



Leitfaden

**Palliativversorgung und Hospizkultur in Pflegeheimen
in Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel**

Inhaltsverzeichnis

Das Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e. V. stellt sich vor	4
Einleitende Worte	5
Vorwort	6
1 Aspekte der hospizlich-palliativen Begleitung im Pflegeheim	7
1.1 Aus medizinischer Sicht	7
1.2 Aus pflegerischer Sicht	8
1.3 Aus psychosozialer Sicht	8
1.4 Aus spiritueller Sicht	8
2 Was uns in Herne, Wanne-Eickel und Castrop-Rauxel wichtig ist	9
2.1 Unsere Leitsätze	9
3 Unser Leitfaden	10
3.1 Unser Verständnis von Palliativversorgung in den Pflegeheimen	10
3.2 Bedeutung für uns	10
4 Die Herausforderung einer bedürfnisorientierten Pflege	11
4.1 Körperliche Dimension	11
4.2 Psychosoziale/ soziale Dimension	12
4.3 Spirituelle Dimension	12
5 Abschlussbotschaft	13
6 Tipps für die Praxis	14
6.1 Luftnot (Dyspnoe)	15
6.2 Rasselatmung	16
6.3 Übelkeit/ Erbrechen	17
6.4 Andauernde Übelkeit (Nausea)	19
6.5 Mundpflege	20
6.6 Essen und Trinken am Lebensende	24
6.7 Lagerung	25
6.8 Palliative Wunden und Gerüche	26
6.9 Angehörigenbegleitung	28
6.10 Juckreiz (Pruritus)	29
6.11 Unruhe in der letzten Lebensphase	31
6.12 Aromapflege, Wickel und Auflagen	33
6.13 (Ethische) Fallbesprechung	35
7 Quellenangaben und hilfreiche Literatur	40
8 Impressum	42

Das Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V.

hat sich 2007 erstmals getroffen und ist seit 2009 ein eingetragener, gemeinnützig anerkannter Verein. Neben 4 Mitgliederversammlungen und 6 Vorstandssitzungen pro Jahr finden regelmäßig Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit statt. Aktuelle Themen werden in der Regel an Arbeitsgruppen delegiert, die eigenständig arbeiten. Eine dieser Arbeitsgruppen ist die AG Heime im Palliativ-Netzwerk, die sich Ende 2012 gegründet hat.

Die Mitglieder im Palliativ-Netzwerk

Ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen, Trauernetzwerk Herne, PKD (Palliativ-medizinischer Konsiliardienst), niedergelassene Palliativärzte, Krankenhäuser, Ambulante Pflegedienste, Apotheken, Homecare-Unternehmen und Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Weiterbildungeinrichtungen, Träger mehrerer Pflegeheime.

Mitglieder in der AG Heime im Palliativ-Netzwerk:

Einrichtungen, vertreten durch:

- Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst (AHPD) Herne, Frau Müller
- Ambulanter Hospizdienst, Caritasverband für die Stadt Castrop-Rauxel e.V., Frau Kabzinski
- ASB Seniorenheime, Frau Golletz
- AWO Herne SZ Else-Drenseck / Grete-Fährmann / Willi-Pohlmann, Frau Schlachter
- AWO SZ Ickern / AWO SZ CAS Wilhelm-Kauermann, Frau Melnik, Frau Aigner
- DRK Altenhilfezentrum Königgruberpark, Frau Walorczyk
- DRK Hausgemeinschaften, Frau Zawieja
- Ev. Johanneswerk Eva-von-Tiele-Winckler-Haus, Frau Springkämper
- Ev. Johanneswerk Ludwig-Steil-Haus, Herr Opitz
- Ferdinand-Dienst-Haus, Frau Krause
- Palliativ-Netzwerk – AHPD Herne, Frau Leutbecher
- Palliativ-Netzwerk, naip Netzwerk Ruhr, Frau Schippmann
- Frau Rädels, Palliativmedizinerin
- St. Bonifatius-Stiftung SZ St. Georg und St. Elisabeth-Stift
- Herr Dr. Voss, Hausarzt

Vorstand des Palliativ-Netzwerkes (Stand August 2015):

Karin Leutbecher (AHPD Herne), Andrea Meier (Caritas Verband Herne), Eun-Kyong Schippmann (naip Netzwerk Ruhr), Christian Wald (Paracelsus-Apotheke)

Einleitende Worte des Vorstandes

Im Namen des Vorstands des Palliativ-Netzwerkes Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V. möchte ich mich sehr herzlich für die intensive Arbeit der AG Heime in den letzten 2,5 Jahren bedanken. Wir begrüßen den vorliegenden Leitfaden sehr, der durch die regelmäßige Vorbereitung, Zusammenfassung und Bearbeitung einer kleineren Gruppe (AG Leitfaden) unter der Leitung von Frau Annegret Müller, Koordinatorin im AHPD Herne, entstanden ist. Wir hoffen, dass dieser Leitfaden zur Umsetzung der Palliativversorgung und Hospizkultur in den Heimen in unserer Region beitragen kann.

Komm. Vorsitzende Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V.

Karin Leutbecher

Vorwort

Ein Pflegeheim ist kein Hospiz, aber der hospizlich-palliative Gedanke „Leben bis zuletzt“ bei möglichst hoher Lebensqualität wird verfolgt und gelebt.

Trotz schwerer Krankheitsbeschwerden und zunehmender Pflegebedürftigkeit hat jeder Mensch das Recht seine letzte Lebensphase als lebenswert erfahren zu dürfen. Das beinhaltet für alle, die sich um das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner¹ sorgen, ein umsichtiges, achtsames und respektvolles Handeln. Die Einrichtung muss sich den Aufgaben stellen, die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen besonders in den Blick zu nehmen und ein umfassendes Begleitkonzept entwickeln.

Um eine Umsetzung von Palliativversorgung und Hospizkultur im Pflegeheim anzustoßen, hat sich die Arbeitsgruppe Heime des Palliativ-Netzwerkes Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel das Ziel gesetzt ein Thesenpapier zu entwickeln.

Die Grundlage war das gemeinsame Erfassen der wichtigen und verschiedenen Sichtweisen aller an der Versorgung in den Einrichtungen Beteiligten, um daraus zentrale Leitsätze zu formulieren. Daraus entwickelte sich ein Leitfaden, der eine Grundlage zur Umsetzung von Palliativversorgung und Hospizkultur in den einzelnen Einrichtungen bieten kann. Weiterhin haben die beteiligten Pflegeheime praktische Tipps und Informationen zu verschiedenen Symptomen und Themen erarbeitet.

¹ In dem vorliegenden Leitfaden wurde bewusst auf geschlechterspezifische Endungen verzichtet, um den Lesefluss nicht zu stören. Selbstverständlich sind in der jeweils gewählten Form immer weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint.

1 Aspekte der hospizlich-palliativen Begleitung im Pflegeheim

1.1 Aus medizinischer Sicht

- ... ist nicht jeder alte und hochbetagte Bewohner ein Palliativpatient.
- ... ist ein palliativmedizinisch zu betreuender Bewohner entweder sehr krank oder er ist sterbend. Er kann nicht mehr kurativ behandelt werden und/oder es liegen weitere Komplikationen im Sinne von Luftnot, Schmerzen oder komplizierten neurologischen Erkrankungen vor. In Kombination mit einer schwerwiegenden Tumorerkrankung gelten anhaltende Übelkeit, Obstipation, extreme Angstzustände auch als palliative Symptome.
- ... ist nicht jeder Bewohner mit Schmerzen (Schmerzpatient) ein Palliativpatient. Für diese Bewohner wird ein Konsil beim Schmerztherapeuten/in angefordert.
- ... ist der PKD ein palliativärztlicher Konsiliardienst. Er wird nicht als Ersatz für den Notdienst oder die Feuerwehr eingeschaltet, sondern ist konsiliarisch für die Hausärzte tätig.
- ... wird der Bewohner durch den Hausarzt in die palliativmedizinische Versorgung aufgenommen („eingeschrieben“).
- ... kann vom Hausarzt ein Mediziner des PKDs zu Hilfe geholt werden, wenn besondere Symptome zu behandeln sind.
- ... darf und kann ein Bewohner am Ende seines Lebens ohne eine Versorgung durch den Haus- und/oder Palliativarzt sterben, wenn er keine medizinisch zu behandelnden Beschwerden hat.

1 Aspekte der hospizlich-palliativen Begleitung im Pflegeheim

1.2 Aus pflegerischer Sicht

... ist ein Bewohner, der sterbend ist, grundsätzlich ein aus einer palliativen Grundhaltung zu versorgender Bewohner.

... braucht nicht jeder Sterbende einen Arzt. Es ist Aufgabe der Einrichtung diese Bewohner mit einer palliativen Grundhaltung zu versorgen und zu begleiten.

... wird frühzeitig im Einvernehmen mit Arzt, Angehörigen und den Bezugsmitarbeitern der Pflege und Betreuung die Pflegedokumentation angepasst. Durch die individuell festgelegten Maßnahmen kann die Versorgung für den Sterbenden gewährleistet werden.

1.3 Aus psychosozialer Sicht

... hat ein Bewohner, der sterbend ist und intensive soziale Betreuung braucht, einen Anspruch auf hospizliche Begleitung. Auch die Begleitung der Angehörigen ist eine psychosoziale Aufgabe.

... kann ein Bewohner, der keine palliativmedizinische Versorgung/Betreuung benötigt, trotzdem hospizlich begleitet werden.

... braucht ein Bewohner, der palliativmedizinisch versorgt wird, nicht zwingend eine hospizliche Begleitung.

... ist die Hinzunahme externer Dienste, z.B. eines Ambulanten Hospizdienstes, eine wichtige Ergänzung in der hospizlichen Begleitung.

1.4 Aus spiritueller Sicht

... hat jeder Bewohner am Ende seines Lebens einen Anspruch auf spirituelle Begleitung, unabhängig von seiner religiösen und weltanschaulichen Orientierung.

