AWO Niedersachsen gGmbH
AWO Psychiatriezentrum

Rahmenkonzept für die palliative Begleitung

„Hospizbegleiter in der Klinik für Gerontopsychiatrie“

im
AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Gliederung

1.	Palliativ Care	Seite 3
1.1	Definition „Palliativ Care“	Seite 4
1.2	Wer ist ein Palliativpatient	Seite 6
1.3	Was wir durch Palliativ Care erreichen wollen	
2.	Kurative und palliative Behandlung	Seite 7
2.1	Erkennen des Bedarf einer ehrenamtlichen hospizlichen Begleitung und Ablauf in der Klinik	Seite 8
2.2	Selbständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten	Seite 9
2.3	Qualifizierung für MitarbeiterInnen	
2.4	Qualifizierung der ehrenamtlichen Hospizbegleiter	
2.5	Möglichkeiten und Grenzen bei der Begleitung durch Hospizbegleiter	Seite 10
3.	Pflegerische Grundhaltung in Palliativ Care	Seite 11
3.1	Pflegebeziehung	Seite 11
3.2	Ethik	
3.3	Vernetzung mit Hospizvereinen	Seite 12
3.4	Das Abschiednehmen	Seite 13
3.5	Die Arbeit mit Angehörigen und Zugehörigen	
4.	Sterbebegleitung	Seite 14
5.	Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten	
5.1	Leitlinien im Umgang mit der Situation verstorbener Patient	Seite 15
5.2	Ziele in Bezug auf den Umgang mit Verstorbenen	Seite 16
6.	Abschiedsrituale	Seite 17
7.	Literaturverzeichnis	Seite 18

1. Palliativ Care

Vorwort

„Die Pflege und Betreuung von Sterbenden ist eine der großen Herausforderungen der Zukunft. Sterbebegleitung ist nicht von vornherein auf das höhere Lebensalter beschränkt, sondern betrifft zunächst einmal alle Altersgruppen einer Gesellschaft. Allerdings zeichnet sich ab, dass aufgrund der demografischen Entwicklung das Thema Sterben eine stärkere Relevanz erfährt, wenn immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter erreicht haben. […] Bisher ist der bei weitem häufigste Sterbeort das Krankenhaus, […]“

In den vergangenen Jahren ist festzustellen, dass vermehrt pflegebedürftige Menschen mit schweren, unheilbaren Krankheiten auch in Krankenhäusern versorgt werden. Die veränderte Gesetzeslage ermöglicht dieser Patientengruppe auch eine ehrenamtliche hospizliche Begleitung im Krankenhaus. Die Ausgestaltung dieses Angebotes kann nur in einer Kooperation mit den zuständigen Hospizvereinen gelingen.

1.1 Definition „Palliativ Care“

Palliativ Care ist ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002)[2]. Palliativpflege ist der Begriff für eine Begleitung, Pflege und Behandlung, die nicht die Heilung einer Krankheit zum Ziel hat, sondern die Linderung von Beschwerden. Der Name leitet sich vom lateinischen Wort „palliare“ ab, mit einem Mantel bedecken, lindern. Die Palliativpflege richtet sich an Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden. In stationären Kliniken kann das beispielsweise folgende Krankheitsbilder umfassen: ungeklärte Schmerzen nach Schlaganfall, Demenz, Herzinsuffizienz, neuropathische Schmerzzustände bei Diabetes. Die Palliativbetreuung setzt also ab dem Zeitpunkt an, wo die Krankheit nicht mehr auf eine Heilbehandlung anspricht oder der Patient weitere Therapien ablehnt.

[2] WHO-Definition Palliative Care (2002; Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin); http://www.palliativ-netz-stuttgart.de/palliativ-care-was-ist-das/who-definition-palliative-care/

Die Palliativpflege berücksichtigt verschiedene Aspekte: Behandlung von Schmerzen, den Komfort des Patienten, eine soziale, psychologische und spirituelle Unterstützung. Diese Maßnahmen schließen nach Möglichkeit auch die Angehörigen / Zugehörigen des Patienten ein.
Ziel ist es, dem Patienten und seiner Familie während der noch verbleibenden gemeinsamen Zeit, die größtmögliche Selbstständigkeit und bestmögliche Lebensqualität zu sichern.[3]

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben."

