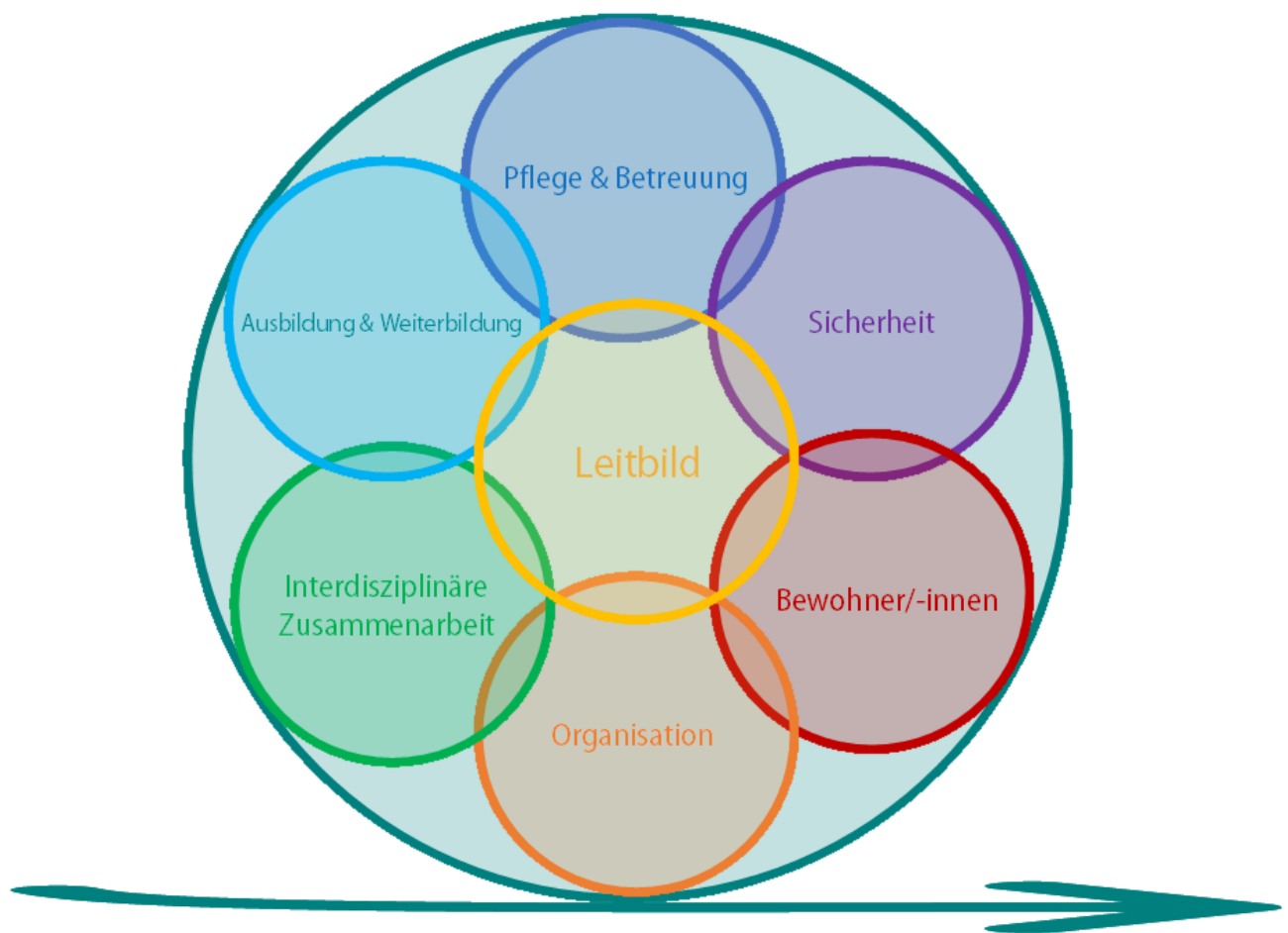


Palliative Care-Konzept



Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Bedarf für das Konzept.....	1
Absicht des Konzepts.....	1
Definition von Palliative Care.....	2
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	3
Ethische Grundhaltung - ethische Entscheidungsfindung.....	3
Autonomie und Selbstbestimmung.....	4
Patientenverfügung	4
Mutmasslicher Wille.....	4
Spiritualität	5
Terminalphase - Sterbeprozess.....	5
Sterbehilfe (Euthanasie).....	6
Kurativ und palliativ.....	6
Palliative Care im Alltag	8
Symptomerfassungen.....	8
Wohnen und Leben.....	8
Kommunikation	8
Integrative Validation.....	9
Rituale	9
Basale Stimulation	9
Kinästhetik.....	10
Angehörige und Angehörigenarbeit.....	10
Freiwillige	11
Sterbebegleitung	11
Religiöse Begleitung - Seelsorge.....	12
Abschiedskultur	12
Spezifische pflegerische Massnahmen in Palliative Care-Situationen.....	13
Schmerzbehandlung – Schmerz-Assessment.....	13
Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz.....	13
Medikamentöse Schmerztherapie.....	13
Alternative Schmerztherapie	14
Nausea und Emesis.....	15
Diarrhoe.....	17
Ursachen.....	18

Zielsetzung.....	18
Obstipation.....	19
Dehydration.....	23
Pathologische Dehydration.....	23
Terminale Dehydration.....	23
Mundpflege in der terminalen Phase.....	24
Behandlungsempfehlungen für Mundpflege bei schwerkranken Menschen	26
Dyspnoe.....	27
Sauerstoffgabe	28
Sekret in den Atemwegen	28
Dyspnoe in der Sterbephase.....	29
Angst und Depression.....	29
Angst	29
Depression	30
Merkmale von Trauer und Depression.....	30
Fatigue	30
Verwirrtheit.....	31
Delir	31
Agitation	33
Begleitung von Menschen mit Demenz in der Sterbephase.....	36

Einleitung

Bedarf für das Konzept¹

Die höhere Lebenserwartung ist vor allem ein Resultat der Behandlungs- und Präventionserfolge der modernen Medizin. Mit zunehmendem Alter bedeutet dies nicht nur Heilung, sondern die Umwandlung von bedrohlichen Gesundheitsstörungen in chronische Langzeiterkrankungen, deren Auswirkungen den Alltag und die Lebensqualität beeinflussen. Der Eintritt ins Heim erfolgt meist nicht freiwillig, vielmehr erst dann, wenn`s nicht mehr geht.

Der Mensch hat das Recht in Würde zu leben und in Würde Abschied zu nehmen. Die Anerkennung der Würde jedes Menschen schliesst Autonomie und Selbstbestimmung ein. Die Pflege und Betreuung richten sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen. Sie müssen zudem dem letzten Willen, wie er in der persönlichen Patientenverfügung festgehalten ist, oder dem mutmasslichen Willen der betreffenden Person entsprechen und eingehalten werden. Dies erfordert vom Heim ein kompetent einfühlsames Betreuungsteam mit einer gut funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Damit wird den Bewohnenden und ihren Angehörigen beim Heimeintritt echtes Vertrauen und Sicherheit vermittelt.

Der regelmässige Austausch zwischen Bewohnenden, Angehörigen und dem Pflege- und Betreuungsteam fördert eine palliative Kultur. Dadurch wird Raum geschaffen, um Ängste, Überforderung, Unsicherheit, Anliegen, Emotionen und Grenzen ansprechen zu können. Die Beteiligten wachsen an der Auseinandersetzung mit Leben, Sterben und Tod. Das Sterben soll als natürlicher Prozess wahrgenommen werden und dem Aushalten und Loslassen wird genügend Zeit eingeräumt.

Absicht des Konzepts

Palliative Care ist eine komplexe Aufgabe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von alten, unheilbar kranken und sterbenden Menschen. Die Möglichkeiten und Grenzen zum Planen und Angehen des letzten Lebensabschnittes

¹ Literatur: Porchet-Munro / Stoba / Waldmann (2006: Seiten 13-58). Kunz (2007: Seite 11-14)

sind im vorliegenden Konzept aufgezeigt. Entscheidungen betreffend medizinische und pflegerische Behandlung werden gemeinsam mit der Bewohnerin und mit dem Bewohner, sofern sie dies wollen und können, mit den Angehörigen und mit dem Betreuungsteam getroffen. Ressourcen wie Biografie, Fähigkeiten und Angewohnheiten werden im Betreuungsalltag berücksichtigt, um die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten. Jeder Mensch ist ein Individuum – dies gilt für sein Leben wie auch für sein Sterben.

Angehörige werden vom Betreuungsteam situationsbezogen beraten und gestützt. Das Betreuungspersonal ist mit den Grundwerten von Palliative Care vertraut und kann diese im Alltag mit den Bewohnenden leben. Regelmässige interne Schulung, Aus- und Weiterbildung gewährleisten die fachlichen Kompetenzen.

Betreuungspersonen setzen sich mit ihrer eigenen Endlichkeit auseinander und erhalten, nebst persönlichem Gewinn wie Reife, Kompetenz und Lebenserfahrung, ein vertieftes Verständnis für Menschen in der letzten Lebensphase.²

Definition von Palliative Care³

"Pallium", lateinisch, mantelartiger Überwurf und "Care", englisch, Pflege im umfassenden Sinne.

Palliative Care gilt als internationaler Pflegefachbegriff und beinhaltet die aktive, umfassende Behandlung, Betreuung und Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen.

Palliative Care

- bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Prozess.
- beabsichtigt, weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern.
- beachtet die Würde und Autonomie der Bewohnenden und bietet ihnen Unterstützungsmöglichkeiten an, damit sie ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich gestalten können.
- ermöglicht rechtzeitige, gezielte Diagnostik, therapeutische Massnahmen und Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Verwirrung. Damit trägt Palliative Care zur bestmöglichen Lebensqualität bei.
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte in die Pflege und Betreuung der Bewohnenden.
- bietet Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige im Umgang mit dem Krankheitsverlauf und der Bewältigung ihrer eigenen Trauer.

*Es geht nicht darum,
dem Leben mehr Tage zu geben,*

² Literatur: Porchet-Munro / Stoba / Waldmann (2006: Seiten 99-121)

³ Die angeführte Definition nimmt Bezug auf Knipping (2007: Seite 31)

sondern den Tagen mehr Leben!⁴

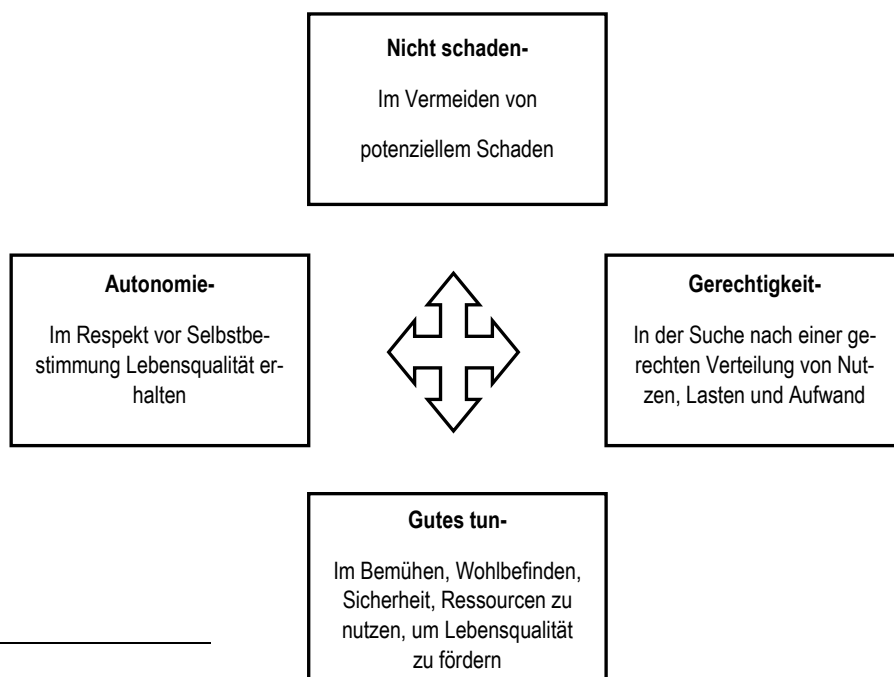
Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Mittelpunkt der Palliative Care stehen die Linderung der körperlichen und geistig-seelischen Beschwerden, die Vermittlung von Sicherheit und Wohlbefinden sowie die Achtung der Würde jedes einzelnen Menschen. Wir wollen die bestmögliche Lebensqualität der Bewohnenden sichern und ihre Angehörigen unterstützen und begleiten. Dazu ist eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Das Fachwissen der unterschiedlichen Berufsgruppen wird für das Wohl und die Lebensqualität fruchtbar gemacht. Damit ein Vertrauensverhältnis unter allen Beteiligten möglich ist, gehört die Offenheit zu unserer Grundhaltung.

