

Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Konzept

Palliativ Care

**Sterbebegleitung &
Umgang mit Verstorbenen**

**Katholische Hospitalvereinigung Weser Egge gGmbH
Danziger Str. 17**

33034 Brakel

Katholische Hospitalvereinigung Weser Egge gGmbH

freigegeben von: Claudia Schüler (Gesamtleitung ambulante Pflege) Gregor Politycki (Gesamtleitung stationäre Pflege)

Stand: 03.01.2017 1



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Inhalt

1. Palliativ-Care / Sterbebegleitung
 - 1.1 Einleitende Worte
 - 1.2 Zielsetzung und Grundsätze Palliativ-Care / Sterbebegleitung
 - 1.2.1 Der sterbende Mensch und seine Zugehörigen stehen im Zentrum unseres Tuns
2. Es steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung
 - 2.1 Die Einbeziehung ehrenamtlicher Helfer/innen
 - 2.1.1 Aufnahme des Bewohners /Patienten in den ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst im Kreis Höxter
 - 2.2 Die Einschreibung als Palliativ-Patient ins Palliativ-Netz
 - 2.2.1 Definition Palliativ-Patient
 - 2.2.2 Einschreibung durch den Hausarzt
 - 2.2.3 Einverständnis des Bewohners / Patienten
 - 2.2.4 Weiterleiten der Stammdaten an den Palliativmedizinischen Konsillardienst (PKD)
 - 2.2.5 Fachberatung durch die Palliativnetz-Koordinatorinnen
 - 2.2.6 Leistungen des Palliativnetz
3. Bedürfnisse Sterbender
 - 3.1 Die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe
 - 3.2 Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner / Patienten
 - 3.3 Umgang mit Emotionen – Kommunikation
 - 3.4 Patientenverfügung
 - 3.5 Seelsorge
 - 3.6 Rituale



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



4. Qualitätssicherung / Weiterbildung von Mitarbeitern

5. Maßnahmen zur Symptomenkontrolle im Rahmen der Grundpflege

5.1 Grundsätzliche Überlegungen

5.2 Generelle Palliative Pflegemaßnahmen

- Appetitlosigkeit und Probleme beim Trinken
- Mundtrockenheit und Mundpflege
- Atemnot und Rasselatmung
- Körperpflege und Lagerung

6. Mund- und Lippenpflege

6.1 Spezielle Mundpflege

6.2 Therapeutische Mundpflege

6.3 Therapeutische Lippenpflege

7. Versorgung von Verstorbenen, Abschied nehmen

7.1 Ziele und Grundsätze

7.2 Durchführung der Versorgung von Verstorbenen

7.3 Lagerung des Verstorbenen (nur nach ärztlicher Genehmigung!)

7.4 Weitergabe von Information an die Pflegedienstleitung / Verwaltung

7.5 Weitergabe von Informationen an Angehörige und / oder Betreuer

7.6 Weitergabe von Informationen an betroffene Dritte

7.7 Zimmergestaltung

7.8 Schlussbemerkungen



Konzept Palliativ-Care Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



1. Palliativ-Care / Sterbebegleitung

1.1 Einleitende Worte

Grundlage des Konzeptes ist die individuelle Pflege der Betroffenen nach den Maßgaben unseres Pflegeleitbildes. Es orientiert sich an Hospizarbeit und Palliative Care.

1.2 Zielsetzung und Grundsätze Palliativ Care - Sterbebegleitung

1.2.1 Der sterbende Mensch und seine Zugehörigen stehen im Zentrum unseres Tuns

Die Begleitung schwerstkranker, sterbender Bewohner/ Patienten sowie deren Zugehörige ist eine anspruchsvolle Aufgabe und ein wichtiger Bestandteil der Pflege, Betreuung und Seelsorge in unserer Einrichtung. Die Würde des Sterbenden, ihm Ängste zu nehmen sowie ihm und seinen Zugehörigen Beistand zu leisten stehen dabei in Vordergrund.

2. Es steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung

Die Begleitung des Sterbenden und seiner Zugehörigen erfolgt unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Ehrenamtliche Mitarbeiter, Therapeuten usw.). Es steht dementsprechend ein multiprofessionelles Team zur Verfügung, das dem Sterbenden die letzte Lebensphase so würdevoll wie möglich gestaltet. Dazu gehört auch, die jeweilige Kultur und Religion des Betroffenen, seine Wünsche auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte und Vorstellungen zu respektieren und zu berücksichtigen. Denn Sterben ist keine Krankheit, sondern eine kritische Lebensphase die oftmals mit Krankheit verbunden ist.

2.1 Die Einbeziehung ehrenamtlicher Helfer

Die Sterbebegleitung in unserer Einrichtung wird in Zusammenarbeit unserer Mitarbeiter und unter Einbeziehung ehrenamtlichen Helfern des ambulanten Hospizdienstes durchgeführt. Um ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Sterbenden, Zugehörigen und Hospizmitarbeitern aufzubauen wird der Hospizdienst nach Möglichkeit vor dem Finalstadium des Sterbenden hinzu gezogen. Die ehrenamtlichen Helfer haben ganz eigenständige Aufgaben, indem sie Alltägliches tun: wie Gespräche führen, zuhören, vorlesen, am Bett sitzen, kleine Spaziergänge wenn möglich durchführen, sich zur Verfügung stellen. Sie unterstützen bei der spirituellen aber auch bei der seelsorgerischen Begleitung. Ihr Ziel ist es, Sterbebegleitung unter Einbeziehung der Lebensgeschichte des Sterbenden zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnungen zu machen und damit der



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Integration des Sterbens in den Alltag zu dienen, Sterbenden und Trauernden die Teilhabe an der Gesellschaft (wieder) zu ermöglichen.

