



# Umgang mit belastenden Symptomen Notfallplan

Katelijne De Nys

Ostschweizer Hospiz- und Palliativtag  
01.06.2023



Kantonsspital  
St.Gallen

# Hintergrund



# Das Lebensende in der Schweiz: Todesursachen

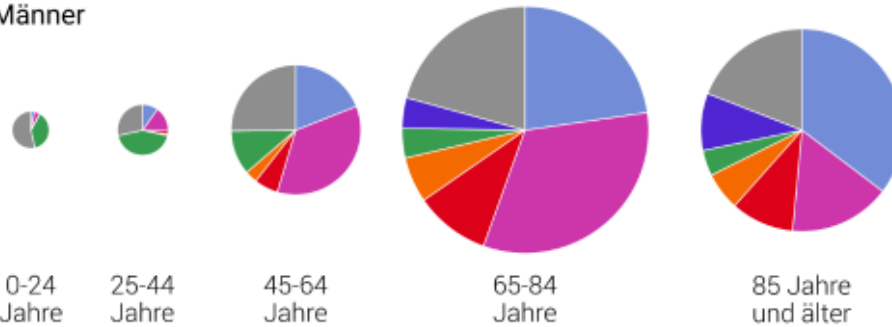


- In 2021 starben in der Schweiz 71'192 Menschen
- Die Mehrzahl der Todesfälle lässt sich wenigen Todesursachen zuordnen:
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
  - Krebs
  - Krankheiten der Atmungsorgane
  - Unfälle und andere Gewalteinwirkungen
  - Demenz
- Im Jahr 2020 - während der Covid-19 Pandemie - war Covid-19 nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs die dritthäufigste Todesursache bei Männern und Frauen

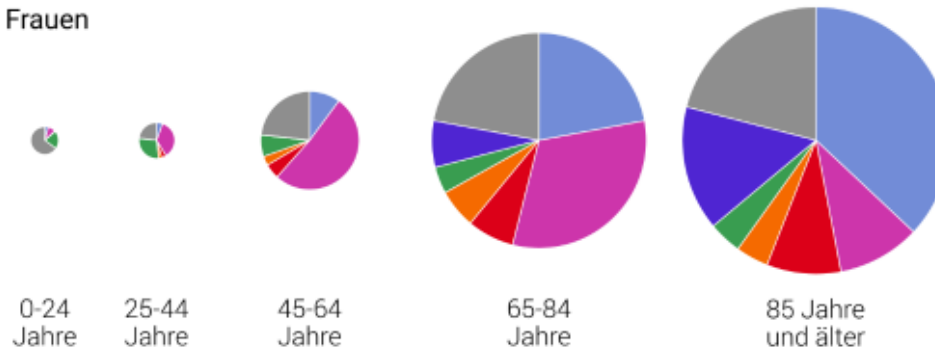
# Häufigste Todesursachen nach Altersklassen, 2021



