

# Early Palliative Care

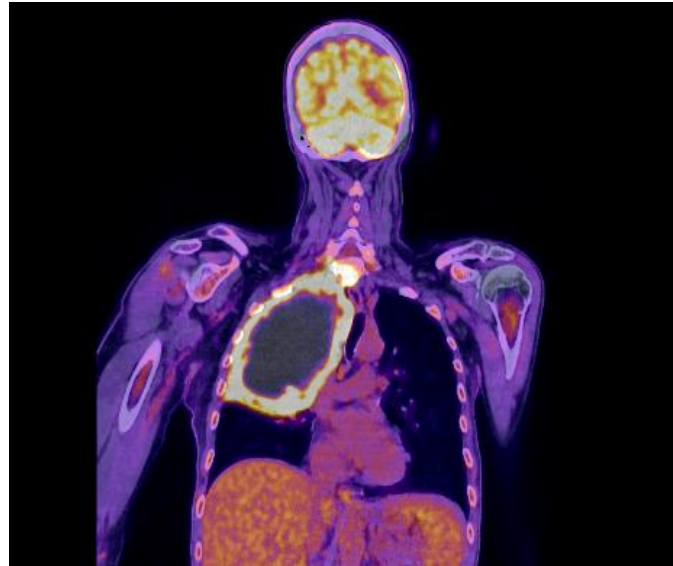
Fachsymposium Lebensqualität bei unheilbaren Krankheiten

Dr. med. Gaby Fuchs LÄ Palliativmedizin  
Dr. med. Petra Fellmann LÄ Onkologie und Palliativmedizin

12.09.2024

# Traditional («too late») palliative care

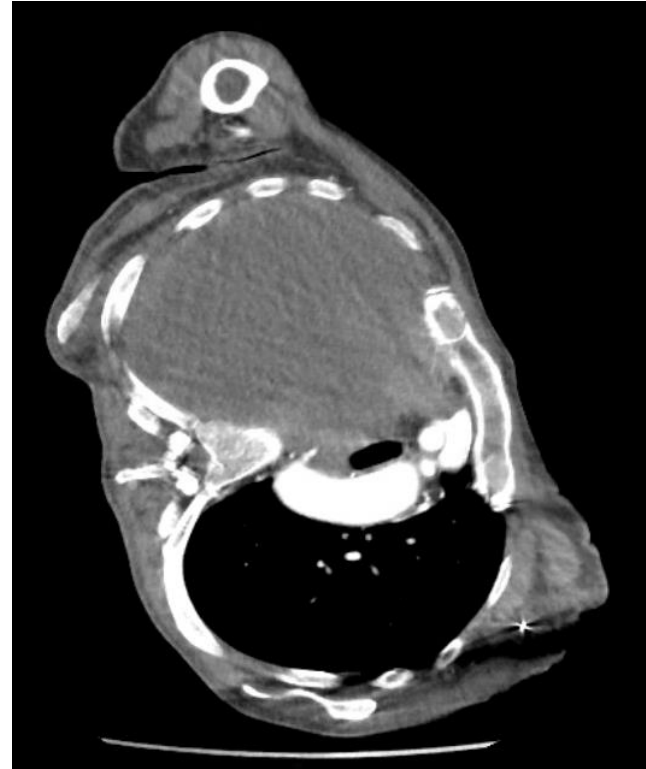
Hr. R. 58 jährig



Hospitalisation wegen AZ-Verschlechterung,  
zunehmender Dyspnoe

Übernahme auf Pallativstation zur  
Symptomkontrolle und Stabilisierung

Kurz nach Eintritt akute Verschlechterung mit  
massiver Dyspnoe, Vigilanzminderung, Zeichen  
einer oberen Einflusstauung



# Nachteil «late» Palliative Care

## Faktor Zeit!!

- Keine Krankheitsverarbeitung für Pat. und Angehörige
- Unerledigtes bleibt unerledigt
- Gesprächsführung bei fehlender Vertrauensbasis erschwert mit Pat. und Angehörigen
- Optimale Betreuung bei fehlender Kenntnis der Bedürfnisse nicht möglich

# Definition "early palliative care"

Chat GPT:

Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Massnahmen in den Behandlungsplan von Patienten mit schweren, oft lebensbedrohlichen Krankheiten, **lange bevor** das Endstadium der Krankheit erreicht ist. Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien zu verbessern, indem physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse adressiert werden.