2.1.1 Aufnahme des Bewohners / Patienten in den ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst im Kreis Höxter

Die Koordinatorin des Hospizdienstes ist Ansprechpartnerin. Bei Bedarf nach einer Begleitung eines sterbenden Bewohners/ Patienten wird diese kontaktiert. Sie trägt Sorge für den Einsatz eines ehrenamtlichen Mitarbeiters und deren fachliche Begleitung. Ehrenamtliche Mitarbeiter werden nicht ohne Beauftragung der Koordinatorin tätig. Die Begleitung erfolgt auf Wunsch des Bewohners/ Patienten und seiner Zugehörigen. Ebenso erfolgt der Einsatz immer mit dem Wissen der bereichsbezogenen Mitarbeiter und in Absprache mit ihnen. Pflegerische Tätigkeiten wie z.B. Essensgabe gehören nicht zum Handlungsbereich ehrenamtlicher Mitarbeiter.

2.2 Die Einschreibung als Palliativ-Patient ins Palliativnetz

2.2.1 Definition Palliativ-Patient

Welche Personen als Palliativpatienten eingeschrieben werden können, ist im Vertrag „über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar Erkrankten im häuslichen Umfeld“ eindeutig definiert. Es handelt sich hierbei um Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von wenigen Tagen, Wochen oder Monaten zu erwarten ist,

- bei denen kurative Behandlungen ausgeschöpft und im Sinne des Patienten nicht mehr angezeigt sind,
- bei denen eine ambulante Palliativ-Versorgung im häuslichen Umfeld möglich und gewünscht ist und
- bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V nicht erforderlich ist“ (§2, Vereinbarung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld)

2.2.2 Einschreibung durch den Hausarzt

Die Einschreibung erfolgt durch den Hausarzt des Patienten/Bewohners. Dieser muss im Vorfeld anhand einer schriftlichen Erklärung seine Teilnahme an „der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ bestätigen. Ohne eine solche Teilnahmeerklärung ist der Hausarzt weder berechtigt einzuschreiben noch entsprechend abzurechnen. Ist der Hausarzt nicht bereit, an der ambulanten palliativen Versorgung teilzunehmen und seinen Patienten einzuschreiben, hat der Erkrankte, wenn er eine solche Versorgung



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



wünscht, die Möglichkeit, das Palliativnetz zu kontaktieren; die Koordinatoren werden dann den lokal zuständigen Palliativmediziner im Sinne des Patienten um eine Einschreibung bitten. Im Interesse des Patienten ist eine solche Vorgehensweise ohne Rücksicht auf den Hausarzt unbedingt wünschenswert. Eine Einschreibung direkt durch das Krankenhaus oder die Reha-Klinik ist nicht möglich.

2.2.3 Einverständnis des Patienten /Bewohners

Die Initiative zur Einschreibung geht natürlich vom Patienten selbst oder dessen Bevollmächtigten aus. Ohne dessen Einwilligung ist selbstverständlich durch niemanden eine Einschreibung möglich. Hier ist der durchweg der lebensbejahende Ansatz wichtig, um den Patienten/Bewohner und seinen Zugehörigen behutsam und empathisch aufzuklären.

2.2.4 Weiterleitung der Stammdaten an den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)

Der Patient ist vom Hausarzt eingeschrieben. Folglich erfasst dieser, auf einem Stammdatenblatt die Stammdaten, den Status als Palliativpatienten begründende Diagnose, ggfs. das Stadium bzw. die Metastasierung, weiterhin kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbild, ggfs. den letzten Entlassungsbrief, einen aktuellen Medikamentenplan. Er gibt an wo der Patient sich derzeit befindet (zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeheim oder im Hospiz). Weiterhin folgen Angaben zur Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Wundversorgung, Infektionserkrankungen und Suchterkrankungen. Letztendlich wird eine Empfehlung für eine Fachberatung durch die Netzkoordinatorinnen des Palliativnetz und die Dringlichkeit dieser erfasst Diese Stammdaten werden dann dem zuständigen Palliativmediziner (PKD, Palliativmedizinischer Konsiliardienst) zugeführt. Der somit vom neuen Patienten in Kenntnis gesetzte zuständige QPA entscheidet nun, ob er selbst Kontakt (telefonisch oder Hausbesuch) aufnimmt oder ob der nächste Schritt die Fachberatung durch eine der Palliativkoordinatorinnen sein sollte.

