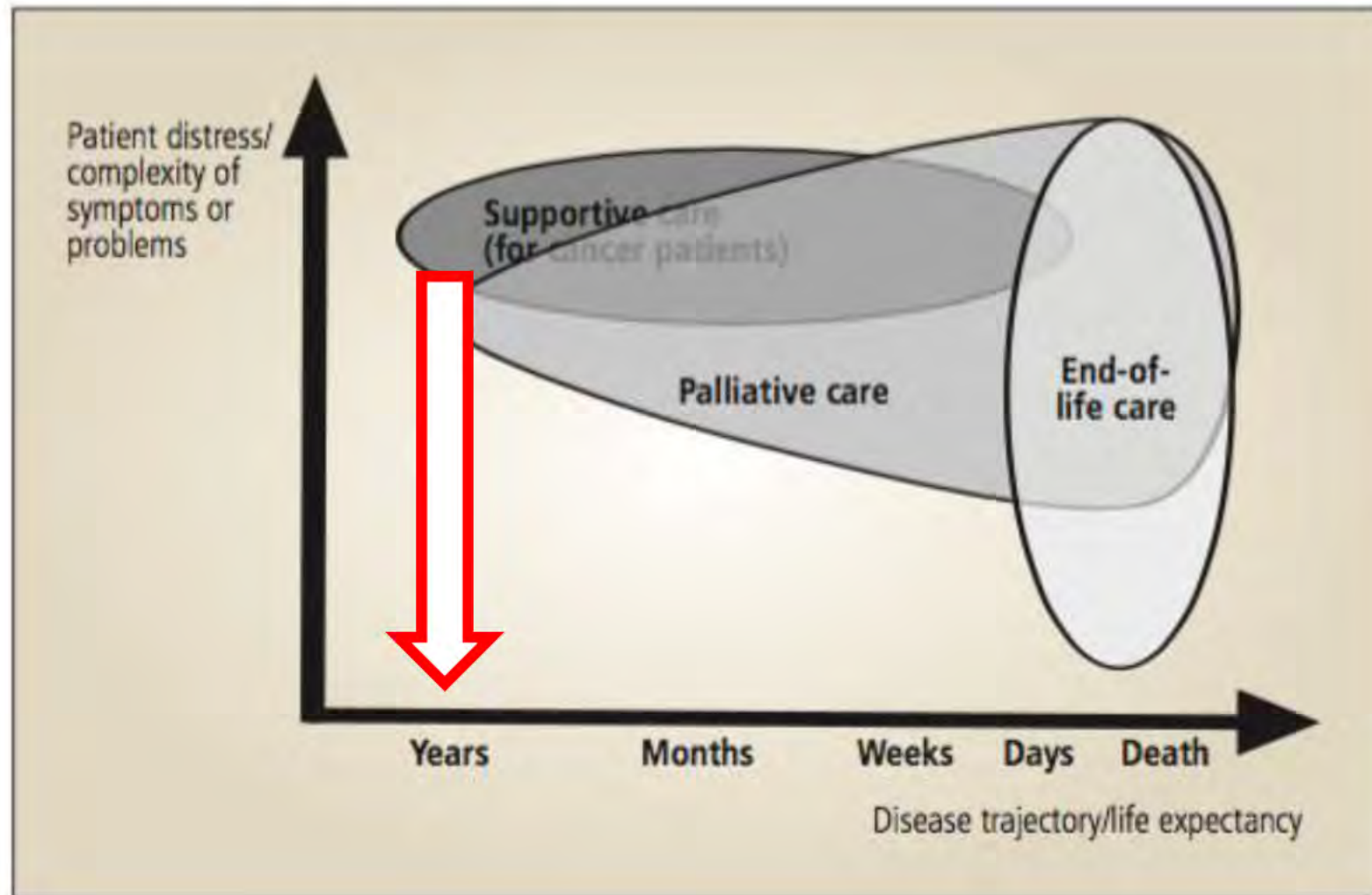
Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des **LEIDENS**, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden, **körperlicher, psycho-sozialer** und **spiritueller** Art.

Grundsätze der Palliativmedizin

(modifiziert nach Ciceley Saunders 1977)

- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerlichen Bedürfnisse von Patient und Angehörigen
- Individuelle Betreuung jedes Patienten und seiner Angehörigen im multidisziplinären Team rund um die Uhr
- Bejahung des Lebens; Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens.
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses
- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl
- Kontinuierliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen bis zum Tod und über den Tod hinaus

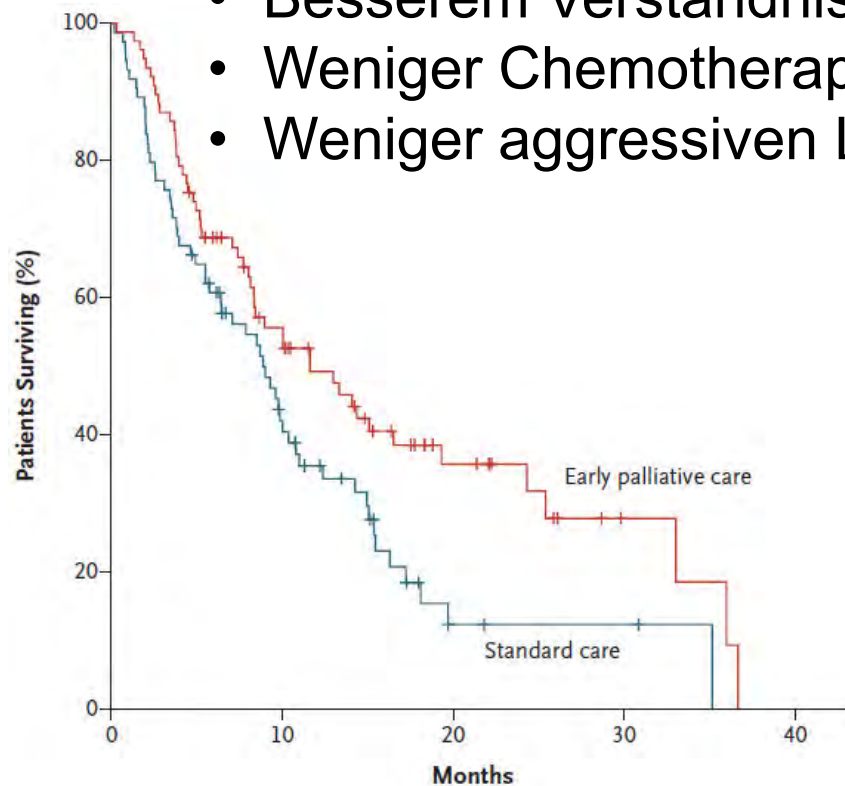
Frühe Integration EAPC



Frühe Integration führt zu

- Längerer Überlebenszeit, **Besserer Lebensqualität**
- Besserem Verständnis der Prognose
- Weniger Chemotherapien in den letzten 60 Tagen
- Weniger aggressiven Lebensendbehandlung

Temel, 2010



Was ist Palliative care?

