

Universitätsspital Basel
Höhere Fachausbildung in Pflege, Stufe 1
Kurs 05_2
Kursleitung: Verena Rudin

Angehörigenbegleitung bei sterbenden Patienten im Akutspital

Mentorin:
Valérie Bosshart
Verfasserin:
Seraina Stauffer
31. März 2007

Zusammenfassung

Die Begleitung Angehöriger von sterbenden Patienten¹ im Akutspital stellt uns Pflegende immer wieder vor eine Herausforderung. Angehörige werden oft nur am Rande wahrgenommen. Erst wenn sie fehlen oder fordern stehen sie plötzlich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und ihr Verhalten wird gewertet. Deshalb interessiert mich die Frage: „Wie können Angehörige von sterbenden Patienten im Akutspital von uns Pflegenden begleitet werden?“ Anhand einer Literaturrecherche gibt diese Arbeit einen Einblick in dieses Thema.

Eine fachgerechte Begleitung der Angehörigen ist nur möglich, wenn ihre psychosozialen Probleme und ihre Bewältigungsstrategien den Begleitern, also uns Pflegenden bekannt sind. Dies braucht Zeit und Geduld, das braucht Wissen um Sterbe- und Trauerprozesse, das braucht die Fähigkeit einer gezielten Wahrnehmung. Während des Sterbeprozesses fühlen sich Angehörige oft alleine, unverstanden und oftmals nicht ernst genommen. Sie durchleben gleichwie die Sterbenden verschiedene Phasen der Verarbeitung. Deshalb ist es von Nutzen, wenn die Pflegenden die verschiedenen Erlebensphasen kennen durch die Angehörige und Sterbende gehen: vom Unglauben und Schock über Ablehnung bis hin zur Annahme. Dies vergrößert das gegenseitige Verständnis gegenüber unerklärlichen Reaktionen. Meistens sind Angehörige in der ersten Zeit einer Erkrankung voll damit beschäftigt auf die Verschiedensten Veränderungen zu Reagieren und brauchen konkrete Unterstützungsmöglichkeiten. Diese Arbeit zeigt aber auch auf, dass es keine allgemein gültigen Interventionen gibt, welche in Bezug auf die Angehörigen verwendet werden können. Sie soll jedoch die nötigen Impulse und Handlungsansätze für die Begleitung der Angehörigen im psychosozialen Bereich geben.

¹ In der folgenden Arbeit wird zur Vereinfachung bei allen Formen nur die Männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist immer mit eingeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Wahl des Themas.....	1
1.2. Begründung der Motivation.....	1
2. Fragestellung und Zielsetzung	1
2.1. Fragestellung.....	1
2.2. Ziel und Zweck	1
2.3. Abgrenzung auf die Fragestellung.....	2
2.4. Methode	2
3. Hauptteil.....	2
3.1. Einführung in das Thema	2
3.2. Definitionen	2
Angehörige	2
Begleitung.....	3
3.3. Der Sterbeprozess	3
3.4. Das Phasenmodell	4
Phase 1: Schock und Verleugnung	4
Phase 2: Emotionsphase.....	5
Phase 3: Verhandlungsphase	6
Phase 4: Depressionsphase.....	7
Phase 5: Akzeptanz.....	7
3.5. Die Aufgabe der Wahrnehmung.....	8
3.6. Die spezifische Situation der Angehörigen und wichtige Aspekte für die Begleitung... 9	
3.6.1. Veränderungen.....	9
3.6.2. Gefühle von Angehörigen, Zukunftsperspektiven und Bewältigung.....	10
3.6.3. Familiäre Belastungen.....	10
3.6.4. Doppelrolle.....	11
3.7. Konkrete Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen.....	11
3.7.1. Für eine sichere Umgebung sorgen	11
3.7.2. Erhaltung von Energie und Kraft	12
3.7.3. Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses	12
3.7.4. Entwicklung der Selbstwahrnehmung	12
3.7.5. Entwicklung von Fähigkeiten, mit gegenwärtigen und zukünftigen Krisensituationen umzugehen	12
4. Diskussion der Ergebnisse	14
5. Ausblick.....	15
6. Reflexion.....	15
Literaturverzeichnis.....	16

