

Schwierige Entscheidungen in der geriatrischen Palliative Care



Dr. med. Roland Kunz, Chefarzt
Klinik für Akutgeriatrie und Zentrum für Palliative Care



Stadt Zürich
Stadtspital Waid und Triemli

SENS: Strukturierungshilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care

- Symptom-Management:
 - Behandlung der Symptome und Probleme, die die Lebensqualität beeinträchtigen
- Entscheidungsfindung:
 - Orientierung an den Zielen des Patienten
- Netzwerk:
 - Betreuungsnetz aus amb. und stat. Strukturen
- Support
 - Unterstützung von Angehörigen

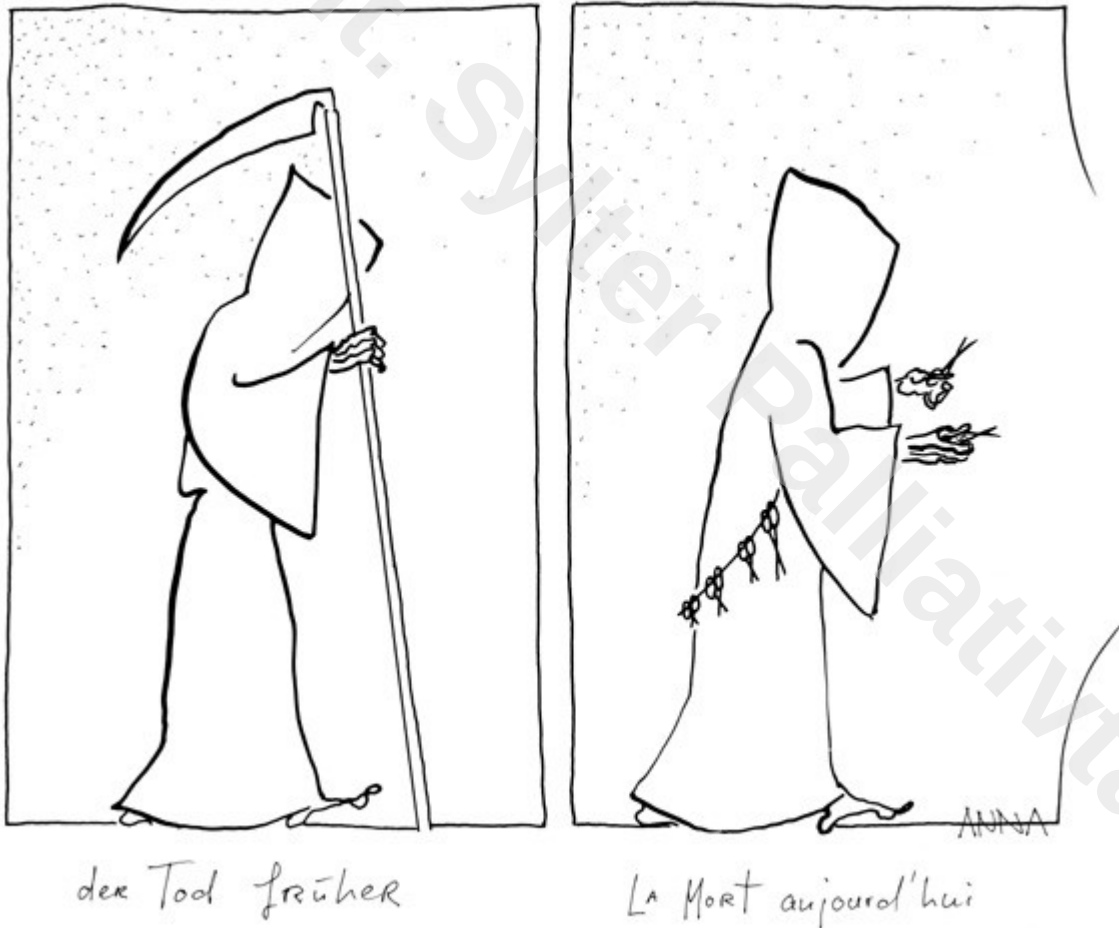


SENS: Strukturierungshilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care

- Symptom-Management:
 - Behandlung der Symptome und Probleme, die die Lebensqualität beeinträchtigen
- **Entscheidungsfindung:**
 - Orientierung an den Zielen des Patienten
- Netzwerk:
 - Betreuungsnetz von amb. und stat. Strukturen
- Support
 - Unterstützung von Angehörigen