Offene Frage: wann ist der richtige Zeitpunkt?

# Early palliative care (Frau N.M., Jg. 1960)

6/2021: Aufsuchen des Hausarztes wegen "Obstipationsbeschwerden" – Feststellung von Aszites, im CT V.a. Ovarialkarzinom links

24.6.21: OP (Laparotomie mit Tumorresektion an diversesten Orten in allen 4 Quadranten), Kolektomie und Anlage eines endständigen Ileostomas

6.7.21: Tumorboard: **pT3c pN0 L1 V0 Pn0, R0 (makro) high-grade, FIGO-Stadium IIIC**

Mitte Juli – Mitte August: Rehabilitation auf der Barmelweid

18.8.21: Start adjuvante Chemotherapie

Zitat Onkologie 2.9.21: "Aktuell besteht weiter AZ Minderung mit Fatigue, Nausea, intermittierend mal Erbrechen. Viel Flüssigkeit über Stoma. Gestern wohl synkopiert. Ausserdem emotional durch Krebsdiagnose wohl sehr belastet.  
-> Ich empfehle stationären Aufenthalt wenn Situation zuhause schlechter bzw. Palliativstation Zofingen zur Einstellung der Symptome mit probatem Konzept für dann zuhause.  
Sie wolle sich dies überlegen."

Es folgt der 1. Aufenthalt auf der Palliativstation vom 3.9.-14.9.2021

- S: Schwäche, Müdigkeit, Inappetenz, Gewichtsverlust (60 → 52kg), Diarrhoe, Nausea
- E: Rea/IPS Ja/Ja, keine PV
- N: Lebt mit Tochter in Maisonette-Wohnung mit vielen Treppen / Unterstützung durch Schwester, die in der Nähe wohnt / Spitex 2 x pro Woche für Stomawechsel
- S: Weiss über Psychoonkologie Bescheid, aktuell allerdings kein Bedarf

Problem des "High output – Stoma" konnte unter Kontrolle gebracht werden (medikamentös und nächtliche Flüssigkeitssubstitution)

2. Aufenthalt auf der Palliativstation vom 12/21

Erneut Flüssigkeitsverlust über das Stoma und inzwischen weiterer Gewichtsverlust (noch 46kg KG)

CT zeigt kein Rezidiv

Bei V.a. Malabsorption Beginn mit parenteraler Ernährung

→ Gewichtszunahme von 7kg (aktuell 53kg) innert ca. 8 Wochen



Hospitalisation auf der Medizin und Gynäkologie KSA 05-06/22

Bei invalidisierenden lumbalen Rückenschmerzen zeigte sich im CT Abdomen ein Tumorprogress mit multiplen neuen peritonealen Knoten und perihepatischem Aszites.

Palliative Chemotherapie wird am 6/23 begonnen, die parenterale Ernährung weitergeführt.

Gewicht 56kg

Verschiedene Komplikationen (Port-infekt mit Hospitalisation 09/22, mechanischer Dünndarmileus, Harnstau rechts mit Einlage eines Tumorstents am 10/22, rezidivierende Infekt Picc/HWI ...)

**2023**

Picc-Entfernung am 24.4.2023 – Stopp parenterale Ernährung für 1 Jahr

Rez Darmpassagestörungen – Einlage einer Ablauf – PEG im September 2023

# 2024

Körpergewicht 38-40kg, "Progressive disease" im CT mit Darmpassagestörung und Pleurakarzinose

3.4.-26.4.24 3.Aufenthalt auf Palliativstation: PAC Einlage, Wiederbeginn mit TPN

Neu ab 5/2024: Pleuraergüsse bds., wiederholt punktionswürdig

19.6.24: Abbruch tumorspezifische Therapie

21.6.- 5.7.24.: 4. Aufenthalt auf der Palliativstation wegen Hautrötung PEG – Sonde, Pleuraergüssen  
→ Pleur-X-Einlage

Verlegung ins Hospiz nach Brugg am 5.7.2024, wo Frau N. später verstorben ist.