2 Was uns in Herne, Wanne-Eickel und Castrop-Rauxel wichtig ist

2.1 Unsere Leitsätze

- 1. Die Würde und Selbstbestimmung unserer kranken und sterbenden Bewohner und ihrer Zu- und Angehörigen gehört zum Selbstverständnis unseres Handelns.*
- 2. Der besonderen Situation von Menschen mit Demenz wird mit Achtung und würdevoller Begegnung Rechnung getragen.*
- 3. Zu unserer ganzheitlichen Betreuung gehört die pflegerische, psychosoziale, spirituelle und medizinische Zuwendung.*
- 4. Die Linderung der Leiden steht im Mittelpunkt unserer Arbeit, alle an der Versorgung Beteiligten bilden die begleitende Einheit.*
- 5. Die Versorgung und Betreuung der Bewohner am Lebensende erfordert eine hohe Sensibilität für die sich verändernden Bedürfnisse und Wünsche.*
- 6. Unsere innere Haltung, das Sterben als Teil unseres Lebens anzunehmen und zu respektieren, gibt uns die Chance den Sterbenden empathisch zu begleiten.*
- 7. Unser Handeln wird grundsätzlich von Fragen nach dem WARUM und dem SINN für den Bewohner und seine Angehörigen begleitet sein.*
- 8. Sterben und Trauer spielen auch im religiösen Denken eine wichtige Rolle. In unseren Gemeinden und Lebensgemeinschaften sind kulturell verschiedene Bewohner angesiedelt. Deren Besonderheiten wollen wir mit Respekt begegnen.*

3 Unser Leitfaden

3.1 Unser Verständnis von Palliativversorgung in den Pflegeheimen ist:

... eine bedürfnisorientierte medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung, die das individuelle Wohlbefinden steigern, die Sicherheit und Geborgenheit in allen Stadien des Leidens und Sterbens vermitteln soll und die Angehörigen mit einbezieht.

... dass die Pflegemitarbeiter zum interdisziplinären Team gehören, zu dem neben den Haus-, Fach- und Palliativmedizinern, dem Sozialdienst, der Seelsorge und allen anderen an der Versorgung Beteiligten auch die freiwillig Engagierten aus dem Besuchsdienst und Ambulanten Hospizdienst zählen.

3.2 Für uns bedeutet

Palliativpflege

ein strukturierter und bedürfnisorientierter Pflegeprozess, dessen Verlauf aktiv durch die Wünsche, Bedürfnisse, Möglichkeiten und die subjektive Wahrnehmung des Pflegebedürftigen und nicht durch die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Pflege bestimmt werden. Zugrunde liegende ethische Prinzipien der Pflege haben innerhalb der palliativen Pflege einen besonderen Stellenwert. Dazu gehören vor allem:

- die Wahrung der Würde und der Autonomie des Bewohners, auch über dessen Tod hinaus,
- die Akzeptanz des Sterbens und des Todes als Teil des Lebens, die Integration eigener und familiärer Ressourcen und deren Einbindung in den Pflegeprozess,
- die Anwendung des Grundsatzes „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ („High Touch-Low Tech“), der insbesondere die Überversorgung und die Einschränkung der Lebensqualität durch medizinische und pflegerische Maßnahmen verhindern soll,
- der Versuch, das Leben weder künstlich zu verlängern noch zu verkürzen.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team

- alle an der Versorgung Beteiligten (intern und extern) haben ein gemeinsames Verständnis von Palliativversorgung (Palliative Care). Der alte, kranke und demente Bewohner erfährt eine optimale und situationsangepasste multiprofessionelle Versorgung,
- alle am Team Beteiligten werden als gleichwertig betrachtet, dabei gibt es klare Rollen- und Aufgabenverteilungen,
- wesentliche Elemente sind: Regelmäßige Teamgespräche, Kommunikation, Reflexion und Supervision,
- die speziellen fachlichen Fort- und Weiterbildungen der Pflegemitarbeiter und aller anderen Mitglieder des Teams werden angestrebt.

4 Die Herausforderung einer bedürfnisorientierten Pflege

4.1 Körperliche Dimension

Symptomerfassung:

Um Schmerzen und andere belastende Symptome lindern zu können, spielt das Symptom-, beziehungsweise das Schmerz erfassungsmanagement eine wesentliche Rolle. Entsprechende Pflegeassessmentinstrumente (Dokumentationen) dienen der Erfassung individueller Schmerz wahrnehmung oder anderer Symptome. Zu den häufigsten Beeinträchtigungen, die neben Schmerzen auftreten, gehören Luftnot, Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Obstipation, Durchfälle, Übelkeit und Erbrechen, Veränderungen der Mundschleimhaut, Müdigkeit, demenzielle Veränderungen, Körperbildveränderungen, Wunden, Blutungen.

Symptomlinderung:

Die Pflege bietet dem Bewohner innerhalb der interdisziplinären Aufgabe vor allem unterstützende Linderung der Symptome an. Darüber hinaus berät und leitet sie den Bewohner und seine Angehörigen an und koordiniert die entsprechenden Maßnahmen und/oder Therapien.

- Der Verlauf der Symptomatik und der Erfolg individueller Maßnahmen und Therapien werden durch die Pflegedokumentation aufgezeichnet, kontrolliert und bewertet. Die Ergebnisse gehen in die Pflegeplanung ein.
- Antizipatorisches (Vorausschauendes) Handeln ist die Grundlage unserer Arbeit. Potentielle Probleme und Beschwerden am Lebensende werden so früh wie möglich erfasst und Maßnahmen intern und extern vorab vereinbart. Hierzu wird individuell auf den jeweiligen Bewohner bezogen eine entsprechende Handlungsempfehlung zum hausinternen Expertenstandard erstellt. Sie ist allen Teammitgliedern zugänglich.

4 Die Herausforderung einer bedürfnisorientierten Pflege

4.2 Psychosoziale / soziale Dimension

Eine Integration in das soziale Netz, die Regelung von unerledigten Dingen und die Konfliktbewältigung sind wichtige Gesichtspunkte in unserer täglichen Arbeit. Für den Bewohner und seinen Angehörigen entsteht durch das Fortschreiten der Erkrankung und den nahenden Tod eine Grenzsituation. Es treten Verlustängste, Wut, Trauer, Hoffnungslosigkeit und ähnliche Gefühle auf.

- Die Aufgabe der Pflegekraft ist es, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, diese Emotionen zu äußern und sich in dieser Situation ernst- und angenommen zu fühlen. Signalisieren die Betroffenen zusätzlichen Gesprächsbedarf oder andere Bedürfnisse, fordert sie Unterstützung durch das multiprofessionelle Team an bzw. bindet Angebote des Palliativnetzwerkes (z. B. Ambulanter Hospizdienst) mit ein.
- Die Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Pflege, ebenso wie die Vermittlung und Kompromissfindung zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen des Pflegenden und der Bezugspersonen

4.3 Spirituelle Dimension

In der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Tod stellen sich für den Erkrankten Fragen nach der Sinnhaftigkeit und der Bilanz seines Lebens.

- Alle an der Versorgung Beteiligten begegnen dem Bewohner hierbei mit Respekt, Offenheit und Akzeptanz, sie ermutigen ihn und geben ihm Raum und Zeit für Rituale, damit er die Möglichkeit hat, seine eigene Spiritualität zu leben.
- Der individuell notwendige psycho-soziale / seelsorgerische Beistand wird unter Beachtung der persönlichen kulturellen und religiösen Werte wahrgenommen und in die Wege geleitet.

5 Abschlussbotschaft

Die Implementierung von Palliativversorgung unterstützt den Auftrag, den Träger von Pflegeheimen haben. Sie dient darüber hinaus der Würde der Menschen, die in unseren Heimen leben. Dies leitet sich aus den meisten Leitbildern der Träger unserer Einrichtungen ab. Wenn uns das Bemühen um Lebensqualität antreibt, lässt sich Palliativkompetenz erreichen.

Erich Loewy² hat eine passende Antwort formuliert auf die Frage

„Was ist Lebensqualität?“

„Nicht nur am Leben sein, sondern ein Leben haben.“

Wir als Arbeitsgruppe Heime im Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel möchten daher den oft zitierten Satz von Cicely Saunders³ auch für die Herner Heime übernehmen:

**„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig,
und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden
sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“.**

² Erich Hans Loewy: * 31. Dezember 1927 in Wien † 26. Oktober 2011 in Sacramento – österreichisch-US-amerikanischer Kardiologe und Bioethiker.

³ Dame Cicely Mary Strode Saunders, * 22. Juni 1918 in Barnet, Hertfordshire; † 14. Juli 2005 in London) – Ärztin, Sozialarbeiterin, Krankenschwester. Sie gilt neben Elisabeth Kübler-Ross als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin.

Tipps für die Praxis

In der Palliativversorgung ist die Lebensqualität und das Wohlfühl unserer Heimbewohner das oberste Pflegeziel. In der täglichen Arbeit müssen Pflegeziele stetig neu definiert, der Situation und den aktuellen Beschwerden angepasst und mit Handlungsstrategien versehen werden. Das erfordert ein Umdenken und Handeln, Flexibilität und Kreativität.

Unsere Tipps und Informationen sind nur als anregende Möglichkeiten zu sehen und sind individuell den Bedürfnissen des Bewohners anzupassen. Sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten und ihren Dosierungen sowie Applikationen entsprechen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung dieser Tipps. Alle Angaben sind in eigener Verantwortung auf Richtigkeit zu überprüfen. Die angegebenen Namen von Präparaten sind beispielhaft ausgewählt. Damit ist keine Wertung und Bevorzugung gegenüber anderen Substanzen verbunden.

Wir haben Wert darauf gelegt am Anfang der Tipps die jeweilige **Besonderheit** in der palliativ-hospizischen Situation herauszuarbeiten und auf das Wesentliche zu begrenzen. Die **Zielformulierungen** sind ebenso zu betrachten. Die jeweiligen **Hinweise** am Ende der Tipps sind uns wichtig, um das eigene Handeln immer wieder überprüfen und in Frage stellen zu können.

Angepasst an die individuellen Gegebenheiten können diese Tipps als Grundlage für eine gelungene Arbeitsorganisation innerhalb eines Pflegeheimes behilflich sein. Sie dienen der Adaption an die in der Einrichtung bestehenden Qualitätsstandards. So werden sie überprüfbar nach den Qualitätskriterien für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe.