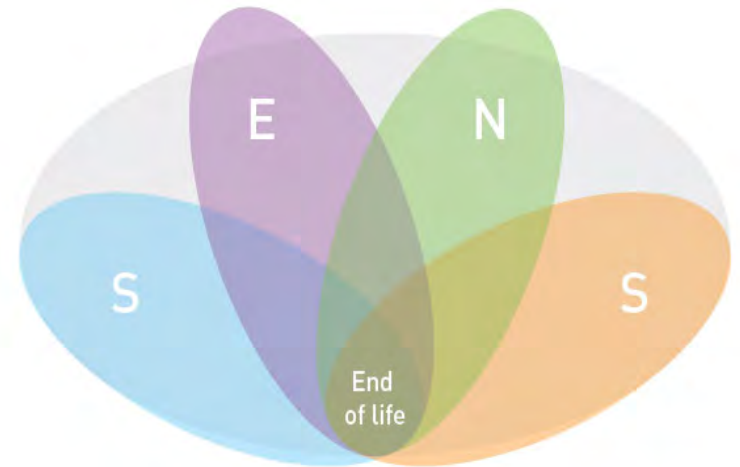
The big 5:

- 1) Symptombehandlung
- 2) Krankheits- und Prognoseverständnis
- 3) Gemeinsame Entscheidungsfindung
- 4) Behandlungsplan und –Team
- 5) Vorbereitung auf das Lebensende
- 6) Spiritualität



Palliatives Basisassessment nach SENS

S ymptombehandlung
E ntscheidungsfindung
N etzwerk- Organisation
S upport der Angehörigen

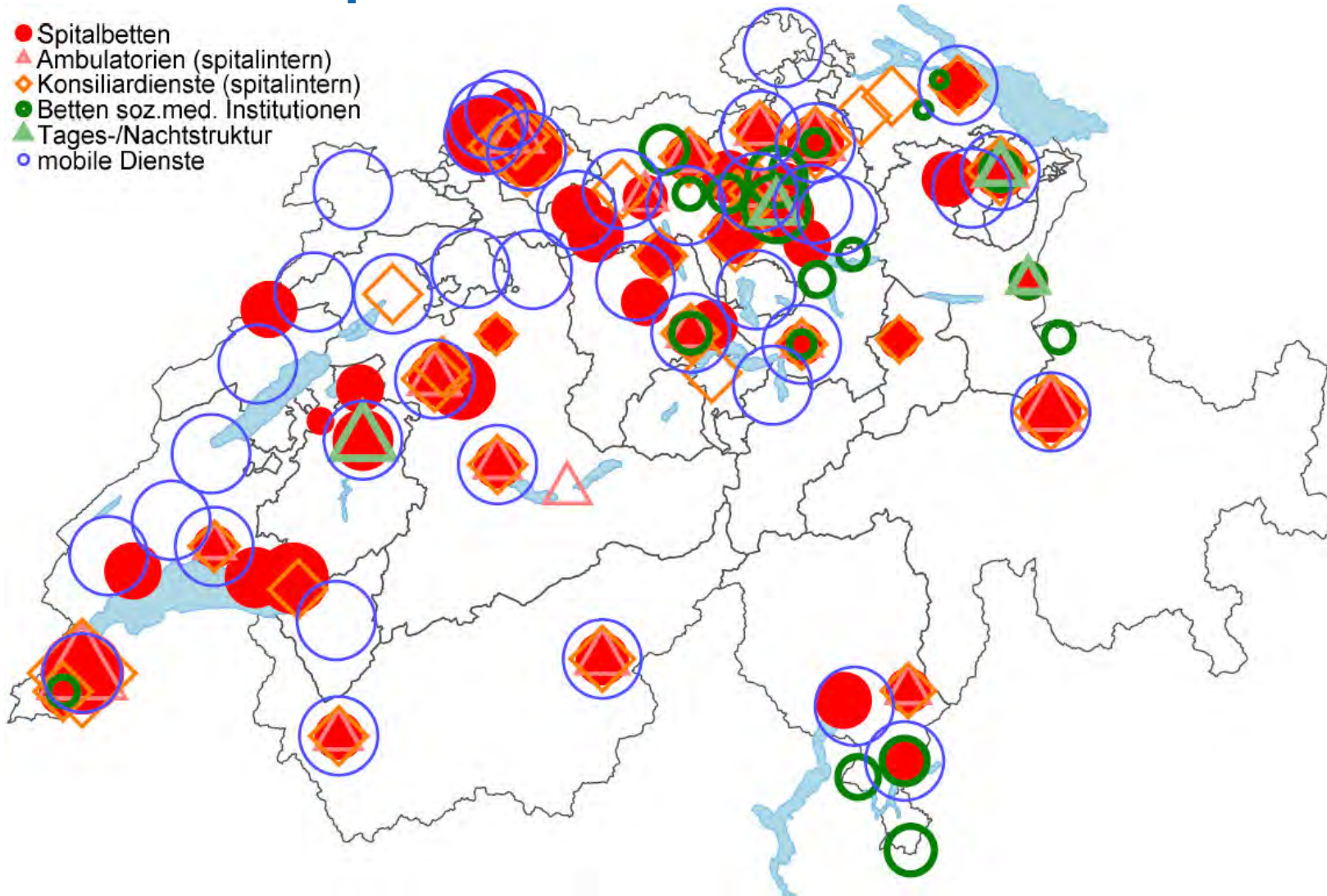


+ **Prinzipien der Salutogenese:** Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit

Wer macht Palliative Care?