## Männer



## Frauen



■ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

■ Unfälle und Gewalteinwirkungen

■ Krebserkrankungen

■ Demenz

■ COVID-19

■ übrige

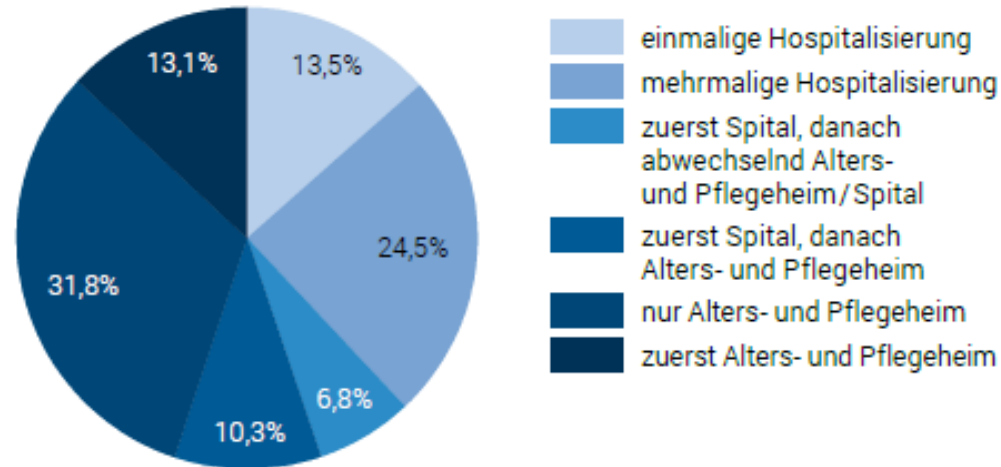
■ Atemwegserkrankungen

# Das Lebensende in der Schweiz: Sterbeort



- Menschen in der Schweiz
  - am häufigsten im Alters- und Pflegeheim
  - am zweithäufigsten im Spital
  - am dritthäufigsten zu Hause oder an einem anderen Ort
- Dazu wechseln (zu) viele palliative Patient\*innen häufig den Betreuungsort zwischen ihrem Betreuungsort (meistens zu Hause oder Pflegeheim) und dem Spital

## Häufigkeit der Verlaufstypen im letzten Lebensjahr, Personen ab 65 Jahren mit Sterbejahr 2016 G1



Quellen: BFS – SOMED 2015–2016; MS 2015–2016/Analyse Obsan

© Obsan 2019

## Das Lebensende in der Schweiz: Verlaufstypen (1)

- In der Schweiz wurden im Jahr 2018 durchschnittlich 1,75 Hospitalisierungen von Personen im letzten Lebensjahr gezählt
- Personen, die ihr letztes Lebensjahr zuhause verbringen, werden häufiger hospitalisiert als die Bewohner\*innen eines Alters- und Pflegeheims
- Übliche Gründe für einen Spitaleintritt sind
  - unkontrollierbare Symptome wie Schmerzexazerbationen, Nausea/Emesis und Delir oder
  - die Überforderung der Angehörigen

# Anteil Personen ab 65 Jahren, die im letzten Lebensjahr in einem Alters- und Pflegeheim lebten und 2018 in einer Gesundheitseinrichtung starben

G 1



Raumgliederung: Kantone



0 25 km

Anteil<sup>1</sup>, in %



<sup>1</sup> Die Schwellenwerte dieser Kategorien beruhen auf den Standardabweichungen vom Durchschnitt (>); [1 ; 0,33]; [0,33 ; -0,33]; [-0,33 ; -1]; <-1).

Quelle: BFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / Analysen Obsan

© Obsan 2021





## Das Lebensende in der Schweiz: Verlauftypen (2)

- Sobald sich die Symptome und die Situation im Spital verbessert haben, treten die meisten Patient\*innen mit einem angepassten Behandlungsplan wieder aus
- Ein Austrittsbericht und ein neuer Medikamentenreserveplan werden mitgegeben.
  - Einerseits zur *Information* für das Behandlungsteam daheim
  - andererseits zur *Verhinderung* eines erneuerten *Spitaleintritts*
- Diese Kommunikation läuft leider häufig nicht so reibungslos wie gewünscht. Mögliche Gründe der fehlenden Kommunikation sind
  - unklare oder unvollständige Berichte
  - Austritte am Wochenende
  - wechselnde Assistenzärzt\*innen
  - interne Verlegungen

## Das Lebensende in der Schweiz: Verlauftypen (3)

- Eine eindeutige und klare Kommunikation würde viele problematische Situationen daheim und die sich daraus ergebende Anzahl der stationären Wiederaufnahmen reduzieren können
- Hiervon würden nicht nur die schwer kranken Patient\*innen, sondern auch das Betreuungsteam zuhause und die überbelegten/unterbesetzten Spitäler profitieren

# Personalmangel: Die Schweiz sucht nach 10'000 Pflegern

Im Schweizer Gesundheitswesen wird dringend Personal gesucht. Rund 10'000 Stellen sind derzeit unbesetzt – Tendenz steigend.



Personalmangel in der Pflege

## Bis 2029 braucht die Zentralschweiz 14'000 neue Pflegefachkräfte

Ob im Spital oder in der Spitex: Gesundheitsbetriebe suchen händeringend nach Personal. Nun gehen sie in die Offensive.

