



Veranstaltung

“Palliative Care für Pflegekräfte“

Samstag, den 21. April 2007

Neumünster, Papierfabrik



Pflege und palliative Versorgung

Palliative Care ist ein "Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und

Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art" (WHO 2002)

In Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. hat das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege eine Veranstaltung zum Thema Pflege und palliative Versorgung vorbereitet.

Im Rahmen der Veranstaltung wurden einige ausgewählte Themen der palliativen Versorgung aufgegriffen wie die palliative Sedierung, die Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung, die Pflege und Sterbebegleitung von Migranten für eine kultursensible Pflege, die Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz und die Hospiz- und Palliativpflege als eine mögliche berufliche Sackgasse.

Das Einführungsreferat von Herrn Manfred Gaspar trug dazu bei noch einmal alle Facetten einer palliativen Betreuung zu beleuchten und Grundlagen für die spätere Gruppenarbeit zu legen. Leider lag uns der Beitrag von Herr Gaspar bis zum Redaktionsschluss nicht vor.

Frau Rehwinkel, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren berichtete von den Aktivitäten des Bundes und des Landes Schleswig-Holstein zu vernetzte Strukturen in der palliativen Versorgung (Beitrag in der Anlage).

Die Begegnung und der Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander in den Pausenzeiten trugen ebenfalls zu einem weiteren fachlichen und persönlichen Austausch bei.

Die Veranstaltung wurde abgerundet durch den Märchenerzähler Jörn-Uwe Wulff aus Hamburg, der 120 anwesende Menschen dazu brachte eine Stecknadel fallen zu hören, aber im Gegenzug auch zum Schmunzeln und Entspannen einlud.

Programm der Veranstaltung



10.00 Uhr Eröffnung der Veranstaltung
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Ingrid Rehwinkel

10.15 Uhr Begrüßung DBfK
Claudia Biedermann, Geschäftsführerin

10.25 Uhr Begrüßung NDZ
Dörte Christens-Kostka, Geschäftsführerin

10.40 Uhr Die palliative Versorgung und der Schmerz *Ein Einführungsreferat*
Manfred Gaspar

11.20 Uhr Vernetzte Strukturen in der palliativen Versorgung
Ingrid Rehwinkel, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

11.50 Uhr Mittagspause

12.50 -14.50 Uhr Arbeit in Workshops (WS)

Workshop 1 Palliative Sedierung - Sinn oder Unsinn - Für wen sedieren wir: für den Patienten, die Angehörigen oder für das therapeutische Team?
Perdita Klützke-Naumann, Neumünster Dr. Klaus Wittmaack, Neumünster

Workshop 2 Halt - halten -Haltung
- Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung
Uwe Enenkel, Lübeck

Workshop 3 Pflege und Sterbebegleitung von Migranten für eine kultursensible Pflege
Martin Meyer, Köln

WS 4 Zwischen Hingabe und Abgrenzung
Hospiz- und Palliativpflege - eine berufliche Sackgasse?
Ute Reimann, Hannover

WS 5 Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz - Kommunikation bis zu letzt?
Anke Kröhnert, Rieseby, Waltraut Dahl, Rieseby

15.30 Uhr Märchenhafter Ausklang mit Harfe - Der Tod und das Märchen
Märchenerzähler, Jörn-Uwe Wulff, Hamburg



Im Folgenden haben wir versucht die verschiedenen Workshops der Veranstaltung zu dokumentieren. Für diese schwierige Aufgabe haben sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Weiterbildungskurse der Pflegeakademie der DAA in Neumünster zur Verfügung gestellt. Für die guten Ergebnisse möchte ich mich noch einmal ganz herzlich bedanken.

In der Anlage finden Sie noch einige weitergehende interessante Informationen zum Themenbereich Hospiz - Palliativversorgung.

Bericht aus dem Workshop 1

Palliative Sedierung – Sinn oder Unsinn

„Für wen sedieren wir: für den Patienten, die Angehörigen oder für das therapeutische Team?“

Referenten: Perdita Klütze-Naumann, Neumünster
Dr. Klaus Wittmaack, Neumünster

Workshopbericht: Thomas Burger, Neumünster



Einleitung

In der palliativmedizinischen Betreuung sterbenskranker Menschen gibt es einen breiten Konsens, dass im Bemühen um eine adäquate Symptomlinderung bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und anderen

Erkrankungen im Endstadium der Einsatz von Sedativa in Extremsituationen notwendig ist.

Das Ziel des Workshops: Diskussion und der Klärungsversuch der Eingangsfrage „Für wen sedieren wir: für den Patienten, die Angehörigen oder für das therapeutische Team?“

Hierbei steht die Frage im Mittelpunkt ob eine Mehranwendung von Sedativa auf dem stärkeren Bedürfnis der Patienten, der Angehörigen oder einer veränderten Einstellung vom therapeutischen Team beruht oder ob es generell eher einer Auffassung von guter Sterbebegleitung zuzuschreiben ist. Darüber hinaus sollte ein weiteres Ziel dieses Workshops sein: eine verbesserte Sensibilität im Umgang mit der palliativen Sedierung zu erreichen

Vorstellung der Dozenten: **Perdita Klütze-Naumann:**

geb. 1955 in Hamburg

2 Töchter

Ausbildung zur Krankenschwester 1974- 1977 in Hamburg

1977- 1999 Arbeit auf der medizinischen Notaufnahme des Klinikum Nord in Hamburg

1988 - 90 Ausbildung zur Trauerbegleiterin

1992-93 Weiterbildung Klientenzentrierte Gesprächstherapie

2000- 2001 Weiterbildung Fachpflege: Palliativmedizin

2001 Ausbildung zur Trainerin für Palliative-care

seit 2001 Leitung der Weiterbildung Palliative-care für Pflegepersonal in HH und Schleswig-Holstein weiterhin tätig als Krankenschwester auf der Palliativstation des FEK NMS

Dr. Klaus Wittmaack

Verheiratet, 5 Kinder, Geb. 23.9.1957 in Hamburg, Studium der Medizin in HH

1978-1984, Approbation als Arzt 1984

Seit 1985 als Anästhesist tätig im

Friedrich Ebert Krankenhaus in NMS

1988 Promotion

1990 Facharzt für Anästhesiologie

1995 DGAI- Zertifikat Spezielle Schmerztherapie (Zusatzbezeichnung)

2000 spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin

2006 Palliativmedizin (Zusatzbezeichnung)

seit 10/2004 Ärztliche Leitung der Palliativstation am FEK NMS

Was ist terminale Sedierung?

Definition:

Die terminale Sedierung hat als Ziel die Linderung der Symptome, als Mittel den Einsatz von Sedativa und als Ergebnis die Linderung des Leidens“ (*Radbruch: Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage 2007, S. 1031*)

„Die Entscheidung für den Einsatz der terminalen / palliativen Sedierung muss ausdrücklich jede Absicht der aktiven Tötung des Patienten oder der Beschleunigung des Todeszeitpunktes ausschließen. Nach der Theorie des Doppelleffektes wäre eine mögliche Verkürzung der verbleibenden Lebensspanne ethisch akzeptabel, wenn das ursprüngliche und vorrangige Ziel eindeutig die Linderung des Leidens und nicht die Verkürzung der Lebenszeit ist. Dies muss

unterschieden werden bei Patienten, die Konzentrationsstörungen und Sedierung als Nebenwirkung der symptomatischen Medikation, z.B. mit Opioiden oder Benzodiazepinen, in Kauf nehmen, weil nur so eine ausreichende Symptomlinderung zu erreichen ist. Terminale / palliative Sedierung sollte deshalb nicht als standardisiertes Verfahren eingesetzt werden. Die Sedierung ist ein letzter Ausweg für Patienten mit therapieresistenten Symptomen und Beschwerden, der immer wieder individuell entschieden und auf ethische Konflikte überprüft werden muss“ (vgl. Radbruch s.o. S. 1035)

Voraussetzungen zur palliativen Sedierung

- ➔ Die Sedierung ist ausschließlich Mittel zum Zweck der Symptomkontrolle und nicht das eigentliche Therapieziel.
- ➔ Das Symptom ist refraktär bezüglich anderer alternativer Therapiemaßnahmen.
- ➔ Der Patient und seine Angehörigen sind in vollem Umfang in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen.
- ➔ Die erwarteten positiven Effekte der Sedierung überwiegen die erwarteten Risiken und Belastungen (Nebenwirkungen).

Gefahren und Risiken der palliativen Sedierung

Die Einwilligung des Patienten und seiner Angehörigen wird als wichtige und notwendige Voraussetzung zur palliativen Sedierung am Lebensende erachtet. Einfühlsames Verstehen, ethische und fachliche Kompetenz aber auch die Kommunikation über Möglichkeiten, Formen und Ziele der Sedierung sind vom therapeutischen Team zu führen und müssen dementsprechend mit besonderer Sensibilität geführt werden können.

Eine Gefahr *besteht bei der* palliativen Sedierung durch das therapeutische Team, wenn der Druck in Situationen unbefriedigter Symptomkontrolle, der auf das therapeutische Team einwirkt, aufgrund mangelnder Erfahrung oder Kommunikationsschwächen zunimmt und es das Ziel verfolgt, durch eine Sedierung den Tod etwas zu beschleunigen. Um dieser Problematik zu entgehen, bei Patienten mit Erkrankungen, bei denen es in der Endphase zu schwer kontrollierbaren Symptomen kommen könnte, sollte deshalb die Möglichkeit der palliativen Sedierung in der Sterbephase schon frühzeitig und unter Einbeziehung

aller Beteiligten in Betracht gezogen werden. Kommt es dann im Finalstadium zu diesen Symptomen, ist die weitere Vorgehensweise geklärt und es kann danach gehandelt werden.

Sollte im Vorhinein nicht die Möglichkeit bestehen, diese Klärung der Fragen durchzuführen und kommt es im Finalstadium der Erkrankung zu einer Notsituation mit massiven Blutungen, extremer Unruhe und Erstickungsangst, so ist eine Sedierung zur bestmöglichen Symptomkontrolle in der Sterbephase auch ohne explizite Einwilligung des Betroffenen angezeigt. Allerdings sollte gerade in dieser Phase eine kritische Auseinandersetzung innerhalb des therapeutischen Teams erfolgen, ob diese Sedierung wirklich für den Patienten und nicht für die Angehörigen oder für das therapeutische Team erfolgt.