Tipps für die Praxis

6.1 Luftnot (Dyspnoe)

Besonderheit

Es ist grundsätzlich zu beachten: Luftnot ist für jeden Menschen ein subjektives Empfinden. Der Betroffene hat das Gefühl zu ersticken. Die Atemtätigkeit steigt an, die Frequenz erhöht sich (normale Frequenz 16 Züge/Min.).

Luftnot ist für den Betroffenen akut lebensbedrohlich.

Luftnot verursacht Todesangst!

Todesangst verursacht Luftnot!

Ziel

Angstminderung, erleichterte Atmung

Möglichkeiten

- Den Betroffenen nicht alleine lassen
- Keine Hektik, eigene Ruhe bewahren
- Für kühle, frische Luft sorgen, evtl. Ventilator aufstellen, Handventilator anbieten
- Beengende Kleidung entfernen
- Ruhige Kommunikation mit dem Betroffenen und ihm das Gefühl vermitteln, dass man ihm in seiner schweren Situation beisteht
- Wenn in der Situation verbale Kommunikation nicht möglich ist, auf nonverbale Zeichen des Betroffenen achten
- Atmung erleichtern durch Lageveränderung (Unterstützen der Oberkörperhochlagerung)
- Bei Bedarf „Kutschersitz“ anwenden. Gebeugte Arme auf die Oberschenkel abstützen, die mechanische Atmung wird unterstützt, der Brustkorb kann sich dehnen, das tiefe Durchatmen wird begünstigt
- Damit der Betroffene seine Atmung besser spürt, ggfs. Hand auf seine Flanken legen
- Spray für Asthmatiker immer griffbereit halten
- Ggfs. kurze Sauerstoffgabe, Bedarfsmedikation nach ärztlicher Anordnung
- Aufgeregte Bewohner oder Besuch aus dem Zimmer schicken

Hinweis

Bei nicht rückgängiger Atemnot wird der Arzt/Notarzt/Palliativmediziner informiert.

6.2 Rasselatmung

Besonderheit

Rasselatmung ist eine geräuschvolle, durch Rasseln charakterisierte Atmung, die in den letzten Lebensstunden oder -tagen auftritt (ugs. auch Brodeln, Röcheln, Todesrasseln). Die Rasselatmung kann sowohl bei wachen als auch bei komatösen und somnolenten Bewohnern beobachtet werden. Die Rasselatmung ist seit Jahrhunderten als Zeichen für den nahenden Tod bekannt. Der sterbende Mensch ist zunehmend zu schwach um Sekret abhusten zu können. Auch der Schluckreflex funktioniert häufig nicht mehr, Speichel kann nicht mehr geschluckt werden. Das nicht geschluckte bzw. abgehustete Sekret bewegt sich in der Luftröhre mit jedem Atemzug auf und ab. Das klingt meist für die Angehörigen und Pflegenden gleichermaßen bedrohlich. In dieser Situation ist die Ein- und Ausatmung nicht behindert. Es kann davon ausgegangen werden, dass daher kein erhöhter Leidensdruck beim Bewohner entsteht. Das zum Teil sehr laute Atemgeräusch ist für Angehörige jedoch oft sehr belastend, weil sie fürchten, dass der sterbende Mensch darunter leiden oder ersticken könnte.

Ziel

Den sterbenden Menschen nicht durch unnötige Maßnahmen (insbesondere Absaugen) belasten. Durch den Einsatz von Medikamenten kann die Produktion des Bronchialsekrets reduziert oder unterdrückt werden. Die Angehörigen werden in den Prozess erklärend mit einbezogen, damit sie die Situation einordnen und Ängste relativieren können.

Möglichkeiten

Pflegerische Maßnahmen

- Seitliche Lagerung mit leicht erhöhtem Oberkörper (30° Grad)
- Den Kopf seitlich lagern, damit Sekret abfließen kann (Darauf achten, dass bei der die Zunge nicht nach hinten fallen kann – zusätzlicher Sekretstau)
- Die Unterlage eines Handtuchs oder einer saugfähigen Unterlage ermöglicht ein Auffangen des Sekrets
- Mund- und Lippenpflege kann z.B. das vorsichtige Entfernen von Sekret im Mundraum mit Kompressen oder Watteträgern einschließen
- Auf die Gabe von Flüssigkeit kann meistens verzichtet werden. Sterbende haben in der Regel keinen Durst mehr und die Zufuhr von Flüssigkeit regt die Speichel- und Sekretbildung an
- Sekret sollte in den letzten Lebensstunden nicht mehr abgesaugt werden
- Alle Personen, die in das Zimmer gehen, also Pflegenden, Betreuende, Ehrenamtliche, Mitarbeiter Reinigungsdienst, Physiotherapeuten sollten ebenso wie die Angehörigen über den Zustand des Sterbenden informiert sein
- Reduktion oder Beendigung der Flüssigkeitsgaben über PEG oder als Infusionen (ärztl. Anordnung)
- Frühzeitiges Verabreichen von Medikamenten zur Hemmung der Sekretbildung z.B. Buscopan®, Scopolamin®
- Medikamentengabe bei zusätzlicher Unruhe: z.B. Tavor® Expidet

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/rasselatmung.pdf>

Hinweis

Angehörige und Begleiter brauchen Erklärungen, Ablenkung und Begleitung.

6.3 Übelkeit/Erbrechen

Besonderheit

Übelkeit und Erbrechen sind häufig krankheitsbedingte Beschwerden im Rahmen einer fortschreitenden Krebserkrankung. Sie können sowohl in direkter Beziehung zur Erkrankung stehen als auch eine Begleiterscheinung in Zusammenhang mit Chemo- und/oder Schmerztherapie sein. Weitere Ursachen können auch andere Faktoren sein z.B.: Obstipation, Darmverschluss (Ileus), starke Schmerzen, Angst, Stress, Depressionen, starke Gerüche, Geschmacksveränderungen, sozialer Druck, spirituelle Fragestellungen etc. Das oft wiederholte Auftreten der Beschwerden beeinträchtigt in besonderem Maß die Lebensqualität, es ist kräfteaufwendend, es grenzt den Betroffenen nicht selten aus, die Nahrungsaufnahme ist erheblich beeinträchtigt. Eine besondere Beachtung braucht das Aufkommen von Scham und Ekel beim Betroffenen, wie auch bei den Angehörigen und dem begleitenden Team.

Ziel

Das Wohlbefinden des Betroffenen verbessern bzw. erhalten, Leiden lindern.

Möglichkeiten

Pflegerisches Assessment

Situation aushalten, beim Bewohner bleiben, Fragen nach möglicher Ursache (z.B. Obstipation), Wissen um Medikamente und Nebenwirkungen, Kompetenter Umgang mit Bedarfsmedikation und prophylaktischer Gabe von Medikamenten, Gesamtsituation im Blick behalten, sicheres, sensibles und ruhiges Auftreten.

Medikamente

- Medikamente sollten mit unterschiedlichen Wirkansätzen verordnet werden. Manche Medikamente wirken direkt am Brechzentrum im Gehirn, andere im Magen. Eine Kombination mehrerer Mittel kann sinnvoll sein, auch um der Übelkeit vorzubeugen, bevor sie eintritt.

Entspannende Faktoren

- Für eine entspannte Atmosphäre sorgen
- Wunsch nach Ruhe nachkommen
- Entspannungsübungen z.B. Musiktherapie
- Düfte und Gerüche eindämmen z.B. Blumen wegstellen, keine Speisereste in unmittelbarer Nähe
- Raumdüfte zur Linderung anbieten (Zitrone, Orange, Grapefruit, Minze)
- Für Frischluft sorgen

Entlastungsmaßnahmen

- Gute Mundpflege
- Hilfsmittel wie Schale, Beutel und Tücher in Griffweite bereitstellen, aber außer Sichtweite
- Erbrochenes sofort entsorgen
- Betroffenen bequem nach Wunsch lagern, somnolente Bewohner in stabile Seitenlagerung bringen
- Mundpflege nach Erbrechen durchführen z.B. Mundspülung mit Lavendel, Zitrone
- Gesicht und Hals kalt abwischen
- Ingwerwurzelstück kauen lassen
- "In guten Zeiten" absprechen, was sich der Patient wünscht

Tipps für die Praxis

6.3 Übelkeit/Erbrechen

Diätetische Maßnahmen

- Anbieten von Wunschkost
- Nahrung nur in kleinen, appetitlichen Portionen anbieten
- Saure Lebensmittel anbieten (werden häufig gut toleriert)
- Süße, stark gewürzte und fettreiche Speisen vermeiden
- Langsam essen und gut kauen
- Trockene leichte Kost wie Zwieback, Kartoffeln oder Püree, Salzstangen
- Viel Flüssigkeit aufnehmen, auch hier säurehaltige Getränke anbieten
- Kalte Getränke und Nahrung (z.B. Eis) bevorzugen, kleine Eiswürfel lutschen lassen
- Bevorzugte Tees: Ingwertee, Fencheltee

Hinweis

Um die Lebensqualität zu verbessern, müssen die Beschwerden differenziert betrachtet und beschrieben werden, um sie klar voneinander abgrenzen zu können.

Wenn nicht mehr die Krankheit, sondern das Lindern von Leiden im Vordergrund steht, gelten andere Regeln. Nun heißt es: Gemeinsam entscheiden und mutig sein, von gewohnten Standards abzuweichen. „Leiden lindern durch Pflege“ beeinflusst nun jegliches Handeln. **Wichtig:** Bei einer latenten Übelkeit kann das Erbrechen für den Betroffenen für kurze Zeit eine Linderung seiner Beschwerden sein.

Tipps für die Praxis

6.4 Andauernde Übelkeit (Nausea)

Besonderheit

Der Betroffene spürt durch seine Übelkeit ein starkes Unwohlsein und ein subjektives Krankheitsgefühl. Dieses Symptom wird als belastend, quälend und lebens einschränkend erlebt. Mögliche Beschwerden sind Schwindel, Erbrechen, Fieber, Durchfall, Bauchschmerzen.