Freitag, 12.05.2023, 11:56 Uhr



Dieser Artikel wurde 3-mal geteilt.

Ihre ganze Arbeitsausrüstung passt in einen Rucksack. Julia Niederberger öffnet den Reissverschluss, ein letzter Kontrollblick: Ein Verbandskasten, das Rapport-Handy, Güsselsäckli und der blaue Kasack, die traditionelle

# Notstand in der Pflege: wie die Heime und Spitäler um die raren Fachkräfte kämpfen

Der Personalmangel in den Gesundheitsinstitutionen ist dramatisch. Gerade die Pflegeheime als vermeintlich unattraktivste Arbeitgeber müssen sich einiges einfallen lassen, um gute Leute zu bekommen.

Hören Merken Drucken Teilen

## Bis zu 90 gesperrte Betten und 250 fehlende Pflegende: Unispital kämpft gegen den Fachkräftemangel

3 min



Die Personalsituation im Unispital Zürich ist dramatisch. Zwischenzeitlich mussten 90 Betten gesperrt werden, über 250 Pflegende fehlen. Um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken erhöht das USZ die Löhne und führt flexiblere Arbeitszeiten ein.

Erstausstrahlung:

Fr 10. Feb 2023 18.00 Uhr

## Ein gutes Lebensende?



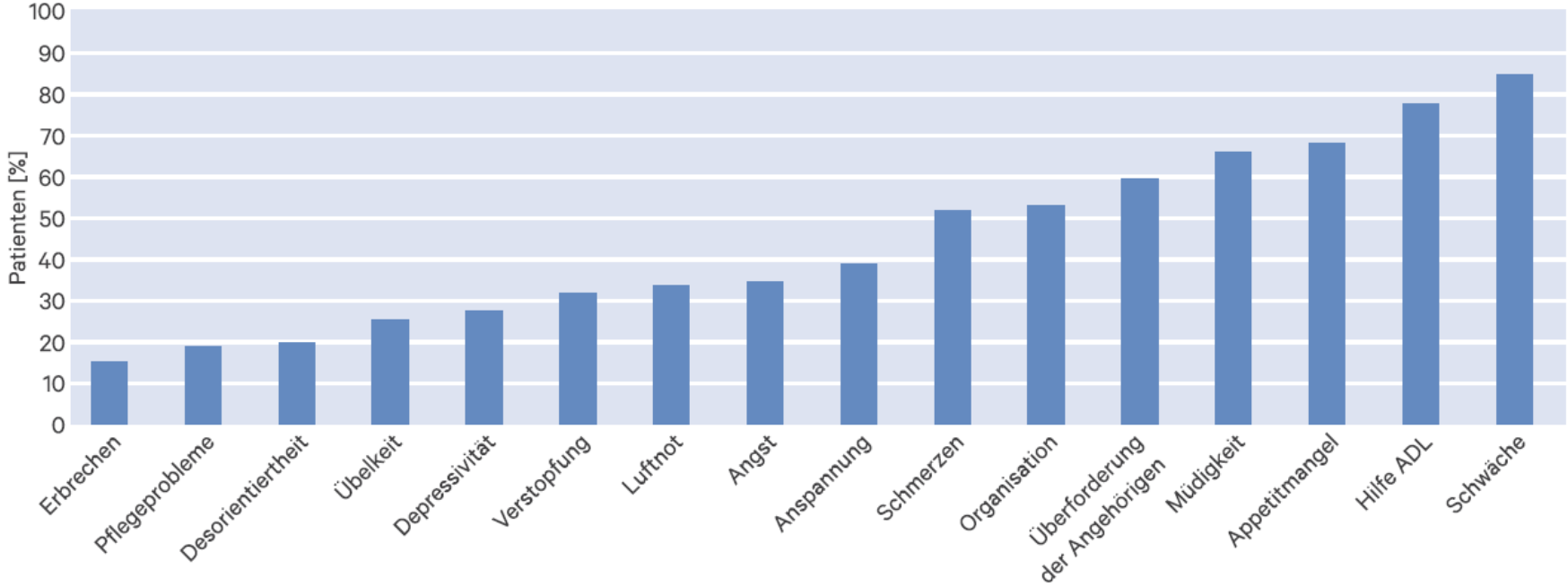
- Obwohl die Mehrheit der Bevölkerung (73%) sagt, dass sie lieber in ihrem eigenen Zuhause sterben würde, gibt es unter den Patient\*innen eine breite Palette von Präferenzen, von denen Themen wie der Behandlung von Symptomen eine höhere Priorität einräumen als dem Ort ihrer Pflege und dem Ort ihres Sterben.
- Eine gute Symptomkontrolle am Lebensende ist ein universeller Wunsch, nicht nur der Patient\*innen, sondern auch für die Angehörigen sowie die professionellen Betreuer wie (Haus)Ärzt\*innen und Pflegefachpersonen, und dies unabhängig von Ort der Betreuung/Pflege.