2.2.5 Fachberatung durch die Palliativnetz-Koordinatorinnen

Wird die Fachberatung gewünscht nimmt die Koordinatorin zunächst telefonischen Kontakt zum „neuen“ Palliativpatienten auf und vereinbart einen Besuchstermin vor Ort. Im Erstgespräch werden detaillierte Stammdaten erfasst.. Neben den üblichen Daten ist auch die Erfassung der Religion wichtiger Bestandteil. Die Diagnosen und Hauptprobleme werden erfasst. Für die Umsetzung weiterer Planungen ist die Erfassung der derzeit schon involvierten Dienste unbedingt erforderlich.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Welche Dienste sollen oder müssen noch in Anspruch genommen werden. Im Einzelnen werden abgefragt:

- Wer ist der Hausarzt, ist er der einschreibende Mediziner, welche Aufgaben kann bzw. will er übernehmen?
- Welche Aufgaben kann bzw. soll der zuständige Palliativmediziner übernehmen?
- Wer ist der behandelnde Onkologe, muss Kontakt aufgenommen werden?
- Werden Seelsorgerische Dienste gewünscht, soll diesbezüglich vermittelt werden?
- Besteht eine gesetzliche Betreuung?
- Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden, Beratung erwünscht?
- Welche Maßnahmen müssen noch initiiert werden, welche weiteren Kooperationspartner vermittelt.

Die aktuelle Situation des Patienten wird detailliert erfasst. Wo liegen die Hauptprobleme, welche Symptomatik ist die subjektiv am meisten belastende? Wo liegen die Ressourcen des Patienten, welche Maßnahmen müssen am dringlichsten eingeleitet werden? Die Erfassung der derzeit bestehenden Medikation nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Neben der bestehenden Dauermedikation ist bei Palliativpatienten die genaue Festlegung der Bedarfsmedikation von Wichtigkeit. In einem Verlaufsbogen wird zunächst die Ausgangsmedikation erfasst. Diese ist gekoppelt an die bei Palliativpatienten am häufigsten auftretenden Symptome: - Schmerz - Übelkeit - Luftnot - Angst - Obstipation / Diarrhoe Änderungen der Medikation werden symptombezogen auf gleichem Verlaufsbogen erfasst, um Entwicklungen besser nachvollziehen zu können.

2.2.6 Leistungen des Palliativnetzes

Im Rahmen des Erstgesprächs werden nach der Stammdatenerfassung die wichtigsten Leistungen des Palliativnetzes benannt:

Vermittlung aller Kooperationspartner des Palliativnetzes.

Palliativmedizinische Betreuung durch den zuständigen QPA. Ob und wie häufig Besuche oder telefonische Kontakte erfolgen wird situationsabhängig vom QPA entschieden. Bei Bedarf sind auch ambulante Aszites- oder Pleura-Punktionen durch den Palliativfacharzt möglich, teilw. wird diese Leistung auch vom Hausarzt übernommen.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Palliativversorgung bei stationär untergebrachten Patienten

Patienten, die stationär (Seniorenheim) versorgt werden und als Palliativpatient eingeschrieben sind, werden weiterhin auch von Pflegefachkräften ohne entsprechende Weiterbildung versorgt. Die Versorgung durch das Palliativnetz gewährleisten die Konsiliardienste des zuständigen QPA und die 24-Stunden-Erreichbarkeit des Netzwerkes. Eine Beratung und palliativmedizinische Betreuung ist somit auch hier gewährleistet.

3. Bedürfnisse Sterbender

Der Sterbeprozess bedeutet die größte Lebenskrise im Lebenslauf des Menschen und ein würdevoller Umgang verlangt ein Ernstnehmen von Bedürfnissen Sterbender. Als besonders wichtig erscheinen häufig folgende Bedürfnisse:

Bedürfnis nach Schmerzfreiheit:

Das Pflegepersonal muss in der Lage sein, eine aktuelle, systematische pflegerische Schmerzeinschätzung vorzunehmen und Hausärzte / Fachärzte hinzuzuziehen. Wichtig ist, dass die Ärzte die Schmerzen des Bewohners/ Patienten ernst nehmen und entsprechende Maßnahmen ergreifen.

Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung:

Dieses Bedürfnis kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Manche Sterbende wünschen Berührungen, andere nicht. Es gilt herauszufinden, wer einen besonders guten Kontakt zur sterbenden Person hat. Dies kann Pflegepersonal, Seelsorger, Sozialdienst, Ehrenamtliche etc. sein. Die Einbeziehung von Hospizdiensten ist hierbei eine hilfreiche Unterstützung

Bedürfnis nach einem angenehmen Ort:

Sterben ist nicht nur für die betroffene Person, sondern auch für die Mitmenschen im unmittelbaren sozialen Umfeld sehr belastend. Sterbende Menschen schreien vielleicht, haben starke Ausdünstungen, frieren oder schwitzen stark. Im Seniorenheim wird dem Mitbewohner in einem Zwei-Bett-Zimmer, wenn möglich, ein Ausweichzimmer angeboten oder der Mitbewohner darauf vorbereitet.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Bedürfnis nach Kontakten zu wichtigen Menschen:

Der sterbende Mensch ist auch in seiner letzten Lebensphase Teil seiner Familie und seines engen sozialen Umfeldes. Wichtige Bezugspersonen sollen ihren Möglichkeiten entsprechend unterstützend in die Sterbebegleitung mit einbezogen werden und in dieser Phase soziale Unterstützung von uns erhalten.