Zur Verdeutlichung der Schwierigkeit im Umgang mit der palliativen Sedierung im therapeutischen Team, soll nachfolgend wiedergegebenes Fallbeispiel zwischen Perdita Klützke-Naumann, Neumünster und Dr. Klaus Wittmaack, Neumünster exemplarisch für diese Problematik dienen:

Medizinischer Bericht/ Zusammenfassung

Aus medizinischer Sicht lässt sich zusammenfassen:

Weibliche Patientin, geboren 1936, fortgeschrittener austherapierter metastasierender Bronchial - CA. Verlegung ins Krankenhaus in die Thoraxchirurgie zur Tumorlaserung und Stenteinlage, da der Tumor auf den rechten Hauptbronchus drückte und es demzufolge zu zunehmender Atemnot, Unruhe und Agitiertheit führte.

Die Angehörigen der Patientin waren während des gesamten Verlaufes der Behandlung im Krankenhaus präsent und waren über den Zustand der Patientin erregt und aufgebracht.

Verdacht von Hirnmetastasen, da die Patientin stark erregt, unruhig und verwirrt war.

Zum Ausschluss CT und MRT, führte jedoch zu keinen Ergebnissen, da die Patientin auch in der Untersuchung stark erregt und unruhig war und die Untersuchungsergebnisse nicht abschließend beurteilt werden konnten.

Die Patientin wurde daraufhin mit *Tavor*® sediert und es erfolgte eine passagere Fixierung.

Nach Absprache mit den Angehörigen und der Patientin Verlegung auf die Palliativ-Station.

Pflegerischer Bericht/ Zusammenfassung

Aus pflegerischer Sicht lässt sich folgendes zusammenfassen: Die Patientin war bei der Übernahme von der Thoraxchirurgie fixiert und mit *Tavor®* sediert.

Bei der Rücksprache mit den Angehörigen stellte sich die Frage der Übersedierung. Daraufhin Reduzierung der Neuroleptika. Die Patientin wurde daraufhin wacher und klarer, war aber weiterhin nicht orientiert. Patientin war sehr mobil und aktiv.

Die Patientin hatte aus Sicht der Pflegepersonen ein erhöhtes Körperbedürfnis, einhergehend mit einem erhöhten Bedarf an Zärtlichkeit. Patientin äußerte immer wieder den Wunsch nach Hause gebracht zu werden.

Die Patientin wird im weiteren Verlauf nicht mehr sediert. Um die Überaktivitäten **der Patientin** zu kompensieren, wurde sie in den Stationsablauf mit einbezogen. Z.B. nahm die Nachtwache die Patientin im Rollstuhl mit durch die anderen Patientenzimmer. Im weiteren Verlauf besserte sich die Situation weiter, Patientin wurde mobiler und verlies u.a. zum Rauchen das Zimmer.

Nach fünf Tagen wieder zunehmend Dyspnoe und Unruhe, die aus pflegerischer Sicht aber gut händelbar waren.

Abschluss ärztlicher Bericht

Nach fünf Tagen auf der palliativen Station, deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Es waren keine Atemgeräusche im *in der rechten Lunge* mehr vernehmbar. Die Patientin unterlag einem ständigen Bewegungsdrang. Bei Bedarf erhielt die Patientin Morphin später dann kontinuierlich über Perfusor und zusätzlich kontinuierliche Sauerstoffgabe. Nach Rücksprache mit den Angehörigen, die die Frage stellten: „Ob man gegen diese Zustände nichts unternehmen könnte (Unruhe und Luftnot)“, wurde die Patientin wieder medikamentös sediert.

Patientin verstarb am folgenden Tag.

Im Nachgang zu dem oben beschriebenen Verlauf wurde auf der Station über die Vorgehensweise diskutiert, dass pflegerische Personal war mit den Anordnungen zur palliativen Sedierung, des ärztlichen Personals nicht einverstanden.

Pflege: „Warum Neurocil® in den Perfusor? Welche Intension gab es dazu? Warum sind sie der Meinung das eine Sedierung notwendig war?“

Arzt: „Die Patientin hatte Luftnot und präfinale Unruhe. Es sollte eine Erleichterung für die Patientin sein.“

Pflege: „Ich hatte den Eindruck, dass Ruhephasen vorhanden waren. Die Atmung war normal und die Patientin war nicht panisch. Ich sehe keinen Anlass für die Sedierung. Morphine würde hierbei ausreichend sein.“

Arzt: „Das ist doch Quälerei für die Patientin, die Angehörigen sind der gleichen Meinung.“

Pflege: „Patientin hat aber keine Dyspnoe die die Sedierung rechtfertigt und die Angehörigen können dieses überhaupt nicht nachvollziehen. Wissen die Angehörigen, dass die Patientin nach der Sedierung nicht mehr reaktionsfähig ist? Das dieses eine künstlich herbeigeführte Situation ist?“

Arzt: „Die Sedierung soll nur vorübergehend sein, bis die Patientin sich wieder erholt hat. Es ist die richtige Begründung denn Anwesenheit und Nähe spürt die Patientin auch nach der Sedierung noch. Patientin war zudem total unruhig und hatte Luftnot, die Sedierung war nötig um das Leiden zu lindern.“

Pflege: „Ich finde wir haben nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Die Symptome hätten auch auf andere Weise behandelt werden können z.B. durch Musik etc. Die Unruhe wurde lediglich durch die Dyspnoe hervorgerufen.“

Zusammenfassung Fallbeispiel und Diskussion:

Bei Patienten mit stärksten Schmerzen und Dyspnoe, muss es gelingen eine Distanzierung von der Angst zu erlangen bis hin zur Sedierung. Konkludentes Verhalten ist hierbei oberste Priorität.

Es muss versucht werden, dass sich das therapeutische Team in die Position des Patienten hineinversetzt.

Es müssen Missverständnisse im Team gelöst werden, dazu gehört auch und vor allem die multidisziplinäre Aussprache und Diskussion über die Vorgehensweise zur palliativen Sedierung.

Vorausschauendes Verhalten im Team, mit Angehörigen und dem Patienten ist hierbei von elementarer Wichtigkeit.

Es sollte im Vorhinein besprochen werden, wie in so einer zu erwartenden Situation vorgegangen wird und welche Maßnahmen im Präfinalstadium ergriffen werden sollen.

Verfahren und Methoden zur Durchführung der terminalen Sedierung

Zur Durchführung der terminalen Sedierung ist die Einwilligung des Patienten, wenn möglich, einzuholen. Sollte dies nicht möglich sein, so ist, wie vorhergehend schon beschrieben, zu verfahren und abzuwägen, ob eine terminale Sedierung angezeigt ist.

Zur terminalen Sedierung sollten vorzugsweise Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine verabreicht werden. Der Vorteil dieser liegt in den guten anxiolytischen Eigenschaften sowie in der sedierenden und muskelentspannenden Wirkung. Bedarfsweise sollten hier Lorazepam (*Tavor®*) oder Midazolam (*Dormicum®*) appliziert werden.

Möglichkeiten der Applikation:

- ➔ Kontinuierliche Infusion intravenös oder subcutan
- ➔ Kontinuierlich über Dauerperfusor, dadurch exakte Dosierung möglich, Medikament wird sicher appliziert
- ➔ Gabe über Port, intravenöser Zugang oder subcutan

Eine mögliche Sedierung ist in der Terminalphase auch mit Levopromacin (*Neurocil R*) möglich. Vorteil von Levopromacin ist die sedierende und antiemetische Wirkung und die zusätzlich Antihistaminwirkung. Ein weiterer Vorteil ist die gute Mischbarkeit und verstärkte Analgosedierung mit Morphin.

Analgesie

Zu beachten ist, dass die Analgesie bei Schmerzen immer beibehalten werden sollte. Als Beispiel zur Analgesie soll hier Morphin genannt werden. Morphin

sediert und euphorisiert und verstärkt die Wirkung von Sedativa. Zu empfehlen ist bei der Analgesie ein Perfusor mit Bolusfunktion (PCA-Pumpe).

Stärkere Analgosedierung mit noch stärkerer Analgesie durch *Fentanyl/ Midazolam*. Vorteil ist, dass beide Medikamente die gleiche Halbwertszeit besitzen. *Fentanyl* wirkt zudem 100-mal stärker als Morphin. Hierbei ist allerdings zu beachten das *Fentanyl*, wie auch Morphin stark atemdepressiv wirken.

Zusammenfassung

Bei der palliativen Versorgung und der terminalen Sedierung, die zu einer Reduzierung einer schlimmstmöglichen Problematik führt, muss immer eine Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Team, den Angehörigen als auch mit sich selbst erfolgen. Die terminale Sedierung sollte nie als Möglichkeit zur Ruhigstellung des Patienten dienen.

Hierbei ist insbesondere zu bedenken, dass die Anforderungen der Angehörigen nicht immer die Richtigen sind. Um diese Problematik zu lösen, ist es erforderlich, Angehörige in die Behandlung mit einzubeziehen und eine verstärkte Aufklärung dieser zu ermöglichen und durchzuführen. Eine möglichst frühzeitige Zielvereinbarung mit den Angehörigen und dem Patienten ermöglicht unter Umständen Abhilfe. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den Folgen steht hier an oberster Stelle. Deshalb sollte wenn möglich mit allen Beteiligten ein sog. Masterplan ausgearbeitet werden. Hierbei ist zu bedenken, wie kann dem Angehörigen und dem Patienten geholfen werden ohne zusätzliche Ängste zu wecken. Dabei bleibt zu beachten, dass auch Angst zugelassen werden muss, die dann aber adäquat aufgefangen werden muss (medikamentös / therapeutisch).

Die Diskussion, ab welchem Zeitpunkt (end of life care) die Krankheit unheilbar ist, muss somit immer mit dem Patienten, Angehörigen und dem therapeutischen Team geführt werden. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung ein breites Band an Informationen zu sammeln und diese Informationen in geeigneter Form an alle Teammitglieder weiterzugeben diese dann aber auch zu bearbeiten.

Zwei Punkte sollten im Zusammenhang mit der palliativen Sedierung nie außer Acht gelassen werden:

- ➔ Es sollte nicht vergessen werden, dass bei der Diskussion um die palliative Sedierung die Wünsche und Bedürfnisse der *Patienten an erster Stelle stehen*. Diesen muss zu jeder Zeit ermöglicht werden, die Wahl zur palliativen Sedierung zu haben und Wünsche abgeben zu können. Um dieses zu ermöglichen, ist es vor allem wichtig alle Personen, die dem betreuenden Kreis angehören, immer wieder über die Folgen aber auch die Möglichkeiten aufzuklären.
- ➔ Es sollte nie vergessen werden sämtliche Tätigkeiten und Anordnungen im therapeutischen Team zu hinterfragen.

