

Summer School in Palliative Nursing
29.08.2024

Palliative Sedierung in der Langzeitpflege? Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Monteverde Maya
Advanced Practice Nurse, MSc, MAS Palliative Care

Palliative Sedierung in der Langzeitpflege?

Ablauf

- ▶ Ausgangslage und theoretischer Hintergrund: Rund um die Sedierung
- ▶ Methode
- ▶ Resultate
- ▶ Diskussion
- ▶ Schlussfolgerungen

Rund um die Sedierung

Wann wird sediert?

- ▶ Vorübergehend bei schmerzhaften Prozeduren
- ▶ Bei IPS-Patient*innen, wenn Beatmung gestoppt wird
- ▶ Bei therapierefraktären Symptomen am Lebensende
- ▶ In Notfallsituationen, wie bei massiven Blutungen oder Ersticken
- ▶ Bei existentiellern Leiden

Beauverd et al., 2024

Weshalb «Palliative Sedierung»?

Ausgangslage und theoretischer Hintergrund:

- ▶ Menschen am Lebensende leiden häufig an belastenden Symptomen, wie Schmerzen, Dyspnoe, Delir, Angst.
- ▶ Bei sogenannten «therapierefraktären» Symptomen (herkömmliche Behandlung stösst an ihre Grenzen), wird in der **spezialisierten Palliative Care** häufig eine palliative (oder gezielte) Sedierung durchgeführt – eine Therapie «*of a last resort*».
- ▶ Meistens wird eine Sedierung wegen eines Delirs, Schmerzen oder Atemnot begonnen

Cherny et al., 2009

Palliative Sedierung in der Langzeitpflege?

In der Schweiz ereignen sich circa 1/3 aller jährlichen Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen. Dennoch ist kaum etwas darüber bekannt, wie in der **allgemeinen Palliative Care** mit dem Thema umgegangen wird.

Theoretischer Hintergrund: allgemeine und spezialisierte Palliative Care

Allgemeine Palliative Care:
Grundversorger*innen betreuen
Patient*innen in stabilen,
vorhersehbaren, unheilbaren
Krankheitssituationen

Spezialisierte Palliative Care:
in Palliative Care spezialisierte,
interprofessionelle Teams betreuen
Patient*innen in instabilen,
komplexen und unheilbaren
Krankheitssituationen

Quelle: Bundesamt für Gesundheit et al., 2014

Palliative Sedierung: Was?

Definition «Palliative Sedierung»:

*Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird der überwachte Einsatz von Medikamenten verstanden, mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage. Damit wird die Symptomlast in anderweitig **therapierefraktären** Situationen in einer für Patient*innen, Angehörige und Mitarbeitende ethisch akzeptablen Weise reduziert.*

nach Weixler et al., 2017, S.32

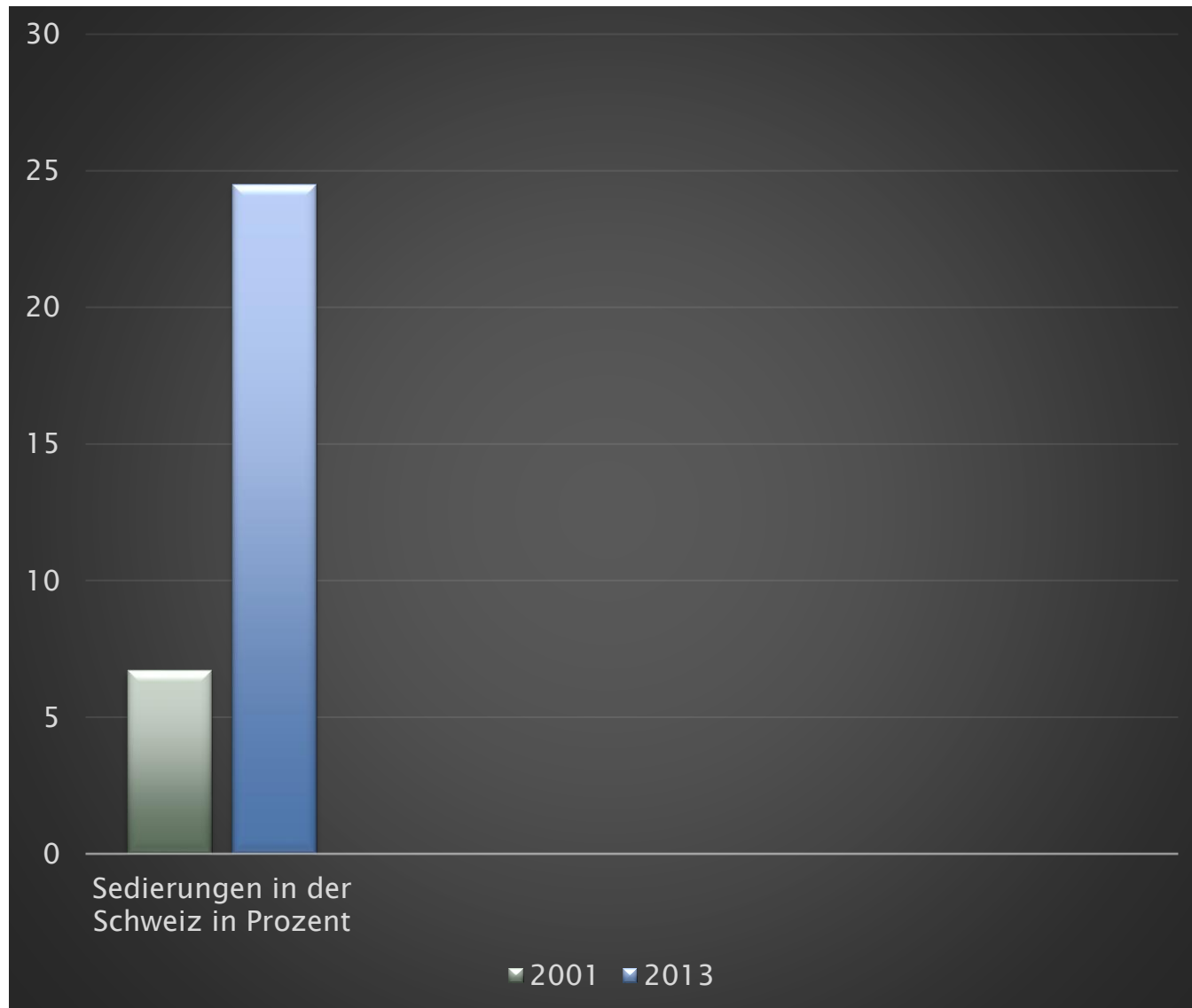
Palliative Sedierung? Gezielte Sedierung?

