

Palliative Sedierung

Dietmar Weixler

Palliative Support Team

LK Waldviertel Horn – Österreich

www.dietmar-weixler.at

H. C. Müller-Busch

Palliativstation

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Berlin -Deutschland

Begriffsklärung: PALLIATIVE SEDATION (THERAPY)

The use of sedative medications to relieve **intolerable** and **refractory** symptoms by the reduction in patient consciousness

Medikamentöse Beruhigung als symptomatische Maßnahme, um - auf dem Wege einer Bewusstseinsdämpfung - unerträgliche und therapieresistente Symptome zu lindern

Morita T, Definition of sedation for symptom relief; J Pain Sympt Manag 2002; Vol 24, 447-453

www.eapcnet.org/forum/

ZIELSYMPTOME – Indikationen für Palliative Sedierung

	Strasser F., de Graeff A. 2005	Müller-Busch H.C. 2004	
Delir, terminale Unruhe, Konfusion	57	37	
Atemnot	23	41	
Schmerz	16	13	
Übelkeit/Erbrechen	4		
Angst		22	
andere		6	

Suizidalität ← Hoffnungslosigkeit

Depression

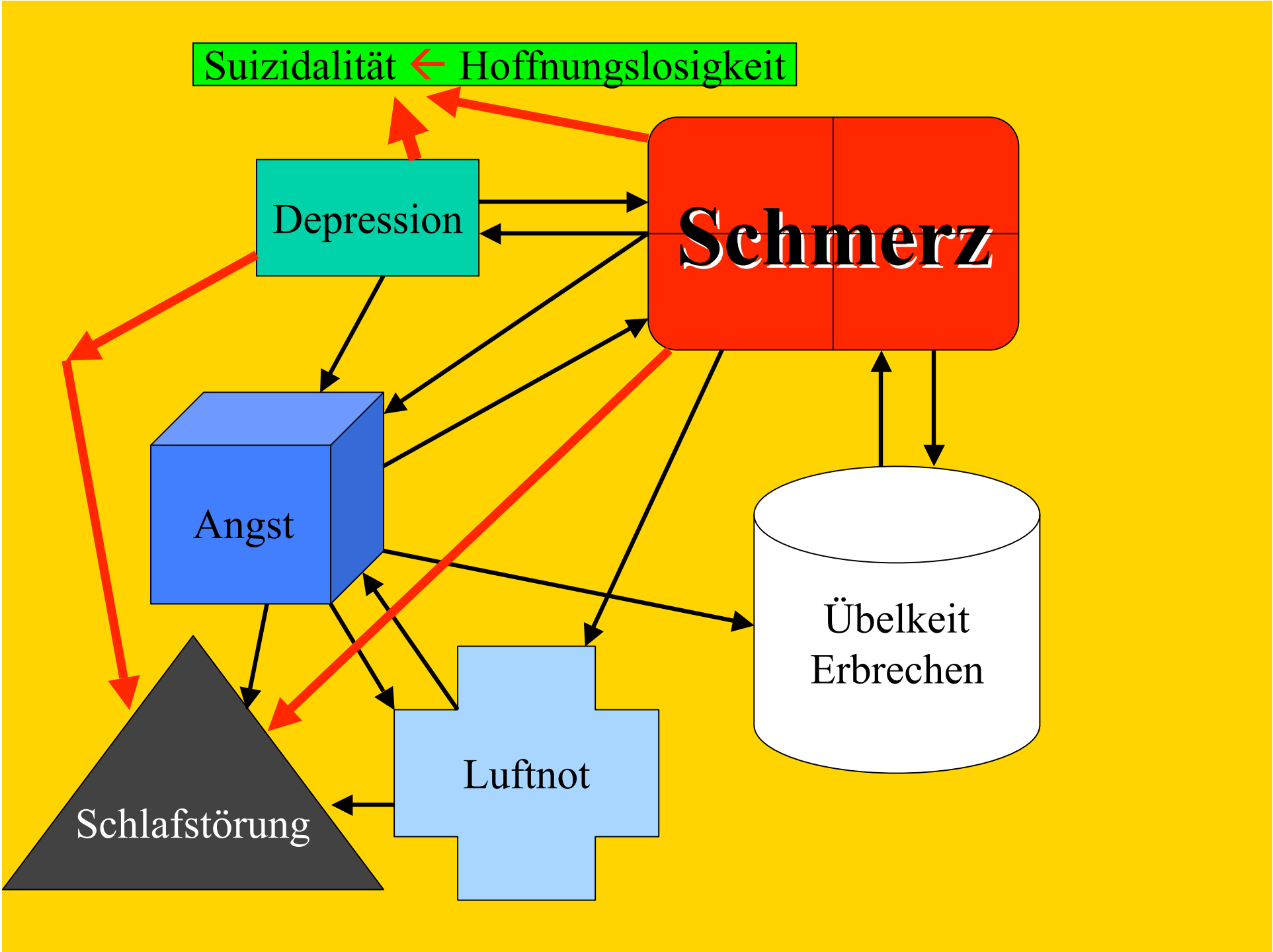
Schmerz

Angst

Übelkeit
Erbrechen

Luftnot

Schlafstörung



Sedierende Pharmaka → Bewusstsein

1. **Wachheit**
(arousal)
2. **Wachsamkeit**
(alertness)
3. **motorische
Aktivität**

EXKURS: *therapierefraktär*

... sind Symptome, wenn andere mögliche Behandlungen nicht erfolgreich waren oder durch Teamkonsens auf der Grundlage wiederholter und aufmerksamer Beurteilung erfahrener Experten eingeschätzt werden kann, dass keine Methode im Rahmen der zeitlichen Rahmenbedingungen zur Linderung zur Verfügung steht bzw. aus einem möglichen Vorgehen dem Patienten kein günstiges Nutzen-Schadens-Verhältnis erwächst.

Cherny und Portenoy, J Palliative Care 1994

How people die in hospital general wards

Toscani F. *J Pain Symptom Manag* 2005;30:33-40

- Inzidenz un-/unterbehandelter quälender Symptome: 72%
- Schmerz: 75%
- stärkste Schmerzen: 42%
- schwere Atemnot: 45%
- Anforderung eines PC-Experten: 7%
- Routinepflege bis zum letzten Lebenstag
- Routineblutabnahmen: 67%

