

palliative aargau

gemeinsam kompetent

FACHKURS

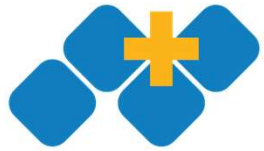
End-of-Life-Phase

Symptome, Symptomkontrolle,

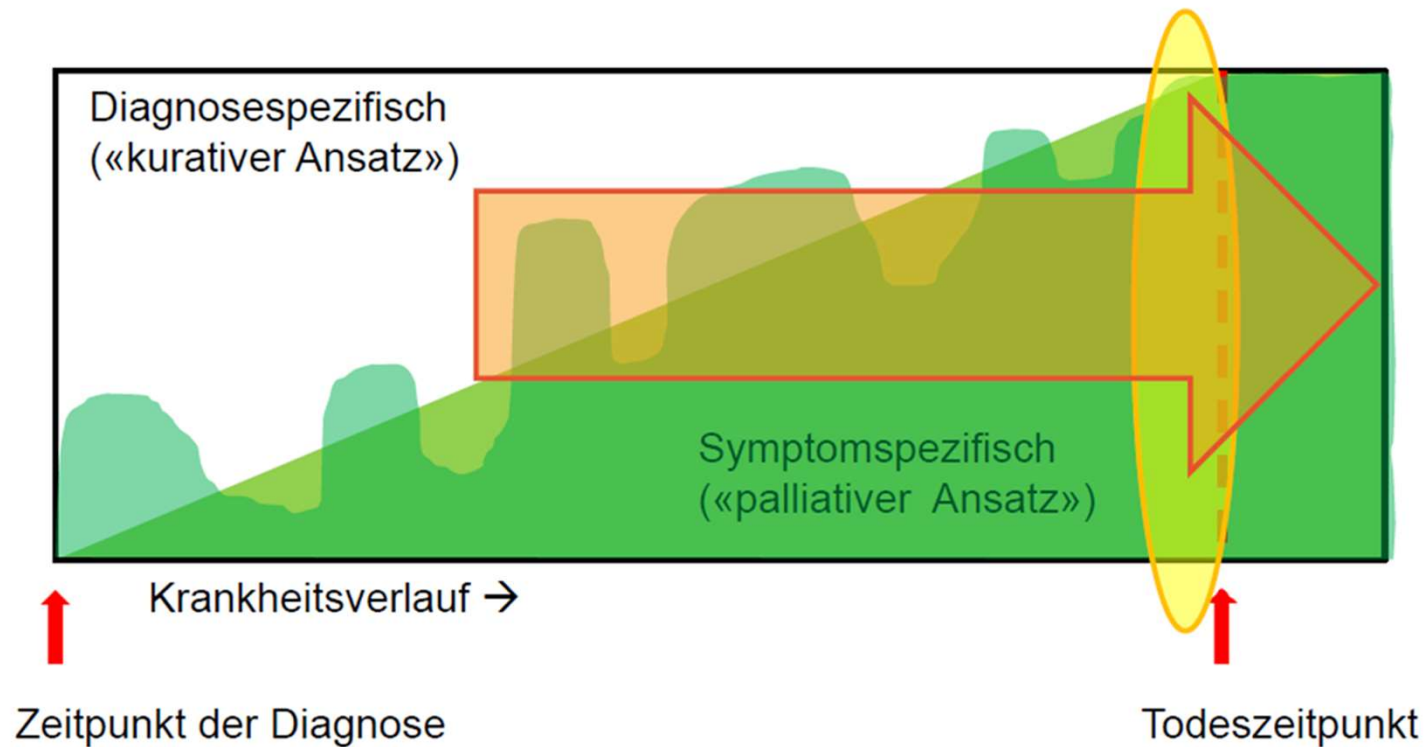
Medikation

Dr. med. Gaby Fuchs, Ärztliche Leitung Palliativstation, Spital Zofingen
Claudia Zinniker, Fachverantwortung Palliativstation, Spital Zofingen

27. September 2023



Wann beginnt Palliative Care?



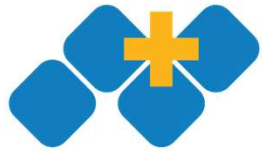
Was bedeutet "Palliative care" überhaupt?