Weshalb nun «gezielte Sedierung»?

Neu wird von *gezielter* Sedierung gesprochen, um bewusst sedierende Wirkungen von anderen (z.B. Sedierung als Nebenwirkung) zu unterscheiden.

Kremling et al., 2022

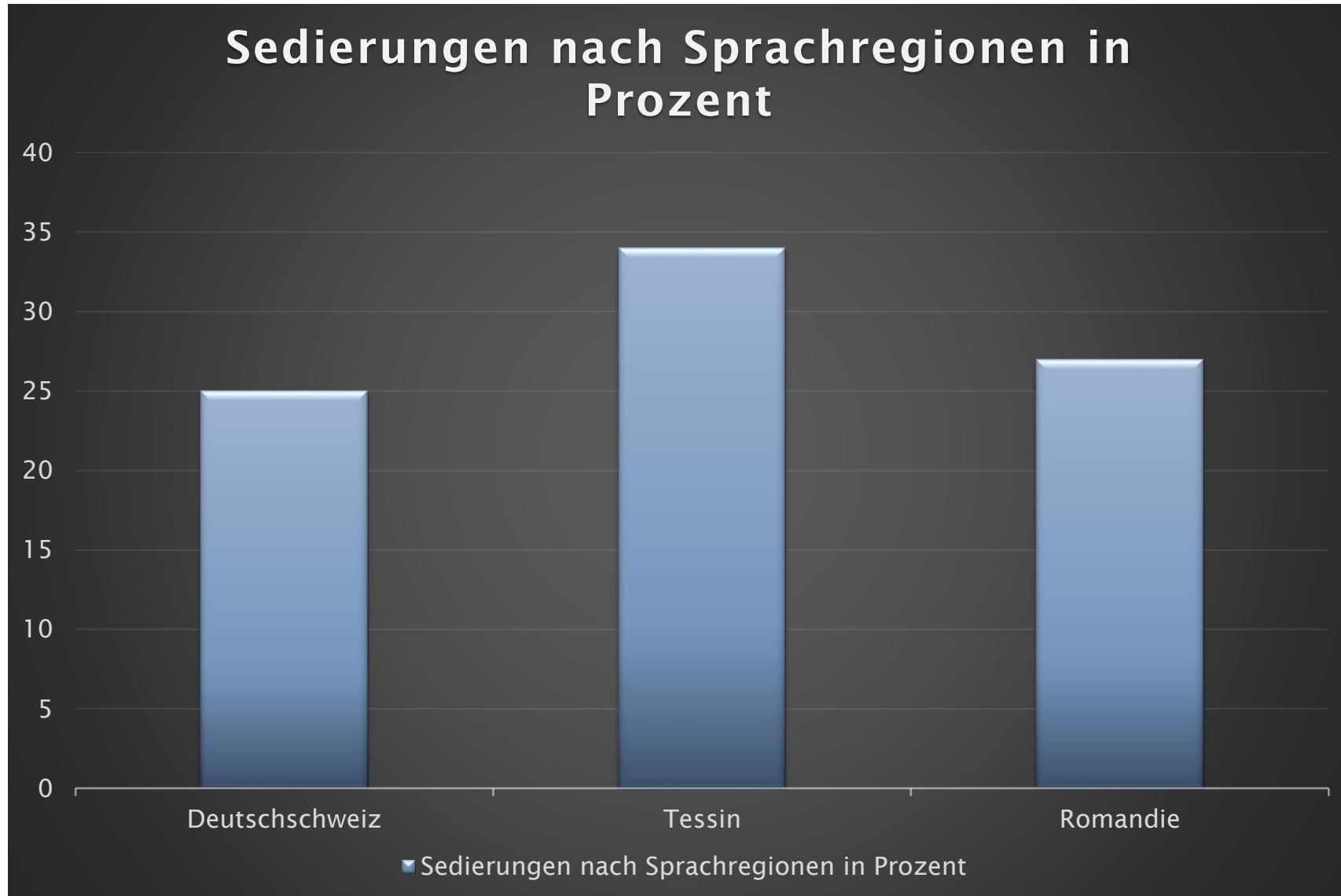
Palliative Sedierung in der Schweiz?