Vom Schicksal zur bewussten Entscheidung



Das Lebende
kommt
schrittweise und
als Folge von
Entscheidungen

Copyright © 2004 by ANNA Anna Regula Hartmann



Stadt Zürich
Stadtspital Waid und Triemli

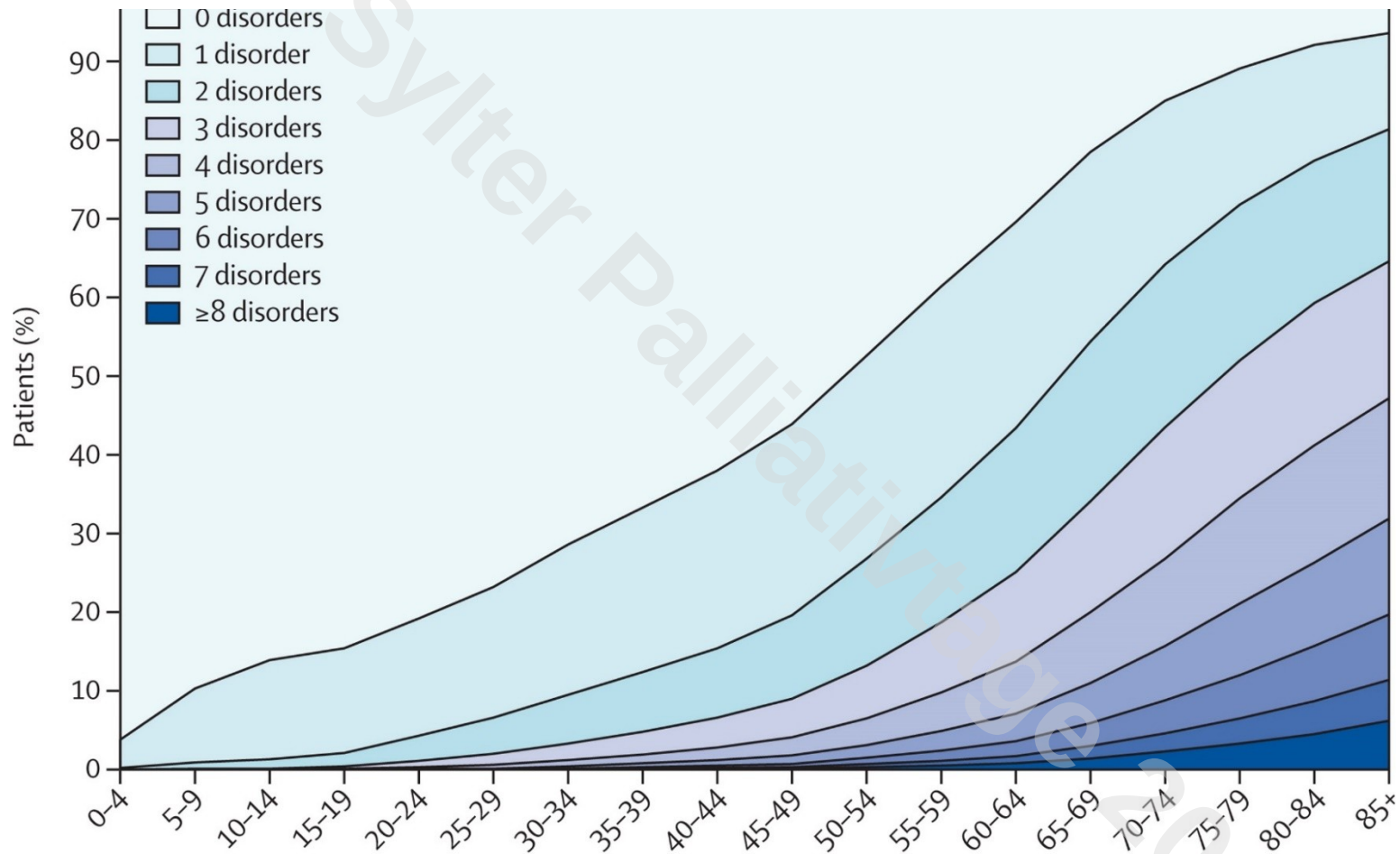
Warum sind Entscheidungen schwieriger beim geriatrischen Patienten?

- Schwierige Prognoseeinschätzung
 - Multimorbidität = Instabilität
- Kommunikation und Urteilsfähigkeit
 - Demenz, Überforderung
- Evidenzbasierte Grundlagen versus individuelle Situationen
- Ethische Konflikte



Multimorbidität im Alter

→ Herausforderung Prognose



Prognose

→ wie «kurativ» oder palliativ?

- «Surprise» Question (12 Monate)?