1. Einleitung

1.1. Wahl des Themas

60% aller Sterbenden sterben in der „Institution Krankenhaus“, obwohl mehr als 90% den Wunsch haben, zu Hause in der vertrauten Umgebung zu sterben. Die Pflege ist deshalb aufgefordert, Bedingungen für ein würdevolles Sterben zu entwickeln (Specht und Tropper, 2001). Zu diesen Bedingungen gehört nach meiner Meinung auch das Umfeld des Patienten², die Angehörigen mit einzubeziehen. Auf unserer akutmedizinischen Abteilung sterben regelmässig Patienten. Es ist ein aktuelles Thema, das uns Pflegende immer wieder betrifft. Immer wieder sind es auch Patienten, welche nach längerer Krankheit und mehrmaliger stationärer Behandlung auf unserer Abteilung, dann auch bei uns versterben. Dadurch sind sie und ihre Angehörigen uns bereits bekannt und wir kennen die Krankengeschichte. Deshalb möchte ich mich dem Thema widmen: Begleitung Angehöriger von sterbenden Patienten im Akutspital.

1.2. Begründung der Motivation

Im Akutspital erlebe ich immer wieder, dass Angehörige nicht selten als störend empfunden oder neben dem Patienten vergessen werden. Oftmals werden die Angehörigen zuwenig oder überhaupt nicht wahrgenommen, sei es durch Zeitmangel, Überforderung der Pflegenden mit der Situation oder Mangel an Fachwissen. Ich erlebe jede Pflegesituation als unterschiedlich herausfordernd und sehr individuell. In Pflegesituationen in welchen sich die Begleitung der Angehörigen und die des Patienten als schwierig erweisen, erlebe ich auch immer wieder Unsicherheiten im Hinblick darauf, wie auf die Angehörigen zugegangen werden soll.

2. Fragestellung und Zielsetzung

2.1. Fragestellung

Wie können Angehörige von sterbenden Patienten im Akutspital von uns Pflegenden begleitet werden?

2.2. Ziel und Zweck

Diese Arbeit soll die Leser und mich selber auf das komplexe Thema der Angehörigenbegleitung sensibilisieren. Sie soll vor allem Impulse für die Begleitung der Angehörigen geben. Ebenfalls soll sie aufzeigen, welche Gefühle und Emotionen in der Begleitung von sterbenden Patienten vorhanden sein können und welchen Belastungen die Angehörigen dabei ausgesetzt sind. Das Ziel ist herauszufinden, welche Voraussetzungen und mögliche Interventionen es braucht, damit die Angehörigen von uns Pflegenden professionell begleitet werden können.

² Zur Vereinfachung wird bei allen Formen nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist immer mit eingeschlossen.

2.3. Abgrenzung auf die Fragestellung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt bei den Angehörigen von sterbenden Patienten ab dem 18. Lebensjahr. Diese Arbeit befasst sich mit dem Erleben und den Bedürfnissen der Erwachsenen Angehörigen während der Zeit der Hospitalisation des Patienten. Spezifische Krankheitsbilder und die Trauermechanismen der Hinterbliebenen nach dem Tode werden nicht behandelt, Euthanasie und Religion werden ausgeschlossen.

2.4. Methode

Das Thema wurde anhand einer Literaturrecherche in deutschsprachiger Literatur bearbeitet. Es wurden Bücher, Zeitschriftenartikel und Internetbeiträge gesucht, welche Themen in der Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen beschreiben.

