

Wann beginnt Palliativmedizin?




Ferdinand Hodler malt Valentine 1912-1915

C. Ostgathe





Wann beginnt Palliativmedizin?

Wann beginnt Palliativmedizin?




Vortrag

- Therapieziele
- Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
- Wirkung von Palliativmedizin
- Screening
- Abschluss

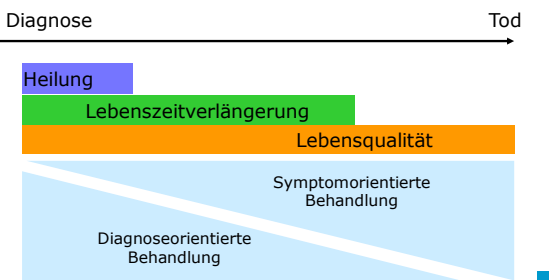



Vortrag

- Therapieziele
- Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
- Wirkung von Palliativmedizin
- Screening
- Abschluss



Therapieziel / Methoden

Vortrag

- Therapieziele
- Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
- Wirkung von Palliativmedizin
- Screening
- Abschluss

Universitätsklinikum
Erlangen

WHO 1994

WHO Technical Report Series
811

**CANCER PAIN RELIEF
AND PALLIATIVE CARE**

The active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is the achievement of the best possible quality of life for patients and their families.

World Health Organization
Geneva 1990

Universitätsklinikum
Erlangen

Therapieziel / Methoden

Diagnose → Tod

Universitätsklinikum
Erlangen

WHO 2002

„Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“

WHO 2002

Universitätsklinikum
Erlangen

Therapieziel / Methoden

Diagnose → Tod

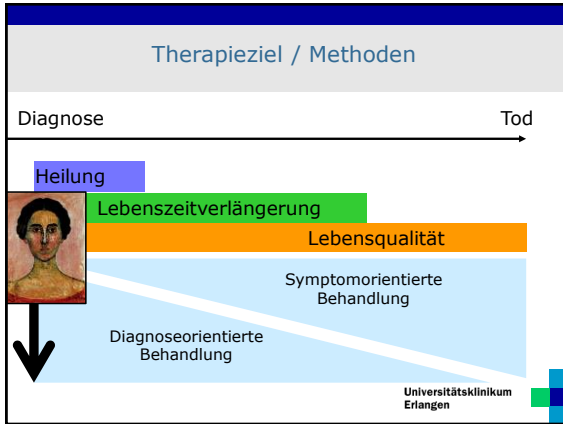
Universitätsklinikum
Erlangen

Palliativmedizin – eine patientenorientierte Definition 2012

Palliativmedizin ist eine spezielle Form der Medizin für Menschen mit schwerer Krankheit. Sie konzentriert sich darauf, bei Patienten Beschwerden, Schmerz und den Stress einer schweren Erkrankung zu mildern – unabhängig von der Diagnose. Das Ziel ist es, die Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen zu verbessern. Palliativmedizin wird von einem Team von Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen geleistet, die mit den ursprünglichen Ärzten gemeinsam eine zusätzliche Hilfe anbieten. Palliativmedizin gilt für jedes Alter und in jeder Phase einer schweren Erkrankung und kann gleichzeitig mit der Behandlung gegen die Grunderkrankung erfolgen.

Diane Meier, Center for Advancement of Palliative Care, New York, 2012

Universitätsklinikum
Erlangen



Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

ASCO – Einbindung Palliativmedizin

VOLUME 30 · NUMBER 8 · MARCH 10 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

Thomas J. Smith, Sarah Temin, Eric R. Alavi, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Loncalzo, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stewart, and Jamie H. Von Roenn

“... combined standard oncology care and palliative care should be considered early in the course of illness for any patient with metastatic cancer and/or high symptom burden.”