„Die Ansprüche an die Medizin und die Behandlungsmethoden steigen, wenn man sich zurückerinnert, dass in den 90er Jahren behauptet wurde: „Kein Mensch muss Schmerzen haben“. Wir können es uns nicht erlauben, weiter solche „Halbwahrheiten“ zu verbreiten. Wir sind in der Lage Leiden zu lindern aber nicht zu eliminieren. Wir besitzen keine Allheilmittel und können übertrieben und gesteigerten Erwartungen nicht immer gerecht werden. Wir können allerdings mit Herz und Verstand an diese Problematik herantreten um dem Patienten zu helfen sein Leiden zu lindern.“ (Dr. Klaus Wittmaack, Neumünster)

Bericht aus dem Workshop 2

Halt - halten -Haltung

- *Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung*

Referent: Uwe Enenkel, Lübeck

Ein Workshopbericht konnte aus organisatorischen Gründen leider nicht erstellt werden. Der Dozent hat allerdings ein ausführliches Skript für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshop erarbeitet. Dieses Dokument finden Sie ebenfalls in der Anlage.

Bericht aus dem Workshop 3

Pflege- und Sterbegleitung von Migranten für eine kultursensible Pflege

Dozent: Martin Meyer, Köln

Workshopbericht: Christiane von Dittfurth, Neumünster

Der Workshop „Pfleger und Sterbegleitung von Migranten für kultursensible Pflege“ fand im Rahmen der Veranstaltung „Pfleger und palliative Versorgung“ am 21. April 2007 in Neumünster statt. Die Leitung dieses Workshops hatte Herr Martin Meyer aus Köln. Herr Meyer studierte angewandte Gesundheitswissenschaften und arbeitet u.a. als Supervisor, Organisationsberater und Personaltrainer in medizinischen und sozialen Einrichtungen.

Neben seinen Ausführungen regte Herr Meyer immer wieder zu Diskussionen während des Workshops an.

Die Teilnehmer des Workshops berichteten nach einer Vorstellungsrunde über ihre Erfahrung im Umgang mit Mitmenschen / Pflegebedürftigen anderer Kulturen. So erzählte ein Teilnehmer aus Hamburg, dass dort derzeit in einem Altenheim eine interkulturelle Station für Bewohner mit nichtdeutscher Herkunft eingerichtet wird. Eine andere Teilnehmerin berichtete, dass sie in einem ambulanten Hospizdienst in Hamburg St. Georg arbeitet und wenig Kontakt zu pflegebedürftigen Migranten besteht. In Bad Oldesloe existiert eine Hospizbewegung, die sich u.a. um die dort lebenden Pflegebedürftigen russischer Herkunft kümmert.

Allgemein wurde über eine Unsicherheit in der Pflege- und Sterbegleitung von Migranten berichtet. Alle Teilnehmer sind sich jedoch bewusst, dass im Rahmen der Globalisierung die Bedeutung der interkulturellen Pflege zunimmt.

Doch was bedeutet Migration? Der Begriff Migration leitet sich von dem griechischen Wort *Migrare* ab und bedeutet allgemein „Herumwandern“. In Deutschland leben nicht nur die klassischen Einwanderer, sondern auch Vertriebene und Flüchtlinge z.B. politisch Verfolgte. Viele der Migranten, die „herumwandern“ leben seit Jahren in Deutschland und bedürfen inzwischen der Pflege.

In seinen Ausführungen berichtete Herr Meyer über die soziale Situation. So sind ca. 54 % der Migranten Hauptschüler. Damit liegt das Risiko der Arbeitslosigkeit doppelt so hoch gegenüber der allgemeinen Bevölkerung. Zudem besteht die Gefahr einer Ghettobildung in den Städten. Inzwischen leben die dritte und die vierte Generation in Deutschland. Auf diese Gruppe trifft die Migrantensituation anders zu. Die Betroffenen leben zwischen den Kulturen. Dies bedeutet ein besonderes subjektives Erleben und die individuellen Vorstellungen der Migranten stimmen oft mit dem Umfeld nicht überein. Das Gefühl der Entwurzelung trifft hauptsächlich auf Jugendliche zu. Sie leben oft emotional in zwei Kulturen. Aber auch ein Gefühl von Ausgeschlossenheit durch verschiedene Formen der Diskriminierung, z.B. durch eine kurzangebundene Kommunikation auf Ämtern. Die erste Generation der Migranten hat häufig Sprachprobleme. Diese ist bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern. Eine weitere Problematik der Verständigung besteht darin, dass viele Migranten Analphabeten sind.

Zu Beginn einer kleinen Diskussionsrunde regte Herr Meyer an, die eigene Kulturverbundenheit zu reflektieren. Was bedeutet für mich Kultur und Religion? So wurde allgemein festgestellt, dass in Europa in der Sprache und in den Ritualen vieles ähnlich ist. Man ist bereit, sich in gewissem Maße mit den Werten und Normen anderer Kulturen auseinander zusetzen, aber evtl. auch selber zu hohe Erwartungen setzt. Was bedeutet dies für die palliative pflegerische Versorgung? Das Gefühl der Fremdartigkeit bleibt bei den Migranten oft erhalten. Dadurch kann sich die Einsamkeit als Sterbender verstärken.

Herr Meyer gab zu bedenken, dass Pflegende ihr Wissen über andere Kulturen erhöhen sollten. Kulturelles Wissen sollte jedoch nicht stereotypisiert werden, wie der typische Asiat oder der typische Amerikaner. Außerdem sind Migranten oft selber eine Minderheit in ihrem Heimatland. Auch, wenn wir alle unsere bestimmte Vorstellung von Stereotypen haben, besteht doch die Möglichkeit sie zu hinterfragen und für Offenheit zu sorgen. Nicht vergessen werden darf, dass in anderen Ländern die Transformationsprozesse sehr viel schneller verlaufen.

Wie kann Vertrauen in der palliativen Versorgung entstehen? Mit dieser Fragestellung regte Herr Meyer eine weitere lebhaftere Diskussion an. Ein Teilnehmer berichtet, dass im Ausland die Menschen eher offen auf einen zukommen und Fragen stellen. Respekt vor anderen Kulturen ist ebenso wichtig wie eine empathische Haltung. Ein anderer Teilnehmer verwies auf eine eindeutige Kommunikation. So sollten auch immer Selbstverständlichkeiten und Routinearbeiten erklärt werden. Ergänzend verwies Herr Meyer auf die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation. Dafür sind Empathie, Akzeptanz und Interesse an anderen Kulturen Voraussetzung.

Um Missverständnissen entgegen zu wirken, darf eine Übereinstimmung und Selbstverständlichkeit nicht erwartet werden. Es besteht immer die Gefahr einer Fehlinterpretation von Verhaltensweisen. So erklärte Herr Meyer, dass es z.B. in arabischen Ländern ein besonderes Lob eines Gegenstandes den Eigentümer zu einer Schenkung nötigen könnte. Daher sollte eigenes Verhalten immer überprüft und reflektiert werden. Daraus ergibt sich der Grundsatz „Eindeutigkeit aller Handlungen und Aussagen“.

Erörterte wurde, dass es in der Pflege schwierig sein kann, mit der Wahrheit umzugehen. „Eindeutigkeit kann auch verletzen.“ Jedoch kann auch die Eindeutigkeit durch Verlieren von Handlungsmöglichkeiten erschwert werden. Zudem ist das Thema Sterben und Tod oft tabuisiert. Hier erhalten pflegerische Zugangswege eine besondere Bedeutung. So ist die nonverbale Kommunikation eine Möglichkeit sich freier und offener zu verhalten. Die Interpretation von Mimik und Gestik ist weniger fehlerträchtig als eine verbale Kommunikation. Auf die

Äußerung von Herrn Meyer, dass Pflegeberufe in ihrer Ausbildung besonders geschult sind, entstand erneut eine lebhaft Diskussions. Eine Teilnehmerin entgegnete, dass in der Pflege leider genau dies häufig nicht beachtet wird. Eine andere Teilnehmerin erklärte, dass im Bereich der Krankenhäuser die Pflege auf dem guten Weg sei und die Würde der Patienten geachtet wird. So finden in der Pflege trotz des hohen Druckes Veränderungen statt und es wird bewusster reflektiert.

Welche Möglichkeiten und allgemeine Maßnahmen kann die Pflege in der interkulturellen Pflege treffen? So sollten möglichst zweisprachige Pflegekräfte eingesetzt werden. Dies orientiert sich am Bedarf des jeweiligen Klientels sowohl in der ambulanten wie in der stationären Pflege. Eine weitere Möglichkeit ist die Zusammenarbeit mit Kulturvereinen, Migrantenbüro der Städte und Kreise sowie religiöse Einrichtungen der jeweiligen Gruppen. Hier regte Herr Meyer an, sich die Infrastruktur genau anzuschauen.

Leitgedanke: „Irritierende oder verunsichernde Faktoren vernachlässigen und das rein Menschliche, das uns verbindet in den Vordergrund stellen.“ (Barbara Nickel)

Im Anschluss an eine weitere Diskussionsrunde gab Herr Meyer einen Einblick in die religiösen Besonderheiten im Islam, Buddhismus und der christlich orthodoxen Kirche.

Islam

Im Islam richtet sich in der Sterbebegleitung alles nach dem Glaubensinhalt „Gott hat genommen, was ihm gehört.“ Es ist somit die Glaubensgrundlage. Tod und Geburt zählen zu den wichtigsten Stationen im Leben eines Menschen. Danach darf der Tod eines Menschen nicht herbeigeführt werden. Zumal im Islam der Todesort und die Todesstunde bei der Geburt schon vorbestimmt sind.

Der Glaube des Islam beruht auf 5 Säulen

- Schahada ist unumkehrbare das Glaubensbekenntnis ... „Wer seinen Glauben ändert, den sollt ihr töten.“ (Hadith: Buhari Nr. 2794)
- 5 mal am Tag das Gebet sprechen

- Fasten / Ramadan ... ausgenommen sind Menschen mit schweren Erkrankungen, Reisende, Kinder und Schwangere
- Almosen verteilen
- Pilgerfahrt nach Mekka sollte jeder Gläubige einmal im Leben machen

Für Pflegende ist es wichtig zu wissen, dass sehr auf die Sittsamkeit geachtet wird. Daher sollte die Pflege nur von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften erfolgen. Die Gebetszeiten sind zu beachten.

