

Editorial



Martina Kern
Rubrikenherausgeberin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Schwerpunkt der Pflegerubrik in der Septemerausgabe ist dem Thema der Mundpflege gewidmet, bei dem für mich die Umsetzung der patientenorientierten Haltung in Palliative Care besonders praxisnah deutlich wird.

In meiner Grundausbildung habe ich – wie vielleicht auch viele von Ihnen – gelernt, dass das primäre pflegerische Ziel im Rahmen der Mundpflege die feuchte und saubere Mundschleimhaut sein sollte. Der Versuch, dieses Ziel durch die Anwendung der üblichen Mundpflegelösungen zu erreichen, resultierte mit oft nur einem „technisch“ gutem Ergebnis nach dem ersten Versuch: Die Schleimhaut war zwar feucht und sauber, der Patient jedoch wehrte eine Wiederholung am nächsten Tag ab.

Nun denken wir in Palliative Care vom Patienten her und versuchen ideenreich, Ziele der Mundpflege dem anzupassen, was die Patienten als angenehm empfinden. Doch wenn nun jedem Patienten, wie im Artikel beschrieben, Pflege mit einer befeuchtenden Süßfrucht angeboten würde, so wäre die Abwehrquote bei einer Wiederholung sicher auch nicht gering. Die Herausforderung für uns alle besteht vielmehr darin, vorhandene Standards manchmal auch als Ideenvorlage für neue und individuelle Lösungen zu nutzen und diese individuell beim Patienten anzuwenden.

Viel Freude beim Lesen
und beim kreativen Tun
wünscht Ihnen Ihre

Symptombehandlung

Mundpflege in der letzten Lebensphase

Der Mund als zentrales Sinnesorgan gehört zum Intimbereich des Menschen und zu den wahrnehmungstärksten Zonen des Körpers. Er ermöglicht die Kommunikation über Sprache und Berührung und dient zur Nahrungsaufnahme. Viele Eindrücke und Sensationen über die Sinneswahrnehmung des Mundes steigern unser tägliches Wohlbefinden und unsere Lebensqualität.

Leitgedanken im Umgang mit der Mundpflege in der letzten Lebensphase

Der Patient

Viele Patienten haben im Verlauf ihrer Erkrankung unterschiedliche Erfahrungen mit der Wahrung ihrer persönlichen Intimität gemacht. Sie haben erlebt, dass therapeutische oder pflegerische Maßnahmen in Intimzonen ausschließlich unter dem Aspekt der Notwendigkeit verrichtet wurden oder werden mussten. Mit zunehmender Schwäche oder infolge anderer Probleme und insbesondere in der Sterbephase wird der Patient abhängiger und ist zunehmend auf Unterstützung angewiesen. Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten kann möglicherweise nur noch das Gefühl, das die Mundpflege auslöst, wahrgenommen und verarbeitet werden, und nicht mehr die Handlung als solche.

Erfahrungen in der Vergangenheit und unreflektiertes Handeln seitens der Begleiter sind oft ursächlich mitverantwortlich für Unsicherheiten und Ängste, die im Ergebnis möglicherweise zur Verweigerung der Mundpflege führen. Gleichzeitig kann infolge vermehrter Mundatmung und anderer Faktoren eine Mundtrockenheit auftreten, die sehr quälend sein kann. In dieser Situation sind Sensibilität, Einfühlungsvermögen, gute Beobachtung und Biografiearbeit mit Hilfe der Angehörigen Parameter, auf die der Patient angewiesen ist, um durch Maßnahmen der Mundpflege möglichst kein Unbehagen und keine Unsicherheit zu erfahren.

Ziele

Der Patient

- ▶ fühlt sich sicher und führt die Mundpflege mit Unterstützung seinen Fähigkeiten entsprechend durch (auch mit

minimalen Ressourcen ist meist eine selbstständige Mundpflege möglich)

- ▶ fühlt sich mit seinen Problemen bzgl. der Mundpflege wahr- und ernst genommen

Die Angehörigen

Für Angehörige wird die Mundpflege insbesondere in der Sterbephase zu einer besonderen Herausforderung. Einerseits können sie dem Patienten damit etwas „Gutes tun“ und aktiv sein und haben aufgrund ihres Wissens um die persönlichen Vorlieben des Sterbenden und anhand ihrer zusätzlich erworbenen Kenntnisse die Möglichkeit, zu seinem Wohlbefinden beizutragen. Andererseits bestehen Unsicherheiten und die Scheu, in die Intimsphäre des geliebten Menschen einzudringen und die Angst, etwas falsch zu machen. Sie möchten dem Sterbenden keine



Sprühen von Palliativ-Mundpflegelösung mittels Zerstäuber.

Praxishilfe für die Pflege

Bei schwer kranken Palliativpatienten, insbesondere in der Terminal- und Finalphase, entsprechen konventionelle Methoden und Maßnahmen der professionellen Mundpflege oft nicht mehr den individuellen Bedürfnissen des Patienten. Daher ist es in der letzten Lebensphase besonders wichtig, aus der Vielzahl an Möglichkeiten mit neuen Impulsen und Möglichkeiten kreative und individuelle Lösungen der Mundpflege für den einzelnen Patienten in der einzigartigen Situation zu entwickeln und zu ermöglichen – einige Beispiele und Anregungen für Ihren Praxisalltag finden Sie in unserer Beilage.

zusätzliche Schmerzen, Beschwerden oder Unannehmlichkeiten zufügen, die aber im Rahmen der Mundpflege durchaus gelegentlich auftreten können. Mit der Übernahme oder Hilfestellung bei der Mundpflege vollziehen und erleben viele Angehörige auch einen deutlichen Rollenwechsel in der Beziehung, da die Hilfslosigkeit des Partners ihre eigene Position verändert: die Partnerschaft wird zur Pflegerschaft. Oft wird ihnen durch das Durchführen der Mundpflege die große Abhängigkeit bewusst, in der sich der Sterbende befindet, andererseits aber auch die damit verbundene große Verantwortung.