Pallium: Mantel

Palliare: umhüllen

Cicely Saunders, 1918 - 2005

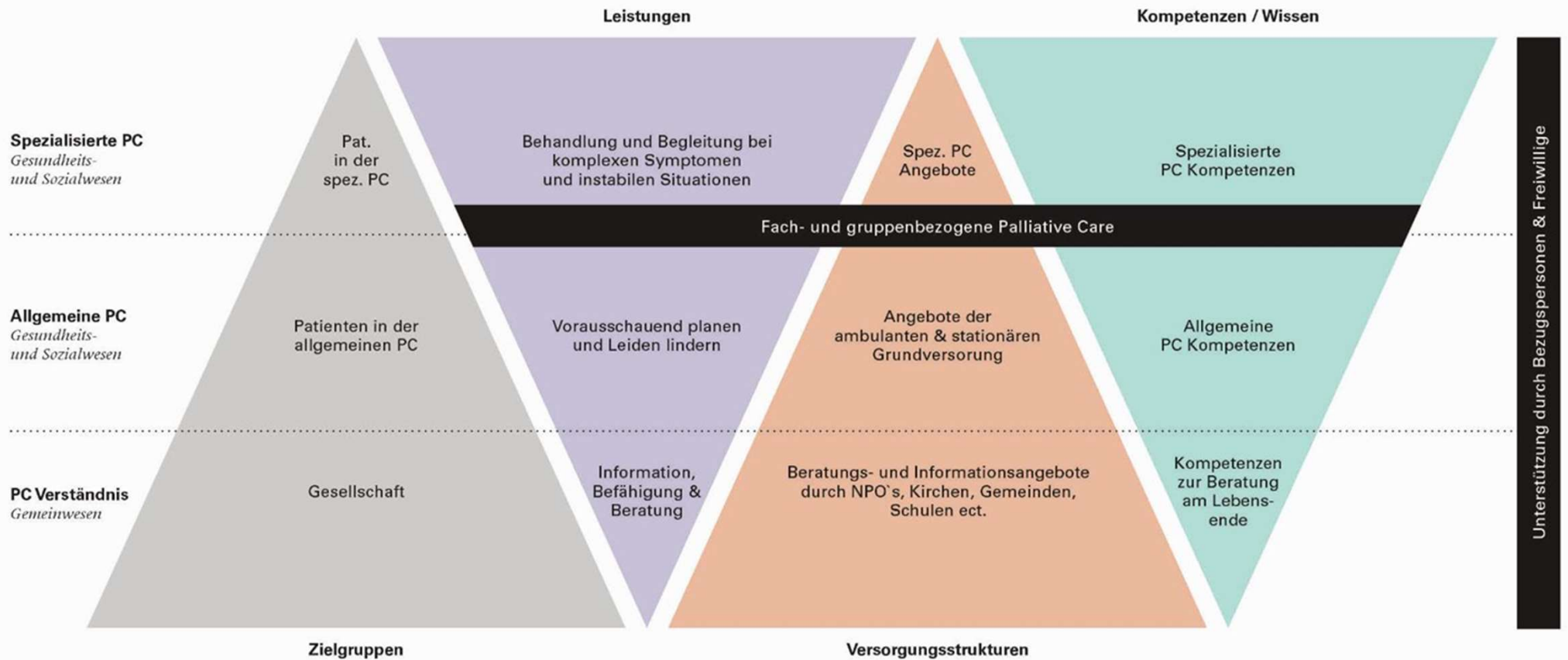


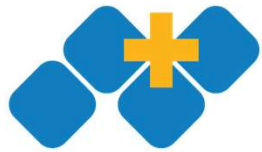
palliative aargau

gemeinsam kompetent

WER macht das?

Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz



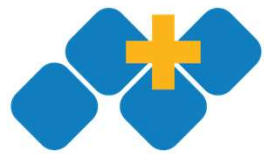


palliative aargau

gemeinsam kompetent

End of life – Phase:

- **Wann** beginnt die?
- **Wo** soll die "stattfinden"?
- **Wer** soll die begleiten?
- **Welche** Medikamente benötigen wir dafür?/Wer soll diese verabreichen?
- **Wie** kann diese Begleitung ablaufen? (2 Fallbeispiele)



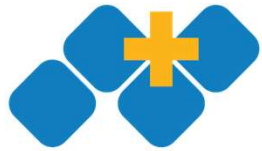
palliative aargau

gemeinsam kompetent

Wo soll die stattfinden?

Wunsch – Sterbeort (Stettler et al, 2018):

- Zu Hause 72%
- Spital 8%
- Hospiz 5%
- APH 4%
- Anderer Ort 11%



palliative aargau

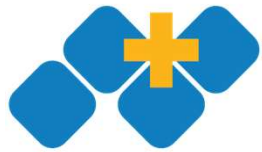
gemeinsam kompetent

Wer soll die begleiten/unterstützen?