- Auf chirurg. Notfall: Sens. von 81%, Spez. 51%

Lilley EJ et al. J Pall Med 2017

- Patienten mit Herzinsuffizienz: Sens. 85%, Spez. 59%

Straw S et al. Europ J of Heart Failure 2018

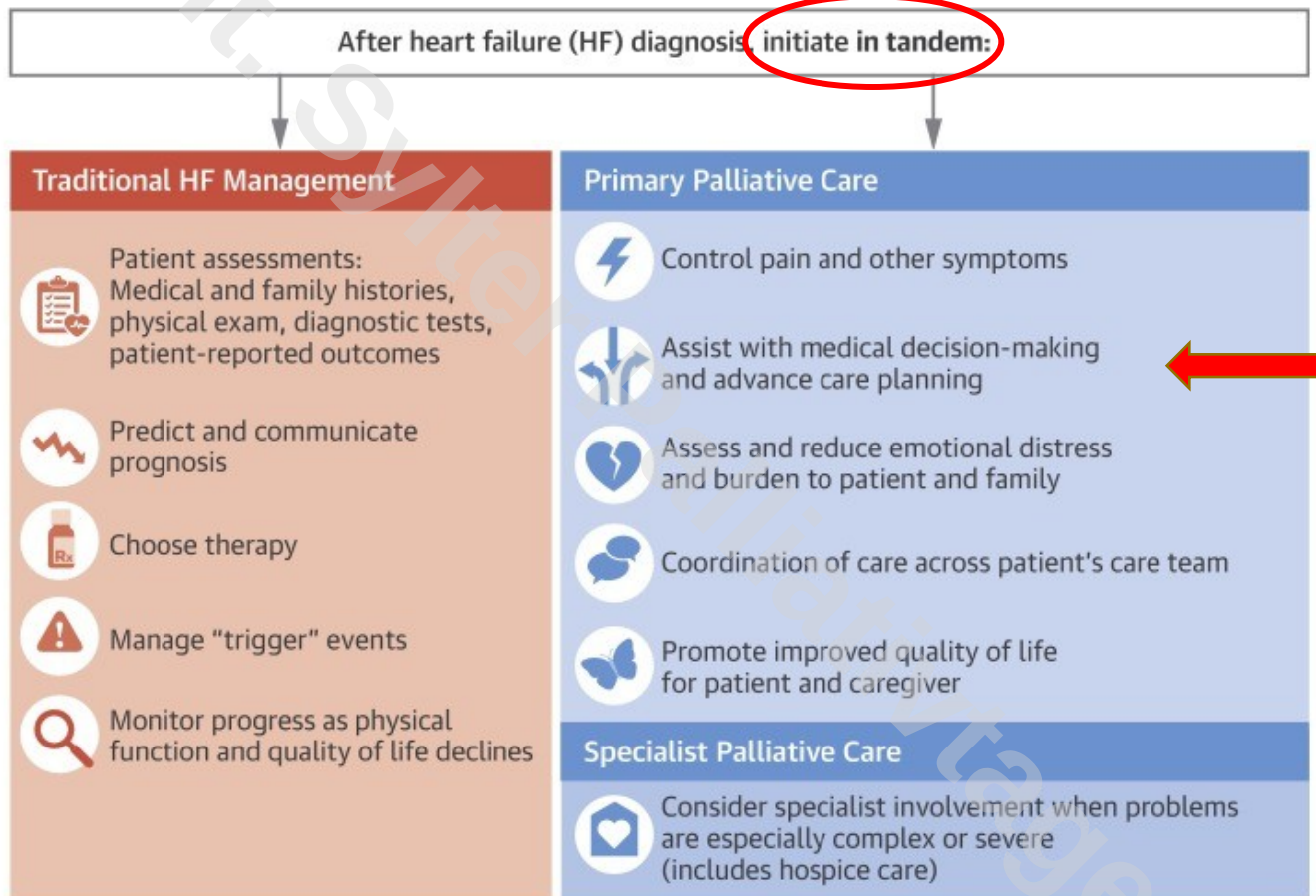
→ Patienten mit geringer Lebenserwartung werden erkannt, aber knapp die Hälfte wird auch prognostisch zu schlecht eingeschätzt!



Stadt Zürich

Stadtspital Waid und Triemli

CENTRAL ILLUSTRATION: Integrating Palliative Care Across the HF Experience



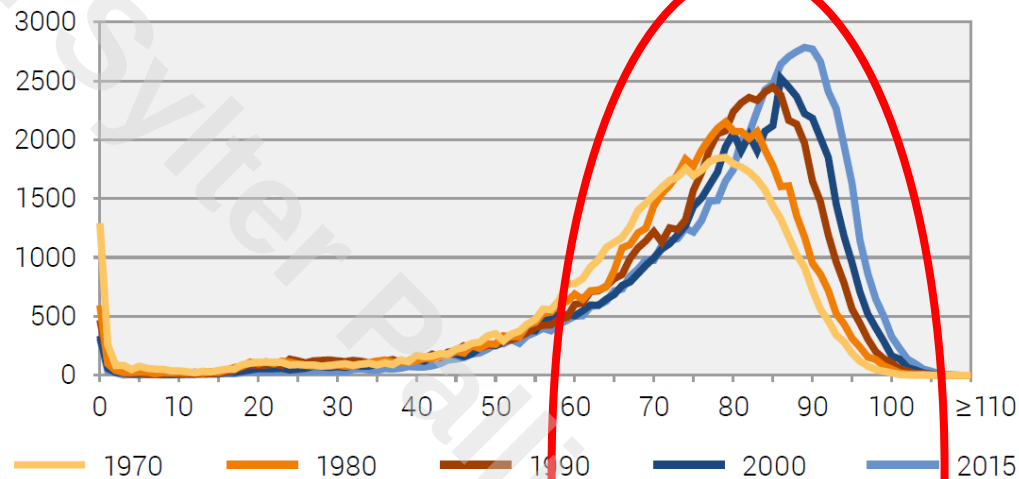
Kavalieratos, D. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(15):1919-30.