BAG Bass Report



Fall:

48-jährige Patientin mit pulmonal, hepatisch und ossär metastasiertem Bronchialkarzinom

Erstdiagnose 01/2019: multiple pulmonale Metastasen, ausgedehnte hepatische u. ossäre Metastasen mit Stabilitätsgefährdung HWK 7

(ALK/BRAF/EGFR/ROS 1 neg); PDL>50%

Verheiratet, Ehemann berufstätig

2 Kinder (Zwillinge 7 Jahre)

Lebt bisher mit Familie Zuhause, kein Pflegedienst oder Haushaltshilfe

Nebendiagnosen:

- Migräne

Verlauf:

- Stabilitätsgefährdung HWK 7: operative Versorgung mit Spondylodese, additive Radiatio
- 01/19 Beginn einer palliativen Immunotherapie
- 02/19 unter Therapie Tumorprogress und Umstellung platinbasierte Chemotherapie
- 04/19 Tumorprogress im ambulanten CT: Abbruch der kausalen onkologischen Therapie
- 04/19 Wenige Tage später notfallmäßige stationäre Aufnahme auf die Palliativstation

Symptome:

- sehr geschwächt und immobil
- Starke Schmerzen im Bereich der oberen Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Arme und einschießendem, teils brennendem Charakter; keine neurologischen Ausfälle
- Dyspnoe, vor allem nachts, die der Patientin starke Angst bereiten und regelmäßig zu Panikattacken führen, teils mit psychotischer Dekompensation
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, kachektischer EZ
- hoher Gesprächsbedarf mit Fixierung auf einzelne Symptome; Ablenkung von Erkrankungssituation und Prognose

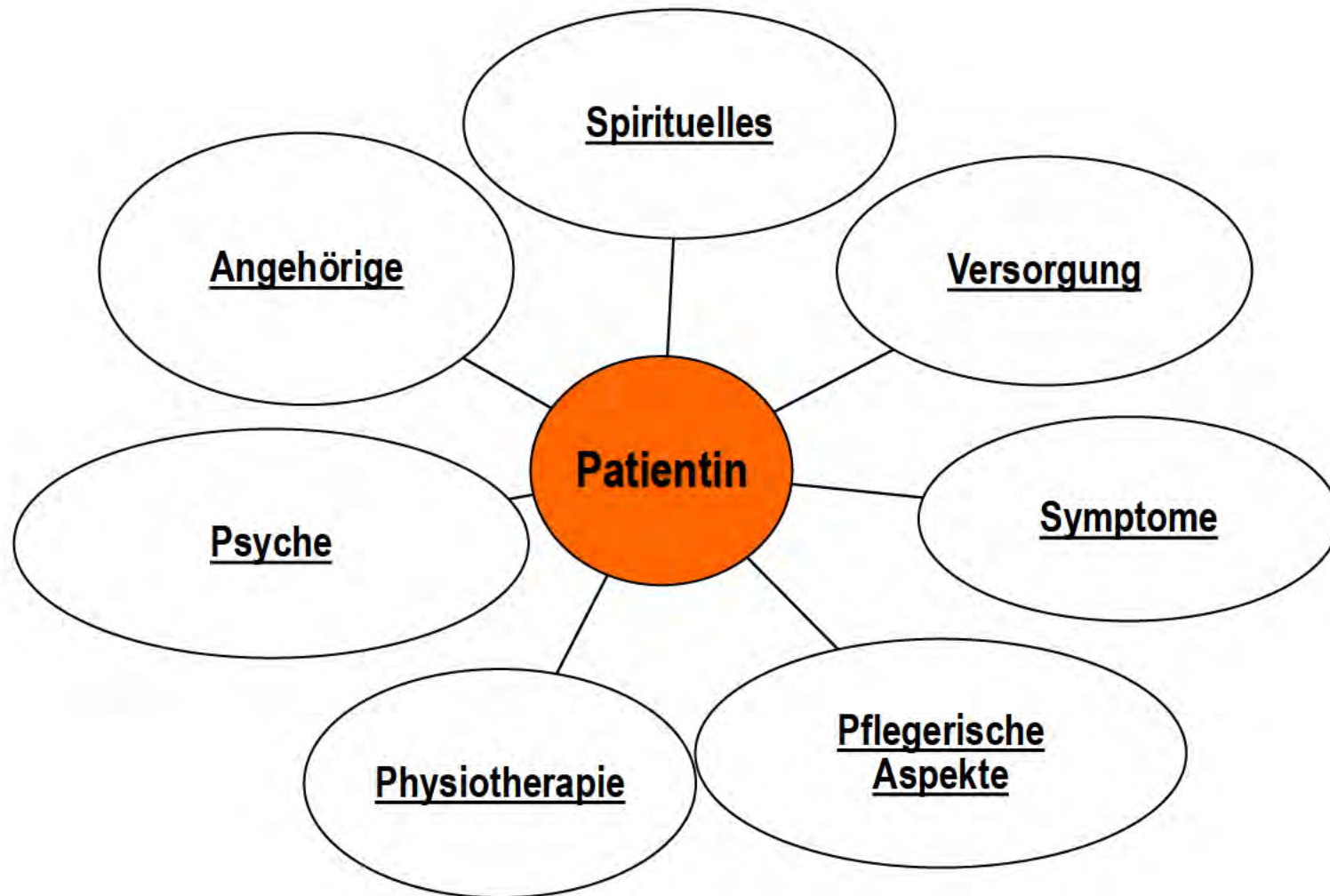
Belastung :