Ziele

- Übelkeit und Erbrechen auf ein Minimum reduzieren
- Ursachen von Übelkeit kennen und entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung oder Linderung ergreifen
- Individuelle Unterstützung unter Wahrung der Intimsphäre gewährleisten
- Ekel, Angst und Scham in Bezug auf Übelkeit kommunizieren, um möglicherweise den Umgang damit zu erleichtern
- Kenntnisse über individuelle Strategien zur Linderung von Übelkeit in der Therapie und Versorgung berücksichtigen
- Das Wohlbefinden des Bewohners verbessern bzw. erhalten
- Schweregrad der Übelkeit einschätzen und dokumentieren, um eine Verlaufskontrolle zu erhalten
- Eine individuell gewünschte Ernährung gewährleisten
- Eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung aufrechterhalten

Möglichkeiten

Pflegerische Maßnahmen

- Der Arzt wird über die andauernde Übelkeit informiert
- Betroffenen Ruhe geben
- Für frische Luft und bequeme Kleidung sorgen
- Essensgerüche vermeiden
- Magen-Darm-Tee aus Kamille, Ingwer oder Pfefferminze
- Leichte Kost (Hafer Schleim mit Wasser kochen / Zwieback usw.) anbieten
- Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt anbieten
- Möhrensuppe oder Möhrenbrei anbieten (Möhren enthalten viele Ballaststoffe, die im Darm Giftstoffe binden und dazu beitragen können, dass die Übelkeit ggfs. schneller wieder abklingt)

Hinweis

Die Bedürfnisse, Wünsche, Vorlieben und Abneigungen des Betroffenen immer beachten und einbeziehen.

6.5 Mundpflege

Besonderheit

In der letzten Lebensphase hat die Mundpflege einen zentralen Stellenwert. Die Lebensqualität des Bewohners kann durch unterschiedliche Probleme der Mundschleimhaut stark beeinträchtigt werden. Die Mundpflege ist damit eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen in der palliativen Versorgung. Zu den häufigsten Problemen gehören Mundtrockenheit mit der Bildung von Borken und Belägen, Entzündungen wie Mukositis oder Stomatitis, Soorinfektionen (Pilzbefall), sowie andere schmerzhafte Beschwerden im Mundraum (englisch: Painful Mouth), häufig mit starken Mundgeruch verbunden. Durch Medikamente oder eine Mundatmung hervorgerufene Mundtrockenheit empfindet der Bewohner als Durst. Flüssigkeitszufuhr lindert diese Symptome selten. Die Mund- (schleimhaut) pflege ist daher ein wesentlicher Bestandteil des Wohlbefindens.

Der Mundraum gehört zu den wahrnehmungsstärksten und intimsten Zonen. Das eigene Bewusstsein, bei der Mundpflege in die Intimzone einzudringen, ermöglicht einen behutsamen, sensiblen und respektvollen Umgang mit der Intimität des Bewohners. Es bedarf einer Haltung, die nicht nur die Indikation der pflegerischen Maßnahme beinhaltet, sondern gleichwertig die Bedürfnisse, Wünsche und Ängste des Bewohners mit einbezieht.

Probleme treten dann auf, wenn der Bewohner den Mund nicht freiwillig öffnet. Die Herausforderung für Pflegende besteht darin, dies als Willensbekundung zu erkennen und zuzulassen, sowie die Unterlassung der pflegerischen Maßnahmen im Team und im Kontakt mit den Angehörigen zu kommunizieren.

Ziel

Primär: Bewohner öffnet den Mund freiwillig und verbindet mit der Mundpflege ein angenehmes Gefühl.

Weitere mögliche Ziele: Wohlbefinden fördern, Linderung, Abheilung von Beschwerden, feuchte, weiche, intakte Mundschleimhaut, Verbesserung der Kommunikation und Nahrungsaufnahme, Geruchsreduzierung (z. B. bei Tumorzerfall). Der Bewohner behält, solange wie möglich, die Entscheidungsgewalt über seinen Intimbereich Mund.

Möglichkeiten

Eine gute Lippenpflege ist die „Visitenkarte“ der Pflege. Bepanthen-Lippensalbe®, Panthenolsalbe®, Lippenpflegestifte ohne Glycerin, Sonnenblumen-, Oliven-, Sesam-, Rosenöl.

bei zähem Speichel

- Speicheldrüsenmassage
- Mundspülungen mit Mineralwasser, mit Palliativen Mundpflegelösungen – reinigend, entzündungshemmend, erfrischend, regen den Speichelfluss an, reduzieren die Mundtrockenheit, (s. Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Mundpflege in der letzten Lebensphase 2014)

6.5 Mundpflege

bei Mundtrockenheit – Anregen des Speichelflusses

Getränke: Zitronen- oder Malventee, grundsätzlich alles was der Bewohner mag, auch Sekt, Wein, Bier, Cola, Schnaps, Likör zum Trinken, zur Mundspülung, zum Besprühen oder gefroren zum Lutschen. Einsatz von 100% ätherischen Ölen (Zitronen-, Orangenöl) in Wasser.

Obst und Gefrorenes und mehr

- Zitronen-, Orangenstücke kauen/lutschen, pürierte und geeiste Ananas aus der Dose (das Enzym Ananase regt Mundspeichelproduktion an, das Enzym Bromelain wirkt entzündungshemmend) oder Birne aus der Dose (enthält keine Fruchtsäure – einsetzbar bei Schleimhautdefekten), sekundärer Effekt: die Zunge wird von Borken gereinigt
- Wenn möglich Einsatz von sauren Bonbons, Lutscher, Basale Stimulierung der Speicheldrüsen, kleine Mengen Sahne, Mandelöl im Mund zerfließen lassen (schützt vor weiterem Austrocknen)
- Mit einer Scheibe fetter Salami den Mundraum auswischen oder kauen lassen.

Aromalampen mit ätherischen Ölen wie Zitronenöl können unterstützend eingesetzt werden. Bewohner mit andauernder Übelkeit haben häufig Schwierigkeiten, etwas in den Mund zu nehmen. Der leichte Zitronenduft in der Raumluft regt die Speichelproduktion an.

bei Borken und Belägen

- Butter, Margarine, Sahne, Öle
- Mineralwasser, Bier, Limonade, säuerliche Tees: Früchte-, Hibiskus-, Malventee
- Salami kauen lassen oder Zunge ab-/Mundraum auswischen, trockene Brotrinde kauen lassen, Würfelzucker, Eiswürfel, gefrorene Ananas-Birnenstückchen lutschen lassen
- ein paar Krümel AHOI-Brause mit einem Tropfen Flüssigkeit auf die Zunge geben (Schaum löst die Borken)
- Rosenhonig – das Öl der Rose enthält ein Borken auflösendes Ferment und der Honig zieht aus den umgebenden Kapillaren Flüssigkeit in den Mundraum

bei Infektionen im Mundraum

- Mundspülungen mit Salbei-, Thymian-, Ringelblumen-, Zinnkrauttee, Salviathymol®

bei Soor (Pilzinfektion)

- nach ärztl. Anordnung Antimykotikum z. B. Ampho-Moronal® Suspension, Tabletten (oral), bei schwersten Befall systemische Behandlung mit Fluconazol®/Diflucan® i.v.
- Zunge mit Zahnbürste, Zungenbürste, Watteträger reinigen
- Mundrauminfektionen belasten Bewohner in der Regel sehr. Bei starken Infektionen und Schmerzen benötigt der Patient ein Schmerzmittel vor dem Essen und Trinken oder wenn er viel sprechen möchte (z. B. bei Besuch)

6.5 Mundpflege

Bei schmerzhaftem Mund (Painful Mouth)

durch entzündliche Prozesse, Soor, Tumorwachstum im Mund- und Rachenbereich

- Eisstückchen lutschen, keine sauren Getränke/Nahrungsmittel
- Nach Rücksprache und ärztlicher Anordnung anästhesierende Lutschtabletten; Gels, Lösungen oder Sprays
- Reisschleim zur Behandlung schmerzhafter Prozesse in Rachen und Speiseröhre: 300 ml Reisschleim (Milch und Reisflocken), 30 ml Xylocain 4% (Lokalanesthetikum), 0, 8 mg Fortecortin (Cortison)

Ca. einen Esslöffel des Reisschleims schlucken oder nach kurzer Zeit ausspucken lassen.

Anwendung entweder regelmäßig oder bei Bedarf z.B. vor der Mundpflege oder vor dem Essen.

Vorsicht: alkoholhaltige Analgetika vermeiden, da sie ein brennendes Gefühl auf der Zunge auslösen und damit Schmerz verstärken können. Zu beachten ist, dass durch die lokale Betäubung ein Verschlucken gefördert werden kann.

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/mundschleimhautprobleme.pdf>

Therapeutische Anwendung von Tees sollte nur nach sorgfältiger Indikationsstellung erfolgen. Loser Tee ist Teebeuteln vorzuziehen, da die Inhaltsstoffe im losen Tee noch weitgehend enthalten sind.

- **Kamille** wirkt entzündungshemmend, antibakteriell, beruhigend und schmerzlindernd. 1-2 Teelöffel mit 150 ml heißem Wasser übergießen, 10 Min. ziehen lassen und absieben
- **Salbei** wirkt antibakteriell, fungistatisch, adstringierend, virostatistisch, austrocknend durch Gerbstoffe. Anwendung bei Entzündungen im Mund- und Rachenraum, bei Stomatitis, bei Tumorwachstum und Tumorzerfall im Mund- und Rachenraum. 1-2 Teelöffel geschnittene Blätter mit 150 ml kochendem Wasser übergießen, 3 Min. ziehen lassen und absieben
- **Thymian** – Wirkung: durchblutungsfördernd, antibakteriell, fungizid, desodorierend. Anwendung bei Entzündungen des Mund- und Rachenraumes, Prophylaxe und unterstützende Behandlung bei Soor und Mundgeruch. 1-1,5 Teelöffel Thymian mit kochendem Wasser übergießen, 10 Min. ziehen lassen und absieben

Wichtig: Salbeitee und Kamillentee wirken austrocknend

6.5 Mundpflege

Material und Werkzeug

Watteträger, Gaze, Tupfer, Plastik-Pipette, (Plastik-) Klemme, Zahnbürste, Zungenbürste, Sprühflasche. Sprühflasche = Glasflasche mit einem Plastik-Zerstäuberaufsatz. Die Flüssigkeit legt sich wie ein Film auf die zu besprühende Fläche – mindestens 1 x täglich erneuern (gilt für alle Flüssigkeiten).