Im Islam werden Schmerzmittel nicht abgelehnt. So erhält der Sterbende auf Verlangen sofort schmerzstillende Medikamente.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die körperliche Reinigung. Es wird gerade während der Sterbegleitung peinlich auf körperliche Sauberkeit geachtet. Der Sterbende soll nicht unrein ins Paradies eingehen. Ebenso ist drauf zu achten, dass ein Imam jederzeit erreichbar und verständigt ist.

Buddhismus

Für den Buddhisten stellt der Tod nicht das Ende seines Seins dar. Er wird als der Übergang der Wiedergeburt betrachtet. Das jetzige Leben dient der Erfahrungssammlung für das nächste Leben. Das Ziel ist das Erlangen der Vollkommenheit und der Eingang ins Nirwana.

Für die Pflegenden ist wichtig zu wissen, dass der Kopf als der Sitz der Seele betrachtet wird. Er darf nur bei besonderer Notwendigkeit und nach voriger Erklärung berührt werden. Die linke Hand gilt als unrein und darum sind Gegenstände immer der rechten Hand zu reichen. Die ist von den Pflegenden selber auch zu beachten und sich an diese Regel zu halten.

Im Buddhismus ist die Körperhygiene sehr wichtig. Einmal täglich wird der Körper gründlich gewaschen. Allerdings sollte hierfür nur abgekochtes Wasser verwendet

werden. Des Weiteren wünscht der Buddhist dabei nicht beobachtet zu werden. Ebenso nehmen Buddhisten ungern ein Wannenbad.

Im Gegensatz zum Islam lehnt ein Buddhist möglicherweise Schmerzmittel ab. Er möchte nicht mit einem vernebelten Geist sterben. Auch sollten in der ersten halben Stunde nach dem Tod keine leidvollen Gefühle geäußert werden. Des Weiteren darf der Verstorbene in dieser Zeit nicht berührt werden, da sein Bewusstsein noch wach ist. Es fällt erst danach in eine Ohnmacht.

Als geistige Begleitung ist zu einem Sterbenden ein religiöser Meister, Yogi oder Mönch zu rufen. In aller Stille geben die Anwesenden dem Verstorbenen ihre guten Wünsche mit. Eine Besonderheit sollte noch erwähnt werden: der Verstorbene ist auf seine rechte Seite in der „Löwenstellung“ zu lagern. Aber wie schon weiter oben erwähnt, erst eine halbe Stunde nach Todeseintritt.

Christlich orthodoxe Kirche

In den christlich orthodoxen Kirchen herrscht die Überzeugung älter als die Kirche Roms zu sein. Sie glauben, direkt von der Urgemeinde Jerusalems abzustammen. Von besonderer Bedeutung und sehr wertvoll ist die Familienikone. Ihre Anwesenheit wird als trostreich empfunden.

Während der Sterbegleitung wird die Grundpflege so weit möglich von den Familienangehörigen durchgeführt. Die Familie ist stark mit einbezogen und pflegen ihre Familienmitglieder so lange wie möglich selber.

Die Krankensalbung kann bei Nichterreichbarkeit eines orthodoxen Geistlichen auch ein katholischer Priester übernehmen. Dies gilt auch für die Kommunion. Sehr bedeutend ist ein Abschiedsritus mit Kerzen, Kreuz und Ikonen durch einen Seelsorger. Wobei die Totenklage den Angehörigen vorbehalten bleibt. Die Waschung und das Ankleiden nach dem Tod werden nur durch die Familie vorgenommen. Wenn möglich wird der Verstorbene offen aufgebahrt, um auch anderen die Gelegenheit des Abschiedes zu geben.

Alle Teilnehmer dieses Workshops empfanden das Thema sehr interessant und bedauerten die kurze zur Verfügung stehende Zeit. Es gäbe sicherlich noch einiges zu berichten und zu diskutieren.

Bericht aus dem Workshop 4
Zwischen Hingabe und Abgrenzung
Hospiz- und Palliativpflege - eine berufliche Sackgasse?

Dozentin: Ute Reimann, Hannover
Workshopbericht: Birgit Gerner, Neumünster

Einleitung

„Menschen am Ende des Lebens begleiten ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die auf unterschiedlichen Ebenen an allen daran beteiligten Personen, Organisationen und Institutionen hohe Anforderungen stellt. Komplexe medizinisch-pflegerische, psychosoziale wie auch spirituelle Problem- und Bedarfslagen müssen beantwortet, die individuellen Wünsche und Präferenzen der Patienten und ihrer Angehörigen müssen bei der Versorgungsgestaltung berücksichtigt werden (...)“ soweit Prof. Dr. Michael Ewers in seiner Einleitung zu dem Spannungsfeld der Arbeit in der palliativen Versorgung (Aus: Palliative Praxis: Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, Veröffentlichungsreihe des IPW, Universität Bielefeld, August 2006, S.1).

Vorstellung der Dozentin:

Frau Ute Reimann ist Dipl. Supervisorin und seit 12 Jahren hauptamtlich- im Hospiz Luise in Hannover tätig. 5 Jahre arbeitete sie in der Ausbildung ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter nach dem Celler Modell für einen ambulanten Hospizdienst. Des Weiteren gehören Unterrichtstätigkeiten in Palliative Care Kursen für Pflegende zu ihrem Tätigkeitsfeld. Zurzeit arbeitet sie an der Entwicklung eines Konzeptes zur niederschweligen nachgehenden alltagsnaher Trauerbegleitung.

Frau Reimann war als Mitglied des Gründungsteams des Hospiz „Luise“ in Hannover an der Pionierphase dieser Einrichtung beteiligt. Zu der Zeit gab es noch keine Regelungen über die Finanzierung einer solchen Institution und viele andere Unwägbarkeiten.

Inzwischen gibt es zu Finanzierung und anderen Aspekten der hospizlichen / palliativen Arbeit gesetzliche Regelungen und andere größere Erfahrungswerte. Die Hospiz – und Palliativarbeit befindet sich somit momentan in der Differenzierungsphase.

An dem o.g. Workshop haben sich 25 Teilnehmern beteiligt. Die größte Gruppe mit 7 Personen kam aus der ambulanten Pflege. Des Weiteren waren

Ehrenamtliche, Mitarbeiter aus Altenpflegeheimen, Wohngemeinschaften und Pflegedienstleiter stationärer Altenpflegeeinrichtungen sowie eine Ergotherapeutin am Workshop beteiligt.

Personen, die in der Palliativpflege tätig sind, wechseln seltener als andere Pflegenden ihren Arbeitsplatz. In der Einrichtung, in der Frau Reimann tätig war, begannen die ersten Mitarbeiter nach etwa fünf Jahren über einen Wechsel des Arbeitsplatzes nachzudenken. Dieser Wechsel wurde bei einigen ausgelöst durch eine Krise emotionaler und körperlicher Erschöpfung, wie Frau Reimann in ihrer Diplomarbeit eruierte. (vgl. Reimann/Marsal: Die Veränderung professioneller Identität und professionellen Handelns von Pflegekräften in der stationären Hospizarbeit. In: BAG Hospiz e.V.: Stationäre Hospizarbeit = Schriftenreihe der BAG Hospiz e.V. V/2, Wuppertal 2004, 57-98.)

Nach dieser Einführungsphase begann die Arbeit im Workshop.

1. Aufgabe:

Welches Motiv würden Sie als Cover für ein Buch über Palliativpflege wählen?

Folgende Motive wurden genannt:

Regenbogen, Sonne, Baum, Fenster, weiße Taube, alte Frau mit roter Clownnase und Baby im Arm, Nachttisch-Schublade, Beet mit verschieden großen Fußstapfen, Hände, die sich anfassen, ein gemauerter Torbogen mit dahinter liegender, blühender Wiese wurden unter anderem genannt. Es handelte sich ausschließlich um positive, fröhliche, lebensbejahende symbolische Motive, die einen Kontrast zu der oft schwierigen physischen Situation von Menschen in der Endphase einer lebensbedrohenden Erkrankung darstellen.

2. Aufgabe

Die Anwesenden wurden aufgefordert, ein Strichmännchen, das sie selbst darstellen sollte, zu zeichnen und die andere Seite des Blattes zu nutzen, um die Größe ihrer Arbeit / ihres Engagements (=Es) bildlich darzustellen.

Erklärungen der Teilnehmerinnen auf die Frage, wie denn das Verhältnis (Strichmännchen / Größe der Arbeit / Engagements) sei:

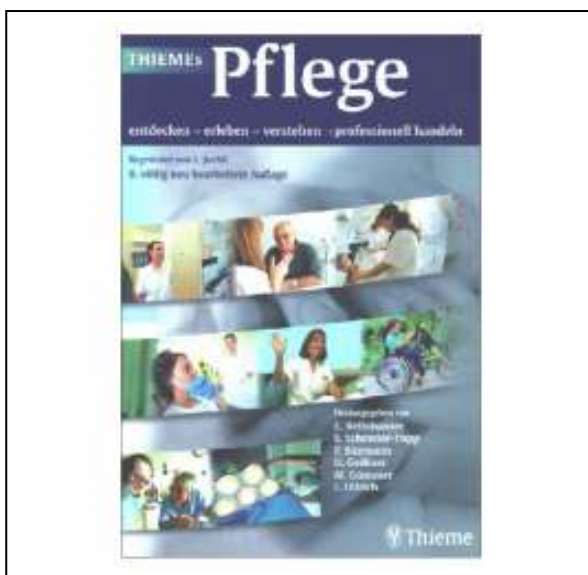
1. „Es ist mindestens so groß wie man selbst“

2. „Manchmal denke ich, „Es“ sei zu groß für mich“
3. „Als Berufsanfänger war „Es“ allüberragend, dann durch Hilfe meiner Freunde und der Familie ist es auf ein normales Level geschrumpft“
4. „Bei mir war es ähnlich; bei Kollegen und mir kam es zu Überlastung und Burnout – jetzt achte ich mehr auf Selbstpflege. Privatleben ist jetzt sehr wichtig für mich. Ich sehe das als wichtigen Prozess an.“
5. „Es“ ist groß, rund wie mein Bauch. Ich kann mit dem Kopf noch darüber schauen. Es gibt allerdings Phasen, genau wie beim Dick-Sein.“
6. „Auch mein Bauch ist rund – durch äußerliche Einflüsse wurde mir klar, dass es so nicht weiter geht.“
7. „Ich denke, es liegt an unserer Abschiedskultur; dieser Beruf und das unvermeidbare eigene Sterben machen die Trennung von Beruf und Privatleben schwer. Für mich gehört der Tod zum Mensch-Sein und ist ein philosophisches Thema.“

Anhand einer Illustration auf einem Faltblatt, (s. *Anlage 1 Reimann*) der zu einer Veranstaltung zu dem Thema „Kultur des Pflegens“ einlud, wurde deutlich, dass im beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden die kulturellen Wurzeln der durch Dienst und Hingabe geprägten Ordensgemeinschaften heute noch wirksam sind.