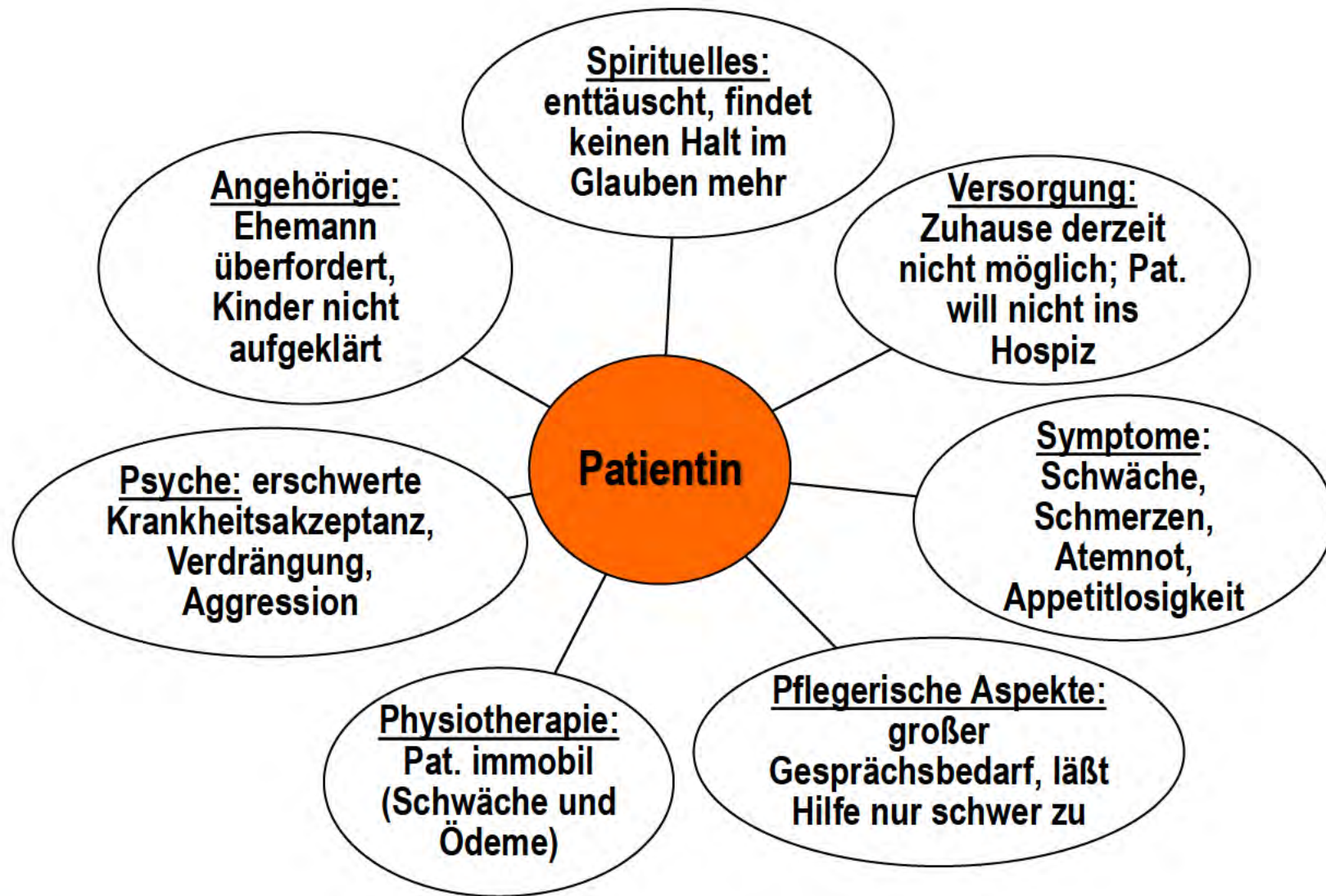
- Schwierigkeit der Krankheitsverarbeitung /-akzeptanz: verdrängt Erkrankungssituation, wenn Auseinandersetzung aggressiv und wütend
- Es fällt ihr sehr schwer, Hilfe bei Grundbedürfnissen anzunehmen
- Berichtet, eigentlich immer sehr gläubig gewesen zu sein; jetzt aber von Gott enttäuscht, dass er sie jetzt im Stich lasse und sie mit so einer Krankheit bestrafe.

Belastung :

- Ehemann durch den raschen Krankheitsprogress emotional sehr belastet und mit Versorgung von Ehefrau, Kindern und Beruf überfordert
- Kinder sind nicht über den Zustand der Mutter aufgeklärt
- weitere Versorgung unklar (Zuhause laut Ehemann so derzeit nicht möglich, Pat. will nicht ins Hospiz)
- Medikation bei Übernahme: Metamizol 20° bei Bedarf; Fentanyl-Pflaster 50 ug/h alle 3 Tage; Metoclopramid Tabletten bei Bedarf

Interdisziplinäre Therapieplanung:





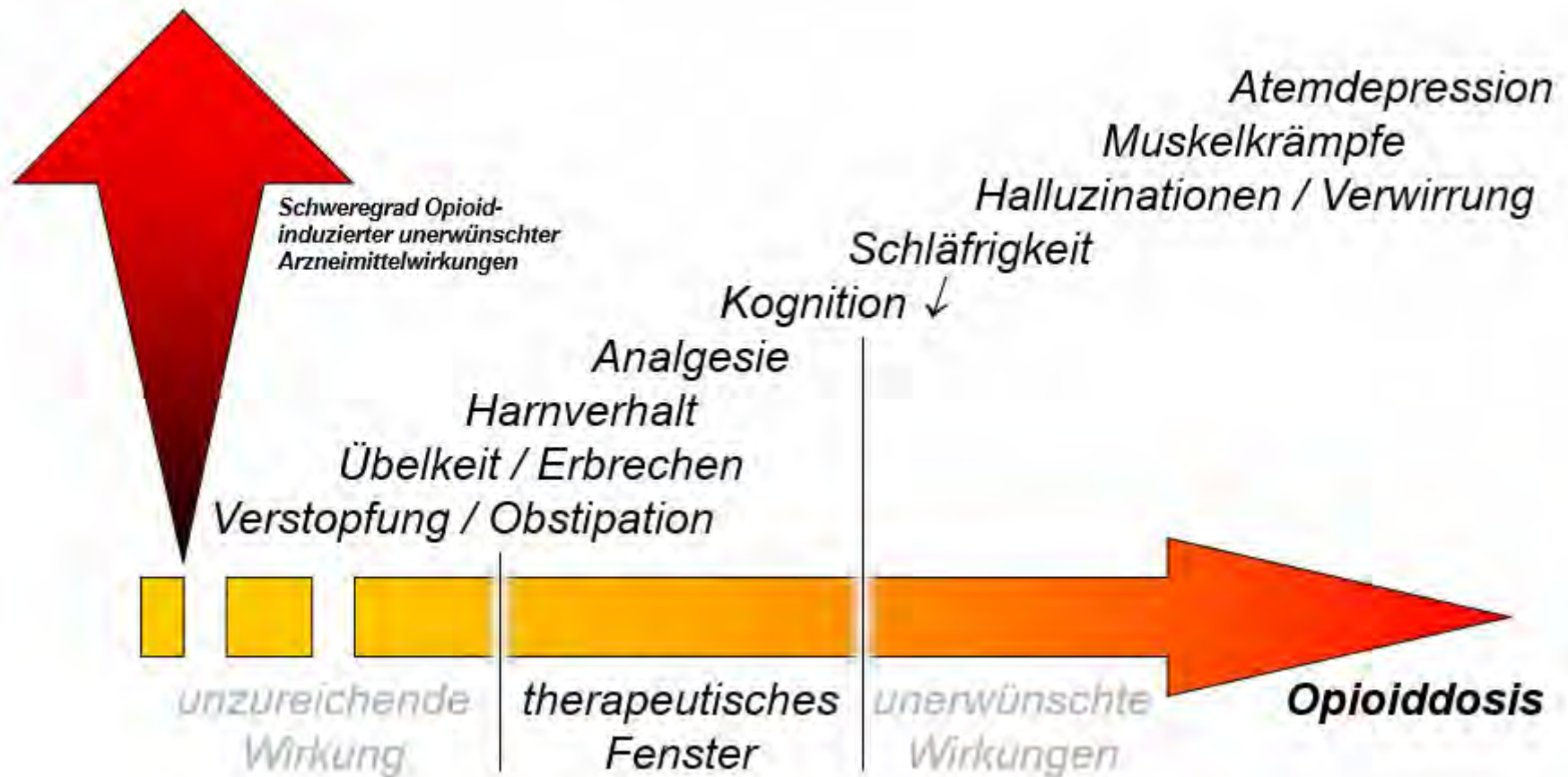
Schmerz :