Eine Zunahme um fast
400% von 2001 bis
2013

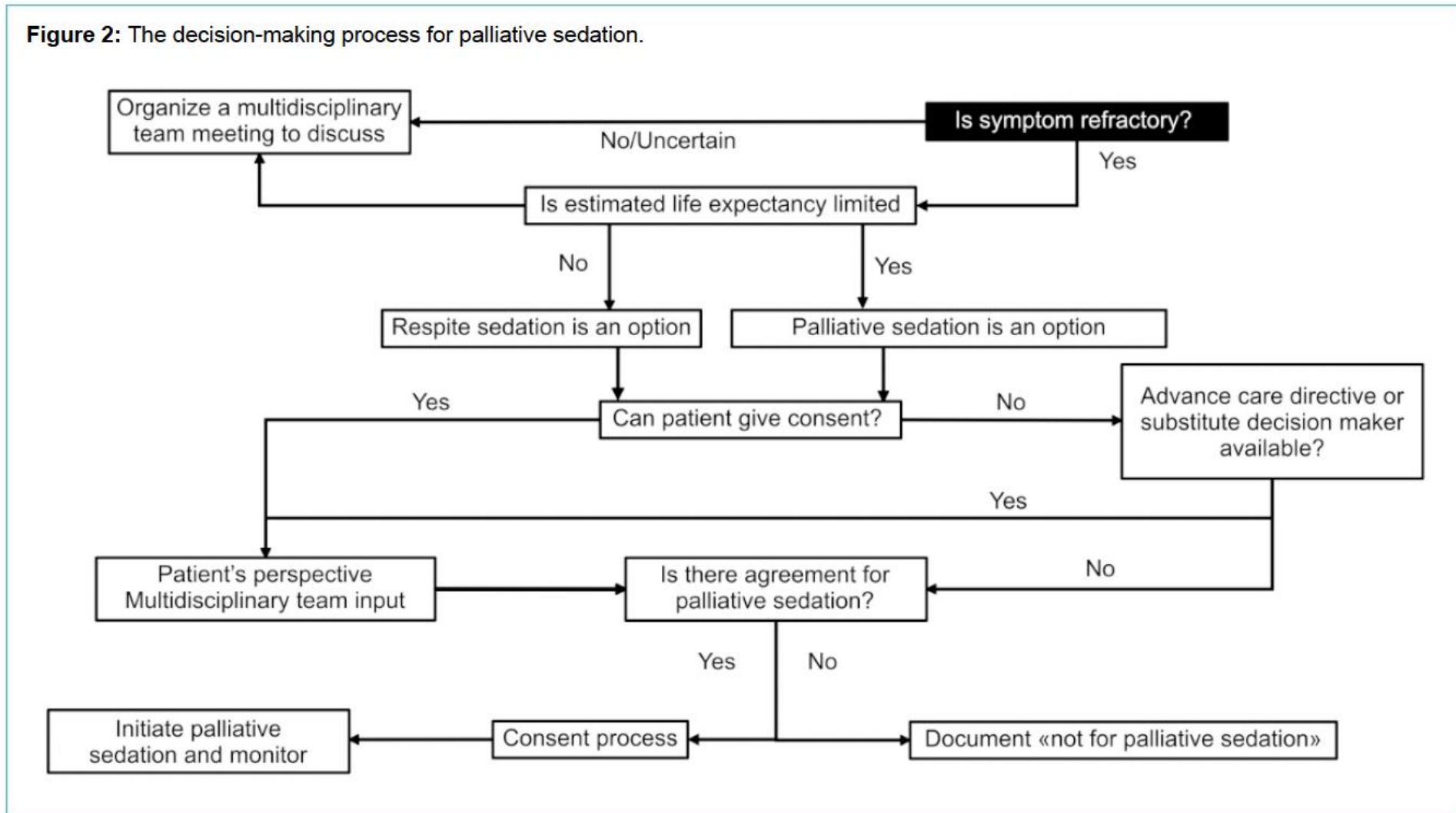
Ziegler et al., 2018

Palliative Sedierung in der Schweiz?



Gezielte Sedierung: Entscheidungsfindungsprozess

Figure 2: The decision-making process for palliative sedation.