Ethische Grundhaltung - ethische Entscheidungsfindung

Jedem Handeln liegt eine persönliche Haltung zugrunde. Diese spiegelt sich im Verhalten und wirkt sich auf die ethischen Prinzipien aus. Dies kann zu unterschiedlichen Meinungen und zu Konflikten führen, die (z.B. im Ethik-Forum) diskutiert und ausgewertet werden müssen, um eine Lösung zu finden. Als gemeinsame Basis braucht es eine Haltung, die auf ethischen Prinzipien basiert, welche die Grundwerte für ein verantwortungsvolles Geben und Nehmen in der Pflege und Betreuung von Bewohnenden respektiert. Palliative Care orientiert sich an den vier bioethischen Grundprinzipien nach Beauchamp/Childress (siehe Abbildung unten). Sie werden im Kontext angewendet und geben Orientierung im Verhalten und bei Entscheidungsfindungen.

5



⁴ Ciceley Saunders, englische Ärztin, 1918-2005, Hospizbewegung

⁵ Abbildung: Vergleiche Schmid (2007: Seite 65). Ergänzungen aus Bilger (2007: Seite 7)

Autonomie und Selbstbestimmung⁶

Die Achtung der Würde eines Menschen schliesst das Respektieren seiner Autonomie und Selbstbestimmung mit ein. Eine klare und offene Kommunikation und Information sowie das vergewissern, dass die Bewohnerin oder der Bewohner verstanden hat, sind wichtig. Sie bilden die Voraussetzung, den Willen und die Werte der betreuten Personen wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Bei urteilsunfähigen Bewohnenden orientieren sich Betreuungsteam und Angehörige an der Patientenverfügung oder, wenn diese fehlt, am mutmasslichen Willen. Das Einschätzen des Willens der betreffenden Person stützt sich auf frühere Werte und Willensäusserungen. Auch wenn nicht alle Bewohnenden ihre Selbstbestimmung bis zuletzt wahrnehmen können oder wollen, bedeutet es für Palliative Care eine Selbstverständlichkeit, ihre Wünsche und Bedürfnisse wiederholt zu erwägen.

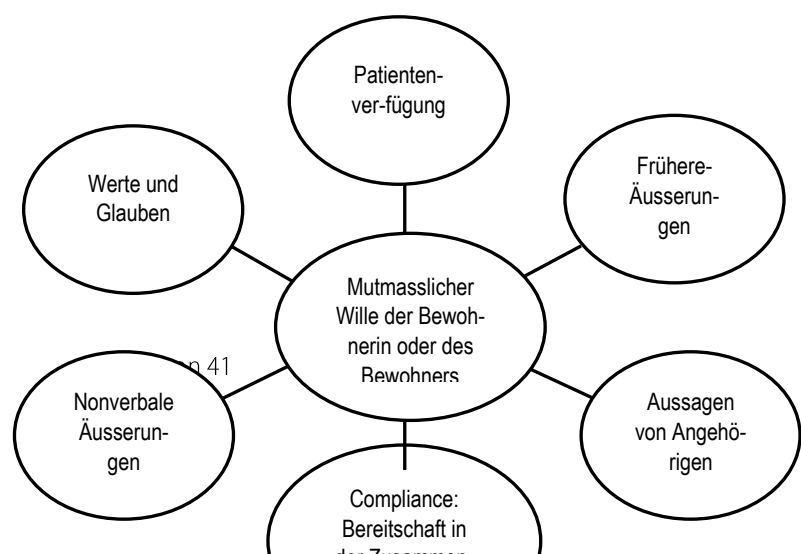
Patientenverfügung⁷

Mit einer Patientenverfügung hält eine urteilsfähige Person im Voraus fest, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall der Urteilsunfähigkeit zustimmen möchte und welchen nicht. Die Verfügung dient dazu, der Selbstbestimmung und dem Willen der betreffenden Person bis zuletzt zu entsprechen. Die Patientenverfügung muss dem freien Willen der urteilsfähigen Person entsprechen. Das Schreiben muss mit Datum und ihrer Unterschrift versehen sein.

Der im schriftlichen Dokument vorsorglich festgelegte Wille muss verbindlich respektiert werden. Die bevollmächtigte Vertrauensperson hat die Aufgabe, den festgelegten Willen innerhalb des interdisziplinären Teams zu vertreten.

Mutmasslicher Wille

Ist eine Person urteilsunfähig und es liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor, müssen sich Entscheide am sogenannten mutmasslichen Willen der betreffenden Person orientieren. Yvonne Müller-Blaser nennt verschiedene Aspekte, die zur Interpretation des mutmasslichen Willens berücksichtigt werden können (siehe Abbildung unten).



⁶ Literatur: Kunz (2007: Seiten 19-20).

⁷ Literatur: Schmid (2007: Seite 59)

Spiritualität

Spiritualität ist eine wichtige Ressource zur Gestaltung des ganzen Lebens. Für das Verarbeiten von Leidsituationen und für das Bewältigen von Sterben, Tod und Trauer ist sie eine wichtige Stütze. Es gibt sowohl religiöse wie auch nicht religiöse Formen der Spiritualität. Jeder Mensch besitzt eine spirituelle Dimension. Sie entspricht der Individualität jedes einzelnen Menschen, so wie er sie lebt und pflegt.

Spiritualität in Religionen ist uns bekannt. Von spiritueller Bedeutung können auch Rituale, Aufhalten in der Natur, Musik hören, Gespräche führen, sich aufhalten an einem schönen Ort und ähnliche Aktivitäten sein. Alles, was innere Kraft, Sinn und Geborgenheit schenkt, das Bedürfnis nach Aufgehoben sein und Vertrauen stillt, ist spirituell.

Es ist Aufgabe der Palliative Care, die individuellen spirituellen Ressourcen der Bewohnenden zu erspüren. Sie werden in ihrer persönlichen Spiritualität, in ihren Ritualen und Gewohnheiten wahrgenommen und entsprechend im Alltag unterstützt. Für eine umfassende Betreuung und Begleitung bei Menschen mit Demenz ist die Spiritualität mit ihren zugehörigen Ritualen und Gewohnheiten besonders wichtig und von Nutzen.

Terminalphase - Sterbeprozess⁸

In der Pflegepraxis bezeichnet die Terminalphase jenen Zeitabschnitt, in dem Sterben und Tod absehbar werden. Die Aktivitäten des Menschen sind immer mehr eingeschränkt, die Symptomlinderung und Begleitung erhalten zunehmend Bedeutung. In der Literatur, etwa bei Kübler-Ross und Stufen 1972, Pattison 1978 oder Weissmann 1972, sind uneinheitliche Begriffe zu diesem Zeitabschnitt des Sterbens zu finden. In der Realität kann nur retrospektiv der Beginn der einzelnen Phasen festgelegt werden. Auch Personen mit viel Erfahrung in der Sterbebegleitung ist es nicht möglich, den Beginn des Sterbens, sowie den genauen Todeszeitpunkt zu prognostizieren. Ab jenem Zeitpunkt, da sich ein Mensch von seinem Leben zu lösen beginnt, befindet er sich in einer individuellen Entwicklung, welche Stunden bis hin zu mehreren Monaten dauern kann. Seine Gefühle sind immer mit Respekt wahrzunehmen, um seine unangenehmen Symptome bestmöglich zu lindern, damit die individuelle Lebensqualität bis zu seinem Tod gewährleistet ist.

⁸ Die beschriebenen Stufen nehmen Bezug auf Pöhler-Häusermann (2007: Seiten 35-36)

Sterbehilfe (Euthanasie)

Die Sterbehilfe kann auf drei verschiedenen Stufen beschrieben werden:

Passive Sterbehilfe: Es werden keine lebensverlängernden Massnahmen, beispielsweise eine Antibiotika-Therapie zur Bekämpfung einer Lungenentzündung getroffen oder lebensverlängernde Massnahmen werden eingestellt oder nicht aufgenommen.

Indirekt aktive Sterbehilfe: Zur Linderung von Symptomen werden Mittel eingesetzt, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer verkürzen können. Darunter fällt die Verabreichung von morphinhaltigen Medikamenten.

Direkte aktive Sterbehilfe: Bewusstes Herbeiführen des Todes auf Wunsch des Patienten. Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz verboten. Es gibt jedoch Sterbehilfeorganisationen die einen begleiteten Suizid anbieten. Nur die betroffene Person selber kann eine Freitodbegleitung anfordern. Dabei muss die Person urteilsfähig sein und den Todeswunsch schon seit längerer Zeit haben. Ein Arzt muss bestätigen, dass keine Aussicht auf Heilung besteht. Die betroffene Person muss sich zudem das tödliche Medikament selber verabreichen können.

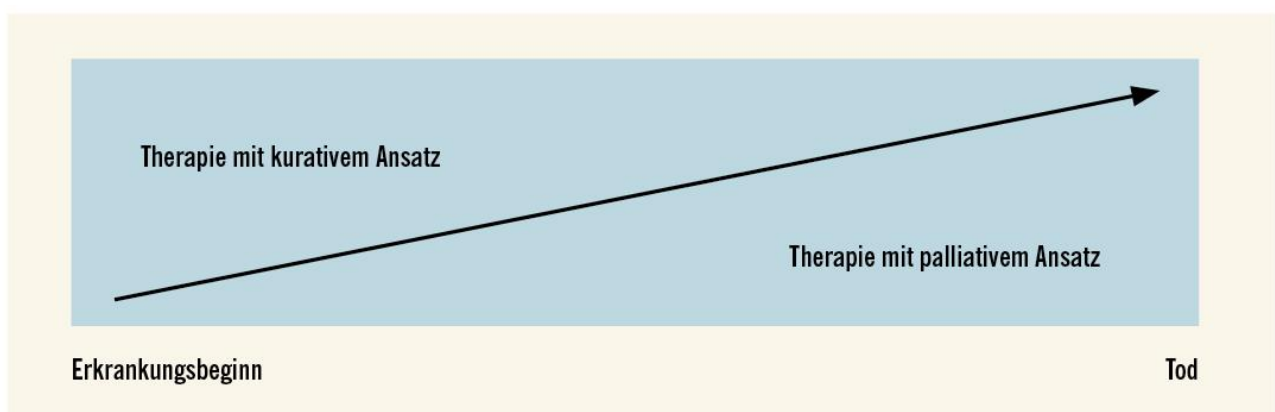
Palliative Care distanziert sich ausdrücklich von direkter, aktiver Sterbehilfe und begleitetem Suizid.

Kurativ und palliativ

Die kurative und die palliative Behandlung gehen von unterschiedlichen Ansätzen aus. Die kurative Behandlung will heilen, entsprechend dem in der Bezeichnung enthaltenen lateinischen Wort "curare". Die Ursache einer Krankheit wird durch gezielte Therapie angegangen und eine vollständige Heilung wird angestrebt. Bei fortschreitendem und unheilbarem Krankheitsverlauf ergänzen sich kurative und palliative Behandlungsformen.