3. Hauptteil

3.1. Einführung in das Thema

Angehörige werden meistens nur am Rande wahrgenommen. Erst wenn sie fehlen oder unbequem und fordernd sind, stehen sie plötzlich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Meistens wird dann nicht gefragt warum sie so reagieren, sondern ihr Verhalten wird gewertet und verurteilt. Dadurch können sich Probleme und Aggressionen ergeben. Dies kann sogar dazu führen, dass Pflegende die Angehörigen meiden (van Minnen-Buser, 2000). Das Denken der Pflegenden bezieht sich oft nur auf das Wohlergehen des Patienten. Er ist jedoch nur ein Teil des Systems, das durch seine Erkrankung in Krise gerät (Fässler-Weibel, 1990). Eine ganzheitliche Pflege, wie sie heute vertreten wird, verlangt aber den Einbezug der Angehörigen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn wir uns Fachwissen aneignen und uns mit dem Thema auseinandersetzen. Begleitete und unterstützte Angehörige werden zu einer wertvollen Ressource für den Patienten und die Pflegenden (van Minnen-Buser, 2000). Dazu schreibt Huthmacher (1990), dass eine fachgerechte Betreuung der Angehörigen nur möglich ist, wenn ihre psychosozialen Probleme und ihre Bewältigungsstrategien den Begleitern bekannt sind. Dies, da die Angehörigen für Ärzte und Pflegende eine grosse, ja bisweilen sogar grössere Belastung darstellen können als der Patient selber.

Das Loslassen fällt den Angehörigen oft schwerer als dem Sterbenden (Specht et al., 2001).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf den psychosozialen Prozessen in der Begleitung.

3.2. Definitionen

Angehörige

Jeder Mensch verfügt über ein eigenes und persönliches Netz an Beziehungen. Innerhalb dieser Verflechtungen entstehen Beziehungen, die enger sein können, als die juristischen Definitionen sie

erfassen. Gerade aus familiären Gründen (Konflikte, Unverständnis usw.) werden Aussenbeziehungen gesucht, die wesentlich tragfähiger erscheinen (Fässler-Weibel, 1990).

Fässler-Weibel (1990, S. 45) lässt sich von folgendem Grundsatz leiten: *Als Angehörige im Sinne von „zum Patienten gehörend“ gelten all jene, die in irgendeiner Form eine Bedeutende oder entscheidende Rolle oder Funktion im Leben des Patienten ausüben, sei dies in verwandtschaftlicher, kollegialer, helfender, begleitender oder verursachender Form.*

Begleitung

Wenn der Tod eines Patienten naht, geht es um eine gute Begleitung der Angehörigen. Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet Begleiten: Mitgehen, sich jemandem anschliessen, jemandem beistehen, sich zu ihm / ihr gesellen, eskortieren, flankieren, das Geleit geben. Begleiten heisst daher für uns: Nahe sein, sich jemandem mit der eigenen Emotionalität, mit der eigenen Ohnmacht, dem eigenen Schweigen, der eigenen Hilflosigkeit spürbar machen. Wir können die Angehörigen in der Entscheidungsfindung und dem Überdenken der nächsten Schritte unterstützen, indem sie sich verstanden, getragen und gestützt fühlen, animiert und ermutigt werden über ihre Gefühle zu reden, keine Wertungen, keine Ratschläge anhören müssen, ihre individuelle Trauer zulassen dürfen, ambivalente Gefühle äussern können, Bezugspersonen kennen die Zeit haben und sich auch Zeit nehmen. Eine wesentliche Fähigkeit eines guten Begleiters liegt darin, dem Patienten und seinen Angehörigen das Gefühl zu geben, man nimmt sich nur für sie und ihre Anliegen Zeit (Specht et al., 2001).

3.3. Der Sterbeprozess

Gerade für nicht professionelle Begleiter wie Angehörige kann das Wissen um die einzelnen Stadien, die ein schwerkranker oder sterbender Mensch durchläuft, eine wichtige Stütze sein. Erschwerend für eine Begleitung im Rahmen familiärer und freundschaftlicher Beziehungen kommt hinzu, dass der Begleiter selber in einem Prozess der Trauer steht. Einen Menschen auf dem letzten Wegstück zu begleiten, der einem bekannt und vertraut ist, macht traurig und betroffen. Mit dem Menschen, der sich aus seinem Leben verabschiedet, geht ein Stück der eigenen Biographie in ein anderes Stadium über. In gewissem Sinn stirbt ein Teil des Begleiters mit dem ihm vertrauten Menschen mit. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, sich den Menschen anzunehmen, die das Leben der Sterbenden begleiten und dazugehören. Dies braucht Zeit und Geduld, das braucht Wissen um Sterbe- und Trauerprozesse, das braucht die Fähigkeit einer gezielten Wahrnehmung (Specht et al., 2001).