## Symptomkontrolle am Lebensende

- Trotz der Bemühungen, Palliative Care zu integrieren, leiden immer noch viele Patient\*innen am Lebensende.
- Befragung bei Pflegefachpersonen einer Intensive Care Unit: viele sterbende Patient\*innen leiden
  - unter *körperlichen* Symptomen wie Schmerzen oder Atemnot
  - unter *psychischen* Symptomen
  - unter dem Verlust der *Würde*
- 52 bis 90 % der Bewohner\*innen von Pflegeheimen in 6 verschiedenen Europäischen Länder leiden in der letzten Lebenswoche unter – international sehr ähnlichen - Symptomen wie Schmerzen, Schluckstörungen und Unruhe

(Su A. et al., 2018; Pivodic L. et al, 2018)

# Hauptgründe für Spitaleinweisung am Lebensende



**Abb. 1.** Symptome und Problemfelder der Patienten bei Aufnahme in die Palliativversorgung. ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens, Organisation: bezogen auf die Versorgung des Kranken (Pflegebett, Hilfsmittel, Arzttermine etc.) [2]

Joist, T. (2016). Ambulante Palliativversorgung. Eine multiprofessionelle Herausforderung. *Med Monatsschr Pharm.*, Nov;39(11):458-64.

## Häufigste Symptome am Lebensende (1)

- Kohorten-Beobachtungsstudie bei an Krebs erkrankten Patient\*innen in Ontario, Kanada, die zwischen 2007 und 2014 in den sechs Monaten vor dem Tod zu Hause gepflegt wurden, die häufigsten körperlichen Symptome erfasst:
  - 69 % mittelschwere bis starke Schmerzen
  - Appetitlosigkeit (63 %),
  - Kurzatmigkeit (59 %),
  - hohe gesundheitliche Instabilität (50 %) und
  - ein subjektiv schlechter Gesundheitszustand (44 %)

## Häufigste Symptome am Lebensende (2)

- Im Allgemeinen lassen sich die häufigsten Symptome am Lebensende in fünf Kategorien einteilen:
  - Schmerzen,
  - Atemnot,
  - Übelkeit/ Erbrechen,
  - Unruhe/ Angst/Delir und
  - Hypersalivation der oberen Atemwege/Rasseln
- Ein zu oft vergessenes Symptom ist **Obstipation**
- Selteneren Symptome : Juckreiz, akute Blutungen, Stridor, oder neurologische Symptome wie Lähmungen oder Epilepsie.



## Linderung der Symptome am Lebensende

- Bis 33% der Hospiz-Patient\*innen warten oder verzögern das Klingeln um Hilfe, weil sie das stark belastete Pflegepersonal nicht stören wollen.
- Vor dem Hintergrund begrenzter Gesundheitsressourcen wird die Rolle von Familie, Freunden und anderen Angehörigen sowie Nachbarn am Lebensende immer wichtiger:
  - konnten eine sofortige Linderung der Symptome bewirken
  - Jedoch oft ethische und Sicherheitsprobleme
  - Hausärzt\*innen nicht immer erreichbar
  - 24/7 Unterstützung sehr geschätzt → mit unserem Palliativen Brückendienst vergleichbar

