

„Leben bis zuletzt – dort, wo ich zu Hause bin“

*Implementierung
einer Hospizkultur und palliativen Kompetenz in
Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe*



Erstfassung 2011; überarbeitet November 2014

Autorin: Barbara Hartmann; www.hospizkultur-und-palliative-care.de

Inhalt

I.	Einführung.....	3
II.	Definition: Implementierung	5
III.	Übersicht zur Vorgehensweise.....	7
IV.	Vorgehensweise nach den 7 Basisprozessen zur Organisationsentwicklung	9
1.	Change-Management-Prozess.....	9
1.1.	Wahl der Projektleitung.....	10
1.2.	Ort und Zeit	10
1.3.	Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer.....	11
1.4.	Kostenplanung	11
1.5.	Eigene Haltung zur Vorgehensweise.....	12
2.	„Informieren.....	13
2.1.	Informieren und Sensibilisieren	13
2.2.	Informieren und Einbeziehen.....	13
3.	Der Diagnose-Prozess.....	15
4.	Lernprozesse / Fortbildungen.....	15
5.	Zukunftsgestaltungsprozesse.....	16
5.1.	Beschreibung von Richtlinien	17
5.2.	Beschreibung von Standards	17
5.3.	Biographisches Erfassen	18
5.4.	Vernetzung.....	18
5.5.	Erarbeitung von Leitlinien – Sinn oder Unsinn?.....	22
6.	Psychosoziale Prozesse	22
7.	Umsetzungs-Prozesse.....	24
V.	Sicherung der Nachhaltigkeit	25
VI.	Schlussfolgerung.....	26
VII.	Literaturverzeichnis	27

Anhang +CD-Rom

Um eine gute Lesbarkeit zu gewährleisten, habe ich zeitweise auf die weibliche Form verzichtet. Selbstverständlich sind aber auch hier beide Geschlechter gemeint.

I. Einführung

„Unsere Bewohnerinnen und Bewohner sollen bei uns, in ihrem Zuhause, sterben können – aber wir sind ja kein Pflegeheim“.

Dieses Zitat einer Heilerziehungspflegerin aus einer Wohngruppe für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung macht das Dilemma deutlich, welches Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe empfinden: Auf der einen Seite das Bedürfnis, dem Wunsch von Bewohnern nach einem Sterben in der vertrauten Umgebung nachzukommen, auf der anderen Seite die Sorge, Notwendiges nicht leisten zu können.

Die Konzepte der Eingliederungshilfe richten sich nach den beschriebenen Leistungen im Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch, SGB XII. Diese beinhaltet neben der Hilfe zur medizinischen Rehabilitation die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, arbeiten vorwiegend Mitarbeitende aus pädagogischen Berufen wie der Heilerziehungspflege, Heilpädagogik, Erziehung und der Sozialarbeit in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Nur vereinzelt sind Frauen und Männer aus der Gesundheits- und Krankenpflege, bzw. Altenpflege angestellt.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe stehen aber nun vor einer neuen

Herausforderung: Menschen, die der Tötung durch den Nationalsozialismus entkommen konnten erreichen das Rentenalter. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden zunehmend onkologische Erkrankungen diagnostiziert. Die Eltern erreichen innerhalb der nächsten Jahrzehnte ein Alter, in dem sie selbst Unterstützung benötigen. Dies bedeutet, dass die Bewohnerschaft in den nächsten 20 Jahren wachsen und stark altern wird.

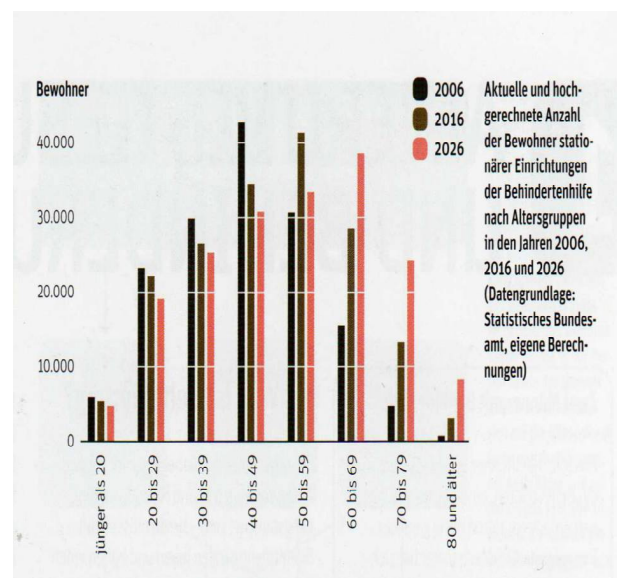


Abbildung 1

(Siehe Abbildung 1 aus Köhnke, Y.; 2009; S. 7)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Wohnheimen der Eingliederungshilfe nehmen bereits seit einigen Jahren Veränderungen in ihrem Arbeitsbereich wahr: Vermehrte Pflegetätigkeit durch zunehmende körperliche Schwäche, auftretende Erkrankungen mit progressivem Verlauf, bis hin zum Sterben der Bewohnerinnen und Bewohner.

Der Wunsch vieler Bewohnerinnen und Bewohner dieser Wohneinrichtungen ist es bis zuletzt in der vertrauten Umgebung bleiben zu können. Verantwortliche und Mitarbeitende in der oft jahrelangen Begleitung möchten diesem Anliegen nachkommen. Gleichzeitig besteht hier jedoch die Frage nach rechtlichen Konsequenzen, nach fachlichem Wissen im Bereich der Pflege und der hospizlichen Begleitung sowie nach Konzepten zur Umsetzung.

Hier müssen sich Personen in der Führungs- und Leitungsposition im Vorfeld ihrer Verantwortung und Aufgabe in diesem Veränderungs- bzw. Wachstumsprozess bewusst sein. Es benötigt eine schrittweise Organisationsentwicklung, um eine effiziente und nachhaltige Versorgung am Lebensende im Rahmen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen.

II. Definition: Implementierung

Bereits seit einigen Jahren wird das Wort „Implementierung“ mit der Schaffung einer Hospizkultur und palliativen Kompetenz in Alten- und Pflegeeinrichtungen verwendet. Ich hörte, dass sich einige Menschen sträuben, dieses Wort in diesem Zusammenhang zu verwenden. Begründung: In jeder Einrichtung gibt es bereits eine gewisse Kultur, da Mitarbeitende, Angehörige, jeder Bewohner und jede Bewohnerin eine eigene Vorstellung mitbringt und diese in ihrem, seinem möglichen Rahmen anwendet.

Würde das Wort „Implementierung“ bedeuten, etwas ganz Neues schaffen zu wollen, dann wäre dieser Begriff auf Grund der oben genannten Aspekte tatsächlich für dieses Vorhaben falsch.

Wikipedia definiert diesen Begriff wie folgt:

„Die Implementierung (von lateinisch implere, „anfüllen“, „erfüllen“) ist die Umsetzung von festgelegten Strukturen und (Arbeits-) Abläufen in einem System unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen, Regeln und Zielvorgaben, also einer Spezifikation.

Im allgemeinen Fall stellt die Konkretisierung einen Wechsel von einer abstrakten zu einer konkreteren Ebene dar – die Implementierung steht dabei für die tiefste Ebene.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Implementierung> 04.02.2010)

Nach dieser Definition ist für mich die Verwendung dieses Begriffs im Sinn von „anfüllen“ und „erfüllen“ stimmig:

Es schließt nicht aus, dass bereits Erfahrungen mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer vorhanden sind, bzw. einzelne Mitarbeitende in diesen Themen geschult worden sind. Das Thema würde aber ohne weitere Maßnahmen in der abstrakten Ebene bleiben, da keine gemeinsamen Ziele, Rahmenbedingungen und Strukturen entworfen wurden. Es fehlt eine gemeinsame Sprache. Somit kann keine Wirkung in der tiefsten Ebene erreicht werden.

In Kursen zur Fortbildung in Palliative Care erlebe ich Teilnehmende, die zwar von ihrer Einrichtungsleitung gebeten wurden an dieser Maßnahme teilzunehmen, aber weder Zeit noch einen Auftrag bekamen, ihr erhaltenes Wissen einzubringen.

Ebenso erfahre ich, dass „Leitlinien“ formuliert werden. Das Schriftstück wird anschließend den Mitarbeitenden mit dem Ziel vorgestellt, dass diese die beschriebenen Haltungen und Vorgänge nun vertreten und umsetzen. In anderen Einrichtungen erhalten Mitarbeitende aus Wohngruppen eine 40 -stündige „Inhouse-Schulung“, allerdings ohne im Anschluss für das Haus ein gemeinsames Konzept zu

erarbeiten. Einige dieser Einrichtungen werben in ihren Flyern nach der jeweiligen Handlung mit der vollzogenen Implementierung von Palliative Care in ihren Wohneinheiten. Kann hier tatsächlich von einer „Implementierung“ gesprochen werden?

Eine Implementierung von Palliative Care in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist erreicht, wenn

- ✓ möglichst alle Mitarbeitende aus den unterschiedlichen Fachbereichen ein breites Basiswissen, insbesondere im Bereich der Haltung, verinnerlicht haben;
- ✓ es ein sogenanntes internes Palliative Care Team in den Einrichtungen gibt, das unterstützend und beratend durch ihre angeeignete Fachkompetenz und ihrem Wissen den Mitarbeitenden zur Seite steht;
- ✓ eine Vernetzung innerhalb der Einrichtung stattfindet, um vorhandene Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen;
- ✓ Zusammenarbeit mit externen unterstützenden und beratenden Organisationen stattfindet;
- ✓ Möglichkeiten der psychosozialen Begleitung von Mitarbeitenden besteht;
- ✓ die Fülle an Wissen, Haltung und Fertigkeiten, welche mit einer Implementierungsmaßnahme stattgefunden hat, durch Maßnahmen zur Nachhaltigkeit erhalten bleibt, bzw. immer wieder überprüft und ergänzt wird.

Nur alle Maßnahmen zusammen können Mitarbeitenden die Sicherheit geben, eine palliative Begleitung in den Einrichtungen bewältigen zu können. Aber wie kann es mir gelingen, möglichst alle Mitarbeitende in diesen Prozess mit einzubeziehen und dabei „arbeitsfähig“ zu sein? Und wer sind alle Mitarbeitende? Welche zeitliche Vorgehensweise ist sinnvoll? Welche Kosten können entstehen? Welche Fortbildungen machen Sinn? Wie könnte eine Struktur innerhalb der Einrichtung aussehen? Welche Unterstützungspartner gibt es von außen? Welche Themen benötigen eine gemeinsame schriftliche Erarbeitung und - wie kann ich dafür Sorgen, dass nach der Umsetzung des Projektes die Nachhaltigkeit erhalten bleibt?

III. Übersicht zur Vorgehensweise einer Implementierungsmaßnahme in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Verlauf:	Hinweise	Basisprozesse
Projektplanung	Projektauftraggeber Projektleitung (mit Palliative Care Ausbildung von 160 Std.) TeilnehmerInnen u. Teilnehmer; Kosten; Ort; Zeit; Festsetzung von „Meilensteinen“.	Change Management S. 9 bis S. 13 Diagnose
Auftaktveranstaltung Dauer: 4 Stunden	<u>Einladung an:</u> ▪ Mitarbeitende aus allen Fachbereichen ▪ Leitungs- und Führungskräfte ▪ Evtl. Angehörige und gesetzliche Betreuende Möglichst keine begrenzte Teilnehmerzahl! <u>Referentinnen und Referenten sowie Themengebiete:</u> ▪ Vorstand und/oder Wohnheimleitung. Information über den Grund der angedachten Maßnahme ▪ Fachkraft mit Weiterbildung in Palliative Care (von extern oder intern): Informationen zu Wissen, Fertigkeiten und Haltungen in der palliativen Praxis. +Vorstellung und Bearbeitung von Fragebögen zur Ist- und Sollanalyse	Informieren u. Sensibilisieren S. 13 u. Anhang +CD-Rom + Diagnose S.15 u. Anhang + CD-Rom
„Inhouse-Schulung“ Dauer: 40 Unterrichtseinheiten (5 Tage am Stück oder Aufteilung auf 2 und 3 Tage)	<u>Teilnehmerinnen und Teilnehmer:</u> Heimleitung Wohngruppenleitung + Stellvertretung Mitarbeitende aus jeder Wohngruppe Einrichtungsübergreifend z.B.: Mitarbeitende aus der Hauswirtschaft Aus dem psychosozialen Dienst Therapeutische Dienste Beauftragter für Qualitätsmanagement Begrenzte Teilnehmerzahl!	Fortbildung S. 16 u. Anhang
Treffen in den einzelnen Arbeitsgruppen für ca. 3 bis 4 Std./alle 4 bis 6 Wochen.	<u>Mögliche Inhalte zur Bearbeitung in den einzelnen Arbeitsgruppen:</u> ▪ Kennenlernen von möglichen Netzwerkpartnern ▪ Verfassen von Adressenlisten möglicher Netzwerkpartner ▪ Erstellung einer möglichen Form des Krisenplanes ▪ Installierung von Assessmentverfahren zur Symptombeobachtung.	Zukunftsgestaltung S.16 bis S.23 + CD-Rom

