

## Lagerung in der letzten Lebensphase

### Vorbemerkungen, begleitende Gedanken

Körperliche Bewegung ist eine menschliche Fähigkeit, die eng mit Lebendigkeit verknüpft ist. Oft wird sie erst bewusst wahrgenommen, wenn sie verloren oder eingeschränkt ist.

#### Komplexität des Themas Lagerung

- Die letzte Lebensphase geht in der Regel mit zunehmender Einschränkung der Bewegungsfähigkeit einher und Patienten sind auf Lagerung angewiesen. Neben dieser vom Patienten häufig schmerzvoll erlebten Abhängigkeit, kann Lagerung dabei aber auch zu einer Maßnahme werden, die Wohlbefinden ermöglicht (z.B. symptomorientierte Lagerung zur Reduktion von Dyspnoe oder Schmerzen).
- Der Lebensraum des Patienten begrenzt sich in der letzten Lebensphase häufig auf den Bereich seines Bettes. Diese Begrenzung bietet dem Patienten aber auch eine Orientierungshilfe bei abnehmenden kognitiven Fähigkeiten. Der respektvolle Umgang mit diesem privaten Raum ist von zentraler Bedeutung.
- In der Krankenpflege besteht ein enger Zusammenhang zwischen Lagerung und Dekubitusprophylaxe. Regelmäßige Lagerung zur Vermeidung eines Dekubitus ist pflegerischer Standard geworden und wissenschaftlich untersucht. In Deutschland ist ein Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege entstanden. Dennoch ist das Auftreten eines Dekubitus immer noch fest mit fachlicher Inkompetenz, unterlassener Hilfeleistung und Bequemlichkeit verknüpft. Dabei ist im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege auch festgehalten, „dass es Einschränkungen bei Personengruppen gibt, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der prophylaktischen Maßnahmen spricht (Menschen in der Terminalphase ihres Lebens).“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege)

In diesem Zusammenhang muss noch einmal deutlich gemacht werden, dass die Lagerung nur eine von vielen notwendigen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe darstellt und das im Terminalstadium einer Erkrankung weitere Probleme (z.B. Kachexie, Inkontinenz, starkes Schwitzen) vorhanden sein können, die das Entstehen eines Dekubitus begünstigen.

Es gilt, im Konfliktfeld progredienter Erkrankung mit der Vielzahl möglicher Symptome und den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie (z.B. dem Wunsch nach Selbständigkeit), ein neues pflegerisches Ziel unter Berücksichtigung aller Faktoren zu erarbeiten.

### Leitgedanken im Umgang mit Lagerung

#### **Der Patient**

Eine schwere Erkrankung führt meist dazu, dass der Patient in seiner Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt ist und das Bett nicht mehr selbständig verlassen kann. Durch den Verlust von Mobilität und der damit verbundenen Abhängigkeit von Angehörigen und Pflegenden kommt es subjektiv zu einem verstärkten Krankheitserleben.

Persönliche Gewohnheiten, z. B. sich aufrecht zum Essen hinzusetzen oder das Einschlafen auf der Lieblingsseite sind nicht mehr selbstverständlich, sondern brauchen viel Zeit, Geduld und Unterstützung. Der Patient muss sich Stück für Stück von seiner Bewegungsmöglichkeit verabschieden. Die eingeschränkte Beweglichkeit verändert sein Körpergefühl und führt zu

einer reduzierten Körperwahrnehmung. Wird der Patient vollständig immobil und erfährt keine Bewegung von Außen, z.B. in Form von Lagern und passivem Durchbewegen, kommt es zum Verlust jeglichen Körpergefühls. Dies kann verängstigen und verunsichern.

Regelmäßige Lagerung und passives Durchbewegen kann dem Patienten helfen, sein Wahrnehmungsfeld zu erweitern bzw. zu erhalten.

Durch den Lagerungswechsel wird der Körper bewegt, wenn möglich aktiv vom Patienten unterstützt. Diese Bewegungen erzeugen Reize wie z.B. Wärme oder Kälte und unterstützen damit Körperwahrnehmung.