Angehörige äussern immer wieder, dass sie sich vor allem während des Sterbeprozesses ihres Familienmitglieds alleine, einsam und verlassen fühlten; unverstanden, isoliert und verlassen vorkamen; in ihren Empfindungen nicht ernst genommen und akzeptiert fühlten (Specht et al., 2001). Die Angehörigen haben verschiedene Strategien, wie sie mit dem nahenden Tod umgehen. Dabei ist keine gut oder schlecht. Jede Person wendet jene an, die sie in ihrem bisherigen Leben

gelernt hat (van Minnen-Buser, 2000). Ein breites Spektrum von Verhaltensweisen bieten die „Berner Bewältigungsformen“, welche in den achtziger Jahren entwickelt wurden (Heim und Willi zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Es sind Bewältigungsformen, welche emotional ausgerichtet sind (Holzer-Pruss, 2001). Diese können sein: Ablenkendes Anpacken, Aktivität, Kompensation, Rückzug, Wut ausleben, Sinnggebung und weitere. Wenn Pflegende von den verschiedenen Bewältigungsformen Kenntnis haben und dies den Angehörigen kommunizieren können, vergrößert dies deren Verständnis für die vielleicht unerklärlichen oder unerwünschten Reaktionen der Sterbenden. Es erleichtert den Pflegenden die Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass sich nicht nur der kranke Mensch verändert, sondern auch die Lebenssituation der Angehörigen und ihre Rolle (van Minnen-Buser, 2000).

3.4. Das Phasenmodell

Kübler-Ross (zitiert in Holzer-Pruss, 2001) hat 1973 einen Teil der oben erwähnten Bewältigungsformen in einem Phasenmodell dargestellt. Aus der Sicht von Holzer-Pruss (2001) sind sie brauchbar für Beschreibungen, wie Menschen mit Krankheiten, Krisensituationen und anderen kritischen Lebensereignissen umgehen und wie ihr Verhalten aussehen könnte. Es ist von Nutzen, wenn die Pflegenden die verschiedenen Erlebensphasen kennen, durch die Sterbende gehen: vom Unglauben und Schock über Ablehnung bis hin zur Annahme. Auch Angehörige erleben solche Phasen. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass Angehörige meist nicht zum selben Zeitpunkt in der gleichen Phase sind wie der Sterbende. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass der Sterbende sein Schicksal akzeptiert hat, die Angehörigen aber noch gegen das Unvermeidliche ankämpfen (van Minnen-Buser, 2000). Die Phasen verlaufen nicht linear, es können Schwankungen und Rückfälle in eine vorherige Phase geschehen. Damit kann aufgezeigt werden, dass dies ein Prozess ist, den die Patienten und ihre Angehörigen durchleben können (Holzer-Pruss, 2001).

Phase 1: Schock und Verleugnung

Merkmale wie Schock, Verdrängen, Leugnen und Stimmungslabilität treten auf. Der Betroffene verneint die Situation und kann oder will sie nicht wahr haben (Specht et al., 2001). Er kann die schwerwiegende Diagnose nicht glauben. Geschockt glaubt er an eine Fehldiagnose, Verwechslung der Befunde, fordert neue Untersuchungen, beschuldigt die behandelnden Ärzte der Unfähigkeit. Oft werden Verordnungen nicht eingehalten, da sie nach Einschätzung des Patienten oder der Angehörigen auf einer „falschen“ Grundlage erstellt sind. Die Verleugnung mildert den Schock. So gewinnt der Betroffene Zeit, sich zunächst unbewusst und nur teilweise – soweit er es ertragen kann – bewusst mit der Mitteilung auseinander zu setzen (Kränzle, 2006).

Begleitende können in dieser Phase nicht sehr viel mehr tun als geduldig zu sein, abzuwarten, nicht zu widersprechen. Sie sollten Gesprächsbereitschaft signalisieren, auf keinen Fall aber versuchen wollen, dem Betroffenen „die Fakten nahe zu bringen“ mit der Absicht, er solle die verbleibende Zeit noch nutzen können (Kränzle, 2006).