	▪ Erarbeitung v. Standards ➤ zum Umgang mit Opiaten ➤ Abgabe von Injektionen ➤ zur Durchführung v. ethischen Fallgesprächen ▪ Sammeln von Möglichkeiten ➤ zur Gestaltung von Ritualen ➤ zur Erfassung von Wertvorstellungen ▪ Richtlinien ➤ Zum Umgang mit Verstorbenen ➤ zum Organisationsablauf nach dem Versterben ➤ zur Begleitung von Angehörigen und Mitbewohnern ➤ zur Begleitung von Kollegen, Schülern und Schülerinnen. • Formulierung von Leitlinien	Anhang
Während des Entwicklungsprozesses:		
Treffen ca. alle 10 bis 12 Wochen in der gesamten Projektgruppe:	• Vorstellung der Erarbeitungen aus den einzelnen Arbeitsgruppen • Einladung und/oder Exkursionen zu Netzwerkpartnern: Ziel: Kennenlernen und Austausch.	Informieren u. Einbeziehen S. 13 bis 15
Information über Ergebnisse, bzw. Erarbeitetes in der Mitgliederzeitschrift.	Angehörige, Mitarbeitende und Bewohner/Bewohnerinnen haben die Möglichkeit sich über den Verlauf des Prozesses zu informieren.	
Regelmäßig in Großteamsitzungen: Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den aktuellen Stand	Mitarbeitende fühlen sich informiert und eingebunden. Fragen und Anregungen können zurück in die Projektgruppe getragen und dort bearbeitet werden.	
Information der Angehörigen, gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern	Angehörige und gesetzlich Betreuende fühlen sich informiert und einbezogen. Fragen und Anregungen können zurück in die Projektgruppe getragen und dort bearbeitet werden.	
Bei Bedarf: Beginn mit der Umsetzung	Von der Theorie in die Praxis	Umsetzung S. 25
Supervisionen		Psychosoziale Begl. S. 26
Fachtag zum Abschluss des Projektes	Einladung an alle Mitarbeitende. Keine begrenzte Teilnehmerzahl! <u>Inhalt:</u> Ausführliche Vorstellung der Ergebnisse und der Möglichkeiten zur Umsetzung in der Einrichtung.	Informieren u. Einbeziehen Anhang
Sicherung der Nachhaltigkeit:		
Benennung eines internen „Palliativteams“		S.26

IV. Vorgehensweise nach den 7 Basisprozessen zur Organisationsentwicklung

Sie finden nun auf den folgenden Seiten ergänzende Hinweise zur vorangegangenen Übersicht.

Diese sind unter den Überschriften der sieben Basisprozesse von Professor Doktor Friedrich Glasl zur Organisationsentwicklung zusammengestellt. Die Umsetzung erfüllt den Anspruch an eine Implementierung: den Wechsel von einer abstrakten Ebene zu einer konkreten, bei dieser Vorgehensweise vielleicht sogar „tiefsten“ Ebene. (siehe Punkt III; Definition).

1. Change-Management-Prozess

Um einen Wildwuchs, so Professor Doktor Friedrich Glasl zu verhindern, müssen die Aktivitäten der Diagnose, der Zielbildung, des Lernens u.s.w. entworfen und geplant, gelenkt und überprüft werden. (Glasl, F.; 2008)

Dieser Prozess erfolgt durch den Projektleiter in Zusammenarbeit mit dem Projektauftraggeber. Der Projektauftraggeber ist in der Regel die Vorstandschaft. Sinnvoll ist jedoch bereits bei der gemeinsamen Planung den Kreis der Auftraggeber auf den Geschäftsführer, der übergreifenden Einrichtungsleitung und den Wohnheimleitungen zu erweitern. Ist nur eine Ebene in dieser Hierarchie nicht mit einbezogen, nicht von dieser Vision begeistert und bereit mitzuwirken, so droht eine Implementierungsmaßnahme in den Wohngruppen im Verlauf des Prozesses zu scheitern. Inwieweit die Projektauftraggeber an allen Maßnahmen mit teilnehmen, hängt von ihren zeitlichen Ressourcen ab. Sinnvoll ist sicherlich neben der Teilnahme an der Auftakt- und Abschlussveranstaltung, die Teilnahme am Treffen der Projektgruppe, um Informationen über den aktuellen Stand aus den sich bildenden Arbeitsgruppen zu erhalten. Notwendig ist hier auch das Bewusstsein der Auftraggeber, dass ein Gelingen nur durch eine eigene aktive Mitgestaltung möglich wird. Je nach Stellung und Aufgabengebiet haben in der Regel nur sie die Möglichkeit auf notwendige strukturelle und finanzielle Veränderungen Einfluss zu nehmen.

Bei der zeitlichen Planung des Projektes werden bereits zu Beginn Treffen der Projektauftraggeber gemeinsam mit dem Projektleiter terminisiert. Diese sogenannten „Meilensteine“ dienen dazu, den bis dahin durchgeführten Prozess zu reflektieren, den Ist-Stand zu diagnostizieren und durch eine frühzeitige Korrektur den weiteren Verlauf in seiner Effizienz und Effektivität zu sichern.

1.1. Wahl der Projektleitung

Hierbei haben die Einrichtungen zwei Möglichkeiten: Eine Leitung von extern zu beauftragen oder eigene Mitarbeitende dafür im Vorfeld zu schulen.

1.1.1. Auftrag von externen Projektleitern

Dies hat sicher den Vorteil, dass durch die Ausbildung des Leiters Inhalte methodisch und didaktisch gut vermittelt werden. Die Konzepte sind in der Regel bereits erprobt, es besteht kein Konkurrenzgefühl – die Kompetenz eines externen Beraters wird von den Mitarbeitenden der Einrichtungen nicht bereits im Vorfeld in Frage gestellt.

Nachteil: Diese leitenden Personen sind meist nicht mit den Strukturen einer Einrichtung in der Behindertenhilfe vertraut und nach dem Abschluss des Projekts müssen sie bei Bedarf neu „eingekauft“ und in den Prozess eingegliedert werden.

1.1.2. Auftrag von internen Projektleitern

Deren Motivation ist meist enorm hoch. Sie kennen die vorhandene Struktur und können nach Abschluss des Projekts weiterhin die Rolle einer beratenden Palliative Care Kraft übernehmen. Die Fachkompetenz in Palliative Care kann in einem Kurs mit 160 UE (entspricht 4 Wochen) erworben werden. Diese Investition ist zur Sicherung der Nachhaltigkeit unverzichtbar und ist somit kein zusätzlicher Kostenpunkt.

(Siehe hierzu unter Punkt VI; Nachhaltigkeit)

1.2. Ort und Zeit

Benötigt werden für die Treffen im großen Kreis ein Seminarsaal, sowie für Treffen in kleinen Arbeitsgruppen entsprechende Räume, bzw. auch freie Wohnräume.

Zielführend ist ein Treffen der gesamten Projektgruppe alle 10 bis 12 Wochen, sowie in den einzelnen Arbeitskreisen – je nach Thema und Aufwand – alle 4 bis 6 Wochen. Für diese Zeit, sowie zur Erarbeitung von Inhalten außerhalb der Treffen sollten die Teilnehmenden vom Gruppendienst bzw. ihrer eigentlichen Tätigkeit freigestellt werden.

Für die Dauer des Projekts mit dem Beginn einer Auftaktveranstaltung bis hin zur Abschlussveranstaltung (siehe unter Punkt V;2.2.; Informieren und Einbeziehen) sind zwei Jahre festzusetzen.

1.3. Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer

Diese bestehen nach Möglichkeit aus Vertretern aller Bereiche der Einrichtung: Leitungen und Mitarbeitende aus den Wohnbereichen, aus der Hauswirtschaft, aus dem Gebiet der Reinigung und der Hausmeistertätigkeit, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den psychologischen, seelsorgenden, therapeutischen Diensten und Beauftragte zur Qualitätssicherung. Diese haben eine Person im Fall von Krankheit oder Urlaub als Vertretung zu benennen. Ebenso ist die Teilnahme der Eltern bzw. Angehörigen, aber auch der Bewohnerinnen und Bewohner selbst anzudenken. Dabei sollte keine Scheu vor einer großen Zahl entstehen. Die Arbeitsfähigkeit wird durch die Bildung von Arbeitsgruppen gewährleistet.

Die Projektgruppe dient dazu, Wissen aus allen Bereichen zu verbinden und neue Kenntnisse in die einzelnen Bereiche zurückfließen zu lassen. Im Bereich der Sterbebegleitung ist jeder in seiner Kompetenz gefragt: Die Hauswirtschafterin, die spezielle Essenswünsche erfüllen kann bis hin zum Hausmeister, der eventuell Ideen zur praktischen und technischen Umsetzung einer pflegegeeigneten Umgebung einbringt.

1.4. Kostenplanung

Diese Vorgehensweise zur Implementierung mag vielen Führungspersonen angesichts der finanziellen Ausgaben und der knappen persönlichen Ressourcen Unbehagen und Widerstand erzeugen.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine unstrukturierte Vorgehensweise z.B. der wiederholten willkürlichen Schulung von Mitarbeitenden in unterschiedlichem Umfang und zu verschiedenen Themen in der hospizlichen Begleitung mit Blick auf den Nutzen für die Einrichtung bzw. der dort lebenden und arbeitenden Frauen und Männer und der finanziellen, personellen Investition im Ungleichgewicht steht. Eine Implementierungsmaßnahme ist nach dieser Vorgehensweise zu Beginn und während des Umsetzungsprozesses (max. 3 Jahre) kostenintensiv und erfordert von allen Beteiligten persönliches Engagement. Ist jedoch die Nachhaltigkeit nach den oben genannten Maßnahmen gesichert, so übersteigen die laufenden Maßnahmen nicht den üblichen Kostenrahmen einer Einrichtung. Gleichzeitig besteht aber ein Angebot von Seiten der Einrichtung, welches einen Geist zur Veränderung zum Wohl der Frauen und Männer spiegelt: Das Angebot, ein Leben bis zuletzt im „Zuhause“ - in der vertrauten Umgebung - zu ermöglichen.

Folgende Punkte sind für eine Kostenplanung zu berücksichtigen:

- Honorar für externen Projektleiter
- Ausbildungskosten für interne Projektleiter
- Freistellung für interne Projektleiter
- Mietkosten für große Räume
- Ordner für jeden Teilnehmenden
- Kopierkosten für Unterlagen
- Plakate für Ausschreibungen und/oder Öffentlichkeitsarbeit
- Freistellung der Mitarbeitenden für die Zeit der Treffen in den einzelnen Arbeitsgruppen und in den Projektgruppen. Sowie Zeit zur Erarbeitung von Material.
- Fortbildungskosten
- Fahrtkosten für Exkursionen

Hilfreich kann es sein, Politik und Gemeinde für das Vorhaben zu gewinnen. Soziale Organisationen unterstützen oft solche Projekte. Angehörige, insbesondere Eltern sind meist gerne bereit, Entwicklungen zu unterstützen.

1.5. Eigene Haltung zur Vorgehensweise

Für die Entwicklung eines Konzeptes ist es im Vorfeld hilfreich, sich in die einzelnen Personengruppen hineinzuversetzen: Was brauchen diese, damit sie bereit sind, die Vision zu teilen und das Konzept umzusetzen?

Der Sozialforscher Alfie Kohn beschrieb drei Faktoren, welche notwendig sind, um Mitarbeitende zu motivieren: Zufriedenheit, Zuständigkeit und das Gefühl der Zusammengehörigkeit (Bruce, A.; Pepitone, J.; 2007; S.17). In der Ausarbeitung eines Konzeptes ist daher Folgendes zu bedenken:

Die Mitarbeitenden haben im Vorfeld die Möglichkeit zu erfahren, welchen Sinn und Nutzen diese Prozessentwicklung bringt. Sie werden mit dem Konzept und der Vorgehensweise vertraut gemacht. Ihr Wissen und ihre Erfahrungen werden gesehen, einbezogen und anerkannt. Bedürfnisse und Vorstellungen werden gehört und wenn möglich, berücksichtigt. Ferner werden sie in Umsetzungsprozesse aktiv eingebunden: Entweder durch die Teilnahme an Arbeitskreisen oder durch Informationsprozesse mit der Möglichkeit eines aktiven Austausches durch Rückmeldung und Antwort. (Siehe auch unter Punkt V; Absatz 2.2. Informieren und Einbeziehen)

Alle Beteiligten haben dadurch das Gefühl, „Gesehen und Gehört“ zu werden. Dies ermöglicht „Visionären“ wiederum ein Team zu gewinnen, das ihre Sehnsucht, ihre Vision teilt und aktiv mit ihnen in die gleiche Richtung „segelt“.

Dies ist sicher für kleine Einrichtungen einfacher, aber in seinem Buch „Der Mensch im Unternehmen“; 1960; beschreibt Douglas Mc Gregor, dass mit ausschlaggebend für ein Gelingen ist, was für eine Sichtweise der Manager mitbringt: „Die Vermutungen, die über die Motivation von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu guter Arbeitsleistung angestellt werden, beeinflussen wiederum das Verhalten. Selbst wenn hin und wieder ganz genaue Anweisungen erteilt werden müssen, werden Mitarbeitende darauf kooperativ eingehen und das Richtige tun (Bruce, A.; Pepitone, J.; Mitarbeiter motivieren; 2007; S. 30).

2. „Informieren

2.1. Informieren und Sensibilisieren

Wenn eine Entwicklung / Veränderung eintreten soll, dann muss nach Kurt Lewin der Zustand „aufgetaut“ werden. Das heißt, es muss Energie freierwerden für die Veränderungsarbeit. (Bruggmann, G.; 2002; S. 18)

Dies erfordert jedoch die Bereitschaft der Mitarbeitenden und setzt wiederum voraus, dass diese den Grund für den Veränderungsprozess verstehen. Das Verstehen, Begreifen und das Nachvollziehen können ist die Grundlage, um die Mitarbeitenden zu motivieren, bzw. um ein Festhalten an eingefahrenen Verfahrensmustern zu verhindern und das Freiwerden neuer Blickrichtungen zu fördern.