# Reserve Medikamente Management für palliative Patient\*Innen



- Klare Anweisungen können in einem Medikamenten Reserveplan erfasst werden
- Für die häufigsten oder zu erwartenden Symptome wird vorgeschlagen, welche Arzneimittel in welcher Dosis und in welchen Zeitabständen verabreicht werden können.
- Hinsichtlich des Zugangsweges sind in der Regel 2 Optionen vorgesehen, nämlich per os (**PO**) und subkutan (**SC**).
- ca. 4 Medikamenten aus verschiedenen Indikationsklassen (Analgetika, Sedativa, Anti-Emetika und Anti-Psychotika) sollte sofort verfügbar sein
- Für besonderen Symptome noch extra (z. B. Epilepsie)

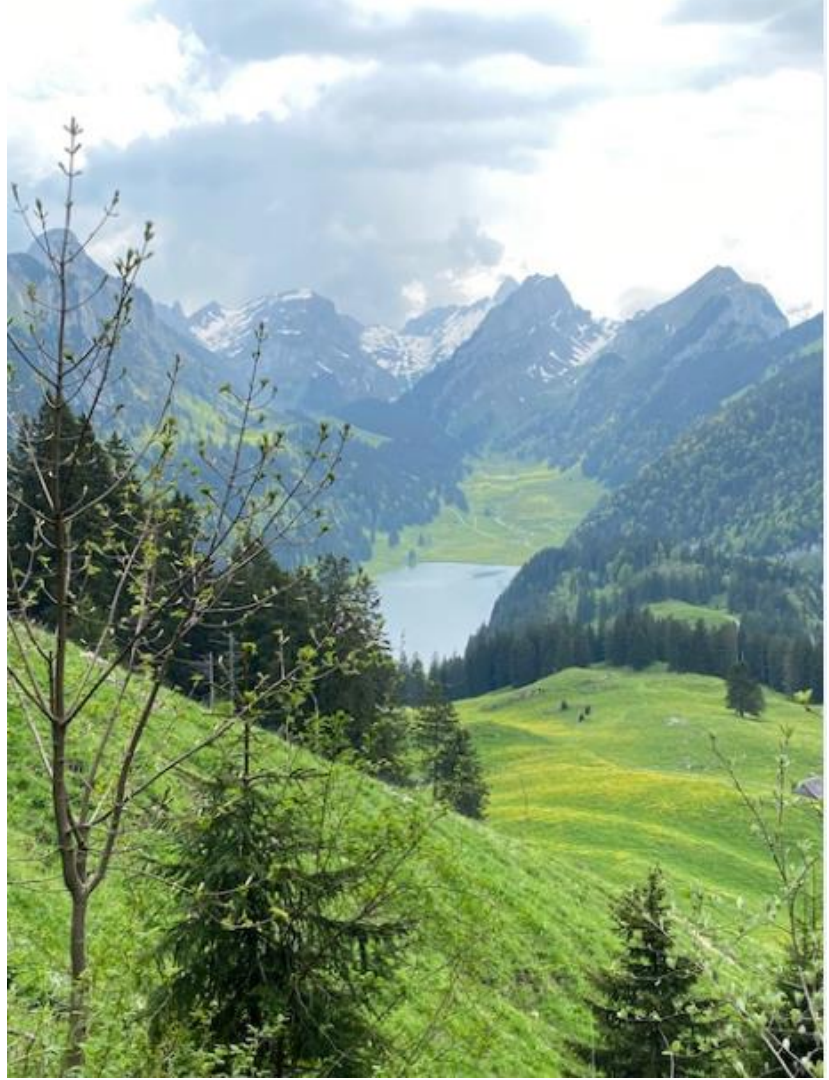
# Das Reserveplan als Bindeglied zwischen Spital und Netzwerk



- Französische Studie : Viele Hausärzt\*innen fühlen sich mit der Versorgung von Patient\*innen am Lebensende wenig vertraut fühlen
- Australische und schottische Studien: bei Spitalaustritt ist eine schnelle Kommunikation zwischen dem Krankenhausteam und der Hausarzt extrem wichtig
  - Welche zu erwartende Symptomen und welche Therapieversuch
  - Welche erfolglose Therapieversuche fanden schon statt

Boudy, 2020 ; Roughead, 2011 ; Murray & Kok , 2008)