Einige der bereits erwähnten Bewältigungsformen von Heim und Willi (zitiert in Holzer, 2001), werden nachfolgend am Schluss jeder Phase kurz aufgeführt. Sie können Menschen in allen kritischen Lebenssituationen betreffen, werden hier aber auf die Sterbesituation bezogen.

Ablenkendes Anpacken: Sich in die Arbeit oder sein Hobby stürzen um die Krankheit zu vergessen, oder wenn dies im Krankenhaus nicht möglich ist das Alltagsgespräch (z.B. über das Essen oder das Wetter) mit Mitpatienten oder Angehörigen.

Aktives vermeiden: Notwendige, medizinische Handlungen unterlassen wie Arztbesuch, Diäten und Medikamenteneinnahme. Krankheit herunterspielen, verleugnen, bagatellisieren („Es ist alles nur halb so schlimm“), ignorieren.

Phase 2: Emotionsphase

Hat der Betroffene die tödliche Krankheit als solche anerkannt, wird er zornig und reagiert neiderfüllt auf die anderen, die leben dürfen. Es kommt zu einer Flut negativ getönter Emotionen, die die Person mit sich fortreißen können (Kränzle, 2006).

Wut, Zorn, Hass drücken sich - je nach Persönlichkeit - beim einen in äusserst aggressivem Verhalten, beim anderen in ständigem Nörgeln und Kritisieren aus. Dieser Prozess ist als Segen und nicht als Fluch zu Betrachten, auch wenn es die Begleitung des Betroffenen erschwert. Dies kann sich dann oft in Unzufriedenheit mit dem Essen, dem Zimmer, den Mitpatienten, dem Pflegeteam und den Ärzten, in Sonderwünschen, aber auch in heftigen Streitigkeiten mit der Familie und aggressiven Beschuldigungen äussern (Specht et al., 2001).

Begleitende sollten die „Ausbrüche“, die „Verstimmtheit“ des Betroffenen nicht persönlich nehmen, sie sollten sich verständnisvoll zuwenden, zuhören, das Gehörte nicht bewerten. Ebenso ist diese Phase eine gute Möglichkeit, persönliche Zugewandtheit einerseits und Abgrenzung andererseits zu üben (Kränzle, 2006).

Mögliche Bewältigungsformen

Auflehnung: Sich gegen die Krankheit und ihre Folgen auflehnen oder in Selbstbedauern ergehen. Mit dem Schicksal hadern, die Situation beklagen.

Selbstbeschuldigung: Sich selbst die Schuld an der Krankheit geben; Fehler bei sich suchen, Schuld tilgen.

Wut ausleben: Gestaute Aggression ausdrücken oder projektiv auf andere richten; ungehalten, verärgert, reizbar sein.

Phase 3: Verhandlungsphase

Wenn es gelungen ist, das Stadium der Emotionsgeladenheit, der Wut und des Zorns in einer lebhaften Form auszuagieren, wenn es gelungen ist, einen Blick hinter diese Wut und den Zorn zu werfen, anstatt sich in der oft selbst provozierten Isoliertheit zu verschanzen, wird ein Übergang in das dritte Stadium des Sterbeprozesses möglich sein. Wichtig für den Wechsel von einer Phase in die Nächste ist, dass die Betroffenen in ihrem Verhalten nicht verurteilt werden (Specht et al., 2001). In dieser – meist kurzen – Phase wird der bevorstehende Tod als unvermeidbar anerkannt. Weiteres Verdrängen oder Ausweichen ist nicht mehr möglich. Der Betroffene versucht durch Verhandeln einen Aufschub, also mehr Lebenszeit zu erreichen. Dazu gehört es, zu feilschen mit den Ärzten (z.B. um andere Therapien) und mit dem Team (Versprechen sich anzupassen, an Therapien teilzunehmen). Durch die Bereitwilligkeit, einen hilfreichen Einsatz zu bringen, wird ein einstmals „schwieriger“ Sterbender manchmal zu einem „zahmen“, pflegeleichten Patienten. Auch das Schicksal oder Gott werden zu Handelspartnern im Kampf des Sterbenden um eine längere Lebenszeit. Gelübde werden geleistet, Verpflichtungen abgelegt. Dem Inhalt solcher Versprechungen liegen oft Schuldgefühle zugrunde: Der Betroffene gelobt etwas zu tun, was er als wichtig oder als vielversprechend erkannt, aber noch nicht geleistet hat (Kränzle, 2006). Die Verhandlungsphase ist eine für den Betroffenen meist hoffnungsvoll erlebte Zeitspanne. Er ist Hoffnungsvoll, kooperativ und umgänglich (Specht et al., 2001).