- Spitex
- PalliativeSpitex
- Freiwillige/Entlastungsdienst/Begleitdienst
- **Angehörige**
- Krebsliga

Probleme:

- Kapazität der offiziellen Dienste
- Ressourcen der Angehörigen (zeitlich, kräftemässig, Motivation)

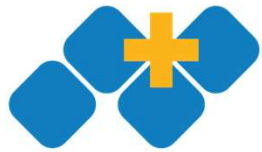


palliative aargau

gemeinsam kompetent

Realität:

- Viele Alleinlebende, teils sehr dünnes Netzwerk (kulturell verschieden)
- Spitexangebot (2-3x) ausreichend?
- Schwere Symptome (Delir, Atemnot), Wunden (langwierige, schwierige Verbandwechsel), pflegerische Probleme (Inkontinenz)



palliative aargau

gemeinsam kompetent

Fazit:

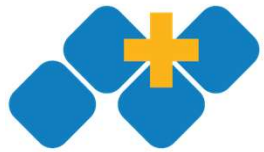
mit Menschen, die alleine leben oder kein ausgebautes Netzwerk haben, frühzeitig Plan B (Pflegeheim? Hospiz?) besprechen. Unbedingt an die Palliativversorgung anbinden (primär zu Hause mittels Palliativspitex, aber auch Anmeldung in die Palliativsprechstunde möglich)

- oder schon stationärer Aufenthalt indiziert?

ZC5

evtl. könnte auch ein Aufenthalt stationär indiziert sein, um Strategien zu entwickeln oder um die Angehörigen anzulehren.

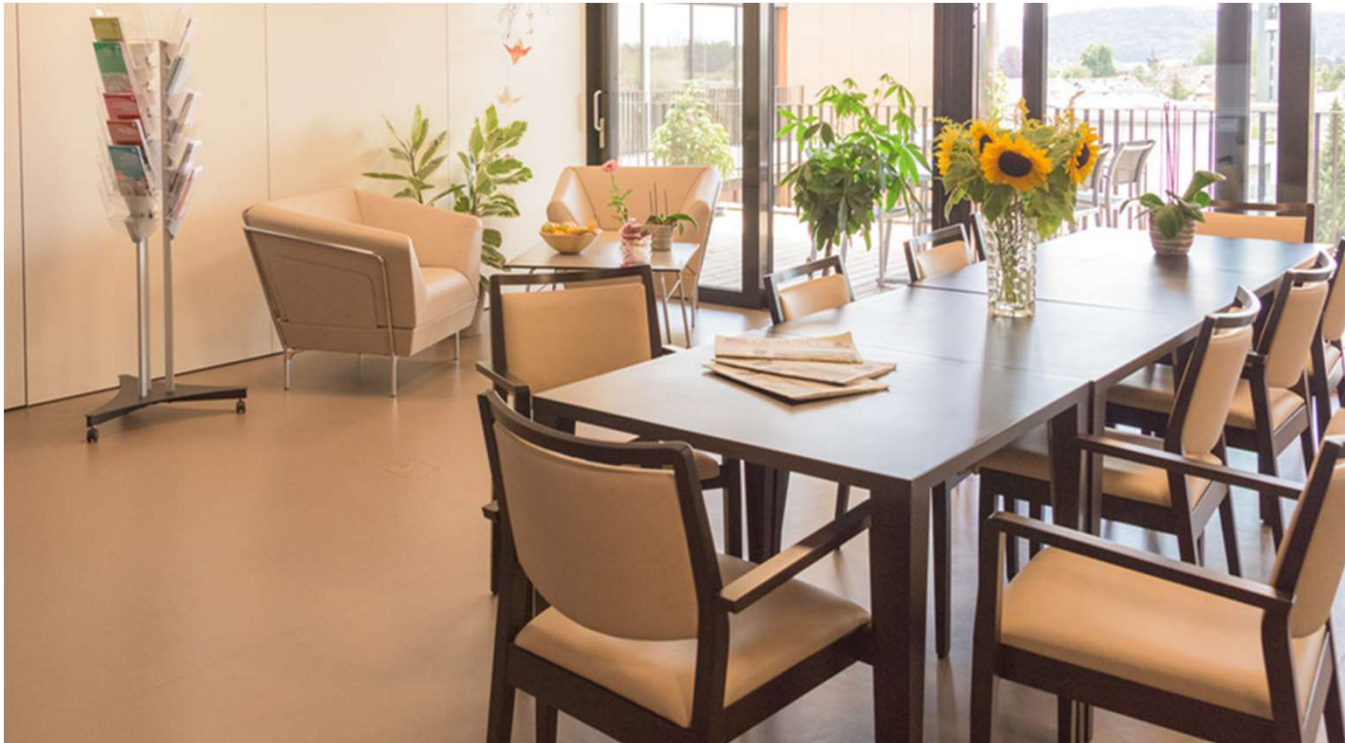
Zinniker Claudia; 15.09.2023

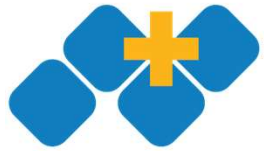


palliative aargau

gemeinsam kompetent

Palliativstation: was machen wir hier genau?