Hierfür bietet sich eine Auftaktveranstaltung von vier Stunden an. Diese kann einen Einblick in die demographische Entwicklung und der damit verbundenen Veränderungen in der eigenen Einrichtung beinhalten. Die Einführung in die Grundgedanken der Hospizkultur, die Zusammenfassung von bereits erlebten Situationen in der eigenen und/oder aus anderen Einrichtungen ermöglicht den Eingeladenen ein erstes Erkennen der Notwendigkeit zur Durchführung von Maßnahmen, um Bewohnerinnen und Bewohnern ein Sterben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Für Eltern und Angehörige kann die Behandlung und das Versprechen zur Umsetzung geplanter Maßnahmen angesichts ihres eigenen fortschreitenden Alters eine Beruhigung darstellen.

2.2. Informieren und Einbeziehen

Nach der Auftaktveranstaltung ist es die Aufgabe der Projektgruppe, Mitarbeitende in den Einrichtungen, Angehörige und interessierte Bewohnerinnen und Bewohner immer

wieder über den Verlauf zu informieren und in den Prozess weiterhin mit einzubeziehen:

2.2.1. Informieren und Einbeziehen von Mitarbeitenden

Hierzu eignen sich die regelmäßigen Teamsitzungen in den einzelnen Häusern, bzw. Wohngruppen. Falls die Bereiche der Hauswirtschaft, der Reinigung und evtl. der Hausmeisterei nicht automatisch am Team teilnehmen, so wird für den Zeitpunkt der Information eine Einladung an diese Bereiche ausgesprochen. Der Mitarbeiter, der dieses Haus in der Projektgruppe vertritt, hat nun die Möglichkeit, den neuesten Stand der Projektentwicklung einzubringen. Mitarbeitende aus den Wohngruppen können im Anschluss Meinungen und Fragen zu einzelnen Themen äußern. Diese werden dann von dem Projektmitarbeiter direkt beantwortet. Ist die Antwort nicht gleich möglich, so trägt er die Frage, Anregung, Kritik zurück in die Projektgruppe oder auch direkt in die zuständige Arbeitsgruppe. Somit findet ein Austausch statt, der die Mitarbeitenden vor Ort als eigentlichen Auftraggeber für den Entwicklungsprozess sieht. Die Mitarbeitenden in den einzelnen Häusern fühlen sich gehört und als Teil des „Ganzen“. Für die Projektgruppe ist es ein hilfreiches Mittel, um sich nicht in einzelnen Themen zu verlieren, sondern konkrete und gebrauchte Hilfsmittel zu erarbeiten.

2.2.2. Informieren und Einbeziehen von Angehörigen

Angehörige werden an regelmäßigen Treffen und über die Vereinszeitschrift zum Stand des Projektes informiert. Wirkungsvoll und authentisch ist hier die Information direkt von einer/einem Angehörigen als Vertreter der Projektgruppe. Zum Abschluss des Projektes wird einrichtungsübergreifend ein Nachmittag für Angehörige aus allen Häusern gestaltet. An diesem wird der Verlauf des Projekts reflektiert, erarbeitete Materialien besichtigt und eine Offenheit für Fragen und Unklarheiten auch über die Veranstaltung hinaus signalisiert.

2.2.3. Informieren und Einbeziehen der Bewohnerinnen und Bewohner

In welchem Maße eine regelmäßige Information über den Stand der Projektentwicklung Sinn macht, ist den Erfahrungen der Mitarbeitenden auf den Wohngruppen zu überlassen. Zum einen ist es abhängig von den kognitiven Fähigkeiten der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner, zum anderen kann durch dieses Thema eine emotionale Betroffenheit ausgelöst werden, die eine anschließende intensive Begleitung durch Gespräche und / oder körperliche Nähe benötigt. Hier sollte vor dem Ansprechen der Thematik die Leistbarkeit der Begleitung im Nachhinein geklärt werden. Eine gut geplante und begleitete Veranstaltung zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit für Bewohnerinnen und Bewohner kann jedoch eine Tür für intensive und zukunftsweisende Gespräche sein.

3. Der Diagnose-Prozess

Der Begriff Diagnose setzt sich aus dem griechischen Begriff dia (durch) und gnosis (Erkennen, Einsicht) zusammen. Er bedeutet soviel wie Erkenntnis. In der Medizin ist es die Erkenntnis von Ursachen, welche eine Erkrankung auslösen. Dieses Erkennen erfolgt oft nach vielen mühsamen Einzelschritten. In der Medizin, insbesondere in der Pflege wird versucht, einem erkannten Problem die vorhandenen Ressourcen gegenüber zu stellen. Dies hat zur Folge, dass Patienten nicht als „Erkrankte“, sondern als Menschen mit einer Erkrankung gesehen werden, die neben ihrer Einschränkung Fähigkeiten und Eigenschaften besitzen, welche zur Bewältigung der Situation hilfreich sind. Dies setzt den Blick auf das „Vorhandene“ voraus. Dieser Blick auf das Vorhandene fördert die Motivation und setzt Kräfte frei.

Bei der Planung zur Problembewältigung neigen wir gerne dazu, nur die Anforderungen zu sehen. Oft ermüdet der Blick auf diesen „Berg“, bevor überhaupt der erste Schritt gesetzt wurde. Die Reaktion eines „Umkehrens“ oder eines „Verschiebens“ der Durchführung ist verständlich, da die Last sehr oder sogar zu groß erscheint. Es ist hilfreich, parallel zu dem Blick auf den „Berg von Problemen“ auch vorhandene Ressourcen in Augenschein zu nehmen: Was für Werkzeuge und Trainingserfahrungen bringt jede/jeder Einzelne mit? Was für Lebenswissen und Fertigkeiten sind vorhanden? In diesem „Auspacken“ und „Erzählen“ wird ein Potential an Wissen sichtbar, das zum einen das Gefühl vermittelt, dass diese Herausforderung zu bewältigen ist und zum anderen, dass in der Zusammenarbeit der „ganzen Mannschaft“ Freude und Zusammenhalt spürbar werden kann.

Die Fragen zu „Was haben wir?“ und „Was brauchen wir?“ sind für die Projektleitung während des Prozesses begleitend. In einzelnen Abschnitten kann es hilfreich sein, mit Leitungen der Arbeitsgruppen diese Fragen in gewissen Abständen zu reflektieren, um die Schritte, Inhalte und das Zeitkontingent zu überprüfen, eventuell zu konkretisieren oder/und neu zu formulieren.

4. Lernprozesse / Fortbildungen

Für die Einrichtungen in der Eingliederungshilfe bedeutet die Leistung einer allgemeinen palliativen Begleitung, dass sie sich in Wissen, Fähigkeiten und der

notwendigen Haltung schulen müssen. Eine Beratung und Begleitung von außen zum Beispiel durch einen Ambulanten Palliativen Beratungsdienst oder intern durch eine einrichtungsüber-greifende Palliative Care Kraft ist eine wertvolle und notwendige Unterstützung (siehe auch unter Punkt V.5.4.;Vernetzung). Dies reicht jedoch nicht aus. Die Mitarbeitenden aus dem Gruppendienst sind es, die 24 Stunden in der Begleitung tätig sind. Sie sind die Ersten, die in Krisensituationen bzw. bei auftretenden Symptomen reagieren müssen. Sie sind es, die jederzeit mit Ängsten und Fragen des erkrankten Menschen, der Trauer der Angehörigen und den Unsicherheiten der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner konfrontiert werden. Und, die Teammitglieder sind es auch, die im Anschluss den Trauerprozess in der Gruppe gestalten und begleiten, sowie die Unsicherheit und Hilflosigkeit aushalten müssen.

Es benötigt eine Schulung, um über körperliche, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse von Menschen mit einer schweren Erkrankung, aber auch über die Nöte von deren Angehörige und Zugehörige zu erfahren. Alleine dieses Wissen, dass diese Bedürfnisse auftreten können, nimmt die Angst vor unbekannten Situationen. Ferner verhilft die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit zu einer inneren Haltung, die eine würdevolle, auf die Bedürfnisse des erkrankten Menschen gerichtete Begleitung ermöglicht. (Siehe dazu auch unter Punkt V.6.; Psychosoziale Prozesse)

Eine 40-stündige Inhouse-Schulung bietet die Robert Bosch Stiftung an. Ein speziell auf die Bedürfnisse im Bereich der Eingliederungshilfe ausgerichtetes Angebot finden Sie im Anhang sowie unter meiner Homepage.

5. Zukunftsgestaltungsprozesse

Fortbildungen sind das Eine – die konkrete Umsetzung des Gelernten das Andere.

Sinnvoll ist es, im Anschluss an Fortbildungsmaßnahmen, die erfahrenen Inhalte auf die eigene Einrichtung zu konzeptionieren und für alle Mitarbeitenden nachvollziehbar zu machen. Je nach Ergebnis des Diagnose-Prozesses über bereits Vorhandenes und Fehlendes (siehe unter Punkt: V;3) bilden sich zu den einzelnen Themen sogenannte „Arbeitsgruppen“, um diese zu bearbeiten. In gewissen Abständen (wie unter Punkt V;1.2.;Ort und Zeit beschrieben) treffen sich die Arbeitsgruppen als eine gesamte Projektgruppe unter der Leitung eines externen oder internen Projektleiters. Besitzt nur dieser ein Wissen in Palliative Care, so kann es notwendig sein, dass er seine Kompetenz in mehreren Arbeitsgruppen mit einfließen lassen muss. Dies macht wiederum die Notwendigkeit einer Fortbildung der Basis im Vorfeld deutlich.

5.1. Beschreibung von Richtlinien

Richtlinien dienen einer schnellen und sicheren Umsetzung durch vorgegebene Schritte, die aber nicht verpflichtend durchgeführt werden müssen. Hier steht der Blick auf die Bedürfnisse der Betroffenen, des Betroffenen und der sich daraus ergebenden Interventionen im Vordergrund. Aufgrund der Diagnosestellung zu Beginn des Projektes können folgende Themen als „fehlend“ und somit als Aufgabe für eine Bearbeitung erkannt worden sein:

- Vorgehensweise zur Krisenvorsorge
- Vorgehensweise im Fall einer ethischen Fragestellung
- Mögliche Vorgehensweise um eine Todesnachricht zu überbringen
- Verfahren zum Schmerzassessment
- Umgang mit Verstorbenen
- Begleitung von Zugehörigen nach dem Versterben
- Begleitung von Schülern, Praktikanten und Zivildienstleistenden
- Möglichkeiten zur Gestaltung von Ritualen. Handbuch mit Vorschlägen zum Ablauf, Texten, Liedern. Einrichten eines Koffers mit Utensilien.
- Checkliste zur Organisation im Todesfall
- Vernetzung

Diese können in Arbeitsgruppen erarbeitet werden.

Wie unter Punkt V.2.2.; „Informieren und Einbeziehen“ beschrieben, können Erarbeitungen in die jeweiligen Teamsitzungen der Wohngruppen eingebracht werden. Zum einen um die Mitarbeitenden zu informieren, zum anderen zur Nutzung des dort verankerten Wissens. Dieses kann zurück in die Arbeitskreise fließen und dort verwendet werden.

5.2. Beschreibung von Standards

Unter „Standard“ wird die Beschreibung des Ablaufs verstanden, der die Mitarbeitenden dazu anhält, genau alle Schritte zu beachten und durchzuführen. Dies ist in der medizinischen Versorgung unumgänglich. Diese Standards sollten von einem Arzt und der Heimaufsicht überprüft und unterschrieben werden. Individuelle Abweichungen müssen wiederum schriftlich notiert und von dem jeweiligen Hausarzt unterzeichnet werden. Im Vorfeld kann es hilfreich sein, sich über folgende Situationen zu informieren und sich vorzubereiten:

- Umgang mit Betäubungsmitteln und deren Dokumentation
- Vorgehensweise zur Versorgung eines Portsystems

- Umgang mit PEG
- Anlage von Systemen zur subkutanen Infusion

5.3. Biographisches Erfassen

Die biographische Arbeit erfasst Vorstellungen, Wünsche, Werte bezüglich der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In der Ausarbeitung zur biographischen Erfassung für die Eingliederungshilfe wird in der erarbeiteten Fassung für die Lebenshilfe Freising e.V. auch auf Fragen zu Vorstellungen über Bestattungsort und –art eingegangen. Angehörige und Mitarbeitende werden an einem Nachmittag über den Sinn der Erfassung informiert, Mitarbeitende im Umgang mit diesen Bögen geschult.

Gerne stelle ich bei einer Anfrage über meine Kontaktadresse erarbeitete Biographiebögen für Angehörige, sowie in leichter Sprache für Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung. Hier ein Dank an die Lebenshilfe Freising e.V. in Bayern, die mir die kostenlose Weitergabe ermöglicht hat.

5.4. Vernetzung

Bewohnerinnen und Bewohner mit einer schweren Erkrankung, sowie deren Zugehörige (Angehörige, Freunde, Mitbewohnerinnen und Mitbewohner) müssen das Gefühl haben, dass eine kontinuierliche und verlässliche Versorgung gewährleistet wird. Dies führt unweigerlich schnell zu einer Überforderung der Mitarbeitenden im Wohnbereich. Wie bereits in der Einführung beschrieben, arbeiten insbesondere Menschen aus pädagogischen Berufen in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe.