Hinweise

- **Vor der Durchführung aller Maßnahmen sich langsam z.B. über Wangen, Lippen an den Mundraum herantasten (Basale Stimulation)**
- **ätherische Öle nur mit fachlichem Hintergrund anwenden (s. Aromapflege, Wickel und Auflagen)**
- **Gefrorenes bei dementen / wahrnehmungsgestörten Bewohnern in die Mitte eines kleinen Baumwolltuchs oder Kompresse (10x10) legen und zusammendrehen, das Ende aus dem Mund hängenlassen – Saugreflex fördert selbstständige Mundpflege**
- **Glycerinhaltige Mittel nur kurzzeitig anwenden (Glycerin trocknet aus), keine fertigen Lemonsticks über längeren Zeitraum anwenden**
- **künstlichen Speichel möglichst nicht benutzen (schlechter Geschmack)**
- **Speicheldrüsenmassage (zur Anregung des Speichelflusses): hinter beiden Ohrläppchen mit sanften, kreisenden Bewegungen vom Kiefer in Richtung Mund massieren**

Diese Tipps sind beabsichtigt nicht vollständig, da die Möglichkeiten der Art und Anwendung vielfältig sind und im Arbeitsalltag immer wieder neu überdacht und in veränderter Form verwendet werden dürfen. Sie sind so individuell wie die Menschen, die versorgt werden und die Menschen, die sich der Herausforderung einer kreativen und individuellen Umsetzung stellen.

6.6 Essen und Trinken am Lebensende

Besonderheit

In unserem Kulturkreis signalisiert ein guter Appetit Gesundheit und Wohlbefinden. Zuneigung wird nicht selten über Essen und Trinken ausgedrückt. Schmerzen, Übelkeit, Schluckstörungen, Medikamente und/oder Sonden-Ernährung etc. schränken den schwerstkranken, sterbenden Bewohner in der Nahrungsaufnahme häufig ein und sein mangelnder Appetit wird zum Problem. Er fühlt sich permanent dem gut gemeinten Druck der Angehörigen und des betreuenden Teams ausgesetzt, etwas zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig zu differenzieren, welche Bedeutung die Nahrungsaufnahme für den Bewohner, für die Angehörigen und für das versorgende Team hat.

Für die Lebensqualität des Bewohners ist entscheidend, dass er eine individuell auf ihn abgestimmte, im Idealfall appetitfördernde Ernährung, ggfs. losgelöst von traditionellen Essgewohnheiten erhält, die ihm nicht aufgedrängt wird. Maßgebend ist der geäußerte, verfügte oder mutmaßliche Wille des Bewohners. Es gilt achtsam zu sein, was der Betroffene möchte, wie er sich entscheidet. Das erfordert eine hohe Sensibilität und eine offene, transparente Kommunikation. Die Angehörigen brauchen in dieser Auseinandersetzung eine besondere Unterstützung.

Ziel

ist, das Selbstwertgefühl des Bewohners stärken, seine Individuellen Gewohnheiten und Wünsche wahrnehmen und achten

Möglichkeiten

- Wunschesen anbieten
- Individuelle Essenszeiten
- Kleine Portion auf kleinem Teller anrichten
- Mundgerechte Zubereitung, kleine Häppchen, Essenstablett gestalten (Serviette, Blume, Kerze etc.)
- Aperitif anbieten
- Geschmackliche Vorlieben beachten
- Einsprühen des Mundraums mit dem Lieblingsgetränk, Wasser, Tee, Kaffee, Likör etc. um alternative Geschmackserlebnisse zu ermöglichen
- Einfrieren von Lieblingsgetränken in kleinen Portionen
- Pürieren von Speisen/Teilkomponenten
- Bequeme Oberkörperhochlagerung gewährleisten
- Servieren direkt am Bett
- Essen in Gemeinschaft
- Regelmäßige und sorgfältige Mundpflege (s. Tipp Mundpflege)
- Alternativen anbieten z.B. an Stelle der Mahlzeiten Hand- Fußmassage, Entspannungsübungen, nach draußen gehen/fahren etc., Angehörige anlernen

Hinweis

Eine künstliche Ernährung (parenteral, enteral) als Maßnahme gegen den eintretenden Appetitverlust muss in dieser Lebensphase gut überdacht werden. Ohne klaren Nutzen sollte z.B. eine PEG-Anlage unterbleiben. Entscheidend ist der geäußerte bzw. mutmaßliche Wille des Bewohners. Essen ist nicht alles, viel wichtiger ist es bei dem Betroffenen zu bleiben und die Situation auszuhalten.

6.7 Lagerung

Besonderheit

In der Bewertung der eigenen pflegerischen Tätigkeit wird das Entstehen eines Dekubitus als Pflegefehler erlebt und es kommt zu Schuldgefühlen. Das Vermeiden eines Dekubitus bleibt vorrangiges Ziel. Die Palliativpflege integriert die Wünsche des Bewohners als gleichwertig in den Versorgungsprozess. In der Palliativpflege (Sterbephase) entsteht in der Dekubitusprophylaxe und -versorgung ein Konfliktfeld: Ein sterbender Mensch wünscht sich in der Regel maximale Ruhe, Umgebungsreize werden als störend wahrgenommen. Veränderungen der Körperlage können als bedrohlich und irritierend erlebt werden und starke Unruhe und Schmerzen auslösen. In dem Spannungsfeld zwischen den Maßnahmen zur Dekubitus Vermeidung und den Wünschen und Bedürfnissen des Bewohners ergibt sich die Frage, ob die Vermeidung in dieser Situation das vorrangige Ziel ist.

Die Folgen des Unterlassens konsequenter Lagerung müssen im Team ggfs. unter Einbeziehung des Bewohners und seiner Angehörigen diskutiert und dokumentiert werden.

Ziel

Vermeidung eines Dekubitus und Wohlbefinden

Die Lagerung des sterbenden Bewohners erfolgt unter folgenden Aspekten:

- der Orientierung im Raum
- des sich Wohlfühlens
- der Veränderung des Wahrnehmungsfeldes (durch Lagerung spürt der Bewohner seinen Körper)

Möglichkeiten

Pflegerische Maßnahmen

- Lagerungswechsel nach Bedarf und Bedürfnis
- kein starres Lagerungsschema
- mit Kissen, Rollen, Keilen, Decken, Bettlaken, Handtüchern etc. (Minimallagerung)
- auf Vorlieben achten

Auch kleine Lagewechsel erleichtern und verbessern eventuell das Wohlbefinden!

Die Lagerung sollte immer unter **Vermeidung von Scher- und Reibungskräften** erfolgen, der Bewohner soll sich möglichst viel selbst mitbewegen und sein Körpergewicht günstig verteilen. Umlagerungshilfen dürfen nicht unter dem Kranken liegen bleiben – können zu Druckstellen führen, wunde Stellen polstern, sie dürfen keine Druckbelastung erfahren.

Hinweis

Wichtig: dieser Tipp soll nicht implizieren, dass in der Sterbephase nicht mehr gelagert wird. In jedem Fall wird ein Lagerungsplan erstellt, der die speziellen Bedürfnisse und Risikofaktoren des Patienten berücksichtigt und immer wieder den neuen Anforderungen angepasst wird. Am Lebensende gelten alle und keine Lagerungsregeln (Leitfaden Palliativmedizin, Palliativ-Care).

6.8 Palliative Wunden und Gerüche

Besonderheit

Kann das erreichbare Ziel in der Abheilung einer Wunde nicht mehr angestrebt werden, muß in der palliativen Situation gemeinsam mit dem Betroffenen und/oder den Zu-/Angehörigen eine neue Zieldefinition erarbeitet werden. Diese sind an den Bedürfnissen des Bewohners orientiert und müssen an die aktuelle Lebenssituation und den anderen belastenden Beschwerden angepasst werden. Das benötigt neben der fachlichen Kompetenz ein hohes Maß an Empathie, Flexibilität und Kreativität.

Ziel

- Wohlbefinden und Lebensqualität erhalten
- Vermeiden von zusätzlicher Wunden
- Vermeidung von Infektion/Blutungen
- Geruchsbekämpfung
- Erkennen der Belastung des Bewohners und der Zu-/Angehörigen
- Kosmetisch akzeptabler Verband
- Maßnahmen werden abgeleitet unter Berücksichtigung des allgemeinen Befinden des Bewohners
- Ängste werden wahrgenommen und anerkannt

Möglichkeiten

Geruchsbindung oder -neutralisation

- Im Raum durch Kaffeepulver (in Wohnernähe) und/oder Waschpulver (z. B. kleine Schale unter das Bett stellen)
- Je nach Vorliebe des Betroffenen: Raumbeduftung mit einer Duftlampe durch herbe, frische Düfte wie z. B. Kiefer, Thymian, Eukalyptus, Zitrone Pfefferminze (5-8°) oder als Raumspray (80% Alkohol, 15% dest. Wasser und 5% ätherische Öle)
- Täglicher Wechsel der Körper- und Bettwäsche
- Für ausreichend Frischluft sorgen

Sezernierende Wunden, Fisteln

Auffangen von Sekret

- Stark saugendes Verbandmaterial
- Zinkpaste auf Wundränder, Panthenolsalbe auf Hautumgebung

Blutungen

- **Bei oberflächlichen Blutungen** – Komprimieren der Wunde mit Otriven Nasentropfen®, bei stärkeren Blutungen nach ärztl. Anordnung Komresse mit Hämostyptikum z. B. Tabotampgase® oder Kalziumauflagen auflegen (führt zur Verengung der Gefäße), alternativ mit Adrenalin 0,1% getränkter Komresse
- **Blutungsneigung beim Verbandwechsel** – Ablösen des Verbandes durch Auflegen von in kaltem Salbeitee getränkte Kompressen (adstringierende = zusammenziehende Wirkung)

