



**Projektarbeit im Rahmen des 15. Palliativ-Basis-Lehrgangs
Bildungshaus Batschuns**

Oktober 2015

Gerda Winkler

Betreuerin: Katharina Rizza

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
I. Einführung	2
II. Palliativpflege	3
III. Personenbetreuung	5
IV. Kommunikation in der Pflege	6
V. Symptome und Maßnahmen in der Palliativen Pflege	10
VI. Grundpflege in der Palliativen Pflege:	13
VII. Weitere pflegerische Aspekte	14
VIII. Was geschieht beim Sterben	16
IX. Wenn der Tod eintritt	18
X. Persönliche Erfahrungen	20
XI. Literaturverzeichnis	25
XII. Anhang	26

Aufgabenstellung: Die Herausforderungen und Probleme der Hauskrankenpflege beim Anlernen, Begleiten und Einbeziehen einer Personenbetreuung in der häuslichen palliativen Pflege.

I. Einführung

Die Lebenserwartung der Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten aufgrund des Wohlstandes und der medizinischen Fortschritte und Möglichkeiten stark gestiegen. Viele Erkrankungen, die früher zum Tod führten, verlaufen heute chronisch. Sie stellen oft besondere Anforderungen an die betreuenden Personen.

Durch die rasanten Entwicklungen in der Medizin und in der Pflege gibt es also immer mehr pflegebedürftige Menschen, die mit Unterstützung der Angehörigen und auch der mobilen Dienste wie der Hauskrankenpflege ihr Leben daheim so selbständig wie möglich gestalten können und die „Pflege daheim“ auch wollen.

Im Rahmen des Palliativkurses im Bildungshaus Batschuns wurden uns Teilnehmern Inhalte und Themen der modernen Palliativen Pflege und Medizin vermittelt und nahegebracht. In meiner Tätigkeit in der Hauskrankenpflege, im Folgenden als HKP bezeichnet, habe ich mit den Patienten und deren An- und Zugehörigen täglich Kontakt. Ein wichtiges Bindeglied zwischen den Patienten und der HKP ist die Personenbetreuung, welche die An- und Zugehörigen oft entlastet oder gar ersetzt. Dabei ist eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen allen Beteiligten eine wichtige Basis für das gemeinsame Ziel in der Palliativpflege.

Einen großen Anteil der Arbeit in der Hauskrankenpflege nimmt die Beratung ein. Kranke, alte und hochbetagte Menschen und ihre Angehörigen sehen sich einer Fülle von möglichen Betreuungsformen gegenüber und erwarten von der HKP, die für sie bestmögliche Form der Betreuung herauszuarbeiten. Eine gute Einschätzung der notwendigen Unterstützung ist nur möglich, wenn alle Beteiligten offen die Bedürfnisse und Erwartungen kommunizieren können.

Wie wir mit der Personenbetreuung umgehen, wie weit sie informiert, angelernt, in die Pflege einbezogen werden sollen und müssen, ob sie Angehörige ersetzen usw. sind einige der vielen Fragen, die sich unserem Team in der HKP stellen. Dabei gibt es durchaus gegensätzliche Ansichten innerhalb unseres Pflegeteams, wie weit Anlernen und Begleiten zu unseren Aufgaben gehören und wie weit wir Verantwortung übernehmen für Pflege, die in unserer Abwesenheit geschieht.

II. Palliativpflege

Geschichte

Die Idee, kranken Menschen bis zu ihrem Lebensende zu helfen, existiert seit dem Mittelalter. Entlang von Pilgerstrecken wurden von verschiedenen Orden Hospizhäuser errichtet, um Armen und vor allem Kranken als Zuflucht zu dienen, und um sie zu unterstützen. Als Begründerin der modernen Hospizbewegung gilt Cicely Saunders. Zusammen mit Patienten entwarf die gelernte Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin in den 1950er Jahren ein Modell für die Betreuung von unheilbar Erkrankten und Sterbenden. Sie gründete in London zu diesem Zweck das St. Christopher's Hospital, welches bis heute als Vorreiter in der Palliative Care gilt. Ebenfalls in diesem Zeitraum begann in New York eine Gesellschaft von Sozialarbeitern, Sterbende zu Hause zu besuchen. Durch weitere Leistungen wie die der Psychiaterin Kübler-Ross, welche Sterbende interviewte, wurde die Hospizbewegung öffentlich wahrgenommen, und zu einem eigenständigen Teilgebiet der modernen Medizin, welche sehr viele Professionen betrifft.

Aufgaben und Zielsetzung

Die Weltgesundheitsorganisation definierte 1990 Palliative Care als eine ganzheitliche Betreuung von schwererkrankten Menschen ohne Aussicht auf vollständige Heilung. Diese Betreuung betrifft die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten trotz schwerem Leiden. Durch multiprofessionelle Behandlungsmöglichkeiten lässt sich weitgehende Schmerzfreiheit wie auch Kontrolle der Symptome als Optimum erreichen, wobei auch die spirituelle Unterstützung nicht zu vernachlässigen ist. Darum ist die palliative Pflege auch immer eine individuelle Pflege. Palliative Pflege beginnt nicht erst am Ende des Lebens, sondern bereits dann, wenn deutlich wird, dass nicht mehr die Heilung das Behandlungsziel sein kann.

Palliative Care ist nicht nur auf den Patienten beschränkt, da eine zentrale Rolle bei der Erkrankung eines Menschen auch Angehörige, also Familie, Freunde und Nachbarn spielen. Deswegen wurde 2012 die Definition der Palliative Care von der WHO um den Begriff „Familie“ erweitert. Für alle Menschen im Umfeld des Patienten stellt die Erkrankung eine Herausforderung und Belastung dar. Durch psychosoziale Unterstützung des Patienten sowie dessen Angehörige, durch Gespräche, Informationen und Wertschätzung lässt sich der enorme Druck herabsetzen, unter dem alle Beteiligten stehen. Ängste und Befürchtungen können verringert werden, das Vertrauen zu den verschiedenen Fachkräften und auch zu sich selbst können bei allen Beteiligten wachsen und sich festigen. (Kränzle, Schmid und Seeger 2011, 4-8)

Unterschied zwischen kurativer und palliativer Pflege in der HKP

Das Ziel der kurativen Medizin und Pflege ist die Gesundung oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. In der palliativen Medizin und Pflege geht es vorrangig um die Erhaltung des Wohlbefindens und der Lebensqualität des Patienten und auch der Angehörigen, obwohl keine Heilung mehr zu erwarten ist. Hohe soziale Kompetenz von Seiten der Pflege ist gefragt, weil der Kranke und seine Umgebung in einer Ausnahmesituation sind.