In der Sterbephase wünschen sich viele Patienten jedoch maximale Ruhe, Umgebungsreize werden als störend wahrgenommen. Veränderungen der Körperlage können vom Patienten dann als bedrohlich und irritierend erlebt werden und mitunter starke Unruhe auslösen. Der Wunsch nach Ruhe lässt sich auch mit dem Rückzug aus dem Leben erklären, die Wahrnehmung des Patienten scheint sich in der Sterbephase nach innen zu richten und zu konzentrieren.

Im Gegensatz dazu kann es aber in der Sterbephase auch einen erhöhten Bewegungsdrang geben, der sich in häufigen Aufstehversuchen oder in fluchtähnlichen Aktivitäten äußert, die soweit gehen können, dass der Sterbende einen anderen Sterbeort als das Bett (z. B. Rollstuhl, Sessel, usw. ) und eine andere Sterbeposition als das Liegen (z. B. Sitzen) sucht . Auch Entkleiden und ein größeres Kältebedürfnis sind mitunter zu beobachten.

Das Aufdecken der Bettdecke, das Entfernen von Lagerungskissen und persönlichen Gegenständen (z.B. Knuddelkissen) gleicht dem Ablegen von Kleidern und kann dem Patienten in der Selbstwahrnehmung beim Lagerungswechsel ein Gefühl von Nacktheit und Blöße vermitteln. Die „schützende Hülle“ ist entfernt, der Patient hat keine Möglichkeit diesen Zustand aus eigener Kraft zu beenden. Das kann zu Gefühlen wie Scham und Ausgeliefertsein führen.

## **Die Angehörigen**

Die Angehörigen erleben täglich durch eingeschränkte Mobilität und zunehmende Bettlägerigkeit ein Fortschreiten der Erkrankung.

Dies kann Angst, Unsicherheit und Traurigkeit auslösen. War der Patient zuvor aber sehr unruhig oder „bettflüchtig“, kann zunehmende Bettlägerigkeit von Angehörigen auch als Erleichterung erlebt werden. Es schwindet die Last der Verantwortung, den Patienten vor Sturz oder anderen Gefahren schützen zu müssen. Den meisten Angehörigen gemeinsam ist die Angst davor, dass sich der Patient „Wundliegen“ könne.

Angehörige im ambulanten Bereich sind oftmals körperlich kaum in der Lage, regelmäßige Lagerungswechsel durchzuführen; hinzu kommt noch die Sorge, dem Patienten durch „ungeschicktes“ Anfassen zusätzliche Schmerzen zuzuführen.

Die körperliche Belastung wird im häuslichen Bereich oft noch durch das Fehlen eines elektronisch verstellbaren Pflegebettes oder anderer Hilfsmittel verstärkt.

Die Notwendigkeit, mit zunehmender Reduzierung der Patientenmobilität immer wieder neue Lagerungsmöglichkeiten auszuprobieren und ggf. auch in der Nacht zu lagern, führen zu einer hohen Anstrengung, Anspannung und Überforderung bei Angehörigen.

Wird diese enorme Leistung vom Patienten honoriert, fühlen Angehörige sich gestärkt und in dem Gefühl gestützt, aktiv in die Pflege integriert zu sein.

Oftmals kann aber trotz intensiver Bemühungen keine zufriedenstellende Lagerung erzielt werden. Zusätzlich entsteht durch den engen Körperkontakt beim Lagern Nähe und somit Konfrontation mit dem drohenden Verlust. Die veränderte Rolle vom partnerschaftlichen Miteinander in einer Beziehung zum Hilfsbedürftigen und Helfendem wird beim Thema Lagerung besonders deutlich.

Es fällt Angehörigen oft schwer, ihre neue Rolle zu finden, anzunehmen und daraus resultierende Ängste zu äußern. Dies kann bis zum Rückzug vom Patienten führen.