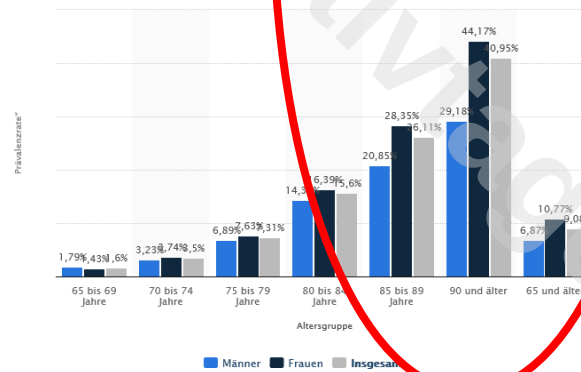
Und die Prognose bei Demenzerkrankungen?

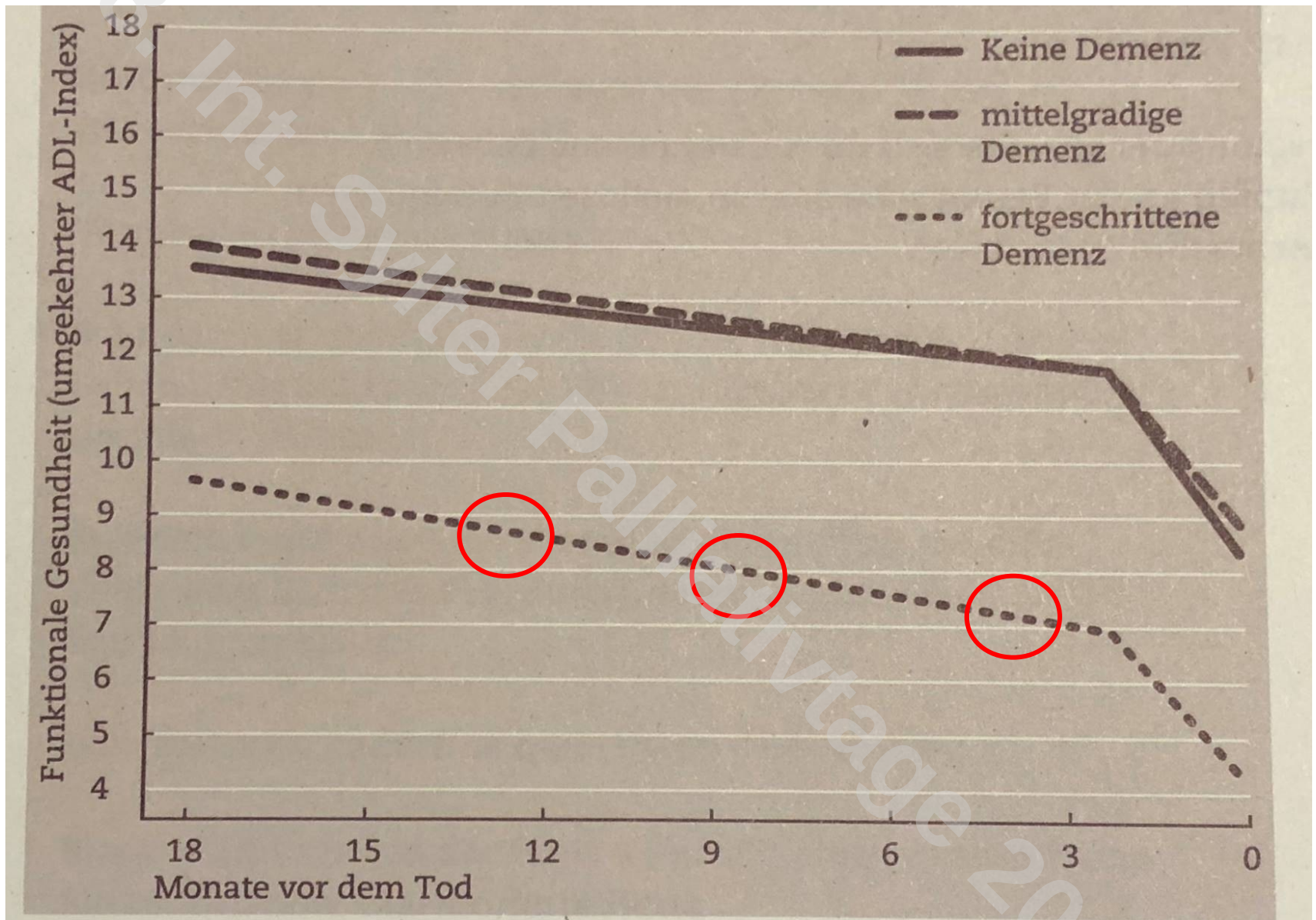
Todesfälle nach Alter

G 6



Demenz Prävalenz





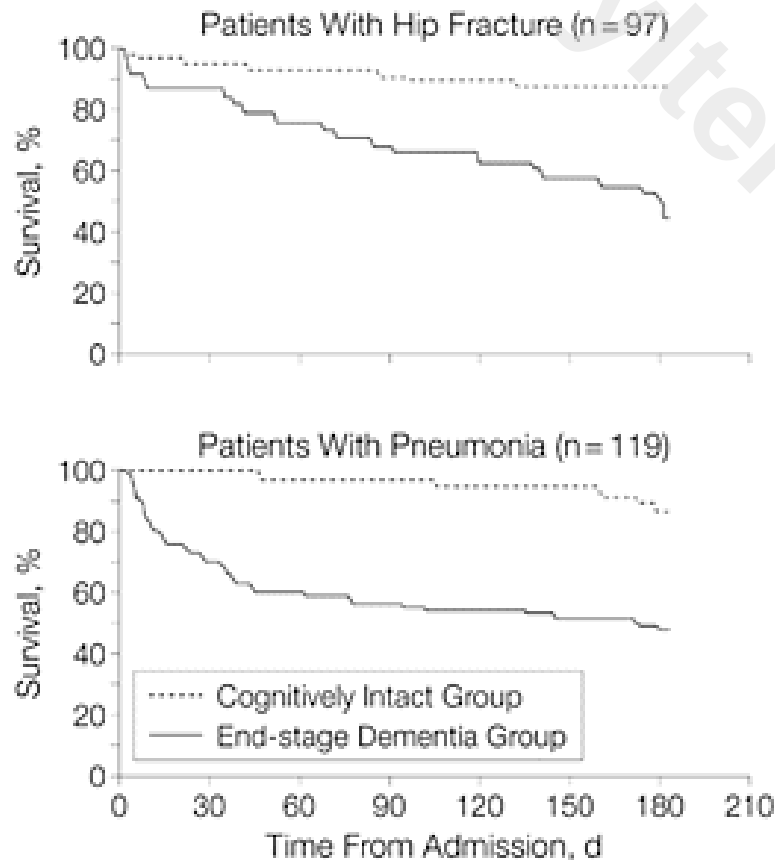
Fortgeschrittene Demenz und Mortalität

Mitchell, Susan L. et al.: Dying with advanced dementia in the nursing home.
Arch Intern Med 2013

- Patienten mit fortgeschrittener Demenz
 - Bei Eintritt haben die Pflegenden nur bei 1.1% mit dem Tod innert 6 Monaten gerechnet
 - Tatsächlich sind 71% in dieser Periode verstorben
 - Patienten mit fortgeschrittener Demenz wurden häufiger belastenden Interventionen zugeführt als Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen
- Todesnähe wird bei fortgeschrittener Demenz vom Behandlungsteam und den Angehörigen zu wenig in Entscheidungsfindung einbezogen



Morrison RS, Siu AL. JAMA 2000. Survival in end-stage dementia following acute illness

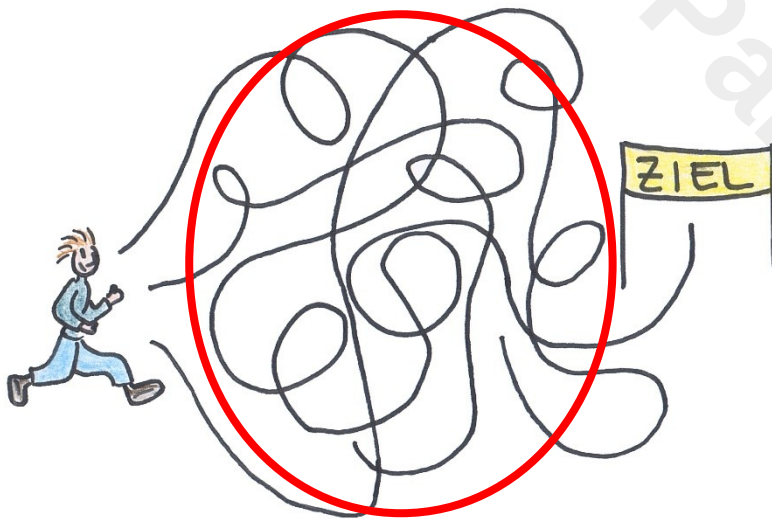


- Patienten mit Global Deterioration Scale 6-7
- Abhängig in allen ADL-Funktionen
- 6-Monats-Mortalität 55% nach Hüftfraktur (operiert) oder Pneumonie

→ Muss jede Hüftfraktur bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz operiert werden??

Respektierung der Autonomie

- Entscheidungen an den Zielen des Patienten orientieren