3. Aufgabe

Welche Assoziationen haben Sie, wenn Sie dieses Bild sehen?



Assoziationen der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu dem gezeigten Bild:

zum Arzt	zum Kind	zur Schwester
<ul style="list-style-type: none">• Behandlung• Gegenüber• Schaut nur auf die Hand des Kindes	<ul style="list-style-type: none">• Angst• „in der Klemme“	<ul style="list-style-type: none">• Schutz• mit dem Herzen beim Patienten• hilft dem Arzt• hilft dem Kind• „übernimmt“ die Hände

Auszug aus einem Lehrbuch *Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln / begr. von L. Juchli 9., völlig neu bearb. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme 2000, S. 151)*

„*Merke: Der Einsatz von Emotionsarbeit bei der Vertrauensbildung ist gekennzeichnet von gefühlsmäßiger individueller Betreuung des Patienten. Dabei geht es hauptsächlich darum, seine Ängste, Unsicherheiten und Befürchtungen einführend zu eruieren und durch entsprechende Maßnahmen auszuschalten, ein Höchstmaß an individuellem Wohlbefinden für ihn zu erreichen.“

Kritische Anmerkungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu dem vorangegangenen Text:

1. Das ist eine Überforderung für den Patienten und die Pflegenden
2. Widerspricht der Notwendigkeit der gemeinsamen Wirklichkeitsfindung, über die Herr Gaspar morgens in seinem Vortrag gesprochen hatte.
3. Wie kann man alles ausschalten?
4. Gerade die Arbeit mit Emotionen ist manchmal das Wesentliche in der Palliative care.
5. Frau Juchli war eine Ordensschwester. Sie zog ihre Kraft aus dem Glauben und konnte die Verantwortung für die Menschen und ihr Geschick an Gott abgeben. Sie hatte für sich wahrscheinlich nicht den Anspruch, alle heilen und allen immer helfen zu müssen. Ihr Glaube sorgte dafür, dass „Es“ sie nicht überrollte.

Bild und Text aus einem gebräuchlichen Lehrbuch der Pflege verdeutlichen, dass Pflegende nahe am Patienten arbeiten, hinter ihm stehen.

Patientennah und beziehungsorientiert arbeiten zu können entspricht dem Ideal das Pflegende in der Hospiz- und Palliativarbeit suchen und auch finden.

Als roter Faden für den Workshop werden drei „Fallgeschichten“ ausgewählt, die die Zuhörerschaft zum Nachdenken über den eigenen Weg und die eigene Berufsbiographie anregen sollen.

Selbstreflexion ist im Rahmen einer Tätigkeit, die stark beziehungsorientiert ist und sich um eine Klientel in extremer Krisensituation kümmert, im Interesse der Patienten und der Pflegenden unerlässlich.

Der enge, intensive Kontakt zu den Patienten ist für die Pflegenden die Hauptmotivation für die Arbeit im Hospiz.

1. Fallgeschichte

Frau E. beklagte, dass sie im Krankenhaus nur 20% der Zeit für die Patienten zur Verfügung habe, während 80% für Organisation und Administration benötigt würden. Als sie die Möglichkeit bekam, im Hospiz zu arbeiten, erfüllten sich alle ihre Vorstellungen von einer patientenorientierten Arbeitsweise, es stand kein zeitlicher Druck hinter den Aufgaben und sie konnte endlich so arbeiten, wie sie es sich immer gewünscht hatte. Für 7 Jahre hatte sie eine Vollzeitstelle. Nach 4 Jahren kamen ihr immer wieder einmal „komische“ Gedanken in den Sinn. Bei einer telefonischen Anmeldung dachte sie: „Sind die denn immer noch nicht alle tot?“ In dem Moment war sie erschrocken über sich selbst. Dann hatte sie irgendwann das Gefühl, die Sterbenden könnten durch imaginäre Löcher in sie

I. Interview – Frau E.



hineinschauen. Nach 6 Jahren machte sie während einer Kur die Aussage, die Löcher seien gestopft. Nach 7 Jahren wechselt sie in ein Altenpflegeheim, macht im Hospiz nur noch Aushilfe. Inzwischen ist sie aus dem Pflegeberuf ausgestiegen und arbeitet in einer therapeutischen Branche. (s. auch Anlage 2 Reimann)

Kommentare der Workshopteilnehmerinnen:

1. Es handelt sich um eine zu große Identifikation; man muss sich sammeln und abgrenzen, Freundschaften, Familie, Sport, Hobbys usw. müssen gleichwertig sein.
2. Ich sehe die Gefahr in der Spezialisierung; in Altenpflegeheimen z. B. gibt es ein weiteres Aufgabenfeld und auch noch andere Anforderungen.

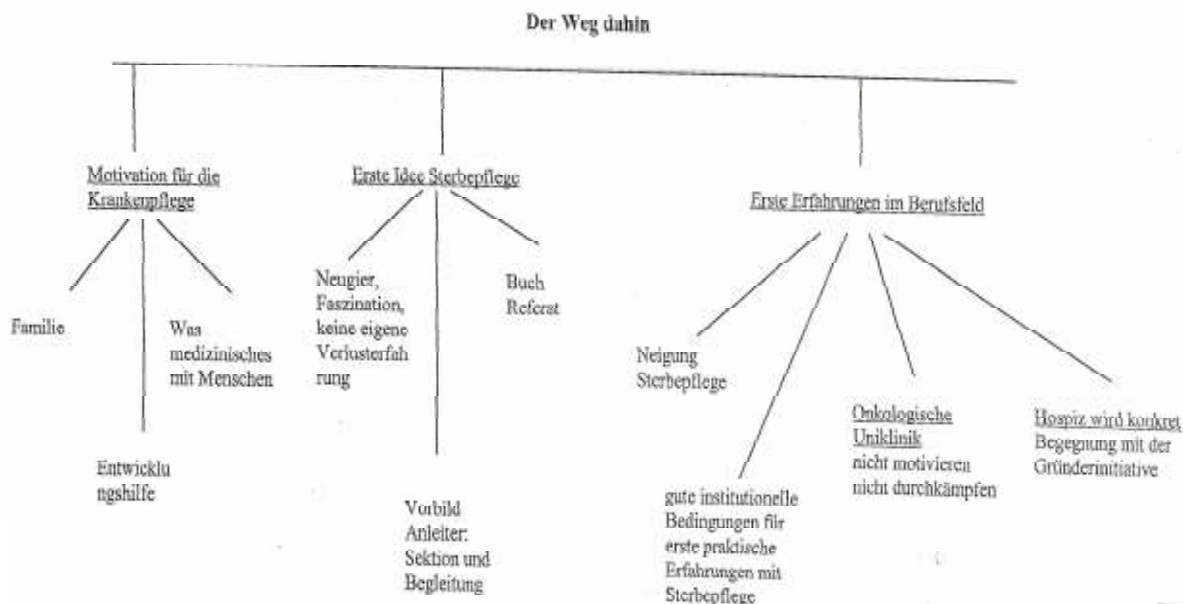
3. Hospiz-Mitarbeiterin: Wir machen mit den Patienten im Leben vor dem Tod noch viele Dinge; die Aktivitäten reichen von Ausflügen bis hin zu Fahrten nach Hause. Zwar gibt es immer wieder düstere Momente in unserer Arbeit, aber für unser Team ist Humor ein ganz wichtiger Faktor.
4. Das ist natürlich eine Einstellungssache. Wenn die Düsternis überwiegt, muss man darüber reden können, Alternativen finden und sich eingestehen, dass man nicht immer für jeden Patienten den Tod erträglich machen kann.
5. Das Team ist das A und O, bei uns lieben sich nicht alle, aber es vertrauen sich alle.
6. Die eigene Einstellung dem Sterben und dem Tod gegenüber ist sehr wichtig!
7. Mit Angst vor dem Sterben und dem Gefühl der Düsternis wird man von vorn herein nicht als Pflegende im Hospiz arbeiten.
8. Es scheint ein Anspruch an die Pflegenden im Hospiz zu bestehen, dass sie alle einen Heiligenschein tragen müssten. Die Einstellung muss hingegen sein einzusehen, dass nicht jedem geholfen werden kann.
Anmerkung: Der Pflegeschlüssel in den Hospizen ist besser als in den Pflegeheimen, variiert aber, ist (noch) nicht einheitlich geregelt.
9. Wir sind eine kleine Altenhilfeeinrichtung- wir haben einen schlechten Stellenschlüssel, schlechte Organisationsmöglichkeiten; man kann einfach keine richtige Sterbebegleitung machen. Wir überlegen jetzt, ob wir organisatorische Probleme entschärfen können, indem wir andere Wohnformen ausprobieren.

Frau Reimann merkt an:

Im Hospiz arbeitet man mit einer hohen emotionale Intensität, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen den ganzen Tag mit existenziellen Ängsten um und jeder, sowohl die Patienten als auch die Angehörigen brauchen Zuwendung. Je länger man in diesem Metier bleibt, desto stärker wird man dadurch geprägt. Und wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch denken, man habe vor dem eigenen Sterben, mit dem man sich auch zwangsläufig auseinandersetzt, keine Angst mehr, ist diese Angst vielleicht unbewusst doch vorhanden.

2. Fallgeschichte

2. Interview – Herr D.



2. Interview – Herr D.



Nach 5 Jahren Palliativpflege sah Herr D. keinen Sinn mehr im täglichen Ritus des Waschens und hatte eine innere Abneigung gegen die Grundpflege. Er beendete die Arbeit im Hospiz und studierte. Jetzt übernimmt er beratende Funktionen.

Frau Reimann bittet die Teilnehmer den Unterschied zum 1. Interview zu betrachten.