Durch die palliative Behandlung wird Bewohnenden mit nicht heilbarer fortschreitender Krankheit für die verbleibende Lebenszeit zu bestmöglicher Funktionsfähigkeit und Lebensqualität verholfen. Dabei soll Leiden durch Vorbeugen und frühzeitiges Erkennen der Symptome optimal gelindert werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnenden und ihren sozialen, geistigen und spirituellen Bedürfnisse.

Angehörige werden nach Möglichkeit in die Betreuung integriert und in ihrer situationsbezogenen Bewältigung über den Tod des Bewohnenden hinaus begleitet.



Palliative Care im Alltag

Symptomerfassungen

Belastende Symptome wie Schmerz, Atemnot, Angst, Verdauungsprobleme und andere, beeinflussen die Lebensqualität der Bewohnenden. Diese Symptome wahrzunehmen, zu erfassen und gezielt interdisziplinär anzugehen ist eine wichtige Aufgabe von Palliative Care. Zur bestmöglichen Linderung setzt sich das Betreuungsteam mit biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekten als mögliche Ursachen auseinander und berücksichtigt bekannte Bewältigungsstrategien betroffener Personen. Dabei sind Biografie und Diagnose wichtige und nützliche Hilfen.

Mit geeigneten Assessmentinstrumenten werden die belastenden Symptome erfasst und interdisziplinär angegangen.

Wohnen und Leben

Der Heimeintritt bedeutet für Bewohnende und Angehörige eine Zeit des Abschiednehmens, Loslassens und der Neuorientierung. Er ist oft mit Verlust, Trauer und Schmerz verbunden. Sich dem Neuanfang zuwenden und seine letzte Bleibe einrichten, die weiterhin einen normalen Alltag ermöglicht, ist nicht immer einfach. Es braucht – soweit dies möglich ist – Engagement von jedem Bewohner und jeder Bewohnerin, von Angehörigen sowie die Unterstützung durch das Pflege- und Betreuungsteam.

Im Murhof können die Zimmer mit persönlichen Möbeln, Bildern und Gegenständen eingerichtet werden. Für die Bewohnenden soll damit eine möglichst vertraute und somit sichere Umgebung geschaffen werden. Ihre biografischen Ansätze und Ressourcen werden im Aktivierungsangebot des Heims berücksichtigt und die sozialen, körperlichen, medizinischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse im Alltagsleben umfassend integriert. Individuelles Wohlfühlen und Geborgensein jedes einzelnen Menschen stehen im Zentrum der Behandlung, Begleitung und Betreuung.

Im Murhof leben Haustiere unter betriebseigener Obhut. Auf Wunsch und nach Möglichkeit werden Ressourcen der Bewohnenden in der Betreuung und Pflege der Tiere berücksichtigt. Das Mitbringen von Haustieren bei Besuchen ist erlaubt, vorausgesetzt die Bewohnerinnen und Bewohner wünschen dies.

Kommunikation

Kommunikation bedeutet mehr als Worte. Sie ist ein tragender Grundpfeiler von Palliative Care. Sie verlangt von den einzelnen Mitarbeitenden eine hohe Kompetenz und fordert in einem komplexen Vorgang die ganze Aufmerksamkeit. Durch Gestik, Mimik und Sprache finden gegenseitiger Kontakt und Verständigung statt. Umgang und Verhalten spiegeln Normen und Werte, lösen ethische und moralische Effekte aus und verlangen angemessenes Handeln. Eine Gesprächskultur, in der Wünsche, Ängste und Fragen formuliert werden, sowie Zuhören, Verständnis haben, Aushalten und Schweigen Raum haben. Dies bedeutet Lebensqualität für Bewohnende und Betreuende.

Die Mitarbeitenden orientieren sich im gegenseitigen Respekt an einer offenen und ehrlichen Gesprächskultur. Zielorientierte Informationen werden klar verständlich formuliert und Abmachungen schriftlich festgehalten. Regelmässige interne Fortbildungen, dazu gehören Teamsitzungen, Integrative Validations-, Hygiene- und Produkteschulungen und externe Bildungsangebote schaffen den Rahmen, die Kultur der Wertschätzung zu reflektieren und zu stärken. Informationen und belastende Situationen werden in verschiedenen Gruppen, etwa bei Personalinfos und Rapporten, im Bewohnerrat oder bei Angehörigengesprächen besprochen und nach Möglichkeit geklärt. In dringenden Fällen stehen allen Bewohnenden, Mitarbeitenden und Angehörigen Ansprechpersonen zur Verfügung.

Integrative Validation

Die Integrative Validation bildet eine besondere Form der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen. Der Grundgedanke liegt darin, die Realität und die persönliche Wahrheit der desorientierten Person zu akzeptieren. Validieren bedeutet, Gefühle anzuerkennen und für gültig zu erklären. Im APH Murhof werden alle Mitarbeitenden in der Integrativen Validation nach Nicole Richard intern geschult.

Rituale

Der Ausdruck "Ritual" bedeutet ursprünglich "Brauch, Zeremoniell". Rituale haben zeremoniellen Charakter und werden je nach Kultur in Gesellschaft, Familie oder auch als Einzelperson gelebt. Ihr Ablauf ist meist gleichbleibend und vertraut. Rituale vermitteln Sicherheit und Ruhe. Sie entlasten, da über bestimmte Vorgehensweisen nicht mehr nachgedacht werden muss. Ein Beispiel: Beim Grüßen geben wir uns die rechte Hand.

Basale Stimulation

Basale Stimulation bedeutet grundlegende Anregung der Sinne. Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten und Fühlen sollen angesprochen werden. Über die Sinnesorgane nehmen wir uns selbst und unsere Umwelt wahr. Bei älteren Menschen ist durch den natürlichen Abbauprozess die sinnliche Wahrnehmung häufig verändert. Deshalb ist das bewusste Anbieten gezielter Reize besonders wichtig. Je nach Ursache des Wahrnehmungsdefizits können die Schwerpunkte der basal stimulierenden Pflege und Betreuung von Mensch zu Mensch variieren und demzufolge auch eine unterschiedliche Gewichtung aufweisen. Bei verwirrten Bewohnenden kann der Schwerpunkt beispielsweise darin liegen, mit ihnen in Beziehung zu treten. Bei bettlägerigen Personen ist die Körper- und Umwelterfahrung wichtig, bei sterbenden Menschen liegt der Fokus auf der Begleitung.

Das Betreuungsteam achtet auf die Lebensqualität der Bewohnenden bis zu ihrem Lebensende. Sinnliche Wahrnehmungsdefizite werden möglichst frühzeitig erfasst. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Bewohnerin und des Bewohners werden entsprechende Anwendungen der basalen Stimulation angeboten und mit besonderer Sorgfalt eingesetzt.⁹

Kinästhetik

Der Begriff "Kinästhetik" ist aus den griechischen Wörtern "Kinesis" und "Aisthesis" zusammengesetzt und bedeutet Bewegungsempfindung.

Kinästhetik ist ein Konzept, das sich ständig weiterentwickelt und einen wertschätzenden Umgang mit sich selbst und Menschen mit körperlichen Einschränkungen ermöglicht. Bewohnende mit kognitiven und körperlichen Defiziten werden in ihrer Alltagsbewältigung durch harmonische und fließende Bewegungsmuster unterstützt. Das Ziel ist, mit wenig Kraftaufwand die verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten anzusprechen und so Mobilisation und Transfer zu erleichtern. Das bewusste Nutzen der Schwerkraft und die Koordination der Bewegungsabläufe ist für den in seiner Lebensbewältigung eingeschränkten Menschen eine wirksame Unterstützung.

Angehörige und Angehörigenarbeit

Für Angehörige kann der Heimeintritt ihrer Eltern, Verwandten und Bekannten ebenso eine erleichternde wie auch belastende Erfahrung sein. Oft haben sie über Jahre einen Angehörigen Menschen betreut und gepflegt, kennen seine Biografie und Krankengeschichte. Sie verfügen über wichtige Informationen und können damit für das Pflege- und Betreuungsteam in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit eine wertvolle Stütze sein. Auf freiwilliger Basis können sie ihre Ressourcen nach ihren Möglichkeiten im Heimalltag einbringen. Im Umgang mit dem Krankheitsverlauf und ihrer persönlichen situationsbezogenen Bewältigung werden sie vom Betreuungsteam begleitet und gestützt.

Im Rahmen eines Eintrittsgesprächs werden Bewohnende und ihre Angehörigen von der Pflegedienstleitung mit der Organisation des APH Murhof bekannt gemacht. Gewünschte Abmachungen und insbesondere die Ansprechpersonen für allgemeine Fragen und für Krisensituationen werden im Pensionsvertrag und der Patientenverfügung festgehalten. Im Bedarfsfall kann sich eine Ansprechperson Tag und Nacht über den Allgemeinzustand eines Angehörigen Menschen informieren. Tagsüber können sich Angehörige direkt auf der zuständigen Abteilung melden.

Spontane Kontakte und Gespräche bei Besuchen und Heimanlässen, etwa beim Gartenfest oder beim Angehörigen-Dinner oder -Brunch sind sehr wertvoll. Die Begegnungen stützen das Vertrauen und stärken die Lebensqualität aller Beteiligten.

⁹ Literatur: Müller-Blaser (2007: Seiten 52-53)

Je nach Anliegen können Angehörige ein Gespräch mit der Heimleitung, der Pflegedienstleitung oder mit der Pflegedienst- und Betreuungsteamleitung gemeinsam verlangen. Inhalt, Datum und ungefähre Dauer des Gespräches werden von den Beteiligten vorgängig vereinbart.

Freiwillige

Nicht jede Bewohnerin und jeder Bewohner verfügt über ein soziales Netz, das Begleitung durch Angehörige abdeckt. Auch die personellen Ressourcen im Pflege- und Betreuungsteam sind begrenzt. Es wird deshalb begrüsst und geschätzt, wenn Freiwillige regelmässig bei Bewohnenden Besuche machen, Gespräche führen, Spaziergänge unternehmen, Unterhaltung organisieren oder bei Anlässen mithelfen.

Verschiedene Vereine und Gruppen der Umgebung bereichern den Heimalltag mit Gesang, Musik und Spielnachmittagen oder sie helfen beim alljährlichen Gartenfest mit. Die Freiwilligeneinsätze werden von der Heimleitung koordiniert und betreut.

Die Begleitung durch Freiwillige oder durch Seelsorgepersonen während der Sterbephase ist auf Wunsch der Betroffenen möglich. Auch Angehörige können eine Begleitung initiieren. Diese wird vom Pflegeteam koordiniert.

Sterbebegleitung

Palliative Care bejaht das Leben, betrachtet Sterben als einen natürlichen Prozess und beabsichtigt, weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern. Die Leitung des Alters- und Pflegeheims Murhof schliesst sich diesem Grundsatz an.

Die Sterbephase bedeutet einen Ablösungsprozess, der mit physischem und psychischem Schmerz verbunden ist. Gefühle müssen stets beobachtet, Veränderungen wahrgenommen und belastende Symptome gelindert werden. Diese Belastung bei Sterbenden wird von den Angehörigen meist verstärkt empfunden. Es ist nicht immer möglich, alle physischen und psychischen Beschwerden mittels Medikamente oder durch Gespräche und Zuwendung vollständig zu beheben.

Monika Renz, Sterbeforscherin und Leiterin der Psychoonkologie am Kantonsspital St. Gallen hat Studien über Sterbebegleitung durchgeführt. Sie sagt im Interview mit Susanne Wenger: "Im Sterben verändert sich die Wahrnehmung. Die Menschen kommen in einen Bewusstseinszustand ausserhalb von Schmerzen und Not. Ich beobachte sterbende Menschen, die eben noch sehr verzweifelt sind und kämpfen, dann sind sie plötzlich in einem Zustand von Ruhe, Gelassenheit, Glückseligkeit. Obwohl sie sich äusserlich immer noch in der gleichen ohnmächtigen Situation befinden. Die Veränderung geschieht innerlich. Die sterbenden Menschen überschreiten eine für uns unsichtbare Bewusstseinsschwelle."¹⁰

¹⁰ Zitat: *Curaviva Fachzeitschrift, Wenger (2011: Seite 11)*

Angehörige sollen in die Sterbebegleitung einbezogen werden. Sie stellen für das Pflegepersonal eine wichtige und ergänzende Stütze dar. Im Heim können sie jederzeit Verpflegung und Notbett in Anspruch nehmen.