Alte Menschen bevorzugen das Formulieren von Prioritäten und Zielen (und wünschen nur eine passive Rolle im konkreten Entscheid!)

Romo RD et al.

J Am Geriatr Soc 2017

Erfordert Kommunikations- und Urteilsfähigkeit!



Stadt Zürich

Stadtspital Waid und Triemli

Urteilsfähigkeit: Voraussetzungen

SAMW 2013

1. Fähigkeit, Informationen in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen
2. Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen
3. Fähigkeit, die erhaltenen Informationen im Kontext eines kohärenten Wertesystems zu gewichten
4. Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern



Situationen der Urteilsunfähigkeit



Geplante Urteilsunfähigkeit:
Operationen unter Narkose.
*Dauer vorhersagbar, Verlauf
nie absolut sicher.*



Plötzliche, unvorhergesehene
Urteilsunfähigkeit:
Notfallsituationen.
Dauer und Verlauf ungewiss



Situationen der Urteilsunfähigkeit



Längere, andauernde
Urteilsunfähigkeit: schwere
Krankheitssituation.
*Dauer ungewiss, Verlauf und
outcome ungewiss.*



Bleibende Urteilsunfähigkeit:
chronische Krankheiten
Dauer bis zum Lebensende



Stadt Zürich

Stadtspital Waid und Triemli

Kommunikation bezüglich UUF



Kommunikation über
-Alternativen
-Mögliche Komplikationen und
Handlungsoptionen
-Grenzen