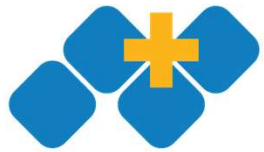


palliative aargau

gemeinsam kompetent



Fachkurs vom 27.09.2023



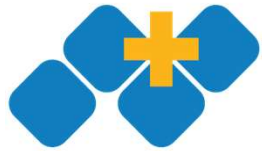
palliative aargau

gemeinsam kompetent

Palliativstation



- Einz Zimmer
- Angehörige dürfen übernachten
- Keine Beschränkung der Besuchszeiten

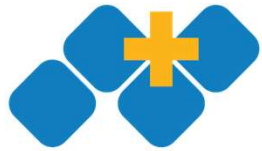


palliative aargau

gemeinsam kompetent

Welche Medikamente kommen häufig zum Einsatz?

1. Symptommanagement
2. Was macht man mit den eigenen Medikamenten?

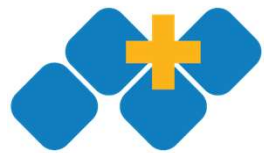


palliative aargau

gemeinsam kompetent

2. Was macht man mit den eigenen Medikamenten?

- Diuretika?
- Betablocker?
- Blutverdünner?
- ACE-Hemmer?
- Antiepileptische Medikation?
- PPI?
- Alternativmedizinische Medikamente?



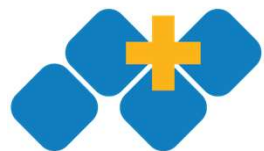
Massnahmenplan inkl. medikamentösem Notfallplan

Welche Symptome muss ich abdecken können?

1. Schmerzen/Dyspnoe
2. Angst/Unruhe
3. Sterberasseln (Karcheln)

Zusätzlich z.B.: Übelkeit, Obstipation; Verwirrtheit nur kurzfristig

ZC2 Massnahmenplan zeigen und oder erwähnen, dass ein einheitliches Dokument am Entstehen ist?
Zinniker Claudia; 15.09.2023

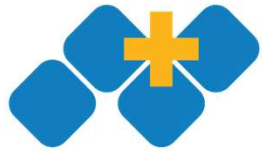


Welches Opioid soll ich nehmen?

- Start mit Morphin[®] Tropfen oder Oxynorm[®] Tropfen
- Bei Niereninsuffizienz: Hydromorphon[®] Tropfen

- Start:
 - eher nicht mit Retardpräparaten (oder nur ausnahmsweise)
 - Keinesfalls direkt ein Fentanylpflaster kleben! (das kleinste mit 12µg entspricht bereits 30-40mg Morphin!)

ZC3 Bei kachektischen Patient/Innen auf Fentanylpflaster verzichten, da es schlecht aufgenommen wird.
Zinniker Claudia; 15.09.2023



palliative aargau

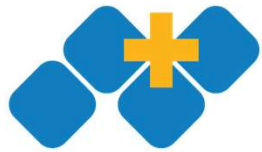
gemeinsam kompetent

Startdosen bei palliativer Schmerztherapie:

Morphin[®] 3-5mg per os oder s.c., max. 1x/Stunde

Oxynorm[®] 2-3mg per os, max. 1x/Stunde

Hydromorphon[®] (bei Niereninsuffizienz): 0.5mg per os oder s.c., max. 1x/Stunde (6-8x stärker als Morphin)



palliative aargau

gemeinsam kompetent

Wie weiter?

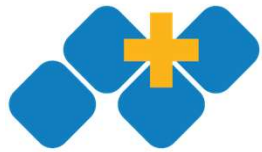
"Was im Körper drin ist, ist drin" (Zusammenzählen der Einzeldosen, um innert Tagen eine suffiziente Basisanalgesie zu etablieren).

Anwendungsbeispiel:

Tag 1: Einzeldosis Morphin 5mg per os, wird innert 24h 5x eingenommen (=25mg/24h)

Tag 2: MST retard 10mg 1-0-0-1, Reserve weiterhin 5mg), wird innert 24h 8x eingenommen (= zusätzlich 40mg/24h)

Tag 3: MST retard 10mg 3-0-0-3, Reserve 6mg
wird innert 24h noch 2x eingenommen – **Patient zufrieden**



Opimeter

Bei Opioidrotation:

1. Eingenommene Opioiddosis /24h zusammenrechnen
(Fixmedikation plus alle innert 24h eingenommenen Reservedosen)
2. Äquivalenzdosis des neuen Opioids bestimmen (Opimeter, Opirechner)
3. Dosis des neuen Opioids um 30-50% reduzieren!
4. Gesamtdosis auf Morgeneinnahme und Abendeinnahme verteilen



OPIMETER® – Äquivalenztabelle zur Opioid-Dosisumrechnung in der Schmerzbehandlung

