

Palliative Care ausserhalb des Spitals

Fortbildungsanlass von palliative bs+bl, 23.09.2021

Workshop Schmerz-Management

Heike Gudat

Herr Stein, 75 Jahre, 65 kg, mit M. Parkinson, KHK und Osteoporose, im Pflegeheim.

Der leicht demente Patient stürzte nachts beim Gang auf die Toilette. Dabei schlug er mit der linken Seite gegen das Lavabo und glitt dann zu Boden. Rasch von Nachtwache gefunden, zu Bett gebracht. Dafalgan aus der Reserve gegen Schmerzen, danach plusminus geschlafen. Am Morgen atemabhängige Schmerzen linker Thorax und Druckpunkt über 10. Rippe. Dort auch kleines Hämatom. Mail an Hausärztin.

Bisherige Therapie:

Madopar Tbl. 125mg	1-0-0-0
Madopar Tbl. 62.5mg	0-1-1-1
Sifrol ret. Tbl. 0.75mg	1-0-0-0
Minalgin Trp.	20-20-20-20
Calcimagon D3	1-0-0-0

Welche Schmerzmittel und weitere Massnahmen würden Sie einsetzen?
(mehrere Antworten und Medikamentenkombinationen richtig):

- A. Novalgin Trp. ausdosieren 40-40-40-40 (Novalgin weniger grusig als Minalgin)
- B. Dafalgan Tbl. 500mg 1-1-1-1
- C. Miacalcic Nasenspray 200 E. 1-0-0-0 für 14 Tage
- D. Gabapentin Kps. 100 mg 1-0-0-1
- E. Tramadol Kps. 50 mg Fix 1-0-0-1 oder in Reserve 1 Kps. bis alle 8 Stunden
- F. Morphin Trp. 2% fix Fix: 3 Trp. (=3mg) alle 4 Std.
- G. Morphin Trp. 2% In Reserve: 3 Trp., bis einstündlich
- H. Targin ret. Tbl. 5/2.5mg Fix: 1-0-0-1
- I. Oxynorm Lsg. In Reserve: 0.5 ml, bis einstündlich (=5mg Oxycotin)
- J. Atemgymnastik für 14 Tage
- K. Bettruhe Bis Schmerzen abgeklungen sind
- L. Delirprophylaxe (bspw. Risperdal, Quetiapin)

Frau Jans, 80 Jahre, 80 kg, mit ossär metastasiertem Mammakarzinom, im Altersheim.

Die geistig klare Patientin hatte bisher alle vorgeschlagenen Chemotherapien gewünscht. Unter dem letzten Zyklus im Spital jedoch keine Tumorstabilisierung mehr, neu Pleurametastasen mit Pleuraergüssen, Einlage PleurX und Drainage von 200ml/d jede Seite. Die Patientin entschloss sich jetzt zu einer rein symptomatischen Behandlung und kehrte ins Altersheim zurück. Sie fühlte sich deutlich geschwächt und wünschte, bald sterben zu dürfen.

Symptome: Die metastasenbedingten Skelettschmerzen (multilokulär) waren mässig stark (VAS 5/10), leichte Übelkeit, appetitlos, Anstrengungsdyspnoe NYHA III, Angst vor Erstickten. Verwitwet, zwei engagierte Töchter mit Familien.

Aktuelle Therapie:

Fentanyl TTS 50ug/h und Fentanyl TTS 12 ug/h alle 3 Tage

Novalgin Tbl. 1 gr. 1-1-0-1

Dafalgan Tbl. 500mg 1-1-1-1

Movicol Sachet 1-0-0-0

Wie würden Sie bezüglich Schmerzmittel weiter vorgehen (eine Antwort richtig):

A. Fixe Medikation:

Fentanyl steigern auf 100 ug/h alle 3 Tage
Novalgin und Dafalgan unverändert weiter

Reserve:

Morphin Amp. à 10mg: ½ Amp. subkutan bis alle 4 Stunden

B. Fixe Medikation: Rotieren von Fentanyl auf Morphin

Morphin 1 Amp. à 10mg alle 4 Stunden subkutan
Novalgin und Dafalgan stop

Reserve:

1. Tramadol Kps. à 50mg: 1 Kps. bis alle 6 Stunden
2. Morphin Amp. à 10mg: ½ Amp. subkutan zusätzlich bis alle 4 Stunden

C. Fixe Medikation: Rotieren von Fentanyl auf Morphin

MST Cont. ret. Tbl. à 60mg 1-1-0-1
Novalgin und Dafalgan unverändert weiter

Reserve:

Morphin Trp. 2%: 30-40 Trp. bis einstündlich ODER
Morphin Amp.: 15-20mg bis einstündlich

Palliative Care ausserhalb des Spitals

Fortbildungsanlass von palliative bs+bl, 23.09.2021

Workshop Schmerz-Management

Heike Gudat

Was erwarte ich selber von einer guten Schmerztherapie? Beispiel Hexenschuss

1. Akuter Schmerz innert behoben
2. Mindestens Stunden am Stück gute Schmerzkontrolle
3. Höchstens Reservedosen/Tag nötig
4. Akzeptable Nebenwirkungen:
6. Ziel:

Schmerzen als mehrdimensionales Phänomen verstehen

- Wer ist dieser Mensch?
- Wie interferieren die Schmerzen mit seinem Leben?
- Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, was lösen sie selber an Stress / Angst aus?
- Was kann dieser Mensch selbst gegen die Schmerzen tun?
- Was möchte, erhofft er von uns?

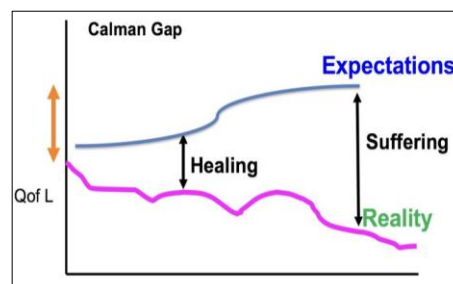
Nach: S. Eychmüller. Schmerzen. In: Bally et al. Handbuch Palliativmedizin, 4. Auflage, 2021, hogrefe.

Faktoren, die eine Schmerztherapie scheitern lassen

- Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein
- Überhöhte Erwartungen an die Analgetika («Totallösung», Calman Gap)
- Ungenügendes Selbstmanagement
- Ungenügende Verfügbarkeit betreuender Fachpersonen
- Ungenügende Kommunikation an Patienten und Angehörige

Zwischen Hoffnung und Realität: das Calman Gap (die «Calman-Lücke»)

“Die Lebensqualität wird (auch) beeinflusst durch die Differenz - also die Lücke - zwischen der Realität und den Erwartungen und Hoffnungen, die ein betroffener Mensch hat.”



Kenneth Calman: **Quality of life in cancer patients – an hypothesis.** J Med Ethics, 1984;10:124

Akutschmerz, neu Morphin: Welche Startdosis?

👉 1-3 mg	👉 3-5 mg	👉👉 5-10mg
Hochbetagt 90J, 60kg	Frau 60J, 60kg	Mann 60J, 90kg

Faustregel: Ausgangspunkt sind 5mg Morphin peroral (👉)
Je älter, je dünner, «je mehr Frau», umso tiefer starten.

Aber: Bei **starken** Akutschmerzen rechnet man höher:
0.2 mg Morphin HCL peroral pro kg Körpergewicht.

Bsp. 60 kg KG → 12 mg Mô peroral bis 1stdl. oder
→ 4 mg Mô i.v. bis alle 15 Min.

Start Morphin: korrekte Verordnung

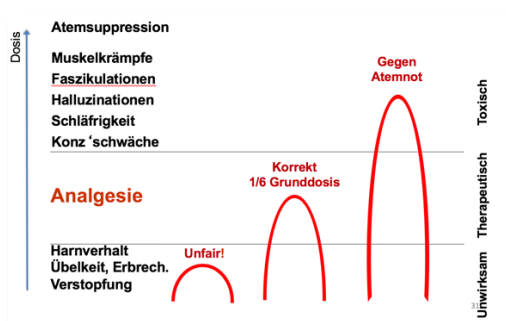
Fixe Medikation

Morphin HCl 2% 3 mg (= 3 Trp.) alle 4 Std. (während Nachtschlaf Pause)
Haldol Trp. 3 - 0 - 0 - 3 Tag 1-7 oder anhaltend
Laxoberon Tr. 0 - 0 - 0 - 5

Schmerzreserve

1. Morphin HCL 3 mg p.o. bis 1 stdl. ODER
Morphin HCL 3 mg s.c. bis 1 stdl.
2. Morphin HCL 2 mg i.v. bis alle 15 min.

Opioide: Die richtige Reservedosis



Schwerste Schmerzkrise: Verordnung (Infarkt, Fraktur, Lungenembolie, Aneurysma)

Alternierend je alle 10 Minuten i.v. oder i.m.:

- Morphin HCL 5-10 mg (Mo-naiv) bzw. 1/6 der Tagesdosis
- Dormicum 5-10 mg

Das heisst, man kann alle 5 Minuten etwas geben. Start ev. mit beiden Medis zusammen.