Persönliche, religiöse und nichtreligiöse spirituelle Bedürfnisse der Bewohnenden sind mit Respekt und Würde zu berücksichtigen. Persönliche Wünsche, die in der Sterbephase aktuell werden, sind in der Patientenverfügung der Bewohnenden festgehalten.

Religiöse Begleitung - Seelsorge

Religion beinhaltet spirituelle Werte, die für die Bewohnerinnen und Bewohner von grosser Bedeutung sind und entsprechend in ihrem Heimaltag Platz finden sollen. Der Murhof steht grundsätzlich allen Religionen und Weltanschauungen offen gegenüber. In der Hauskapelle finden regelmässig katholische und reformierte Gottesdienste statt. Durch das Jahr werden christliche Feste gefeiert und ihre Traditionen im Heimaltag, beispielsweise bei den Dekorationen einbezogen.

Persönliche Gespräche mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin und religiöse Begleitung in der Sterbephase können im Heim genutzt werden. Sofern erwünscht und möglich, können Bewohnende von auswärts den Bezug zu ihrer Kirchgemeinde aufrechterhalten.

Zuständig im APH Murhof sind:

- Katholisches Pfarramt St. Urban
- Reformiertes Pfarramt Roggwil

Abschiedskultur

Sterben ist das natürliche Ende eines Lebens und findet in diesem Sinn seinen Platz im Heimaltag. Das Pflege- und Betreuungsteam hält sich an einen würdigen und respektvollen Umgang mit Sterben und Tod.

Rituale dienen dem Abschiednehmen und der Trauerverarbeitung. Wenn immer möglich werden spezielle Wünsche des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen in einem würdigen Rahmen respektvoll einbezogen.

Nachdem der Tod durch einen Arzt bestätigt ist, wird der verstorbene Mensch in seinem Zimmer zum Abschiednehmen würdevoll vorbereitet. Auf der jeweiligen Abteilung wird eine Gedenkecke mit persönlichen Gegenständen der verstorbenen Person eingerichtet. Fotos oder andere Gegenstände machen Gespräche und Erinnerungen möglich, was einer sinnvollen Trauerverarbeitung dient. Nach der Beerdigung wird die Gedenkecke aufgehoben. Persönliche Gegenstände werden wieder ihren Angehörigen übergeben.

Auf Wunsch kann die Hauskapelle für Sterbegebet und Abschiedsfeier genutzt werden.

«Wer sich mit dem eigenen Abschied auseinandersetzt, lebt bewusster und intensiver in der Gegenwart und gewinnt schon im jetzigen Dasein eine andere Qualität und Tiefe.»¹¹

Spezifische pflegerische Massnahmen in Palliative Care-Situationen

Schmerzbehandlung – Schmerz-Assessment

Der Schmerz soll ganzheitlich erfasst und behandelt werden. Die Schmerztherapie soll zur Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität beitragen: Symptome werden beobachtet und im Pflegebericht und/oder im Schmerzprotokoll erfasst. Schmerzintensität z.B. mit VAS (visueller Analogskala), VRS (verbale Skala) oder NRS (numerischer Skala) messen. Ressourcen sowie Therapiemöglichkeiten werden mit der Bewohnerin und dem Bewohner bzw. dessen Ansprechperson interdisziplinär abgeklärt.

Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz

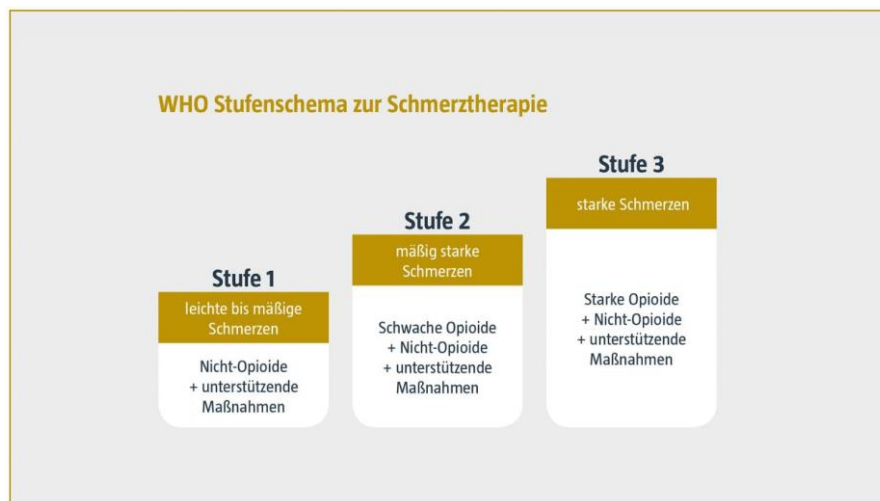
Die neuropsychologischen Defizite im Rahmen einer Demenzkrankheit können das Erkennen und Erfassen von Schmerzen entscheidend erschweren. Es braucht geeignete Instrumente. Die VAS Gesichter Skala überfordert schon bei beginnender Demenz. Jedoch verbale Schmerzskalen mit der Wortwahl von „kein Schmerz“ bis „extrem starker Schmerz“ haben sich bewährt. Zudem kann die spezielle Schmerzskala ECPA (Skala für Menschen mit Kommunikationsdefiziten) genutzt werden. Sie wird gemeinsam von Pflegepersonen ausgefüllt, die eine betroffene Person über 48 Stunden betreut haben.

Zudem können Schluckstörungen oder schlechte Compliance die Verabreichung von Schmerzmitteln erschweren. Tropfen oder Suspensionen sind oft geeigneter als Tabletten, weil sie in Getränken angeboten werden können. Opiate sind mit besonderer Vorsicht zu dosieren und zu steigern. Sie wirken auf das Zentralnervensystem und könnten eine Verwirrtheit verstärken.

Medikamentöse Schmerztherapie

- Die orale Verabreichung hat Priorität („by the mouth“)
- Regelmässige Verabreichung gemäss Wirkungsdauer der Analgetika (by the clock“)
- Stufenweises Vorgehen beim Einsatz von Analgetika (by the ladder“)
- An den Bewohnenden angepasste Medikation („for the individuum“)

¹¹ Zitat aus CURAVIVA, Jordi (2007: Seite 69)



Alternative Schmerztherapie

- Physiotherapie nach ärztlicher Verordnung
- Psychotherapie nach ärztlicher Verordnung
- Wickel und Kompressen
- Ätherische Öle

Angepasste aktivierende Betreuung kann die bestmögliche Selbstständigkeit der Bewohnenden erhalten. Eigene Ressourcen sollen genutzt und gefördert werden.

Eine vom Schmerz ablenkende Tagesstruktur gibt dem Leben mit Einschränkungen Sinn und Qualität wie Bewegungsräume, Aktivierungsangebote im Haus, Besuche, Spaziergänge, Musik, Hobbies, Gespräche, Filme, Fotobücher, Haustiere usw. Durch das Anwenden der basalen Stimulation wird das Körpergefühl positiv beeinflusst. Der Mensch nimmt sich durch das Einsetzen stimulierender Informationen besser wahr, Blockaden werden abgebaut und gelöst. Diese Methode zielt mit dem Grundgedanken: Das Selbstvertrauen des Menschen aufzubauen und Unterstützung zu geben, um am Leben aktiv teilzunehmen.

Nausea und Emesis

Nausea und Emesis sind vor allem bei Bewohnenden mit fortgeschrittener Tumorerkrankung und in der Sterbephase häufige Symptome. Sie können für die Betroffenen eine so starke Belastung und Einschränkung der Lebensqualität bedeuten wie Schmerzen, die auch zur Ursache gehören können. Oft lösen seelische Belastungen oder Ängste diese Symptome aus oder verstärken diese. Umgekehrt kann häufig auftretende Nausea und Emesis, sowie die Erinnerung daran und die Angst davor, eine grosse seelische Belastung sein. Anhaltende Nausea kann zu Entkräftung, Dehydration, Gewichtsabnahme bis zu Depression, sozialem Rückzug und zu Störungen in Beziehungen führen.

Bei der Suche nach der Ursache sowie der angemessenen Intervention müssen diese Aspekte ganzheitlich mit einbezogen werden.

Häufige Ursachen in palliativen Situationen

Ursache	Bereich
Tumor	• Magen-Darm-Trakt (z.B. Ileus, Stenosen, Magenstase, Lebermetastasen, Obstipation, Peritonealkarzinose (Tumorbefall am Bauchfell), Aszites, exulzierende Tumore im Mund und Rachenbereich) • Zentralnervensystem (z.B. Hirnödem, Hirnmetastasen) • Physische und psychische Schmerzen
Therapie	• Medikamente (z.B. Opiate, Zytostatica, Antibiotika, entzündungshemmende Medikamente) • Strahlentherapie
Metabolisch	• Hyperkalzämie (erhöhter Kalziumgehalt im Blut) • Urämie (Harnvergiftung) • Nebennierenrinde-Insuffizienz (NNR)
Infektions-/entzündungsbedingt	• Orale Schleimhautinfektionen, z.B. Pilzinfektionen wie Candidiasis (Soor) • Mukositis (Entzündung der Schleimhaut des Verdauungstraktes) • Refluxösophagitis (Entzündung der Speiseröhre)
Ernährung	• Unangepasste Ernährung
Psyche	• Angst • Aufregung • Schmerz • Erschöpfung • Ekel • Lebenssituation (mir ist zum Kotzen) • Antizipatorisches Erbrechen (erlerntes Erbrechen)

Symptomerfassung

Bei Nausea und Emesis ist es wichtig, eine Anamnese und ein umfassendes Assessment vorzunehmen. Dabei gilt es, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Zeitliche Dimension (Tages- oder Nachtzeiten, Dauer, Häufigkeit)
- Einflussfaktoren (Zusammenhänge, Auslöser)
- Zustand der Mundschleimhaut (Läsionen, Infektionen, belegte Zunge)
- Intensität z.B. mit VAS (visueller Analogskala), VRS (verbale Skala) oder NRS numerischer Skala messen
- Art, Qualität (im Schwall, mit oder ohne Nausea)
- Mögliche ursächliche Faktoren (Medikamente, Nahrung, Ekel)
- Was lindert, was verstärkt die Nausea und die Emesis?