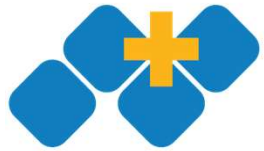
Wirk- substanz	Verab- reichung	Präparat	Äquianalgetische Potenz & Wirkeintritt (WE)		Verteilung der Tagesdosen auf	Äquianalgetische Dosis																
			im Vergleich zu Morphin p.o. [=1] Bsp.: Oxycodon:Morphin = 2:1			Tagesdosis [24 h] in mg (sofern nicht anders angegeben)																
Oxycodon/ Naloxon	p.o.	TARGIN®	2	WE: innert 1 h	t _{max} : 3 h	2 Einzelgaben (alle 12 h)	10	15	20	30	40	50	60	70	80	90	105	120	135	150		
	p.o.	OXYCONTIN®	2	WE: innert 1 h	t _{max} : 3 h	2 Einzelgaben (alle 12 h)	10	15	20	30	40	50	60	70	80	90	105	120	135	150		
Oxycodon	p.o.	OXYNORM®	2	WE: innert 15-30 min	t _{max} : 0,5-1 h	6 Einzelgaben (alle 4 h)	10	15	20	30	40	50	60	70	80	90	105	120	135	150		
	p.o.	PALLADON® Retard (Bsp.)	7,5	WE: innert 2 h	t _{max} : 3 h	2 Einzelgaben (alle 12h); JURNISTA® 1 Gabe (alle 24 h)				8	12	12	16	20	20	24	28	32	36	40		
Hydromorphon	p.o.	PALLADON® (Bsp.)	7,5	WE: innert 30 min	t _{max} : 1 h	6 Einzelgaben (alle 4 h)				8	11	13	16									
	parenteral (i.v.)	PALLADON® Inject	22	WE: sofort	t _{max} : (i.v.): 2 min	Als Dauerinfusion oder verteilt auf 6 Einzelgaben	0,9	1,3	1,8	2,7	3,6	4,4	5,3	6,2	7,1	8	9	11	12	15		
	parenteral (s.c.)	PALLADON® Inject	15		t _{max} : (s.c.): 10 min	Verteilt auf 6 Einzelgaben	1,3	2,0	2,7	4,0	5,4	6,7	8,0	9,4	10,7	12	14	16	18	25		
Morphin	p.o.	MST® CONTINUS®	1	WE: innert 1-3 h	t _{max} : 2,5-3 h	2 Einzelgaben (alle 12 h)	20	30	40	60	80	100	120	140	160	180	210	240	270	300		
	p.o.	SEVRE-LONG®	1	WE: innert 3 h	t _{max} : 3,5 h	1x täglich (alle 24 h)		30	40	60	80	100	120	140	160	180	210	240	270	300		
	p.o.	SEVREDOL®	1	WE: innert 30 min	t _{max} : 1 h	6 Einzelgaben (alle 4 h)				60	80	100	120	140	160	180						
	parenteral	DIVERSE	3	WE: sofort	mW (i.v.) 20 min mW (i.m.) 30-60 min mW (s.c.) 45-90 min	Als Dauerinfusion oder verteilt auf 6 Einzelgaben	7	10	13	20	27	33	40	47	53	60	70	80	90	110		
Methadon	p.o.	DIVERSE	4-12			Faktor dosisabhängig; HWZ bis 56 h. Vorsichtig dosieren; QT-Verlängerung beachten; Schmerzspezialist konsultieren.	Im Rahmen einer Substitutionstherapie sind andere Äquipotenzen zu beachten.															
Fentanyl	transdermal	DIVERSE	µg/h – mg/24h 100	Initial WE: innert 12-24 h		Pflasterwechsel alle 72 h	12	12	25	25-37	50	50	50	75	75	75-100	100	100-125	150			
	transdermal	TRANSTEC®	µg/h –	Initial WE: innert 12-24 h		Pflasterwechsel alle 96 h	0,3	0,4	0,6	0,8	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2,1	2,4	2,7	300			
Buprenorphin	s.l.	TEMGESIC®	µg/h 75		t _{max} : 2-4 h	Auf Einzelgaben verteilt (alle 6-8 h)	35,0	35,0	35,0	35-52,5	52,5	70,0	70-87,5	87,5	105,0	122,5	140,0					
	parenteral (i.v., i.m.)	TEMGESIC®	mg/24h 100			Auf Einzelgaben verteilt (alle 6-8 h)	0,3	0,4	0,5	0,8	1,1	1,3	1,6	1,9	2,1	2,4	2,8	3,2	3,6	400		
Pethidin	parenteral	DIVERSE	0,4	WE: sofort	mW (i.v.) 3-10 min mW (i.m.) 20-40 min mW (s.c.) 30-60 min	Auf Einzelgaben verteilt (alle 3-4 h)	100	150	200	300	400	500										
	parenteral	DIVERSE	0,4			Auf Einzelgaben verteilt (alle 3-4 h, i.v. alle 3-6 h)	50	75	100	150	200	250	300	350	400							
Tapentadol	p.o.	PALEXIA®	0,4		t _{max} : 1,25 h	4-6 Einzelgaben (alle 4-6 h)					200	250	300	350	400	450	525	600				
	p.o.	PALEXIA® retard	0,4		t _{max} : 3-6 h	2x täglich (alle 12 h)			100	150	200	250	300	350	400	450	500					
Tilidin	p.o.	VALORON®	0,05-0,2			Auf Einzelgaben verteilt (alle 6 h)	100	150	200	300	400	500	600	700								
Tramadol	p.o.	TRAMUNDIN® (Bsp.)	0,1-0,2	WE: ret. Form innert 3 h	t _{max} (PR): 4,8 h t _{max} (IR): 1,2-2 h	Tbl. ret.: 2 Einzelgaben (alle 12 h), Tropfen: mehrere Einzelgaben (alle 4-6 h)	100	150	200	300	400											
	parenteral	DIVERSE	0,3	WE: sofort	t _{max} : (i.v.) 15 min	Auf Einzelgaben verteilt (alle 4-6 h)	67	100	133	200	267	333	400									
Dihydrocodein	p.o.	CODICONTIN®	0,15		t _{max} : 3-4 h	2 Einzelgaben (alle 12 h)	133	200	267	400												

