

Palliative Care –

Abseits der Onkologie

Neurologie

Dr. med. univ. Claudia Huemer

Leitende Ärztin, Neurologie

Claudia.huemer@ksbl.ch

Palliative Care

WHO Definition 2002

«Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der **Lebensqualität** von **Patientinnen und Patienten und ihren Familien**, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.»

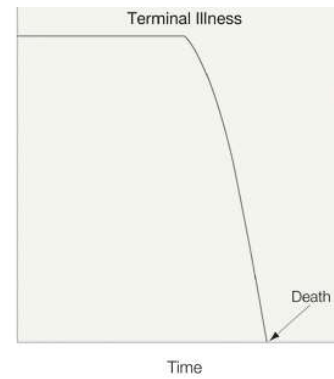
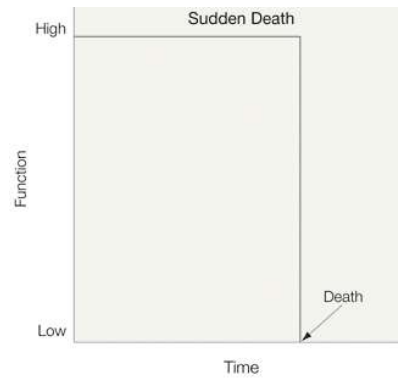
Kantonsspital
Baselland



Bedarf?

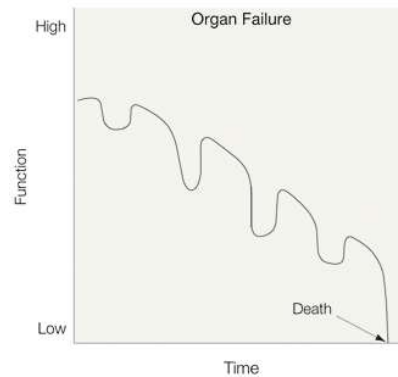
Krankheitsverläufe am Lebensende

Abb. Verschiedene Krankheitsverläufe am Lebensende, Lunney et al., 2003



Onkologische Erkrankungen

Chronisch progrediente Erkrankungen



Altersschwäche / Demenz / Multimorbidität

Wann soll Palliative Care hinzugezogen werden?

Indikatoren für Palliative-Versorgung

(nach Boyd und Murray, BMJ 2010)

A Screeningfragen

Liegt eine fortschreitende, die Lebenserwartung einschränkende Erkrankung vor?
Wären Sie überrascht, wenn der Patient in den nächsten 6-12 Monaten verstirbt?

B Allgemeine klinische Indikatoren

- Schlechter Funktionszustand (Selbstversorgung eingeschränkt, >50% des Tages im Bett oder Stuhl), Verschlechterung
- zunehmender Gewichtsverlust (>10%) in den letzten 6 Monaten
- >2 ungeplante Krankenhauseinweisungen in den letzten 6 Monaten
- im Pflegeheim oder zunehmender Betreuungsbedarf zuhause

C Krankheitsspezifische Faktoren «red flags»

Was kann Palliative Care für diese Patient/-innen tun?

- Symptomkontrolle
- Koordination einer kontinuierlichen Versorgung
- Kommunikation und Entscheidungsfindung
- Psychologische, soziale und spirituelle Aspekte
- Multiprofessionalität und Interdisziplinarität

Therapiegrundsätze

- Festlegen von realistischen Therapiezielen
- Patientenautonomie

Palliative Care bei nicht-onkologischen Erkrankungen

Neurologie

Neurologie

- Amyotrophe Lateralsklerose
- Multiple Sklerose
- Parkinson Syndrom
- Cerebraler Insult / cerebrale Blutung
- Demenz

Palliative Care bei nicht-onkologischen Erkrankungen

Palliative Care ist für diese Patient/-innen jedoch oft schwer zugänglich.