(C. Saunders)

Palliativ Care wird in der Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams geleistet. Die Probleme Schwerstkranker betreffen physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte, die sich zusätzlich gegenseitig verstärken können. Eine umfassende Betreuung sollte deswegen auf die Expertise verschiedener Berufsgruppen zurückgreifen können. Dazu gehören in der Palliativmedizin: spezialisierte Pflegende und Ärzte sowie Ehrenamtliche und weitere Mitarbeiter, deren Kompetenz oft unverzichtbar ist, wie Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger, Hospizbegleiter usw.

Palliativ Care respektiert das Leben und seine Endlichkeit:

- Die Würde und Autonomie des Patienten achten und seine Prioritäten in den Mittelpunkt stellen.
- Das Erkennen, so wie die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung anstreben.
- Diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen ermöglichen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

[3] aus Palliativpflege – leben bis zuletzt; Hrsg: Norbert Heukemes, Generalsekretär des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft, Gospertstraße 1, 4700 Eupen
[4] Quelle: palliativ Care Team Fürth, http://pct-fuerth.de/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1
[5] Vgl. C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz: Leitfaden Palliativmedizin Palliativ Care; Elsevier 2007, S. 2

1.2 Wer ist ein Palliativpatient

Palliativpatienten sind Patienten mit einer fortschreitenden, nicht heilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen, psychosozialen und seelischen Folgen dieser Erkrankung leiden. In der Regel hat der Verlauf der Erkrankung einen Punkt erreicht, bei dem die Erhaltung der Lebensqualität ganz im Vordergrund steht und die Patienten in besonderem Maße Linderung von körperlichen Symptomen, Achtung ihrer Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod benötigen[4]. Die Übergänge von kurativer zu palliativer Therapie sind fließend. Wichtig ist hier, sich über das Ziel der Behandlung und Begleitung (Heilung, Lebensverlängerung oder die reine Steigerung der Lebensqualität) klar zu sein[5].

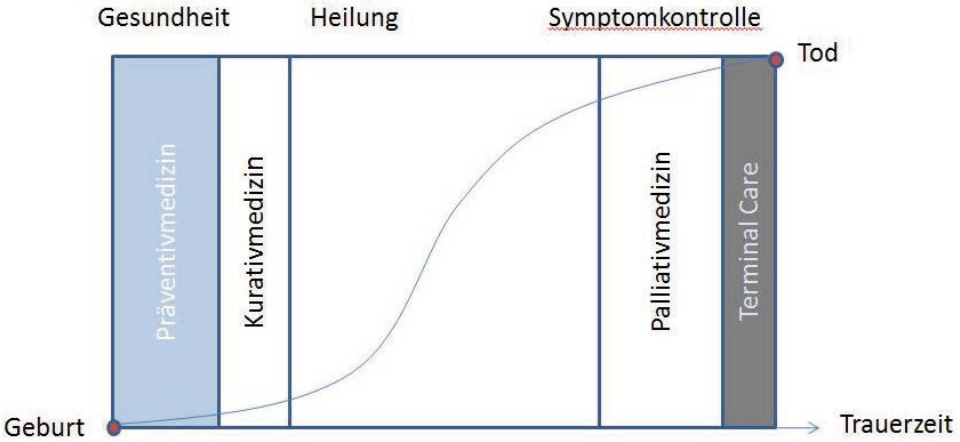
1.3 Was wir durch Palliativ Care erreichen wollen

Palliativ Care fließt als Haltung in den gesamten Klinikalltag ein und kommt allen zu Gute. Im Mittelpunkt des Handelns stehen die Individualität, Würde und das Wohlbefinden des Patienten, also seine persönlich definierte Lebensqualität. Einen wesentlichen Anteil hat hier das Erfassen von Schmerzen und belastenden Symptomen. In unserer Klinik wird offen mit dem Ereignis Sterben und Tod als Teil des Lebens umgegangen. Ebenso werden die Angehörigen / Zugehörigen in der Zeit des Abschiednehmens unterstützt. Ziel der Betreuung ist auch, in der Sterbephase einen friedlichen Übergang zu ermöglichen und eventuelle Verlegungen zu vermeiden.