Bedürfnis nach Wahrhaftigkeit / Verlässlichkeit:

Die meisten sterbenskranken Menschen wissen – auch wenn sie dies nicht äußern – wie es um sie steht. Der sterbende Mensch hat das Recht auf Wahrhaftigkeit und Aufklärung. Diese Aufklärung ist Sache des Arztes, sie sollte mehr als nur die Mitteilung einer Diagnose sein und einfühlsam und in der Dosierung erfolgen, die der sterbenskranken Mensch wünscht und auch bestimmen sollte. Dies setzt eine vertrauensvolle Beziehung voraus, die sich erst entwickeln muss.

Leitsatz: „care, not cure“.

Dies geschieht natürlich nur, sofern der Betroffene diesen Ansatz befürwortet.

3.1.. Die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe

Leider geschieht es heute immer wieder, dass Menschen kurz vor ihrem Tode noch in die Klinik eingewiesen werden, weil Bedürfnisse nicht klar beschrieben werden können. Hier ist eine Patientenverfügung hilfreich. Ihr ist unbedingt Folge zu leisten. und so vielleicht einen belastenden Wechsel von Ort , Pflege und Begleitung zu verhindern.

Kontinuität der Fürsorge hat aber noch einen weiteren Aspekt: Sie bedeutet, dass die Begleitung einer Familie nicht mit dem Tod eines Angehörigen beendet wird. Ausgebildete ehrenamtliche Trauerbegleiter des Hospizdienstes stehen hierfür zur Verfügung.

3.2. Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner / Patienten

Oberstes Ziel ist die Lebensqualität formuliert aus Sicht des sterbenden Menschen.. Diese wird individuell verschieden sein und muss erfragt und fortlaufend dokumentiert werden. Jeder Bewohner hat das Recht auf Aufklärung über seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmaßnahmen mit Vor- und Nachteilen. Er und seine Zugehörigen bestimmen mit über den weiteren Therapieverlauf oder den Verzicht. Ist der Bewohner urteilsunfähig, soll sich der Entscheid an der Patientenverfügung oder



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



am mutmaßlichen Willen der betroffenen Person orientieren und wird, je nach Situation, in Zusammenarbeit von Zugehörigen, Arzt und Pflegenden gefällt. Möchte sich ein Bewohner nicht realistisch mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt ihm, Hoffnungen zu hegen und eine schwierige Situation besser auszuhalten.

3.3. Umgang mit Emotionen - Kommunikation

Palliative Care / Sterbebegleitung verlangt die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen und eine hohe Kommunikationskompetenz. Für uns bedeutet dies: Offenheit, Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören, eine wertschätzende Haltung, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen. Eine offene Haltung im Team ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen von größter Wichtigkeit ist. In regelmäßigen Abständen wird den Teams Gelegenheit geboten, über belastende Situationen zu sprechen, Rückschau zu halten. Bei Bedarf kann auch jederzeit mit der Einrichtung oder beteiligten Fachkräften das Gespräch gesucht werden, um belastende Situationen zu klären. Bei besonders belastenden Situationen, die intern nicht gelöst werden können, besteht auch die Möglichkeit eine externe Fachkraft zur Unterstützung bei zu ziehen.

3.4. Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung wird im Fall der Entscheidungsunfähigkeit geregelt, welche Formen und Felder medizinischer Behandlung die Ärzte in den Grenzsituationen des Lebens anzuwenden bzw. zu unterlassen haben. Das „ob und wie“ medizinischer Maßnahmen kann dadurch festgelegt und besondere Behandlungssituationen wie „künstliche Ernährung“, „künstliche Beatmung“ und „künstliche Flüssigkeitszufuhr“ geklärt werden. Ein hier festgeschriebener Wunsch nach Sterben in vertrauter Umgebung durch das Vermeiden einer Klinikeinweisung im Sterbeprozess ist zu respektieren.

3.5. Seelsorge

Die Sorge um den alten und kranken Menschen ist Aufgabe jeder christlichen Gemeinde. Seelsorge beinhaltet Gottesdienste und Sakramentenspende, aber auch Hören, Reden, Trösten im Deutungshorizont des Glaubens. Darüber hinaus sind unsere Einrichtungen offen für eine gute Zusammenarbeit mit Seelsorgern aller Konfessionen. Begründet durch die höchst individuelle ethische / religiöse Grundhaltung jedes einzelnen Menschen werden Angebote der Seelsorge entsprechend dem Bedürfnis des sterbenden Menschen besonders behutsam und unter Berücksichtigung der geäußerten bzw. gelebten Weltanschauung vermittelt.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



3.6. Rituale

Rituale dienen zur symbolischen Auseinandersetzung mit Grundfragen menschlicher Existenz, sie haben Entlastungs- und Orientierungsfunktion und enthalten struktur- und bedeutungstiftende Kräfte. Die Phasen des Sterbens und der Umgang mit dem Tod werden bei uns durch verschiedene Rituale behutsam und individuell den tatsächlichen oder vermuteten Wünschen des Sterbenden und Verstorbenen folgend gestaltet. Z.B.

im Seniorenhaus:

- Rückzugsmöglichkeit enger sozialer Bezugspersonen mit dem Sterbenden
- Sitzwache durch ehrenamtliche Hospizmitarbeiter,
- Abschied nehmen im Zimmer des / der Bewohners/in
- Je nach Konfession und Wunsch Kreuz, Kerze (LED), Blumen, pers. Gegenstände aufstellen
- Abschiedsmesse in der hauseigenen Kapelle

in der ambulanten Pflege:

- Sitzwache durch ehrenamtliche Hospizmitarbeiter
- Abschied nehmen am Bett des/der Patienten/in
- auf Wunsch pers. Gegenstände aufstellen z.B. Kreuz oder Kerze (LED)



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



4. Qualitätssicherung / Weiterbildung der Mitarbeiter

Zur Umsetzung dieses Konzeptes wird von den Mitarbeitern eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt. Sie werden mit Grundlagen der Palliative Care intern vertraut gemacht und geschult. Mehrere MA haben vertiefende Weiterbildungen zur Pflegefachkraft für Palliativ Care besucht, so dass die fachliche Kompetenz in den Teams gewährleistet ist. Eine ständige Weiterentwicklung der Qualität wird angestrebt.

5. Maßnahmen zur Symptomenkontrolle im Rahmen der Grundpflege

5.1 Grundsätzliche Überlegungen

Gerade die Einstellung des Essens und Trinkens durch den Betroffenen stellt für Angehörige oft eine große Belastung dar. Es wird oft versucht, den Schwerstkranken irgendwie zum Essen und Trinken zu bewegen. Die Einstellung des Essens und des Trinkens und die damit einhergehende „Entwässerung“ des Körpers (Dehydration), hat für den Schwerstkranken jedoch auch Vorteile: Die Magensaftproduktion wird vermindert, das mögliche Erbrechen lässt nach, die Schleimproduktion wird reduziert und der Hustenreiz nimmt ab, die Gefahr eines Lungenödems mit Atemnot verringert sich, die verminderte Urinproduktion trägt dazu bei, dass eine Vorlage am Tag ausreicht und der Betroffene nicht ständig zum Vorlagenwechsel gedreht werden muss. Der Betroffene wird schläfrig und weniger unruhig, die vermehrte Produktion von körpereigenen, so genannten Endomorphinen, führt zu einer Schmerzreduktion und zum Gefühl des Wohlbefindens. Es sollte mit dem Hausarzt / Palliativarzt besprochen werden, ob eine Rehydratation sinnvoll ist oder nicht. Auch durch die Gabe von z. B. Infusionen wird das Durstgefühl nicht gemindert, hierzu bedarf es einer regelmäßigen Mundpflege, die durchaus halbstündig notwendig sein kann, wenn der Betroffene z. B. mit offenem Mund atmet.

Atemnot kann durch vielerlei Faktoren begünstigt werden, hier ist die Kooperation mit dem Hausarzt / Palliativarzt unabdingbar. Er muss entscheiden, ob ggf. Sauerstoff oder andere Medikamente verabreicht werden sollen, wenn die aufgeführten allgemeinen Maßnahmen nicht ausreichen. Bei der Rasselatmung ist der Kranke nicht mehr in der Lage, Speichel oder Schleim zu schlucken oder abzuhusten. Die Sekrete sammeln sich in der Luftröhre und im Mund-Rachenraum an, und führen zu einer geräuschvollen Atmung. Das Rasseln wird durch ein geringes Zusammenziehen in den Atemwegen verursacht. Die Einatmung ist frei, die Geräusche treten beim Ausatmen auf, es besteht daher keine Atemnot. Das Absaugen ist für den Kranken eine große Belastung und führt über die Reizung der Schleimhäute zur vermehrten Schleimproduktion. Es ist daher besonders kritisch zu betrachten und mit dem Hausarzt / Palliativarzt zu besprechen. Schleim in der Mundhöhle kann mit einer über den Finger gewickelten Kompresse ebenso effektiv entfernt werden wie mit einem Absauggerät.

Die Körperpflege minimiert auf das Wesentliche und das Lagern sollten so schonend wie möglich durchgeführt werden, eventuell mit 2 Personen.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



5.2 Generelle Palliative Pflegemaßnahmen

Appetitlosigkeit und Probleme beim Trinken

Nicht zum Essen überreden, Wunschkost in kleinen Portionen anbieten, ggf. Aperitif (z. B. Pepsinwein) anbieten, bei Übelkeit mit Hausarzt /Palliativarzt sprechen, ob vor dem Essen ein übelkeitshemmendes Medikament verabreicht werden darf .

Flüssigkeit mittels Strohhalm oder Löffel anbieten, auch hier gilt, den Betroffenen zu nichts zu zwingen.

Mundtrockenheit und Mundpflege

Kleine Schlucke der vom Kranken bevorzugten Flüssigkeit anbieten, ggf. Mundhöhle mit Tupfern befeuchten, bei Belägen Mundpflege mit Naturjoghurt, Butter oder Honig durchführen, Mischung aus Ananassaft und Wasser (50/50) regt die Speichelsekretion an, eventuell künstlichen Speichel in den Mund sprühen, Lippenpflege mit „Fettsalben“.

Atemnot und Rasselatmung

Oberkörper erhöht lagern, für Luftzug mittels geöffnetem Fenster oder Ventilator sorgen, mit Hausarzt /Palliativarzt das Problem besprechen, er kann Medikamente verordnen, Bei der Rasselatmung leidet der Betroffene in der Regel nicht unter Atemnot, darauf weist der entspannte Gesichtsausdruck hin und die Tatsache, dass das Rasseln nicht bei der Ein- sondern der Ausatmung auftritt.