- Überprüfung der Schmerzursache: kausale versus rein symptomatische Therapie ?
- Analgetika und Begleitmedikation nach festem Zeitschema
- plus Bedarfsmedikation für Schmerispitzen
- Individuelle Wahl des Applikationsweges (p.o., s.l., s.c., i.v., transcutan)
- Information, ggf. Miteinbeziehung der Angehörigen
- Einschluss physikalischer Maßnahmen
- Psychologische / seelsorgerliche Unterstützung

Opioide:

- Schwach wirksame Opioide: Ceiling-Effekt = keine Überschreitung der Maximaldosis
- Schwach wirksame Opioide bei Tumorschmerzen nicht mehr empfohlen: Nebenwirkungen ausgeprägter als bei modernen starken Opioiden + Ceiling Effekt
- stark wirksame Opioide: Kein Ceiling-Effekt: Steigerung bis zur Schmerzlosigkeit
- Psychische Abhängigkeit: keine Bedeutung bei Schmerzpatienten, da kein Bedürfnis nach Kontrollverlust !
- Physische Abhängigkeit: kein abruptes Absetzen !
- Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkung: Dosissteigerung / Wechsel auf ein anderes Opioid / Wechsel des Applikationsweges

Nebenwirkungen bei Opioidtherapie



Starke Opiode: Praktische Tipps zur Auswahl

Substanz	Morphin	Hydromorphon	Oxycodon	Fentanyl
Aquivalenz-dosis	Äquivalenzstandard Umrechnung: oral : i.v. = 3 : 1 oral : s.c. = 2 : 1	Morphin: Hydromorphon = 7:1	Morphin: Oxycodon = 2:1	Morphin: Fentanyl = 300:1
Nachteile	Akkumulation aktiver Metabolit bei Niereninsuffizienz; NW: Übelkeit, Erbrechen, psychomotorische Unruhe, Sedierung	Teurer als Morphin, weniger Applikationsformen	Teurer als Morphin, weniger Applikationsformen	Subkutane Depot-bildung: Wirkanflutung und -abflutung 9-12 h ! CAVE bei Kachexie, Schwitzen, Fieber; keine direkte Wärmezufuhr
Vorteile	Kostengünstig, viele Applikationsformen	Bessere orale Verfügbarkeit, (ca. 3-4 Std. Anflutung) Bei Niereninsuffizienz keine Akkumulation aktiver Metaboliten NW: Übelkeit und Sedierung 2- 3x weniger	Bessere orale Verfügbarkeit (ca. 2 Std. Anflutung) NW: weniger psychomimetische NW (v.a. bei geriatrischen Patienten)	transdermale Applikation
Applikation	Tabletten, Suppositorium, Granulat, Tropfen und Infusionslösung	Tabletten, Infusionslösung	Tabletten, Schmelztabletten, Infusionslösung	Transdermal als Pflaster; sublingual, buccal, nasal

Bedarf :

Grundsätze: je Gabe: ca. 1/6 – 1/10 der Opioidtagesgesamtdosis
Wdh bis Schmerzfreiheit (keine Mengenbeschränkung),
aber maximale Bedarfsmenge entsprechend Anflutungszeit
(z.B. bis max. alle 10 / 20 / 30 / 40 min)

bei > 3 Bedarfsgaben / Tag: Steigerung der Festmedikation

Präparate: Morphin i.v., s.c., supp. oder p.o.
Hydromorphon i.v., s.c., p.o.
Oxycodon p.o. i.v., s.c.
Fentanyl transmucosal
etc.

Ko-Analgetika:

Antidepressiva: z.B. Doxepin, Amitryptilin, Mirtazapin:

bei neuropathischen Schmerzen primär zentraler Genese; Wirkung frühestens nach 7-10 Tagen, anticholinerge NW: Mundtrockenheit / Schwindel

Antikonvulsiva: Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin:

bei neuropathischen Schmerzen peripherer Genese; ggf. Kombination mit Antidepressive einschleichende Therapie, Spiegelkontrolle; NW: Schwindel, Ataxie

Kortikosteroide:

antiphlogistisch, antiödematös (Leberkapselschmerz, Hirndruck, Nervenkompression)

Benzodiazepine:

anxiolytisch, sedierend, entspannend: bei Überlagerung durch Angst, chronifizierten Schmerzen, muskulären Verspannungen

Begleitmedikation:

Prophylaxe / Verringerung der Nebenwirkungen:

- Antiemese: bei Einleitung / Dosissteigerung Opioidtherapie : Metoclopramid oder Neuroleptika (z.B. Haloperidol), dann Toleranzentwicklung
- Laxantien *dauerhaft* unter Opioidtherapie : keine Toleranzentwicklung !

Dyspnoe / Atemnot

Dyspnoe beschreibt den Zustand subjektiv erlebter Atemnot.
Ausmaß nur durch den Patienten beurteilbar.

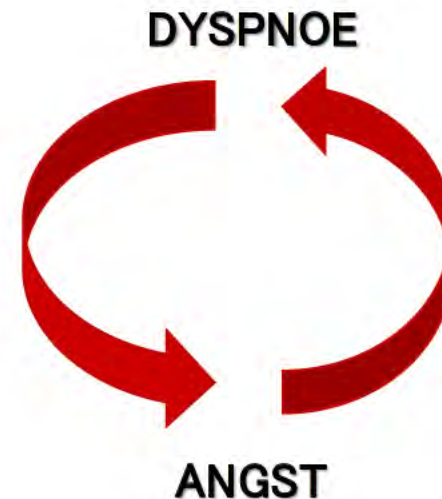
Dyspnoe korreliert bei Sterbenskranken nicht zwangsläufig mit
der Atemfrequenz oder den Blutgaswerten.