2. Kurative und palliative Behandlung

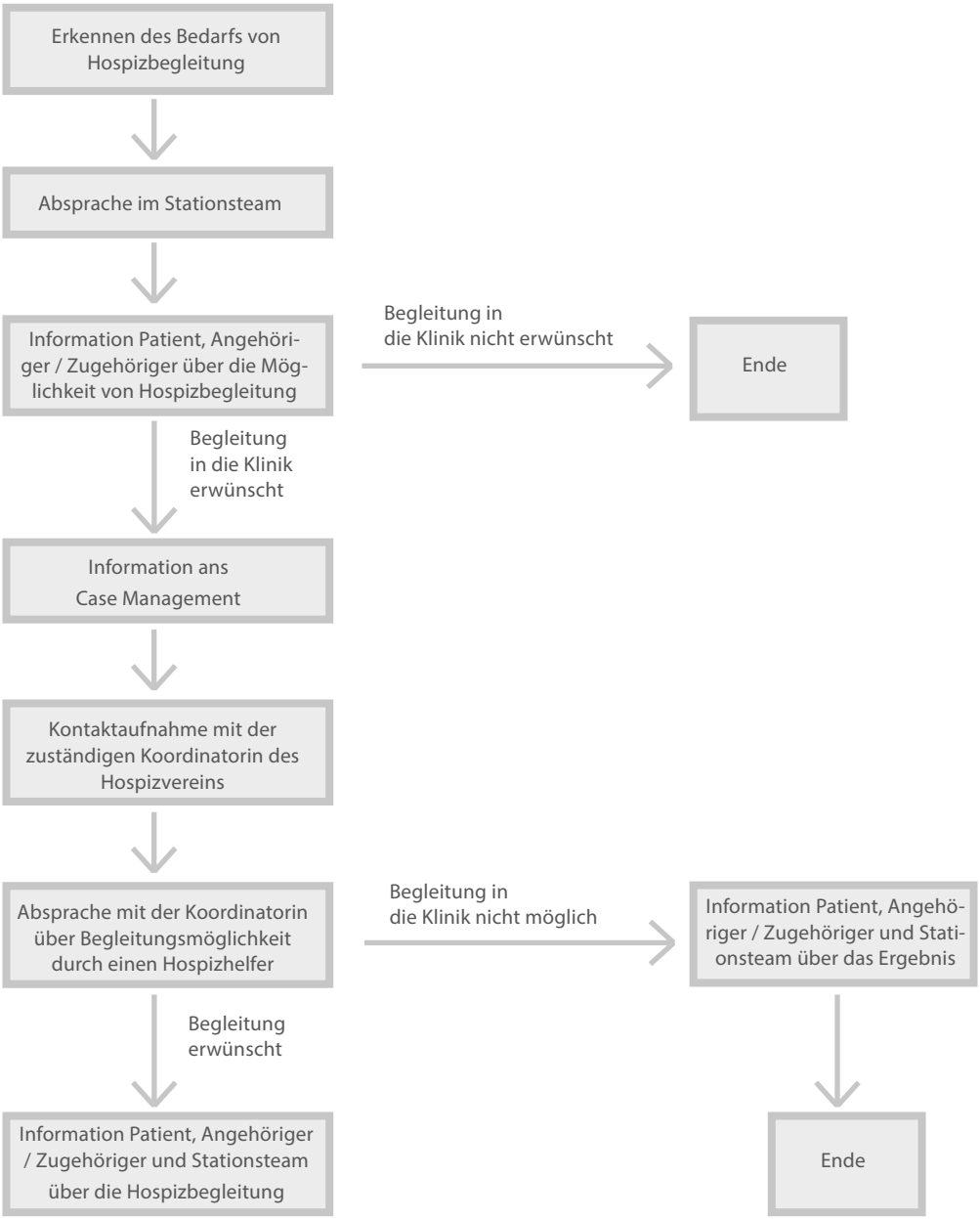
In der Klinik besteht immer ein Nebeneinander von kurativen (heilenden) und palliativen (lindernden) Maßnahmen. Am Lebensende rückt die Betreuung nach palliativen Gesichtspunkten in den Vordergrund, wobei kurative Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität weiterhin berücksichtigt werden.