# Integration of oncology and palliative care: a *Lancet Oncology* Commission

Stein Kaasa\*, Jon H Loge\*, Matti Aapro, Tit Albrecht, Rebecca Anderson, Eduardo Bruera, Cinzia Brunelli, Augusto Caraceni, Andrés Cervantes, David C Currey, Luc Deliens, Marie Fallon, Xavier Gómez-Batiste, Kjersti S Grotmol, Breffni Hannon, Dagny F Haugen, Irene J Higginson, Marianne J Hjermstad, David Hui, Karin Jordan, Geana P Kurita, Philip J Larkin, Guido Miccinesi, Friedemann Nauck, Rade Pribakovic, Gary Rodin, Per Sjogren, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Tonje Lundebj

## Traditional palliative care



## Early palliative care



# Kurzumfrage Onkologie/Hämatologie KSA

## Gründe für den Einbezug des Palliative care – Teams?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. Komplexe, schwer einstellbare Symptome                                  | 30%, 20%, 50%, 10%, 30%, 30%, 100% |
| 2. Schwierige, den Patienten überfordernde Entscheidungsfindungen          | 10%, 5%, 20%, 0%, 10%, 30%         |
| 3. Überforderung des Umfeldes  | 15%, 25%, 30%, 50%, 15%            |
| 4. Psychische Dekompensation des Patienten /Umfeldes                       | 10%, 20%, 20%, 30%, 10%, 60%       |
| 5. Zu wenig Zeit, dem Patienten in der Onko-Sprechstunde gerecht zu werden | 15%, 30%, 0%, 15%, 40%             |
| 6. Andere: welche?   |                                    |

**LA:** 40% (ausgeschöpfte onkologische Möglichkeiten, andere Ziele werden wichtig)

**Erfahrener AA:** Wenn Einzelkämpfer Onkologe mit Rezeptblock und Sprechstunden den Patienten einfach nicht mehr gerecht wird und ein multimodales Konzept benötigt wird, welches organisiert werden muss.

**OA:** 20% bei palliativen Situationen mit absehbarer Prognose und schwieriger Symptomkontrolle (z.B. Pankreaskarzinom)

**Frischgebackene OÄ:** Anbindung prophylaktisch vor Dekompensation der Situation, damit diese dann bei Bedarf schneller abgefangen werden kann

**CA:** Symptomlast und wenn der Patient von einem Aufenthalt auf der Palliativstation profitieren könnte (geht einher mit ungenügender Versorgung daheim und in 5% auch mit psychischer Überlastung)

**OÄ:** 20 % Patienten die nicht wahrhaben wollen dass es auf das Ende zugeht und eine Planung des End of life Cares brauchen.

# Assessments

Welche Identifikations-Werkzeuge gibt es?

national:

- ID Pall
- Pallia -10
- P-CaRES-D
- EPS-Tool
- PaPaS-Scale
- Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa(I-CURPAL-02)

international

- SPICT
- GSF-PIG 6th Edition
- NECPAL

## ID-PALL<sup>®</sup> G

Identifikation von Patienten die **allgemeine PALLiativmedizinische** Unterstützung benötigen.

Diese kann von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften gewährleistet werden.

Patientenetikett

Beurteilen Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf die aktuelle Situation des-der Patienten-in:

1. Wären Sie Überrascht, wenn diese-r Patient-in innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Der-die Patient-in leidet an einer fortschreitenden Erkrankung, die <b>seine-ihre Lebenserwartung verkürzt</b> <b>UND</b> weist eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf: <b>Kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustands</b> (mit nur begrenzter Reversibilität und Zunahme der Hilfsbedürftigkeit) <b>ODER</b> <b>Ausgeprägte Instabilität des Krankheitsverlaufs während der vergangenen 6 Monate</b> (charakterisiert durch ein aus der Sicht des Patienten nicht kontrolliertes Symptom ODER ein Dekubitus $\geq$ Grad 3 ODER mehr als eine Episode von akut auftretender Verwirrtheit, Infektion, ungeplanter Hospitalisierung oder Sturz) <b>ODER</b> <b>Psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> (Patient-in oder Angehörige) <b>ODER</b> Unterstützungsbedarf bzgl. <b>Entscheidungen in der letzten Lebensphase</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Geplante oder bereits erfolgte Beendigung von kurativen Behandlungen oder <b>lebenserhaltenden Maßnahmen</b> (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Wunsch nach <b>palliativmedizinischer Mitbetreuung</b> seitens des-der Patient-in, der Angehörigen oder der betreuenden Fachkräfte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie **NEIN bei der ersten Frage oder JA bei mindestens einer der Aussagen 2, 3, oder 4** angekreuzt haben:

Der/die Patient-in benötigt sehr wahrscheinlich palliativmedizinische Unterstützung. Bitte berücksichtigen Sie die **Empfehlungen zur allgemeinen palliativmedizinischen Betreuung** und füllen Sie den ID-PALL<sup>®</sup> S aus.