Therapie und Prophylaxe

- Ursächliche Behandlung (Geruchsbeseitigung, Therapie von Krankheiten wie Hyperkalzämie, Obstipation, Aszites, Schmerzlinderung)
- Rezeptoren bezogenes Antiemetikum (Medikament gegen Übelkeit z.B. Motilium) nach ärztlicher Verordnung abgeben

- Wechsel und/oder Kombination von Antiemetika ärztlich abklären
- Medikamentenabgabefolge berücksichtigen
- Sofortige Entsorgung des Erbrochenen, Hilfeleistung für Mundspülung und -reinigung
- Kalter Waschlappen auf Stirn oder Nacken, frische Luft, ruhige Umgebung, entspannte Atmosphäre, autogenes Training, Ablenkung, beispielsweise durch Zuwendung, Musik, TV, Duft
- Kleine Mahlzeiten, Lieblingspeise, auf Esswünsche eingehen, essen schön anrichten, kleine Portionen, kalte Getränke und Speisen werden oft besser toleriert
- Fenchel-, Ingwertee, kalte Cola, Wasser
- Im Gespräch eventuelle Auslöser eruieren, seelische Belastungen thematisieren, Bedürfnisse (wie viel Privatsphäre und Unterstützung wird gewünscht, Rituale, Lieblingsgetränke/speisen usw.) erfassen

Substanz (Gruppe)	Bemerkung	
Paspertin® (Prokinetika)	Behandlung von palliativen Situationen	
Motilium® (Prokinetika)	• In sehr hohen Dosen ZNS-Nebenwirkungen: krampfartige Bewegungsabläufe vor allem im Gesicht, Unruhe, Diarrhoe • Weniger zentrale Wirkung und Nebenwirkung • Motilium nicht gleichzeitig mit Protonenpumpenblocker abgeben (bei Verdacht auf Darmstenosen nicht erlaubt)	
Primperan®	• Darf an Epileptiker nicht abgegeben werden, kann Anfälle auslösen und verstärken	•
Haldol® u.a. (Neuroleptika)	• Sedierend • Haldol zur Prophylaxe der opioidassozierten Übelkeit erprobt (3x3- 3x5Tropfen für 7-10 Tage)	•

Diarrhoe

Unter Diarrhoe versteht man eine gehäufte Darmentleerung von täglich mehr als drei weichen bis wässrige Stühle. Er wird von den Betroffenen oft als ein belastendes und beunruhigendes Symptom wahrgenommen. Zusätzlich zu den physischen Begleiterscheinungen wie Bauchkrämpfen oder Hautirritationen im Analbereich klagen Bewohnende über Schamgefühl und Kontrollverlust bei unwillkürlichem Stuhlabgang. Eigene sowie Ekelgefühle bei Pflegenden und Angehörigen können zusätzliche psychosoziale Belastungen darstellen.

Ursachen

Häufigste Ursachen sind übermässige Laxantientherapien und die paradoxe Diarrhoe, eine hartnäckige Obstipation, bei dem harten Stuhl nicht mehr abgesetzt werden kann. Stark riechender, dünner und mit Bakterien zersetzter Stuhl wird ausgeschieden. Solcher Überlaufstuhl zeigt sich durch häufig abgesetzte kleine Stuhlmengen.

Möglicher Auslöser	Anmerkung
Medikamente	Laxantien, magnesiumhaltige Antazida, Antibiotika, Zytostatika, nichtsteroidale Antirheumatika, Eisenpräparate, orale Antidiabetika, Diuretika
Passagestörung	Beginnende Verlegung des Magen-Darm-Traktes, Obstipation, impaktierter Stuhl
Erkrankung	Kolon-Rektum-, Pankreas-, Ovarial-(Eierstock) und Prostatakarzinome, Lymphome mit Manifestationen im Abdomen, Karzinoid, Fistel zwischen Dünn- und Dickdarm, Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse), Diabetes mellitus
Malabsorption (Störung der Nährstoffaufnahme)	Magenentfernung, ausgedehnte Dünndarmentfernung, Ileostomie, Fistel, Pankreasinsuffizienz, Gallenwegverschluss
Therapiefolge	Akute Strahlenenteritis, chronische Strahlenkolitis, Dickdarmentfernung
Nahrungszusammensetzung	Ballaststoffreiche Kost, Obst, Fruchtsäfte, Gewürze, starkes Salz, Alkohol, Mangelernährung, Kachexie (Gewichtsverlust), künstliche Süsstoffe
Infektion	Bakterien (Clostridium difficile, E. coli, Salmonellen), Viren, Parasiten

Symptomerfassung

Bei der Anamnese mit der betroffenen Person sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Medikamente überprüfen (evtl. Laxantientherapie)
- Essgewohnheiten, Menüplan, künstliche Süsstoffe
- Mögliche Erkrankungen im Magen- Darmbereich

Zielsetzung

Betroffene Person fühlt sich wohl und wird in der Lebensqualität nicht eingeschränkt.

Symptombehandlung:

- Respektvoller und angemessener Umgang mit Schamgefühl
- Sorgfältige Haut- und Analpflege
- Laxantientherapie anpassen (keine Überdosierung, bei paradoxer Obstipation Laxantien steigern)

Wirkstoff	Therapie
Loperamid Imodium®	1-2 Tabletten nach akutem Durchfall
Flüssigkeits- und Elektrolytenersatz	Verschiedene Kräutertees, Bouillon, Wasser, isotonische Getränke, Cola
Kostaufbau mit kohlenhydratreicher Nahrung und Schonkost	Z.B. Zwieback, Toast, Reis, Teigwaren, Salzstangen, geraffelte Äpfel, gekochte Rüebli
Wiederaufbau der Darmflora: Mutaflor®, Peronterol®, Bioflorin® Joghurtbakterien	Vor dem Essen je nach Verordnung

Obstipation

Obstipation ist ein sehr häufiges und weit verbreitetes Problem bei Menschen mit fortschreitender Erkrankung und degenerativem Abbau, eingeschränkter Bewegung und Medikamenteneinfluss. Regelmässiger und schmerzfreier Stuhlgang trägt wesentlich zum Wohlbefinden bei. In der Betreuung von Bewohnenden werden oft Tabugrenzen überschritten. Durch das Beobachten, Besprechen und Intervenieren durch Pflegende wird der sonst geschützte Bereich der Intimsphäre verletzt. Diese Abhängigkeit zur Aufrechterhaltung einer wichtigen Körperfunktion kann zu Scham, abwehrendem Verhalten wie Distanzierung, Rückzug, Ablehnung und Aggression führen. Es können auch seitens der Pflegepersonen Scham, Ekel und Peinlichkeitsgefühle auftreten. Dies kann wiederum zu einer unausgesprochenen Vernachlässigung des Problems führen, das Symptom verstärken und zu gedanklicher Fixierung auf eine normale Darmentleerung führen. Reflektierte und respektvolle Haltung sowie offene Gespräche über die Verdauung können die Situation für alle Beteiligten entlasten. Den Bewohnenden sollte dabei so viel Selbstverantwortung und Mitbestimmung wie möglich überlassen werden.

Möglicher Auslöser	Anmerkung
Organische Ursachen	Tumore, Diverticulitis, Megacolon (erweiterter Dickdarm)
Endokrine Ursachen	Diabetes mellitus
Metabolische Ursachen	Hyperkalzämie (erhöhter Kalziumgehalt im Blut), Hypokaliämie (verminderter Kaliumgehalt im Blut), Urämie (Harnvergiftung)
Rekto-anal Erkrankungen	Hämorrhoiden, Analfissuren (Verletzung der Afterschleimhaut), Druckulcera (Darmgeschwüre)
Neurogene Störungen	Parkinson, Lähmungen im Bereich der Bauchmuskulatur
Funktionelle Ursachen	Verlangsamte Kolonpassage, Störungen der Darmentleerung, ballaststoffarme Kost, geringe Flüssigkeitsaufnahme, Immobilität, Medikamente (Opiate, Antidepressiva, Anticholinergika, Antikonvulsiva (Spasmolytika), Kalziumantagonisten und weitere)
Psychosozialer Stress	Lebenskrise, Erwartungsdruck, Verwirrtheit, Depression

Symptomerfassung

Gespräch mit betroffener Person führen. Anamnese und Stuhlassessment erstellen unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Stuhlprotokoll führen: Häufigkeit, Menge, Farbe der Stuhlentleerung
- Möglicher Einfluss der Medikamente, Krankheiten
- Bauchgefühl, Blähungen, Schmerzen, Krämpfe, Geräusche
- Frühere Stuhlgewohnheiten, Rituale
- Essgewohnheit
- Keinen „Erfolgsdruck“ entstehen lassen

Zielsetzung

- Darmentleerung alle 3-5 Tage oder nach individueller Gewohnheit
- Thematisierung der Verdauung durch ausführliche Informationen
- Der Bewohnende fühlt sich wohl und geniesst die Lebensqualität

Interventionen

- Offenes Gespräch in entspannter und ungestörter Atmosphäre
- Informieren über Verdauung, Obstipation, mögliche Massnahmen erklären und anbieten
- Kooperation und Vertrauen suchen, Privatsphäre respektieren, Mitverantwortung (jedoch nicht Schuldgefühle) fördern
- Allenfalls Umstellung auf faserreiche Nahrung und/oder natürliche Darmregulans (Agiolax, OptiFibre, Metamucil-Mite und weitere). Ballaststoffreiche Kost kann die Verdauung belasten und bedingt zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme, ansonsten wird die Obstipation verstärkt. Für ausreichende Trinkmenge Kompromisse suchen, zum Beispiel Suppen und Kompotte. Blähende Nahrung wie Bohnen, Kohlgemüse und stopfende Esswaren wie Weggli, Bananen eher meiden
- Ermöglichen von vertrauten Ritualen wie Morgenkaffee beim Aufstehen auf nüchternen Magen, die morgendliche Zigarette und andere
- Solange wie möglich den Gang zur Toilette unterstützen, Intimsphäre gewähren: Türe schliessen, Zeit lassen, bequeme Sitzgelegenheit, wenn nötig WC-Aufsatz, passende Unterwäsche und Inkontinenzmaterial verwenden
- Medikamente kontrollieren, wenn nötig anpassen
- Bei Schmerzproblematik vor Stuhlentleerung an lokale oder systematische Behandlung denken. Beispielsweise bei Analfissuren vor und nach jedem Stuhlgang Salbe mit gekühltem Lokalanästhetikum auflegen. Anschliessend Analbereich mit Tenaset oder Hygienelotion reinigen
- Alternative Behandlungsmethoden: Zur Entspannung und Anregung der Peristaltik sind warme Bauchwickel, warme Bettflasche auf Bauch, warmes Bad, Bauchmassage im Uhrzeigersinn, Kräutertees und ähnliche Massnahmen sinnvoll
- Medikamentöse Prophylaxe und Behandlung durch quellstoffreiche, osmotisch wirksame und/oder Peristaltik anregende Laxantien
- Manuelle Ausräumung ist unangenehm und schmerzhaft und darf nur als letzte Massnahme durchgeführt werden, etwa bei Fäkalomen (Kotsteinen)

- Schonende und saubere Reinigung und Pflege der Haut und Analregion

Prophylaxe und Behandlung

	Wirkstoff	Handelsform	Anwendung	Bemerkung
Weichmacher : Osmotisch wirksame Laxantien	Laktulose	Duphalac® Rudolac®	tgl. 2 x 15 ml oder 3 x wöch. je 15 ml	Bei höherer Dosierung Blähungen, Nausea, Krämpfe Stuhlaufweichung durch zurückhalten der Flüssigkeit im Darm → keine Dehydration Geeignet für Menschen mit geringer Flüssigkeitsaufnahme
	Macrogol & Electrolyte	Transipeg forte® Movicol®	morgens 1 Btl. oder 3 x wöch. je 1 Btl.	
Antreiber: Laxantien wirken auf Dickdarmschleimhaut anregend und regen die Peristaltik an. Dürfen bei gastrointestinaler Obstruktion (Ileus) nicht verabreicht werden.	Senna	Midro®, Valverde® (Tee, Sirup und Drg.) Sidroga® (Tee)	15 ml bis 10-20 ml respektiv 1-2 Drg. jeweils abends	Nebenwirkungen: kolikartige Schmerzen Bei Überdosierung und Missbrauch → Flüssigkeits- und Elektrolytverlust (Hypokaliämie), Darmträgheit wird ausgeprägter, Dosissteigerung wird nötig
	Bisacodyl	Dulcolax®	10 mg p.o. 1-2 Supp. rectal	Nebenwirkungen: kolikartige Schmerzen Nach längerem und übermäßigem Gebrauch → Störungen des Elektrolythaushalts und Kaliummangel (Störungen der Herzmuskelfunktion), ferner Darmträgheit. Supp. sind nur sinnvoll, wenn Ampulle stuhlgefüllt ist
Gleitmittel: Stuhlaufweichende Substanzen und Wirkung auf Defäkationsreflex	Paraffin	Paraffinöl®		Erhöht Gleitfähigkeit ohne pharmakologische Wirkung
	Docusat-Natrium	Microklist® Glycerin® Bulboid®	15-60 min, evtl. schneller!	CO ₂ -entwickelnde Supp. (Suppositorium) wirken auf Defäkationsreflex
	Glycerin			
	Einläufe, wenn Laxantien nicht ausreichen	Practo Clyss		Bei starken Blähungen sanfte Bauchmassage, warmfeuchte Auflage auf Bauch, warmer Bauchwickel z.B. mit Lavendel

Dehydration

Es wird unterschieden zwischen einer pathologischen und einer terminalen Dehydration.