Vorausschauende
Kommunikation für den Fall...
-PV, Haltung gegenüber REA
-In fortgeschrittener oder multi-
morbider Krankheitssituation:
Notfallplan mit alternativen
Handlungsanweisungen



Kommunikation bezüglich UUF



Kommunikation des persönlichen Willens: PV, ACP, Stellvertreter, Familie

- *Werthaltung*
- *Grenzen*
- *Lebensgeschichtliche Aspekte*



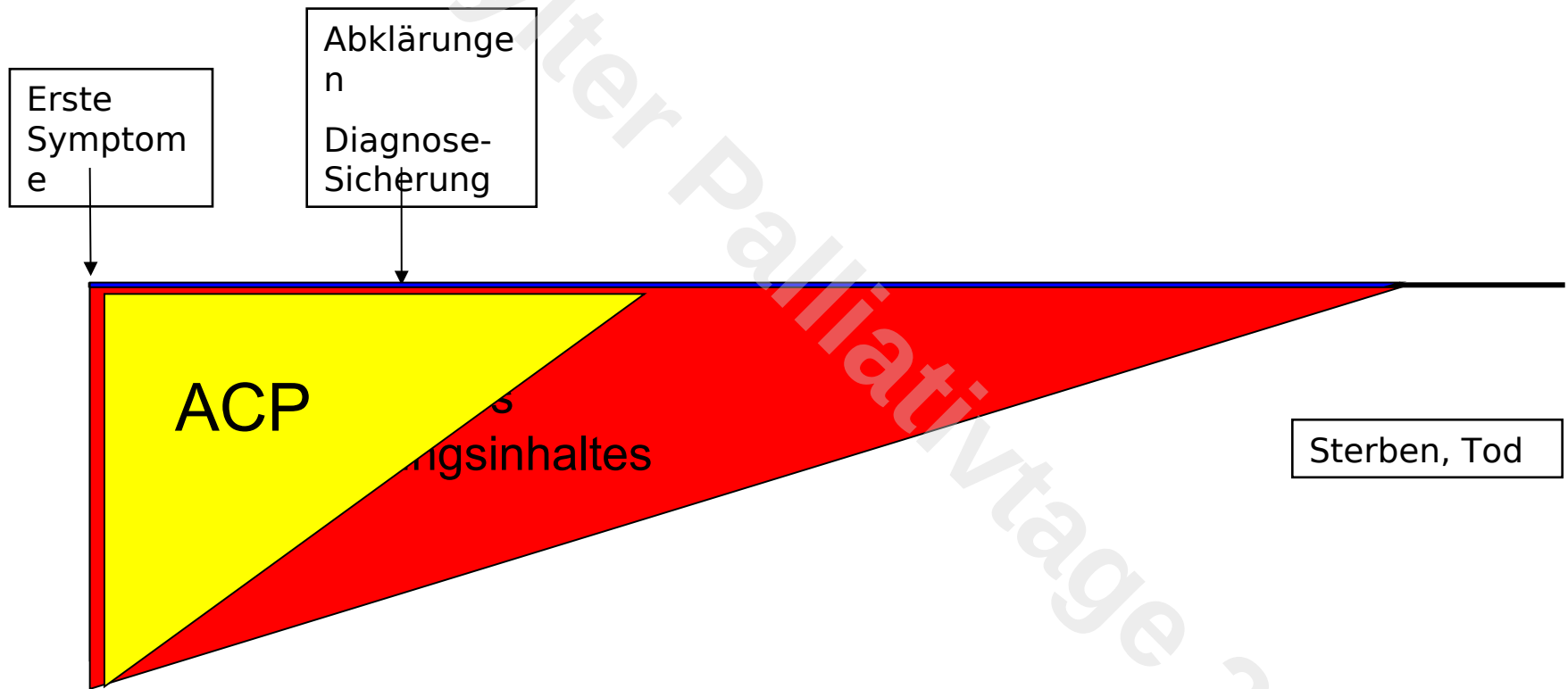
Frühzeitige Thematisierung der Abnahme der Urteilsfähigkeit, Fenster schliesst sich zunehmend:

- *Reden über den Verlauf*
- *Reden über Grenzen*
- *Reden über Werte*

→ **ACP!**



Urteilsfähigkeit im Demenzverlauf



ACP = Advance Care Planning



Gespräche wenn möglich mit Angehörigen
zusammen → bessere Grundlage für spätere
Entscheidungssituationen

Reanimation älterer multimorbider Patienten?