Begleitende sollten weder Hoffnungen zerstören, noch diese nähren. Auch in dieser Phase ist es wichtig, die Aussagen und Ideen der betroffenen Person nicht zu bewerten (Kränzle, 2006).

Mögliche Bewältigungsformen

Konstruktive Aktivität: Etwas Aufbauendes tun, was vielleicht schon lange ein Bedürfnis war, zu Beispiel Kreativität entfalten, eine Reise machen.

Zupacken: Krankheitsbezogene Informationssuche und / oder Inanspruchnahme von Hilfe. Kooperation in Abklärung von Therapie. Die aktive Informationssuche und übereifrige Abklärungen sind auch von Angehörigen Verhaltensweisen, die ihnen die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen.

Phase 4: Depressionsphase

Ein neues Stadium wird erreicht, wenn der Patient oder die Angehörigen jede Hoffnung aufgeben und in tiefe Traurigkeit versinken. Es handelt sich bei dieser Reaktion aber nicht um eine Depression im engeren Sinn, der medikamentös begegnet werden müsste. Daher ist die Bezeichnung „Phase der Traurigkeit“ zutreffender. Den Betroffenen überwältigt die Trauer über einen entsetzlichen Verlust. Er bereut zurückliegende Versäumnisse und trauert um all das, was er verlieren wird: Partner, Kinder und Freunde. Probleme, die er nicht mehr lösen kann (z.B. finanzielle Sorgen der Familie), erwecken Kummer, und begangene Fehler rufen Schuldgefühle hervor.

In dieser Zeit ist es dem Betroffenen möglich, sich umfassend mit der Realität des Todes auseinander zu setzen. Der Sterbende verfasst z.B. ein Testament oder bringt Geschäfte zum Abschluss. Möglicherweise ändert sich seine persönliche Lebensphilosophie. Die Aussöhnung mit Familienmitgliedern oder die Kontaktaufnahme nach langem Schweigen kann eine Erfahrung sein, die auch den Angehörigen den Abschied erleichtert. Die Depression kann in eine Phase vorbereitender Trauer münden. Der Sterbende wird stiller und zieht sich zurück. Dieser Rückzug kann für die Angehörigen schmerzlich sein, ist aber ein Zeichen dafür, dass es dem Patienten gelingt, sich von seinen Bindungen zu lösen und sein Leben hinter sich zu lassen (Kränzle, 2006). Der Betroffene begreift, dass es „aus“ ist und setzt sich ernsthaft mit seinem Tod auseinander. Möglicherweise äussert er auch Angst vor dem, was auf ihn zu kommt (Specht et al., 2001).

Begleitende sollten jede Form der Traurigkeit und Trauer zulassen, den Kranken nicht abzulenken oder zu trösten versuchen. Zuverlässige, mitmenschliche Nähe ist in dieser Phase besonders wichtig. Möglicherweise gibt es konkrete Hilfen, die der Patient und seine Angehörige beim Erledigen der letzten Dinge benötigen oder wünschen (Kränzle, 2006).

Mögliche Bewältigungsformen

Sinngebung: Der Krankheit einen Sinn geben; sie als Aufgabe, Chance sehen, durch sie die Lebenseinstellung, Wertschätzung ändern, durch die Krankheit zum wahren Selbst finden.

Rückzug: Allein mit sich selbst sein wollen um aufzutanken, zu überdenken, aus dem Weg gehen, Ruhebedürfnis, zu sich selbst finden.