## ID-PALL<sup>®</sup> S

Identifikation von Patienten, die **spezielle PALLiativmedizinische** Unterstützung benötigen.

Diese wird von Palliative Care-Fachkräften durchgeführt.

Beurteilen Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf die **aktuelle Situation** des-der Patienten-in, **falls er-sie ID-PALL<sup>®</sup> G positiv ist**



1. Vorhandensein <b>mindestens eines schwerwiegenden und persistierenden Symptoms</b> - einschließlich Schmerzen -, das nach 48 Stunden nicht ausreichend auf die Behandlung angesprochen hat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. <b>Schwierigkeiten bei der Einordnung</b> körperlicher Symptome oder psychischer, sozialer oder spiritueller Probleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. <b>Uneinigkeit oder Unsicherheit</b> bei Patient-in, Angehörigen oder den betreuenden Fachkräften, z.B. bezüglich medizinischer Behandlungen, komplexer Entscheidungen oder dem Reanimationsstatus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. <b>Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> des-der <b>Patienten-in</b> (z.B. schwere Angstsymptomatik oder depressive Symptome, Gefühl der Isolation/zur Last zu fallen, Verlust von Sinn/Hoffnung, Sterbewunsch, Frage nach assistiertem Suizid)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. <b>Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> bei den <b>Angehörigen</b> (z.B. schwere Angstsymptomatik oder depressive Symptome, schwerer Erschöpfungszustand, Destabilisierung des Familiensystems, Verlust von Sinn/Hoffnung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Geplante <b>Palliative Sedierung</b> (= medikamentöse Verringerung des Bewusstseins mit dem Ziel der Linderung therapieresistenter Symptome)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Schwierigkeiten mit Patient-in oder Angehörigen bezüglich der <b>Therapie- und Behandlungsplanung</b> oder der <b>Erstellung von Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Der-die Patient-in, die Angehörigen oder die mitbetreuenden Fachkräfte könnten Ihrer Einschätzung nach von einer <b>spezialisierten palliativmedizinischen (Mit)betreuung</b> profitieren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie **JA bei einer der Aussagen** angekreuzt haben: der-die Patient-in wird sehr wahrscheinlich von einer spezialisierten palliativmedizinischen (Mit)Betreuung profitieren.

# EPS Tool (Erkennung palliativer Situationen)

Andreas Weber – Stiftung

- > 5 Punkte: allgemeine Palliative care durch Spitex, Hausarzt, Pflegeheim, Spitalabteilung
- >10 Punkte: instabile und komplexe Situation, Bezug spezialisierte Palliative care

EPS: 17 Punkte wären das Maximum, Test hat sich in der Praxis bewährt (Validierung 2021 und 2022 mit drei Pflegeheimen und einem Akutspital)

- Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
- Konflikte zwischen Patient/in, Betreuenden, Umfeld über Therapieziele und Behandlungen
- Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. wenn der Pat. Mehr als einen halben Tag im Bett verbringt)

Aktuell füllen wir diesen Kriterienkatalog vor Übertritt in eine palliative Langzeitinstitution aus.



**SPICIT-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.**

### Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen.
- Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung; Verbesserung ist unwahrscheinlich (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag liegend oder sitzend).
- Patient ist aufgrund körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigungen im Alltag auf Unterstützung angewiesen.
- Pflegende Angehörige benötigen (zusätzliche) Unterstützung/Entlastung.
- Deutlicher Gewichtsverlust in den letzten 3-6 Monaten und/oder Patient ist untergewichtig.
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).
- Patient/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/Therapiezieländerung.

### Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

#### Krebserkrankung

Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen.  
Patient ist zu schwach für eine Tumorthherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle.

#### Demenz/Gebrechlichkeit

Multiple Beeinträchtigungen, z.B.:  
Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.  
Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen.  
Harn- und Stuhlinkontinenz.  
Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich.  
Wiederholte Sturzereignisse; Femurfraktur.