Pathologische Dehydration

Eine pathologische Dehydration kann ausgelöst werden durch Durchfall, Erbrechen, Infektionen, Medikamente und psychische Erkrankungen. Sie äussert sich durch allgemeine Müdigkeit sowie Verwirrtheit und Unruhe vor allem nachts.

Diese Symptome können durch gezielte Flüssigkeitszufuhr behoben werden.

Terminale Dehydration

Die terminale Dehydration (allmähliche Verminderung von Elektrolyten und Wasser im menschlichen Körper) bezieht sich auf die letzten Lebenstage und -stunden. Sie gilt in diesem Sinne als physiologisch natürlicher Sterbeprozess und kann als bewusste Intervention verstanden werden. Eine gezielte Flüssigkeitszufuhr könnte dem sterbenden Menschen mehr Schaden als Linderung zufügen. Der Schaden durch Wassereinlagerungen im Körpergewebe kann sich je nach Ausgangslage ganz individuell äussern, etwa als Lungenödem, Beinödem, rasselnde Atmung, Aszites, gesteigerte Diurese und weitere Symptome. Wichtig ist immer, auf den sterbenden Menschen zu „hören“. Hat er Durst? Hat er einen trockenen Mund und dadurch ein Durstgefühl? Womit können seine unangenehmen Symptome gelindert werden? Was lässt der sterbende Mensch zu, was mag er nicht?

Für angenehmes Raumklima sorgen

Mit Ruhe Angehörige über Vorgehen kompetent informieren.

Persönliches Parfum oder ätherische Öle individuell einsetzen (z.B. Rosenduft öffnet die Sinne; Lavendel beruhigt) 2-3 Tropfen in Waschwasser oder auf nasses Tuch geben. Das Tuch kann über dem Heizkörper oder Bett aufgehängt werden.

Raumluft befeuchten

Mit Ultraschallvernebler (siehe Ordner Standards, Ultraschallvernebler) oder nassen Tüchern den Raum befeuchten. Dadurch kann die Atmung erleichtert werden, Mundschleimhaut und Zunge trocknen bei der Mundatmung weniger aus. Bei der Anwendung mit Ultraschallvernebler darauf achten, dass der Wasserdampf nicht direkt auf das Gesicht des sterbenden Menschen gerichtet ist. Der Dampf kann bei Sterbenden Angst auslösen und den Körper unterkühlen.

Dehydration aus Sicht der Angehörigen

Essen und Trinken gehören zu den elementaren Grundbedürfnissen des Lebens. Von Geburt an hängt unser stetiges Wachstum und Leben von der Ernährung ab. Essen und Trinken zubereiten, anbieten miteinander geniessen ist in allen

Kulturen Ausdruck von Fürsorge, Beziehung, Gemeinschaft, Liebe und Gastfreundschaft.¹² „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“, lautet ein Sprichwort. Wenn ein schwer krankes Familienmitglied zur Nahrungsaufnahme nicht mehr fähig oder willens ist, geraten die pflegenden Familienangehörigen und Freunde oft in grosse innere Nöte. Unwiderruflich werden sie bewusst oder unbewusst mit dem unumgänglichen, letzten Abschied konfrontiert. Die emotionale Auseinandersetzung versetzt Angehörige in einen Zustand von Hilflosigkeit und Ohnmacht und löst Ängste und seelischen Schmerz aus, da sie ahnen, dass die Zeit des Sterbens naht. Genau aus dieser Ohnmacht heraus drängen Angehörige oft zu einer Flüssigkeitssubstitution, da das Unterlassen ihnen wie ein Nichtstun vorkommt. Sie befürchten, dass man ihr Familienmitglied nun „aufgibt“, wenn man ihm nicht einmal mehr Flüssigkeit zukommen lässt. Sie wollen alles daran setzen, dass ihr Familienmitglied nicht „verdurstet“ muss.

Für das Pflege- und Betreuungsteam bedeutet dies, vorausschauend mit dem betroffenen Menschen und den Angehörigen darüber zu sprechen, um sich längerfristig vor allem an seinen persönlichen Werten, Vorstellungen und Bedürfnissen orientieren zu können.

Mundpflege in der terminalen Phase

Die Mundpflege und eine kreative Munderfrischung sind in den letzten Lebenstagen und -stunden mehr als eine Pflegeverrichtung. Sie sollen nach den Mahlzeiten oder je nach den Bedürfnissen und Gewohnheiten des sterbenden Menschen durchgeführt werden. Eine besondere Pflegesituation stellt die Mundtrockenheit in der Sterbephase dar. Diese kann durch die Dehydration, die typische Mundatmung wie auch durch diverse Medikamente zu einem vorherrschenden, belastenden Symptom werden. Bevor überhaupt mit einer Mundpflege oder -erfrischung begonnen werden kann, muss die Bewohnerin oder der Bewohner über das Vorgehen genau informiert werden. Wenn sich der sterbende Mensch nicht mehr verbal mitteilen kann, muss immer auch auf seine nonverbalen Reaktionen geachtet und diese berücksichtigt werden.

Durchführung

Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnenden bestimmen die Auswahl für Esswaren und Getränke.



Lunchpäckli: Frucht- oder Gemüsestückli in

¹² Vogel, 2000

Mullkomresse einwickeln, befeuchten und behutsam zum Mund führen. Immer gut festhalten!

Behandlungsempfehlungen für Mundpflege bei schwerkranken Menschen

Problem	Therapie	Materialien
• Mundtrockenheit/Durstgefühl • Ausgetrocknete Mundschleimhaut bei Dehydration • Mundtrockenheit durch Medikamente, Sauerstofftherapie, Mundatmung, Strahlentherapie •	• Speichelfluss anregen (saure, bittere Getränke anbieten, in Früchte beissen lassen. Achtung → verdünnten Zitronensaft oder anderer Fruchtsaft können auf der sensiblen Mundschleimhaut ein Brennen verursachen) • Mund mindestens alle 2-4 Stunden spülen oder so oft wie möglich befeuchten und/oder mit Butter pflegen • Sanfte Massage der Unterkiefermuskulatur • Orale Stimulation mit Lunchpäckli oder eigenen Finger	• Mineralwasser mit Kohlensäure • Frische Butter • Kleine Eiswürfel- oder Glace Stücke • Lunchpäckli mit Ananas, Äpfel, Orangen, Mandarinen oder gedämpftem Gemüse • Bier, Kaffee, Sirup, Tees, Süssgetränke, Fruchtsäfte usw. • Zerstäuber, Pipette • Ultraschallvernebler
• Belegte Zunge • Belegte Mundschleimhaut	• Lösen des Belages • Genügend Flüssigkeit zuführen • Speichelfluss anregen (Selbstreinigung) • Zunge vorsichtig abbürsten (kann Brechreize auslösen)	• Mineralwasser mit Kohlensäure • Kleine Stücke einer Brausetablette auf Zunge vergehen lassen • Weiche Zahnbürste (Wechsel alle 3-4 Wochen) • Ananassaft oder Ananasstücke • Salbeitee
• Entzündungen im Mund und Rachenraum	• Für einwandfreie Mund- und Zahnhygiene sorgen • Speisereste sofort entfernen	• Desinfizierendes Mundwasser • Teeaufgüsse: Salbei, Kamille, Thymian, • Teebaumöl, Lavendelöl (1-2 Tropfen pro Glas)
• Ulcera • Pilzinfektion • Krebserkrankungen im Mund und Rachenraum → Schmerzbehandlung	• Ärztliche Verordnung befolgen • Lokale oder globale Schmerzbehandlung	• Mundpflegemittel / Suspensionen nach ärztlicher Verordnung • Ulcera können mit Spezialmasse abgedeckt werden (schmerzfreies Essen) • Spülungen mit Teeaufgüssen oder ätherischen Ölen (s. oben)

Dyspnoe

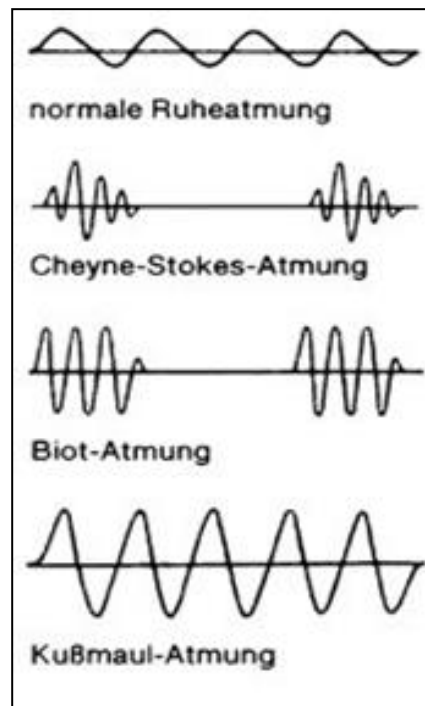
Atemnot wird meist durch Versagen der Atemmechanik und dem Ansteigen des arteriellen CO₂ Partialdruckes hervorgerufen und nicht primär durch O₂-Mangel.

Atmungsformen

- Normale Atmung
- Cheyne Stokes-Atmung
- Schnappatmung
- Biot-Atmung
- Kussmaulsche Atmung

Atemgeräusche

- Stridor (pfeifendes Geräusch)
- Schnarchen
- Keuchen
- Rasseln (durch Sekret in der Trachea)
- Blubbern (Lungenödem)
- Pfeifen (Asthma)



Atemgerüche

- Nach Früchten (Aceton, Koma diabeticum)
- Nach Ammoniak (Niereninsuffizienz, urämisches Koma)
- Jauchig, faulig (Pneumonie)
- Nach Urin (ausgeprägte Niereninsuffizienz)

Atemfrequenz

1x Inspiration (Einatmen) + 1x Expiration (Ausatmen) = 1 Atemzug

Erwachsene: 16-20 AF/min

- Dyspnoe = Atemnot
- Tachypnoe = gesteigerte Atemfrequenz (AF)
- Bradypnoe = verminderte Atemfrequenz
- Apnoe = Atemstillstand

Mögliche Ursachen

- Pulmonal-obstruktiv (einengend) z.B. bei Asthma bronchiale, asthmoide Bronchitis, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Bronchialobstruktion, Trachealstenose, tracheoösophagale Fistel
- Pulmonal-restriktiv (Einschränkung der Lunge) z.B. bei Pleuraerguss, Pleuritis, Pneumonie
- Kardial und systemisch z.B. Herzinsuffizienz, Fieber, Anämie, Lungenembolie
- Neuromuskulär wie Verspannungen, Schmerzen, ALS (Amyotrophe Lateralsklerose)
- Psychogen z.B. Angst, ungelöste Konflikte, Spannungen, Hektik

Erstmassnahmen

- Bewohnende nicht allein lassen
- Durch Notruf Hilfe anfordern
- Ruhige Kommunikation, keine Hektik, Bewohnende beruhigen
- Atemerleichternde Position wählen (Oberkörper hoch, **Arme hoch**)
- **Beengende Kleidung entfernen**
- **Fenster öffnen, Frischluftzufuhr**
- **Anleiten zur richtigen Atemtechnik (Lippenbremse)**
- **Nach ärztlicher Verordnung handeln oder Arzt anrufen**
- **O₂ und/oder Inhalation nach ärztlicher Verordnung verabreichen**
- **Medikament nach ärztlicher Verordnung (abschwellend → Cortison) verabreichen**
- **Vorfall in der Pflegedokumentation notieren**

Sauerstoffgabe

O₂ darf nur auf ärztliche Verordnung verabreicht werden.