Beauverd et al., 2024

Gezielte Sedierung: der 10-Punkte-Plan der EAPC

1. Risiken abschätzen: welche therapierefraktären Symptome könnten auftreten?
2. Indikation
3. Evaluation, ist eine palliative Sedation angemessen?
4. Entscheidungsfindungsprozess mit Patient*in
5. Information der Angehörigen
6. Methode wählen
7. Verordnung Substanz, Dosis, Monitoring
8. Begleitbehandlung
9. Begleitung der Familie während Sedation
10. Begleitung des Teams

Cherny et al., 2009

Gezielte Sedierung: Checkliste

Table 1:

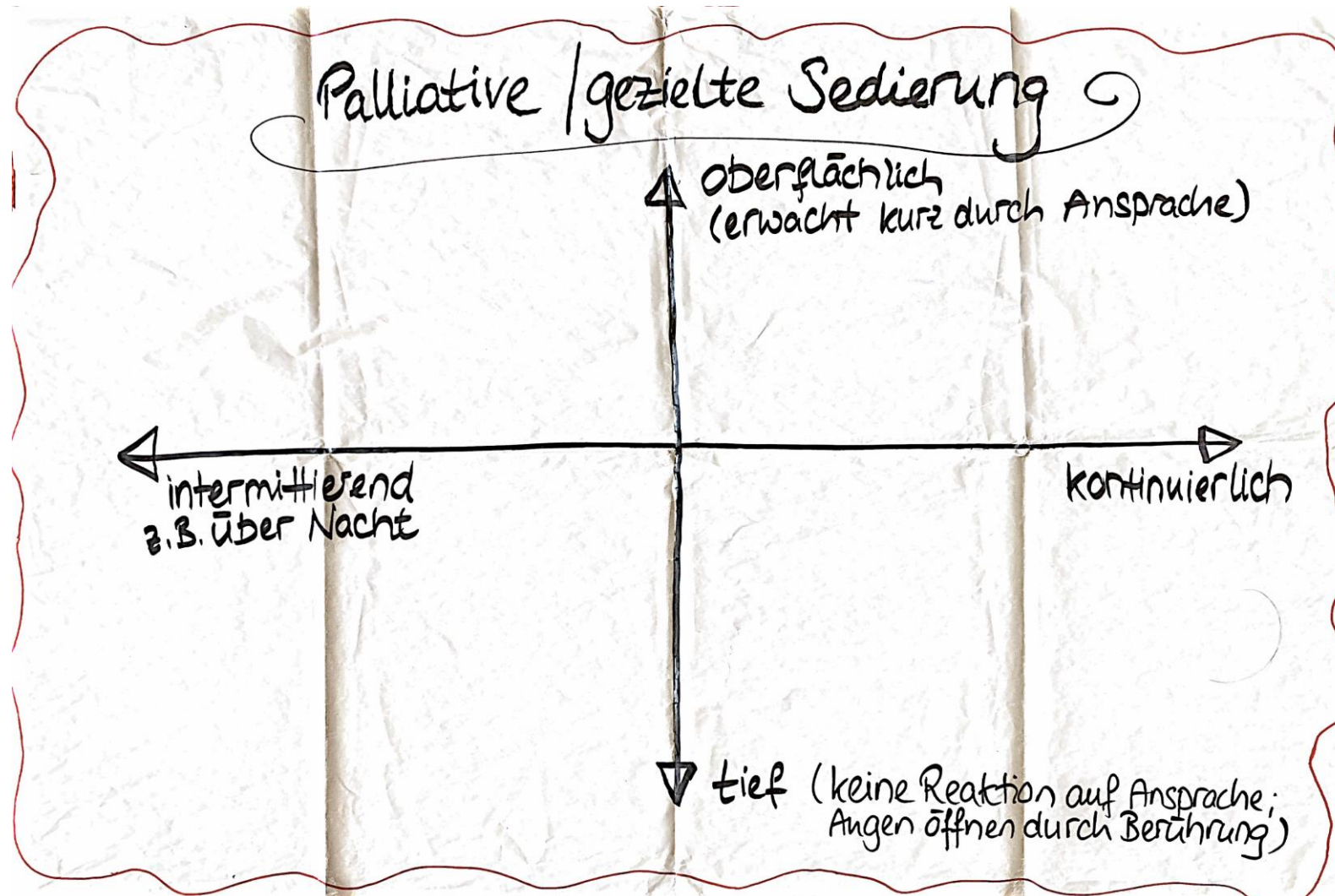
Checklist of procedures before palliative sedation.

	Theme	Decision
√	Determine the duration of palliative sedation	Intermittent Continuous
√	Determine the depth of palliative sedation	Mild Intermediate Deep
√	Determine the drug to initiate palliative sedation	Midazolam Other
√	Determine the type of monitoring	RASS-PAL Other
√	Determine whether to continue hydration/alimentation.	Yes No
√	Determine which drugs to stop.	...
√	Determine which drugs to continue.	...
√	Determine whether a bladder catheter would be helpful.	Yes No
√	Determine a support plan.	Family Team