Übertragung auf Umgebung

⇒ Unruhe ⇒ Verstärkung

Verstärkung durch psychosoziale
Komponenten

Erstickungsangst (Todesangst vor dem
Ersticken, auch vor objektiver
Luftnot)



Medikamentöse Therapie von Dyspnoe

1. Opioide (Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, etc.)

Jeweils auch festes retardiertes Präparat plus kurzwirksames bei Bedarf

Dosierung nach Klinik / subjektiver Dyspnoe

Opiate bei Dyspnoe - Wirkmechanismus:

- => Erhöhung der Toleranz gegenüber erhöhten CO_2 -Werten (zerebral)
- => Senkung der Atemfrequenz
- => Erhöhung des Atemzugvolumens
 - => Verbesserung der CO_2 -Elimination
- => Abnahme der Atemarbeit
 - => Reduktion des O_2 -Bedarfs
 - => Reduktion der subjektiv empfundenen Dyspnoe
- => Dämpfung der emotionalen Reaktion am limbischen System

Medikamentöse Therapie von Dyspnoe

2. Sedativa / Benzodiazepine:

Lorazepam: 1-2 mg s.l. oder i.v., ggf. Dosissteigerung, 4-6 x tgl.
fest + zusätzlich bei akuter Dyspnoe
alternativ Midazolam

3. Alternativ: andere Sedativa, z.B. niedrig potente Neuroleptika

4. Bei Lymphangiosis / Obstruktion: Steroide

5. Bei störender Hypersektretion: Anticholinergika, Scopolamin

6. Sauerstoff (ev. bei klinischer Hypoxie, bei daran gewöhntem Patienten): in klin. Studien bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen keine Besserung der Dyspnoe durch O₂-Gabe.

Anorexie

Anorexie ist bei sterbenskranken Patienten normal !

Ein fehlendes Hungergefühl ist in den letzten Lebenstagen und -
wochen **physiologisch. Ein „Verhungern“ findet daher nicht statt.**

Patientin isst nicht weil sie sterbend ist und stirbt nicht, weil sie nicht isst.

- Aufklärung des Patienten und der Angehörigen über:
 - fehlender Nutzen von großer Nahrungszufuhr: Befinden, Prognose, Gewicht
 - Belastung durch künstlich oder erzwungen zugeführte Nahrung

Medikamentöse Therapie:

- Oxycodon retard einschleichend bis 40mg 1-0-1
- Oxycodon akut 20 mg bei Bedarf (bis alle 30 min)
- Metamizol 4 x40°
- Pregabalin einschleichend bis 2 x 150 mg
- Amitryptilin einschleichend bis 75 mg zur Nacht
- Lorazepam fest Tbl. 0,5 – 0,5 – 0,5 – 1 mg
- Lorazepam 0,5 mg s.l. bei Bedarf
- Dexamethason 4 mg + Pantoprazol 40 mg
- Bisacodyl Trpf 8°
- Metoclopramid 4 x 10 mg TBI über 16 Tage
-

Multimodale Behandlung :

- Wiederholte Gespräche über Erkrankungssituation, Prognose und Breite der Konsequenzen
- Seelsorgerische Gespräche mit der Patientin
- Psychologische Betreuung des Ehemanns
- Sozialberatung des Ehemanns
- Angebot für die Anbindung der Kinder an Psychologie
- Pflegerische Anleitung zur teilweisen Selbstversorgung
- Angepasstes Ernährungsangebot
- Physiotherapie zur Förderung der Mobilität

Verlauf :

- **Symptomkontrolle:** Besserung der Schmerzen und Dyspnoe unter o.g. Medikation
- Schwäche und Appetitlosigkeit im Verlauf weiter zunehmend
- Patientin und Ehemann mit psychologischer und seelsorgerische Unterstützung im Gespräch miteinander, thematisieren den schnellen Progress der Erkrankung und das baldige Versterben.
- Patientin entscheidet sich für eine Hospizverlegung, um den **Kindern ein Versterben Zuhause zu „ersparen“**.
- Kinder werden mit Unterstützung von den Eltern aufgeklärt, nehmen einmalig Abschied; möchten nach einem Besuch die Mutter nicht mehr besuchen.
- Dann sehr rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes: Entscheidung für Sterbebegleitung auf Station.
- Patientin verstirbt 2 Tage später im Beisein des Ehemanns auf Station.

Leid, Sterben, Tod



- Wolf Erlbruch

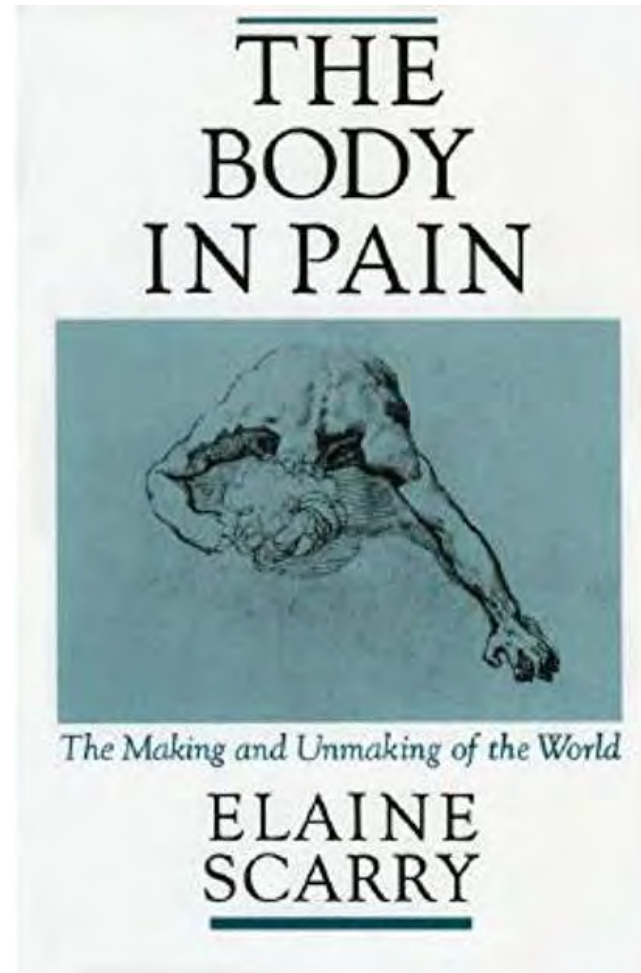
Lebensqualität

- =Wohlbefinden = Abwesenheit von Leid
- Was ist Leid?