Aufgeführt sind nur aktuell in der Schweiz erhältliche Produkte

WE: Wirkeintritt

t_{max}: Zeitpunkt der max. PR: Prolonged Release

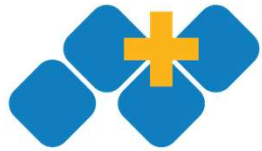
Hinweise: Die hier angegebenen Werte sind Näherungswerte. Grösse der individuellen Abweichungen von WE, t_{max} bzw. max



palliative aargau

gemeinsam kompetent

Sollen die WHO I - Analgetika weggelassen werden?



Opioide

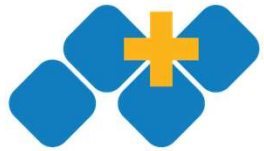
- Abführmittel nicht vergessen!!! (Kunstfehler)
Z.B. Weichmacher fix und Colonstimulans in Reserve:
Bei Abneigung gegen Geschmack nicht aufgeben und Alternativen versuchen.
- Antiemetika erwägen

ZC1 Wenn eine Abneigung gegen den Geschmack des Laxanz besteht, nicht aufgeben und ein anderes zum Ausprobieren geben.
Laxoberon Tropfen werden meist gut toleriert, da es nur wenige Tropfen zu nehmen gibt.

Zinniker Claudia; 15.09.2023

ZC4 Antiemetika bei Start von Opioiden über die ersten 3 Tage können sinnvoll sein.

Zinniker Claudia; 15.09.2023



palliative aargau

gemeinsam kompetent

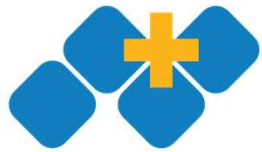
Was mache ich bei schwerer Niereninsuffizienz?

Kein Morphin®! (akkumuliert im Körper)

Hydromorphon® Tropfen oder Palladon® s.c.

Fentanyl® ist möglich

Methadon® wäre möglich



palliative aargau

gemeinsam kompetent

Angst/Unruhe

Benzodiazepine, aber

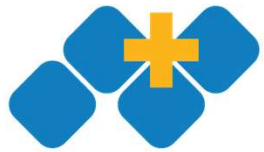
- einige sehr langwirksam (= schlecht steuerbar)

(Temesta[®] 12-16h mittlere HWZ)

- per os – Einnahme am Lebensende nicht sicher (Aspirationsgefahr)

→ Empfehlung: bei Verschlechterung Wechsel auf Dormicum[®] s.c.

0.5 - 1mg s.c., max. 1-stündlich



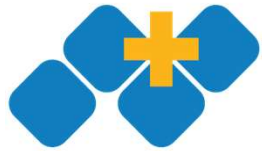
palliative aargau

gemeinsam kompetent

CAVE bei Unruhe:

Gibt es eine physische Ursache?

Schmerzen? volle Blase?



palliative aargau

gemeinsam kompetent

Weitere end-of-life-Reserven:

Sterberasseln:

Buscopan[®] 20mg s.c., max. 5x/d

Übelkeit:

Primperan[®] 10mg s.c., max. 4x/d

Haldol[®] 0.3 - 0.5mg per os oder s.c.

abführen!

Epileptischer Anfall:

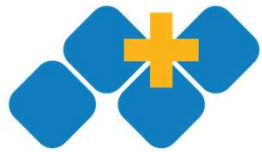
Dormicum[®] 2.5mg nasal oder s.c.

Massive Blutung:

Dormicum[®] 2.5mg nasal oder s.c. + Opioide

Delir:

Haldol[®] oder Quetiapin[®], aber : hier kommt man ans Limit!