Die schematische Darstellung zeigt diesen Verlauf:



Übergang v. kurativer zu palliativer Therapie nach C. Bausewein, Leitfaden Palliativmedizin Palliativ Care

2.1 Erkennen des Bedarfs einer ehrenamtlichen hospizlichen Begletung und Ablauf in der Klinik



2.2 Selbständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten

Die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, immer formuliert aus Sicht des Patienten, ist das zu verfolgende Ziel. Die Lebensqualität ist individuell verschieden definiert. Jeder Patient hat das Recht auf Aufklärung über seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmaßnahmen mit Vor- und Nachteilen. Er bestimmt über den weiteren Therapieverlauf oder den Verzicht.

Bei demenziell erkrankten oder nicht mehr urteilsfähigen Patienten, soll sich der Entscheid am mutmaßlichen Willen des Betroffenen orientieren (Verweis – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht[6]). Die weiteren Vorgehensweisen können dann im interdisziplinären Team, also in Zusammenarbeit von Arzt, Pflegenden und Angehörigen / Zugehörigen usw. festgelegt werden. Möchte sich ein Patient nicht mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt ihm eventuell, Hoffnungen zu hegen und eine schwierige Situation besser auszuhalten.

2.3 Qualifizierung für MitarbeiterInnen

Zur Umsetzung dieses Konzeptes werden den MitarbeiterInnen palliative Grundlagen vermittelt. Dies geschieht über die 160 Stunden (Bonner Modell)[7] und 40 Stunden Palliativ Care Weiterbildung in Zusammenarbeit mit entsprechenden Kooperationspartnern. Auf den Stationen stehen MitarbeiterInnen und Fachkräfte mit palliativer Weiterbildung zur Verfügung. Die MitarbeiterInnen mit einer 160-Stunden-Weiterbildung sind dazu angehalten, einmal jährlich an einer Fortbildung aus dem palliativen Themenbereich teilzunehmen.

2.4 Qualifizierung der ehrenamtlichen Hospizbegleiter

Die HospizbegleiterInnen verfügen über eine abgeschlossene Hospizbegleiter-Ausbildung

[6] Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Patientenverfügung – Leiden, Krankheit, Sterben sowie Vorsorgevollmacht, Broschüren, Stand 2012

Kern M, Müller M, Aurnhammer K, Basiscurriculum Palliativ Care. Eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin. In: Müller M, Kern M, Nauck F, Klaschik [7] E (Hrsg). Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in der Palliativmedizin. Bonn: Pallia Med 1997; 121 - 208

2.5 Möglichkeiten und Grenzen bei der Begleitung durch Hospizbegleiter

Durch den Einsatz von Hospizbegleitern in unserer Klinik, möchten wir ein zusätzliches Angebot für unsere Patientinnen und Patienten schaffen. Es ist uns bewusst, dass die mögliche Inanspruchnahme nicht immer umgesetzt werden kann. Die hängt von unterschiedlichen Faktoren, wie z.B. den Wünschen des Betroffenen oder der Verfügbarkeit von Hospizbegleitern ab.

Mögliche Aufgaben bei der Begleitung von Palliativ-Patientinnen und Patienten

Tätigkeit	Ja	Nein
Essen anreichen beim Patienten		**X**
Trinken anreichen beim Patienten		**X**
Medikamente anreichen beim Patienten		**X**
Unterstützung bei Toilettengängen		**X**
Unterstützung beim Duschen		**X**
Individuelle begleitende Tätigkeiten: z.B.		
Gespräche führen mit dem Patienten	**X**	
Spaziergänge mit dem Patienten	**X**	
Basale Stimulation auf Wunsch des Patienten	**X**	
Beschäftigungsangebote wie z.B. Vorlesen, Brett- oder Kartenspiele mit dem Patienten	**X**	

Bei Fragen bitten wir um Rücksprache mit dem Pflegepersonal.

Wir bieten den HospitzbegleiterInnen die Teilnahme an unseren Schulungsangeboten über die Psychiatrie Akademie und die Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, sofern sie der zu begleitenden Patientin / dem zu begleitenden Patienten betreffen, an.

3. Pflegerische Grundhaltung in Palliativ Care

Eine Grundvoraussetzung für Palliativ Care besteht in der Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen, die durch Offenheit, Einfühlungsvermögen, aktivem Zuhören, einer wertschätzenden Haltung, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, Akzeptanz und gegenseitigem Vertrauen geprägt ist.