Für die Zeit des Sterbens können früh Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Kranken und die Angehörigen unterstützen und begleiten. Ist eine gute Basis in der Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal der HKP und der Personenbetreuung geschaffen, was seine Zeit braucht, fällt es leichter, verständlich zu machen, was in der Pflege notwendig ist und was nicht (mehr), also den Unterschied zwischen Standardpflege und Palliativpflege (Feichtner, Palliativpflege 2012, 19-20).

Die Palliativpflege in Vorarlberg

Als **stationäre Einrichtung** ist neben den Krankenhäusern ganz besonders die **Palliativstation in Hohenems** zu nennen. Sie besteht seit 2003 und sieht ihre Aufgaben darin, für Patienten in der letzten Phase ihres Lebens Heimat, Hort und Geborgenheit zu bieten (aus: Internetseite Palliativstation Hohenems).

Das **Mobile Palliativteam (MPT)** unterstützt Ärzte und Pflegefachkräfte vor Ort, bietet Hilfe bei aufwändiger medizinischer und pflegerischen Betreuung wie z. B. bei Aszites- und Pleurapunktionen, informiert über spezielle palliative Themen (Management von Schmerzpumpen, Übergang vom Krankenhaus nach Hause oder ins Pflegeheim) an. Auch ethische Fragen und Fragen zur Patientenverfügung gehören zum Aufgabengebiet des MPT.

Die **Hauskrankenpflege** ist Bindeglied zwischen Krankenhaus und Patient, zwischen Hausarzt und Patient. Sie pflegt und unterstützt Patienten und Angehörige bei der Pflege daheim. Aufgabe des **Case-Managements** ist die Information über mögliche Betreuungsformen, über verschiedene finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten wie Pflegegeld, Mindestsicherung, aber auch über Pflegehilfsmittel wie Duschstuhl, Badelifter, Toilettenstuhl, Rollstuhl usw.

Aqua Mühle, Betreuungspool und andere **Personalvermittlungsagenturen** bieten stundenweise oder rund um die Uhr Hilfe im Haushalt oder in der Pflege und die sogenannte Personenbetreuung an.

Die **Hospizbewegung** bietet Hilfe und Entlastung in der Sterbe- und Trauerbegleitung für schwer Erkrankte und deren Angehörige. Sie ist kostenlos und finanziert sich über Spenden.

III. Personenbetreuung

Definition und Entstehung der Personenbetreuung

Personenbetreuung ist die Bezeichnung für Frauen und Männer, die eigenverantwortlich für Klienten Aufgaben wie die Haushaltsführung, die Unterstützung bei der Lebensführung im Alltag und Gesellschafterfunktion erfüllen. Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten wie die verstärkte Berufstätigkeit der Frauen, die räumliche Entfernung von Angehörigen oder die Zunahme von allein lebenden Personen sowie der verstärkt große Aufwand in der Pflege über einen meist langen Zeitraum geht die Pflege daheim für Angehörige oft über deren Kräfte.

Aus dieser „Not“ hat sich die Dienstleistung der Personenbetreuung entwickelt. Die Betreuungspersonen kommen hauptsächlich aus Länder wie Slowenien, Tschechien, Ungarn, Rumänien oder Bulgarien. Für kranke und alte Menschen oder für pflegende Angehörige ist es oft ein langer Weg hin zu der Entscheidung, eine Personenbetreuung zu beschäftigen. Bei der Entscheidungsfindung kommt der HKP und dem Case Management eine große Bedeutung zu.

Der Betreuungspool und gute Agenturen setzen gute Deutschkenntnisse und eine Heimhilfeausbildung und praktische Berufserfahrung voraus, bevor sie eine Personenbetreuung vermitteln.

Wichtig für beide Partner ist eine schriftliche vertragliche Vereinbarung des Aufgabenbereiches und der Bezahlung (aus: Personenbetreuungsvertrag Betreuungspool gGmbH).

Die Vorteile einer Personenbetreuung

Die Vorteile einer Personenbetreuung liegen klar auf der Hand: Der Kranke darf weiterhin sein gewohntes Leben in der vertrauten Umgebung führen, es ist kein Umzug in ein Heim erforderlich. Die Angehörigen, die neben ihrer eigenen Familie und ihrer Berufstätigkeit lange Zeit Verantwortung in der Pflege übernommen und viel Zeit für den Kranken aufgewendet haben, werden entlastet.

Die Nachteile einer Personenbetreuung

Auch die Nachteile der Personenbetreuung sollen nicht unerwähnt bleiben. Besonders die Finanzierung spielt bei der Entscheidung für oder gegen die Personenbetreuung eine große Rolle. Auch die Sprachbarrieren, die zu Missverständnissen zwischen dem Kranken und der Personenbetreuung führen können, sind Grund für ein Zögern. Die Personenbetreuung kommt aus einem anderen Kulturkreis, die Küche und die Art zu kochen ist für den Patienten eventuell ungewohnt. Die Frage, welche Vorkenntnisse und

pflegerisches Wissen bestehen und die Bedenken, einen völlig fremden Menschen ständig um sich zu haben, sind Hemmnisse und eine gute Überlegung wert.

Die Bedeutung der Personenbetreuung für die HKP

Die Personenbetreuung ist auch für die Arbeit der HKP eine Herausforderung. Manchmal übernimmt die Personenbetreuung Pflegemaßnahmen, die nur dafür ausgebildetes Pflegepersonal machen darf. Darum muss die Pflegekraft der HKP sich flexibel auf den Ausbildungsstand und auch die Persönlichkeit der Personenbetreuung einstellen können, sie muss die erledigte Arbeit einschätzen und gegebenenfalls korrigierend eingreifen. Da der Patient und die Angehörigen entscheiden, welche Form der Betreuung engagiert wird, haben sie zwar die letzte Verantwortung, aber oft muss die HKP vermitteln zwischen Patient, Angehörigen und Personenbetreuung. Somit ist das Spannungsfeld, in dem die HKP steht, sehr groß.

Oft werden Personenbetreuungen spontan ohne große Vorüberlegungen und mit weniger Auswahlmöglichkeiten eingesetzt, z.B. nach plötzlich eingetretenen Ereignissen wie nach einem Sturz mit anschließendem Krankenhausaufenthalt, bei Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) oder wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Pflege daheim sehr aufwändig wird oder z.B. bei einem bettlägerigen Patienten, der auch nachts nicht alleine gelassen werden kann.

Und manchmal kommt ein Patient auch heim zum Sterben und es wird von den Angehörigen zur Unterstützung eine Personenbetreuung engagiert. Hier kommt die Personenbetreuung in eine komplexe Ausnahmesituation. Die Pflege kann aufwändig und zeitintensiv sein. In diesen Fällen kommt der Unterstützung durch palliativ geschulte Pflegekräfte des HKP eine besondere Bedeutung zu.