Äußerung der Workshop Teilnehmerinnen und -teilnehmern

1. Er entscheidet sich rechtzeitig zu gehen

2. Er hat eine andere persönliche Wahrnehmung
3. Es sind nicht so viele Emotionen im Spiel, seine Entscheidungen trifft er mehr auf der sachlichen Ebene.
4. Er hat eine Familie und Kinder
5. Das hat auch eine andere Seite: Familie und Kinder können ebenfalls ins Burnout führen. Da denkt man immer: ach, ich funktioniere ja noch

3. Fallgeschichte

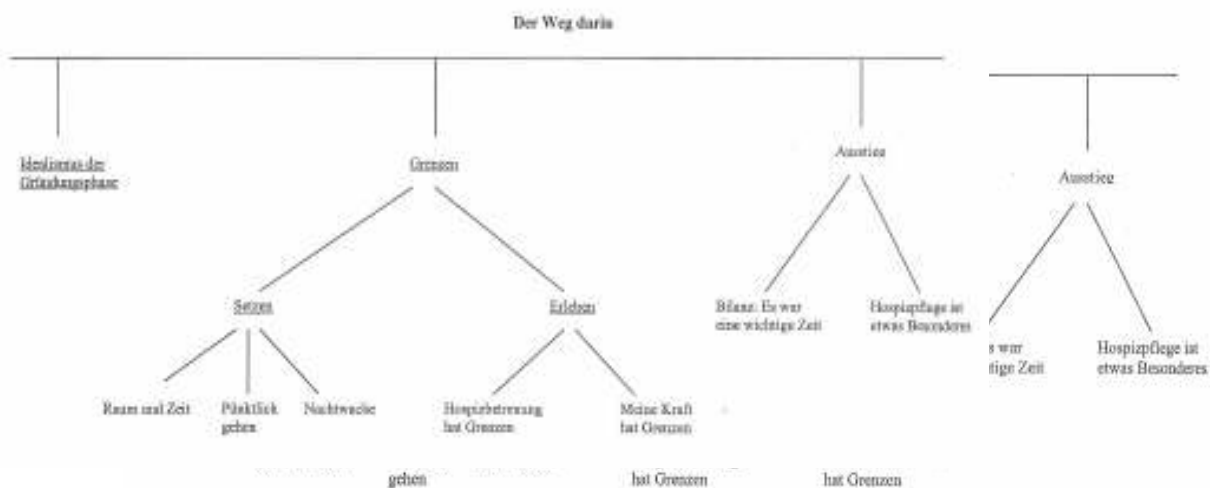
3. Interview – Frau D.



Frau D. wollte

machte sie Sterbebegleitung. Davon war sie begeistert. Ihr persönliches Pflegekonzept entwickelten sie sich auf der Basis von negativen Erfahrungen. Während ihrer Tätigkeit als Krankenschwester in verschiedenen Einrichtungen missfielen ihr besonders die Hierarchie im Krankenhaus und die Strukturen in Altenpflegeheimen.

3. Interview – Frau D.



Mit der Arbeit im Hospiz ging laut eigenen Aussagen ein Wunschtraum für sie in Erfüllung; es war geradezu paradiesisch, so intensiv für die Menschen da zu sein. Nach zwei Jahren bemerkte sie Anzeichen von Überforderung. Sie reduzierte die Arbeitszeit auf eine $\frac{3}{4}$ Stelle und machte nur noch Nachtwache. So entfielen die häufigen Telefonate und es waren auch nicht mehr so viele Angehörige da. Sie spürte und setzte auch Grenzen (sie zog sogar in einen anderen Ort und schaffte damit auch äußerlich Distanz). Trotzdem konnte sie es nach 6 Jahren Arbeit im Hospiz nicht mehr aushalten. Nach einer Auszeit in einem Kloster ging sie in ein Altenpflegeheim; ein Schritt, der für Außenstehende kaum nachvollziehbar war. Frau D. meinte, sie sei noch nicht am Ende ihres beruflichen Weges angelangt.

Kommentare der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmern:

1. Ich kenne das auch aus dem ambulanten palliativen Bereich, ich habe auch irgendwann damit aufgehört. Ich möchte auch nicht mehr dieses Waschen und das Siechtum.
2. Viele halten auch einfach nur durch, um eine Arbeit zu haben.
3. Liegt die Gefahr einfach in dem guten Beruf? Sind Burnout und Helfersyndrom hier vorprogrammiert?
4. Mitarbeiter im Altenpflegeheim sind unzufrieden, dass sie wenig begleiten können. Diese Mitarbeiter sollten vielleicht einige Tage im Hospiz hospitieren dürfen.
5. Das reicht nicht. Dadurch werden Ihre Mitarbeiter erst „süchtig“ gemacht.
6. Für mich stellt sich die Frage: wie hoch ist mein Anspruch, wie grenze ich mich ab?
 - a) Ich bin niemandes Schwester
 - b) Mein Herz schlägt zuerst in mir
 - c) Ich muss meinen Anspruch an mich definieren

Was tun gegen Überlastung?

Fazit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

1. Berufswechsel
2. Sowohl ein Berufs- als auch ein Privatleben haben, das Privatleben pflegen und bewusst leben.
3. Stunden reduzieren

4. Auszeit nehmen
5. Austausch im Team / Supervision und Reflexion
6. „artfremde“ Hobbys
7. eigenen Anspruch hinterfragen / reflektieren (sich nicht leben lassen sondern am Steuer bleiben)
8. Erfolge für sich definieren
9. Findung des eigenen Glaubens, damit man die Last abgeben kann
10. Für Vielseitigkeit im Alltag sorgen: Mitarbeiter sollten auch organisatorische und administrative Aufgaben wahrnehmen
11. Das Handeln der Pflegenden sollte theoriegeleitet sein, damit es reflektiert geschieht.
12. Es sollte auf die Ganzheitlichkeit der Pflege Wert gelegt werden: auch ambulante Pflege z. B. sollte flexibel sein → keine ausschließliche Spezialisierung auf Sterbepflege
13. Teampflege: Im Team sollten alle aufeinander achten.
14. Leitung muss ihre Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter wahrnehmen (die Leitung ist kein Teil des Teams!) Schwierigkeiten müssen in Mitarbeitergesprächen thematisiert werden.

Abschließende Bemerkung

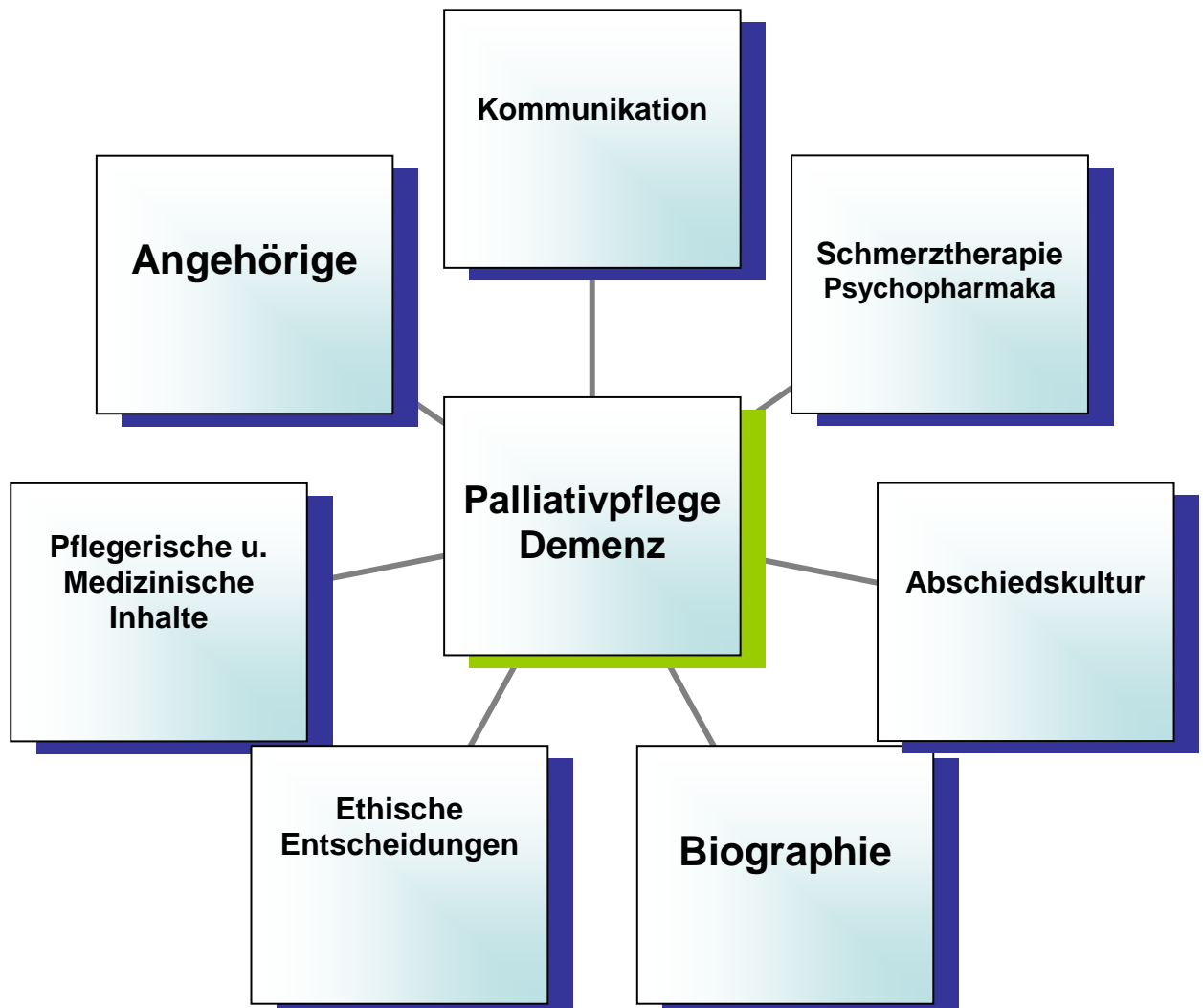
Wie man den Kommentaren der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entnehmen kann sind vielfältige Möglichkeiten denkbar, wie mit Überlastung umgegangen werden könnte oder wie ein Selbstschutz aufgebaut werden könnte.

Darüber hinaus lassen sich nicht nur Eigenanteile definieren. Frau Reimann führt hierzu in ihren Beitrag der Hospiz-Zeitschrift aus: „ Viel mehr sind die Einrichtungen / Leitungen aufgefordert, die durch die Besonderheiten (...) des Klientels und der Mitarbeiter entstehenden Belastungen ernst zu nehmen und darauf zu reagieren (...)“ (Aus: Ute Reimann „Burnout in der Hospiz- und Palliativarbeit“ Hospiz-Zeitschrift 30 Jhg.8 2006/4 S.7 ff).

Ergänzend könnte man anmerken, dass darüber hinaus Politik, Wirtschaft, andere Institutionen und Gremien ebenso gefordert sind, diese Arbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu fördern und zu unterstützen. Des Weiteren sollten alle gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Institutionen der hospizlichen und palliativen Versorgung an einer Konsolidierung aber auch an einer Weiterentwicklung der Aufgabe palliative Versorgung arbeiten.