### **Die Pflegenden**

Das Thema Lagerung spielt in der Pflege eine große Rolle. Vielfach wird Lagerung unter dem Aspekt der Dekubitusprophylaxe und –behandlung durchgeführt, da das Entstehen eines Dekubitus nach wie vor als Pflegefehler erlebt wird und Schuldgefühle erzeugt. Die Vermeidung eines Dekubitus durch regelmäßige Lagerung stellt dadurch einen hohen Pflegewert dar. In der bedürfnisorientierten Palliativpflege entsteht hier ein Konfliktfeld: Wenngleich es auch immer ein Ziel ist und bleibt, einen Dekubitus zu vermeiden oder erfolgreich zu behandeln, so sind die Wünsche des Patienten als gleichwertig in den Pflegeprozess zu integrieren. So steht ggf. der medizinisch-pflegerische Auftrag dem Patientenwunsch gegenüber.

Die Berücksichtigung der Patientenwünsche im Kontext fortschreitender Tumorerkrankung einerseits und notwendige pflegerische Maßnahmen zur Prävention eines Dekubitus andererseits machen das pflegerische Spannungsfeld deutlich. Es erfordert eine genaue Krankenbeobachtung, in welcher Phase der Erkrankung der Patient sich befindet, das Ausschöpfen der für den Patienten tolerablen Möglichkeiten und den Mut, ggf. die Bedürfnisse des Patienten über die pflegerischen Ziele zu stellen.

Bedingungsloses Festhalten an regelmäßiger (2 stündlicher) Lagerung kann zwar das „pflegerische Gewissen“ entlasten und durch entsprechende Dokumentation ist die zu erbringende Leistung nachvollziehbar transparent, doch entspricht dies nicht immer dem palliativ-pflegerischen Anspruch nach bedürfnisorientierter, individueller Pflege.

S. Anlage Richtlinie zur Lagerung

### **Ziele in Bezug auf Lagerung**

#### **Der Patient**

- erfährt die Lagerung, die sein Wohlbefinden fördert und seinen persönlichen Bedürfnissen/ Gewohnheiten entspricht
- verbessert seine Orientierung im Bett und im Raum und kann sein Körpergefühl und seine Körperwahrnehmung fördern
- erfährt das zusätzliche Schmerzen vermieden, bzw. gelindert werden können
- weiß, dass versucht wird, durch regelmäßige Lagerung einem Dekubitus, bzw. der Verschlechterung eines Bestehenden entgegenzuwirken
- kennt die Risiken bei Lagerungsverzicht und kann diese einordnen
- erfährt Respekt und Akzeptanz, wenn er sich gegen Lagerung entscheidet

### **Die Angehörigen**

- sind informiert über Grundlagen der Lagerung und lernen, diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten durchzuführen
- lernen, die Selbständigkeit des Patienten zu fördern und zu achten
- akzeptieren, wenn der Patient Lagerung ablehnt
- wissen um die Bedeutung von Körperkontakt und Sicherheitsgefühl und was es bedeutet, regelmäßig bewegt und gelagert zu werden
- erfahren ihren Wert bei der Unterstützung durch Lagerung oder in der Biographiearbeit, wenn der Patient sich selbst nicht mehr äußern kann (welche Gewohnheiten und Vorlieben hatte der Patient)

### **Die Pflegenden**

- beachten in ihrem Vorgehen die Konfliktfelder, die bei der Lagerung eines schwerkranken Patienten entstehen können (Schmerzen, Dekubitus, Wünsche des Patienten/ der Angehörigen).
- integrieren die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten als gleichwertig in die Pflegeplanung, Durchführung und Dokumentation
- lagern den Patienten unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und stärken damit sein Selbstwertgefühl
- reflektieren das Pflegeziel und kommunizieren die Konfliktfelder im Team sowie mit Patienten und Angehörigen
- respektieren ggf. den Wunsch des Patienten nach Lagerungsverzicht
- wissen, dass Durchführung oder Verzicht von Lagerungsmaßnahmen Symptomveränderungen (z. B. Schmerz zu –oder abnahme) zur Folge haben können, und Veränderungen der medizinischen Therapie nach sich ziehen können