Phase 5: Akzeptanz

Die letzte Phase ist gekennzeichnet von Zustimmung und ruhiger Erwartung des Todes. Der Betroffene hat seinen Frieden mit der Welt gefunden und akzeptiert den nahenden Tod, auch wenn noch eine schwache Hoffnung aufrechterhalten wird, doch nicht sterben zu müssen (Kränzle, 2006). Ruhe und Zufriedenheit stellt sich beim Betroffenen ein. Meistens ist dieses Stadium geprägt von einem physischen und psychischen Erschöpfungszustand als Folge der verschiedenen Kämpfe, die während der vorausgehenden Stadien geführt wurden. Manchmal handelt es sich bei

dem, was wir als Annahme betrachten jedoch auch um eine Art Resignation, eine müde Zustimmung nichts mehr tun zu können (Specht et al., 2001). Allgemein ist der Patient müde und schwach, schläft viel und möchte nicht gestört werden. Er verständigt sich oft nur noch mit Gesten oder wenigen Worten (Kränzle, 2006). Wenn Betroffene das Stadium der Annahme erreicht haben, ist es besonders wichtig, sie nicht abzuschieben (Specht et al., 2001).

Gerade wenn keine besonderen medizinischen und pflegerischen Massnahmen mehr möglich oder nötig sind, werden Begleiter besonders gefordert. Sie sollten sich als Mitmensch, als Begleiter im wahrsten Sinne des Wortes bereit halten, um dem Patienten und seinen Angehörigen auf der letzten Wegstrecke jene Sicherheit und Geborgenheit zu gewähren, die ein echtes Loslassen ermöglichen (Specht et al., 2001).

Mögliche Bewältigungsformen

Akzeptieren: Die Krankheit als unabwendbar betrachten, Schicksalhaftigkeit entgegen nehmen, Krankheit bewusst mit Fassung tragen. Dies kann einerseits als Bewältigungsschritt der Angehörigen betrachtet werden, andererseits als Schutz der Patienten vor zu vielen Gefühlen um die Angehörigen nicht zu belasten.

Resignation: Aufgeben, sich ergeben, hoffnungslos sein.

3.5. Die Aufgabe der Wahrnehmung

Jeder Kontakt mit Patienten und Angehörigen ermöglicht eine Fülle von Wahrnehmungen. Wahrnehmungen strömen uns ununterbrochen zu. Wir nehmen sie spontan mit allen Sinnen auf oder gewinnen sie durch gezielte, aufmerksame Auswertung von Beobachtungen. Wahrnehmungen sind zwar eine natürliche Sache, nicht selbstverständlich aber ist die Umsetzung der Wahrnehmung in Erkenntnis. Wahrnehmung ist eine Kunst, die Pflegenden im Laufe ihrer Berufserfahrung üben und vertiefen können, um den Patienten und Angehörigen besser gerecht zu werden. Die wichtigsten Wahrnehmungen werden im Gespräch gewonnen. Im engen Zusammenhang mit den Wahrnehmungen über die körperliche Befindlichkeit, gibt es die Wahrnehmungen der seelischen Gestimmtheit. Wie die folgende Tabelle zeigt, kann man im Zusammenhang mit dem Gefühlsausdruck auf einiges achten (Gestrich, 2006).

	Ausdrucksweise
Atmosphäre	Jede Person umgibt eine Gesamtausstrahlung, die etwas von seiner Gestimmtheit erkennen lässt. Wir können lernen, diese noch bewusster in uns aufzunehmen.
Gesicht	Wir sehen es meist als Erstes und nehmen wahr, ob das Gesicht entspannt oder angespannt ist, heiter oder ernst, zufrieden oder bedrückt usw.