How people die in hospital general wards

Toscani F. *J Pain Symptom Manag* 2005;30:33-40

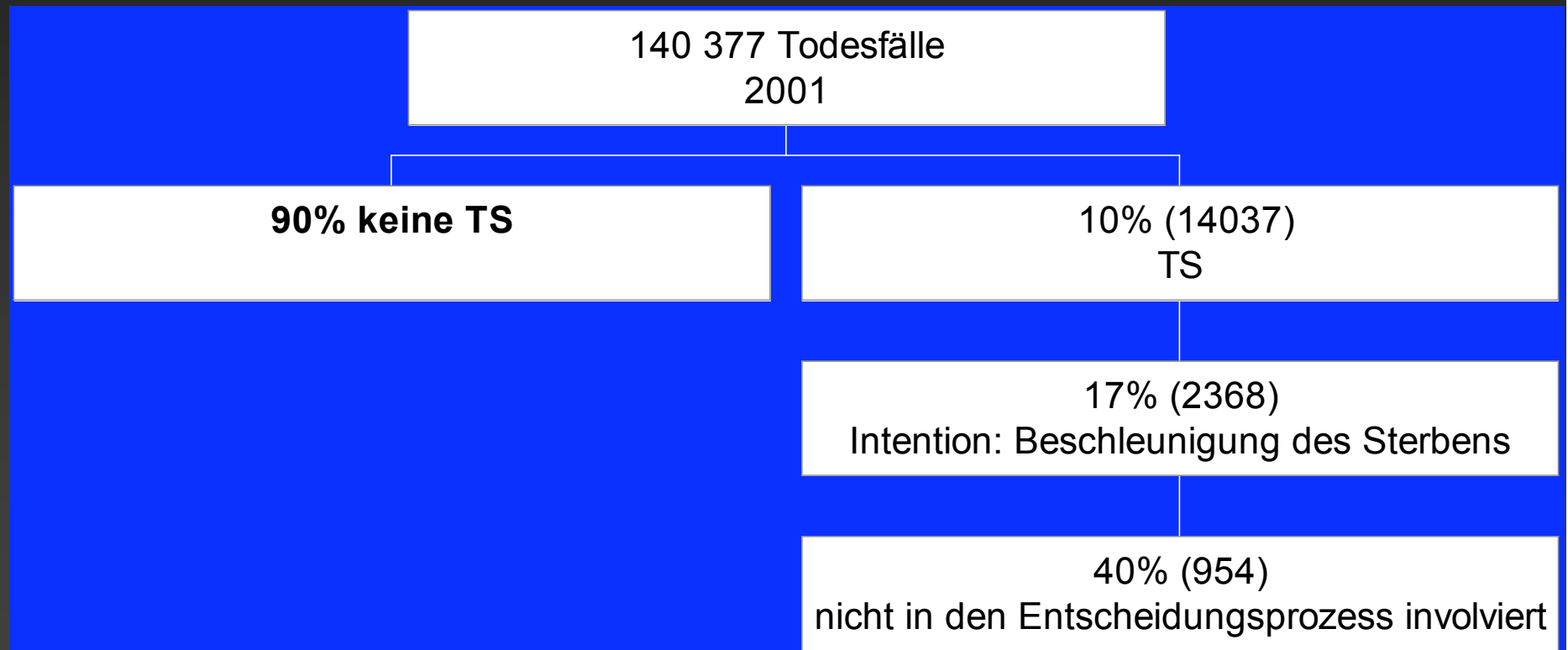
- Inzidenz un-/unterbehandelter quälender Symptome: 72%
- Schmerz: 75%
- **stärkste Schmerzen: 42%**
- Schwere Atemnot: 45%
- Anforderung eines PC-Experten: 7%
- Routinepflege bis zum letzten Lebenstag
- **Routineblutabnahmen: 67%**

→ Wenn Sie zum Sterben in ein Krankenhaus kommen, erhalten Sie eher eine Blutabnahme als ein Schmerzmittel

Rietjens J.

Physician's report of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands

Ann Int Med 2004;141:178-185



→ 954 Personen starben 2001 durch die ärztliche Absicht, den Tod herbeizuführen und wurden nicht in die Entscheidung zu dieser Handlung eingebunden

Euthanasie

~~Tötung auf Verlangen.~~

Ein Arzt tötet eine Person absichtlich durch die Verabfolgung von Medikamenten, durch selbstkompetente und ~~freiwillige~~ Entscheidung der betroffenen Person

Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics task force. Palliative Medicine 2003;17:97-101

Wesentliches Entscheidungskriterium: Intention- Mittel - Ziel

- Herbeiführen des Todes
(unmittelbar)
- Mittel letal

- Dosis-Eskalation

- Linderung unerträglicher
Symptome
- Mittel → Intention
Wahl der Medikamente
sicher (ther. Breite)
Applikation
Anfangsdosis
Titration

Indirekte Zeichen der Intention

1. Hinter einer Handlung stehen soziale Phänomene und Werte
2. Menschliches Verhalten ist bedürfnisorientiert
3. Absichten orientieren sich an Zielen
4. Der Hintergrund einer Absicht ist an der Verhältnismäßigkeit der Handlung erkennbar
5. Die Zielorientierung einer Handlung in einem Prozess ist durch wiederholte Kontrolle des Handlungseffekts erkennbar

EAPC Ethics Task Force 2003:

- Palliative sedation in those *imminently dying* must be distinguished from euthanasia.
- **Mild sedation** does not adversely affect the patient's conscious level or ability to communicate
- **Heavy sedation** must be reviewed on a regular basis and in general used only temporarily.

