

Dokumentationsbogen zur Palliativen Sedierungstherapie (PST)

Krankheitsentität/Diagnosegruppe:

- ☐ fortgeschrittene onkologische Erkrankung
- ☐ fortgeschrittene neurologische Erkrankung/Demenz
- ☐ fortgeschrittenes Organversagen _____
- ☐ fortgeschrittene kardio-pulmonale Erkrankung
- ☐ sonstige _____

Krankenhaus der Elisabethinen - Graz, Abteilung für Innere Medizin
Palliativ- und Hospizeinrichtungen, Dr. Martin Edelsbrunner

Indikation¹

Therapierefraktäres Symptom:

- ☐ Atemnot
- ☐ Schmerzen
- ☐ (terminales) Delir/Unruhe^{5,6}
- ☐ Krampfanfall/Status epilepticus
- ☐ Übelkeit/Erbrechen
- ☐ sonstiges: _____

☐ Angst/Panik⁷

☐ existenzielles Leid/Distress, total pain⁷

i.e.L. **KONTINUIERLICHE** Gabe

Notfall/fatales Ereignis/Krise:²

- ☐ Asphyxie/Aspiration/Bolusgeschehen/Erstickung
- ☐ Schmerzkrise
- ☐ Blutung/Verblutung (Hämoptyse, Hämatemesis)
- ☐ Krampfanfall/Status epilepticus
- ☐ sonstiges: _____

i.e.L. **DISKONTINUIERLICHE** Gabe/Bedarfsgabe (=EV)
angezeigt, mit gegebenenfalls Übergang in
kontinuierliche PST

! ZIEL = Bewußtseinsminderung/ausschaltung als MITTEL und NICHT Ziel der Symptomkontrolle !

1. Aufklärung: durch _____ am _____ um _____

☐ Aufklärung (**Methoden, Ziel, NW/Risiken**) und Einwilligung des Patienten/gesetzlichen Vertreters ist erfolgt

Entscheidungsfähigkeit: ☐ JA, Einwilligung durch Patienten

☐ NEIN, Einwilligung durch: ☐ Vorsorgebevollmächtigter _____

☐ Erwachsenenvertreter _____

☐ **keine formale/explicite Einwilligung:** aber Maßnahme entspricht dem (mutmaßlichen) Patientenwillen lt.

☐ Patientenverfügung/Vorsorgedialog (z.B. Hinweis auf bestmögliche Symptomlinderung/kontrolle)

☐ Angehörigengespräch _____ ☐ Betreuer (Pflege, HA, etc.) _____

☐ Notfall/Gefahr im Verzug (siehe unter **Indikation** Notfall/fatales Ereignis/Krise)²

☐ **Ablehnung durch Patient/gesetzlichen Vertreter/vorausverfügten Patientenwillen**

Aufklärung/Information der Angehörigen: ☐ beim Aufklärungsgespräch ☐ mit Erlaubnis des Patienten separat

☐ nicht erlaubt/erfolgt _____

Datum

Unterschrift

Alle INDIZIERTEN medizinischen Therapien / NOTWENDIGEN Pflegemaßnahmen in gleicher Qualität fortführen³

2. Leidensintensität („Unertaglichkeit“): ☐ Selbsteinschätzung ☐ Fremdeinschätzung ☐ Erfassungstool/skala: _____
„Objektivierbarkeit“⁴ ☐ ja ☐ nein

3. **Therapierefraktarität:** zumindest **2-zeitige** Feststellung - außer bei Notfall - durch **2 Personen** (4-Augen-Prinzip)

Ersterfassung am: _____ um _____ durch Arzt1 _____ Arzt2 _____ DGKP _____

Reevaluierung am: _____ um _____ durch Arzt1 _____ Arzt2 _____ DGKP _____

gegebenenfalls fehlende alternative Behandlungsoptionen bestätigt/ethische Fragestellungen geklärt durch:

☐ interdisziplin./prof. Besprechung am _____

☐ externes **Fachkonsil** am _____ durch _____

☐ Ethikmoderation am _____ mit/im Beisein von _____

4. Prognoseeinschätzung – geschätzte Lebenszeit

☐ unmittelbarer Sterbeprozess (Std. – Tage) initiale KTPST zulässig

☐ Std. – Tage (max. 1 Woche) initiale KTPST zulässig

☐ unbestimmt (zumind. >1 Woche) **so niedrig und kurz wie möglich, Überwachung (ev. apparativ) indiziert!!!**

Entscheidung zur Einleitung/Start der PST am _____ um _____ i.R. der

☐ interdisziplin./prof. Besprechung mit Arzt _____ DGKP _____ Sonstige _____

☐ Absprache/Abstimmung zwischen Arzt _____ DGKP _____

☐ _____ (z.B. ad hoc bei Notfall/Krise, etc.) Arzt/DGKP _____

Umsetzung der PST am _____ um _____ durch DGKP _____ / Arzt _____ / _____

Datum

NAME

Unterschrift

Indikation zur PST NICHT MEHR GEGEBEN am _____ um _____ Arzt _____ / _____

Dokumentationsbogen zur Palliativen Sedierungstherapie (PST)

Methodik

Medikation: ☐ Midazolam ☐ Lorazepam ☐ Propofol ☐ Dexmedetomidin ☐ Sonstige (z.B. Neuroleptika): _____

Art der Sedierung/Verabreichung – Anordnung/Dokumentation im KIS/ELFI

☐ **KONTINUIERLICH:** ☐ Perfusor ☐ PCA
☐ s.c. ☐ i.v.