Die HKP macht nach Absprache mit dem Patient oder den Angehörigen in regelmäßigen Abständen einen Hausbesuch für pflegerische Maßnahmen wie Körperpflege, Verbandswechsel, um Medikamente herzurichten und anderes. Dabei besteht die Möglichkeit des Anlernens und Begleitens der Personenbetreuung durch die HKP.

IV. Kommunikation in der Pflege

Die Qualität der Betreuung hängt entscheidend ab vom Gelingen der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Das gemeinsame Ziel soll das Wohlbefinden des Patienten sein. Ein klares Verständnis der eigenen Rolle und regelmäßiger Austausch sind gut und notwendig. (Feichtner, Palliativpflege 2012, 41-44)

Das gilt auch ganz besonders für das Verhältnis von Pflegepersonal in der HKP und Personenbetreuung. Die Personenbetreuung profitiert vom Wissen und der Erfahrung der Pflegeperson, die wiederum ist angewiesen auf die Informationen über Symptome und

Befinden des Patienten. Wichtig ist auch, das gemeinsame Ziel, nämlich das Wohlbefinden des Patienten, immer wieder anzusprechen.

Die Grundhaltung in der Palliativen Pflege soll von einer wertschätzenden Haltung aller Beteiligten getragen sein. Der Respekt z.B. der HKP gegenüber dem Patienten und der Personenbetreuung ist eine Voraussetzung für ein ehrliches offenes Miteinander.

Beim Anlernen und Begleiten spielt die Berufserfahrung der Betreuerin eine große Rolle. Besonders am Anfang der Betreuung gilt es, das Vertrauen der Personenbetreuung zu gewinnen. Das kann durch das verlässliche Einhalten von Terminen (Hausbesuche), durch das Eingehen auf den Patienten und seiner Anliegen und auf die Fragen, Erzählungen, Berichte der Personenbetreuung geschehen. Ein einheitliches Vorgehen von Seiten des Teams der HKP ist Voraussetzung dafür. Auch für uns selbstverständliche und kleine Dinge sind immer wieder in kurzen, langsam gesprochenen Sätzen zu wiederholen. Man darf auch nachfragen, ob das Erklärte verstanden wurde.

Erfahrene 24 Stunden Betreuerinnen dürfen ihr Können, ihre Erfahrungen auch an uns weitergeben. Wir lernen nie aus.

Wir erleben immer wieder positive Beispiele wie dieses:

Eine 96-jährige Patientin lebt allein in einem Einfamilienhaus. Sie hat keine Angehörigen. Sie ist durch den Grauen Star, den sie nicht operieren lassen wollte, praktisch blind, leidet unter einem Diabetes Mellitus Typ II und unter hypertonen Krisen mit einem systolischen Wert bis 230. Unsere Patientin ist mit dem Gehbock mobil, aber besonders nachts unsicher in ihren Bewegungen.

Die Patientin kann selber nicht mehr kochen. „Essen auf Räder“ lehnt sie ab, das Essen schmeckt ihr nicht. Nachts findet sie die Toilette nicht, verständigt mit der Rufhilfe die Rettung, die Sanitäter helfen ihr aufs WC und begleiten sie anschließend ins Bett. Dann gehen sie wieder. Nur ungern lässt sich sie von der Krankenschwester waschen, das Bad lässt sie kalt, es ist nur eine Ganzwäsche in der Küche möglich.

Eines Tages steht sie nicht mehr auf, weil es sich ihrer Meinung nach nicht lohnt. Wir treffen sie häufig mittags beim Hausbesuch schlafend im Bett an. Einen Umzug ins Heim lehnt sie klar ab.

Nach längerem Zureden entscheidet sie sich für eine 24 Stundenbetreuung. Nach einer Woche, in der wir täglich Hausbesuch machen, um die neue Betreuerin anzulernen und zu begleiten, ist sie begeistert. Sie sitzt gewaschen und frisiert in der sauberen Küche, lobt das gute Essen und die Annehmlichkeiten einer Hilfe daheim.

Der erste Hausbesuch

Das Ziel dieses Erstgesprächs ist es, der Personenbetreuung einen Überblick über die Tätigkeit der HKP und des Hausarztes zu geben. Es wird angesprochen, wie wir unsere Zusammenarbeit gestalten können. Klare Kompetenzen müssen vermittelt werden. Kurz gesagt, wer macht was, welches Ziel möchten wir erreichen? Wer ist für welche Arbeit zuständig, auch organisatorische Tipps und Hinweise sind wertvoll für die Personenbetreuung.

Das Erledigen von täglich anfallenden Arbeiten wie Haushaltsführung, Kochen und anderes stellen meist keine großen Probleme dar. Die Anforderung an die Personenbetreuung in der Pflege kann allerdings je nach dem Stadium und dem Fortschreiten der Erkrankung viel Neues und Unbekanntes beinhalten. Je nach Vorkenntnis und Erfahrung der Personenbetreuung ist hier mehr oder weniger Aufwand beim Anlernen notwendig. Bei allen Besprechungen, Entscheidungen und wichtigen Gesprächen sollte der Patient immer dabei sein. (B. u. Huseboe kein Datum, 7)

Beim ersten Hausbesuch kann die Aufklärung der Personenbetreuung über die Diagnose, die Symptome und die Maßnahmen, die getroffen werden können, in Absprache mit dem Patienten und den Angehörigen, erfolgen. Dabei soll das Krankheitsbild und dessen Symptomatik erklärt werden. Großer Wert beim ersten Gespräch mit der Personenbetreuung ist darauf zu legen, dass sie Veränderungen und Verschlechterungen von Symptomen erkennt und auch an HKP und Arzt weitergibt.

Wichtige Entscheidungen müssen getroffen werden, ehe es zu spät ist! (B. u. Huseboe kein Datum)

Bei uns gibt es meist keine Notfälle. Eine vorausschauende Planung und offene Kommunikation gibt aber Patienten und Pflegenden, besonders der Personenbetreuung, die eine Symptomveränderung meist als erstes feststellt, Sicherheit. Wenn aber im Vorfeld zwischen Arzt, HKP und anderen Professionen wie dem Mobilien Palliativteam und den Angehörigen mögliche Krisen, Notfälle und die Maßnahmen besprochen werden, ist dies schriftlich festzuhalten. Telefonnummern von Arzt, HKP, Rettung sowie Medikamente und deren Dosierung, auch Medikamente, die bei Bedarf verabreicht werden können, sind zusammen mit dem Notallplan in Reichweite aufzubewahren (Hildegard Teuschel 2014, 20).

Ein geeigneter Plan für Krisen und Notfälle aus Feichtner Palliativpflege Ein Lehrbuch für Pflegehelferinnen, Seite 93 ist im Anhang eingefügt.

Bei terminalen Patienten ist auf jeden Fall der Patientenwille zu berücksichtigen. Personenbetreuungen sollten über den Inhalt einer Patientenverfügung oder über den Willen des Patienten informiert sein.