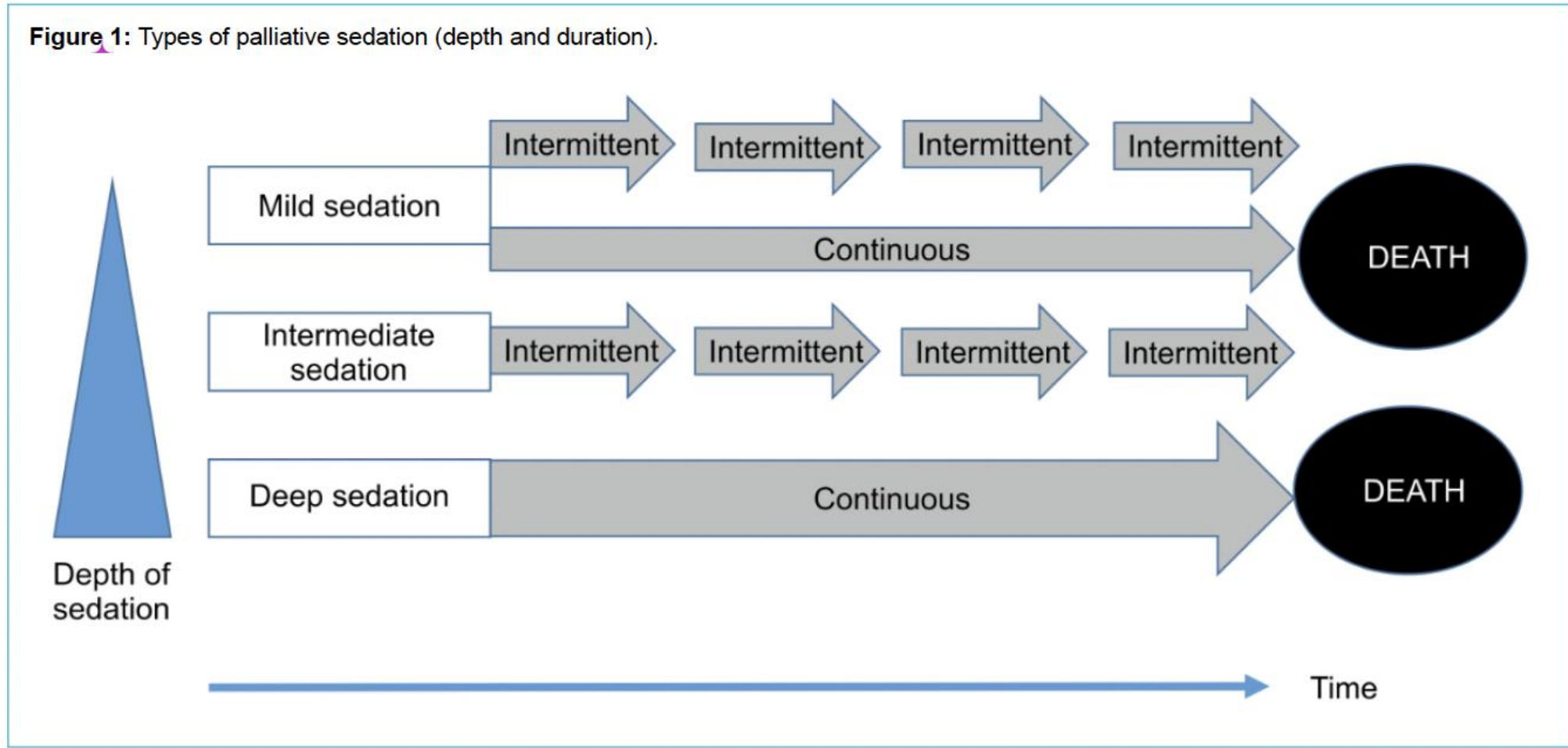
RASS-PAL: Richmond Agitation Sedation Scale-Palliative.

Beauverd et al., 2024

Gezielte Sedierung: Wie?



Gezielte Sedierung: Wie?



Beauverd et al., 2024

Gezielte Sedierung: Womit?

Welche Substanzen?

Welche Substanzen eher nicht?



Benzodiazepine

Neuroleptika

Welche Substanzen nicht?



Opioid

Quellen: Google Search

Gezielte Sedierung: Begleitmedikamente?

Opioide müssen bei Schmerzen und Dyspnoe weiter gegeben werden, sollen aber nicht als Sedativum eingesetzt werden.

Bei Schmerzen und Dyspnoe weitergeben



Arantzamendi et al., 2021

Gezielte Sedierung: Monitoring – RASS

Table 2:
Richmond Agitation Sedation Scale.

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff (e.g. throwing items): with or without attempting to get out of the bed or chair.
+3	Very agitated	Pulls or removes lines (e.g. IV/SC/oxygen tubing) or catheter(s); aggressive, with or without attempting to get out of the bed or chair.
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movements, with or without attempting to get out of the bed or chair.
+1	Restless	Occasional non-purposeful movements, but movements are not aggressive or vigorous.
0	Alert and calm	
-1	Drowsy	Not fully alert but has sustained awakening (eye opening/contact) to voice for at least 10 seconds.
-2	Light sedation	Briefly awakens with eye contact to voice for less than 10 seconds.
-3	Moderate sedation	Any movement (eye or body) or eye opening to voice but no eye contact.
-4	Deep sedation	No response to voice, but any movement (eye or body) or eye opening to stimulation by light touch.
-5	Not rousable	No response to voice or stimulation by light touch.