- fehlender Konsensus über den adäquaten Zeitpunkt der Integration von Palliativmedizin
- variable Krankheitsverläufe
- Informationsdefizite

Palliative Care bei nicht-onkologischen Erkrankungen

- komplexe, multimodale Bedürfnisse in fortgeschrittenen Krankheitsstadien
- Symptomlast übertrifft oft die der Tumorpatienten

	<i>Nicht-Tumor</i>	<i>Tumor</i>
<i>Schmerz</i>	49,0 %	55,8 %
<i>Dyspnoe</i>	40,0 %	29,0 %
<i>Schwäche</i>	92,3 %	84,5 %
<i>Appetitverlust</i>	55,5 %	67,9 %

(Ostgathe C et al., Pall Med2011)

«red flags» bei neurologischen Erkrankungen

- Rasche Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Funktion trotz optimaler Behandlung
- Komplexe Symptome
- Kommunikationsprobleme
- Dysphagie
- Rezidivierende Aspirationen
- Atemnot

Erhebung Palliative-Bedarf

Bei MS- und Parkinsonpatienten-Symptome

- Hohe Symptomlast bei MS und Parkinson
- Belastendste Symptome:
 - Immobilität
 - psychiatrische Probleme (Depression, Demenz, Angst, Persönlichkeitsveränderungen, Suizidgefährdung)
 - Schmerzen
 - psychosoziale Problemstellungen
 - Kommunikationsprobleme
 - Dysphagie
- Palliative Care ist wichtig bei ethischen Entscheidungsfindungen
- Bedarf für Palliative Care vorwiegend in den letzten Lebensmonaten

(Grebe 2009)

Multiple Sklerose und Mb. Parkinson

Spezialisierte Palliative Care benötigen:

- MS- und Parkinsonpatienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien mit
- komplexen körperlichen oder psychosozialen Problemstellungen
- fulminanten Krankheitsverläufen (juvenile und atypische Parkinsonformen, maligne MS)
- Neurorehabilitation nicht mehr sinnvoll

(Grebe 2009)

Amyotrophe Lateralsklerose

Fr. B., 59a

Samstag, 6. Oktober 2007 **OÖNachrichten Oberösterreich**



Monika Binder „schreibt“ mit der Nase und beantwortete so auch die Fragen von OÖN-Redakteur Helmut Atteneder. Foto: OÖN

**„Bis zum Schluss so gut es geht.
Nicht beatmen. Nicht ernähren.“**

Symptome ALS

Primär

- Atrophe Paresen
- Faszikulationen
- Spastik
- Dysarthrie
- Dysphagie
- Dyspnoe
- Patholog. Weinen/Lachen

Sekundär

- Verschleimung
- Pseudohypersalivation
- Obstipation
- Muskuloskelett. Schmerz
- Hypoventilationssymptome
- Schlafstörungen

Chronische Hypoventilation

- (nächtliche Hypoxie - Hyperkapnie)
- Morgendlicher Kopfschmerz
- Tagsüber Müdigkeit, Konzentration ↓
- Schlafstörungen
- Nervosität, Depression
- Rezid. Atemwegsinfekte
- Einsatz Atemhilfsmuskulatur
- CO₂-Narkose

Dyspnoe

- Dyspnoe - Angst - Spirale
- Sauerstoff ??
- Beatmung
 - Nicht Invasive B (BiPAP)
 - Heimbeatmung
 - Invasive B. (über Tracheostoma)
- Benzodiazepine
- Morphine

Opiate in der Dyspnoetherapie

Es gibt keinen Hinweis, dass eine lege artis durchgeführte Therapie der Atemnot mit Opioiden zu einer klinisch relevanten Atemdepression führt.

(Abernethy et al. 2003)

Dyspnoetherapie

- beste Evidenz für Opioide (Abernethy BMJ 2003)
- Physiotherapie
- klinisch-psychologische Unterstützung
- Mukolytika, Antibiotika
- Sauerstoff vs kühle Frischluft (Abernethy Lancet 2010)

Hilfen

- Paresen: Physio, Ergo, Hilfsmittel, Pflege
- Spastik: Magnesium, Lioresal, Sirdalud, Botulinustoxin
- Dysarthrie: Kommunikationsmittel
- Pseudohypersalivation: Saroten, Robinul
- Verschleimung: Expektorantien oder Robinul, Hustenassistentz
- Patholog. Weinen/Lachen: SSRI
- Dyspnoe: NIV, Morphine, Benzos, (O2),...