Körperpflege und Lagerung

Pflegeziel ist hier primär das Wohlbefinden des Betroffenen und nicht die Reinigung oder eine Lagerung zur Vorbeugung von z. B. Druckgeschwüren oder Gelenkversteifungen. Führen Sie nur Maßnahmen durch, die dem Betroffenen gut tun und ihn nicht zusätzlich belasten.

Morgendliche Ganzwaschungen sind daher zu überdenken.

Lagerungen sollen schonend durchgeführt werden, indem z. B. Kissen, Decken usw. unter die Matratze geschoben werden, um so eine Druckentlastung und Lageänderung zu bewirken.

Bei starkem Schwitzen helfen (Teil-) Waschungen mit 100% ig naturreinem Zitronen oder Salbeiöl. Für eine Waschschißel werden 5 Tropfen in z. B. Milch oder Honig gegeben und dem Waschwasser zugesetzt, Seife ist dann nicht erforderlich!

Vor Nutzung die Verträglichkeit des Öls an der Innenseite des Unterarms testen!



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



6. Mund- und Lippenpflege

6.1 Spezielle Mundpflege

Indikation:

Alle Bewohner/ Patienten, die nicht selber, auch nicht mit Unterstützung, in der Lage sind, die physiologische Situation des Mundes aufrechtzuerhalten.

Ziele:

Reinigung und Anfeuchtung der Mundhöhle

Förderung des Wohlbefindens

Schutz vor Karies und Parodontose

Aufbringung von schleimhautschützenden und / oder geschmacksbereichernden Substanzen

Wichtig:

Der speziellen Mundpflege sollte nach Möglichkeit immer eine Zahnpflege mit der Zahnbürste vorangehen, da dies die effektivste Methode zur Reinigung der Zähne und zur Massage des Zahnfleisches darstellt.

Durchführung der speziellen Mundpflege

Bei der speziellen Mundpflege wird die Mundhöhle mit Tupfern bzw. Gaze ausgewischt. Hierfür kann eine Pean-Klemme oder der Finger der Pflegeperson benutzt werden.

Achtung: Führung mit dem Finger kann gefühlvoller erfolgen, es besteht aber unter Umständen die Gefahr einer Bissverletzung. Viele Patienten reagieren auf diese Maßnahme mit Ablehnung, da eine sehr sensible und persönliche Zone berührt wird.

Die Durchführung erfolgt nach Vorbereitung der Utensilien, diese können z. B. sein

- Taschenlampe und Mundspatel (Inspektion der Mundhöhle)
- Handschuhe - Lippenpflegemittel (z.B. Fettstift, Bepanthen®Salbe)
- Glycerin-lemonhaltige Wattestäbchen (z.B. Pagavit®)
- Ggf. zur Entfernung haftender Zungenbeläge oder Borken: Zitronenscheiben oder Naturjoghurt, sowie feuchte Kompressen
- individuelle Mundpflegemittel (s. unten)
- Handtuch und Abwurf für benötigte Utensilien

Durchführung:

Inspektion der Mundhöhle und der Lippen - Tupfer/Gaze mit der gewünschten Lösung befeuchten.

Katholische Hospitalvereinigung Weser Egge gGmbH

freigegeben von: Claudia Schüler (Gesamtleitung ambulante Pflege) Gregor Politycki (Gesamtleitung stationäre Pflege)

Stand: 03.01.2017 14



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Wangenschleimhaut, Zahnfleisch, Zähne und Zunge, unterhalb der Zunge, Gaumen (Achtung Brechreiz!) gründlich aber vorsichtig abwischen, möglichst für jeden Wisch einen frischen Tupper verwenden
Eventuelle Borken lösen, dazu dünne Scheibe Zitrone oder Naturjoghurt aufbringen und einwirken lassen
Gelösten Belag abwischen
Zum Schluss Mundhöhle mit erfrischenden Substanzen auswischen
Lippen dünn mit fettenden Substanzen bestreichen
Aus hygienischen Gründen sind die Lösung und Pflegeutensilien täglich zu wechseln

Übersicht empfehlenswerter Mundpflegemittel:

Tee + Geschmacksrichtung Wunsch des Pflegebedürftigen
Verdünnter Zitronensaft (wenige Tropfen auf 100ml)
Kamillentee / -lösung
Ananassaft (halb mit Wasser mischen)
Pagavit® Stäbchen
Synthetischer Speichel (Glandosane®)
Naturjoghurt, Zitronenscheiben Butter, Honig
- geschmacksbereichernd
- die Speichelsekretion anregend
- erfrischend
- pflegend

Nicht zu empfehlende Mundpflegemittel:

Alkoholische Mundwasser: wirken austrocknend auf die Mundschleimhaut
Borsalbe: wirkt krebsauslösend
Glycerin: trocknet Mundschleimhaut aus, Mundschleimhaut bedarf bei Anwendung zusätzlicher Anfeuchtung

6.2 Therapeutische Mundpflege

Indikation:

Rhagaden, Herpes labialis
Xerostomie (Mundtrockenheit)
Zytostatikatherapie
Thrombopenie, Antikoagulantientherapie

Pflegeziel:

Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer intakten Mundschleimhaut, intakter Lippen

Therapeutisch wirksame Mundpflegemittel :

Kamillen,- Arnika,- Salbei,- und Myrrhetee (Apothekenqualität!) üben eine entzündungshemmende Wirkung aus



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Salbeitee oder Salbeitinktur wirkt zusätzlich bakteriostatisch und wirkt bei Stomatitis und Gingivitis. Bitterer Geschmack, daher oft Ablehnung durch die Patienten.

