Mustervorlage zur Dokumentation der Palliativen Sedierung

## Patient/-in

Name, Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (oder Namensetikett)

Zugrundeliegende Diagnosegruppe:

|  |  |
| --- | --- |
|  | fortgeschrittene Tumorerkrankung |
|  | fortgeschrittene kardio-pulmonale Erkrankung |
|  | fortgeschrittene neurologische Erkrankung (inkl. demenzielles Syndrom) |
|  | Sonstiges: |

Ansprechpartner/-in / Pat.vertreter/-in:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Indikation(en)

Unerträgliches Leiden des / der Pat.: Ja Nein

In den folgenden Problembereichen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Luftnot |  | Schmerzen |
|  | Übelkeit / Erbrechen |  | (akute) Blutungen |
|  | Delir |  | Epileptische Anfälle |
|  | Angst[[1]](#footnote-1) |  | Unruhe |
|  | Existenzielles Leid1 | | |
|  | Sonstiges: | | |
|  | Die Symptomatik tritt als akute Krise auf, in der eine Absprache mit und Einwilligung durch Patienten/-in nicht möglich ist. | | |

Sind alle Alternativen (auf Expertenniveau) ausge­schöpft und damit die Probleme therapierefraktär?   
Ist die Dokumentation ausreichend? Ja Nein

Einschätzung zur verbleibenden Lebenszeit:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stunden bis wenige Tage |
|  | unbestimmt (länger als wenige Tage) |

## Entscheidungsprozess

In Entscheidungsprozess involviert waren:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Patient/-in |  | Angehörige |
|  | Vorsorgebevollmächtigte/-r / Betreuer/-in | | |
|  | Behandlungsteam | | |
|  | Weitere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Eine multiprofessionelle Fallbesprechung hat stattgefunden (Protokoll in der Akte)  Ja Nein | | | | |
| Eine ethische Fallbesprechung hat stattgefunden (Protokoll in der Akte)  Ja Nein | | | | |

Ergebnis des Entscheidungsprozesses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Zustimmungsprozess

Falls Patient/-in einwilligungsfähig:

Zustimmung durch Patient/-in

Falls Patient/-in nicht mehr einwilligungsfähig:

vorausverfügter Wille

mutmaßlicher Wille des / der Patienten/-in

Zustimmung durch Vorsorgebevollmächtigte/-n / Betreuer/-in:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Falle einer akuten Krise:

Zustimmung wird auf Grundlage des mutmaßlichen Willens des / der Patienten/-in vorausgesetzt.

## Konzept der Sedierung

5.1. Angestrebte Sedierungstiefe

|  |  |
| --- | --- |
|  | stufenweise bis zur Symptomlinderung  (RASS-PAL2: -1 bis -5) |
|  | oberflächlich (RASS-PAL2: -1 bis -3) |
|  | tief (RASS-PAL2: -4 und -5) |
|  | wechselnd (z.B. nach Tageszeit)  Schema:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

5.2. Geplante Sedierungsdauer

intermittierend

nachts (Zeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

anderer Zeitraum (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

kontinuierlich

Geplante Dauer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitpunkt für Re-Evaluation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dafür Sedierungspause: Ja Nein

5.3. Initiale Medikation zur Sedierung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Midazolam |  | Lorazepam |  | Propofol |
|  | Sonstige: | | | | |

Applikationsart:

diskontinuierlich:

p.o. / sublingual s.c. i.v.

kontinuierlich: z.B. Spritzenpumpe

s.c. i.v.

(Dokumentation der Dosierung und des Schemas sowie Änderungen im Verlauf über Tageskurve / Medikamentenplan)

5.4. Weiteres:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Überprüfung der bisherigen Medikation und der weiteren medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zur Anpassung an veränderte Bedingungen unter Sedierung durchgeführt |
|  | Urinableitung geregelt? Ja Nein |

Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gemäß Indikation und Absprache mit Patient/-in / Bevollmächt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nahrung | Ja | Nein |
| Flüssigkeit | Ja | Nein |

Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Monitoring / Dokumentation

Erfasst werden sollen:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Symptomlast / Intensität des Leidens |
|  | Sedierungstiefe (RASS-PAL)[[2]](#footnote-2) |
|  | Nebenwirkungen |

Bei Patienten/-innen mit intermitt. oder ober­flächlicher Sedierung können zusätzliche Überwach­ungs­maß­nahmen sinnvoll sein - Bitte Parameter hier aufführen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Überwachungsintervall (bitte auswählen): | | |
| in der Einstellphase | 20 min | \_\_\_\_\_\_ min |
| in der Erhaltungsphase | 8 h | \_\_\_\_\_\_\_\_ h |

Bemerkungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Angehörigenbetreuung

Angehörige sind über Pall. Sedierung aufgeklärt

Eine regelmäßige Begleitung und Betreuung ist sichergestellt: Ja Nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift

1. Besondere Anforderungen bei psychischem Leid als Indikation für eine Palliative Sedierung (nach EAPC Empfehlung):

   Therapiealternativen wiederholt abklären

   Einschätzung durch in der psychologischen Begleitung erfahrene Ärztinnen / Ärzte

   vorausgehende angemessene Behandlung von Angst und Depression

   Entscheidung im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung

   primär Entlastungssedierung über begrenzten Zeitraum [↑](#footnote-ref-1)
2. “Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL)”

   **+4 Streitlustig:** Offene Streitlust, 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 Augenöffnen auf Ansprache (aber kein Blickkontakt)

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

   **-5** **Nicht erweckbar:** Keine Reaktion auf Ansprache oder auf leichte Berührung hin [↑](#footnote-ref-2)