Das Stationsteam muss eine offene Grundhaltung haben. Dies ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was für das gesundheitliche Gleichgewicht der MitarbeiterInnen von großer Wichtigkeit ist.

Dem Stationsteam wird beispielsweise im Rahmen von Dienstübergaben und Besprechungen im Multifunktionsteam die Gelegenheit geboten, über belastende Situationen zu sprechen und Rückschau zu halten. Bei Bedarf ist es möglich, mit Führungskräften oder kooperierenden Fachkräften das Gespräch zu suchen, um belastende Situationen zu klären.

3.1 Pflegebeziehung

Eine emotionale Stabilität im Alltag wird durch eine zugewandte Pflegebeziehung hergestellt und gefestigt. Die alltägliche und immer wiederkehrende Begegnung und aufmerksame Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten bestimmt die Atmosphäre. Hier kann die Integrative Validation ein hilfreicher Baustein sein.

3.2 Ethik

„Es ist wichtig, sich über die moralische Dimension des Handelns bewusst zu sein und eine gemeinsame Diskussionsgrundlage zu finden. Dies wird in der Pflegeethik wie folgt beschrieben und orientiert sich im Wesentlichen an den folgenden vier Prinzipien:

• Autonomie	Im Respekt vor Selbstbestimmung
• Nicht Schaden	In der Vermeidung von potentiellem Schaden
• Gutes tun	In der Bemühung Wohlbefinden, Sicherheit, Lebensqualität zu fördern
• Gerechtigkeit	In der Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand

Es müssen stets von neuem zentrale ethische Aspekte im alltäglichen medizinischen, pflegerischen und betreuenden Handeln diskutiert werden. Ethische Prinzipien tragen dazu bei, moralische Konflikte zu umschreiben, einzuordnen und zu klären. Keine dieser Prinzipien kann absolute Geltung für sich allein beanspruchen, sondern sie müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen und immer wieder neu bewertet werden. Den MitarbeiterInnen sind diese ethischen Grundprinzipien zu vermitteln, damit eine inhaltliche Auseinandersetzung stattfinden kann. Die Wünsche und Entscheidungen des Patienten werden respektiert. Das Ziel ist, gemeinsam, nach Lösungen zu suchen und diese umsetzen".[8] Oft besteht in den letzten Lebenstagen kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit oder Nahrung. Durch eine gute Aufklärungsarbeit sollen Patienten und Angehörigen / Zugehörigen viele Ängste (z.B. vor dem Verdursten) genommen werden. Eine Entscheidung wird im gegenseitigen Einverständnis aller Betroffenen abgestimmt. Unser Ziel ist es, das Empfinden und den Willen des Sterbenden zu achten.
Unsere Bemühungen sollen im positiven Sinne dahin gehen, eine qualitativ gute Lebenssituation zu schaffen und Leiden erträglich zu machen.

3.3 Vernetzung mit Hospitzvereinen

Ein wesentlicher Baustein um Hospizbegleitung anbieten zu können, ist die Vernetzung mit den Hospizvereinen im Einzugsgebiet der Klinik. Die Chance besteht in einer individuellen Gestaltung des Begleitungsprozesses. Durch die Einbindung des hospizlichen Ehrenamtes werden die pflegerischen Aspekte um psychosoziale Begleitung ergänzt.
Den Bedarf hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. in einem Schreiben vom 2012 dargelegt.[9]
Mit Inkrafttreten des HPG (Hospiz und Palliativgesetz) wurde diesem Bedarf Rechnung getragen und eine hospizliche Begleitung von Palliativpatienten im Krankenhaus ermöglicht. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Spiritualität, psychosozialen, krankheits- und trauerverarbeitenden Begleitung. Die Vernetzung wird in einem Kooperationsvertrag zwischen Klinik und Hospizverein geregelt.