Praktische Dinge wie die Beschaffung von Medikamenten und Pflegematerialien sind ebenfalls Inhalt dieses ersten Gesprächs. Es werden kurze Informationen über die nächsten Apotheken und sonstige medizinischen Einrichtungen weitergegeben. Auch die Termine, zu welchen weitere Besuche der Hauskrankenpflege stattfinden oder geplante Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalte sind zu besprechen.

Die Hausbesuche der HKP können je nach Bedarf ausgeweitet beziehungsweise auch reduziert werden, und ein kurzfristiger Besuch bei Notfällen ist möglich. Somit wird Sicherheit und Verlässlichkeit vermittelt, und der Personenbetreuung bei Fragen und Problemen zur Seite gestanden.

Es ist nochmals zu betonen, dass sprachliche Schwierigkeiten und dadurch auftretende Missverständnisse zu berücksichtigen sind.

Muster eines Hausbesuchs

Der Patient und die Personenbetreuung werden mit Namen begrüßt. Es folgt ein kurzer Austausch über die Ereignisse seit dem letzten Patientenkontakt mit der Pflegeperson, wobei der Patient, die Personenbetreuung wie auch Angehörige in das Gespräch einbezogen werden. Durch den ständigen Kontakt der Personenbetreuung mit dem Kranken kann diese auch wertvolle Informationen über Veränderungen in der Befindlichkeit des Patienten der Pflegeperson weitergeben. Während des Hausbesuches sollten Ablenkungen wie Radio und Fernseher vermieden werden, um ein aktives Zuhören möglich zu machen.

Damit die Pflegeziele dem Krankheitsverlauf angepasst werden können, besprechen die Pflegeperson und die Personenbetreuung die nun folgenden Pflegemaßnahmen. Mithilfe der neu gewonnen Informationen über den Gesundheitszustand im Sinne des Patienten wird gemeinsam entschieden, welche von diesen durchgeführt werden. Die Pflegemaßnahmen werden kontinuierlich besprochen und dem Allgemeinzustand des Patienten angepasst, da pflegerische Interventionen den Patienten nicht zusätzlich belasten sollen. So wird z. B. bei einem Patient mit stark reduziertem Allgemeinzustand eine Teilwäsche einer Ganzkörperwäsche vorgezogen, um den Erschöpfungszustand nicht zu verstärken. Bei dieser Entscheidung kommt der Personenbetreuung eine große Mitverantwortung zu.

Idealerweise sind die Hilfsmittel, welche zur Pflege benötigt werden, von der Personenbetreuung schon hergerichtet, um Zeit zu sparen. Bei anspruchsvollen Arbeiten wie der Ganzkörperwäsche ist es von Vorteil, wenn die Pflegeperson und die Personenbetreuung die Pflege gemeinsam machen. Durch das gemeinsame Arbeiten wird die körperliche Anstrengung besonders für den Patient reduziert, beispielsweise beim Umdrehen. Der Patient bleibt so Mittelpunkt des Bemühens.

Es wird besonders von der Pflegekraft, aber auch von der Personenbetreuung erwartet, dass die Pflegehandlungen achtsam und mit Konzentration durchgeführt werden. Falls während der Pflegemaßnahmen weitere Veränderungen am Körper des Patienten festgestellt werden, kann darauf hingewiesen und ihr/ihm gezeigt werden, welche Möglichkeiten bestehen, mit diesen umzugehen. Jede dieser Pflegemaßnahmen wird Schritt für Schritt erklärt, und auch nachgefragt, ob diese Erklärungen verstanden wurden.

Es folgt eine kurze Nachbesprechung, wobei nochmals aufgetretene Veränderungen des Patientenzustandes und die Konsequenzen daraus thematisiert werden. Bei Unsicherheiten seitens der Personenbetreuung ist es wichtig, bei einem weiteren, evtl. auch zusätzlichen Hausbesuch oder durch die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache dafür zu sorgen, dass eine optimale Versorgung des Patienten erreicht wird. Der nächste Hausbesuchstermin wird fixiert. Es folgt die Verabschiedung vom Patient und der Personenbetreuung.

V. Symptome und Maßnahmen in der Palliativen Pflege

Die Bedürfnisse des Menschen in der letzten Lebensphase sind ein erträglicher körperlicher Zustand und eine gute Symptomkontrolle. Eine wichtige Rolle für die Angehörigen und die Personenbetreuung spielen die mitfühlende seelisch-emotionale Begleitung, Liebe, Hoffnung und Beistand im Sterben. Ganz wichtig ist die Wahrhaftigkeit über die gegenwärtige Situation, dazu gehören auch das Ordnen der letzten Dinge, von Beziehungen zu Familie, Freunden, Nachbarn und anderen Personen. (Jonen-Thielemann 2012, 995)

Bei Krebskranken können je nach Tumorausbreitung individuelle Symptome und Beschwerden auftreten. Das häufigste Symptom ist die Schwäche, gefolgt vom Schmerz. Andere häufige Symptome bei Schwerkranken und Sterbenden sind Appetitlosigkeit, Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Atemnot, Fatigue und Fieber.

Appetitlosigkeit: Das Bedürfnis zu essen, kann sich mit fortschreitender Erkrankung immer mehr reduzieren. Im Laufe des Sterbeprozesses ist es wahrscheinlich, dass der Patient auch nicht mehr trinken will. Der Grund für die Appetitlosigkeit sind oft Schmerzen oder andere quälende Symptome wie Unsicherheit oder Angst vor dem Sterben. Auch Schluckstörungen können Ursache für die Essensablehnung sein. Hier ist es von Anfang an wichtig, der Personenbetreuung zu zeigen, dass das Essen mit aufrechtem Oberkörper eingenommen werden soll, wie es auch im Hospizfolder beschrieben ist.

Wenn die Pflegenden die Ursache der Appetitlosigkeit erkennen, kann darauf reagiert und das Symptom gelindert werden. Personenbetreuer legen oftmals großen Wert darauf, dass der Kranke die liebevoll gekochten Mahlzeiten isst. Sie verstehen manchmal nicht, dass der Appetit nachlässt oder der Patient in der Sterbephase gar nicht mehr essen will.

Die Aufgabe der HKP besteht hier darin, klar zu machen, dass es nicht sinnvoll ist, den Patienten zum Essen und Trinken zu drängen. Kleinste Mengen, schön angerichtet, helfen bei Appetitlosigkeit, auch das Nachfragen nach den Lieblingsspeisen und –getränken kann helfen.

Obstipation, Übelkeit und Erbrechen: Die Obstipation ist ein für den Patienten sehr belastendes Symptom. 40 bis 50 % der Patienten mit einer Tumorerkrankung leiden darunter, 90 % der Patienten mit einer Opioidtherapie. (Bausewein 2012, 277ff)).