Elaine Scarry

- Eigener Schmerz ist die absolute Gewissheit,
- fremder Schmerz ist der Zweifel.
- Wie misst man Leid?



Im Gespräch!

In der Forschung Fragebögen, (oder neu digital!)

- Ärzte unterschätzen notorisch Symptome an Zahl und Intensität

„Schmerzmessung“

Visuelle Analog Skala (VAS)



Numerische Analog Skala (NAS)



Verbale Rating Skala (VRS)

1=keine Schmerzen 2=leichte 3=mäßige 4=starke 5=sehr starke Schmerzen

Definition: Sterben

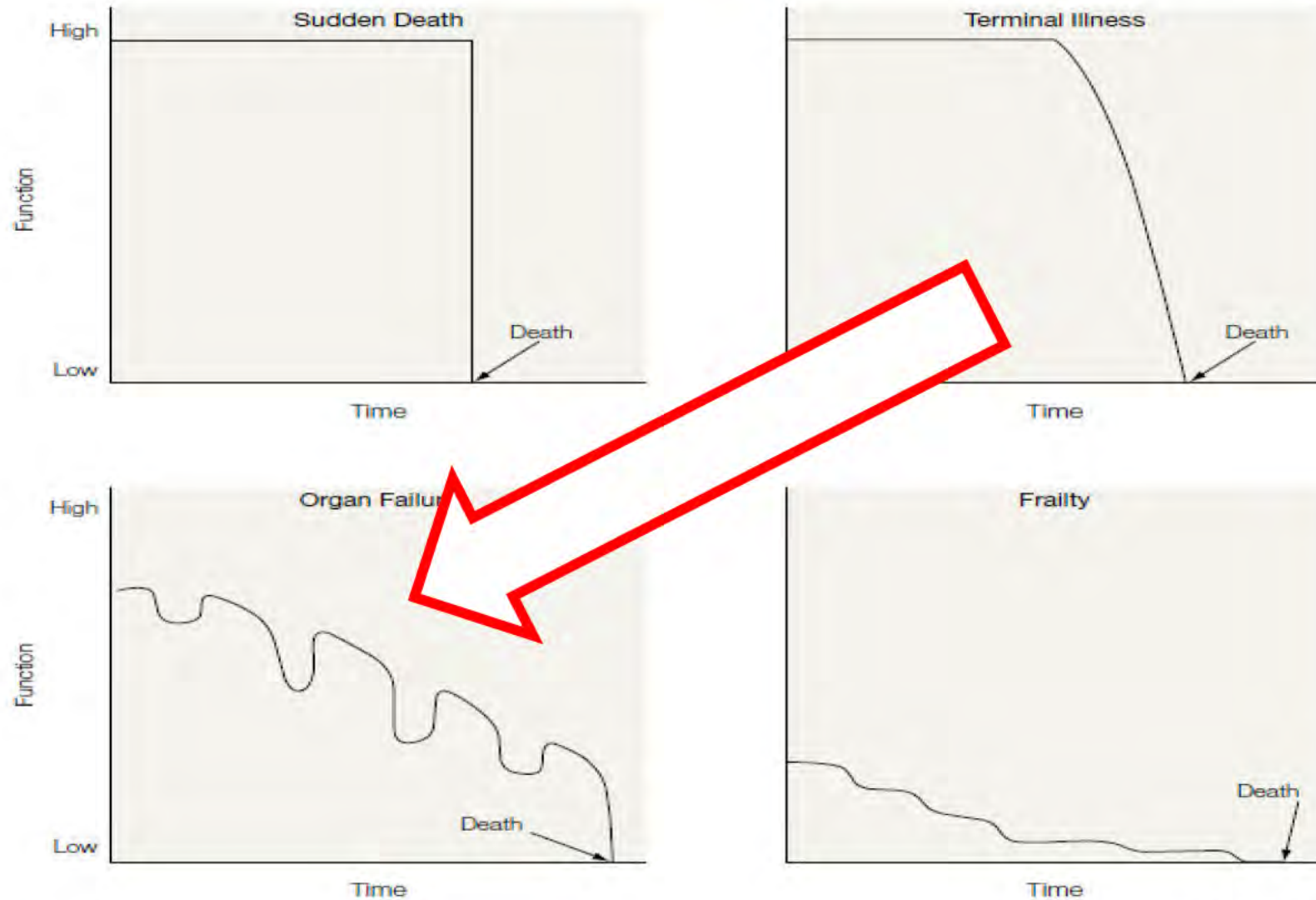
- “Sterben ist die letzte Lebensphase ein Prozess von Funktionsverlust der im Tod endet.“
- Sterben ist ein Prozess... aber wann beginnt dieser?
 - Geburt
 - Ein Jahr
 - Ein Monat
 - Tage, Stunden vor dem Tod ?