☐ **intermittierend** (zeitlich begrenzt) = **1. Wahl**
Zeitraum von _____
bis _____
Revaluierung am _____
mit ☐ Pausierung _____
☐ Dosisreduktion auf _____

☐ **kontinuierlich** (unbestimmter Zeitraum)
= i.e.L. nach wiederholter intermittierender PST

☐ **DISKONTINUIERLICH:** i.S. einer EV/Bedarfsgabe
Indikation Notfall/fatales Ereignis/Krise

☐ p.o.
☐ s.l.
☐ s.c. ☐ i.v.
☐ Bolus
☐ Kurzinfusion

☐ intranasal
☐ rektal

Sedierungstiefe

TITRATION bis zur Symptomkontrolle – **Grundsatz: So TIEF wie nötig, so OBERFLÄCHLICH wie möglich!**

Grundsätzlich die Methode der 1. Wahl

☐ **oberflächlich/leicht/mild**
= verbale Kommunikation möglich
= RASS(-PAL) -1 bis -3

☐ im Falle einer unzureichenden Symptomkontrolle ist eine Eskalation auf eine **tiefe** PST zulässig/vorgesehen

Gut zu begründender Einsatz, v.a. als 1. Wahl

☐ **tief:**
= verbale Kommunikation **NICHT** möglich
= RASS(-PAL) -4 bis -5

CAVE: Angehörigenbegleitung -

Verlust der Kommunikationsfähigkeit mit Angehörigen und Patient kommunizieren, „Verabschiedung“ anregen

Monitoring – Anordnung/Dokumentation KIS/ELFI

Überwachungsparameter:

☒ **Symptomlast/Leidensintensität OBLIGAT** (klinisch)
ev. Score: _____

☐ **Sedierungstiefe** (RASS-PAL, siehe nebenan)

☐ **NW**, Überdosierung (Atemfrequenz, Pupillen)

☐ **physiologische Stabilität**

☐ klinische Beobachtung (deskriptiv)

☐ Atemfrequenz (AF)

☐ SpO2

☐ Herzfrequenz/Puls

☐ RR

Überwachungsintervall:

Einleitungsphase (= bis zur Symptomkontrolle, min. 4h)

☐ 20min ☐ _____

Erhaltungsphase ☐ 2 Std. ☐ _____

¹Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL)²

+4 Streiftustig: Offene Streiftust, gewalttätig, Gefahr für das Personal (z.B. wirft Gegenstände); +/- versucht aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen

+3 Sehr agitiert: Zieht an Schläuchen oder Kathetern oder entfernt diese (z.B. i.v. / s.c.-Zugang; O2-Schlauch); aggressiv; +/- versucht aus Bett oder Stuhl aufzustehen

+2 Agitiert: Häufige ungezielte Bewegung, +/- versucht aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen

+1 Unruhig: Gelegentliche ungezielte Bewegung, aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft

0 Aufmerksam und ruhig

-1 Schläfrig: Nicht ganz aufmerksam, bleibt aber auf Ansprache wach (Augen öffnen / Blickkontakt; mindestens 10 Sekunden)

-2 Leichte Sedierung: Erwacht kurz mit Blickkontakt auf Ansprache hin (weniger als 10 Sekunden)

-3 Mäßige Sedierung: Irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augenöffnung auf Ansprache (aber kein Blickkontakt)

-4 Tiefe Sedierung: Keine Reaktion auf Ansprache, aber irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augenöffnung auf leichte Berührung hin

-5 Nicht erweckbar: Keine Reaktion auf Ansprache oder auf leichte Berührung hin

¹ Die Indikation/Entscheidung zur PST ist **UNABHÄNGIG** von anderen Entscheidung am Lebensende (Therapieziel, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, etc.) zu stellen/treffen

² entsprechend einer Notfallsituation („Gefahr im Verzug“) wird bei fehlender Möglichkeit einer Einwilligung im Zweifelsfall die Zustimmung zu einer indizierten Maßnahme vorausgesetzt/angenommen

³ Indikation/Sinnhaftigkeit bzgl. Fortführung/Anpassung aller Maßnahmen (z.B. Ernährung und Flüssigkeit) **UNABHÄNGIG** von Entscheidung zur PST; Harnableitung?

⁴ z.B. anhand Bedarfsmedikation, Dosis, physiolog. Parameter, Kongruenz mit klinischer Fremdeinschätzung verschiedener Betreuer, validierte Skala, etc.

⁵ nur nach Behandlung/Ausschluß reversibler/behandelbarer Ursachen, z.B. volle Harnblase, Juckreiz, Stuhlverhalt

⁶ ist das unmittelbare Behandlungsziel die psychomotorische Ruhigstellung und damit Mobilitätseinschränkung sollte die Meldung in Bezug auf Freiheitsbeschränkung (HeimAufG) abgeklärt werden

⁷ die Indikation insbes. „existentielles Leid“ wird international und national **kontrovers** diskutiert und setzt gegebenenfalls (=wenn als Indikation akzeptiert) **ZUSÄTZLICHE Anforderungen** voraus:

1. wiederholte Abklärung **medizinischer/nicht-medizinischer Therapiealternativen**
2. angemessene Behandlung der zugrundeliegenden Symptomatik bzw. Konsultation/Einschätzung durch **Experten/spezialisierten Arzt/Therapeuten**
3. PRIMÄR wiederholte Entlastungssedierung/Schlaftherapie über definierten Zeitraum
4. Entscheidung i.R. einer interdisziplinären/multiprofessionellen Besprechung (inkl. Seelsorge/Ehrenamt) und Ethikmoderation
5. Vorliegen einer inkurablen, fortgeschrittenen Erkrankung

Methodik: i.e.L. (K)IOPST bzw. „Entlastungssedierung“ (respite sedation) andenken