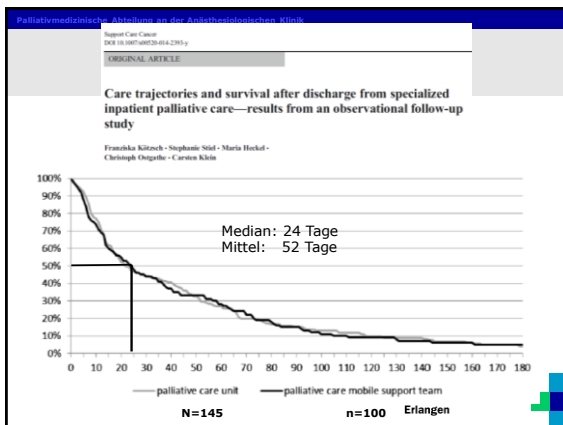
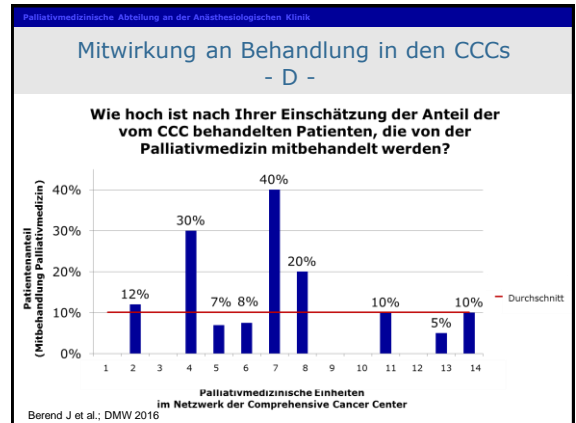
Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

...combined standard oncology care and palliative care...

- offenes Gespräch über Prognose und Heilbarkeit (sowie zu erwartender Überlebenszeit)
- Diskussion über medizinisch angemessene Therapieziele
- Standardisierte Symptomerfassung (ESAS, MSAS)
- daran orientierte symptomlindernde Maßnahmen
- Distress Screening (z.B. Distress Thermometer)
- Psychosoziale Einschätzung und Unterstützung;
- Einbindung von Hospizberatung früh bei Patienten mit begrenzter Lebenszeit (z.B. ein Informationsbesuch 3-6 Monate vor dem erwarteten Versterben)

Smith TJ et al.; JCO 2012

Universitätsklinikum Erlangen



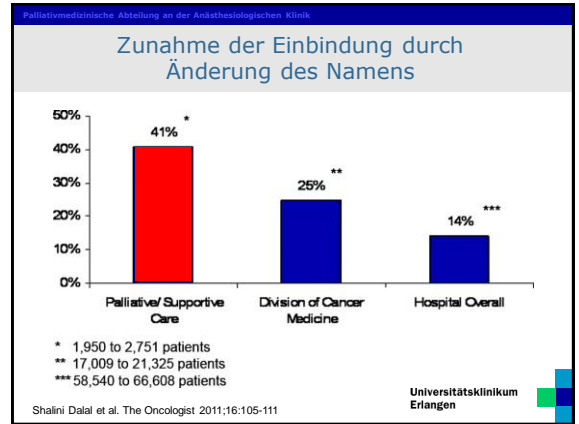
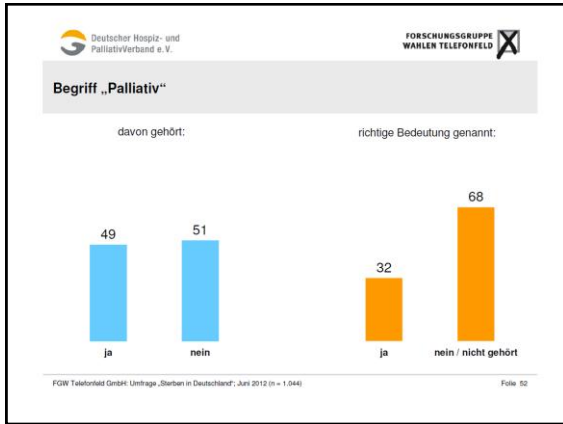
Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Akzeptanz der Begriffe - aus Sicht der behandelnden Ärzte -

„Palliative Care“

- ... wird als Hemmnis für eine Verlegung empfunden: 23%
- ... vermindert Hoffnung: 41%
- ... verursacht Distress: 33%

Fadul N et al. Supportive Versus Palliative Care: What's in a Name? (2009) Cancer 19: 2013-2021