It is important that the patient is **regularly monitored** and that artificial hydration and nutrition are initiated when clinically indicated

Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics task force. Palliative Medicine 2003;17:97-101

Zielorientierung:

quality of process + quality of outcome

Effekte der Sedativa auf ...

→ ... das Bewusstsein

→ ... die Vitalparameter

→ ... das Symptom

→ ... Ziele der end-of-life-care

Ramsey-Score (modif. N. Habibi und Coursin)

6 agitiert

5 prompte Reaktion auf Namensnennung in normaler Lautstärke

4 lethargische Reaktion auf Namensnennung in normaler Lautstärke

3 reagiert nur nach lauter oder wiederholter Ansprache

2 reagiert nur auf leichtes Anstoßen oder Rütteln

1 reagiert nicht auf leichtes Anstoßen oder Rütteln

0 keine Reaktion auf Reize

Kontinuum der Sedierungseffekte

1. Anxiolyse (\rightarrow ev. *Enthemmung*)
2. leichte Sedierung: müde –schläfrig – schlafend
verbale Kommunikationsfähigkeit erhalten
3. Tiefe Sedierung: Reaktion nur durch wiederholte oder heftige Reize
4. Allgemeinnarkose - Koma

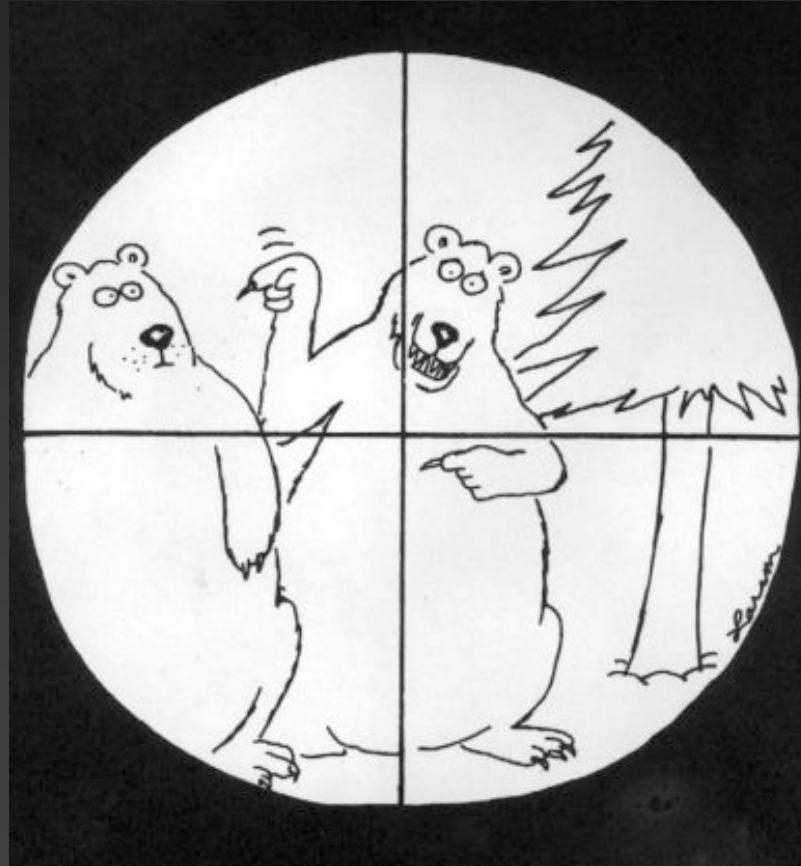
Zielorientierung: quality of process + quality of outcome

Effekte der Sedativa auf ...