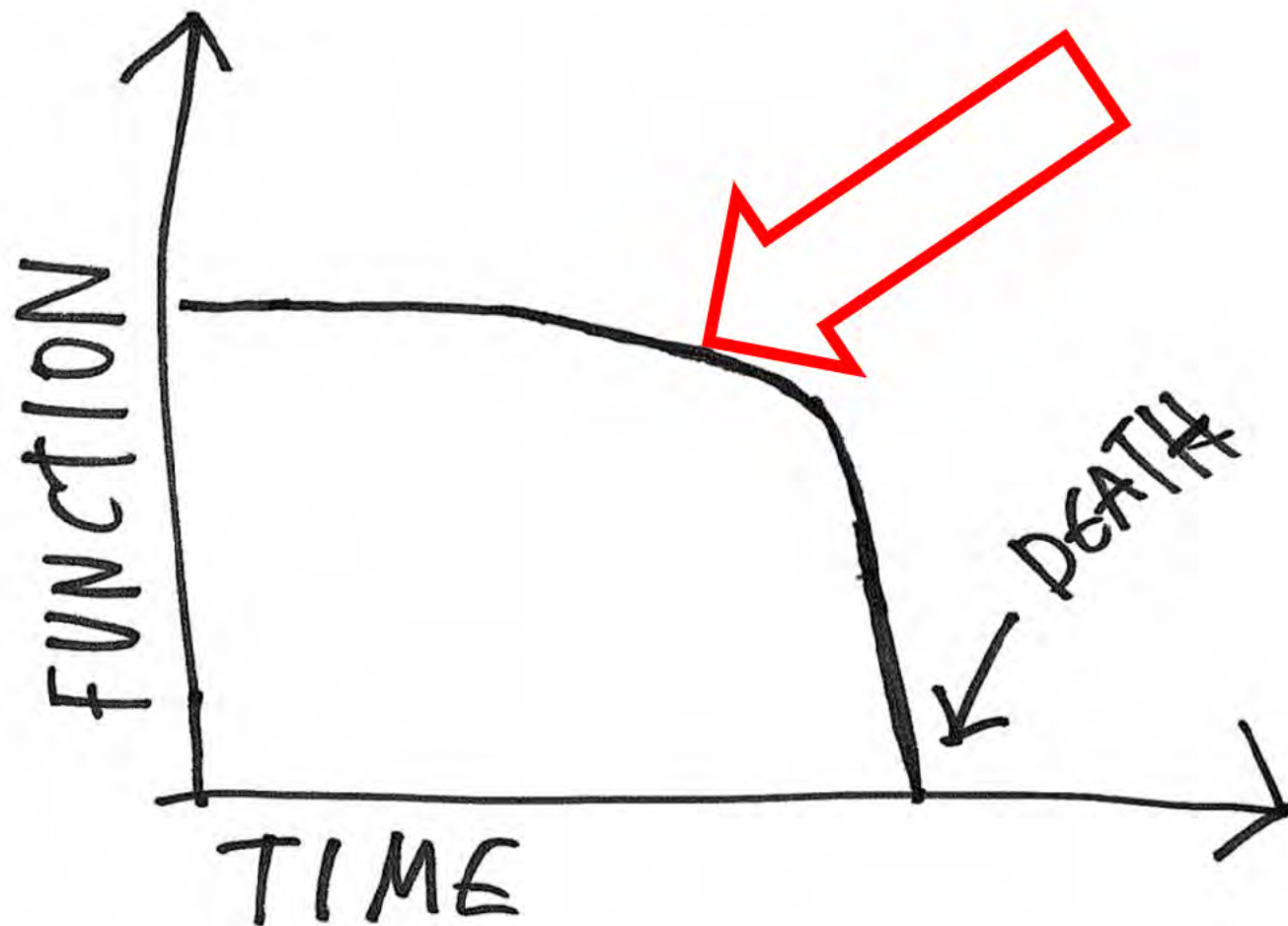
Domeisen Benedetti Support care cancer 2012

«Gutes Sterben?»

- Vorbereitet sein
- Behandelt und gepflegt werden
- Ein Gefühl von Erfüllung erlangen, in Bezug auf Familie, Gesellschaft und Transzendenz

Verläufe im Sterbeprozess





Vorbereitung

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Do not resuscitate (DNR)
- Testament
- Nachlass
- Ort
- Trauer und Abschied
- Begräbnis
- Vorbereitung auf nach dem Tod

Sterben Diagnostizieren :

Falls der bald eintretende Tod nicht erkannt wird:

- Verhindert, letzte Dinge zu tun
- Verunmöglicht Abschiednehmen
- Resultiert in unnötigen Behandlungen
- Verspätet die Unterstützung der Familie
- Kann pathologische Trauer auslösen
- Kann zu Teamkonflikten führen

Traditionelle Zeichen der Sterbephase

- Bettlägerig
- Nicht kontaktierbar
- Nicht mehr Essen und Trinken
- keine Tabletten mehr schlucken

Aber sehr unspezifisch...

Symptombehandlung

Medikation anpassen :

- Medikamente zur Symptombehandlung
- Krebstherapie stoppen
- Künstliche Ernährung stoppen
- Künstliche Flüssigkeitsgabe stoppen
- Absetzen der nicht notwendigen Medikamente

LeBlanc Lancet Oncol 2015

Bartz J Pain Symptom Manage 2014

Costantini Lancet 2014

Sterbende Patienten: Information für die Angehörigen

- Zunehmend nicht mehr kontaktierbar
- Wachphasen kurz vor dem Tode selten
- Ungerichtete Bewegungen
- Lautes Atmen/Rasseln
- Notfälle/Komplikationen
- Fragen?
- Eigene Erfahrungen
- Ansprechpartner
- Was ist nach dem Tod zu tun



Nach dem Tod des Patienten

- Richten des Leichnams
- Religiöse Riten sofern gewünscht
- Gespräch mit den Angehörigen /Beileidsbekundung
- Entscheid Autopsie / Formalitäten
- Angebot des Trauergesprächs im Verlauf

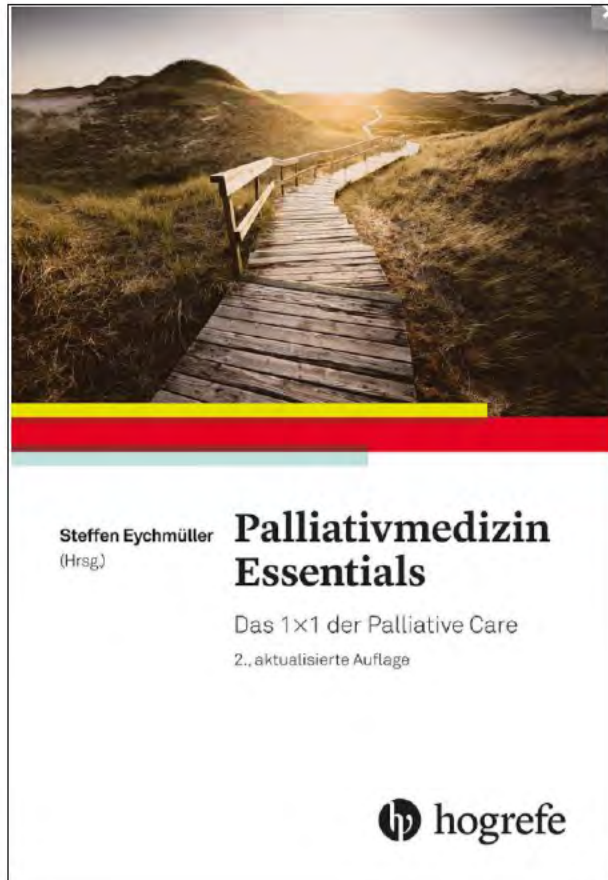
Trauer

- Zustand des Verlustes
- Anpassungsprozess mit kulturellen und sozialen Ritualen
- Mit Morbidität und Mortalität assoziiert aber keine psychische Krankheit

Pathologische Trauer muss erkannt werden



Literature – books and basics



david.blum@usz.ch