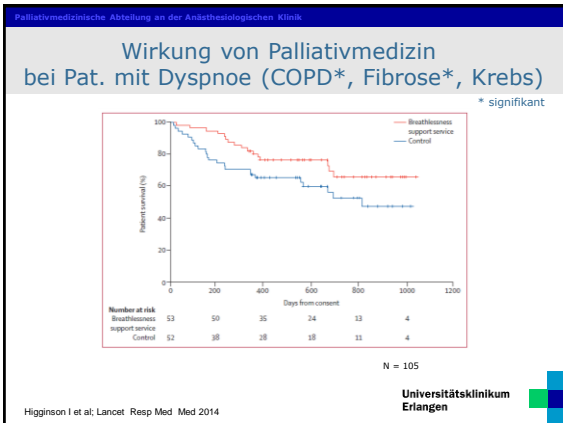
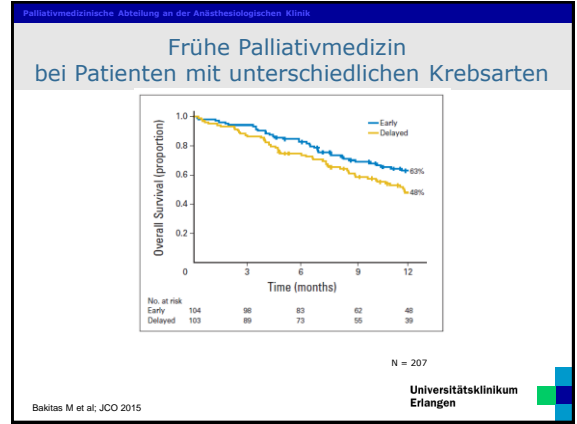
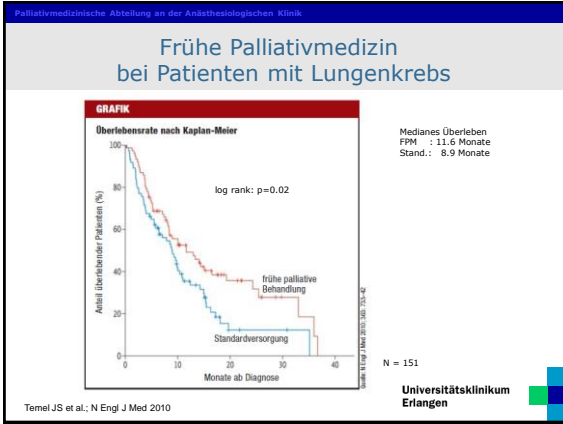


- Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik
- ### Vortrag
- Therapieziele
 - Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
 - Wirkung von Palliativmedizin
 - Screening
 - Abschluss
- Universitätsklinikum Erlangen

- Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik
- ### Frühe Palliativmedizin bei Patienten mit Lungenkrebs
- 151 Patienten randomisiert, kontrolliert, monozentrisch
 - Frühe Palliativmedizin (n = 77) vs. Standard (n=74)
- Temel JS et al.; N Engl J Med 2010

- Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik
- ### Intervention
-
- Palliativarzt und Palliativpflege
 - regelmäßige Konsultation (mind. alle 4 Wochen)
 - Erfassung von Symptomen / Problemen
 - Unterstützung bei Therapieentscheidungen
 - Koordination der Versorgung auf Basis der individuellen Bedürfnisse des Patienten
- Temel JS et al.; N Engl J Med 2010
- Universitätsklinikum Erlangen

- Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik
- ### Frühe Palliativmedizin bei Patienten mit Lungenkrebs
- 151 Patienten randomisiert, kontrolliert, monozentrisch
 - Frühe Palliativmedizin (n = 77) vs. Standard (n=74)
 - Erfassung bei Einschluss und nach 12 Wochen
 - weniger aggressive Therapie am Lebensende (p= .05)
 - im Trend länger im Hospiz (p= .09)
 - Lebensqualität besser (FACT - L-TOI; p= .03)
 - weniger Depressivität (HADS; p= .01)
- Temel JS et al.; N Engl J Med 2010