Der Patient leidet unter Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Völlegefühl und Inappetenz.

Zu den häufigsten Ursachen der Obstipation zählen intestinale Tumorgewächse bei onkologischen Patienten, Mangel an Flüssigkeitszufuhr, zu wenig körperliche Bewegung (Bettlägerigkeit), wie schon erwähnt als Nebenwirkung von Medikamenten, Stress und psychischen Belastungen. Die Ursachen sind also vielfältig, oft kommen mehrere Faktoren zusammen.

Bei einer Opioidtherapie entwickelt der Patient eine Toleranz für die Übelkeit und Erbrechen, das heißt, diese Symptome können sich nach einer geraumen Zeit bessern. Die Obstipation bleibt.

Daher ist die Obstipationsprophylaxe von großer Bedeutung, um einem möglichen Ileus vorzubeugen. Die Personenbetreuung hat Einfluss auf den Tagesablauf, den Speiseplan, und die Flüssigkeitszufuhr. Aufgabe der Personenbetreuung ist auch das Beobachten der Stuhlhäufigkeit, der Beschaffenheit und die Menge des Stuhlganges. Dem Zustand des Patienten entsprechend sind eine ballaststoffreiche Ernährung, genügend Flüssigkeitszufuhr und tägliches Toilettentraining Möglichkeiten, der Obstipation zu begegnen. Dabei ist es wichtig, dass der Stuhlgang nicht unterdrückt wird. Zu berücksichtigen ist auch, dass viele Patienten nicht gerne über Verdauungsprobleme sprechen.

Manchmal bleiben nur noch medizinische Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung wie Metoclopramid (Paspertin), orale Abführmittel (kontinuierlich), Abführzäpfchen oder kleine Einläufe (Clysmol), die von der Pflegeperson der HKP ausgeführt werden.

In der Sterbephase sind abführende Maßnahmen sehr belastend für den Patienten und sollen nicht mehr gemacht werden. Das ist der Personenbetreuung klar zu kommunizieren.

Die Palliativstation hat eine sehr gute, einfach zu verstehende Broschüre zu diesem Thema herausgegeben. Informationen in schriftlicher Form können von der Personenbetreuung in Ruhe gelesen werden.

Übelkeit und Erbrechen: Sie treten häufig gemeinsam auf, sind aber zwei eigenständige Symptome und sehr belastend. Neben der medikamentösen Therapie spielen nichtmedikamentöse Maßnahmen eine wichtige Rolle, die auch in der Verantwortung der Personenbetreuung liegen. So sollen unangenehme Gerüche vermieden werden. Kleine, appetitlich angerichtete Mahlzeiten regen den Patienten zum Essen an. Wenn möglich, soll auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Das Trinken von warmem Ginger Ale, das Lutschen von kleinen Eiswürfeln oder Aroma- Öle wie Pfefferminz und Neroli sind Möglichkeiten, die Übelkeit zu verringern (Feichtner, Palliativkurs 2015 2015).

Mundtrockenheit: Viele palliative Patienten leiden unter Mundtrockenheit (Xerostomie) oder Schleimhautveränderungen im Mund. Sie können schmerzen, das Essen und Trinken wird erschwert und das Sprechen fällt schwer.

Bei diesem Symptom ist die Mithilfe einer engagierten, mutigen und experimentierfreudigen Personenbetreuung ein großer Vorteil.

Zusammen mit dem Patient und seinen Vorlieben für verschiedene Geschmacksrichtungen kann man versuchen, der Mundtrockenheit mit halbgefrorenen (Lieblings-) Getränken oder kleinen gefrorenen Fruchtstückchen, mit einem kleinen Stück Butter oder Schlagrahm zu begegnen. Das Spülen mit Pfefferminzwasser erhöht die Speichelproduktion (Feichtner, Palliativkurs 2015 2015).

Ist die Mitarbeit des Patienten aufgrund seines schlechten Allgemeinzustandes nicht mehr möglich, ist mit seinem Einverständnis mit in den Vorlieben entsprechenden Getränken wie Bier, Sekt, verdünnten Zitronensaft oder auch Suppe getunkten Swabs die Mundpflege durchzuführen. Auch das Besprühen der Zunge und der Mundschleimhaut mit verschiedenen Flüssigkeiten wird manchmal als angenehm empfunden.

Die Mundpflege ist ein intimer „Eingriff“ für einen Kranken, sie setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Pflegeperson voraus.

Dyspnoe (Atemnot) ist das subjektive Gefühl, zu wenig oder keine Luft zu bekommen. Zu den Verstärkern der Atemnot zählen vor allem Angst und Schmerzen. Ursache der Atemnot kann ein Versagen der Atemmechanik sein. Auch zu diesem Thema hat die Palliativstation Hohenems eine sehr gute Broschüre herausgegeben.

Es ist wichtig, die Personenbetreuung darauf hinzuweisen, dass der Patient in dieser beängstigenden Situation nicht alleine gelassen werden soll, d.h. die Personenbetreuung soll beruhigend auf den Patienten einwirken. Der eigene Atemrhythmus der Personenbetreuung soll ruhig sein. Das ist wichtig für den Kranken, da sich regelmäßiges Atmen überträgt. Eine Möglichkeit der Erleichterung besteht darin, das Fenster zu öffnen. Dann kann das Kühlen des Gesichtes des Patienten als angenehm empfunden werden. Wenn der Oberkörper hochgelagert wird, die Beine aus dem Bett hängen und die Arme

seitlich mit Kissen gestützt werden, fällt das Atmen oft leichter. Die zeitige Meldung an die HKP oder Angehörige ist wichtig, damit vom Arzt angeordneten Medikamente (Vendal) zum Einsatz kommen. (Hildegard Teuschel 2014, 17)

Die körperliche Schwäche und Müdigkeit ist ein für den Patienten sehr belastendes Symptom seiner Erkrankung. Häufige Ruhe- und Schlafphasen sind notwendig, und auch die Körperpflege und die Einnahme der Mahlzeiten sollen sich nach dem Zustand des Patienten richten.

Fieber ist ein Symptom, das besonders bei der Pneumonie und in der Sterbephase auftritt. Eine rasche Absenkung des Fiebers durch den Einsatz von Medikamenten sollte gut abgewogen werden, weil sie besonders in den letzten Tagen sehr belastend für den Patienten ist.

Zu empfehlen sind pflegerische Maßnahmen wie kühle, aber nicht kalte Umschläge auf die Stirn, an den Leisten und an den Waden für ca. 20 Minuten. Der fiebernde Patient soll nur mit einem Leintuch zugedeckt werden. Kühle Getränke und Mundpflege mit Eis tragen zum Wohlbefinden bei (Hildegard Teuschel 2014, 18).