[8] Aus: Alters- und Pflegeheim Clara Dietiker, 8260 Stein am Rhein, Konzept „Palliativ Care" Stand: Frühjahr 2007
[9] Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute DHPV) zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, 2012: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/DGP_Palliativversorgung%20bei%20Demenz.pdf

3.4 Das Abschiednehmen

Sterben ist das natürliche Ende des Lebens und hat seinen Platz in unserem Klinikalltag. Ein würdiger Umgang mit Sterben und Tod ist uns wichtig. Wir pflegen Rituale, um Abschied zu nehmen und Trauer zu verarbeiten. Dabei werden die Bedürfnisse der Mitbewohner, Angehöriger, Zugehörige und Mitarbeiter berücksichtigt. Die Thematik „Abschiedsrituale" wird unter Punkt 6 ausführlicher definiert.

3.5 Die Arbeit mit Angehörigen und Zugehörigen

Im Rahmen der Ganzheitlichkeit ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen / Zugehörigen von hoher Bedeutung. Angehörige / Zugehörige sind eine wertvolle Unterstützung in der Begleitung des Patienten.

Der Umgang mit Angehörigen / Zugehörigen, die sich mit dem Tod eines Familienmitgliedes konfrontiert sehen, erfordert von dem Stationsteam eine sensible Herangehensweise im Umgang mit den eigenen Gefühlen. Besonders wichtig ist die Reflexion unserer Tätigkeit. Dadurch wird eine fachgerechte Begleitung unserer Angehörigen / Zugehörige möglich. Dies braucht Zeit und Geduld, braucht Wissen um Sterbe- und Trauerprozesse sowie die Fähigkeit einer gezielten Wahrnehmung. Während des Sterbeprozesses fühlen sich Angehörige / Zugehörigen oft alleine, unverstanden und oftmals nicht ernst genommen. Sie durchleben ebenso wie die Sterbenden verschiedene Phasen der Verarbeitung. Wenn der Tod eines Patienten naht, geht es um eine gute Begleitung der Angehörigen / Zugehörigen.

Begleiten heißt daher: Nahe sein, jemandem nicht mit der eigenen Emotionalität, mit der eigenen Ohnmacht, dem eigenen Schweigen, der eigenen Hilflosigkeit zu begegnen,

sondern ihnen in ihren individuellen Trauerreaktionen sensibel und achtungsvoll zu begegnen.
Wir können die Angehörigen / Zugehörige in der Entscheidungsfindung und dem Überdenken der nächsten Schritte, die am Lebensende notwendig werden unterstützen, indem sie sich verstanden, getragen und gestützt fühlen, sodass sie ermutigt werden über ihre Gefühle zu reden und sie keinen Wertungen ausgesetzt sind.

4. Sterbebegleitung

Die Ziele in der Sterbebegleitung lassen sich über nachfolgende Haltungen und Prinzipien definieren[10]:

- Ganzheitliches Begleiten von Sterbenden und ihren Angehörigen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen
- Erkennen und lindern der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen
- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens
- Einbeziehen von befähigten Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung
- Begleitung und Beistand

5. Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten

Folgende Inhalte sind der Pflegeleitlinie „Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten", Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin[11], entnommen. Der Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten ist geprägt von der persönlichen Auseinandersetzung der Angehörigen mit dem Thema Tod und Trauer.
Im palliativ-pflegerischen Verständnis ist die Würde des Menschen über den Tod hinaus geachtet und ebenso versteht sich ein respektvoller Umgang mit dem Leichnam und die Berücksichtigung von Wünschen, die der Verstorbene vor seinem Ableben geäußert hat.

[10] Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute DHPV) zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, Broschüre, Stand 2006
[11] http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Pflegeleitlinie Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten, Stand 08/2008

5.1 Leitlinien im Umgang mit der Situation verstorbener Patienten

Der Verstorbene

Nach dem Eintreten des Todes endet nicht automatisch die Beziehung zum Verstorbenen. Die personale Würde, die dem Lebenden galt, gilt auch gegenüber dem Leichnam als Richtschnur des Handelns. In der Nähe und im Kontakt mit dem Toten setzt sich die Beziehung zu diesem ganz konkreten Menschen fort. Reden und Handeln sind in diesem besonderen Moment von Respekt geprägt. In der Beachtung seiner letzten Wünsche lebt die persönliche Beziehung zum Patienten auch nach dessen Ableben und erweist ihm die letzte Würdigung.