Gezielte Sedierung: Ethische Bedenken und Kontroversen

Wenn:

- ▶ sich Patient*in nicht am Lebensende befindet
- ▶ Therapieziel unklar ist
- ▶ Therapieentscheid ohne Betroffene und Angehörige
- ▶ existentielles Leiden im Vordergrund ist
- ▶ keine therapierefraktären Symptome vorhanden sind

Prinzipiell eher bei tiefer, kontinuierlicher Sedierung!

Gezielte Sedierung: Wo und unter welchen Umständen?

Ist eine so komplexe Handlung wie die gezielte Sedierung in Langzeitinstitutionen überhaupt möglich?



Ziel und Fragestellungen der Untersuchung

Ziel:

Eruieren, wie Pflegende (dipl. Pflegefachpersonen und Fachangestellte Gesundheit (FaGe)) in Schweizer Langzeitinstitutionen mit Sedierungsmassnahmen zur Leidenslinderung umgehen, welchen Herausforderungen sie dabei begegnen, welche Strategien sie anwenden und welche Faktoren dies beeinflussen.

Fragestellungen:

- ▶ Welchen Herausforderungen begegnen Pflegende in Schweizer Langzeitinstitutionen in Bezug auf Sedierungsmassnahmen zur Leidenslinderung ihrer Bewohner*innen am Lebensende?
 - Welche Strategien wenden sie an, um mit diesen Herausforderungen umzugehen?
 - Welche Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle?

Methode

- ▶ **Design:** Qualitatives Forschungsdesign
- ▶ **Rekrutierung:** Gezielte Rekrutierung von Pflegenden in Langzeitinstitutionen (Deutschschweiz)
- ▶ **Datensammlung:** Leitfaden gestützte, semi-strukturierte Fokusgruppen-Interviews mit anschliessender Transkribierung
- ▶ **Datenanalyse:** Grounded Theory Methodology (GTM) nach Strauss und Corbin (Strauss & Corbin, 1990)

Resultate

- ▶ Insgesamt 28 Teilnehmer*innen (20 dipl. Pflegefachpersonen, 6 FaGe, 2 Pflegeexpertinnen)
- ▶ Sieben Fokusgruppen-Interviews in Langzeitinstitutionen aus drei verschiedenen Deutschschweizer Kantonen. Durchschnittliche Dauer der Interviews: 01:25:16

Resultate

- ▶ **Kernkategorie:** Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen
- ▶ **Drei Subkategorien:**
 1. Leiden erkennen
 2. Leiden beurteilen
 3. Leiden lindern
 - ▶ mit den jeweiligen Herausforderungen und Strategien
- ▶ Einflussfaktoren auf Kern- und Subkategorien

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Einflussfaktoren

Zeitliche und personelle Ressourcen

Herausforderung
Eigenes und fremdes Leiden unterscheiden

Herausforderung
Interaktion mit anderen

Herausforderung
Unsicherheit mit sedierenden Medikamenten

Leiden erkennen

Leiden beurteilen

Leiden lindern

Fachkompetenz

'Vier-Augen-Prinzip':
Wahrnehmung abgleichen

'Alle ins Boot holen':
Gemeinsame Entscheidungsfindung

'Doppelter Boden':
Intern und extern

Strategie

Strategie

Strategie

Individuelle Prägungen und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Zeitliche und personelle Ressourcen

«Man braucht eben dummerweise auch immer das Wort 'ruhig stellen' im Dialekt (...) Wir stellen uns ja selber ein Bein, wenn wir es falsch benennen und dem den negativen Touch lassen. Es ist eben nicht ein: 'Ruhig stellen'. Es ist einfach ein Helfen, ruhig zu bleiben, zur Ruhe zu kommen»

TN8 661-665

Fachkompetenz

Strategie

Individuelle Fähigkeiten und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

**Leiden erkennen –
eigenes und fremdes Leiden unterscheiden:**

*«Mich dünkt sehr oft, das
Auseinandernehmen am Anfang: was ist es
denn genau? Die Unruhe kann ja auch sehr
gut von der Angst sein oder die Unruhe kann
auch von den Schmerzen sein. Bis man
herausfindet, was es genau ist. Und nachher,
bis man was findet, (...) das wirkt»*

TN20 31-34

ressourcen

Zeitliche und

Individuelle Fähigkeiten und Überzeugungen

Fac

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Leiden lindern – Unsicherheit mit sedierenden Medikamenten:

«Man hat immer noch das Gefühl, zum Beispiel, das Mo [Morphin] ist eines der Medikamente, das eigentlich zum Tode führt und man möchte wie, blöd gesagt, nicht die Letzte sein, die das injiziert hat»

TN3 118-120

«Aber mit dem Dormicum ist einfach der Respekt da»

TN16 866

Indikationen, Ängste und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

ressourcen

Zeitliche und

Leiden lindern – «Doppelter Boden»:

«Gerade bei den FaGe kann man nicht einfach sagen: 'Jetzt nimm einfach, das ist das Medi-Schema und jetzt mach.' Das geht nicht. Da braucht es schon einen doppelten Boden im Heim, weil einfach das fachliche Niveau (...) tiefer ist als in einem Spital»

TN2 933-936

Individuelle Gänge und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Einflussfaktoren – Individuelle Prägungen und Überzeugungen:

*«Aber ich möchte einfach **nie** starke Emesis, Nausea, ich will keine Schmerzen. Ich will lieber schlafen und von dem allem nichts wissen. Und diese Haltung hat aber nicht jeder. Und deshalb kann es sein, dass ich da manchmal vielleicht etwas voreilig bin mit Reserven geben oder mit reagieren.»*

TN25 184-187

ressourcen

Zeitliche und

Fa

Indi

ngen und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

ressourcen

Einflussfaktoren - Individuelle Prägungen und Überzeugungen:

«Manchmal finde ich auch schwierig, den richtigen Zeitpunkt zu finden, um ihm zu helfen, dass er auch noch das Recht hätte, wach sein zu dürfen»

TN18 17-19

Zeitliche und

Fa

Indi

gen und Überzeugungen

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

Diskussion: wichtige Erkenntnisse

▶ **Sedierung allgemein:**

- ▶ Sedierung wird nicht als solche benannt
- ▶ oberflächliche Sedierung ist häufig
- ▶ tiefe, kontinuierliche Sedierung ist selten: «*Spezialisierte Leistung zum Standardtarif*»;
- ▶ Begriff «*gezielte Sedierung*» ist nicht geläufig
- ▶ Morphin wird oft als Sedativum eingesetzt

Diskussion: wichtige Erkenntnisse

- ▶ **Schwierigkeit, Leiden zu erkennen, zu beurteilen, zu behandeln:**
 - ▶ Betreuungspersonal mit dem tiefsten Bildungsstand muss Leiden erkennen können
 - ▶ Fachkompetenz und Zeit als Voraussetzung
 - ▶ Frühzeitige Vorausplanung könnte Abhilfe schaffen
- ▶ **Problematik:** Verordnungskompetenz versus Fachkompetenz
- ▶ **Antizipation:** Welche Erkrankungen führen zu erhöhtem Risiko von therapierefraktären Symptomen?

Diskussion: Stärken und Limitationen

- ▶ viele Teilnehmende (Thema brennt)
- ▶ viele Teilnehmende haben Weiterbildung in Palliative Care
- ▶ Vorgesetzte in Fokusgruppe

Diskussion: Empfehlungen

- ▶ **Mikro- und Mesoebene:** personelle, fachliche und zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben/stellen; SOP zum Thema Sedierung zur Verfügung haben; Möglichkeit zur Weiterbildung; Fallbesprechungen; Schulungen; Zusammenarbeit/Netzwerk fördern
- ▶ **Bildung/Forschung:** Interprofessionelle Forschung; gezielte Schulung des Assistenzpersonals (der Pflegenden, der Ärzt*innen)
- ▶ **Makroebene:** Gesundheitspolitik: Zugang zu spezialisierter Palliative Care gewährleisten. APN-Rollen in Langzeitinstitutionen fördern.
Angemessene Vergütung von Spezialleistungen!

Diskussion: Empfehlungen

- ▶ ***Rechtzeitig alle ins Boot holen:***
 - ▶ Keine Angst vor gesundheitlicher Vorausplanung
 - ▶ Austausch im Team, mit Angehörigen, mit Bewohner, mit Ärzt*innen fördern
 - ▶ Notfallpläne erstellen
- ▶ ***Einen doppelten Boden organisieren und gewährleisten:***
 - ▶ Institutionsinterne Ressourcen beiziehen
 - ▶ Spezialisierte Palliative Care involvieren
- ▶ Keine Angst haben, das Thema «Sedation» anzusprechen

Grüne et al., 2022; Robjin et al., 2020

Fazit:

Spannungsfeld zwischen Leiden lindern und ruhig stellen

«Die Gesundheitspolitik sollte das Risiko des Gebrauchs sedierender Medikamente in Zeiten von Fachpersonalmangel in der Langzeitpflege nicht unterschätzen.

Die Gefahr könnte darin bestehen, dass Bewohnende ruhig gestellt werden, weil Fachkompetenz, Zeit und Kontinuität fehlen, deren Leiden zu erkennen, zu beurteilen und angemessen lindern zu können.»

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

- ▶ Arantzamendi, M., Belar, A., Payne, S., Rijpstra, M., Preston, N., Menten, J., Van der Elst, M., Radbruch, L., Hasselaar, J., & Centeno, C. (2021). Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, 61(4), 831-844. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>
- ▶ Beauverd, M., Mazzoli, M., Pralong, J., Tomczyk, M., Eychmüller, S., & Gaertner, J. (2024). Palliative sedation-revised recommendations. *Swiss medical weekly*, 154(2).
- ▶ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) & palliative.ch. (2014). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care».
- ▶ Cherny, N.I., Radbruch, L. (2009). Board of the European Association for Palliative Care. *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. *Palliat Med.* 23(7), 581-593. doi: [10.1177/0269216309107024](https://doi.org/10.1177/0269216309107024). PMID: 19858355.
- ▶ Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6 ed.). Springer Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>
- ▶ Grüne, B., Meesters, S., Bausewein, C., & Schildmann, E. (2022). Challenges and Strategies Regarding Sedation at the End of Life in Hospitals and Nursing Homes. *J Pain Symptom Manage*, 63(4), 530-538. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.012>