Im Bereich von Palliative Care erfahren wir den Menschen in seinen unterschiedlichsten Bedürfnissen: Dem Wunsch, keine körperlichen Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, sowie Atemnot ertragen zu müssen. Nach dem Verlangen von Menschen, welche verfügbar, mitfühlend und Wahrhaftigkeit sind wenn es heißt Abschied zu nehmen. Abschied, von geliebten Menschen, Dingen, bisher selbstverständlichen Fähigkeiten und der Auseinandersetzung mit der Veränderung des Körpers.

Hinzu kommt die Frage nach dem „Warum?“, „Wozu?“ und „Wohin?“.

Für alle Mitarbeitenden gilt es, sich in der Fähigkeit zu schulen, diese Bedürfnisse erkennen zu können. Doch um dieses, im englischen als „total pain“ bezeichnete - von vielen Aspekten umfasste Leid - zu lindern, ist eine einzelne Mitarbeitende, ein einzelner Mitarbeiter, unabhängig von der Profession, überfordert. Auch für Mediziner und Pflegende gilt hier: „Niemand ist so gefährlich wie einer der denkt, er könne alles

alleine.“ Hilfreich und notwendig ist hier die Einbeziehung von externen Unterstützungsmöglichkeiten, sowie eine Vernetzung innerhalb der Wohneinrichtungen.

5.4.1. Einbeziehung von externen Unterstützungsmöglichkeiten

Hierzu zählt die Begleitung durch einen örtlichen Hospizverein mit seinen ehrenamtlichen Helfern, sowie dem teilweise zusätzlichen Angebot eines ambulanten palliativen Beratungsdienstes durch speziell ausgebildetes Pflegepersonal. Über www.palliativ-portal.de können Sie mit Hilfe einer Suchmaschine den Hospizverein in ihrer Nähe ausloten. Neben der medizinischen und pflegerischen Beratung in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt eruieren diese weitere notwendige Netzwerkpartner, sowie Hilfsmittel in Abstimmung mit allen Beteiligten. Weitere Netzwerkpartner können sein: Ambulante Pflegedienste, Home Care Dienste zur Versorgung und Beratung unter anderem im Bereich der Stomapflege, der Portpflege und der parenteralen Ernährungstherapie sowie ein Team zur Spezialisierten Ambulanten Palliativen Versorgung (SAPV).

Ferner können Seelsorgerinnen und Seelsorger, Psychologen, Musik- und Kunsttherapeuten, sowie stationäre Einrichtungen, z.B. Palliativstationen mit einbezogen werden. Palliativstationen sind in der Regel einem Krankenhaus angegliedert. Der Aufenthalt dient der Linderung von Symptomen, z.B. Schmerzen, und/oder Atemnot, welche ambulant nicht therapierbar sind. Ist das Ziel der Behandlung erreicht, werden die Patienten wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen.

Auskünfte über Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich der Pflegeeinstufung, Pflegehilfsmittel, externen Beratungs- und Versorgungsangeboten, sowie der Möglichkeit auf Antrag nach Betreuungskräften (§87 b SGB X1) geben auch die seit 2008 eingerichteten Pflegeberatungsstellen nach § 7a SGB XI der Krankenkassen.

Sinnvoll ist im Rahmen der Projektentwicklung die persönliche Kontaktaufnahme durch einen Arbeitskreis für sogenannte „Netzwerkentwicklung“ mit möglichen Partnern: Dies kann ein Besuch beim Sozialdienst des örtlichen Krankenhauses sein, der für eine aufwendige Entlassung - zum Beispiel aufgrund einer Portversorgung oder einer Wundversorgung - eine wichtige Unterstützungsperson ist. Ein Gespräch zur Information über die Situation und dem Arbeitsfeld in der Eingliederungshilfe verhindert Missverständnisse über vorausgesetztes Pflegewissen und Pflegematerial auf den Wohngruppen. Eine gute Überleitung aus dem Krankenhaus zurück in den Wohnbereich kann durch das Wissen voneinander auch bei großem Pflegeaufwand gelingen.

Der Austausch mit dem Koordinator eines Hospizvereins und / oder eines Ambulanten Palliativen Beratungsdienstes verhilft zu Kenntnissen in deren Unterstützungsmöglichkeiten und somit auch zu einer „innerlichen“ Entlastung der Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Jemanden zu wissen, der bei Fragen und Ausnahmesituationen

24 Stunden beratend zur Seite stehen kann, lässt viele noch unbekannte Zustände nicht als schwer und unüberwindbar erscheinen sondern als eine zu bewältigende Herausforderung.

Eine weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme ist im Vorfeld ein Gespräch mit Personen der Heimaufsicht, um deren Vorstellung zur Lagerung und Dokumentation von Betäubungsmitteln zu erfahren. Aber auch der Besuch eines Bestattungsinstitutes gibt einen hilfreichen Einblick in einen - doch oft unbekannten - Bereich. Ebenso kann ein Austausch mit der politischen und/oder der kirchlichen Gemeinde hilfreich sein, um Bestattungsart und Kosten im Fall einer Beisetzung in der Gemeinde der Einrichtung zu erfahren. Zusätzlich können sie ein wichtiger Unterstützungspartner im finanziellen und öffentlichkeitswirksamen Bereich werden.

5.4.2. Vernetzung innerhalb der Wohneinrichtungen

Aus diesen oben genannten Institutionen und Anbietern ist zu erahnen, was für eine Vielzahl an Unterstützungsmöglichkeit es gibt. Dieser Entlastung steht nun aber die Belastung von vielen, sich abwechselnden, Menschen gegenüber. Dies bringt oft unweigerlich eine Unruhe in die Wohngruppe, da die Alltagsstruktur unterbrochen wird.

Für ein Team aus vielen Mitarbeitenden in unterschiedlichen Schichten bedeutet eine unstrukturierte Vorgehensweise eine zusätzliche Belastung:

Aufgaben werden auf die Mitarbeitenden in der jeweiligen Schicht verteilt, denen aber Details zur Umsetzung fehlen. Das Ergebnis ist oft große Verwirrung, viele Telefonate mit Nachfragen, parallel laufende Gespräche u.s.w.. Daraus folgt: Weniger Zeit zur Begleitung des erkrankten Bewohners, der Mitbewohner und der Angehörigen.

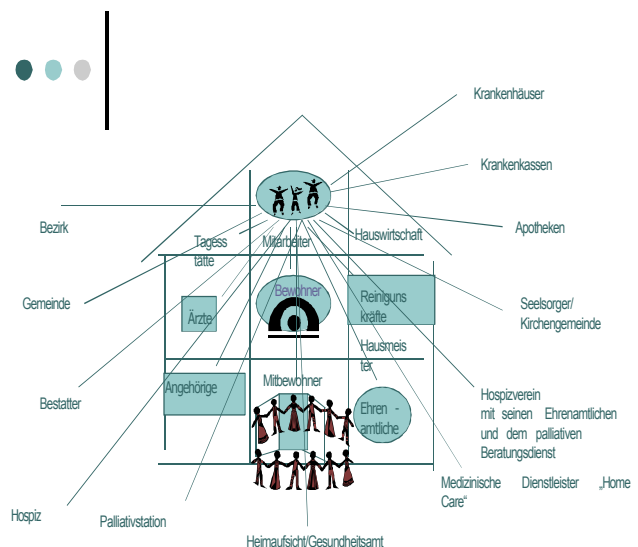


Abbildung 2; Barbara Hartmann 2008

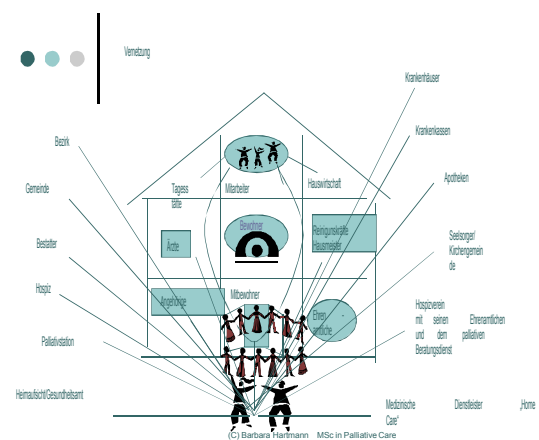
Fehlende Auskunftsmöglichkeit gegenüber anfragenden Netzwerkpartnern folgt eine Unzufriedenheit bei den Partnern,

aber auch bei Kolleginnen und Kollegen, den Angehörigen, Mitbewohnern und eventuell auch bei der Erkrankten/ dem Erkrankten selbst. In dieser Situation wird meist die Konzentration auf das Funktionieren der medizinischen und pflegerischen Versorgung gerichtet. Eine oft notwendige Begleitung im psychosozialen und spirituellen Bereich tritt in den Hintergrund.

Um eine palliative Begleitung in allen „Säulen“ zu gewährleisten kann eine interne Unterstützung in Form einer Palliative Care Kraft und deren Vertretung hilfreich sein. (Abbildung 3)

Vorteile:

- Entlastung des Personals von organisatorischen Dingen
- Zeit des Personals zur Begleitung der Bewohnerin/ des Bewohners, der Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern sowie der Angehörigen.
- Involvierte Organisationen von extern haben einen festen Ansprechpartner.



Dieser „Unterstützungsmanager“ schult sich mit jeder Begleitung in organisatorischen und fachlichen Wissensgebieten. Er wird ein kompetenter Partner in palliativen Fragestellungen, so dass zunehmend Fragen ohne externe Hilfestellung beantwortet und Fähigkeiten, Wissen intern geschult werden können. Neben dem Vorteil, dass nicht zu viele fremde Personen auf der Wohngruppe für Unruhe sorgen darf aber der Blick für die Bedürfnisse der Beteiligten und das Erkennen einer notwendigen Intervention von außen nicht aus den Augen verloren werden.

5.4.3. Unterstützung durch die SAPV-Versorgung

Frau Ulla Schmid verankerte als Gesundheitsministerin 2007 das Recht auf eine ambulante palliative Versorgung für jeden Bürger in Deutschland im § 37b des SGB V. Aufgrund dieses Gesetzes bilden sich in Deutschland Teams aus medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Professionen, um eine „Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung“ (SAPV) zu leisten. Parallel dazu sind insbesondere stationäre Einrichtungen angehalten, das Personal in der palliativen Begleitung auszubilden, um die sogenannte „Allgemeine Palliative Versorgung“ (APV) zu leisten. Für den Fall, dass

die allgemeinen palliativen Kenntnisse zur Begleitung nicht mehr ausreichen und/oder therapierefraktäre Symptome auftreten, kann eine SAPV indiziert sein, die durch den Hausarzt schriftlich verordnet werden muss. Hinweise über bereits vorhandene SAPV-Teams können in der Regel über örtliche Hospizvereine erfragt werden. Näheres über die SAPV finden Sie unter www.dgpalliativmedizin.de

5.5. Erarbeitung von Leitlinien – Sinn oder Unsinn?

Die Implementierung eines neuen Gedankens erfolgt oft über die Formulierung von Leitlinien. Diese beschreibt in der Regel die Grundhaltung der Mitarbeitenden in der jeweiligen Einrichtung. Ob Leitlinien einen Sinn machen kommt auf die Ausarbeitung und den dahinterstehenden Zweck an.

Wie bereits benannt, ist es oft nicht möglich, alle Mitarbeitenden in der breiten Basis innerhalb ein bis zwei Jahre für eine hospizliche Grundhaltung zu sensibilisieren. Ferner findet immer wieder eine Fluktuation in den Wohngruppen von Seiten der Mitarbeitenden statt, so dass immer „Wissens- und Haltungslücken“ nachweisbar sind. Hier können Leitlinien als Einführung in die Thematik, als Wegweiser für vorhandene Hilfestellungen und als „Anrührer“ für eine hospizliche Haltung dienen. Voraussetzung ist ein nachvollziehbarer Aufbau und ein offener Zugang zu dieser Handreichung. Somit wird Mitarbeitenden ohne Vorkenntnisse ein Einfinden in die Thematik und eine Handlungsmöglichkeit durch Verweise auf Richtlinien ermöglichen.

6. Psychosoziale Prozesse

Palliative Begleitung - Eine Herausforderung für das Team

Ein Team besteht aus vielen unterschiedlichen Charakteren. In Teams kann dies zu Spannungen führen. Insbesondere dann, wenn diese unterschiedlichen Rollen nicht als ergänzend, sondern als „störend“ empfunden werden. Doch, was kommt in der palliativen Begleitung erschwerend für das Team hinzu?

Sicherlich ist es die ständige Konfrontation mit der Angst vor dem Tod, die sich in den Mitarbeitenden spiegelt. Das Gefühl der Hilflosigkeit bei therapierefraktären Symptomen und der Begleitung von jungen, todkranken Menschen. Aber auch die gemeinsame Umsetzung der palliativen Haltung beinhaltet ein hohes Belastungspotential:

Ein „normaler“ Tagesablauf ist in der Regel gekennzeichnet durch eine feste Struktur:

Wecken – Pflege – Frühstück – Begleitung in die Werkstatt oder Förderstätte – oder Tagbetreuung mit dem Angebot der Freizeitbeschäftigung. Nachmittags: Kaffeepause – Fördereinheiten – Abendessen – Pflege – Dokumentation.

Diese vorgegebene Struktur gibt den Durchführenden Sicherheit, auch im Umgang mit herausfordernden Kollegen: „Ich mache meine Arbeit und du machst deine Arbeit.“

Im Bereich der palliativen Begleitung beugen sich die vorgeschriebenen Strukturen den Bedürfnissen der Menschen mit einer schweren Erkrankung bzw. der Sterbenden.