Bericht aus dem Workshop 5

Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz-Kommunikation bis zuletzt



Dozenten: Frau Anke Kröhnert, Rieseby
Frau Waltraut Dahl, Rieseby

Workshopbericht: Gerlind Schmeh, Neumünster

Einführung:

Ziel palliativer Pflege und deren Behandlungsansatz ist es, Schmerzen und andere physiologische Symptome zu kontrollieren und den Betroffenen, aber auch den Angehörigen, gleichzeitig psychologische, soziale und spirituelle Pflege und Unterstützung zukommen zu lassen.

Palliativpflege bejaht das Leben und akzeptiert den Tod.

An den Bedürfnissen orientierte Betreuung des demenziell erkrankten Menschen kommt diesem Behandlungsansatz sehr nahe. Erreicht wird dieses durch Konzepte wie Integrative Validation (Nicole Richard), Basale Stimulation und Biografiearbeit. Unterstützend ist der pflegerische Ansatz, dass das Verhalten des Menschen mit Demenz seinen Möglichkeiten entspricht, er kann sich nicht anders verhalten als er es tut.

Beginn des Workshops



Die anwesenden Teilnehmer sitzen in einem Halbkreis, in der Mitte ist ein Bodenportal aus Zweigen, Schriftstücken und Kerzen aufgebaut. Zur Untermalung spielt leise Musik.

Begrüßung:

Frau Kröhnert stellt sich und ihren Tätigkeitsbereich vor.

Sie ist Krankenschwester und arbeitet im Haus „Schwansen“, Trainerin für Integrative Validation nach Richard und Dozentin zu Themen wie Ernährung Demenzkranker und Pflegeplanung und -dokumentation.

Frau Dahl ist Altenpflegerin und hat an einer anerkannten Weiterbildung Palliative Care teilgenommen. Auch sie arbeitet im Haus „Schwansen“.

Beide fragen nach den Zielvorstellungen der Teilnehmenden und erklären, dass der Workshop nicht nur der Information, sondern vor allem dem (Erfahrungs-) Austausch und der Bearbeitung von verschiedenen Fragestellungen dient.

Der Inhalt des Workshops wird sich an folgenden Ablauf orientieren:

1. Vorstellungsrunde der Teilnehmer
2. Einführung in die Integrative Validation nach Richard
3. Gruppenarbeit
 - Was ist anders bei Menschen mit Demenz?
4. Wann fängt Sterbebegleitung an
5. Erfahrungsbericht und Austausch
6. Zusammenfassung

1. Vorstellungsrunde der Teilnehmer:

Die einzelnen Teilnehmer kommen aus der stationären oder ambulanten Altenpflege, sowie aus dem Geriatrischen Bereich, wo sie als Pflegekraft oder PDL tätig sind.

Jeder Teilnehmer hat sich selbst und den Aspekt, der ihn bewegte an dieser Veranstaltung teilzunehmen vorgestellt.

2. Einführung in die Integrative Validation nach Richard:

Die Betreuung und Begleitung von demenzerkrankten, so genannten verwirrten älteren Menschen gehört zu den schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben in Kranken- und Pflegeeinrichtungen. Zunehmend gelingt es nicht mehr, mit diesen Menschen Kommunikation und Interaktion auf der uns vertrauten Inhaltsebene zu gestalten.

Denn:

Offensichtlich befinden sich Menschen mit Demenz in anderen Wirklichkeiten und orientieren sich an anderen Erlebenswelten. Die aktuelle Realität scheint zunehmend für diese Personen eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Menschen mit Demenz sind gefangen in ihren Gefühlen und Erinnerungen. Sie machen oftmals „Zeitensprünge“ und erleben „innere Realitäten“. Nun stellt sich für Betreuung und Pflege die zentrale Frage: Wie finden wir Zugang zu den Wirklichkeitswelten dieser Menschen, wie können wir sie verstehen?

Die „Integrative Validation“ begegnet diesen Menschen, indem deren subjektive Gefühle und Antriebe wahrgenommen und angesprochen werden. Hierdurch kann allmählich eine Atmosphäre geschaffen werden, die ein wertschätzendes und geborgenes Zusammensein ermöglicht und das Bedürfnis nach sinnvoller Kommunikation und Interaktion befriedigt.

Was ist anders bei Menschen mit Demenz? Und welche Möglichkeiten haben wir, damit umzugehen?

Zunächst einmal ist der Krankheitsverlauf länger, sodass auch die Zeit der Begleitung hier deutlich länger ausfällt.

Da es sich um eine Hirnleistungserkrankung handelt, kommt es zu allen möglichen Veränderungen der Kognition und auch zu Veränderungen der Persönlichkeit. Die Selbstwahrnehmung ist verändert, der Erkrankte fühlt sich jung und leistungsfähig. Die Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden. Darum tun diese Menschen oft Dinge, die uns zunächst völlig unverständlich erscheinen. Der Demenzkranke lebt sozusagen auf einer „Lichtung“, oder auch auf wechselnden „Lichtungen“, in seiner Vergangenheit. Diese „Lichtungen“ sind für uns zunächst einmal „zappenduster“. Wir befinden uns sozusagen auf unterschiedlichen Realitätsebenen. Hier kann es hilfreich sein, wenn Kenntnisse aus der Biografie vorhanden sind, denn diese Handlungen haben ihren Ursprung in der Lebensgeschichte des Betroffenen (Bsp.: die Hausfrau die ständig wischt und putzt). Aber auch wenn ich nichts über die Biografie weiß, kann ich immer auf das „Wie“ dieses Tuns eingehen.

Eine reflektierende Bearbeitung der Veränderungen und des Sterbeprozesses ist aufgrund der kognitiven Einbußen nicht möglich. Das erfordert von uns ein hohes Maß an Einfühlung, ein in jedem Moment Hinschauen „was ist jetzt gerade?“ und das entsprechende darauf Eingehen, beispielsweise im Sinne der Integrativen Validation.

Im weiteren Verlauf kommt es zum Verlust der Sprache. Hier sind wir noch einmal ganz anders herausgefordert, wenn wir Kontakt aufnehmen und halten wollen. Wir können davon ausgehen, dass der Erkrankte ein sehr genaues Gespür dafür hat, ob wir authentisch sind, ob das was wir ihm entgegenbringen echt ist, ob wir gestresst sind oder ob wir uns Zeit für ihn nehmen können. An unserem Tonfall und unserer Körpersprache kann er deutlich ablesen, was gerade los ist. (Das gilt für jedes Stadium der Erkrankung).

Auch die Basale Stimulation wird nun immer wichtiger, über Berührung einen Zugang zu finden und dem Erkrankten zu ermöglichen, sich selbst zu spüren.

Das Finalstadium selbst ist bei Demenzerkrankten gleich wie bei Menschen ohne eine Demenz. Ausgelöst wird es meist durch eine körperliche oder seelische Krise. Es ist oft schwer abzuschätzen, ob es jetzt wirklich soweit ist, der Betroffene sich „auf den Weg“ macht oder ob es eine schwere Krise ist und er sich entscheidet, doch noch zu bleiben. Hier ist der Austausch im Team und mit den Angehörigen besonders wichtig mit gemeinsam getroffenen Entscheidungen über das weitere Vorgehen.

Für die Pflege

geht es darum die Welt des Menschen so anzunehmen und zu akzeptieren- denn für Menschen mit Demenz ist das die Wirklichkeit!

Praktisches Beispiel:

Frau Kröhnert nimmt die Rolle einer an Demenz erkrankten älteren Dame ein und äußert folgendes:

>Ich möchte gerne nach Hause und zu meiner Mutter.

Teilnehmer geben die möglichen Antworten:

- >Wohin möchten sie gerne?
- >Sie sind doch hier zu Hause.
- >was wollen sie da?
- >Ihre Mutter ist doch schon tot.
- >Wollen sie nicht erstmal etwas essen?
- >Wie wollen sie denn dort hinkommen?
- >Zu Hause ist es doch am schönsten.

Weiteres Rollenspiel mit einer Teilnehmerin zusammen im Gespräch.

Frau Kröhnert erzählte der Teilnehmerin folgendes:

- >Ich habe in dieser Stadt ein Vorstellungsgespräch.
- >Davor habe ich mein Auto im Parkhaus abgestellt um noch einen Stadtbummel zu machen.
- >Dabei habe ich die Zeit verpasst.
- >Nun kann ich das Parkhaus nicht finden wo mein Auto steht.
- >Der Termin steht gleich an, was soll ich tun?

Alle an die Teilnehmerin gestellten Fragen werden von dieser nur umschweifend und ausweichend beantwortet, so dass es zu keinem greifbaren Ergebnis kommt. Es kommt zu einem Rollentausch- Teilnehmer fragt nun um Hilfe und erhält von Frau Kröhnert keine adäquate Antwort.

Fragestellung an die Teilnehmer: Wie sie diese beiden Beispielsituationen erlebt haben.

- >schwierig
- >sauer- intensive Gefühle
- >missverstanden

Folge:

Wenn sich so dem Gegenüber verhalten wird, folgt eine klassische Situation.

Man befindet sich in unterschiedlichen Ebenen der Realität.

Um verstehen zu können, in was für einer Welt sich der Demenzkranke befindet, muss man sich den Aufbau des Gedächtnisses verdeutlichen, das wie ein Ordnungssystem aufgebaut ist.

Kindheit- Jugend- frühes Erwachsenenalter- spätes Erwachsenenalter.

An jeder Erinnerung hängt ein spezielles Gefühl. Bei Demenz kippt dieses Ordnungssystem. Lücken entstehen, die immer größer werden. Dieser Prozess ist rückwärtslaufend und macht es zunehmend unmöglich in unserer Realität anzudocken.

Der Beginn einer Demenz wird vom Betroffenen wahrgenommen.

Peinlichkeit und Unsicherheit breiten sich aus- Strategien entwickeln sich:

- >leugnen
- >relativieren
- >somatisieren
- >Fremdbeschuldigen
- >schreiben von Merktzetteln
- >konfabulieren
- >Rückzug⇔
bewegt sich dann nur in der Innenwelt

Der Demenzkranke lebt sozusagen auf einer „Lichtung“, oder auch auf wechselnden „Lichtungen“, in seiner Vergangenheit. Hier kann es hilfreich sein,

wenn Kenntnisse aus der Biographie vorhanden sind, denn diese Handlungen haben ihren Ursprung in der Lebensgeschichte des Betroffenen.

Aber auch wenn nichts über die Biographie bekannt ist, kann man immer auf das „Wie“ dieses Tuns eingehen.