Wichtig! Bei chronischer Dyspnoe (z.B. COPD) mit unzureichender Abatmung des CO₂ ist diese Konzentration im Blut regelmässig erhöht und hat bei einer O₂-Gabe zur Folge, dass der Körper glaubt, genügend Sauerstoff zu haben und fälschlicherweise die Atmung reduziert. In diesem Fall wird nur auf Wunsch der betroffenen Person mit ärztlicher Verordnung 2 l/min O₂ abgegeben.

Sekret in den Atemwegen

Sekrete vom Rachen und der Trachea, die aufgrund der Schwäche des sterbenden Menschen nicht mehr abgehustet werden können, rufen dieses charakteristische rasselnde Atemgeräusch hervor. Es ist nicht geklärt, inwieweit der sterbende Mensch dadurch beeinträchtigt und belastet ist. Für Angehörige und Betreuende ist dies auf jeden Fall ein unangenehmes, beunruhigendes und oft auch ein belastendes Ereignis. Die Behandlung mit Anticholinergika (z.B. Buscopan 20mg

s/c) kann Linderung bewirken. Wichtig ist, dass rechtzeitig damit begonnen wird, d.h. sobald eine vermehrte Schleimproduktion abzusehen ist, oder sich dezent erste atemsynchrone Rasselgeräusche einstellen.¹³ Wenn zusätzliche Symptome wie Unruhe, Angst und Schmerzen den sterbenden Menschen belasten, ist eine Morphintherapie sinnvoll. Die Bewohner/-innen werden nur noch abgesaugt, wenn sie wegen des Atemwegssekret leiden und Beschwerden haben. Auf routinemässiges absaugen wird verzichtet, da jedes Absaugen reizt und noch mehr Sekret produziert wird.

Dyspnoe in der Sterbephase

Dyspnoe in der Sterbephase kann eine unerwartete und bedrohliche Situation für den sterbenden Menschen. Rechtzeitige und angemessene Behandlung der unangenehmen Symptome sowie die Angehörigen mit ihren situationsbezogenen Anliegen wahrnehmen und begleiten, können den natürlichen Sterbeverlauf positiv beeinflussen.

Angst und Depression

Angst und Depression gehören zu den häufigsten, aber auch zu den am wenigsten beachteten und anerkannten Erkrankungen im letzten Lebensabschnitt. Das Thema Sterben und Tod ist in unserer Gesellschaft mit Tabus und Unsicherheit behaftet. Dies führt dazu, dass wir meist nicht wissen, wie weit wir natürliche Gefühle wie eben Ängste, Trauer und Überforderung im Angesicht des Todes und in der Begleitung eines sterbenden Menschen zulassen dürfen. Die wenigsten Menschen wagen es auch, in diesem Zusammenhang Hoffnungen aufzuzeigen oder anzusprechen. Das Betreuungsteam ist interdisziplinär gefordert, eine angepasste Behandlung, Betreuung und Begleitung der Bewohnenden verbunden mit Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten. Eine Verbesserung der Lebensqualität kann sich positiv auf den Krankheitsverlauf und letztlich auf den Sterbeprozess auswirken.

Angst

"Angor", lateinisch, bedeutet Enge, Bedrängnis, Beklemmung, Würgen.¹⁴ Todesangst, Furcht vor dem Ungewissen, Trauer, Schmerzen, Abschied, Verlust, und die Frage nach dem, was mit dem Menschen nach dem Tod geschieht, können sterbende Menschen belasten. Angst ist ein Gefühl. Sie muss immer respektiert und entsprechend behandelt werden. Sie ist keine Krankheit im Gegensatz zu einer Depression.

¹³ Dickmann, 2003

¹⁴ Seebold, 1999

Depression

Psychische Merkmale	Physische Merkmale
• Antriebsmangel • Interesselosigkeit • Zustand des Gefühlsverlustes, der inneren Leere • Traurigkeit • Resignation • Pessimismus • Hoffnungslosigkeit • Angst und als Leitsymptom ein gestörtes Selbstwertgefühl, aber auch Entscheidungsschwierigkeiten • Lern- und Konzentrationsstörungen • Entschlusslosigkeit • Passivität • Grübeln und pessimistische Gedanken • Suizidgedanken	• Fatigue-Syndrom • Mattigkeit oder Bewegungsverlangsamung • Appetitstörungen • Gewichtsverlust, -zunahme • Schlafstörungen • Kopfdruck • Schmerzen oder Druck- und Kältegefühl

Merkmale von Trauer und Depression

Während in der Trauer der Blick häufig nach vorne, auf das Unbestimmte, gerichtet ist, führt der Blick in der Depression in der Regel zurück. Trauernde können sich häufig auch über Kleinigkeiten freuen, während in der Depression die Freude keinen Platz hat, als fremd und störend empfunden wird.

Trauer kommt meistens in Wellen, während eine Depression als eher konstante Stimmung den Betroffenen beherrscht. Worte und Handlungen der Hoffnung und des Trostes können depressive Kranke selten erreichen.

Auch wenn in der Trauer häufig der Wunsch nach einem baldigen Sterben geäußert wird, gelingt die Bewältigung der Trauer häufig weniger durch medikamentöse oder professionelle Unterstützung als vielmehr durch menschliche Nähe und spirituellen Beistand. In der Depression dagegen wird der Tod als Erlösung angesehen, da im Leben kein Sinn und kein Wert mehr gefunden wird. Suizidgedanken von Bewohnenden müssen immer dokumentiert und dem Arzt gemeldet werden.

Fatigue

Fatigue gehört zu den häufigsten Symptomen schwer kranker Menschen. Die Bedeutung dieses Symptoms wurde im vergangenen Jahrzehnt insbesondere in der Onkologie erkannt und erforscht. Im Unterschied zur Müdigkeit bei gesunden Menschen handelt es sich bei Fatigue um eine unübliche, belastende Form von Müdigkeit. Neuere Definitionen bezeichnen Fatigue als multidimensionales Phänomen, welches sich auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene manifestiert. Die Ursachen sind vielfältig und umfassen biochemische, medizinische, pharmakologische, psychologische, spirituelle und weitere Anteile.

Therapeutisch-strategisch beziehen sich die Interventionen auf die konkrete Linderung der Fatigue, auf das Leben mit einem reduzierten Energiekonto und auf das Annehmen von Fatigue als Ausdruck der fortschreitenden Krankheit. Dabei sind in Betracht zu ziehen:

- Klare Information abgeben und Beratung anbieten
- Medizinische Massnahmen
- Korrektur einer Anämie
- Bestmögliche Linderung störender Symptome
- Unterstützen der körperlichen Aktivität
- Sorgfältiges Abwägen zwischen Ruhe und Aktivität
- Psychologische und spirituelle Unterstützung anbieten
- Regelmässige Gespräche, Evaluation erstellen

Verwirrtheit

Verwirrtheit ist eine unspezifische Beschreibung für Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen und Sekundärsymptome wie Reizbarkeit, Ratlosigkeit, Aggressivität. Verwirrtheit ist ein vielschichtiges, verwirrendes und häufiges Symptom. Meistens handelt es sich dabei um ein delirantes Syndrom.¹⁵

Nicht selten treten in der Sterbephase gesteigerte motorische Unruhe und mentale Beeinträchtigung auf. Unruhe in der Sterbephase kann verschiedene Ursachen haben und bedarf bis zuletzt der aufmerksamen Beobachtung (Assessment) des Sterbenden. Ob es sich mit aufkommender Unruhe, um eine natürliche Unruhe vor dem letzten Durchgang aus dem Leben in den Tod hinein handelt oder ob andere Ursachen, Einflüsse und Ereignisse eine Unruhe, ein Delir mit begleitender Unruhe hervorrufen, bedarf deshalb immer wieder neu und bis zuletzt der aufmerksamen, individuellen Einschätzung der Gesamtsituation, der kontinuierlichen Symptomkontrolle sowie der kompetenten, gezielten Beachtung belastender Momente. Eine kompetente Differenzialdiagnose (Unterscheidung und Abgrenzung einander ähnlichen Krankheitsbilder) mit adäquater Symptombehandlung ist bis zuletzt bereit zu halten. Dies immer ausgerichtet am sterbenden Menschen selbst mit dem Grundsatz, aufmerksam zu prüfen, was für den aus dem Leben scheidenden Menschen eine bestmögliche Linderung belastender Leiden sein könnte und alles zu unterlassen, was diese Leiden verstärken oder neue, zusätzliche Leiden hervorrufen könnte. Die medikamentöse Therapie gilt es deshalb sorgfältig abzuwägen. Auch psychosoziale und spirituelle Ereignisse oder Nöte sind bei der interdisziplinären Betreuung zu berücksichtigen (siehe Patientenverfügung).

Delir

Organische Beeinträchtigungen der Hirnfunktion (organische Psychosyndrome) führen einerseits zu Störungen der kognitiven Funktionen, wie Störungen des Gedächtnisses, des Lernens und des Intellekts oder zu Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen. Andererseits gibt es Zustandsbilder, bei denen die auffälligsten Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn) der Stimmung und der Gefühle (Depression, Angst, gehobene/manische

¹⁵ Bausewein et al., 2004

Stimmung) oder im gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster liegen. Die schwerste Form ist das Delir mit Bewusstseinsstörungen, Zerrahrenheit, Störung der Kognition, psychomotorischen Störungen (rascher Wechsel zwischen Hyper- und Hypoaktivität) sowie Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Präfinales Delirium ist ein in den letzten Lebenstagen oder -stunden häufig auftretendes belastendes Symptom. Es kann durchaus ein reversibler Zustand sein. Trotzdem kann dies die Angehörigen irritieren, verunsichern und im Abschiedsprozess stark belasten. Auch hier ist eine gute vorausschauende Behandlung, Betreuung und Begleitung durch das Pflege-team nötig.

Wichtig: Das Delirium kann sich als hyperaktives (mit Agitation, Halluzinationen, eventuell Hyperalgesie) oder als hypoaktives Delir manifestieren. Auch das hypoaktive Delir kann mit hohem Leidensdruck verbunden sein. Weil in dieser Weise betroffene Menschen aber leichter zu betreuen sind als jene mit einem hyperaktiven Delir, kann es übersehen oder von einer Depression oder Demenz nur schwer zu unterscheiden sein.

Ursache

- Grunderkrankung: Hirntumore, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz
- Medikamentenmix
- Infektionen, Hyperkalzämie und andere Elektrolytstörungen
- Alkohol-, Nikotin-, Medikament- und Drogenentzug
- Pathologische Dehydration, terminale Dehydration

Symptome

- Erhöhte Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Unruhe, emotionale Labilität
- Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen)
- Fixe Ideen (Wahn)
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, in schweren Fällen völlige Schlaflosigkeit
- Verhalten ändert sich mehrmals täglich oder sogar stündlich.

Therapie

Delirante Symptome sind potenziell reversibel und gut behandelbar.¹⁶ Die betroffene Person hat später keine Erinnerungen an die delirante Situation. Hyperaktive Symptome können üblicherweise innerhalb von 1-4 Tagen kontrolliert werden. Medikamente der ersten Wahl sind Neuroleptika. Mit Haloperidol gibt es die meisten Erfahrungen in der Behandlung deliranter Symptome.¹⁷ Sie sind eine Funktionsstörung des Gehirns und nicht Ausdruck körperlichen oder psychisch-sozialen Leidens und unerledigter Dinge (Dehydration in der Sterbephase). Die Anwesenheit eines Menschen, Berührungen, validierende Gespräche vermitteln Ruhe und Sicherheit. Wenn nach medizinischen Abklärungen eine Sedierung notwendig wird, müssen Angehörige in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Agitation

Agitation bezeichnet einen Zustand psychomotorischer Unruhe und gesteigerter körperlicher Erregbarkeit, den die betroffene Person nicht mehr selbstständig kontrollieren kann.