VI. Grundpflege in der Palliativen Pflege:

Schwer kranke Menschen kommen durch ihre mangelnde Energie schnell in einen Erschöpfungszustand. Im Laufe eines Tages gibt es unterschiedliche Phasen, in denen die Patienten sich mehr oder weniger schwach fühlen. Für die Pflege heißt das, sich an diesen Phasen zu orientieren und den Patienten nicht durch Pflegehandlungen weiter zu erschöpfen. Das bedeutet für das Pflegepersonal der HKP und die Personenbetreuung eine sehr flexible Pflege, angepasst an die Möglichkeit und Kraft des Patienten. Die Grundpflege kann über mehrere Etappen über den Tag verteilt werden.

Die Personenbetreuung kennt Höhen und Tiefen des Tages, weiß, ob Pflege in der Früh oder nachmittags besser vertragen wird. In Absprache mit der Pflegeperson der Hauskrankenpflege kann sie entscheiden, welche Pflegehandlungen sinnvoll und für den Kranken angenehm sind.

Das Kommunizieren über die Pflegeziele und die Unterscheidung zwischen „Was war früher wichtig“ und „Was darf jetzt vernachlässigt werden“ ist jetzt von Bedeutung.

Prophylaxen in der Palliativpflege

Die meisten Personenbetreuungen sind aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Erfahrung vertraut mit dem Thema Prophylaxen. Trotzdem ist bei der Körperpflege von Seiten der Pflegeperson der HKP besonderes Augenmerk auf das Verstehen und Beachten der Prophylaxen zu legen. Bei Palliativpatienten ist durch den verringerten Allgemein- und

Ernährungszustand und/oder die Immobilität sowie Einflüsse von Medikamenten (Chemotherapie), Fieber, starkes Schwitzen besonders die Haut gefährdet.

Das Beobachten der Haut und deren mögliche Veränderungen sind ein wichtiger Bestandteil jeder Körperpflegemaßnahme. Die Schutzfunktion der Haut soll erhalten oder wiederhergestellt werden. Zu achten ist auf Rötung, Risse, Mazeration oder Austrocknung. Bevorzugte Stellen sind die Ohren, Schultern, das seitliche Becken, der Steiß, die Fersen und die Zehenspitzen. Das Beurteilen der Haut ist besonders beim Waschen des Körpers ohne großen Zeitaufwand möglich. Nach dem Waschen des Körpers ist eine gute Hautcreme an den betroffenen gefährdeten Stellen aufzutragen und leicht einzumassieren. Die Personenbetreuung kann dies mehrmals täglich tun.

Wenn Haut auf Haut liegt wie bei der Achsel, unter der weiblichen Brust, bei adipösen Patienten bei Bauchfalten, in der Leiste und in der Analfalte kann die Personenbetreuung nach dem Auftragen der Hautschutzcreme Leinenflecken einlegen. Dieser Vorgang ist alle zwei Tage zu wiederholen. Wenn keine Besserung eintritt, ist eine Meldung an den Hausarzt zu empfehlen, um z. B. eine Hautpilzkrankung auszuschließen.

Mundhygiene Regelmäßige Mund- und Zahnhygiene ist ein wesentlicher Bestandteil einer guten palliativen Pflege. Der Patient soll, um Entzündungen der Mundschleimhaut vorzubeugen, nach jedem Essen den Zahnersatz gereinigt bekommen und den Mund mit Wasser ausspülen. Kann der Patient das nicht mehr selbst, ist das die Aufgabe der Personenbetreuung. Anstatt scharfer Zahnpasta sollte man Kinderzahnpasta verwenden.

Bei wunden Mundschleimhaut ist es besser, auf den Zahnersatz vorübergehend zu verzichten. (Feichtner, Palliativpflege 2012, 49)

VII. Weitere pflegerische Aspekte

Möglichkeiten der alternativmedizinischen Maßnahmen: Viele Patienten haben schon in gesunden Tagen bei leichten Beschwerden zu alternativen Methoden gegriffen. Auch wenn die Meinungen über diese Formen der Behandlung auseinandergehen, ist vom Pflegepersonal positiv auf Wünsche dieser Art zu reagieren. Zu den Möglichkeiten zählen die Aromatherapie, die Homöopathie, die Anwendung von Wärme, Massage und die Akupunktur. Um ein positives Ergebnis zu erzielen wie eine Schmerzlinderung und das Wohlfühlen des Kranken, sind dafür ausgebildete Personen hinzuzuziehen.

Humor in der Pflege: Was nicht mehr zu ändern ist, kann manchmal mit Humor oder Heiterkeit ein wenig leichter gemacht werden. Humor ist Kommunikation, mitten in die Pflege platziert, z.B. ein Augenzwinkern, ein kleiner Scherz, der die ernste Situation entspannt. Mit Feingefühl und Empathie, leise und flüchtig oder eine Übertreibung, je

nach dem Gemüt des Patienten, hilft dem Kranken und den Pflegenden durch manche Unannehmlichkeit. Vorsicht ist bei dementen Patienten angebracht, sie sollen den Spaß verstehen.

Seelsorge: Die spirituelle Begleitung eines palliativen Patienten ist ein wichtiger Teil in der palliativen Pflege. Alle, die Kontakt zum Patienten haben, sollen hellhörig sein im Gespräch, bei Krankenbesuchen und während der Pflege und versuchen, mit Einfühlungsvermögen zu reagieren. Seelsorgerische Unterstützung kann man von Priestern oder von Mitarbeiterinnen der Hospiz bekommen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens, nach einem Leben nach dem Tod rücken in den Vordergrund. Auch Menschen, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören, brauchen seelsorgliche Begleitung.

Sein Unglück

ausatmen können

tief ausatmen

so dass man wieder

einatmen kann

Und vielleicht auch sein Unglück

sagen können

in Worten

in wirklichen Worten

die zusammenhängen

und Sinn haben

und die man selbst noch

verstehen kann

und die vielleicht sogar

irgendwer sonst versteht

oder verstehen könnte

Und weinen können

Das wäre schon

fast wieder

Glück

Erich Fried

VIII. Was geschieht beim Sterben

Zu den guten Rahmenbedingungen für das Sterben daheim zählt, dass die Personenbetreuung die Symptome, die am Ende des Lebens auftreten, erkennt und adäquat einzuschätzen weiß. Aber jedes Sterben ist individuell. Hier wird die gute Aufklärung von Seiten der HKP wichtig und trägt zur Entspannung der Situation und Reduktion von Ängsten bei.