Ein Beispiel aus der Praxis im Krankenhaus: Kurz vor der Übergabe erbricht ein Patient in sein Bett. Er wirkt sehr erschöpft, zeigt sichtbare Atemnot. Die zuständige Pflegekraft legt ruhig eine Auflage auf das verschmutzte Betttuch, bringt ihn in eine atmungserleichternde Position, setzt sich zu ihm und bleibt bei ihm, bis er sich von seiner - mit der Atemnot verbundenen Angst - erholt hat.

Sie fragt nach seinen Bedürfnissen und kommt seiner Bitte nach Ruhe und geöffnetem Fenster nach. Dann geht sie zur Übergabe. Hier übergibt sie einer Kollegin aus der weiteren Schicht den Patienten in einem verschmutzten Bett.

Tatsächlich äußert dann die Mitarbeiterin im Spätdienst, dass ihre Kollegin ja bloß zu faul gewesen wäre, das Bett frisch zu beziehen.

Viele Mitarbeitende kennen das Gefühl, vor der Übergabe alles „fertig“ bekommen zu wollen; eine Übergabe zu machen, in der sie sagen können: „Es ist alles in Ordnung, sauber und unbewusst mit der inneren Bestätigung: „Ich war sehr fleißig.“

In der Umsetzung der palliativen Haltung gibt der zu begleitende Mensch mit seinen Bedürfnissen die Tätigkeit der Mitarbeitenden vor. Dies kann zu einer Spannung zwischen der Einstellung des Mitarbeiters ordentlich, sauber, flott und den Bedürfnissen der zu Begleitenden nach Ruhe, wenig oder keiner Aktivität und mehr Zeit führen. Ebenso kann dies aber auch Unstimmigkeiten zwischen Mitarbeitenden fördern, indem ein Mitarbeiter die palliative Haltung vertritt, aber Kollegen und Kolleginnen die Einhaltung einer gewissen Struktur und Ordnung wichtig ist.

Dies ist ein Beispiel, warum es nicht genügt, nur einen Mitarbeiter in der palliativen Begleitung auszubilden. Die Kompetenz einer hospizlichen Haltung in der palliativen Pflege, die Sensibilisierung für einen empathischen Umgang mit den Betroffenen in Krisensituationen - ungeachtet des Tagesablaufs - sollte in allen Begleitenden verinnerlicht sein. Dies ist eine große Herausforderung für jede Einzelne, jeden Einzelnen im Team. Hierfür ist eine Schulung sicher der richtige Ansatz, bedarf aber der weiteren begleitenden Sorge durch die Führungs- und Leitungsebene. Hilfreich können sich hier moderierte Teamgespräche und Supervisionen anbieten.

7. Umsetzungs-Prozesse

Für die Umsetzung der Erarbeitungen gibt es im Bereich der palliativen Begleitung keinen offiziellen zeitlichen Anfang. Bereits während der Zeit der Projektentwicklung kann eine Bewohnerin oder ein Bewohner schwer erkranken. Plötzlich werden aus bereits schriftlich erarbeiteten Richtlinien realistische Handreichungen, deren Wirksamkeiten nun als hilfreich oder auch nicht hilfreich erkennbar werden. Dies kann vorübergehend zu einem „Jammertal“ in der Arbeitsgruppe führen, doch realistisch betrachtet, ist dies der zukünftige Weg um die Nachhaltigkeit zu sichern:

Oft wird erst durch die Umsetzung und in Krisensituationen sichtbar, ob Erarbeitetes nun hilfreich ist, oder ob Überarbeitungen notwendig sind. Mit jeder Begleitung können sich die Erarbeitungen verändern, Wissen sich vermehren und Fertigkeiten und Fähigkeiten festigen. Dies ist aber nur möglich, wenn nach Abschluss des Projektes die Ordner nicht im Schrank verschwinden, sondern wenn dafür Sorge getragen wird, dass die Thematik der palliativen Begleitung genauso in das gelebte Konzept übernommen wird, wie die Förderung zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.

Sicherung der Nachhaltigkeit

Um das Konzept der hospizlichen Haltung und der palliativen Kompetenz zu erhalten und zu erweitern, bedarf es einer Sicherung von bereits Vorhandenem, sowie einer Offenheit und der Bereitschaft zu einer weiteren Entwicklung oder auch Veränderung.

Meine Erfahrung zeigt, dass nach zwei Jahren der Projektzeit bei allen Beteiligten die Motivation für eine weitere Erarbeitung nachlässt. Daher ist eine offizielle Beendigung mit einem Fachtag für Mitarbeitende zur Zusammenfassung und Darstellung von Richtlinien, Standards, der Sichtung von erarbeitetem Material sowie einer Information über weitere Begleitungs- und Beratungsmöglichkeiten ein guter und wichtiger Abschluss. Eine Form der weiteren Beratungsmöglichkeiten ist die Bildung eines internen Palliative Care Teams. Wie bereits unter Punkt 5.4.2. „Vernetzung innerhalb der Wohneinrichtungen“ beschrieben, sollte ein Team aus mindestens zwei Mitarbeitenden mit 160 Std. Palliative Care Ausbildung bestehen und einrichtungsübergreifend tätig werden. Ihre Aufgabe ist es, schriftliches Material zu aktualisieren, zu erweitern und durch Angebote von Fortbildungen die Kompetenz der Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen zu fördern.

Im Fall einer Begleitung bilden diese in Zusammenarbeit mit den „Unterstützungsmanagern“ des jeweiligen Wohnheimes ein „Palliatives Team“. Sie ermitteln gemeinsam die Bedürfnisse und klären notwendige interne Netzwerkpartner, z.B. psychologischen Dienst, Kunst- und Musiktherapeuten, sowie externe Partner. Sie sorgen durch ihre Anleitung und Beratung vor Ort für die Sicherung einer qualitativen Begleitung, sowie für eine psychische Entlastung der Mitarbeitenden.

Durch eigene Schulungen zur Weiterentwicklung und durch jede neue Erfahrung von Gelingenem und nicht Gelingenem in einer Begleitung wird ihre Kompetenz erweitert. Die geforderte und benötigte Versorgung einer allgemeinen palliativen Begleitung ist gesichert. Für Bewohner und Bewohnerinnen bedeutet dies, auch in einer schweren Erkrankung und im Sterben dort bleiben zu können, wo sie Zuhause sind: In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Ein Curriculum zur Weiterbildung von Unterstützungspersonen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe entsteht derzeit am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin - der Christophorusakademie am Klinikum Großhadern - unter Federführung von B. Hartmann und H. Reigber und der finanziellen Unterstützung der Paula Kubitscheck Vogel Stiftung. Die Inhalte legen Wert auf die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten von vorwiegend pädagogischen Berufsgruppen zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Begleitung von Menschen mit einer

geistigen, mehrfachen und/oder psychischen Beeinträchtigung, deren Angehörige und Zugehörige wie z.B. Mitbewohnerinnen und Mitbewohner.

An folgenden Akademien finden Kurse mit 160 UE speziell für Mitarbeitende aus der Eingliederungshilfe statt:

Christophorus-Akademie im Klinikum Großhadern/München:

<http://christophorus-akademie.de/qualifizieren-in-palliative-care/eingliederungshilfe>

Palliativakademie am Juliusspital in Würzburg:

<http://www.juliusspital.de/palliativakademie/programmkalender>

V. Schlussfolgerung

In der Regel plant die Führungsebene eine Organisationsentwicklung. Sie setzt dazu oft „Experten“ von außen mit dazu ein. Das Ergebnis: Unzufriedenheit auf der Seite des „Visionärs“ und auf der Seite derjenigen, die dieses Projekt hätten umsetzen sollen. Damit eine Entwicklung im Bereich Hospizkultur und Palliative Care in einer Organisation gelingen kann, benötigt es ein Treffen und eine Zusammenarbeit aller Ebenen unter Berücksichtigung einzelner Sichtweisen, Kompetenzen und Wirkungsmöglichkeiten: Von der Reinigungskraft bis hin zum Geschäftsführer.

Eine Herausforderung! Diese Vorgehensweise kann aus meiner Sicht jedoch durch das Gefühl der Zufriedenheit, Zuständigkeit, und Zusammengehörigkeit jedes und jeder Einzelnen eine Dynamik auslösen, die nicht nur eine Organisation in Bewegung bringt, sondern auch eine zukunftsfähige Teamentwicklung zur Folge hat: Ein Team im Bewusstsein, nur miteinander zum Wohl für die Bewohnerinnen und Bewohner handeln zu können.

Haben Sie eine Vision?

Was immer du tun kannst oder erträumst zu können, beginne es.

Kühnheit besitzt Genie, Macht und magische Kraft.

Beginne es jetzt!

(Johann Wolfgang Goethe)

Ihre



Barbara Hartmann

Berglern, den 20.11.2014

VI. Literaturverzeichnis

Buchtitel:

Bruce, A.; Pepitone, J.; (2007): Mitarbeiter motivieren. Praxisratgeber für die neue Führungsposition. Handelsblatt campus 4, Frankfurt/Main.

Dingerkus, G.; Schlottbohm, B.; (2002): Den letzten Weg gemeinsam gehen. ALPHA – Westfalen; Münster

Glasl, F.; Kalcher, T.; Piber, H.;(Hrsg.) (2008; 2. Auflage): Professionelle Prozessberatung: Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. Freies Geistesleben; Stuttgart

Herrlein, P.; (2009): Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. der hospiz verlag®; Wuppertal

Kern, M.; Müller, M.; Aurnhammer, K.; (2007, 3. Auflage): Basiscurriculum Palliative Care. Pallia Med Verlag; Bonn

Köhncke, Y.; (2009): Alt und behindert; Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin

Kofoet, C.; Dingerkus, G.; (2009; 2. Auflage): Hospiz- und Palliativversorgung in den Lebensbereichen der Behindertenhilfe. ALPHA –Westfalen; Münster

Pfaff, H.; Schulz Nieswandt, F.; et al (2009): Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Studie). In: Köhncke Y.; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, S. 26

Website:

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0900400 25.03.2010

Bruggmann, G.; Arbeitsunterlagen zum Wochenseminar „Organisationsentwicklung an Schulen“ (2002)
<http://www.guteschule.ch/PDF/OE%20Brosch%9Fre%20doppelseitig.pdf> 24.3.2010

Definition: Implementierung: <http://de.wikipedia.org/wiki/Implementierung> 20.02.2010

Definition: Diagnose: <http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnose> 18.07.2010

FOCUS-Redakteurin Susanne Frank und FOCUS-Korrespondent Jochen Schuster;
(2009) Interview mit Dirk Roßmann, Chef der gleichnamigen Drogeriemärkte; FOCUS
Nr. 53; Düsseldorf
http://www.focus.de/finanzen/news/tid-16735/wirtschaft-seite-4-da-war-ich-maechtig-wuetend_aid_468000.html 10.07.2010

Schriften/Broschüren:

Beckers, D. (2006) Studie: Dasein, wenn es still wird. Bayerische Stiftung Hospiz; Bayreuth

Kittelberber F.;(2002): Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen; Bayerische Stiftung Hospiz; Bayreuth

Molnar, M.; Kuc, A.; et al; (2010; 16. Auflage): IMPULS Broschüre; Erkennen von Stressfaktoren und Optimieren von Ressourcen im Betrieb. Wirtschaftskammer Österreich; Bundesarbeitskammer, Österreichischer Gewerkschaftsbund. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Wien

Orth, C.; Alsheimer, M.; (2005) „...nicht sang- und klanglos gehen“ Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard.Henninger-Haus in München; Bayerische Stiftung Hospiz; Bayreuth

Kontaktadresse:

Barbara Hartmann

Am Altwasser 23

85459 Berglern

Tel.: 0049-8762/724464

Fax: 0049-8762/724465

hartmann.barbara@t-online.de

www.hospizkultur-und-palliative-care.de

Anhang

Folie 1

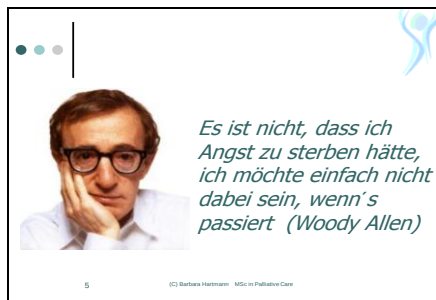


Folie 2



Vergänglichkeit, Sterben – ein Thema, von dem man nicht gerne etwas hören will, nichts davon sehen möchte und auch nicht darüber sprechen möchte

Folie 3



Deutlich wird es durch folgende humorvolle Aussagen

Folie 4



Sterben tut oft weh. Gegen den körperlichen Schmerz können wir bereits vieles tun, um den Schmerz zu lindern. Aber, den Schmerz des Abschiednehmens können wir nicht mit Medikamenten lindern

Folie 5



Er ist da, denn wir merken, dass das Leben endlich ist. Das wir nichts festhalten können.

Als Sterbende/ als Sterbender verliere ich:

- Den Mann/die Frau
- Das Kind
- Den Bruder/ die Schwester
- Den Vater/ die Mutter
- Das Zuhause
- Die Freunde
- Die Lust am Körper
- Die Beweglichkeit des Körpers
- Das Leben

Folgende Fragen quälen mich:

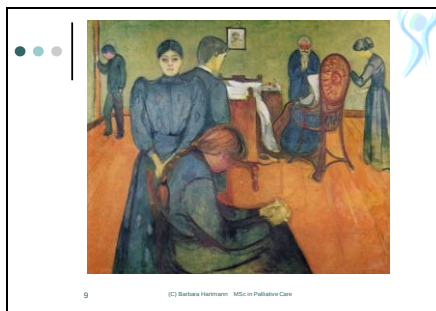
- Werde ich Schmerzen haben?
- Muss ich in ein Krankenhaus/ in ein Heim?
- Wie lange werde ich noch aktiv sein können?
- Wann werden andere meine Aufgaben übernehmen müssen?
- Werde ich hilflos?
- Werde ich leiden?
- Und – werde ich anderen zur Last fallen?