?PEG, ?Beatmung, ?Patientenverfügung

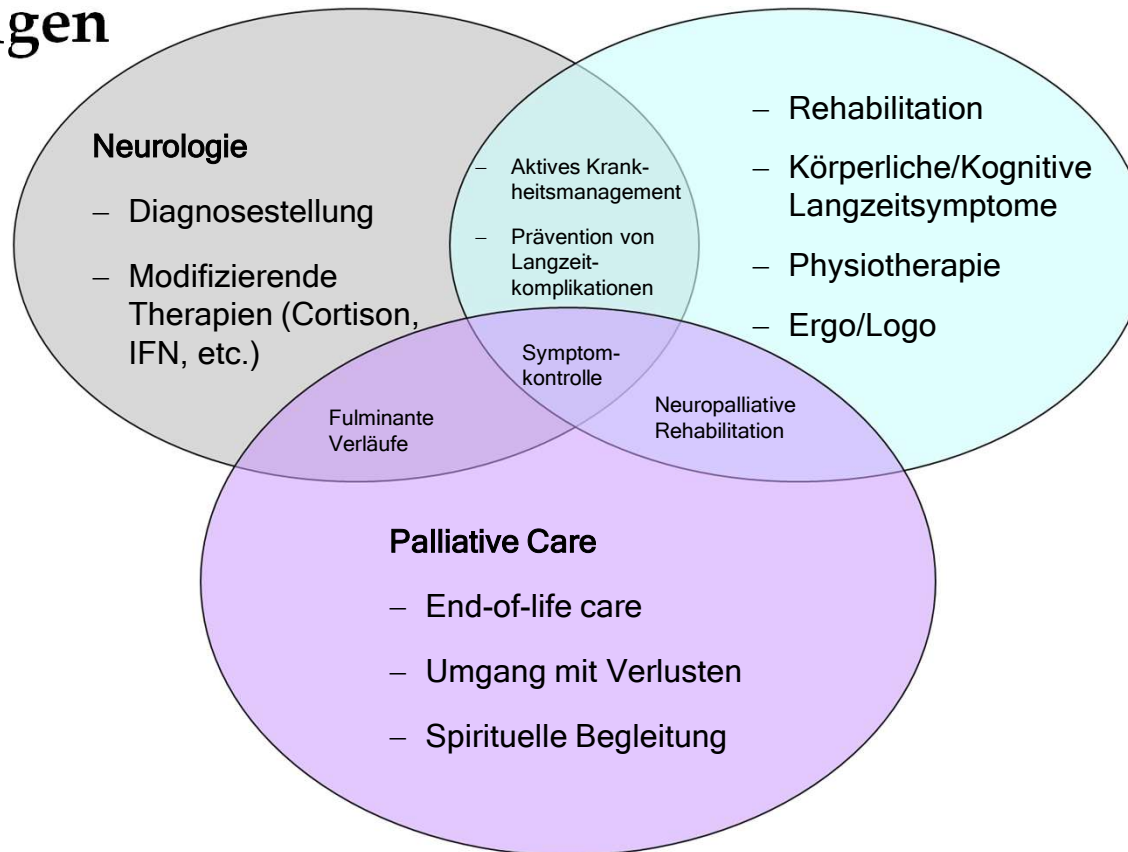
Schmerztherapie

Grosse Bedeutung der Pflege!

- Schmerzlindernde Pflegehandlungen
- Wahrnehmung von Schmerzäusserungen
- Einschätzung der Intensität
- «Ermutigung» zur Analgetika-Einnahme
- Pflegehandlungen nach Bedarfsmedikation

Management von Patienten mit chronisch neurologischen Erkrankungen

(Grebe 2009)



Kantonsspital
Baselland

Herzlichen Dank

für ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. univ. Claudia Huemer
Leitende Ärztin, Neurologie
claudia.huemer@ksbl.ch