- ... das Bewusstsein
- ... die Vitalparameter
- ... **das Symptom**
- ... Ziele der end-of-life-care

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE									
NOM : Prénom :		Échelle DOLOPLUS-2®							
Service :									
Observation Comportementale								dates	
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1. Plaintes somatiques	pas de plaintes.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3	3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	pas de protection.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.....	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Mimique	mimique habituelle.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atonie, figure, regard sévère).....	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Sommeil	sommeil habituel.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6. Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3	3	3	3	3
7. Mouvements	possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...).....	1	1	1	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aide, le malade diminue ses mouvements).....	2	2	2	2	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8. Communication	inchangés.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	attenuée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication.....	3	3	3	3	3	3	3	3
9. Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....	0	0	0	0	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	comportement habituel.....	0	0	0	0	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et hétérofixés.....	1	1	1	1	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanents.....	2	2	2	2	2	2	2	2
	troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3	3	3	3	3
COPYRIGHT	SCORE								

Entscheidung - Einwilligung



Patientenseitige Faktoren am Lebensende mit Einfluss in Entscheidungsprozessen

- Depression (4-58%)
- kognitive Beschränkungen (Delir: 28-83%)
- Hoffnungslosigkeit, Würdelosigkeit, Kontrollverlust, Abhängigkeit, Machtlosigkeit, Wirkungslosigkeit;
Desintegration der Persönlichkeit

Sie können Ihren Gefühlen
vertrauen – das ist seit 2006
evidence based:

Dijksterhuis A., Bos M.W., Nordgren L.F., van Baaren R.B.
On the making the right choice: The deliberation-without-
attention effect. *Science* 2006;311:1005-1007

Palliative Sedierung

- gehört nicht zum „standard of care“
- muss immer individualisiert sein
- muss ein kontrollierbares Verfahren innerhalb von Rahmenbedingungen sein (→ Leitlinien)

→ **Morita J Palliat Med 2005;8(4):716-729 guideline**

Minimalvoraussetzungen für Palliative Sedierung

1. Sedierung mit einem **Nichtopioid** bei einem Menschen mit weit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung (Stunden bis Tage)
2. therapierefraktäre und für den Betroffenen unerträgliche Symptome
3. es besteht keine Absicht, den Zeitpunkt des Todes zu beeinflussen (Ziele: Komfort, Symptomkontrolle)
4. Informed consent wird (*frühzeitig*) angestrebt
5. Entscheidung betr. Flüssigkeit/Ernährungstherapie **unabhängig** von PS

www.eapcnet.org/forum/

Morita T. Development of a clinical guideline for palliative sedation using the Delphi method. J Palliat Care 2005;4:716-729

Dietmar.weixler@horn.lknoe.at

Ein Delir ist für den Patienten
ein quälendes Symptom, wie
Schmerz, Atemnot oder Übelkeit.

Wie diese
ist es behandelbar.

Casarett DJ, Diagnosis and management of delirium
near the end of life, Ann Intern Med 2001;135:32-40

A perspective in the management of delirium in terminally ill patients on a palliative care unit

Fainsinger et al. J Palliat Care (1993);9:4-8

- Evaluation von kognitiven Störungen und Agitation
- Ausreichende Hydratation , ev. Opioidrotation
- → Reduktion kognitiver Störungen v. 26% → 10%
- Reduktion der Notwendigkeit, Antipsychotika und/oder BZD zu verwenden
- → Palliative Sedation nur in 3% notwendig

Benzodiazepine (z.B.
Midazolam) sind als
Monotherapie **nicht** ausreichend
wirksam, um delirante
Symptome zu behandeln, wenn
sie nicht mit Antipsychotika
kombiniert werden