Die Angehörigen

Für die Angehörigen bedeutet der Tod eines ihnen nahestehenden Menschen eine oft erschütternde Ausnahme und Krisensituation. Selbst die, die sich schon länger mit dem nahestehenden Tod auseinandergesetzt haben, erleben im Moment des Todes abrupten, oft unerwarteten Trennungsschmerz. Gerade in dieser Situation bedürfen sie des Schutzes, der Unterstützung und der Begleitung.

Das Stationsteam

Auch für das Stationsteam bedeutet der Tod des Patienten nicht den abrupten Beziehungsabbruch. Gerade da, wo sich im Pflege- und Behandlungsprozess eine engere Beziehung entwickelt hat, kann es auch für die Teammitglieder wichtig sein, sich in würdevoller Art und Weise vom Verstorbenen zu verabschieden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die eigenen Bedürfnisse nicht die der Angehörigen überlagern oder aber die Wünsche des Verstorbenen missachtet werden. Gerade die konkrete Versorgung des Verstorbenen kann für Teammitglieder eine Hilfe bei der Verabschiedung sein.

Nach dem unmittelbaren Versterben eines Patienten ist das Stationsteam meist mit einer Flut von unterschiedlichen Gefühlen von Angehörigen konfrontiert. Neben der Wahrung der Würde des Toten ist die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen in dieser schwierigen Zeit primärer fachlicher Auftrag.

Angehörige sollen die Einzigartigkeit und Individualität der Situation erfahren dürfen, benötigen von Pflegenden dazu meist Ermutigung und Berechtigung.

Dazu gehört auch, durch ruhiges und klares Reden und Handeln Sicherheit zu vermitteln und konkret auf Fragen der Angehörigen einzugehen.

5.2 Ziele in Bezug auf den Umgang mit Verstorbenen

Der Verstorbene

- erfährt gleichermaßen den Respekt, den er auch als Lebender erfahren hat

Die Angehörigen

- erhalten genügend Zeit zum Abschiednehmen
- erfahren, wie wichtig das Abschied – Nehmen für den folgenden Trauerprozeß ist
- werden mit ihrer Vielzahl von möglichen Fragen (z.B. zum Sterbeprozeß) ernst genommen
- anderer Religionen und Glaubensgemeinschaften haben Raum für ihre Verabschiedungs-und Trauerzeremonien

Das Stationsteam

- achten die Würde des Verstorbenen
- kennen die Bedeutung und die Besonderheiten der Versorgung von Verstorbenen in den unterschiedlichen Religionen
- wissen um Gestaltungsmöglichkeiten der Verabschiedung
- reflektieren erlebte Reaktionsformen von Angehörigen auf die Todesnachricht und lernen, angemessen zu reagieren
- wissen um ihre besondere Aufgabe in der Angehörigenbegleitung und dem Beginn des Trauerprozesses
- können Angehörigen Trauergespräche anbieten

6. Abschiedsrituale

Ein Ritual (von lateinisch ritualis ‚den Ritus betreffend') ist eine nach vorgegebenen Regeln ablaufende, meist formelle und oft feierlich-festliche Handlung mit hohem Symbolgehalt.[12]

Rituale stiften Gemeinschaft und binden ein in den Lauf der Zeiten. Sie geben Sicherheit, weil sie sich wiederholen und vom Fortbestand der Welt künden - sei es als Schlaflied am Kinderbett oder als Gebet in der Kirche. Sie helfen bei der Bewältigung der lebensgeschichtlichen Übergänge von Geburt, Erwachsenwerden, Heirat und Tod. Rituale reduzieren Komplexität, machen das Leben also einfacher, und sei es nur, weil man weiß, dass man seinem Gegenüber jetzt die Hände schütteln muss. Rituale können zur Bewältigung und Gestaltung des Sterbens, der Sterbebegleitung und der Abschiednahme genutzt werden.

Rituale stellen *nach Schäfer* ein Ausdrucksfeld der Trauer dar, so dass sie einen Raum für Angehörige und Pflegende eröffnen können. Rituale können – in dem durch sie Trost gespendet wird - sowohl unterstützend auf den einzelnen wirken, als auch Gestaltungspotentiale der individuellen Trauerarbeit ermöglichen.[13] Abschiedsrituale beginnen, wie unter Punkt 5 beschrieben, direkt mit dem Eintritt des Todes. Die Betreuung des Verstorbenen ist geprägt durch den würdevollen Umgang.