## Ein Paar Beispiele



## Palliative Reservemedikation<sup>©</sup>

Die aktuelle Medikation wurde geprüft und unnötige Medikamente abgesetzt:  Ja  Nein

Aktuelle Medikamentenliste im Anhang:  Ja  Nein

**Namen des Patienten:** \_\_\_\_\_

Visum/ Dat. Arzt*	Reservemedikation in der Palliativsituation				Stop/ Visum Arzt
	<b>Schmerz</b>	<b>Übliche Dosierung</b>	Innerhalb von 24 Stunden	<b>Anmerkungen</b>	
	<input type="checkbox"/> Morphin Lösung 2% (1 Tropfen = 1 mg)	2-5 Trpf.	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> Morphin Amp. (10 mg / 1 ml)	1-2.5 mg sc	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> Mind. 1/10 der bisherigen Tagesdosis bei Vorbehandlung mit Opiaten		X		
	<input type="checkbox"/> anderes				
	<b>Angst</b>				
	<input type="checkbox"/> Temesta Exp 1.0 mg	1 mg	bis 1 stündlich bis max. 8/d		
	<input type="checkbox"/> Dormicum Amp. (5 mg / 5 ml)	0.5 - 1 mg sc	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> anderes				
	<b>Unruhe und/oder Delir</b>				
	<input type="checkbox"/> Haldol Trpf. 2 mg / 1 ml (10 Tropfen = 1 mg)	3-5 Trpf.	bis 1 stündlich max. 6/d		
	<input type="checkbox"/> Haldol Amp. (5 mg / 1 ml)	0.5 mg sc	bis 1 stündlich		

## Schmerz (1)

- Noch zu oft un(ter)behandelt
- Meistens jedoch gut behandelbar
- Totale prevalenz von Schmerz bei KrebspatientInnen bis 70%
- Moderater bis starker Schmerz bei prä-terminale (letzte 6 Monate des Lebens) nicht-onkologische PatientInnen auch sehr häufig
  - Kardiovaskuläre Krankheiten : 57.2%
  - Neurologische Krankheiten 42.7%
  - Renale Krankheiten 61.0%
  - Respiratoire Krankheiten 58.3%

## Schmerz (2): Beispiel Medikamente Reserveplan

- Paracetamol 500mg bis 6x/d PO (falls schlucken noch möglich), UND/ODER
- Novalgin 500 mg bis 6x/d PO (falls schlucken noch möglich) UND/ODER
- Morphin 2mg/ml Tropfen: 2mg (= 2 Tropfen) bis stündlich ODER
- MST 2 x ... mg PO (Start mit 2 x 10mg bei Opiat-naive Patient\*in, falls schlucken noch möglich), und in Reserve 1/10 bis 1/6 der Tagesdosis bis stündlich: Morphin 2mg/ml Tropfen: ....mg (= ... Tropfen) bis stündlich ODER
- Morphin Amp (10mg/ml) kontinuierlich ... mg/24h SC (Start mit 20mg bei Opiat-naive Patient\*in) via Pumpe, in Reserve 1/10 bis 1/6 der Tagesdosis bis stündlich: Morphin Amp. (10mg/ml): ....mg bis stündlich

## Schmerz (3)



- CAVE Nierenfunktion
- Falls zu viele Nebenwirkungen und/oder suboptimale Wirkung → Opioidrotation überwiegen
  - Andere Moleküle
  - Anderen Applikationsweg
- Neuropathische Schmerz
  - Opiaten als Basis obwohl weniger wirksam
  - Kombination mit co-Analgetika: Amitriptyline, Gabapentin, Pregabalin, Duloxetin und Venlafaxin, ...
- Leberkapselschmerz, Kopfschmerzen wegen Hirnmetastasen, Obstruktion oder anderen Schmerzen als Folge von Überdruck und Ödem, → Kortikoide
- keine Evidenz für einen positiven Effekt von Cannabis auf Schmerz