- Wünsche und Realität
- Was versteht der Patient darunter?
- «Gutes tun»: Dilemma zwischen «würdiges Sterben ermöglichen» und «Lebenserhaltung»



Aussagen zur REA / IPS: SAMW

- Das Selbstbestimmungsrecht stösst aber an eine Grenze, wenn die betroffene Person das «Unmögliche» einfordert, d.h. Behandlungen, die chancenlos und damit aus medizinischer Sicht nicht indiziert sind.
- Gelegentlich fordern Patienten oder Angehörige Reanimationsversuche auch in Situationen, in welchen diese aus medizinischer Sicht nicht indiziert sind (...) Solche Situationen sind ein Indiz für einen erhöhten Bedarf an Information. Oft geht es darum, Missverständnisse zu klären und dem Patienten und seinen Angehörigen in mehreren Gesprächen die therapeutischen Grenzen der kurativen Medizin und die Möglichkeiten der Palliative Care aufzuzeigen. RL Reanimation
- Ein Verzicht auf den «informed consent» könnte rechtlich insbesondere dann begründet werden, wenn die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reanimation verschwindend klein erscheint (futile treatment).

Rechtl. Grundlagen im med. Alltag



Stadt Zürich

Stadtspital Waid und Triemli

Welche Grundlagen helfen uns bei den schwierigen Entscheidungen?

- **Wissen (Evidenz)** → stehen uns Daten zu hochbetagten, multimorbiden Menschen zur Verfügung?



Wieviel Wissen zur Multimorbidität steht uns zur Verfügung?

Prevalence of certain clinical conditions and number of articles about them published between 1990 and 2002

Conditions	Prevalence (%) 55-74y *	No of publ. articles	No of art. on preval.	No of art. others / multimorbidity	No of art. relating to prim.care
Multimorbidity	60.02	353	6	1:1	10
Asthma	6.5	26174	4027	74:1	436
Hypertension	29.6	33198	1122	94:1	439
Diabetes	8.7	13575	1560	38:1	302

* Data from statistics canada

Fortin M et al. Can Fam Physician 2005



Exclusion Criteria:

- Clinical diagnosis of dementia, treatment with medications for dementia, or cognitively unable to follow the protocol
- One-minute standing systolic blood pressure less than 110 mm Hg
- Proteinuria
- Diabetes mellitus, history of stroke, or diagnosis of polycystic kidney disease
- Estimated glomerular filtration rate less than 20 ml/min /1.73m² or end-stage renal disease
- Cardiovascular event or procedure or hospitalization for unstable angina within last 3 months
- Symptomatic heart failure within the past 6 months or left ventricular ejection fraction (by any method) of less than 35%
- Medical condition likely to limit survival to less than 3 years or malignancy other than nonmelanoma skin cancer within the last 2 years
- Unintentional weight loss greater than 10% in last 6 months

Entscheidungsgrundlagen

- Wissen (Evidenz)
- **Guidelines?** „Guidelines sind im Einzelfall nicht anwendbar und Guidelines führen zu einer Kochbuchmedizin. (...) Empfehlungen sind eine Art vorweggenommene Entscheidung des Patienten“. (Johann Steurer, SÄZ 2011)



Entscheidungsgrundlagen

- *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases, Boyd et al. JAMA 2005*
- 79-jährige Frau mit COPD, DM Typ 2, Osteoporose, Arthrose, Hypertonie → Anwendung etablierter CPG für alle Krankheiten
 - 12 verschiedene Medikamente
 - 406 \$ pro Monat
 - „most CPG **did not comment on burden, short- and longterm goals** and the quality of the underlying scientific evidence, nor give guidance for incorporating **patient preferences** into treatment plans“



Entscheidungsgrundlagen

- Wissen (Evidenz)?
- Guidelines?
- **Wünsche und Ziele des Patienten?**



Medikation und Patientenwille

- *Fried et al. JAGS 2008 : Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making (Qualiative study)*
- Gedanken um Interaktionen zwischen Krankheiten oder Therapien beschäftigten die Patienten kaum
- Als Ziel ihrer Therapie nannten sie z.B. häufig das Erreichen eines Zielwertes:
 - The doctor says to me:“Your numbers are perfect.“ That’s all I have to hear.
 - The goal is to keep my blood pressure as low as possible.



Ziele und Adaptationsfähigkeit

- Frage: besteht die Chance, dass durch den Eingriff, die Behandlung die «alte Normalität» wieder erreicht werden kann?
- Wenn nein: kann sich der Patient an eine «neue Normalität» adaptieren?
 - Lebensgeschichte, Werthaltungen des Betroffenen sind wichtige Entscheidungsgrundlagen



Was hilft uns denn nun bei den Entscheidungen?

Geriatrisches Assessment

Geriatrisches Basis- Assessment als Entscheidungshilfe

Alle älteren Personen (> 65 jährig)