In jede Begegnung mit Schwerkranken bringen wir uns ein als die Menschen, die wir sind. Wir sind nicht nur Frau oder Mann, sondern haben auch unsere persönliche Lebensgeschichte, unsere momentane Befindlichkeit, unsere Berührungsängste, unsere ganz eigene Beziehung zu diesem kranken Menschen. Deshalb wird das Bemühen, sich in die Erlebenswelt des anderen einzufühlen, gegenüber verschiedenen Menschen und zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich gut gelingen. Diese allgemeinen Überlegungen sind nun im Falle eines Erregungszustands von besonderer Bedeutung. Da sie wesentlich in die Beurteilung der – zum Teil recht dramatischen – Situation einfließen, stellt sich die Aufgabe, hier besonders achtsam zu sein und die Wachsamkeit zu schulen. Dies betrifft die tägliche Begegnung mit den Bewohnenden, das Gespräch mit den Angehörigen, die Teambesprechungen. Wenn es zum Beispiel dazugehört, sich über persönliche Vorlieben, Abneigungen oder Betroffenheit im Umgang mit den Bewohnenden auszutauschen, sind alle schneller und besser in der Lage, dem erregten schwerkranken Menschen eine geeignete Bezugsperson zur Seite zu stellen, die beruhigend auf ihn einwirkt und auch mögliche Vorwürfe oder Beschimpfungen einzuordnen weiss.¹⁸ Lebensumstände, in denen wir mehr oder weniger stark erregt sind, kennt jede und jeder. Die Beziehung zu einem schwer kranken Menschen, welcher agitiert ist, sich in einem akuten Erregungszustand befindet, stellt für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung dar.

Für den hilfreichen Umgang mit einem erregten schwer kranken Menschen benötigen wir drei wesentliche Voraussetzungen:

- Eine empathische Grundhaltung, mit der erkrankte Mensch in seiner Gesamtsituation wahrgenommen werden kann
- Die möglichst genaue Ermittlung der Ursache bzw. des Auslösers der Agitation
- Die enge Zusammenarbeit aller Bezugspersonen

¹⁶ Bausewein et al., 2004; Watson et al., a.a.O.

¹⁷ Votz et al. 2001

¹⁸ Dörner et al., 2004

Ursachen und Auslöser eines Erregungszustands

Physische, psychische, spirituelle und soziale Not

Physische Ursachen

In der Pflege von Schwerkranken, die nicht mehr in der Lage sind, Harn- oder Stuhldrang zu äussern, muss frühzeitig auch an eine volle Blase bzw. ein volles Rektum gedacht werden. Auch Schmerzen, Dyspnoe, Pruritus (Juckreiz), Mundtrockenheit, Nausea oder Obstipation gehören in die Reihen der notwendigen Überlegungen – alles was der betroffenen Person möglicherweise Unbehagen bereiten könnte, gilt es sorgfältig zu überprüfen¹⁹

Verwirrheitszustände und delirante Syndrome, aber auch eine isolierte Agitiertheit können bei den verschiedensten internistischen, neurologischen und Allgemeinerkrankungen vorkommen. Sie treten auf bei:

- Hoch fieberhaften Infektionen
- Mangelernährung
- Flüssigkeitsdefizit
- Zerebrovaskulären Prozessen (Durchblutungsstörung der Hirngefässe betreffend)
- Intrazerebralen Raumforderungen (Tumoren, Blutungen)
- Parkinsonsyndrom
- Epilepsie
- Demenz
- Hypoxie (Sauerstoffmangel)
- Diabetes mellitus
- Hypo- bzw. Hyperthyreose (Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse)
- Herzinsuffizienz
- Urämie (Harnvergiftung)
- Entzugsdelir von Alkohol, Drogen, Medikamenten und Nikotin

Psychische Ursachen

- Das Gefühl sich nicht verständlich machen zu können bzw. seine Umwelt nicht mehr zu verstehen
- Stressfaktoren (Orientierungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, zu viele Aktivitäten, Reizüberflutung, zunehmende Schmerzeinstellung, grosse seelische und körperliche Erschöpfung, unerledigter Angelegenheiten)
- Ängste vor fremden Personen, unbekannten Prozeduren, Alleingelassen werden, Krankheitsverlauf, Sterben, Tod

¹⁹ Kellnhauser et al., 2000; Bausewein et al., 2004

- Krankheitsverarbeitung, z.B. „Hader“ mit dem Schicksal, Aggressionen²⁰

Darüber hinaus finden sich bei psychiatrischen Erkrankungen bzw. Störungen gelegentlich auch agitierte Verhaltensweisen. Sie können auftreten bei:

- Schizophrenie, schizoaffektiver Psychose
- Depression, Manie, Zylothymie (manische und depressive Episoden im Wechsel)
- Belastungs- und Anpassungsstörungen (akute Belastungsreaktion, psychogener Erregungszustand, posttraumatische Belastungsstörung)
- Angstkrankheit, Panikstörung
- Suchterkrankung (Persönlichkeitsveränderungen, Rausch/pathologischer Rausch, Horrortrip, Entzug)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (reizbarimpulsive Persönlichkeit, Hyperthymie Persönlichkeit, dissoziale Persönlichkeit, Borderline-Persönlichkeit, milieubedingte Verhaltensstörungen²¹)

Spirituelle Ursachen

- Unerfüllte Lebensziele (Familie, Beruf, Ansehen)
- Belastende erlebte Momente: Krieg, Gewalt, unverarbeitete Ereignisse
- Religiöse Abhängigkeit

Soziale Ursachen

- Abhängigkeit
- Verlust von Liebgewonnenem: Menschen, Tieren, Haus, Garten, Hobby und weiteres

Diagnostik

Selbst wenn eine organische Ursache für die psychomotorische Erregung zu vermuten ist, wird bei fortgeschrittenen Erkrankungen die Zuordnung nicht immer eindeutig möglich sein, auch nach Besserung durch eine symptomorientierte Therapie. Wie umfangreich die Diagnostik sein soll, hängt wesentlich von der Belastbarkeit der kranken Person und von den therapeutischen Konsequenzen ab. Dabei geht es um den Willen des betroffenen Menschen, also unter anderem um die Frage, inwieweit er eine Stabilisierung des Allgemeinzustands wünscht oder ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat.²²

Therapie

²⁰ Kübler-Ross, 1973

²¹ Dörner et al., 2004; Payk, 1998

²² Sykes/Edmonds, 2004; Rudolf, 1992; Lehmann-Horn/Struppler, 1996; Husebø/Klaschik, 2003; Sandgathe-Husebø/Husebø, 2001

Eine Agitation stellt nicht nur für die Angehörigen und das Betreuungsteam, sondern auch für den betroffenen schwerkranken Menschen eine grosse Belastung dar²³. Die zu Grunde liegenden Ursachen sollten daher, soweit es sinnvoll und möglich ist, behandelt und behoben werden. Das Ziel aller Bemühungen ist die weitgehende Wiederherstellung der Selbstkontrolle oder eine Strukturierung des Umfeldes des kranken Menschen.

- Zuwendung: Zeit schenken, Sicherheit vermitteln
- Kommunikation: Gespräche, Validation
- Gestaltung des Umfeldes
- Medikamentöse Therapie (nicht automatisch erforderlich)

Terminale Agitation

Auch wenn es nicht in jedem Fall möglich ist, den Beginn des Sterbevorganges zu bestimmen, sind in den letzten 2-3 Tagen vor dem Tod gehäuft Veränderungen zu beobachten, die das nahe Lebensende vermuten lassen. In diesen Stunden haben psychische Auffälligkeiten, Erregung und Delir einen anderen Stellenwert. Eine konsequente Behandlung der Agitation ist erforderlich und hilft nicht nur dem sterbenden Menschen. Sie hilft auch denen, die weiterleben, da die letzte gemeinsame Zeit sich meist - über den Tod des Kranken hinaus - besonders tief ins Gedächtnis gräbt.

Begleitung von Menschen mit Demenz in der Sterbephase

Ein wesentliches Hindernis in der Begleitung sterbender Menschen mit einer Demenz ist die Kommunikation. Zum einen durch das Unvermögen einer sachlichen Kommunikation, durch das zunehmende Fehlen von Begriffen, Bezeichnungen sowie der Grammatik und Worte zu artikulieren. Aber auch durch das veränderte Verhalten des demenzkranken Menschen, etwa bei Schmerzen.

Die Betreuungspersonen sind darauf verwiesen, das Gesagte und das Verhalten richtig zu interpretieren. Die Verantwortung für eine gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz liegt auf Seiten der orientierten Begleitperson. Vom Erkrankten kann keine Klärung erwartet werden.

Interesse und Orientierung an den Äusserungen und Wünschen, dem Lebenslauf und der Lebensgeschichte der Betroffenen bilden den Ausgangspunkt allen Bemühens. Der Austausch im Betreuungsteam und mit den Angehörigen kann hilfreich sein, den subjektiv gemeinten Sinn zu verstehen.

Die Begleitung sterbender Menschen mit Demenz findet nicht ohne äusseren Rahmen statt. Das Vertrauensverhältnis, das durch die IVA aufgebaut werden kann und zur Grundhaltung jeder Pflege- und Betreuungsperson gehören sollte, schafft eine sichere und beschützende Atmosphäre für den sterbenden Menschen.

Selbstverständlich ist Sterbebegleitung zuerst einmal Lebensbegleitung. Diese Aussage hat besonderes Gewicht im Umgang mit Menschen mit Demenz, da sie sich ihres Status als Sterbende nicht bewusst sind. Sogar für das Pflege- und Betreuungsteam ist es oft schwer erkennbar, wann das Sterben beginnt.

²³ Albrecht, 2003

Vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Erlebens bei sterbenden Menschen mit Demenz geht es vor allem darum, das grösstmögliche Mass an Wohlbefinden für den Erkrankten in der Sterbesituation zu organisieren. Dabei nimmt die Symptombehandlung eine wesentliche Rolle ein. Der demenzkranke Mensch kommuniziert seine Symptome in seiner ganz eigenwilligen Art und Weise²⁴ und bedarf entsprechender sorgfältiger Interpretation.

St. Urban, 1

²⁴ Albrecht, 2003

Quellenverzeichnis

Bilger, Andrea et al. (2007): *Konzept Palliative Care*. Stein am Rhein: Interne Publikation des Alters- und Pflegeheims Clara Dietiker.

Haller, Thomas et al. (2011): *Jahresbericht APH Murhof*. St. Urban: Alters- und Pflegeheim Murhof.

Kostrzewa, Stephan (2010): *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Knipping, Cornelia (Herausgeberin) (2007): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Kunz, Roland (2007): *Individuelle Bedürfnisse – ganzheitliche Angebote. Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase*. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): *Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen*. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.

Jordi, Elisabeth (2007): *Endlichkeit erleben – loslassen lernen. Für eine hilfreiche Abschiedskultur*. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): *Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen*. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.

Müller-Blaser, Yvonne (2007): *Sorgfältig beobachten – aufmerksam hinhören. Wenn demenzkranke Menschen kaum mehr oder nicht mehr sprechen können*. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): *Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen*. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.

Pöhler-Häusermann, Sara (2007): *Krisensituationen und Sterben. Pflege und Betreuung. Lehrmittel Fachangestellte Gesundheit*. 1. Auflage 2007. Zürich: Verlag Careum

Porchet-Munro, Susan / Stolba, Verena / Waldmann, Eva (2006): *Den letzten Mantel mache ich selbst. Über die Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care*. 2. unveränderte Auflage. Basel: Schwabe Verlag.

Schärer-Santschi, Erika (Herausgeberin) (2012): *Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Schmid, Christoph (2007): *Gemeinsam suchen – gemeinsam finden. Schwierige Entscheidungen am Lebensende gut meistern*. In: CURAVIVA Weiterbildung, Verband Heime und Institutionen Schweiz (Herausgeberin): *Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegesituationen*. 1. Auflage. Luzern: CURAVIVA.

Wenger, Susanne (2011): *Was Sterbende erleben – Erkenntnisse der Sterbeforscherin Monika Renz*. In: *Fachzeitschrift Curaviva* Ausgabe 11.2011, Seite 11.