## Medikamentöse Massnahmen:

- **Opioide**
  - Vorzug Morphin hydrochloride 2mg PO oder 1mg SC (bei Opiat-naive Patient\*Innen, sonst 1/10 bis 1/6 des Tagesdosis, halbstündlich)
  - Beeinflusst den Respons der Atmungszentra auf Hyperkapnie und Hypoxie → weniger “respiratory drive”
  - Beeinflusst die zentrale Empfindung der Dyspnoe
  - Möglich auch Effekt via Opioidrezeptoren in Lungen
  - Schmerzlinderung → anxiolytisch
  - Versuch mit Bolus, wenn positives Effekt fix (SC oder PO)
- **Anxiolytika** : Midazolam (1mg SC in Bolus, auch fix/24h), Lorazepam (1mg PO, wiederholbar bis 4x)
- **Kortikoide** : Falls inflammatorische Komponent, Ödeme, Vena Cava Sup Syndrom...: 8mg Dexamethasone SC oder PO
- **Antibiotika** : Infektion
- **Diuretika** : Lungenödem, Ascites, ..
- **Aerosols**

# Übelkeit / Erbrechen



- Wenn möglich **ursächlich** behandeln:
  - Hyperkalzämie?
  - Obstruktion?
  - Hirnmetastasen mit Ödem?
  - ...
- **Medikamentös:**
  - Domperidon (3 x 10mg PO) ODER Metoclopramid (3 x 10mg PO / SC) UND/ODER
  - Ondansetron (3 x 4mg PO / SC) CAVE Obstipation! UND/ODER
  - Haloperidol (0.5mg bis 10x/d PO/SC) ODER olanzapin (2.5mg bis 3x/d PO/SC) UND/ODER
  - Dexamethason (8mg PO/SC) UND/ODER
  - Lorazepam (1mg bis 4x/d PO)

## Delir / Verwirrtheit

- Wenn möglich **präventiv / ursächlich** behandeln:
  - Nebenwirkung Medikamente
  - Electrolyten
  - Infektion
  - ...
- **DD Entzugsdelir** : Versuch mit Benzodiazepine (lorazepam oder midazolam in Bolus)
- **Medikamentös**:
  - Quetiapin Tbl: 12.5 bis 25mg PO bis 3x/d, täglich Verdoppelung der Dosis bis max. 3 x 100mg/d (falls schlucken noch möglich, Patient >60kg und bis 70J sonst tiefere Dosis) ODER
  - Olanzapin 5 bis 10mg SC am Abend, und in Reserve 5mg SC, max. noch 2x UND/ODER
  - Levopromazin 12,5 mg SC (als 2. Reserve bei ausgeprägter Agitation oder ungenügendem Therapieerfolg)



## Unruhe / Angst

- = auch normal in dieser Lebensfase
- Sollte aber nicht zu dominant werden
- Wird verstärkt durch andere Symptome so wie Schmerzen oder Dyspnoe
- **Nicht-medikamentöse** Massnahmen sehr wichtig: Gesellschaft, Gespräch, ..
- **Medikamentös:**
  - Benzodiazepines: Lorazepam 1mg bis 4x/d ODER Midazolam 1mg SC in Boli oder fix ... mg/24h SC
  - Klassische Antidepressiva (SSRI, SNRI), so Lebenserwartung noch min 1-2 Monaten
  - Mitrazepin: wirkt schneller und auch gut für schlaf, Start mit 15mg PO 1 x/d am Abend, nach 1 Woche steigern auf 30mg 1 x/d am Abend)
  - Antipsychotika, nur, wenn auch ein Delir vermutet wird (siehe Delir)



## Rasselatmung

- Trachealsekret das nicht mehr aufgehustet werden kann, bewegt durch die Atmung
- Bedrohlich / unangenehm für die Angehörigen
- Jedoch für Patient\*In selten störend
- Absaugen vermeiden!
- **Nicht-Medikamentös:**
  - Unbedingt Flüssigkeit reduzieren!
  - Seitenlagerung
  - Erklären
- **Medikamentös:**
  - Anticholinergika: butylhyoscine 20mg SC bis 6x/d ODER 60 bis 120mg/24h SC
  - Früh genügend starten
  - Bei lungenödem evtl. Diuretika



“Imaging what it is like to be someone other than yourself is at the core of our humanity. It is the essence of compassion and the beginning of morality.”

*Ian McEwan*

Danke für ihre Aufmerksamkeit!