Sterben ist ein Prozess. Sterben bedeutet eine zunehmende Abnahme der Lebensqualität, eine Beeinträchtigung der Lebensfunktionen, den Ausfall zuerst einzelner, dann aller Organe. (Feichtner, Palliativpflege 2012, 96f)

Ingeborg Jonen-Thielemann teilt die Sterbephase in vier Gruppen ein. In der **Rehabilitationsphase** kann ein Patient trotz fortgeschrittener Krankheit durch eine palliative Therapie ein weitgehend normales Leben führen. Die Symptome der Erkrankung sind gering.

In der **Terminalphase** (Terminus = Grenze) lebt der Erkrankte an der Grenze zwischen Leben und Tod. Er ist meist oder dauernd bettlägrig, er nimmt Abschied. Die Symptomatik seiner Erkrankung ist deutlich stärker ausgeprägt.

Die **Finalphase** oder **Sterbephase** sind die letzten Stunden eines Kranken. Die Augen sind meist geschlossen, der Sterbende spricht nicht mehr, hört aber und versteht und nimmt Berührungen wahr.

Der Körper des sterbenden Menschen verändert sich sichtbar und spürbar. Der Blutdruck und die Körpertemperatur sinken, der Puls verändert sich. Arme und Beine können durch die geringere Durchblutung kühler werden. Der Atem verändert sich. So können **Rasselgeräusche** ein Lungenödem oder vermehrte Bildung von Bronchialsekret oder Sekret im Rachenraum als Ursache haben. Der Patient hat nicht mehr die Kraft, das Sekret

abzuhusten. Die Rasselgeräusche sind für die Betreuenden wesentlich belastender als für den Patient. Durch eine steile Seitenlagerung kann – wenn es vom Patienten toleriert wird - eine Entlastung erreicht werden. Auch medikamentöse Unterstützung durch Buscopan oder Scopolamin ist eine Möglichkeit, für den Patienten eine Erleichterung zu schaffen.

Die **Cheyne Stokes Atmung** ist ein periodisches An- und Abschwollen der Atemtiefe mit anschließender längerer Atempause.

Wenn diese Symptome eintreten, ist es wichtig für den Sterbenden und die Angehörigen, dass es im Krankenzimmer ruhig ist, beruhigende Worte zeigen dem Sterbenden, dass er nicht allein ist. Der Geruchs- und Gehörsinn können in den letzten Tagen und Stunden zunehmen, so kann es sein, dass selbst zuvor schwerhörige Kranke jetzt leises Flüstern hören. Auch leise, dem Sterbenden vertraute Musik, Gebete und Berührungen lassen eine dem Anlass entsprechende Stimmung entstehen.

Das Bewusstsein kann sich verändern. Es kann eingetrübt sein, die Patienten scheinen die meiste Zeit zu schlafen. Es gibt aber immer wieder kurze Phasen von relativ klarem Bewusstsein, in denen die Kranken auch wieder kommunizieren können.

Durch Veränderung im Stoffwechsel kann es sein, dass sich der Geruch des Kranken verändert. (Hildegard Teuschel 2014, 15)

Wenn sich abzeichnet, dass der Patient in den nächsten Tagen oder Stunden stirbt, nimmt die Häufigkeit der Hausbesuche der HKP zu und zwar in Absprache mit den Betroffenen pflegenden Personen, Angehörigen und auch der Personenbetreuung. Sie sind meistens dankbar und froh für die Unterstützung, für Tipps und für ein unterstützendes Gespräch. In vielen Fällen wird auch die Zusammenarbeit mit dem Arzt enger, besonders bei Fragen des Schmerzmanagements, der Bedarfsmedikation bei Problemen wie Angst, Atemnot, Unruhe und Delir.

In der Sterbephase ist es für die Personenbetreuung wichtig zu wissen, dass Pflegemaßnahmen wie Ganzkörperwäsche, Prophylaxen nicht mehr ausgeführt werden müssen. Vielmehr sind kleine Pflegemaßnahmen wie Mund befeuchten, Kissen richten, Sicherung einer bequemen Lagerung ausreichend. Besonders wichtig sind dann Hautberührungen wie das Halten der Hand. (Jonen-Thielemann 2012, 994)

Einfach dasein

in der Begleitung von Sterbenden

nichts mehr tun müssen

miteinander dem Atemfluss folgen

**Einfach mitfühlend sein
angesichts des Todes
die Tränen fließen lassen
im schmerzvoll-befreienden Aufatmen**

**Einfach dasein
Sterbenden zärtlich begegnen
einander zum Loslassen bestärken
Dankbarkeit und Schmerz teilen
Pierre Stutz**

IX. Wenn der Tod eintritt

Sterben bedeutet ein meist langsames Aufhören der Lebensfunktionen und meist ist das Ende des Lebens unspektakulär und still. Dass der Tod nahe ist, kündigt sich durch mehrere Anzeichen an. Die Augen des Sterbenden sind offen oder halboffen, aber sie sehen nicht wirklich. Der Mund ist offen. Die Körperunterseite färbt sich dunkel oder ist marmoriert. Der Puls wird schwächer, die Sterbenden reagieren nicht mehr auf ihre Umgebung. Die Atempausen werden länger. Der Tod tritt ein, wenn Herzschlag und Atem ganz aufhören (Hildegard Teuschel 2014, 28-30).

Wenn der Kranke verstorben ist, ist es für Angehörige und Personenbetreuung wichtig zu wissen, dass es nichts gibt, was gleich geschehen muss. Keine Eile ist notwendig. Es bleibt genug Zeit, sich zu verabschieden. Trauer, die Stille des Moments und die Besonderheit dieser Stunden des Abschiedes dürfen auf alle wirken. Auch die Erleichterung darüber, dass der/die Verstorbene nicht mehr leiden muss. Alle Gefühle wie Trauer, Trost, Verzweiflung, Lachen und Weinen sind erlaubt.

Das Angebot der HKP, gemeinsam mit Angehörigen oder der Personenbetreuung den Verstorbenen ein letztes Mal zu pflegen und zu versorgen, wird oft gerne angenommen. Auch für uns gilt, dass jetzt alles langsam und mit Einbeziehung der Hinterbliebenen und der Personenbetreuung gemacht wird.

Was ist zu tun: Wir entfernen Zugänge wie Venflon oder Dauerkatheter. Behutsam werden Lagerungshilfsmittel entfernt. Gemeinsam mit der Personenbetreuung oder Angehörigen waschen wir den Verstorbenen noch einmal, ziehen ihm frische Unterwäsche und Kleidung, die er/sie gerne getragen hat bzw. in denen die Angehörigen ihn/sie gerne gesehen haben, an. Weil nach dem Versterben manchmal noch Stuhl oder Harn austritt, legen wir eine Einlage oder Windel an.

Eine Kerze wird entzündet, je nach Glaubensbekenntnis religiöse Utensilien wie ein kleines Kreuz, Weihwasser, ein Rosenkranz oder anderes auf den Tisch gestellt.