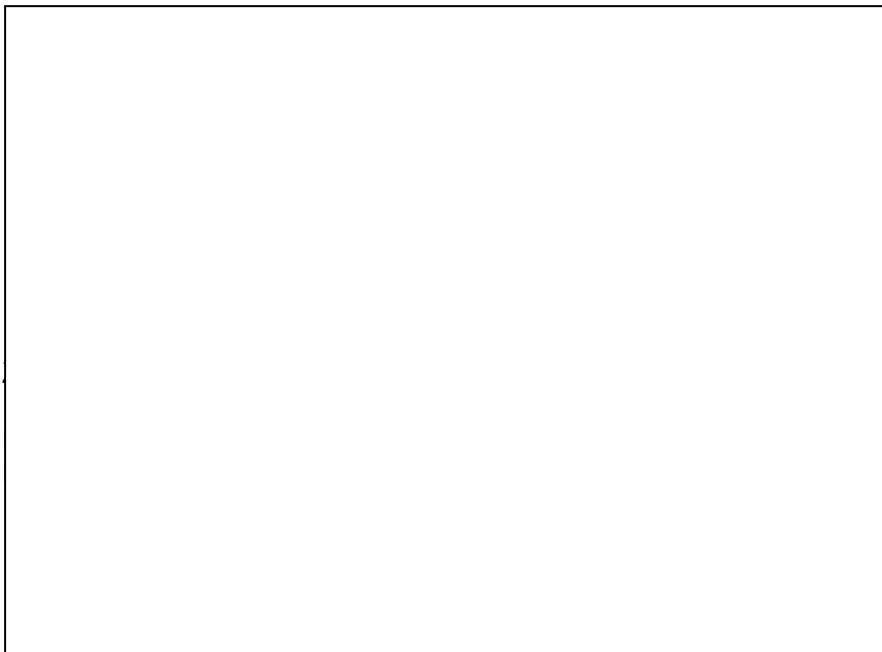
### **Pflegemaßnahmen zur Lagerung**

- Vorstellen bequemer Lagerungsmöglichkeiten unter Benutzung von geeigneten Hilfsmitteln (Handtücher, „Bettwurst“, Kissen, kinästhetische Lagerungshilfsmittel)
- Lagerung bzw. Bewegung des Patienten nach Gesichtspunkten der Kinästhetik und Basalen Stimulation
- Einsatz von Weichlagerungsmatratzen/ Wechseldruckmatratzen
- Führen eines Lagerungsplans
- Festlegen eines flexiblen Lagerungsschemas
- Anleitung der Angehörigen
- eventuell Unterstützung durch Physiotherapie prüfen

## **Literatur**

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Osnabrück 2002 [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- FRÖHLICH A, BIENSTEIN C, HAUPT U (Hrsg.): Fördern – Pflegen – Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf 1999
- KERN M: Palliativpflege – Richtlinien und Pflegestandards. Bonn 2000
- KOSTRZEWA S, KUTZNER M: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Bern 2002

## **Anlage: Richtlinie zur Lagerung in der Finalphase (Auszug)**



### Dokumentation:

- ein detailliert beschriebenes Lagerungsschema innerhalb der Pflegeplanung erfolgt nur dann, wenn bestimmte Lagerungen aufgrund eines Symptoms nicht möglich sind oder unbedingt eingehalten werden müssen (z.B. Schmerzen bei Fraktur)
- sonst wird der Lagerungswechsel unspezifisch dokumentiert.
- Die Art einer Weich – oder Superweichlagerung wird in der Pflegeplanung dokumentiert.

Die Entscheidung, den Standard Lagerung zugunsten des Standards Dekubitusprophylaxe einzusetzen muss – wenn noch möglich mit dem Patienten -, stellvertretend mit den Angehörigen besprochen und das Ergebnis in der Kurve dokumentiert werden.

In: KERN M: Palliativpflege – Richtlinien und Pflegestandards. Bonn 2000