Riechen an einer aufgeschnittenen Zitrone - Massieren der Ohrspeicheldrüse und der Unterzungendrüse - Mundpflege mit entsprechenden Mundpflegemitteln

Myrrhe (Tee oder Tinktur) wirkt entzündungshemmend und antiseptisch. Es trocknet jedoch die Schleimhäute aus und schmeckt sehr bitter.

Medikamentöse Mundpflegelösungen

(Chlorhexamed®, Hexoral®, Kamillosan Mundspray wirken antiseptisch, Anwendung unverdünnt. Unangenehmer Geschmack, enthalten Alkohol, daher nicht bei Pat. mit Alkoholkrankheit anwenden.

Nicht alkoholhaltig sind Doreperol Hexetidin®-rathiopharm.

Die therapeutischen Substanzen werden nach den Mahlzeiten, ggf. zusätzlich in den Zwischenzeiten verabreicht.

Therapeutische Mundpflege bei krankhaften Veränderungen in der Mundhöhle

Soorstomatitis:

Nur auf ärztliche Verordnung z. B. Moronal®, Candio-Hermal® oder Ampho-Moronal® 4 Stündlich nach Reinigung der Mundhöhle auftragen, Einwirkzeit mindestens 20 Minuten, Pat. muss in dieser Zeit Nahrungskarenz einhalten!

Stomatitis

Mund 2-4 stündlich mit ärztlich angeordneter antiseptischer Lösung, z. B. Chlorhexamed®, spülen - Bei Schmerzen verordnetes Oberflächenanästhetikum verabreichen bzw. lutschen lassen, z. B. Merfen®. Zusätzlich 30 Minuten vor den Mahlzeiten ggf. zusätzlich verordnetes Schmerzmittel verabreichen

Bei Verkrustungen (Blut) Mundschleimhaut mit NaCl 0,9% reinigen, ggf. ärztlich verordnetes Antibiotikum auftragen. Pat. empfehlen, ggf. Zahnprothesen nur zu den Mahlzeiten oder bei Besuch zu tragen

Aphthen

Mehrmals täglich schmerzlinderndes verordnetes Oberflächenanästhetikum auftragen
Nach akutem, schmerzhaften Stadium Myrrhetinktur auftragen

Blutungsneigung

Ziel: Verletzungsrisiko der Schleimhaut und des Zahnfleisches so gering wie möglich halten

- Keine Zahnseide



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



- Zahnpflege mit weicher Zahnbürste, eventuell nur Watteträger oder Gaze verwenden
- Mundhöhle sorgfältig ausspülen (lassen), bzw. auswischen
- Lippen durch Creme geschmeidig halten

Xerostomie (extreme Mundtrockenheit)

Häufig Getränke anbieten bzw. Mundspülungen durchführen oder 1-2 stündlich Mundhöhle feucht auswischen

Künstlichen Speichel auf die Schleimhaut aufsprühen, z. B. Glandosane®

Lippen häufig anfeuchten, b. B. eincremen

Pat. beraten, keine scharfen oder alkoholischen sowie extrem sauren Speisen/Getränke anbieten

Zuckerfreie Bonbons oder Eis zum lutschen empfehlen, soweit möglich und keine Kontraindikationen vorliegen

Raumluft anfeuchten

Patienten raten, durch die Nase bei geschlossenem Mund zu atmen, falls dies möglich ist
Mundpflege mit 50% Ananassaft und 50% Wasser zur Anregung der Speichelproduktion.

6.3. Therapeutische Lippenpflege

Trockene und rissige Lippen regelmäßig einfetten

Bei Herpes labialis Pat. anhalten, nässende Bläschen nicht zu berühren und ärztlich verordnete Substanz aufzutragen

Bei Rhagaden Fettcreme, Bepanthen®-Lippencreme oder Myrrhetinktur aufbringen

7. Versorgung von Verstorbenen, Abschied nehmen

7.1 Ziele und Grundsätze

Der Verstorbene sollte nicht sofort nach dem Eintritt des Todes versorgt werden, sondern in Achtung der Persönlichkeit einige Zeit in Stille ruhen dürfen. Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern wird Zeit zum Abschied nehmen eingeräumt. Dies geschieht in einer Atmosphäre, in der allen Gefühlen ohne Wertung Raum gegeben werden darf. Wir versuchen, auch Mitbewohnern/innen die Teilnahme an der Beerdigung zu ermöglichen. Auch Mitarbeiter/innen haben die Möglichkeit an der Beerdigung des Verstorbenen teil zu nehmen.

7.2. Durchführung der Versorgung von Verstorbenen

Der sichere und pietätvolle Umgang mit dem verstorbenen Bewohner wird in unseren Seniorenhäusern auch durch konkrete Pflege- und Hygienestandards bis zum Transport des verstorbenen Bewohners geregelt. In der ambulanten Pflege durch die Zugehörigen des Verstorbenen geregelt. Auf Wunsch werden in der häuslichen Pflege der Verstorbende



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



ein letztes mal gewaschen und angekleidet.