Folie 6



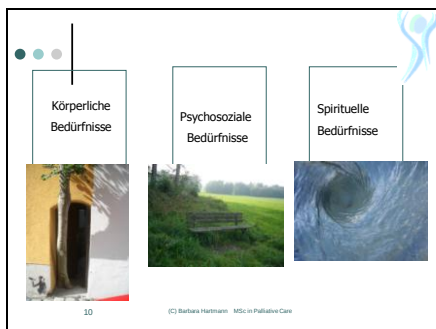
„Der Schrei“ von Edvard Munch vermag auszudrücken, was Menschen mit der Diagnose einer schweren Erkrankung fühlen.

Folie 7



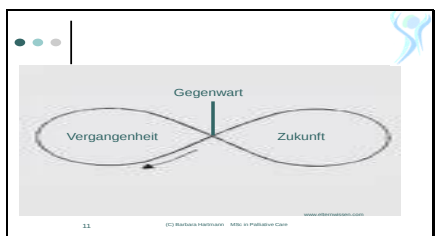
Auch für Angehörige, für Freunde und nahe stehenden Menschen (in den Einrichtungen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner) ist dies eine Zeit der Unsicherheit, Sorge und auch Hilflosigkeit.

Folie 8



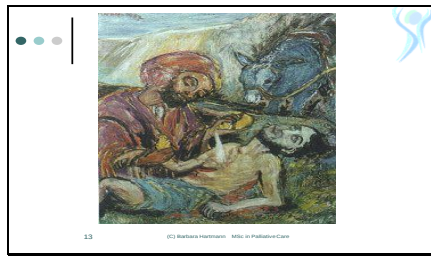
Einen Menschen in einer schweren Erkrankung und im Sterben zu begleiten heißt Begleitung in den körperlichen (symptomfreiheit), psychosozialen (Verfügbarkeit von helfenden und aushaltenden Menschen, Dinge erledigen zu können) und spirituellen Bedürfnissen (Fragen nach dem Wozu und Wohin).

Folie 9



Ein Blick in die Geschichte des hospizlichen Gedankens, in die Gegenwart und in die Zukunft:

Folie 10



Beginn des hospizlichen Gedankens mit dem Christentum: Ich bin bei dir, nicht weil du viel Geld hast und nicht weil du gebraucht wirst, sondern weil du Mensch bist – ein Ebenbild Gottes.

Folie 11



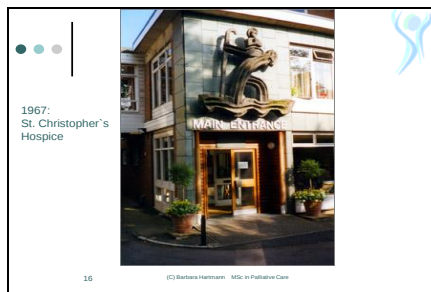
Begriff seit dem 4. Jhd. nach Christus. In Klöstern bekamen Pilger Herberge. Kranke und alte Menschen erhielten pflegerische Versorgung.

Folie 12



Cicely Saunders, Krankenschwester während dem 2. Weltkrieg, eröffnete nach einem Medizinstudium 1967 das erste Hospiz in London mit professioneller medizinischer und pflegerischer Versorgung:

Folie 13



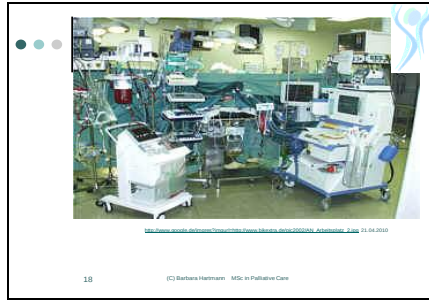
Das St. Christopher's Hospice

Folie 14



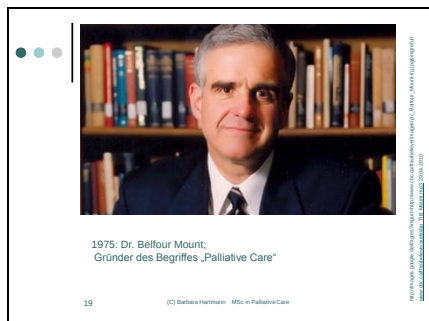
Ein bayerisches Reporterteam drehte 1971 in diesem Hospiz. Der Film führte zu einem großen Aufschrei in Deutschland. Ein „Sterbehaus“ war hier nicht gewünscht.

Folie 15



Grund: In Deutschland war die Intensivmedizin im kommen. Die Möglichkeit, Leben zu erhalten und Leben zu verlängern widersprach in dieser Zeit einem Blick auf das Thema Sterben und Tod.

Folie 16



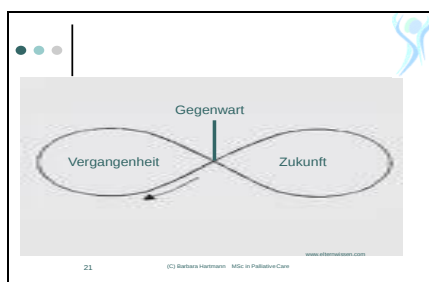
Dr. Belfour Mont wollte ebenfalls in Kanada ein Hospiz errichten. Der Begriff war bei den frankokanadischen Bürgern jedoch bereits besetzt. Es war die Bezeichnung für Armen- und Obdachlosenhaus. Daher brachte er den Begriff „Palliative Care“ auf den Weg.

Folie 17



Ein Mantel verhindert nicht, dass die Außenwelt kalt, dunkel und bedrohlich ist. Jedoch gibt er das Gefühl der Wärme und des Geborgen-seins.

Folie 18



Ein Blick nun in die Gegenwart:
Egal ob der Begriff Hospiz oder Palliative Care verwendet wird, beide haben das Ziel, den Menschen in seinen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen zu begleiten.

Folie 19



Jedoch haben die Einrichtungen verschiedene Bezeichnungen und unterschiedliche Ziele:

Ambulante Hospizdienste mit ehrenamtlichen, aber ausgebildeten Frauen und Männern begleiten Menschen mit einer schweren und fortschreitenden Erkrankung sowie deren Angehörige in ihrem Zuhause

Folie 20



Palliativstationen sind Kliniken angeschlossen: Hier werden Symptome wie Schmerz, Erbrechen, Angst und Unruhe gelindert. Aufenthalt ca. 2 – 3 Wochen. Ziel: Entlassung wieder in das Zuhause.

Folie 21



Stationäre Hospize:

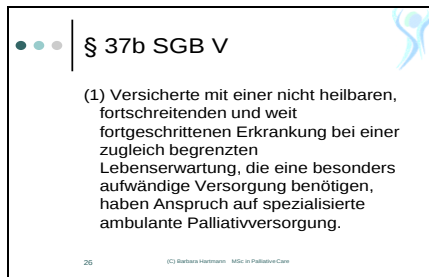
Ziel: Menschen mit einer schweren und fortschreitenden Erkrankung finden hier ihr letztes Zuhause, wenn sie niemand haben, der sie versorgen kann. Daher haben Menschen aus stationären Einrichtungen oft keine Möglichkeit, eine Aufnahme zu erhalten.

Folie 22

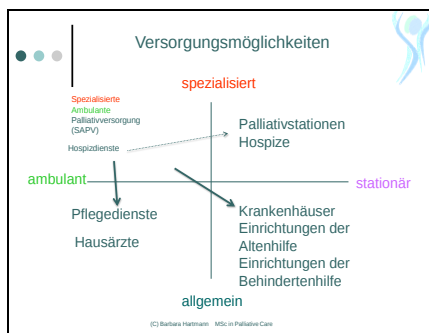


Seit 2007 hat jeder gesetzlich Versicherte den Anspruch auf eine ambulante palliative Versorgung. Derzeit bilden sich in Deutschlands sogenannte SAPV-Teams, welche ambulant, aber auch stationäre Einrichtungen in der palliativen Versorgung unterstützen. Voraussetzung:
Schwer behandelbare Symptome bzw. Wunden. Kenntnisse in der allgemeinen palliativen Versorgung reichen nicht aus.

Folie 23

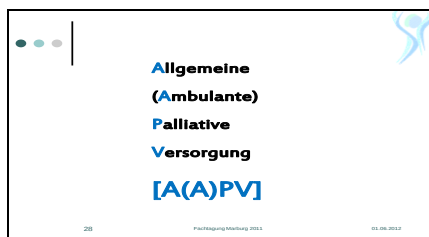


Folie 24



>Unterstützung durch ehrenamtlichen Hospizdienst, sowie durch die
Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung (SAPV). Für die SAPV ist es notwendig, dass eine spezialisierte Versorgung notwendig ist.
Nicht jeder Sterbende benötigt eine spezialisierte Versorgung.

Folie 25



Ambulante Versorger und stationäre Einrichtungen sind aufgefordert, sich eine allgemeine palliative Kompetenz zu erwerben.

Folie 26



Eine Notwendigkeit, welche auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe nun erstmals zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Folie 27



Inzwischen feiern die Bewohnerinnen und Bewohner ihren sechzigsten, siebzigsten sogar achtzigsten Geburtstag. Jeder, der heute über 65 Jahre alt ist, hat den Nationalsozialismus überlebt.

Folie 28

Lebenserwartung von Personen mit Down-Syndrom in Schweden	
1920	2 bis 3 Jahre
1950	etwa 15 Jahre
1970	etwa 35 Jahre
1990	etwa 57 Jahre

Durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom bei der Geburt zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Datengrundlage: Driller¹⁶)

31 Ylva Köhncke; Alt und Behindert; Berlin-Institut 2009 S. 42

Menschen mit einer geistigen Behinderung erreichen inzwischen ein höheres Lebensalter.

Jeder 3. Mensch mit Down Syndrom leidet im mittleren Erwachsenenalter an der Form des Alzheimers.

Menschen mit geistiger Behinderung haben öfters psychische Erkrankungen als andere Ältere.

Mindestens 70 000 der Werkstattbeschäftigten wohnen privat bei der eigenen Familie und ohne, dass sie von externen Fachdiensten begleitet werden.

Viele von ihnen sind wie in den stationären Einrichtungen zwischen 40 und 60 Jahre alt.

(S. 32)

Fachleute gehen davon aus, dass ähnlich wie bei älteren Menschen mit Pflegebedarf ein großer Teil der Unterstützung durch Mütter und Geschwister geleistet wird.

Vermutlich lebt jeder zweite geistig behinderte Mensch noch bei seinen Eltern, viele von ihnen dürften bereits über 50 Jahre alt sein und auf das Rentenalter zugehen. (S. 25)

(Aus „Alt und Behindert – Wie sich der demografische Wndel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt“ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung; Ylva Köhncke; März 2009)

Folie 29

Herausforderung in der Behindertenhilfe:

- Viele Mitarbeitende kommen aus dem pädagogischen Bereich
- Konzept der Förderung zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmung
- Angst vor Überforderung
- Fehlende Strukturen in den Häusern
- Bewohner / Bewohnerin brauchen die vertraute Struktur
- Bewohner/ Bewohnerinnen möchten in der vertrauten Umgebung bleiben
- Verschlechterung der Lebensqualität bei einem Umzug in die Altenhilfe

32 Fortbildung Marburg 2011 01.08.2012

Folie 30

- Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung haben unterschiedliches Verständnis und Wissen
- Aussagen von Familienmitgliedern und Unterstützungspersonen sind in der Regel subjektiv.

Ärzte und Pflegenden fühlen sich im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen unsicher

30 (C) Barbara Hartmann MSc in Palliative Care

Folie 31

Eigene Angst

- Kann und schaffe ich das?
- Was, wenn ich pflegerisch an meine Grenzen komme?
- Was mache ich im Notfall?
- Warte! Angst vor der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit
- Wie gehe ich mit den Angehörigen und den Mitbewohnerinnen/Mitbewohnern um?
- Was muss ich organisieren?
- Was ist der Wille der Kranken, des Kranken?
- Wo bekomme ich Hilfe?
- Was mache ich im ethischen Konfliktfall?
- Was mache ich im Todesfall?

34 (C) Barbara Hartmann MSc in Palliative Care

Folie 32



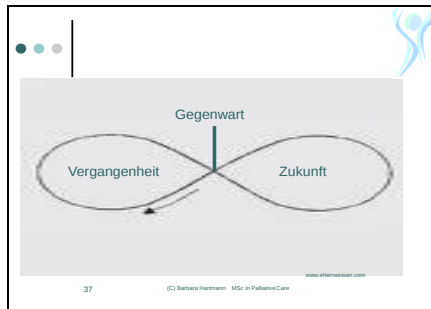
Angst, vor einer Belastung, der ich nicht standhalten kann.

Folie 33



Die Einrichtungen haben zwei Möglichkeiten: Abzuwarten
Zug: Vom Gleis zu springen – BewohnerInnen kommen zum Sterben in das Krankenhaus.
Auf dem Gleis zu bleiben: Stress und Unsicherheit für alle Beteiligten.

Folie 34



Wie können wir uns auf die Zukunft vorbereiten?

Folie 35



Sie können sich darauf vorbereiten:

Wie ein Ruderteam: Die Technik, die Haltung und das gemeinsame Handeln wird im Vorfeld geübt, um vorbereitet zu sein. Gemeinsam kann so für eine Zeit der Begleitung ein ruhiges und sicheres Handeln ermöglicht werden.