Frailty → onkologische Therapien

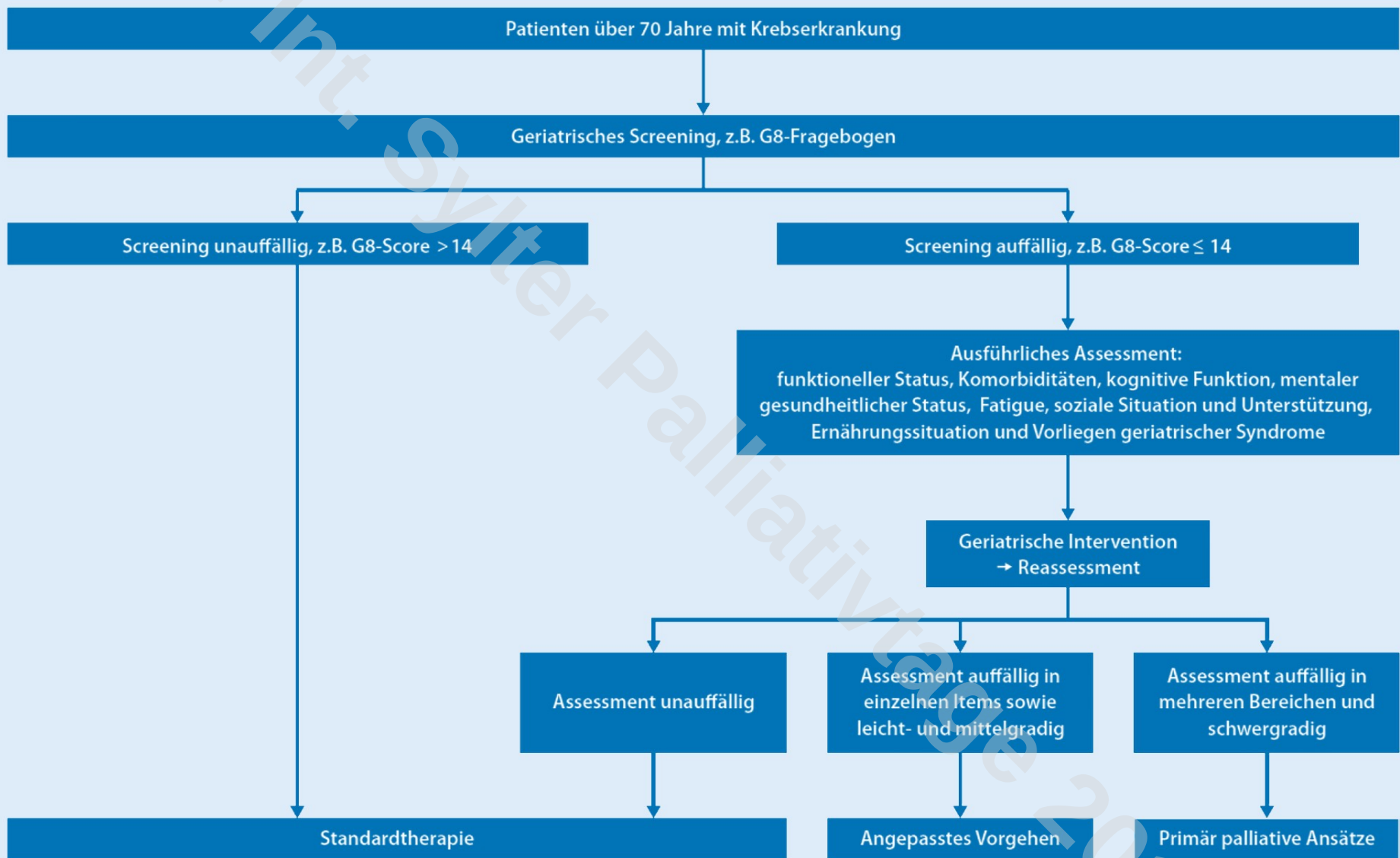
Kirkhus et al. Palliative Medicine 2019

- Frailty identified by geriatric assessment independently predicts a clinically significant decline in physical functioning.
- Frailty is associated with worse global quality of life, poorer functioning and a higher symptom burden throughout the cancer trajectory
- Including routine geriatric assessment for older cancer patients undergoing systemic medical cancer treatment will aid oncologists in identifying frail patients who need early supportive and palliative care.



G8 Screening Fragebogen

Tab. 5 G8-Screening-Fragebogen			
G8-Fragebogen			
	Frage	Mögliche Antworten	Score
A	Hat die Nahrungsaufnahme in den letzten 3 Monaten aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Kau- oder Schluckproblemen abgenommen?	0: Schwere Einschränkung der Nahrungsaufnahme 1: Mäßige Einschränkung der Nahrungsaufnahme 2: Normale Nahrungsaufnahme	
B	Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten?	0: Gewichtsverlust > 3 kg 1: Unbekannt 2: Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3: Kein Gewichtsverlust	
C	Mobilität	0: Bett oder Stuhl 1: Kann aus Bett/Stuhl aufstehen, aber geht nicht raus 2: Geht raus	
E	Neuropsychologische Probleme	0: Schwere Demenz oder Depression 1: Leichtgradige Demenz oder Depression 2: Keine psychologischen Probleme	
F	Body Mass Index (Gewicht in kg/Größe in m ²)	0: BMI < 19 1: BMI 19–21 2: BMI 21 bis <23 3: BMI ≥ 23	
H	Nimmt >3 Medikamente/Tag ein	0: Ja 1: Nein	
P	Verglichen mit Gleichaltrigen, wie schätzt der Patient seinen Zustand ein?	0: Nicht so gut 0,5: Weiß nicht 1: Gleich gut 2: Besser	
Alter (Jahre)		0: >85 1: 80–85 2: <80	
Gesamtsumme (0–17); ≤14 Punkte: auffälliges Screening			



Balance of Burden and Benefit



Daniel Callahan: *The Troubled Dream of Life – Living with Mortality* (1993)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Stadt Zürich
Stadtspital Waid und Triemli