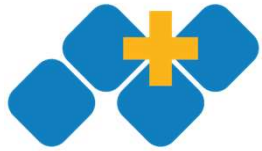


Intima (Subkutan-Zugang) und Micrelpumpe

- wenig invasiv → schonender als iv Zugang
- Einlage weniger schmerzhaft
- längere Verweildauer und keine Gefahr einer Thrombose, Phlebitis
- kein Risiko einer intravasalen Überwässerung (Lungenödem)
- kontinuierliche oder intermittierende Verabreichung von Medikamenten oder Flüssigkeit

mit einer Medikamentenspritzenpumpe (z.B. „Micrel MP ml/h“ Firma Oncomedical)

- kostengünstig (ca. Fr. 10.--)
- einfaches Handling → anwendbar in vielen Settings
- kein Offenhalten des Zugangs über 24 Stunden erforderlich
- Angehörige können instruiert werden

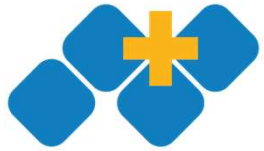


palliative aargau

gemeinsam kompetent

Die tragbare Spritzenpumpe für
die klinischen Anforderungen
von heute

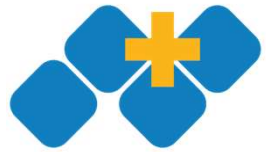




palliative aargau
gemeinsam kompetent

Safe-T-Intima

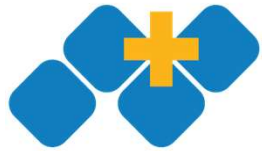




palliative aargau

gemeinsam kompetent

Fragen bisher?



VAS (visuelle Analogskala) bei Schmerzen

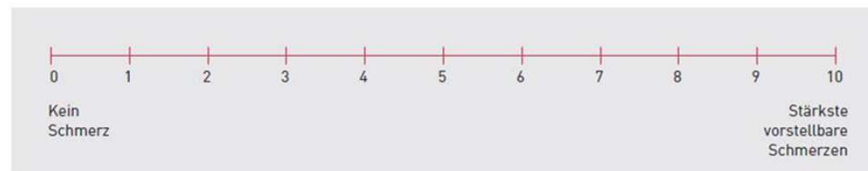


Abbildung 22-2: Numerische Ratingskala (NRS) (Quelle: S3 Leitlinie «Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen» (AWMF, Nr. 041/001) 2007); Carr/Mann, 2010, S. 69 f.



Abbildung 22-3: Verbale Ratingskala (VRS) (Quelle: S3 Leitlinie «Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen» (AWMF, Nr. 041/001) 2007); Carr/Mann, 2010, S. 69 f.

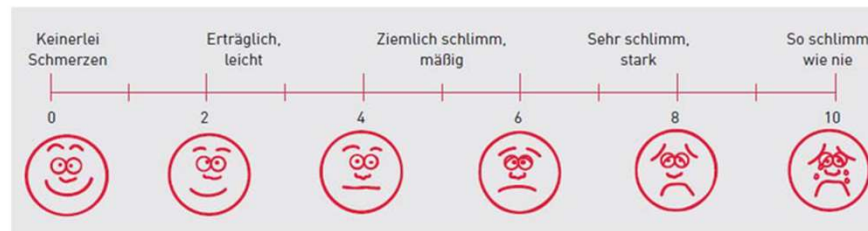
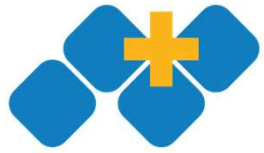