6.8 Palliative Wunden und Gerüche

- **Bei unstillbaren, terminalen Blutungen** – Vorbereitende Maßnahmen:
Bei gefäßnahen Wunden die Möglichkeit einer unstillbaren Blutung mit Bewohner, Angehörigen, Arzt und Team besprechen und abgesprochene Maßnahmen vorbereiten (angemessene Kommunikation)
- Ziel festlegen (Leidenslinderung) und Maßnahmen vorbereiten
- Notfallmedikation nach ärztlicher Anordnung (z. B. Sedativa) im Bewohnerzimmer deponieren
- Dunkle Tücher zum Abdecken bereithalten, b.B. Wunde sofort mit dunklen Tüchern abdecken (bei hellen Tüchern wird die Blutung sichtbarer und von Bewohner und Angehörigen evtl. als belastend erlebt)
- Informationsaustausch mit Haus-/Palliativarzt, wenn möglich, geplante und vorbereitete Maßnahmen einleiten
- Bewohner nicht alleine lassen, Begleitung und Unterstützung der Angehörigen

Infektionen/Geruch durch Keimbeseidlung

Reinigen der Wundfläche

- Mit NaCl 0,9%, evtl. Abduschen der Wunde mit Wasser (feiner Brausestrahl)
- Nach ärztl. Anordnung Behandeln der Infektion mit Antibiotikallösung (Metronidazol/Clont®)
- Abdecken der Wundfläche mit wirkstofffreier Wundgase, um ein Verkleben der Wunde mit dem Verbandmaterial zu vermeiden
- Geruchsbeseidigung durch Auflegen mit Antibiotikallösung getränkter Komresse
- Geruchs- und Flüssigkeitsbindung durch Auflegen von saugfähigen Kompressen, die mit zermörserten Kohletabletten gefüllt sind – bindet Geruch und Flüssigkeit (auch als fertige Kompressen erhältlich)
- Alternativ 2% wässrige Chlorophylllösung (Blattgrün) – Geruchsreduktion durch desodorierende Wirkung

Abdecken der Wunde

- Wundränder mit Zinkpaste bestreichen, Haushaltsfrischhaltefolie über die Kompressen spannen und am Ende auf die Zinkpaste platzieren
- Kleine Einmalunterlage oder Inkontinenzeinlage/Flockenwindel (Strampelpeter) auflegen
- **Fixieren der Wundauflage** je nach Lage der Wunde
- Mit Unterwäsche, T-Shirts, kreativ zu Hemdchen und Leibchen zerschnittene Netzhasen, Schlauchverbände etc.

Wichtig: Zur Vermeidung zusätzlicher Wunden nicht mit Pflasterstreifen fixieren

- Für einen kosmetisch akzeptablen Verband ist Kreativität notwendig, er sollte dem Bewohner Sicherheit geben
- Kleidung anpassen (keine enganliegende Kleidung)

Hinweis

Gefühle wahrnehmen und Verständnis, Akzeptanz, Mitgefühl und Gesprächsbereitschaft signalisieren. Ganz wichtig für Betroffene sind offene Gespräche über die Versorgung der Wunde und die damit verbundene Problematik (wie z. B. Scham, Ekelgefühl, Ängste, Schmerzen, Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben etc.). Gespräche mit den Zu-/Angehörigen des Bewohners führen und potenzielle Probleme und Maßnahmen mit Ihnen absprechen. Wichtig: Um auftretende Schmerzen während des Verbandwechsels zu vermeiden vor dem Verbandwechsel Schmerzmittelgabe nach ärztl. Anordnung.

6.9 Angehörigenbegleitung

Besonderheit

Angehörige oder Bezugspersonen gehören ebenso in den Mittelpunkt wie die hochbetagten, schwerstkranken oder sterbenden Bewohner.

Angehörige sind Betroffene mit eigenem Leid, sie brauchen Begegnung auf gleicher Augenhöhe.

Ziel

Angehörige schützen und stützen

Möglichkeiten

- Angehörige so früh wie möglich einbeziehen
- Angehörigen mit Toleranz und Respekt begegnen
- Verhalten von Angehörigen nicht bewerten
- Gesprächsbereitschaft bei Unsicherheiten oder offenen Fragen signalisieren
- Unsicherheiten, Hilflosigkeit, Trauer und Ängste offen ansprechen
- Das Befinden der Angehörigen wahrnehmen und ansprechen
- Informationen über Veränderungen im Sterbeprozess zeitnah weitergeben
- Getränke und etwas zu Essen anbieten
- Gesprächssetting schaffen
- Angehörige mit einbinden (z.B. Mundpflege, gemeinsames Beten, einfach da sein)
- Möglichkeit schaffen, Tag und Nacht beim Betroffenen zu sein
- Seelsorgerische Gespräche und/oder hospizliche Begleitung anbieten (z.B. durch Ambulanten Hospizdienst)
- Zeit und Raum geben zum Trauern und Abschied nehmen
- Bei Bedarf über den Tod des Angehörigen hinaus Hospizdienst, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Kirchengemeinden empfehlen (z.B. für Trauergespräche Einzelnen oder in Gruppen)

Hinweis

Angehörige von Sterbenden zu begleiten, erfordert von Pflegekräften das Zulassen von Nähe und Distanz. Zur eigenen Gesundheitshaltung müssen Begleitungen im Team reflektiert und gemeinsam getragen werden sowie Möglichkeiten des eigenen Abschiednehmens vorhanden sein.

6.10 Juckreiz (Pruritus)

Besonderheit

Juckreiz gehört in der Palliativversorgung zu den Beschwerden, die häufig schwierig zu behandeln sind. Er kann die Erholungsphasen des Ruhens und Schlafens erheblich stören. Er beeinflusst das Wohlbefinden des Betroffenen körperlich, psychisch, geistig und sozial. Juckreiz ist für den Bewohner sehr belastend und muss von Anfang an ernst genommen werden. Das Bedürfnis, sich zu kratzen kann zu Hautverletzungen führen, die eine Infektion auslösen können. Der Bewohner ist verzweifelt. Dieses Gefühl der Hoffnungslosigkeit kann mit Depressionen einhergehen.

Ziel

Primär: der Bewohner spürt weniger Verlangen sich zu kratzen, das Risiko von Hautverletzungen und Infektionen verringert sich.

Weitere Ziele:

- Ungestörte Ruhe- und Schlafphasen
- Linderung von Schmerzen
- Abklingen von Hautreizungen/Abheilung von Hautverletzungen
- Verbesserung des seelischen Wohlbefindens
- Fähigkeit der Kontaktpflege kann erhalten/wiederhergestellt werden

Pflegerisches Assessment

Direkte Beobachtung, regelmäßige Befindlichkeitsüberprüfung und Dokumentation verschiedener Auffälligkeiten, die auf einen Juckreiz hinweisen (sehr trockene Haut, Hautreizungen und Entzündungen, gerötete Hautstellen)

Fragen nach Quantität und Qualität des Juckreizes sind hilfreich:

- Wann begann der Juckreiz?
- Wo tritt er auf?
- Wie intensiv ist er? – Nutzung der VAS-Schmerz-Analogskala
- Was verstärkt und was lindert den Juckreiz?
- Wie stark beeinträchtigt der Juckreiz die Lebensqualität?
- Welche Erklärung/Ursache gibt es für den Juckreiz? (z.B. Gallenabflussstörung, Urämie, Xerosis, Medikamenteninduziert, Tumorgeschehen, Stauungsdermatitis, Unruhe, Angst, Langeweile etc.)
- Verordnete Medikamente und Zusatzmedikationen überprüfen
- Ganzheitlich Betreuung unter Einbindung verschiedener interner und/oder externer Netzwerkpartner. Je nach Ursache und Bedarf gehören dazu z.B. Haus-, Fach- und Palliativärzte, ambulante Hospizdienste, Psychologen, Physio- und Kunsttherapeuten, Seelsorger
- Angehörige bei Bedarf mit unterstützen
- Zusammenarbeit, Transparenz und gute Absprachen treffen

Tipps für die Praxis

6.10 Juckreiz (Pruritus)

Pflegerische Möglichkeiten

Hauttrockenheit:

- Einreibungen mit fett- und harnstoffhaltigen Lotionen und Cremes (z.B. Eucerin 5% Urea Spezial Creme®), Ölhaltiger Bad-/Duschzusatz (z.B. Linola Fett Öl Bad®)
- Juckreizstillendes Hautpflegeöl mit ätherischen Ölen: 2° Melisse, 1° Rose, 5° Lavendel fein oder extra, 5° Teebaum, 3° Römische Kamille in 100 ml Basisöl (40 ml Johanniskrautöl, 30 ml Jojobaöl, 30 ml Nachtkerzenöl) mischen (können auf Anfrage in verschiedenen Apotheken gemischt werden).
- Waschungen mit:
 - im Waschwasser aufgelöstem Stärkemehl (drei bis fünf Esslöffel auf fünf Liter Wasser)
 - bei fettiger Haut mit Obstessig (drei Esslöffel auf fünf Liter Wasser)
 - bei verschwitzter Haut mit schwarzem Tee, Pfefferminz, Salbei, Hagebuttentee (15 Minuten ziehen lassen)
 - zur Schweißreduzierung Ganzkörperwaschung mit Salbeitee (ein Liter Salbeitee auf vier Liter Wasser)
- Umschläge kühlend
 - Gurkenmus (Gurke pürieren und Brei auftragen)
 - mit gekühltem Quark

Medikamentöse Möglichkeiten nach ärztl. Anordnung einbeziehen

mit medikamentösen Substanzen versetzte Salben / Hautcremes sind verschreibungspflichtig. Die Therapie richtet sich nach der möglichen Ursache des Juckreizes.

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/juckreiz.pdf>

Hinweis

Die Reaktion auf Juckreiz ist Kratzen, Reiben, Drücken, Kneten der Haut. Starkes Kratzen verursacht Schmerz, es reduziert aber nur kurzfristig die Juckwahrnehmung und fördert damit weiteres Kratzen. Es entsteht ein Teufelskreis. Es kann zu einer veränderten Körperwahrnehmung führen, da der Bewohner seinen Körper nur noch auf die juckenden Hautregionen reduziert. Für Zu-/Angehörige ist das ständige Kratzen schwer auszuhalten. Es entstehen Ängste, sie sind verzweifelt, wie der Betroffene selbst. Hilfreich ist, die Angehörigen mit einzubeziehen in das Eincremen mit speziellen Ölen, Cremes oder das Massieren mit einer weichen Bürste. So können sie dem Betroffenen Linderung verschaffen und gleichzeitig selbst etwas tun.