Kinder kann man zu diesem Zeitpunkt mit einbeziehen. Sie dürfen für den Verstorbenen im Garten Blumen pflücken oder ihm etwas Liebes auf das Sterbebett legen.

Der Arzt wird informiert, er muss die Totenbeschau vornehmen.

Wir nehmen uns wieder Zeit für ein Gespräch mit den Angehörigen, informieren, wie es jetzt weitergehen kann, wie lange der Verstorbene zu Hause aufgebahrt werden kann und anderes.

Wenn Angehörige nicht alleine mit dem Verstorbenen sein wollen, schauen wir, dass ein guter Freund da ist oder ein Seelsorger kommt.

Das Betreuungsverhältnis der Personenbetreuerin endet mit dem Tod des Patienten. Ein kleines Gespräch und Abschied nehmen muss die Pflegeperson der HKP also nach dem letzten Versorgen des verstorbenen Patienten.

Nach dem Begräbnis besuchen wir die Trauerfamilie noch einmal. Dabei besteht die Möglichkeit für die Angehörigen, die vergangene Zeit der Erkrankung und des Sterbens noch einmal zu besprechen. Wenn die Trauer sehr groß ist, Einsamkeit ein Problem ist, können wir über Möglichkeiten der Trauerbewältigung (Hospiz, Trauercafé, weitere Besuche der HKP) informieren.

X. Persönliche Erfahrungen

Ich komme täglich in meinem Beruf und kam die vergangenen Monate auch privat mit dem Thema Personenbetreuung in Berührung:

Mein Schwiegervater war bis zu seinem 89. Lebensjahr geistig und körperlich rege. Mit Hilfe seiner Familie und der Unterstützung einer Frau vom Mobilen Hilfsdienst führte er ein relativ eigenständiges Leben. Während eines Routine-Arztbesuches erlitt er einen Schwächeanfall und wurde ins Krankenhaus eingeliefert. Die Diagnose Pneumonie war vorerst kein Anlass zur Beunruhigung für uns. Nach ungefähr zwei Wochen stellte sich aber heraus, dass er auf keine Therapie mehr ansprach. Der behandelnde Arzt riet uns, ihn nach Hause zu nehmen. Der Patient wusste, dass er bald sterben würde und sprach das klar aus. Er freute sich sehr auf das Heimkommen. Wir bereiteten uns vor, indem wir für alle notwendigen Hilfsmittel wie Pflegebett, Toilettenstuhl, Rollstuhl usw. besorgten. Auch eine Personenbetreuung sollte uns in der Pflege unterstützen, was nach anfänglichem Zögern von ihm akzeptiert wurde.

In dieser Zeit durfte ich erfahren, wie eine Personenbetreuung zuerst als Entlastung für uns Angehörige und nach kurzer Zeit eine Vertrauensperson für den Kranken geworden ist. Kleine Rituale besonders am Morgen bei der Körperpflege, vormittags beim Besprechen des Speiseplans und abends beim Einschlafen haben eine entspannte Atmosphäre daheim geschaffen.

Dass der Tod nahe war, war dem Kranken, uns Angehörigen und den Betreuerinnen bewusst und wir konnten diese Tatsache annehmen und die letzten Wochen dazu nutzen, Abschied zu nehmen. Durch die Unterstützung der Personenbetreuung in alltäglichen Dingen blieb genug Zeit dafür. Das haben der Kranke und wir Angehörigen entlastend und als große Bereicherung erfahren.

Durch den täglichen Kontakt mit den Pflegerinnen Darina und Anna habe ich aber auch gesehen, dass Personenbetreuungen fachliche Unterstützung, verlässliche Hilfe und menschliche Zuwendung brauchen. Sie dürfen mit ihrer großen Aufgabe, einen Kranken und Sterbenden rund um die Uhr zu betreuen, nicht alleine gelassen werden. Das gemeinsame Ziel aller ist es ja, neben allem medizinischen und pflegerischen Fachwissen Raum für ein würdiges Leben mit der Krankheit und ein würdiges Sterben für den Patienten zu schaffen. Das heißt zu versuchen, mit den Ängsten und Nöten leben zu lernen. Angst überträgt sich, genauso überträgt sich das Gefühl der Sicherheit, relativ gut diesen Tag oder die kommende Nacht überstehen zu können. Diese Erfahrungen waren mir Motivation für diesen Leitfaden.

Neben einer guten fachlichen Ausbildung, die unter anderem beim Palliativkurs geboten wird, sehe ich im menschlichen Da-Sein für den Patient, die Angehörigen und die

Personenbetreuung die große Herausforderung in der HKP. Wir können das in der Geborgenheit der vertrauten Umgebung anbieten und das ist eine sehr erfüllende Arbeit.

du suchst einen Weg

du suchst ein ziel

du weißt nur noch nicht

dass du schon angekommen bist

solange du suchst

solange du gehst

solange du liebe trägst

Gerhard Maria Rossmann

XI. Literaturverzeichnis

- Bausewein, Claudia und Hentrich, Marcus. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- Feichtner, Angelika. *Palliativkurs 2015*. Batschuns, 2015.
- . *Palliativpflege*. Wien: facultas Universitätsverlag, 2012.
- Hildegard Teuschel, Andreas Kratschmar et al. *Begleiten bis zuletzt*. Herausgeber: Dachverband Hospiz Österreich. Wien: Dachverband Hospiz Österreich, 2014.
- Huseboe, Bettina und Stein. *Die letzten Tage und Stunden*. kein Datum.
- Huseboe, Stein. *Die letzten Tage und Stunden*. kein Datum.
- Jonen-Thielemann, Ingeborg. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH, 2012.
- Kränzle, Susanne, Ulrike Schmid, und Christa Seeger. *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung*. Herausgeber: Susanne Kränzle, Ulrike Schmid und Christa Seeger. Berlin: Springer-Verlag, 2011.

XII. Anhang

Plan für Krisen und Notfälle - Palliativer Behandlungsplan

(durch Arzt/Ärztin und Betreuungsperson auszufüllen)

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Medizinischer Hintergrund	
Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen:	
Eine Verbesserung ist nicht mehr zu erwarten. Die Situation erfordert ein überwiegend palliatives Betreuungskonzept.	
Cardiopulmonale Reanimation ist der Situation nicht mehr angemessen. <input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	Die Verlegung in ein Krankenhaus soll nach Möglichkeit vermieden werden. <input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Entscheidungshintergrund				
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit ist gegeben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Überwiegend ja	<input type="checkbox"/> Überwiegend nein	<input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Vorsorgevollmacht ist erteilt	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Sachwalterschaft liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Hinweise für Ablehnung medizinischer Maßnahmen durch Patient/Patientin (<u>mutmaßlicher Patientenwillen</u>)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Keine	
Anmerkungen:				

Die Angehörigen sind über die Situation informiert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anmerkungen:		