Folie 36



Notwendig sind hier

Fertigkeiten

Wissen und eine

Haltung, welche die Bedürfnisse des/der Betroffenen in den Blick nimmt.

Folie 37



Folie 38



Wir müssen wissen, wie wir Schmerzen erkennen können. Wir benötigen ein Basiswissen, wie Schmerzen gelindert werden können.

Folie 39

Pflege und Unterstützung im Zusammenhang mit einzelnen Symptomen:

- o Angst und Unruhe
- o Atembeschwerden
- o Mundtrockenheit
- o Übelkeit und Erbrechen
- o Wunden und Dekubitalgeschwüre
- o Verstopfung
- o Müdigkeit

Folie 40



Folie 41

- Wissen von Kommunikationsformen zum Umgang mit Angst und Traurigkeit
 - Kenntnisse im Umgang mit Ekel und Scham
 - Auseinandersetzung und Kenntnisse zur Begleitung in der Veränderung der „Familienstruktur“
 - Wissen um Wirksamkeit und Möglichkeiten der Biographiearbeit
 - Haltung der Achtsamkeit und des Mitfühlens (der Compathie)
- 41 (C) Barbara Hartmann MSc in Palliative Care



Wir werden mit Fragen wie “muss ich sterben?” konfrontiert werden.

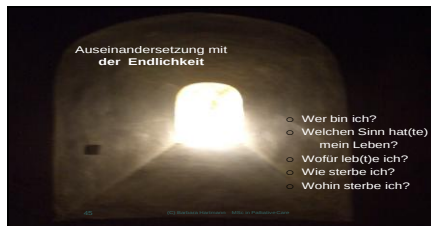
Gerade bei Wunden oder Übelkeit werden wir mit Ekel konfrontiert werden.

Ekel und Schamgefühl bei uns, aber auch bei den betroffenen BewohnerInnen.

Wir begleiten Eltern in ihrem Abschied vom Kind.

Wir erleben den Mensch in seiner Einzigartigkeit, evtl. verstärkt in seinen Wertvorstellungen und stehen vor der Frage, was würde er/sie sich wünschen.

Folie 42



Um in diesen Fragen begleiten zu können setzt es eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit voraus.

Folie 43



Die Versorgung eines Verstorbenen als “Versorgung” oder als Ritual und einer gelebten Spiritualität.

Folie 44



Beispiele

Soll er/sie eine PEG bekommen? Beatmet werden? Chemotherapie erhalten?

Folie 45



Folie 46

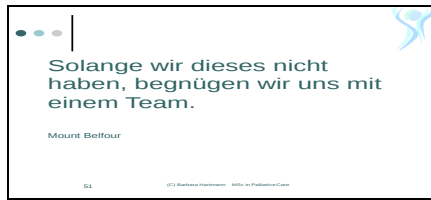
- Überleitung aus dem Krankenhaus
 - Bildung eines Netzwerks
 - Pflegehilfsmittel
 - Einberufung eines runden Tisches zur Klärung von Fragen in der Begleitung, ethischen Konflikt.
 - Erstellung eines Notfallplanes
 - Organisation im Todesfall
 - Versorgung eines Verstorbenen
 - Trauerrituale
 - Jährliche Gedenkfeier/ Abschiedsbuch
- 50 (C) Barbara Hartmann MSc in Palliative Care

Folie 47

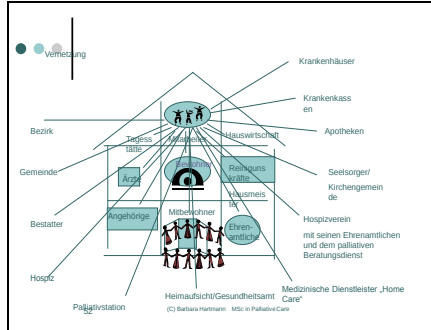


Diese vorangegangenen Punkte sind viele. Machen daher vielleicht Angst. Doch – dies muss niemand alleine schaffen. Zitat von Dr. Heller aus Wien.

Folie 48

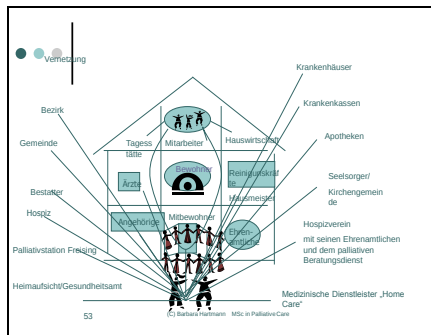


Folie 49



Netzwerkpartner von extern

Folie 50

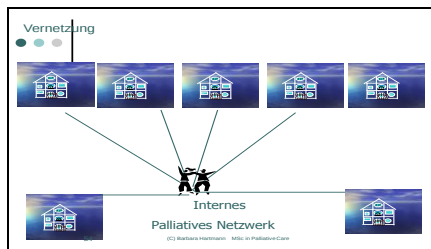


Vernetzung intern.

Bildung eines internen Palliative Care Teams als

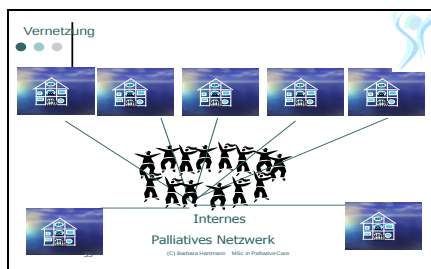
- Ansprechpartner für das begleitende Team
- als Ansprechpartner für das Netzwerk
- Zur Sicherung der Nachhaltigkeit durch eigene Weiterbildung
- zur Organisation von Weiterbildungen für Mitarbeitende

Folie 51



Internes Palliativ Team als Ansprechpartner für alle eigenen Einrichtungen.

Folie 52



Andere Möglichkeit: In jedem Haus gibt es 2 Palliative Care Kräfte. Gemeinsam aus allen Häusern bilden sie ein Team.

Folie 53



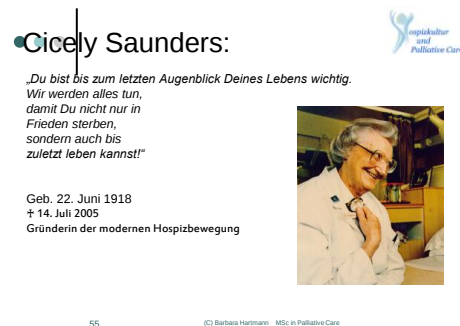
In einer Begleitung ist es notwendig, die eigenen Grenzen und Bedürfnisse zu erkennen.

Folie 54



Für ein Team bedeutet eine Palliative Begleitung oft eine große Herausforderung: Leid, Traurigkeit spiegelt sich auf die Mitarbeitenden. Eine einheitliche Haltung, ein wohlwollendes Miteinander sowie eine faire und offenes Miteinander ist die Voraussetzung für eine gelingende Begleitung.

Folie 55



Folie 56



Weiterführende Adressen

Autorin: Barbara Hartmann;

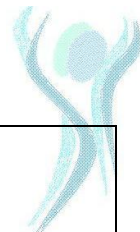
Dieser Vortrag steht Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus den Fortbildungsangeboten der Autorin im Bereich „Implementierung einer Hospizkultur und palliativen Kompetenz“ als Handzettel und Power Point Präsentation kostenlos auf CD-Rom zur Verfügung. Es ist eine Ergänzung zu ihrem Konzept „Leben bis zuletzt – dort, wo ich zu Hause bin“; Implementierung einer Hospizkultur und palliativen Kompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In diesem Vortrag sind Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung im Blickpunkt. Die Ursprungsquelle ist auf den Fußzeilen beizubehalten. Eine Weiterreichung zur Veränderung und Präsentation ist nicht erlaubt. Die Autorin bittet um Ihr Verständnis. Danke!



Welche Sterbekultur besteht bereits? / Welche Sterbekultur wünschen Sie sich?

17-Punkte-Check

			Nein	Wenn Ja:	Ja	Nein
1.	Blickpunkt Bereich:	Gibt es ein schriftliches Konzept oder Leitlinien in Ihrer Einrichtung zur Sterbebegleitung?	☐	Ist Ihnen dieses bekannt?	☐	☐
	Wird das Konzept von allen Mitarbeitern getragen?			☐	☐	
	Ist das Konzept verständlich und mit konkreten Maßnahmen verbunden?			☐	☐	
2.		Gab es in Ihrem Bereich bereits Todesfälle?	☐	Wie viele sind Ihnen bekannt? Waren Sie in die Begleitung mit eingebunden?	 ☐	☐
3.	Blickpunkt Bewohner	Werden Informationen über Wünsche oder Vorstellungen zur letzten Lebensphase, sowie über den Bestattungsort und die Art der Bestattung festgehalten?	☐ ⇒	Werden diese Wünsche gesichert:	☐	☐
				Wie? Vorstellungen?		
4.	Blickpunkt Angehörige	Werden Angehörige vorbereitet und in die Sterbebegleitung gezielt einbezogen und unterstützt?	☐ ⇒	Wie? Was wünschen Sie sich?		
5.		Werden Angehörige im Abschiednehmen von Verstorbenen unterstützt?	☐ ⇒	Wie? Was könnten Sie sich vorstellen?		
6.	Blickpunkt Ärzte	Besteht eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Hausärzten?	☐	Können Sie sich eine gute Begleitung in schmerztherapeutischen und ethischen Fragen vorstellen? ☐ Nein ☐ Ja		
		Was sehen Sie als notwendig an:	⇒			



		Wird für absehbare Krisen und für Notfälle Vorsorge getroffen und das Vorgehen miteinander abgestimmt?	☐	Wie? Wie könnten Sie es sich vorstellen?		
7.		Wie werden Entscheidungen, ob schwerkranke oder sterbende Bewohner noch in eine andere Einrichtung (z. B. Krankenhaus) verlegt werden oder z.B. eine PEG-Versorgung erhalten abgewogen und getroffen?		Was wird alles berücksichtigt? Was könnten Sie sich vorstellen?		
.8.	Blickpunkt Mitbewohner	Werden MitbewohnerInnen beim Abschiednehmen unterstützt?	Nein ☐ ⇒	Ja Wie? ☐ Ideen, Vorschläge:		
9.	Blickpunkt Bestatter	Werden Verstorbene im Haus aufgebahrt?	Nein ☐	Ja ☐ Wie haben Sie dies erlebt?		
			⇒	Könnten Sie es sich vorstellen?	Nein	Ja
				Grund:		
10.	Blickpunkt Seelsorge	Besteht eine Zusammenarbeit mit Seelsorgern am Ort?	Nein ☐	Ja ☐ Wie?		
		Welche Formen von Seelsorge begreifen Sie als Ihre Aufgabe?				
		Was würde Ihnen dabei helfen?				
11.	Blickpunkt Hauswirtschaft	Gibt es eine Einbindung der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter in die Sterbebegleitung?	Nein ☐	Ja ☐ Wie?		
12.	Blickpunkt ehrenamtliche Kräfte	Haben ehrenamtliche Kräfte in Ihrer Einrichtung Bedeutung?	Nein ☐	Ja ☐ Welche?		



				Können Sie sich eine Einbeziehung der ehrenamtlichen Helfer in eine Sterbebegleitung vorstellen? Grund:	Nein ☐	Ja ☐
13.	Blickpunkt Mitarbeiter in der Betreuung und Pflege	Können Sie sich pflegerische Maßnahmen an einem schwerkranken Menschen oder Sterbenden vorstellen? Falls „nein“, Grund:	Nein ☐ ⇒	Ja ☐ Welche? Würden Sie gerne dazulernen? Themen:	Ja ☐	Nein ☐
14.		Werden den Mitarbeitern Raum und Zeit für ihre Gefühle in der Sterbebegleitung gegeben?	Nein ☐	Ja ☐ Wie?		
15.		Werden in der Einrichtung Formen der Erinnerung und des Gedenkens an die Verstorbenen gepflegt?	Nein ☐	Ja ☐ Wie?		
16.	Wären Sie bereit, sich in folgenden Themenbereichen weiter zu schulen? Erkennen und Lindern von Symptomen Krisenplanung Begleitung im Abschiednehmen Begleitung in der Trauer Haltung im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen Klärung von ethischen Fragestellungen Selbstpflege Teampflege Sonstiges		Nein ☐	Ja ☐ Sonstiges:		
17.	Ich bin dafür, dass dieses Projekt gestartet wird		Nein ☐	Ja ☐ Begründung:		

Herzlichen Dank!



Beispiele für Leitlinien:

Hinweis: Nachfolgende Leitlinien sind Beispiele und stehen nicht für eine Vollständigkeit!

In der letzten Spalte „Verweise“ kann vermerkt werden, in welchem Hand- oder Computerordner Abläufe, Richtlinien und Standards zu dem jeweiligen Thema zu finden sind.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist es somit möglich, neben der geforderten Haltung schnell konkrete Hinweise zur Wissensvermittlung zu erhalten und durch Richtlinien und Standards zielgerichtet handlungsfähig zu sein.

Leitlinien zu einzelnen pflegerischen Maßnahmen erhalten Sie unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>.