Tipps für die Praxis

6.11 Unruhe in der letzten Lebensphase

Besonderheit

Die letzte Lebensphase ist individuell und so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Sie kann einhergehen mit Unruhe, die der Betroffene in unterschiedlicher Form ausdrückt. Gefühle wie Angst, Wut, Beklemmung, Trauer, Verweigerung und Ohnmacht treten in den Vordergrund.

Durch kognitive Einschränkungen wie Krankheit, Therapie oder Demenz können wir die gedankliche Auseinandersetzung mit dem nahen Tod vom Bewohner nicht erwarten.

Er kann seine Unruhe, den Bewegungsdrang, die Aggression und gleichsam sein „Fluchtverhalten“ nicht steuern. Er kann auch nicht ermessen, was diese Unruhe für die Menschen in seiner Umgebung bedeuten mag. Er entwickelt Kräfte, die schon längst verschwunden schienen, mit Worten ist selten etwas zu klären. Alle an der Versorgung Beteiligten stehen in dieser Situation vor einer großen Herausforderung.

Es können Beschwerden verschiedener Ursachen auftreten

Psychisch:

- **Angst vor dem, was kommt** – hier stellt sich die Frage nach der religiösen Beheimatung und ob der Glaube trägt
- **Identifikationskrise** – Wer bin ich noch in meiner Krankheit, ich erkenne mich nicht mehr wieder, meine früheren Beziehungen und Wertvorstellungen tragen mich nicht mehr
- Alleinsein
- Unerledigtes, nicht Gelebtes, früher oder aktuell erlittene Verluste, Schuld- und Reuegefühl
- Reizüberflutung

Körperlich:

- Schmerzen, Unwohlsein, Luftnot, Juckreiz, Durst, Mundtrockenheit, Harnverhalt, Obstipation.
- Verlust des Körpergefühls
- **ZNS-Veränderungen:** Metabolische Enzephalopathie, zerebrale Beteiligung der Tumorerkrankung, zerebrale Hypoxie

Aspekte der Umgebung: z.B. zu kalt, zu warm, zu hell, zu dunkel, zu laut

Ziel

Ursachen erkennen und lindern. Der Bewohner ist ausgeglichen. Er fühlt sich in unserer Umgebung sicher und geborgen. Er spürt ein vertrautes, sicheres und ruhiges Umfeld.

6.11 Unruhe in der letzten Lebensphase

Möglichkeiten

- Gemeinsam mit dem Arzt überprüfen inwieweit Schmerz, Unruhe und Medikamente im Zusammenhang stehen
- Medikamentöse Therapie z.B. bei Angstzuständen und anderen belastenden Beschwerden nach ärztlicher Anordnung, Form der Applikation überprüfen und anpassen
- Wiederkehrende sensible, ruhige Kontaktaufnahme, um Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen
- Bewohner ohne kognitive Defizite offen fragen, ob er noch „etwas zu erledigen hat“, ob für ihn die wesentlichen Dinge im Leben geklärt sind
- Im Bett eine sichere Umgebung schaffen, dem Bewohner ermöglichen aufzustehen, ohne sich zu gefährden
- Bei mangelnder Gehfähigkeit und Aufstehendenz ggfs. ein „Nest“ mit Matratze, Decke auf dem Boden bauen
- Angenehme Lichtquelle in der Nacht schaffen
- Zeigt sich die Unruhe durch Rufen, Weinen, manchmal auch durch Hin- und Herbewegen des Körpers, kann sie möglicherweise nicht mehr verbal ausgedrückt werden. Körperkontakt kann hier als Geste des „Da-seins“ einer zugehörigen Person empfunden werden. Da körperferne Körperteile wie Hände und Füße häufig nicht mehr so gut wahrgenommen werden, sollte die Berührung klar definiert sein (punktuelle Berührung), z.B. an der Schulter. Die Hand kann auf eine bestimmte Stelle gesetzt und dort mit leichtem Druck ein Signal gegeben werden: „ich bin hier - du bist nicht allein“
- Angebot von Hand- oder Fußeinreibungen
- Atmosphäre schaffen durch vertraute Musik, Kuschelkissen, Handschmeichler, evtl. glaubensgeprägte Symbole anbieten etc. (immer wieder neu überprüfen)
- Vorlesen vertrauter Texte, Psalmen etc.
- Wenn gewünscht Besuch eines Pfarrers, Seelsorgers
- (ruhige) Anwesenheit von Angehörigen, vertrauten Personen, ehrenamtlichen Begleitern
- Anwendung von ätherischen Ölen (beruhigende Wirkung von Lavendel, Bergamotte, Melisse)
- Begleitung und Unterstützung der Angehörigen
- **Wichtig:** Beim dementen Bewohner kann hin und her Streicheln auf dem Arm oder im Gesicht Unruhe fördern. Es werden viele verschiedene Reize über die Haut ausgelöst, die er nicht mehr eindeutig zuordnen kann

Hinweis

Auch wenn keine Ursache für die Unruhe verantwortlich gemacht werden kann, ist ein aktives Handeln notwendig, einerseits um des Bewohner Willens, andererseits wegen der möglichen Beunruhigung der Angehörigen, da sie dieses Bild der Unruhe oft im Gedächtnis behalten. Das kann nach dem Tod des geliebten Angehörigen Einfluss auf ihre Trauer nehmen und erschweren.

6.12 Aromapflege, Wickel und Auflagen

Besonderheit

Düfte im Leben - Düfte am Lebensende

Geruchseindrücke prägen Neugeborene, beeinflussen Kranke und begleiten Sterbende und ihre Begleiter. Am Lebensende kann durch Düfte Geborgenheit vermittelt werden, kehren noch mal Erinnerungen an schöne Tage zurück (Achtung: auch negative), Freude, Ruhe und Zuversicht tritt ein. Krankheitsgeruch kann vertrieben werden, Angehörige und Besucher halten es länger beim Sterbenden aus und so wird Respekt und Achtsamkeit für den Sterbenden vermittelt. Der Atem kann sich regulieren, der Kreislauf stabiler werden, die Verdauung sich regeln, der Appetit ansteigen, und ...und ...und ... und Düfte trösten die, die zurück bleiben müssen...

Ziel

Wohlbefinden fördern, Beschwerden lindern

Grundlegende Information

spezielle Wirkungen

immunstimulierend, beruhigend, entspannend, schleimlösend, antibakteriell, antiviral, fungizidierend, entzündungshemmend, anregend, schmerzstillend, entkrampfend, angstlösend, hustenstillend, ausgleichend, fiebersenkend, wärmend, antidepressiv, erheiternd, hautpflegend

Welche Öle wirken wie...?

- **Aktivierend:** Fichtennadel, Rosmarin, Thymian, Muskatnuss, Citronella
- **Aphrodisierend:** Ylang-Ylang, Patchouli, Rose, Sandelholz, Jasmin
- **Beruhigend:** Lavendel, Melisse, Mandarine, Kamille, Ylang-Ylang, Basilikum
- **Desinfizierend:** Teebaum, Eukalyptus, Nelke, Lavendel, Salbei
- **Hustenlindernd:** Muskat, Thymian, Zitrone, Pfefferminze, Latschenkiefer
- **Immunstärkend:** Eukalyptus, Lavendel, Teebaum, Geranium, Bergamotte
- **Insektenabwehrend:** Lavendel, Eukalyptus, Nelke, Salbei, Zypresse
- **Konzentrationssteigernd:** Lemongrass, Rosmarin, Pfefferminze, Eukalyptus, Cajeput
- **Schmerzstillend:** Kamille, Pfefferminze, Bergamotte, Cajeput, Geranium
- **Stimmungsaufhellend:** Rose, Rosenholz, Geranium, Bergamotte, Lemongrass, Neroli
- **Geruchsbindend:** Walddüfte (z.B. Douglasie, Eichenmoos, Latschenkiefer, Weißtanne, Zeder), Sommerdüfte (z.B. Bergamotte, Eichenmoos, Zitrusdüfte)
- **Appetitsteigernd:** Bergamotte und /oder Limette
- **Wenn Wut und Zorn ein Thema ist:** Römische Kamille
- **Appetitsteigernd:** Iris, Melisse, Rose - 1 ml auf 100 ml fettes Trägeröl (Mandel-Jojobaöl) – punktuell auf den Puls, die Schläfe, an den Hals oder in die Duftlampe
- **Angstlindernd:** Melisse, Neroli, Iris, Bergamotte, Eisenkraut, Grapefruit, Jasmin, Sandelholz, Zeder

6.12 Aromapflege, Wickel und Auflagen

Möglichkeiten

- **Die Riechdose:** Wattebausch mit ätherischem Öl oder Lieblingsparfüm beträufeln und in ein geschlossenes Gefäß geben. Der Duft hält länger und man kann bei Bedarf „eine Nase voll“ nehmen
- **Raumbeduftung:** Duftsteine aus Terrakotta: 5-10° einer Duftmischung pur auf den Stein geben, Elektrische Duftlampe: 5-8° einer Duftmischung mit Wasser in die Schale geben
- **Raumspray:** 80% Alkohol, 15% dest. Wasser und 5 % ätherische Öle
Tipp zum Überdecken von unangenehmen Gerüchen: 50 ml 40%iger Alkohol z.B. Wodka (keine Gefahr beim versehentlichen Trinken durch demente Bewohner) plus 40 ° ätherische Öle
- **Einreibungen:** 1% ige Mischung – 100 ml fettes Öl (z.B. Mandel- Olivenöl) plus 15-30° (1 ml) äth. Öle
- **Bäder:** Vollbad: 5-10° äth. Öle plus 100 ml Emulgator (Sahne, Vollmilch), Teilbad: z.B. Fuß-, Hand-, Unterarmbad, Waschschüssel plus 2-3° äth. Öle plus 3 ml Emulgator (Sahne, Vollmilch, Honig), Waschungen: 2-3° äth. Öle plus 5-10 ml Emulgator (Sahne, Milch) mischen und in die Schüssel geben
- **Wickel und Kompressen:** 4° äth. Öle in heißes Wasser einschütteln. Ein Tuch ins Wasser geben, auswringen, auf das Körperteil auflegen und mit einem Tuch (Frotteetuch) zudecken. Wärmekissen oder Kirschkernkissen auflegen
- **Mundspray – Mundspülung:** 100 ml Wasser mit 1-10° äth. Ölen vermischen (vor Gebrauch durchrühren oder schütteln, da ohne Emulgator zubereitet)

Ätherische Öle sollten folgende Merkmale haben

Etikettenaufdruck (Erkennungsmerkmale 100% reiner ätherischer Öle):

Deutscher und lateinischer Pflanzename, Herkunftsland, Anbauweise: kbA, Demeter, WS, konv. Anbau, verarbeiteter Pflanzenteil, Gewinnungsverfahren, Chargennummer, Haltbarkeits- oder Abfülldatum, Hinweis zur möglichen Gefährdung bei versehentlicher Einnahme

Weitere Hinweise und Nachschlagewerke s. Punkt 7 Quellenangaben und hilfreiche Literatur.