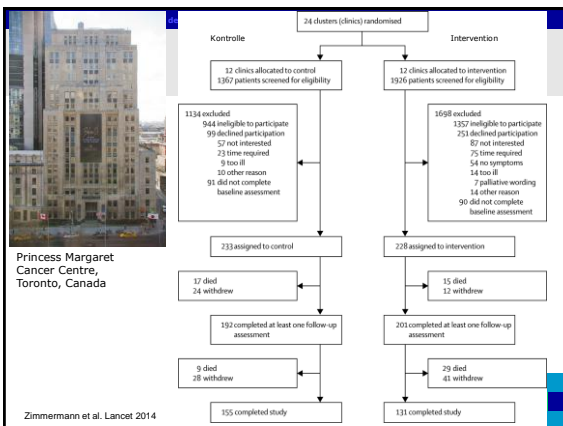
Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial

Cemille Zimmermann, Niala Swami, Monika Kryzanowska, Breffni Hanrahan, Natasha Leigh, Amit Oza, Malcolm Moore, Anne Pydal, Gary Rodin, Ian Tannock, Allen Daines, Christopher Le

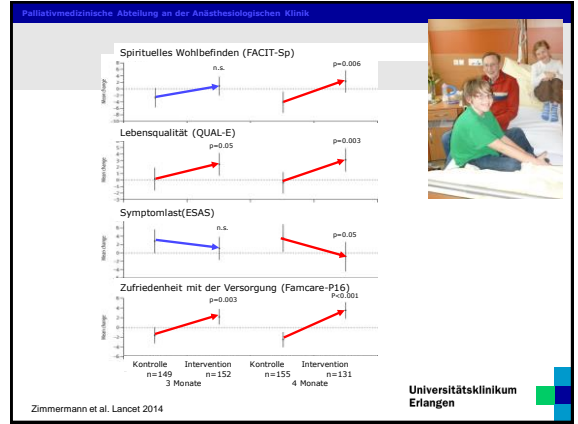
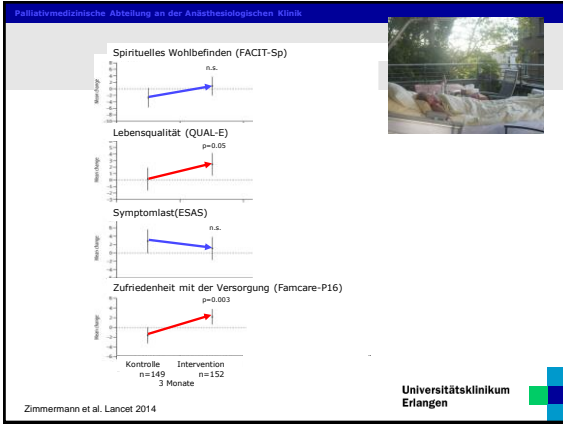
Lancet 2014, 383: 1721-30

Universitätsklinikum Erlangen



Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

	Early palliative care intervention	Standard care
Outpatient clinics	Palliative care physician and nurse Routine once monthly, more often if necessary	Oncologist and oncology nurses Ad hoc, mainly based on chemotherapy or radiation schedules
Staff	Routine, structured assessment during every visit by palliative care nurse and physician	No routine assessment
Symptom assessment in clinic	Routine assessment and discussion of goals of care, of patient and family support needs, and of patient and family coping and psychological distress. Discussion of advance care planning according to patient and family readiness	No routine assessment
Telephone follow-up	Routine by palliative care nurse after each visit, more often as needed by palliative care nurse and physician	As needed by oncology nurse; rare access to oncologist
On-call service	24-h on-call service explained during first visit; provided by specialised palliative care physicians	Access to 24-h on-call service (oncology resident or clinical associate)
Hospital service	Direct access to palliative care unit for symptom management	No access to palliative care unit; admission to oncology ward or medical ward (via emergency department for urgent care)
Inpatient care	Primary care by trained palliative care nurses and physicians Formal 10-day training at opening of palliative care unit, and continued education by palliative care unit advance practice nurse	Primary care by oncology nurses and clinical associates No formal palliative care training
Inpatient staff	Follow-up by palliative care team when admitted to non-palliative care unit service at University Health Network	No follow-up by palliative care team
Palliative care inpatient follow-up	Explained and offered during first visit, reassessed at each visit	Ad hoc; generally no home care referral until referral to palliative care team
Home care	Community care access centre services* Communication with family physician and community care centre Home palliative care physician?	Family ad hoc
Approach to care	Explained during first visit, offered when ECG performance (stage 3) or when patient requests	None
All care providers	Multidisciplinary, addressing physical, psychological, social and spiritual needs	Ad hoc, mainly addressing physical needs



Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Ökonomische Aspekte

Table 6. Estimated Treatment Effect on Total Cost for Specific Utilization Categories, by Time to Consult

Treatment: Time of Consultation After Hospital Admission	Room and Board		ICU*		Pharmacy		Laboratory		Imaging	
	FC Effect B (95% CI)	P	FC Effect B (95% CI)	P	FC Effect B (95% CI)	P	FC Effect B (95% CI)	P	FC Effect B (95% CI)	P
0-10 days (N=102)	-100 (-120 to -80)	<.01	-250 (-280 to -220)	.00	180 (-100 to 50)	.12	-140 (-170 to -110)	<.01	-20 (-100 to 60)	.36
11-20 days (N=102)	-100 (-120 to -80)	.07	-250 (-280 to -220)	.20	180 (-100 to 50)	.12	-140 (-170 to -110)	<.01	-20 (-100 to 60)	.36
21-30 days (N=102)	-100 (-120 to -80)	.60	-250 (-280 to -220)	.20	180 (-100 to 50)	.12	-140 (-170 to -110)	<.01	-20 (-100 to 60)	.36
31-40 days (N=102)	-100 (-120 to -80)	.80	-250 (-280 to -220)	.11	180 (-100 to 50)	.12	-140 (-170 to -110)	<.01	-20 (-100 to 60)	.36
41-50 days (N=102)	-100 (-120 to -80)	.77	-250 (-280 to -220)	.02	180 (-100 to 50)	.12	-140 (-170 to -110)	<.01	-20 (-100 to 60)	.36

N = 969

Kosteneinsparung bei Konsultation nach 6 Tagen: 1312 \$
 Kosteneinsparung bei Konsultation nach 2 Tagen: 2280 \$

May et al. JCO 2015

Universitätsklinikum Erlangen

- Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik
- ### Vortrag
- Therapieziele
 - Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
 - Wirkung von Palliativmedizin
 - Screening
 - Abschluss
- Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Red Flags / Screening

Spezialisierte Palliativmedizin

Schnell-Screening „Palliativmedizinischer Bedarf“

Items	Mögliche Punkte	Palliativmedizinisch relevante Probleme:	pp 1
Diagnose metastatische oder lokal fortgeschrittene Krebskrankung	2	<input type="checkbox"/> Durch Standardmaßnahmen nicht zu kontrollierende Symptome	0.14
Allgemeinzustand nach ECOG	2	<input type="checkbox"/> Mittel bis schwerwiegende Distress bei Patient oder Familie in Zusammenhang mit der Krebsdiagnose oder daraus resultierende (Ziel-) Erwartungen (Edukation und emotionale Bedürfnisse, die Behandlung betreffende zukünftige Faktoren)	
Nennlich eingeschränkte körperliche Aktivität	0.4	<input type="checkbox"/> Sorgen des Patienten der Familie über den Verlauf der Erkrankung und angedeutete Entscheidungen (z.B. Unterstützung/Verpflichtung/ Patientenverfügung)	
Mäßig eingeschränkte körperliche Aktivität und Arbeitsfähigkeit, nicht bettlägerig	1	<input type="checkbox"/> Patient/ Familie leidet um konsistente Beratung durch Palliativmedizin	
Lebensverlauf, meist selbständiger Lebensführung, wachsendes Ausmaß an Pflege/Unterstützung >50% bettlägerig	2	<input type="checkbox"/> Team leuchtet Unklarheiten bei komplexen Entscheidungen oder beim Bestimmen der Ziele der Diagnostik/Behandlung/Verorgung (z.B. Benefit/Risiko der Behandlung, Sterbenswunsch)	
Wachsende unfähig, sich selbst zu versorgen, kontinuierliche Pflege/Unterstützung, mäßige Prognose des Lebens, >50% bettlägerig	3	<input type="checkbox"/> Längere stationäre Behandlung (> mehrere Verweildauer)	
100% bettlägerig, völlig pflegebedürftig	4	Summe	
Eine oder mehrer schwerwiegende Komplikationen der Krebskrankung, häufig assoziiert mit einer Prognose von <12 Monaten (z.B. Hirnmetastasen, Hyperkalzämie, Dehn. Kompression der Wirbelkörper, Katheter)	1		
Eine oder mehrere schwerwiegende Komorbiditäten, häufig assoziiert mit einer Prognose von <12 Monaten (z.B. metastatische bis schwere COPD, Herzinsuffizienz, Demenz, AIDS, terminale Niereninsuffizienz, terminale Leberzirrhose)	1		