Literatur

- ▶ Kremling, A., Bausewein, C., Klein, C., Schildmann, E., Ostgathe, C., Ziegler, K., Schildmann, J., & Group, S. S. (2022). Intentional sedation as a means to ease suffering: a systematically constructed terminology for sedation in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), 793-796.
- ▶ Robijn, L., Deliens, L., Rietjens, J., Pype, P., & Chambaere, K. (2020). Barriers in the Decision Making About and Performance of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 60(5), 916–925. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz165>
- ▶ Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Inc.
- ▶ Strübing, J. (2021). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24425-5>
- ▶ Weixler, D., Roider-Schur, S., Likar, R., Bozzaro, C., Daniczek, T., Feichtner, A., Gabl, C., Hammerl-Ferrari, B., Kletecka-Pulker, M., & Körtner, U. H. (2017). Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion). *Wien Med Wochenschr*, 167(1), 31-48.

Figure 3: Example monitoring sheet for palliative sedation (part 1).

Date : ____ / ____ / ____
 Time : _____

Patient identification

		T0 Induction	T20	T40	T60														
Monitoring	Date																		
	Time																		
Drugs	Bolus iv (mg)																		
	Bolus sc (mg)																		
<input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Dexmedetomidine <input type="checkbox"/> Other:	Dosage mg/h iv																		
	Dosage mg/h sc																		
Sedation level	RASS- Pal ¹																		
Symptom assessment	Numeric scale																		
	Visual analogic scale																		
	Verbal scale																		
	OR																		
	Algoplus ²																		
	RDOS ³																		
	CPOT ⁴																		
Vital parameters (if indicated)	Respiratory rate																		
	Blood pressure																		
	Oxygen saturation																		
	Heart rate																		
Nurse signature																			
Remarks/ Comments																			

Emergency sedation

Yes: _____

No

Refractory symptom(s):

Delirium

Nociceptive/neuropathic pain

Dyspnea

Non-physical distress

Other _____

CONSENT

Patient

Proxy decision maker

Length of sedation

Intermittent

Stop: _____

Continuous until death

Target depth of PS:

RASS-Pal: _____

Figure 4: Example monitoring sheet for palliative sedation (part 2).

RASS – Pal – The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL)
(Bush et al., 2014)

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff, (e.g., throwing items); +/- attempting to get out of bed or chair
+3	Very Agitated	Pulls or removes lines (e.g., IV/SC/Oxygen tubing) or catheter(s); aggressive, +/- attempting to get out of bed or chair
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movements, +/- attempting to get out of bed or chair
+1	Restless	Occasional non-purposeful movements, but movements are not aggressive or vigorous
0	Alert and Calm	
-1	Drowsy	Not fully alert but has sustained awakening (eye opening/eye contact) to voice for 10 seconds or longer
-2	Light Sedation	Briefly awakens with eye contact to voice for less than 10 seconds
-3	Moderate Sedation	Any movement (eye or body) or eye opening to voice, but no eye contact
-4	Deep Sedation	No response to voice, but any movement (eye or body) or eye opening to stimulation by light touch
-5	Not rousable	No response to voice or stimulation by light touch

RDOS – Respiratory Distress Observation Scale
(Campbell, 2009)

Variable	0 points	1 point	2 points	Total
Heart rate per minute	< 90 beats	90-109 beats	≥ 110 beats	
Respiratory per minute	≤ 18 breaths	19-30 breaths	>30 breaths	
Restlessness: non-purposeful movements	Aucun	Légers mouvements par intermittence	Frequent movements	
Paradoxical breathing pattern: abdomen moves in on inspiration	None		Present	
Accessory muscle use: rise in clavicle during inspiration	None	Slight rise	Pronounced rise	
Grunting at end-expiration: guttural sounds	None		Present	
Nasal flaring: involuntary movement of nares	None		Present	
Look of fear	None		Eyes wide open, facial muscle tense, brow furrowed, mouth open, teeth together	
Total				

Algoplus Scale
(Rat et al., 2010)

Score each grouped item yes/no for presence or absence	0	1
Facial expression: frowning, grimacing, wincing, clenched teeth, unexpressive	No	Yes
Look: inattentive, blank stare, distant or imploring, teary-eyed, closed eyes	No	Yes
Complaints: "ow-ouch", "that hurts", groaning, screaming	No	Yes
Body position: withdrawn, guarded, refuses to move, frozen posture	No	Yes
Atypical behaviors: agitation, aggressivity, grabbing onto something or someone	No	Yes
		_____/5

CPOT - Critical Care Pain Observation Tool
(Gelin et al., 2006)

Indicator	Score	
Facial expression	Relaxed, neutral	0
	Tense	1
	Grimacing	2
Body movements	Absence of movements or normal position	0
	Protection	1
	Restlessness/Agitation	2
Compliance with the ventilator (Intubated patients)	Tolerating ventilator or movement	0
	Coughing but tolerating	1
	Fighting ventilator	2
OR	Talking in normal tone or no sound	0
	Sighing, moaning	1
	Crying out, sobbing	2
Muscle tension	Relaxed	0
	Tense, rigid	1
	Very tense or rigid	2
Total	.../ 8	