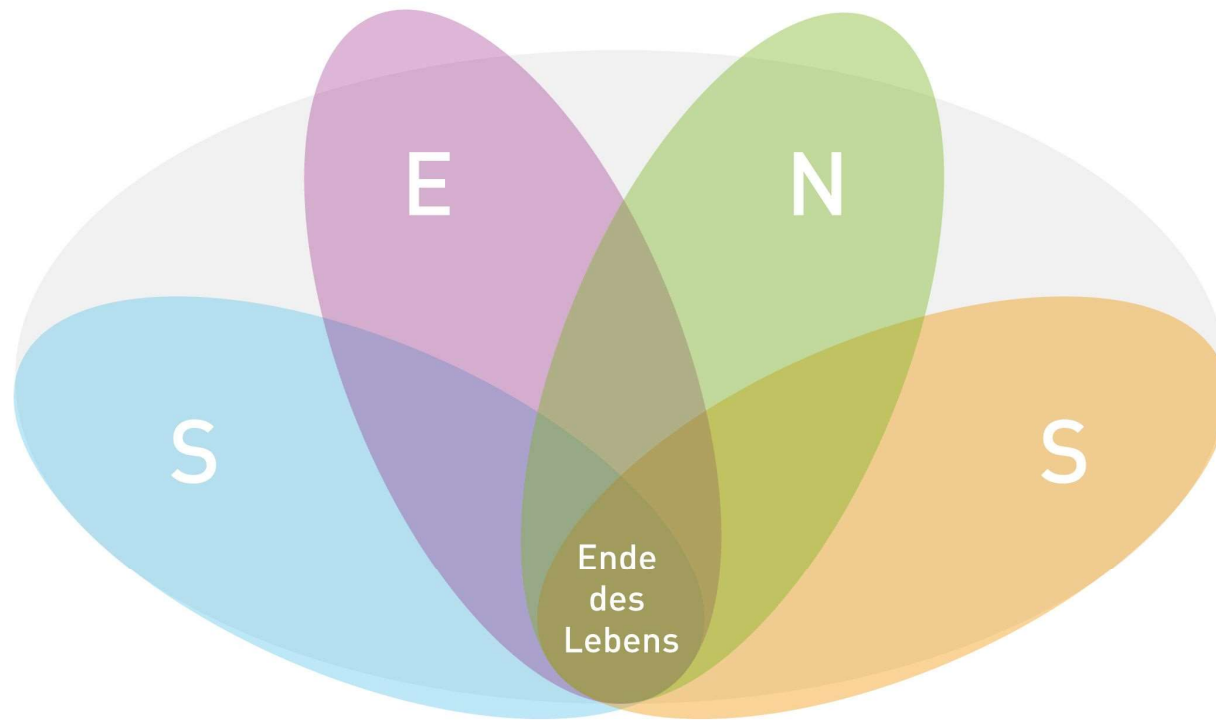
Abbildung 22-4: Wong-Baker-Skala in deutscher Übersetzung als «Schmerz-Meter» (© Jörg Krey, LBK, HH) (Quelle: Mackway et al., 2010, S. 53; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Health Sciences Rights Department USA nach: Hockenberry, M. J., Winkelstein, M. L., Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 7e, St. Louis: Mosby, 2005, p. 1259; © Mosby)

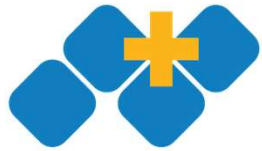


palliative aargau

gemeinsam kompetent

Assessment nach SENS





palliative care

gemeinsam

SENS: Problemfelder und Ressourcen

Symptome and Symptom-Management

Körperliche Symptome	Allgemeines Befinden, Schmerzen, Nausea, Dyspnoe, Fatigue, Appetit, Verdauung, Pruritus, Ödeme
Psychische Symptome	Verschlechterung der Kognition, Depression, Angst, Demoralisation inkl. Todeswunsch
Soziale Folgen der Krankheit	Auswirkungen auf Beziehungen und soziale Aktivitäten, Hobbies, Beruf und Finanzen
Spirituelle Bedürfnisse	Religion, Sinnfragen, Bedeutung von Würde, wichtige Werte
Persönlicher Umgang mit Beschwerden	Copingstrategien und Energiequellen

Entscheidungsfindung und Erwartungen

Allg. Wünsche und Erwartungen	Erwartungen und Ziele für die nächsten Tage, Wochen und Monate
Medizinische und pflegerische Entscheidungen	Wissen und Verständnis der med. Situation, Festlegen des REA-Status, Bedürfnisse und Wünsche bezüglich der aktuellen Therapie und Pflege. Patientenverfügung und/oder Ziele bezüglich der zukünftigen Diagnostik/Therapie.
Persönliche Geschichte	Berufliche und familiäre Situation, Hobbies, Verpflichtungen (Finanzen, Tiere etc.)
End-of-Life Anliegen (üblicherweise nicht im ersten Assessment)	"Unfinished business", letzte Wünsche, gewünschter Sterbeort. Autopsie, Beerdigung, Testament.

Netzwerkorganisation

Privates Netzwerk	Angehörige, Freunde, Freiwillige etc.
Professionelles Netzwerk	Hausarzt, Spitex und spezialisierte Spitex, Sozialarbeit, psychologische Unterstützung, Seelsorge. Klärung Verantwortlichkeiten inkl. Lead
Lebensumstände	Wohnsituation (Treppen etc?), Mitbewohner
Notfallplan	Was ist von wem ausserhalb der Bürozeiten verfügbar?

Support für das Umfeld

Anliegen des Patienten bzgl. seiner Angehörigen	Aktuelle Belastung und Belastbarkeit des Umfeldes
Unterstützungsmöglichkeiten	Möglichkeiten zur Entlastung und allenfalls auch für Auszeiten der Angehörigen?
Finanzielle Probleme der Angehörigen	Möglichkeiten von der Arbeit freigestellt zu werden? Versicherungsklasse?



Mehr Information

www.sens-plan.com oder palliativzentrum@insel.ch

Universitäres Zentrum für Palliative Care, Universität Bern, Schweiz
 SENS steht unter folgender Creative Commons Lizenz: CC BY-NC-SA-Lizenz
 (Namensnennung – Nicht-kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen)
 2018