Breitbart et al. 1996 Am J Psychiatry

Informed consent*

- → Entscheidung aufgrund detaillierter Information
(Entscheidungskapazität/Einsichtsfähigkeit in den momentanen Zustand):
 - Auswirkungen auf die Kommunikation
 - Komplikationen
 - Alternativen (klar: verlängern Leben nicht)
 - Keine CPR (=DNR-order)
 - Klärung Flüssigkeit/Ernährung unabhängig von PS

* nur bei 50% der Pat.möglich

Begriffsklärung: Phasen des Sterbens

1. **Rehabilitationsphase:** weitgehend normales gesellschaftliches Leben trotz Krankheit (*Monate-Jahre*)
2. **Präterminalphase:** Aktivität: eingeschränkte Möglichkeiten des aktiven Lebens (*Wochen-Monate*)
3. **Terminalphase:** Aktivität: Bettlägrigkeit, oft Rückzug nach innen oder Ruhelosigkeit (*Tage–Wochen*)
4. **Sterbephase:** Aktivität: Mensch „in extremis“, liegt im Sterben, Bewusstsein in andere Bereiche gerichtet als in die sichtbare Welt (Prognose: die letzten Stunden)

Jonen-Thielemann I, Die letzte Lebenszeit unheilbar Kranker, DPG 2000, M1.1

28-83% !!!

Delir (nach ICD-10)

- **Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit**
- **Globale Störung der Kognition, Wahrnehmungsstörung, Beeinträchtigung des abstrakten Denkens und des Kurzzeitgedächtnis, zeitliche Desorientiertheit, in schweren Fällen auch Desorientierung zu Ort und Person**

Fortsetzung / Delir

- **Psychomotorische Unruhe** (Hypo- oder Hyperaktivität, verlängerte Reaktionszeit, Redefluss, verstärkte Schreckreaktionen)
- **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus** (Schlafumkehr, Schlaflosigkeit, Halluzinationen)
- **Affektive Syndrome** wie Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie oder Apathie

Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience

Christof Müller-Busch, Inge Andres,
Thomas Jehser

BMC Palliative Care 2003;2:2

www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2

Muller-Busch et. Al, BMC 2003

- 1995-2002
- 548 Patienten
- die letzten 48 Stunden des Lebens
- strenge institutsspezifische Richtlinien
- 7% (1995) → 19% (2002) (**weltweit: 1-88%**)
- Anforderung durch die Patienten 19→34%
- Wechsel der Indikationen physisch → psychische Indikationen („existenzielles Leiden“)

Muller-Busch et. Al, BMC 2003

- Verbale Kommunikation in 50% erhalten
- Aufnahme von Flüssigkeit bei 66% der Patienten möglich
- Aufnahme von festen Speisen bei 10/80 Patienten möglich
- 48/80: kontinuierliche Sedierung
- 32/80: intermittierende Sedierung

Muller-Busch et. Al, BMC 2003

**anderweitig nicht
behandelbare**

- **Schmerzen***
- **Atemnot***
- massive Blutungen
- gastrointestinale
Symptome
- Delir
- Panische Angst
- Existenzielle
Angst/Leiden
- *Terminal restlessness*
- *Agitation*
- *Verwirrung*
- *Konfusion*

* Morita 2004 *Support Care Cancer*:
häufigste Indikationen

Verkürzt palliative Sedierung das Leben?

- „KEINE HINWEISE“ =
 - Stone P, Phillips C et al. *Palliat Med* 1997
 - Cowan JD, Walsh: Terminal sedation in palliative medicine. Definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001 (n= 324/27)
 - Chiu TW, Hu WY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Symptome Manag* 2001
 - Hardy, *Lancet*, 2000
 - Krakauer, *Oncologist* 2000
 - Morita, *J Palliative Care* 1999
 - Morita *J Pain Symptome Manag* 2001
 - Sykes *Arch Intern Med* 2003
 - Ventafridda *J Palliative Care* 1990