#### Neurologische Erkrankung

Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.:  
Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion.  
Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien; Atemnot und/oder Lungenversagen.  
Anhaltende Lähmungen nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung.

#### Kardiovaskuläre Erkrankung

Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.  
Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung.

#### Atemwegserkrankung

Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung.  
Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie.  
Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend.

#### Andere lebenslimitierende Erkrankungen

AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist.

#### Nierenerkrankung

Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung.  
Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/Behandlungen.  
Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen.

#### Lebererkrankung

Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z.B.:  
• Diuretikum-resistenter Ascites  
• hepatische Enzephalopathie  
• hepatorenales Syndrom  
• bakterielle Peritonitis  
• rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen  
Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend.

### Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:

- Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie.
- Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen.
- Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie.
- Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.
- Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz.
- Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans.

# Evidenz der Early Palliative Care

Lebensqualität? Für Patient/Innen und Angehörige!

Lebensquantität?

Belastung Gesundheitswesen? Kosten?

# Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment

Alexi A. Wright, MD; Baohui Zhang, MS; Alaka Ray, MD; [et al](#)

## Methods

- US, prospective, 2002-2008
- advanced cancer patients
- Interviews with patients and bereaved caregivers (assessment psychiatric illness and quality of life (QoL) median 6.5 months later)

## Outcomes

- primary outcome aggressive medical care (e.g., ventilation, resuscitation) and hospice in the final week of life
- Secondary patients' mental health and caregivers' bereavement adjustment

## Results

- 332 patients, enrollment to death median of 4.4 months
- lower rates of ventilation 1.6% vs. 11.0%, resuscitation 0.8% vs. 6.7%, ICU admission 4.1 vs. 12.4%, earlier hospice enrollment 65.6% vs. 44.5%
- Discussion not associated with higher rates of Major Depressive Disorder

EOL discussions associated with **less aggressive medical care near death** and **earlier hospice referrals**. Aggressive care is associated with worse patient **QoL** and worse **bereavement adjustment**.

ORIGINAL ARTICLE

# Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,

## Methods

- newly diagnosed metastatic non–small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncologic care or standard oncologic care alone
- Meetings palliative care team (palliative care physicians and advanced-practice nurses) monthly
- Quality of life and mood were assessed (FACT-L, HADS)

## Outcome

- change in the quality of life at 12 weeks
- end-of-life care data collected from electronic medical records

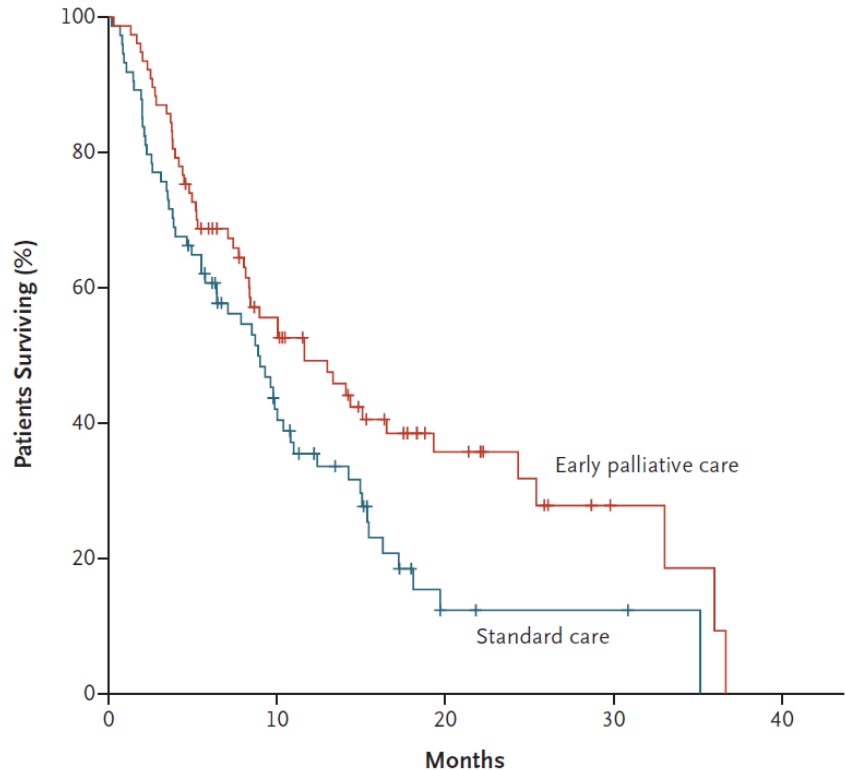


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

## Results

- 151 patients
- better quality of life, fewer depressive symptoms (16% vs. 38%)
- median survival 11.6 months vs. 8.9 months,  $P=0.02$

significant improvements in both **quality of life and mood**. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had **less aggressive care** at the end of life but **longer survival**.

# Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care

*Richard Brumley, MD,\* Susan Enguidanos, PhD, MPH,† Paula Jamison, BA,† Rae Seitz, MD,‡*

## **Methods**

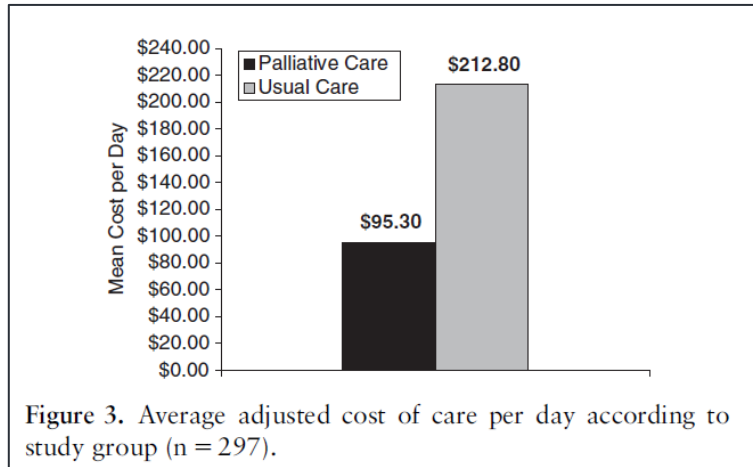
- randomized, controlled trial, USA
- Homebound, terminally ill patients prognosis  $\leq 1$  year plus  $\geq 1$  hospital or emergency department visits in the previous 12 months.
- Usual versus in-home palliative care (IHPC) plus interdisciplinary team providing pain and symptom relief, patient and family education and training, and an array of medical and social support services.

## **Outcome**

- satisfaction with care, use of medical services, site of death, and costs of care

## Results

- 298 patients
- greater improvement in satisfaction with care ( $P<.05$ ), more likely to die at home ( $P<.001$ ), less likely to visit the emergency department ( $P=.01$ ) or be admitted to the hospital ( $P<.001$ ), resulting in significantly lower costs of care for intervention patients ( $P=.03$ )



In-home palliative care significantly increased patient **satisfaction** while reducing **use of medical services and costs** of medical care at the end of life



# Wie spreche ich es an, wenn ich ein "Palliativteam" beiziehen will?

Einen "Goldstandard" gibt es leider nicht

Es gibt Literatur dazu, aber heute gibt es "Tipps von F&F" (Fuchs und Fellmann)

- Zeit nehmen und **SITZEN!!**
- **Angehörige** beiziehen (z.B. bei kognitiver Einschränkung)
- Direkte Kommunikation über **realistische** Erwartungen ohne **Hoffnungen** zu zerstören (Schlecht-Wetter-Weg vs Schön-Wetter-Weg)
- Nützliche Formulierungen: "haben Sie sich schon überlegt, wie .... " oder "aus unserer Erfahrung ...." oder "es macht uns/mir Sorgen, dass....."
- Sie dürfen mutiger und direkter sein, wenn Sie den Betroffenen gut kennen ("ohne Unterstützung kann ich Sie/Dich wirklich nicht mehr daheim lassen").
- Seien Sie auch mutiger und direkter, wenn jemand alleine lebt. Diese autonomen Menschen halten oft sehr lange alleine durch, was grossen und unnötigen Stress verursachen kann.

## Oder vielleicht finden Sie eine Metapher?

March 17, 2022

# **Palliative Care Is the Umbrella, Not the Rain—A Metaphor to Guide Conversations in Advanced Cancer**

Camilla Zimmermann, MD, PhD<sup>1,2,3</sup>; Jean Mathews, MD<sup>1,2,4</sup>

» [Author Affiliations](#)

*JAMA Oncol.* 2022;8(5):681-682. doi:10.1001/jamaoncol.2021.8210