Rituale sind ein wichtiger Bestandteil des Abschiedes, beispielsweise das Aufstellen von Kerzen, Blumen, Erinnerungsbüchern, Fotos oder die Installation von sogenannten Erinnerungstafeln oder Erinnerungsgärten. Rituale geben somit Sicherheit, schaffen emotionalen Rückhalt und können die Situation des Abschiednehmens im positiven Sinne begrenzen. Die Schaffung von Trauerorten ermöglicht es jedem, sich auf seine Art zu verabschieden.

Für die „Klinik für Gerontopsychiatrie" gibt es einen Abschiedskoffer. Der Standort ist im Arztzimmer, Station 15.

---

[12] http://de.wikipedia.org/wiki/Ritual

[13] Schäfer, Julia: Tod und Trauerrituale in der modernen Gesellschaft, ibidem-Verlag, Stuttgart 2002

7. Literaturverzeichnis

Bausewein, Roller, Voltz: Leitfaden Palliativmedizin Palliativ Care; Elsevier Verlag, 2007

Gesellschaft für Oraganisationsentwicklung und Sozialplanung mbH (GOS) (Hrsg): Praxishilfe 6, Assessment Demenz „Lebensqualität von Menschen mit Demenz", Brachvogelstrasse 1, 10961 Berlin

Fässler-Weibel: Gelebte Trauer. Vom Umgang mit Angehörigen bei Sterben und Tod; Topos-plus-Taschenbücher; Band 479, Paulusverlag Freiburg Schweiz, 2003

Heukemes, Norbert (Hrsg): Palliativpflege – leben bis zuletzt; Generalsekretär des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft, Gospertstraße 1, 4700 Eupen, 2008

Kern, Müller, Aurnhammer.: Basiscurriculum Palliativ Care. Eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin. In: Müller M, Kern M, Nauck F, Klaschik E (Hrsg). Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in der Palliativmedizin. Bonn: Pallia Med 1997; 121 – 208

Nauck / Sitte (Hrsg.): Ambulante Palliativversorgung – ein Ratgeber, Deutscher Palliativverlag, 2011

Schäfer, Julia: Tod und Trauerrituale in der modernen Gesellschaft, ibidem-Verlag, Stuttgart 2002

Specht / Tomann: Ich bleibe bei dir bis zuletzt, Verlag Kreuz GmbH, Freiburg, 2009

Warnken, Corinna: Palliativpflege in der stationären Altenpflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2007

Zeitschriften/Broschüren

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute DHPV) zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, Broschüre, Stand 2006

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Patientenverfügung – Leiden, Krankheit, Sterben sowie Vorsorgevollmacht, Broschüren, Stand 2012

DGP Sektion Pflege: Pflegeleitlinie Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten, Stand 8/2008

Van Minnen-Buser, A.: Angehörige. Neben den Sterbenden gehen sie oft vergessen. Zeitschrift Krankenpflege, Heft 3, 2000

Internet

http://pct-fuerth.de/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1, Quelle: Palliativ Care Team Fürth

http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/4-Situation-der-heimbewohnerinnen-und-heimbewohner/4-4-Versorgungskonzepte-in-der-stationaeren-pflege/4-4-3-umgang-mit-sterben-und-tod-im-heim.html

http://www.palliativ-netz-stuttgart.de/palliativ-care-was-ist-das/who-definition-palliative-care/
WHO-Definition Palliative Care (2002; Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/DGP_Palliativversorgung%20bei%20Demenz.pdf
Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute DHPV) zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, 2012

http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Pflegeleitlinie Umgang mit der Situation nach dem versterben eines Patienten, Stand 08/2008

http://de.wikipedia.org/wiki/Ritual

Sonstiges

Alters- und Pflegeheim Clara Dietiker, 8260 Stein am Rhein: Konzept „Palliativ Care“ Stand: Frühjahr 2007

Fotos

pixabay

AWO Psychiatriezentrum

AWO Psychiatriezntrum
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klinik für Georontopsychiatrie -
Hinter dem Kaiserdom 18
38154 Königslutter am Elm
Tel.: 05351 90-0

www.awo-psychiatriezentrum.de