Blickpunkt: Bewohnerinnen und Bewohner

Unsere Grundhaltung	Unsere Ziele	Unsere Maßnahmen	Verweise
Wir sehen das Leben und das Sterben als einen individuellen Prozess. Wir stellen die Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen in den Mittelpunkt. Wir erkunden Bedürfnisse, Wünsche und Werte, ohne unsere eigene Vorstellung aufzudrängen oder überzustülpen.	Die BewohnerIn/der Bewohner erfährt ihre/ seine verstandene Lebensqualität gesichert. Die BewohnerIn/ der Bewohner fühlt sich in Zweifeln, Ängsten und Fragen ernst genommen. Die Bewohnerin/der Bewohner kann ihren/seinen Lebensstil pflegen und erfährt Achtung gegenüber ihren/seinen Werten und Gewohnheiten	Wir beobachten und erfassen, was Lebensqualität für die Bewohnerin bedeutet. Wir führen darüber gezielte Gespräche mit den Angehörigen. . Wir erfassen Ängste und Vorstellungen der Bewohnerin zum Thema Tod, sowie Wünsche zur Bestattungsart und –form. Wir haben den Mut und die Kompetenz im Alltag auf direkte oder indirekte Anfragen zum Thema Sterben zu reagieren.	
Wir nehmen uns Zeit und Raum, um Fragen und Zweifel unter Einbeziehung fachkundiger Beratung und eigener mutiger Mitverantwortung im Sinne der Bewohnerin/des Bewohners zu klären und zu handeln.	Die Bewohnerin/der Bewohner kann bis zuletzt in ihrer/seiner vertrauten Umgebung bleiben, ohne Verkürzung - aber auch ohne ungewollte Verlängerung- ihres/seines Lebens.	Dem Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners/bzw. des/der gesetzlich Betreuenden nach durch- oder weitergeführten, sowie nach einem Unterlassen oder Abbruch von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen wird bei gleichzeitiger Übereinstimmung mit der Indikation durch den Arzt, nachgekommen. Bei Unklarheiten im Fall von ethischen Fragestellungen durch eine nicht vorhandene Willensäußerung oder zur Klärung des mutmaßlichen Willens werden Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team durchgeführt.	

Unsere Grundhaltung	Unsere Ziele	Unsere Maßnahmen	
Sterben gehört für uns zum Leben; Sterbende sind Lebende. Wir leisten somit eine Lebensbegleitung. Unsere Aufgabe ist es, eine Lebenszeit zu ermöglichen, die jeweils lebenswert erscheint.	Die Bewohnerin/der Bewohner fühlt sich geborgen und umsorgt.	Wir begegnen der Bewohnerin/dem Bewohner mit situativer Aufmerksamkeit und erfassen regelmäßig deren/dessen Zufriedenheit.	
	Die Bewohnerin/der Bewohner ist frei von lebenshindernden Symptomen.	Wir beobachten und dokumentieren angegebene und sichtbare Beschwerden. In Zusammenarbeit mit den nötigen Netzwerkpartnern wie Hausarzt, dem palliativen Beratungsdienst und dem örtlichen Hospizverein oder stationären Einrichtungen unternehmen wir alle für uns möglichen Maßnahmen, die Symptome zu lindern und eine Lebensqualität zu erhalten.	
	Die Bewohnerin/der Bewohner hat die Möglichkeit, ihre/seine Gefühle auszudrücken.	Neben unserem eigenen Angebot des Daseins bieten wir unterstützende Angebote durch Gespräche, Musik- und Kunstbegleitung, sowie der kirchlichen Seelsorge an.	
	Die Bewohnerin erfährt sich in ihrer Lebensleistung gewürdigt.	Wir bieten Möglichkeiten der Erinnerung, (Gegenstände, Musik, Formen der Geselligkeit, Symbole, Fotoalben) an, die Selbstachtung unterstützt, schöne Erinnerungen weckt und Traurigkeiten zulässt. Wir haben Respekt vor dem Vertraulichen, Verschlussenen und bisher Fremden, das uns in der Begleitung dieses Menschen begegnet.	

Blickpunkt: Zugehörige (Mitbewohnerinnen/Mitbewohner, Angehörige, Freunde, gesetzlich Betreuende)

Unsere Grundhaltung	Unsere Ziele	Unsere Maßnahmen	Verweise
Wir wollen Trost, im Sinne von Treue anbieten (Trost kommt von dem deutschen Wort Treue). Das Sterben provoziert oft ein Chaos an Gefühlen. Es verstört und löst manchmal Reaktionen aus, die auch die Umgebung irritieren mag. Wir wissen, Trauer ist nicht nur Traurigkeit, sondern hat viele Gesichter: Schock, kein Gefühl mehr, Wut, Erleichterung, Dankbarkeit. Trauer kann sich auch in Schuldvorwürfe gegenüber anderen verwandten (1) Wir sind uns bewusst, dass wir in unserer Möglichkeit der Hilfe begrenzt sind.	Zugehörige fühlen sich aufgefangen und unterstützt. Zugehörige können Entscheidungen verstehen und diese mittragen.	Nahe Zugehörige/Bevollmächtigte werden auf Wunsch regelmäßig über den Zustand der erkrankten BewohnerIn informiert. Im Fall einer ethischen Entscheidungsfindung werden auch nahestehende Angehörige und/oder Mitbewohnerinnen/ Mitbewohner mit einbezogen, sofern diese es wünschen. Im Fall einer Krisenplanung sorgen wir für eine gute Information der Zugehörigen durch den Arzt.	
		Wir signalisieren Gesprächsbereitschaft und versuchen durch aktives Zuhören Klarheit, Verständnis und eine Annahme der Situation zu erwirken.	
		Den Zugehörigen wird Raum und Zeit für die Verabschiedung gegeben. Bei allen Angeboten achten wir darauf, ob die Bedürfnisse der Zugehörigen an Gesprächen, Musik, Düften und Kontakten für die/den erkrankte(n) bzw. sterbende(n) BewohnerIn / Bewohner angenehm ist. Falls es „stimmig“ ist, kann eine Meditation oder auch eine Segnung der Erkrankten erfolgen.	

Blickpunkt: Netzwerk

Unsere Grundhaltung	Unsere Ziele	Unsere Maßnahmen	Verweise
Eine schwere Erkrankung und das Sterben gehen oft mit starken körperlichen Symptomen, sowie psychosozialen und seelischen Schmerzen einher.	Die Bewohnerin/ der Bewohner fühlt sich in den körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen begleitet. Schmerzen und andere belastende körperliche Symptome bleiben unter der 3 einer Numerischen Rating Skala von 0-10.	Reichen unsere palliativen Kenntnisse im Bereich der allgemeinen palliativen Versorgung nicht aus, so kontaktieren wir kompetente Netzwerkpartner: Je nach Beeinträchtigung holen wir uns Unterstützung durch ein Team zur spezialisierten palliativen Versorgung, den örtlichen Hospizverein, sowie Partnern aus dem psychosozialen und seelsorgenden Bereichen. Eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgt, wenn die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung nicht mehr ausreichen oder dies von der Bewohnerin, dem Bewohner bzw. deren/dessen gesetzlichen Vertretung gewünscht wird.	
Im Krankenhaus sollen unsere Bewohnerinnen und Bewohner das Gefühl haben, dass sie weiterhin von uns begleitet und umsorgt werden.	Die Mitarbeitenden im Krankenhaus sind über die Gewohnheiten und Maßnahmen zur Versorgung informiert.	Ein Pflegebogen, sowie aktuelle Diagnosestellungen werden bei einer Einweisung persönlich übergeben.	
	Die Bewohnerin, der Bewohner und die Angehörigen fühlen sich auch in Zeiten von Übergängen sicher.	Die BewohnerIn, der Bewohner wird regelmäßig von Mitarbeitenden besucht. Die Mitarbeitenden, welche für die Organisation verantwortlich sind, bleiben in Kontakt mit den Angehörigen.	
		Eine Krankenhausentlassung wird im Vorfeld mit Hilfe des Sozialdienstes/der Überleitungskraft gut organisiert.	

Beispiel für die Anlage von Ordnern mit Unterordnern auf Computer

Leitlinien:
Unsere Grundhaltung
Unsere Ziele
Unsere Maßnahmen
Hinweise auf Links

Begleitung von BW mit
schw. Erkrankung *

Begleitung von
Angehörigen *

Begleitung von
Mitbewohnern *

Bildung eines Netzwerks *

Adressen

Im Fall einer schweren
Erkrankung *

Im Todesfall *

Literatur

Fachbücher *

Bilderbücher *

Allgemeine
Literatursammlung *

Richtlinien und Standards

Biographische Erfassungen zur Ergänzung

Hilfestellung zu Gesprächsführungen mit

-  Bewohnern und Zugehörigen zur Erfassung von Ängsten/ Wünschen in Bezug auf das Leben, Sterben und den Tod.
-  Vorschläge zur Mitteilung im Todesfall
-  Vorschläge zu Trauergesprächen
-  Fortbildungen zum Thema Gesprächsführung allgemein

Krisenvorsorge

-  Krisenplanung
 - Leitlinie zur Vorbereitung*
 - Medizinischer Krisenplan*
-  Ethische Fallbesprechung

Palliative Pflege

-  Krankheitsbilder
-  Medizinische Hilfsmittel
 - Sondenversorgung ◇
 - Portversorgung ◇
 - Schmerzpumpen
 - Umgang mit Opiaten◇
-  Pflegerische Hilfsmittel
-  Symptome und deren Behandlung
 - Checkliste zur Anforderung ◇
 - Schmerzen◇
 - Mundtrockenheit◇
 - Übelkeit/Erbrechen
 - Verstopfung/Durchfall
 - Wundversorgung
 - Unruhe/Angst

Hilfestellung zur Überleitung aus dem Krankenhaus *

Vorgehen im Todesfall

-  Organisation *
-  Versorgung eines Verstorbenen *

Rituelle Vorschläge zur Gestaltung von

-  Verabschiedung *
-  Gedenkfeiern *

* Bereits bearbeitete Inhalte
◇ Noch nicht bearbeitete Inhalte

Positive Rückmeldungen und Veränderungsvorschläge der Inhalte und Maßnahmen bitte an die Arbeitsgruppe weitergeben!
Danke!

Inhaltsverzeichnis

(1) Leitlinien (Grundhaltung/Ziele/Maßnahmen)

- a. Begleitung von BewohnerInnen mit schwerer Erkrankung
- b. Begleitung von Angehörigen
- c. Begleitung von MitbewohnerInnen
- d. Bildung eines Netzwerkes

(2) Gesprächsführung

- a. Hilfestellung zur Gesprächsführung mit BewohnerInnen und Zugehörigen zur Erfassung von Ängsten/Wünschen in Bezug auf Leben, Sterben, Tod
- b. Hilfestellung zur Gesprächsführung bei Mitteilungen im Todesfall
- c. Hilfestellung zur Gesprächsführung bei Trauergesprächen
- d. Gesprächsführung allgemein

(3) Krisenvorsorge

- a. Krisenplanung
(Leitlinie zur Vorbereitung, Medizinischer Notfallplan)
- b. Ethische Fallbesprechung

(4) Palliative Pflege

- a. Krankheitsbilder
- b. Medizinische/pflegerische Hilfsmittel
(Sondenversorgung, Portversorgung, Schmerzpumpen, Umgang mit Opiaten, Checkliste zur Anforderung)
- c. Symptome und deren Behandlung
(Schmerzen, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall, Wundversorgung, Unruhe/Angst)

(5) Hilfestellung zur Überleitung aus dem Krankenhaus

(6) Vorgehen im Todesfall

- a. Organisation
- b. Versorgung eines Verstorbenen

(7) Rituelle Vorschläge zur Gestaltung von

- a. Verabschiedung
- b. Gedenken

(8) Adressen

- a. Im Fall einer schweren Erkrankung
- b. Im Todesfall

(9) Literatur

- a. Literaturliste
- b. Buchbeschreibungen

(10) Sonstiges

- a. Broschüren, Faltblätter
- b. Arbeitsmaterial (u. a. zu Ritualen)

40 Std. Curriculum in der Eingliederungshilfe *In-House-Schulung*

Uhrzeit	Montag	Uhrzeit	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Uhrzeit	Freitag
10 – 10.45	Kennenlernen (Reflexion)	9.00-9.45	Ethische Grundlagen	Schmerz		9.00-9.45	Begleitung von Familie und sozialem Umfeld
10.45-11.30	Nationale und Internationale Entwicklung	9.45-10.30	Ernährung und Flüssigkeit	Schmerzassessment in leichter Sprache	Sterben erkennen Sterben anerkennen	9.45-10.30	
Pause		Pause				Pause	
11.45 – 12.30	Organisationsformen und deren Unterstützungsmöglichkeiten	10.45-11.30	Ernährung und Flüssigkeit	Schmerzassessment durch Beobachtung + Schmerzassessment nach dem STI-Verfahren im Team	Im Sterben lindern	10.45-11.30	Begleitung von Familie und sozialem Umfeld
12.30-13.15	Grundlagen zur APV in der Einrichtung	11.30-12.15				11.30-12.15	
Pause		Pause				Pause	
14.45-15.30	Grundlagen zur APV in der Einrichtung	13.45-14.30	Ernährung und Flüssigkeit	Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit	Praxis: Haltung in der Begleitung von Sterbenden, Angehörigen und Zugehörigen	13.00-13.45	Umgang mit Verstorbenen
15.30-16.15	Wahrheit und Wahrhaftigkeit	14.30-15.15	Mundpflege	Nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten		13.45-14.30	Organisation im Todesfall
Pause		Pause				Pause	
16.30-17.15	Wahrheit und Wahrhaftigkeit	15.30-16.15	Lebensbilanz (Biographische Erfassung)	Nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten	Pflegerische Handlungen zur Verhinderung oder Linderung von Symptomen.	14.45-15.30	Organisation im Todesfall
17.15-18.00		16.15-17.00				15.30-16.15	Reflexion /Abschluss