Hinweise

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Einsatz ätherischer Öle ein wertvoller Begleiter sein kann, aber keine medizinische Therapie ersetzt. Ein sensibles Ausprobieren muss selbstverständlich sein, da ein einmal angewendetes äth. Öl, auch wenn es nicht mehr riechbar ist, eine Wirkung auslöst bzw. auslösen kann.

Nachweisbarkeit: Blutbahn: ca. 10-20 Minuten, Ausatemluft: ca. 3-10 Minuten, Ausscheidungsorgane: ca. 30 Minuten bis 24 Stunden.

Der Umgang mit ätherischen Ölzusätzen sollte daher **nur mit fachlichem Hintergrund** (Zusatzqualifikation) angewendet, überwacht und überprüft werden. Er muss mit dem Bewohner und/oder dem An-/Zugehörigen und dem Arzt abgesprochen sein. Alle an der Versorgung Beteiligten setzen ätherische Öle nur kontrolliert, nach festgeschrieben Rezepturen, im Team abgesprochen und dokumentiert ein. Die hier aufgeführten Tipps sind Ergebnisse aus praktischen Erfahrungen. Sie sind nur als Anhaltspunkte und nicht als Standard zu verstehen.

Name, Vorname Bewohner _____

Geburtsdatum _____

Anwesende Teilnehmer	Name	Bezug zum Bewohner
Angehöriger		
Ges. Betreuer/in		
Mitarbeiter Pflege		
Mitarbeiter Betreuung		
Hausarzt		
Facharzt		
Moderator ⁴		

Anlass des Fallgespräches:

⁴ Bei ethischen Fragestellungen geschulten Moderator hinzuziehen

6.13 (ethische) Fallbesprechung

Liegt eine palliativmedizinische Versorgung vor? Ja Nein

Ist der Arzt 24 Std. erreichbar? Ja Nein

Findet palliativpflegerische Versorgung statt? Ja Nein

Sind angepasste Lagerungsintervalle geplant? Ja Nein

Wird eine angepasste Körperpflege durchgeführt? Ja Nein

Wird eine angepasste Mundpflege durchgeführt? Ja Nein

Findet eine angepasste Betreuung statt? Ja Nein

Wird eine angepasste Ess- und Trinkversorgung umgesetzt? Ja Nein

Gibt es eine angepasste Hilfsmittelversorgung? Ja Nein

Ist der Ambulante Hospizdienst involviert? Ja Nein

Wird Seelsorge gewünscht? Ja Nein

Ist die Umgangsweise mit weiteren KH-Einweisungen geklärt? Ja Nein

6.13 (ethische) Fallbesprechung

Treten belastende Symptome auf?

Schmerzen Ja Nein

Luftnot Ja Nein

Obstipation Ja Nein

Übelkeit/Erbrechen Ja Nein

Unruhe Ja Nein

Ängste Ja Nein

Verwirrtheit Ja Nein

Sind schmerzlindernde Medikamente verordnet? Ja Nein

Ist eine Bedarfsmedikation verordnet? Ja Nein

Sind Medikamente für eine zu erwartende Krisensituation angeordnet? Ja Nein

Liegt eine Patientenverfügung oder der mutmaßliche Wille vor? Ja Nein

Liegt eine Bestattungsvorsorge vor? Ja Nein

Bemerkungen zu den oben genannten Punkten:

6.13 (ethische) Fallbesprechung

Wer wird in Krisensituationen benachrichtigt?

Wer wird im Sterbeprozess/nach dem Versterben benachrichtigt?

Wünsche/Bedürfnisse des Bewohners in der Sterbephase/nach dem Versterben, Biografie, Patientenverfügung beachten/Sonstiges

Wünsche/Bedürfnisse der Angehörigen/Betreuer:

Begleitung durch Angehörige in der Sterbephase erwünscht?

Ja Nein nicht bekannt

Wann und über was möchten Angehörige/Betreuer informiert werden?

6.13 (ethische) Fallbesprechung

Ist Umfeldpflege/Gestaltung des Bewohnerzimmers notwendig (angenehme Lichtquellen/Paravent/Aromapflege/Musik/Begleitung usw.)

Ergebnisempfehlungen der (ethischen) Fallbesprechung:

Datum

Unterschrift der anwesenden Teilnehmer

7 Quellenangaben und hilfreiche Literatur

ALPHA Ansprechstelle im Land NRW zur Hospizarbeit, Palliativbetreuung und Angehörigenarbeit, Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen,

Symptom Juckreiz, Stand Mai 2015 Version 1

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/juckreiz.pdf>

Symptom Rasselatmung, Stand Mai 2015 Version 1

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/rasselatmung.pdf>

Symptom Mundschleimhautprobleme, Stand Mai 2015 Version 1

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/mundschleimhautprobleme.pdf>

Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (2007): Leitfaden Palliativmedizin/Palliative Care. München: Urban und Fischer. Knipping, C. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Palliative Care. 2. Ausgabe. Bern: Huber Verlag.

Bewährte Aromamischungen von Ingeborg Stadelmann, Stadelmann Verlag ISBN 978-39803760-1-3

Himmlische Düfte Susanne Fischer-Rizzi/AT Verlag ISBN 3-85502-874-5

Fachbuch der Aromatherapie Band 1, ausgewählte Arbeiten von PRIMAVERA Aroma ExpertInnen, enthält ausgewählte Arbeiten, Rezepte und Fallbeispiele aus der Aromapflege: Ätherische Öle für Kinder, Aromapflege für Frauen, Ätherische Öle in der Krankenpflege, Ätherische Öle im Hospiz, Ätherische Öle in der Psychiatrie und bei Befindlichkeitsstörungen (Verfasser sind 35 PRIMAVERA Aroma ExpertInnen)

Gemeinsam auf dem Weg, Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen Eine Broschüre für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen. Herausgegeben von ALPHA NRW unter Mitarbeit von Dr. Julia Bloech, Gerlinde Dingerkus, Andrea Gasper-Paetz, Dr. Felix Grützner, Martina Kern, Bianca Papendell, Prof. Dr. Lukas Radbruch, Robert Raß. 2. Auflage 2015.

Diese Broschüre kann heruntergeladen werden unter:

www.alpha-nrw.de/wissenswertes/veroeffentlichungen

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis 2014/MGEPA 144 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf

E-Mail: info@mgepa.nrw.de Internet: www.mgepa.nrw.de

Ansprechpartner ALPHA NRW Telefon: 0228-74 65 47 (Rheinland) Telefon: 0251-23 08 48 (Westfalen-Lippe) Autorinnen und Autoren: Lukas Radbruch, Monika Müller, David Pfister, Sigrun Müller, Felix Grützner

7 Quellenangaben und hilfreiche Literatur

Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag

Leitfaden Palliativversorgung und Hospizkultur in Pflegeheimen in Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel unter:

<http://www.palliativ-netzwerk.de/index.php/downloads>

Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin-Palliative Care, 3. Auflage von Claudia Bausewein (Herausgeber), Susanne Roller (Herausgeber), Raymond Voltz (Herausgeber), Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; Auflage: 3 (14. Juni 2007)

Leitlinien der DGP, Sektion Pflege. Juckreiz WebDokument:

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Pruritus_end.pdf

Stand: 6/2014.

Leitlinien der DGP, Sektion Pflege. WebDokument:

<http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Modifizierte Auszüge aus dem Workshop Aroma Therapie – Palliative Care Kongress Friedrichshafen 2008 von Christa Knedlischek Kempten

Palliativpflege, Richtlinien und Pflegestandards (M. Kern) 8. Auflage 2013, Pallia Med Verlag 2011

„Pflegen: Palliativ“ 14/12, Artikel „Unruhe – eine Herausforderung für Pflegenden“ von Adelheid von Herz

Schnell, M.; Schulz, C. (Hrsg.) (2012): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg: Springer Verlag

Da unsere Tipps zum Teil in Arbeitsgruppen der Einrichtungen der AG Heime im Palliativ-Netzwerk HER, WAN, CAS erarbeitet wurden und teilweise auf Erfahrungen basieren, war es trotz intensiver Bemühungen leider nicht bei allen Quellenangaben möglich, den Rechtsinhaber ausfindig zu machen. Für Hinweise sind wir dankbar. Rechtsansprüche bleiben gewahrt.



Herausgeber:

Palliativ-Netzwerk Herne,
Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V.
Arbeitsgruppe Heime

Gerichtsstr. 8
44649 Herne
Tel. 0800 900 9191
www.palliativ-netzwerk.de

Ansprechpartner:

Karin Leutbecher,
Annegret Müller AHPD Herne
info@ahpd-herne.de

Gestaltung:

Susanna Eusterfeldhaus
Diplom Designer (FH)

Auflage: 2000 Stück

Stand: August 2015



Gerichtsstraße 8
44649 Herne

Tel.: 0800/9009191

info@palliativ-netzwerk.de
www.palliativ-netzwerk.de

Vorstand (Stand August 2015):
Karin Leutbecher, Andrea Meier,
Eun-Kyong Schippmann,
Christian Wald

Amtsgericht Bochum, VR 4083 mit
Anerkennung der Gemeinnützigkeit
Finanzamt Herne-West

Spenden-Konto

Commerzbank Herne
Konto-Nr.: 206609000
BLZ: 430 400 36
IBAN: DE 60 4304 0036 0206 6090 00
BIC: COBADEFFXXX

Netzwerk Info-Hotline
0800/9009191