Der Weg dahin:

Die „integrative Validation“ begegnet diesen Menschen, indem deren subjektive Gefühle und Antriebe wahrgenommen und angesprochen werden. Hierdurch kann allmählich eine Atmosphäre geschaffen werden, die ein wertschätzendes und geborgenes Zusammensein ermöglicht und das Bedürfnis nach sinnvoller Kommunikation und Interaktion befriedigt.

Validation ist nicht nur eine Methode, sondern setzt eine innere Haltung voraus!

3. Gruppenarbeit:

Was ist anders bei Demenz?

Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppen:

- >Eingeschränkte Kommunikation
- >Hemmschwelle ist herab gesetzt
- >andere Bewältigungsstrategien greifen
- >Pflegekraft kommt an ihre Grenzen
- >Rahmenbedingungen anpassen
- >an Rituale gebunden
- >Zeitaufwand ist höher
- >desorientiert
- >können Gefühle nicht kontrollieren
- >depressiv
- >Tag u.- Nachtrhythmus ist verschoben
- >Schmerzempfindung ist verändert

4. Wann beginnt Sterbebegleitung?

Angehörigenarbeit spielt bei der Sterbebegleitung eine große Rolle.

Leider fehlt den Angehörigen oft das Verständnis für die Krankheit, es fällt ihnen schwer los zu lassen, Schuldgefühle machen sich breit.

Sterbearbeit und Sterbebegleitung fängt schon mit dem Heimeinzug an!

- Pflegekonferenzen finden regelmäßig statt.
- Fragen werden im Team und mit den Angehörigen erarbeitet und besprochen.
- Die Individualität wird beachtet.
- Gespräche finden unter einem Termin statt - Zeitrahmen ist größer.
- Angehörige werden mit einbezogen.
- Es gibt keine festen Besuchzeiten.
- Rückmeldungen an die Angehörigen von Seiten des Teams finden statt.
- Wenn der Betroffene nicht in der Lage ist zu kommunizieren, ist der Angehörige sehr bedeutend.

Wann fängt Sterbebegleitung an?

Frau Dahl beginnt mit einem Fallbeispiel

Ich stehe am Bett einer Bewohnerin. Frau H. liegt mit geschlossenen Augen da. Ihr Körper wirkt angespannt. Sie kann nicht mehr sprechen. Damit hat sie die Möglichkeit verloren, Wünsche und Bedürfnisse, aber auch Schmerz und Gefühle auszudrücken. Ihre Gestik und Mimik sind soweit eingeschränkt, dass ich sie nicht mehr wahrnehmen kann. Sie hat schwere Kontrakturen in Armen und Beinen. Ich darf sie nur sehr vorsichtig bewegen, da sie Osteoporose hat. Sie ist inkontinent und trägt einen suprapubischen Blasenkatheter.

Es ist morgens, ich möchte sie waschen und anziehen.

Ich frage mich:

1. möchte sie aufstehen?
2. störe ich sie jetzt beim Träumen?
3. was würde ihr gefallen?
4. hat sie Schmerzen?
5. mag sie meine Berührungen?
6. Tue ich ihr weh beim Anziehen?

Ich werde sie waschen und anziehen wie jeden Morgen. Mit meinen Kenntnissen von basaler Stimulation und Kinästhetik, mit der Hoffnung, dass sie meine Pflege nicht als allzu unangenehm empfindet.

Frau H. ist schon mehrere Jahre in diesem Zustand. Der Abbauprozess verlief sehr langsam.

Aus der Biographie wissen wir, dass sie eine lebenslustige Frau war und gerne gereist ist.

Wann fange ich bei ihr mit der Sterbebegleitung an, oder habe ich schon angefangen?

Ich sitze am Bett von Frau K. Sie wirkt entspannt, rasselnde Atemgeräusche, schwacher Muskeltonus. Frau K. wurde heute nicht mehr mobilisiert. Wir reichen ihr nur noch Flüssigkeit, wenn sie anfängt sich zu verschlucken hören wir auf. Eine subkutane Infusion erhält sie nicht mehr, weil der Körper sie nicht mehr resorbiert. Mundpflege wird mit ihrer persönlichen Teesorte durchgeführt. Das Zimmer ist aufgeräumt, es stehen ihre Lieblingsblumen auf dem Tisch und eine Salzlampe neben ihrem Bett. Es ist abends und ich überbrücke die Zeit bis die Angehörigen wieder kommen. Die Tochter ist nach Hause gefahren, um sich etwas auszuruhen und ein paar persönliche Sachen zu holen. Bevor sie gefahren ist, hat ein Gespräch mit der Ärztin und der zuständigen Pflegekraft statt gefunden. Es wurde das weitere Vorgehen besprochen. Bei starker Unruhe kann Frau K. eine Tavor expedit erhalten.

Die Tochter bringt ihren Freund mit, sie wollen heute Nacht gemeinsam bei Frau K. bleiben. Als ich eine Stunde später mit der Nachtwache das Zimmer betretet, nehmen wir eine besondere Atmosphäre wahr, es spielt klassische Musik, der Besuch trinkt Tee, und die Tochter sitzt am Bett bei ihrer Mutter. Die Stimmung ist friedlich und ruhig. Ich will die Nachtwache vorstellen und nachfragen, ob sie etwas benötigen.

Ist das die richtige Sterbebegleitung?

- Letzte Sterbephase:

Für die letzte Sterbephase ist es eine gute Voraussetzung, dass wir den Bewohner kennen, uns mit seinen Bedürfnissen, der Biographie schon beschäftigt haben, und es besteht zwischen der Pflegekraft, dem Bewohner und seiner Bezugsperson schon eine Beziehung.

Wir sind schon ein Stück des Weges gemeinsam gegangen.

Wir kennen seine Lieblingsspeise, Musik, oder auch ob er die Geselligkeit mochte.

Oft vorhergehenden Krisen(z.B. Infekte oder auch Kreislaufprobleme), haben zur Folge, dass das Thema Sterben mit den Bezugspersonen schon durchgesprochen und auch dokumentiert wurde, wie z.B.

- Krankenhauseinweisung,
- wann wollen die Angehörigen benachrichtigt werden
- oder die Vorgehensweisen bei Infekten.

Der direkte Sterbeprozess ist in unserm Haus in der Regel sehr kurz. Den Bewohnern wird die Möglichkeit gegeben, solange es für sie erträglich ist, am Leben im Haus teilzunehmen.

Die letzte Lebensphase (Krise) wird oft eingeleitet durch:

- Eine progressive Verschlechterung des Allgemeinbefindens
- Infektion mit erhöhter Körpertemperatur, wobei fiebersenkende Medikamente nicht mehr wirken.
- Auftreten von vermehrtem „Nicht mehr Schlucken können“.
- Der Körper ist total schlaff (kein Muskeltonus mehr)

Der Hausarzt wird informiert, wenn Probleme auftreten, und um einen Besuch oder eine Anweisung gebeten. Die Angehörigen werden angerufen.

Erstrebenswert ist es, dass in einer akuten Sterbephase die Kontaktpersonen zu Angehörigen und Arzt immer die Gleichen sind und Aussagen im Team besprochen werden.

Die Einschätzung der Situation ist oft eine subjektive und es könnte sonst zu Irritation bei den Angehörigen führen.

Fragen die uns im Team beschäftigen, sind:

- Hat er/sie Angst? Ist der Bewohner deswegen unruhig oder hat er Schmerzen?
 - Welche Medikamente dürfen wir reduzieren?
 - Würde es dem Bewohner gefallen, wenn er noch mobilisiert wird?
 - Wie ist die Flüssigkeitseinfuhr?
 - Subkutane Infusion, ja oder nein?
 - Benötigt er eine Wechseldruckmatratze?
 - Besteht eine Anweisung vom Arzt, welche Medikamente er/sie erhalten

kann, bei Unruhe oder vermutlichen Schmerzen.

- Womit führen wir die Mundpflege durch?
- Benötigen wir noch zusätzliche Unterstützung (Personal oder von Frau E.)

Ziel der Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase ist:

- Dem Sterbenden das Gefühl vermitteln, dass man ihn nicht verlässt.
- Eine offene Kommunikation mit den Angehörigen.
- Ein Umfeld zu schaffen, in dem sich der Betroffene wohl fühlt.
- Für die Pflegenden die Voraussetzung zu schaffen, mit dem Tod umzugehen.

Ziel der Sterbebegleitung:

- Eine offene Kommunikation mit den Angehörigen
- Dem Sterbenden das Gefühl vermitteln, dass man ihn nicht verlässt
- Ein Umfeld zu schaffen, in dem sich der Betroffene Wohl fühlt
- Für die pflegenden die Voraussetzung schaffen, mit dem Tod umzugehen
- Es gelten nur Angebote- kein Zwang

6. Schlusswort:

Es gibt keine Technik für die Begleitung. Die Begleitung, die ich dem Bewohner zukommen lasse, kann nur aus mir kommen.

Es sind Angebote, nichts zwanghaftes. Bei allen Angeboten beobachte ich aufmerksam die Auswirkung meiner „Handlungen“, um mich auf den Sterbenden einstellen zu können.

Mit Berührungen halten wir uns zurück, weil wir glauben, dass der Sterbende dies als Aufforderung zu einer Reaktion wahrnehmen könnte. Es ist zu vergleichen mit einem Motor, der immer wieder angestoßen wird.

Frau Dahl beendet den Workshop mit einem Gedicht.

Anlagen:

- **Vernetzte Strukturen in der Palliativen Versorgung**
Powerpointvortrag, Ingrid Rehwinkel,
- **Teilnehmermaterial zum Workshop 2 Halt – halten –Haltung- Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung**, Uwe Enenkel, Lübeck
- **Literaturhinweise (nur in der Druckfassung)**
– anfordern beim:
Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege
c/o Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel oder unter der Emailadresse ingrid.hanke@sozmi.landsh.de
- **Fachartikel Burnout in der Hospiz- und Palliativarbeit**, Ute Reimann, in:
Die Hospizzeitschrift 30 Jhg. 8 2006/4 (*nur in der Druckfassung*)
- **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin / Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz - Ambulante Hospiz- und Palliativ-Zentren (AHPZ)** Konzeption zur flächendeckenden ambulanten und sektorenübergreifenden Hospiz- und Palliativversorgung (*nur in der Druckfassung*)
- **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz** Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz
- **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege Fachhochschule Osnabrück** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen
- **Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit**
Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen
- **Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein**
Leistungsdefinition des Landesarbeitskreises Palliativmedizin und Hospizversorgung zur Implementierung von Palliativ Care Teams in Schleswig-Holstein – Grundlagen und Strukturen