Unmittelbar nach dem Todesfall

Ruhe und Besinnlichkeit einkehren lassen

Informationsweitergabe an den Hausarzt oder diensthabenden Arzt
Tritt der Todesfall während des Tages ein, muss der Arzt unmittelbar nachdem die oben beschriebene Ruhephase eingeleitet wurde, informiert werden. Kann er nicht sofort kommen, wird er um die Erlaubnis gebeten den Verstorbenen schon Lagern zu dürfen. Der Arzt untersucht den Verstorbenen auf sichere Todesursachen und stellt einen Totenschein aus.

Sichere Todeszeichen sind:

Totenflecken und Totenstarre.

Unsichere Todeszeichen sind:

Fehlende Atmung, fehlender Puls, Bewusstlosigkeit, abkühlen des Körpers und fehlende Reflexe.

Für die Identifikation des Verstorbenen wird ein Personalausweis benötigt. Dieser ist dem hinzu gezogenem Arzt vorzulegen.

Befindet sich der Bewohner in der Sterbephase und es ist absehbar, dass er in der Nacht versterben wird, kann der Tod erst am nächsten Morgen beim Hausarzt und den Angehörigen angezeigt werden. Diese Absprache muss aber unbedingt vorher vom Tagdienst abgeklärt und dokumentiert werden.

7.3. Lagerung des Verstorbenen (nur nach ärztlicher Genehmigung!)

Die Totenstarre beginnt etwa zwei Stunden nach Eintritt des Todes und ist nach sechs bis acht Stunden völlig ausgeprägt. Nach zwei bis drei Tagen löst sich die Totenstarre allerdings wieder. Um einen möglichst ästhetischen und friedlichen Anblick des Verstorbenen zu ermöglichen, ist es daher von Vorteil eine Lagerung schon vor Beginn der Totenstarre vorzunehmen. Es ist gut, den Verstorbenen flach auf den Rücken zu legen, behutsam die Augen zu schließen und -soweit dies möglich ist- die Zahnprothese vorsichtig in den Mund einsetzen. Damit der Mund später geschlossen bleibt, kann man ein eingerolltes Handtuch unter das Kinn legen. Die Hände sollten - soweit das möglich ist - zum Gebet auf den Bauch belegt werden (Religion berücksichtigen!).

Wichtig ist den toten Menschen immer mit Respekt und Achtung zu behandeln. Islamische Verstorbene sollten mit dem Gesicht in Richtung Mekka gebettet werden- (südöstlich)



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



7.4. Weitergabe der Information an die Pflegedienstleitung/Verwaltung

Die Pflegedienstleitung, Einrichtungsleitung oder deren Vertretung müssen informiert werden. An die Verwaltung und die Küche muss die Information weitergegeben werden.

7.5 Weitergabe der Informationen an Angehörige und / oder Betreuer

Die Informationsweitergabe sollte vorher mit den Angehörigen abgesprochen und dokumentiert werden z.B. wer soll informiert werden, möchten die Angehörigen auch in der Nacht eine Nachricht bekommenes können im Voraus mit den Angehörigen auch schon Maßnahmen im Todesfall besprochen werden. z.B. wer kümmert sich um die Informationsweitergabe an den Bestatter, welcher Bestatter soll ausgewählt werden und gibt es eine Verfügung im Todesfall? Die Information an die Angehörigen ist eine vertrauensvolle Sache. Es muss einfühlsam mit ihnen gesprochen werden. Es muss ihnen Zeit zum Trauern gegeben werden, Es muss ihnen Trost zugesprochen und wenn möglich Hilfe angeboten werden.

7.6 Weitergabe der Information an betroffene Dritte

- Konsiliarärzte
- Therapeuten
- Ehrenamtliche Mitarbeiter
- Bewohner, etc. ...

7.7 Zimmergestaltung

Der Verstorbene wird so gelegt, dass Angehörige, Mitbewohner und Mitarbeiter von ihm Abschied nehmen können. Den Raum schmücken wir pietätvoll mit Blumen und Kerzen und stellen nach den Gewohnheiten oder Wünschen des Verstorbenen religiöse Symbole auf. Das Zimmer des Verstorbenen wird frühestens am Tag nach seinem Tod ausgeräumt.

7.8. Schlussbemerkungen

Wir beachten die geäußerten Wünsche des Verstorbenen betreffs Kleidung, religiöser Gebräuche und der Bestattung. In den Seniorenhäusern wird jeder verstorbene Bewohner in der Regel vom Bestattungsinstitut durch den Haupteingang aus unserer Einrichtung abgeholt, genauso wie auch der Einzug durch den Haupteingang erfolgte.



Konzept

Palliativ-Care

Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen



Die Angehörigen werden in ihrer Trauer unterstützt und auf Wunsch beim Abschied nehmen begleitet.

Die Bewohner werden in geeigneter Weise darüber informiert, dass ein Mitbewohner im Sterben liegt bzw. gestorben ist, z.B. vor dem Tischgebet beim Mittagessen oder durch Aushang in jedem Wohnbereich. Ein Kondolenzbuch wird am Todestag eines Bewohners ausgelegt (mit einem Foto; evtl. LED-Kerze anzünden)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