Ziele

Die Angehörigen

- ▶ lernen, den Patienten bei der Mundpflege seinen Fähigkeiten entsprechend zu unterstützen, wenn dies von ihnen und dem Patienten gewünscht ist
- ▶ werden in ihren Möglichkeiten unterstützt und ermutigt, ihre Grenzen auszudrücken und ihre eigenen Gefühle zu reflektieren
- ▶ lernen, sich mit der veränderten Rolle auseinanderzusetzen
- ▶ erkennen den Wert, den sie durch ihr Handeln zur Lebensqualität des Patienten beitragen

Die Pflegenden

Ein häufig definiertes Pflegeziel bei Patienten in der letzten Lebensphase ist das Erreichen und Erhalten einer intakten, sauberen und feuchten Mundschleimhaut. Aufgrund zahlreicher erkrankungsbedingter Faktoren (Dehydratation, verminderte Speichelproduktion, Brechreiz bei Berühren des Mundes etc.) ist dieses Ziel jedoch häufig nicht erreichbar und führt zu einem hohen Handlungsdruck.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Anwendung von Mundpflegemitteln in der letzten Lebensphase häufig zu wenig an den Vorlieben des Patienten und mehr an symptomorientierten Standards orientiert, was zu einer Verschlechterung der Compliance führen kann. Respekt vor der Intimsphäre des Patienten und der Fokus der Ressourcenorientierung – auch oder insbesondere bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten erweisen sich als zentrale Haltung im Rahmen der Mundpflege. Ein behutsames und einführendes Vorgehen ist notwendig, um eine bedürfnisorientierte Pflege mit dem Patienten durchführen zu können.

Ziele

Die Pflegenden

- ▶ wissen, dass der Mund zu den Intimzonen des Menschen gehört und somit ein einfühlsamer Umgang bei der Durchführung der Mundpflege wichtig ist.
- ▶ wissen, dass aus dem Wert der Mundpflege im pflegerischen Selbstverständnis und den Bedürfnissen des Patienten Spannungen im Pflgeteam entstehen können. Sie kommunizieren die Pflegeplanung für die Mundpflege ausreichend im Team
- ▶ erspüren die Sensibilität und Vielfältigkeit des Organs „Mund“
- ▶ formulieren in der Pflegeplanung deutlich und individuell die Ziele, Ressourcen und Maßnahmen bei der Mundpflege
- ▶ integrieren die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten und leiten die Angehörigen an
- ▶ erkennen, dass sowohl eine unreine Mundschleimhaut als auch das Symptom der Mundtrockenheit die Lebensqualität des Betroffenen deutlich reduzieren können
- ▶ kennen die möglichen Ursachen der Mundtrockenheit
- ▶ kennen die Folgen von Mundtrockenheit
- ▶ kennen Behandlungsmöglichkeiten von Mundtrockenheit
- ▶ reflektieren eigene Gefühle (z. B. Ekel) im Zusammenhang mit der Mundpflege

Literatur

- Bausewein C, Roller S, Voltz R (2007): Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München: Urban & Fischer
- Kellnhauser E et al. (2004): Thiemes Pflege. 10. Aufl., Stuttgart, New York: Thieme
- Kern M. (2008): Palliativpflege – Richtlinien und Pflegestandards. Bonn, Pallia Med Verlag
- Nägele S, Feichtner A (2009): Lehrbuch der Palliativpflege. Wien: Facultas

Sektion Pflege

Abschied aus der DGP-Vorstandsarbeit/ Beate Augustyn

▼
Nach sieben Jahren im Vorstand der DGP für die Sektion Pflege habe ich mich aus privaten Gründen dazu entschlossen, diese Tätigkeit zu beenden. Hinter mir liegt eine interessante und arbeitsintensive Zeit, in der ich die Interessen der Sektion Pflege von 2002-2009 vertreten durfte. Wir haben eine Geschäftsordnung für die Sektion Pflege erstellt, Klausurtag veranstaltet, Kongresse und Palliativtage vorbereitet und durchgeführt, interne und externe Vernetzung auf Bundes- und Landesebene erreicht. Wir waren zu Anhörung und Vortrag im Bundestag und haben in verschiedenen Gremien mitgewirkt. Ich danke allen Vorstandsmitgliedern der DGP für die fruchtbare und anregende Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren in einer stets freundschaftlichen Atmosphäre. Allen Kolleginnen und Kollegen aus der Sektion Pflege danke ich ebenfalls sehr herzlich für ihr Vertrauen und für die gute Zusammenarbeit. Ich werde weiterhin auf Landesebene in der DGP aktiv bleiben und freue mich auf viele Begegnungen bei unterschiedlichen Gelegenheiten.

Vorstand Sektion Pflege

▼
Mit Beate Augustyn verlässt eine liebe, kompetente Kollegin und ein von Beginn an engagiertes DGP-Mitglied den DGP-Vorstand. Sie hat mit hoher fachlicher und menschlicher Kompetenz die Belange der Berufsgruppe der Pflegenden im Vorstand vertreten und so den multiprofessionellen Grundgedanken der Palliativmedizin auch auf Verbandsebene gelebt. Für ihre Arbeit in den letzten acht Jahren sei ihr herzlich von Seiten des Sektionsvorstands und den Mitgliedern der Sektion Pflege gedankt.

Thomas Montag, Köln