≥ 5: Bedarf für Spezialisierte Palliativversorgung

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Screening questionnaire

A. What is your greatest concern?

B. Physical symptoms. During the last week, how severe were your symptoms on the average? As bad as you can imagine

Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lack of appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Drowsy (lethargy)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fatigue (tiredness)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Constipation/Diarrhea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Numbness or tingling	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C. In the past week...

Overall quality of life	0	1	2	3	4	5	6	7
Body Weight	0	1	2	3	4	5	6	7

D. Do you need some help with...

- Information about the treatment and help with decision making
- Economic problems
- Nutrition
- Daily activities (house work, walk, toilet...)

E. Do you wish for specialized palliative care (see the reverse side for detailed information)

WISH / NOT wish

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Bedarf: Spezialisierte Palliativmedizin



Red Flags / Fremderfassung
13% bei einem Cut-off von ≥ 5
 n=119 ambulante Patienten; eingeschätzt von einer Pflegekraft
[Glare P. JOP 2012]



Screening / Selbsterfassung
22,9% (4,9 % erkannt durch Ärzte + 18 % zusätzlich Tool)
 n=206 Patienten mit Beginn Chemotherapie
[Morita T 2008 JSCC]



Einschätzung Arzt: Palliative Care Needs
7% aller Patienten des UK; 16% aller Patienten mit CA
 n=39.849 Patienten in einem Universitätsklinikum
[Becker G 2011 JCO]

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Bedarf PM: Mögliche Indikatoren - Nichtonkologische Patienten -

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

Boyd K et al.; BMJ 2011; Murray SA et al. BMJ 2002

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Bedarf PM: Mögliche Indikatoren - Nichtonkologische Patienten -

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

- ECOG 3/4
- Gewichtsverlust von 10% in den letzten 6 Monaten
- ≥ 2 ungeplante stationäre Aufnahmen in den letzten 6 Monaten
- Patient in Pflegeeinrichtung oder hat Bedarf für mehr Pflege zu Hause

Boyd K et al.; BMJ 2011; Murray SA et al. BMJ 2005

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Bedarf PM: Mögliche Indikatoren - Nichtonkologische Patienten -

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

- ECOG 3/4
- Gewichtsverlust von 10% in den letzten 6 Monaten
- ≥ 2 ungeplante stationäre Aufnahmen in den letzten 6 Monaten
- Patient in Pflegeeinrichtung oder hat Bedarf für mehr Pflege zu Hause

<p>Herzinsuffizienz NYHA IV, schwere Klappenfehler, ausgepr. KHK Atemnot / Angina in Ruhe Refraktäre Symptome Niereninsuffizienz (eGFR < 30 ml/ min) Syst. RR < 100 mmHg u/o Puls > 100 Kardiale Kachexie</p>	<p>Neur. Erkrankungen Rasche Verschlechterung körperlicher u/o kognitiver Funktionen trotz opt. Behandlung Komplexe Symptome Kommunikationsprobleme Dysphagie Rez. Aspirationen Atemnot</p>	<p>Demenz: Unfähigkeit anzuziehen, zu gehen und ohne Unterstützung zu essen Ernährung über PEG Rez. Infektionen Aspirationspneumonie Urin / Stuhl Inkontinenz</p>
---	--	---

Boyd K et al.; BMJ 2011; Murray SA et al. BMJ 2005

Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Vortrag

- Therapieziele
- Definitionen – Zeitpunkt der Einbindung
- Wirkung von Palliativmedizin
- Screening
- Abschluss

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

SPECIAL ARTICLE

Controversies in terminal cancer care

“Um die Kontroverse zwischen einer “Ethik des Handelnmüssens” in der traditionellen, auf Heilung ausgerichteten Medizin und dem medizinischen Handeln unter den Prämissen einer “Ethik der Mildtätigkeit” aufzulösen, muss Palliative Care sich von der reinen Freiwilligkeit und missionarischen Selbsterfüllung zu einer integrierten Disziplin entwickeln.”

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

SPECIAL ARTICLE

Controversies in terminal cancer care

"Hierzu bedarf es einiger Voraussetzungen:

1. Integration der Palliativmedizin in die frühe Phase der Prävention, Diagnosestellung und Therapieplanung, damit es nicht nur zur Notlösung degeneriert für den Arzt, der keine weitere kurative Therapie mehr anzubieten hat..."

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Support Care Cancer (1994) 2:82-87
© Springer-Verlag 1994

SPECIAL ARTICLE

Volker Diehl  **Controversies in terminal cancer care**

"Hierzu bedarf es einiger Voraussetzungen:

1. Integration der Palliativmedizin in die frühe Phase der Prävention, Diagnosestellung und Therapieplanung, damit es nicht nur zur Notlösung degeneriert für den Arzt, der keine weitere kurative Therapie mehr anzubieten hat..."

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

S3Leitlinie Palliativmedizin

- Konsultationsfassung -

11.1.	Konsensbasierte Schlüsseempfehlung
EK	Alle Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollen</i> unabhängig vom Krankheitsstadium Zugang zu Informationen über Palliativversorgung haben.
11.2.	Konsensbasierte Schlüsseempfehlung
EK	Allen Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.

Universitätsklinikum Erlangen

Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik

Teamwork !

Universitätsklinikum Erlangen

Wenn Sie sich für eine einmalige Spende interessieren, bitten wir Ihre Spende bitte an folgende Konto:

Stiftung zur Förderung der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Erlangen e.V.
Kontoinhaber: Spitalhaus Erlangen
Kontoblatt: 300 00000
Kontonummer: 4401018
IBAN: DE44 2410 0510 0413 18 00
BIC: UENK3333

Wir möchten über aktuelle Aktivitäten des Vereins zur Förderung der Palliativmedizin e.V. informiert werden.

per Email
Abmeldung: bis 14 Tage vor dem nächsten Newsletter

per Post
Abmeldung: bis 14 Tage vor dem nächsten Newsletter

Bitte verbinden Sie auch Daten Rate in einem Briefumschlag gerade.

Alle Informationen zum Verein:
www.palliativmedizin-erlangen.de
www.stiftung-palliativmedizin-erlangen.de
E-Mail: stiftung@palliativmedizin-erlangen.de

Einzelne Dringl. Spenden:
Telefon: +49 9131 83-30004
Telefax: +49 9131 83-30000
E-Mail: palliativmedizin@uk-erlangen.de

Alles was geschieht geht Dich an. - Günter Eich -

Zwei Stunden einen Menschen direkt als einzige Betreuung zu sein, ist ein unvergleichliches, das wertvollste, das man leisten darf. Aber auch ein Risiko, denn es ist ein Risiko, wenn man zu einem Menschen und dessen Angehörigen in einem Moment, in dem sie sich nicht mehr helfen können, steht. In diesem Moment ist man nicht mehr ein Mensch, sondern ein Helfer. Und das ist eine große Verantwortung.

Stiftung zur Förderung der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Erlangen e.V.
Stiftungsleiter: Prof. Dr. G. Diehl
Königsplatz Erlangen 91 05025
Krankenhausstraße 14
91054 Erlangen