(Fortsetzung folgt auf nächster Seite)

Stimme	Ihr Ton und Klang ist ein besonders aufschlussgebender Träger der seelischen Gestimmtheit. Ist die Stimme schwach oder stark, tonlos oder betonungsreich, traurig oder fröhlich?
Rede	Zu unterscheiden von der Stimme ist der Fluss der Sprache: Ist die Person schweigsam oder wortreich, spricht sie klar oder unklar, direkt oder indirekt?
Worte	Am meisten achten wir natürlich auf den Inhalt dessen, was die Person sagt. Mit Worten spricht sie am deutlichsten aus, wie es ihr geht, was sie fühlt, was sie braucht. Es muss aber auch darauf geachtet werden, was sie nicht sagt und vielleicht verbirgt.
Körpersprache	Man sagt, sie könne im Gegensatz zum Mund nie „Lügen“, würde also immer „verraten“, was die Person vielleicht nicht sagen kann. Angst und Spannungszustände kommen z.B. am meisten in der unruhigen Bewegung der Beine, Füße und Zehen zum Ausdruck (sie wollen „weglaufen“).
Beziehung	Wendet sich die Person zu oder ab? Vermeidet sie den Augenkontakt oder sucht sie ihn? Will sie sich mitteilen oder ist sie verschlossen? Signalisiert sie den Wunsch nach mehr Beziehung oder möchte sie lieber mit jemand anderem reden?

Tabelle 1 (Gestrich, 2006, S.54)

Wahrnehmungen können gesammelt, begriffen, gespeichert, ausgewertet und in Handlung umgesetzt werden. Teamgespräche über Wahrnehmungen im Verlaufe einer Schicht, fügen viele Einzelbeobachtungen zu einem Gesamtbild zusammen, das allen weiterhilft. Wenn man viel sieht, spürt, aufnimmt und richtig einordnen kann, kann man Fehler vermeiden und die Angehörigen und Patienten in Verstehensnähe begleiten. Es ist dabei vorteilhaft, im Gespräch immer wieder auszudrücken, was man vom Gegenüber her fühlt und wahrnimmt. Nachdem man die Wahrnehmungen ausgesprochen, d.h. das Gefühl reflektiert hat, kann das Gegenüber meist selbst noch besser und genauer sagen wie es ihm geht. Manchmal sind nämlich die Angehörigen und auch die Patienten nicht in der Lage sich auszudrücken, und erleben es als Hilfe, wenn sie durch unsere Wahrnehmung und Artikulation dazu befähigt werden (Gestrich, 2006).

3.6. Die spezifische Situation der Angehörigen und wichtige Aspekte für die Begleitung

3.6.1. Veränderungen

Für die Angehörigen ergeben sich durch eine schwere Krankheit, wo keine Aussicht auf Heilung besteht, Veränderungen in verschiedenen Bereichen des Lebens. Sie wirken sich auf das gesamte soziale Umfeld aus. Diese Veränderungen sind unterschiedlich und abhängig von der weiteren Entwicklung der Krankheit. Der erkrankte Mensch verändert sich äusserlich, jedoch auch in seinen

geistigen und physischen Fähigkeiten. Ein vielleicht vorher autoritärer, völlig selbständiger Patient, wird pflegebedürftig und abhängig, sitzt oft weinend oder schlafend in seinem Rollstuhl. Angehörige finden sich dann einer veränderten, ihnen fremden Person gegenüber und fühlen sich hilflos im Umgang mit ihr. Damit müssen sich Angehörige auseinandersetzen. Schmerzen, Schlaflosigkeit, Gefühlsschwankungen, Gereiztheit, Aggressionen des erkrankten Menschen, beeinträchtigen sein Verhalten, seine Belastbarkeit und stellen dadurch für die Angehörigen eine grosse Belastung dar.

Angehörige übernehmen oft vermehrte Verantwortung und ihr Alltag verändert sich auch durch die Übernahme von zusätzlichen Aufgaben. Häufig verändern sich die bisherigen Rollenverteilungen in der Familie und im Sozialen Umfeld. Dies kann zu verminderten sozialen Aktivitäten führen, und durch die Mehrfachbelastung besteht die Gefahr, dass Angehörige Erschöpfungszustände erleben (Dietrich, 2006).

3.6.2. Gefühle von Angehörigen, Zukunftsperspektiven und Bewältigung

Meistens sind Angehörige in der ersten Zeit einer Erkrankung voll damit beschäftigt, auf Veränderungen zu reagieren, ohne bewusst wahrzunehmen, was diese für ihr eigenes Leben bedeuten. Die Sorge um den kranken Menschen und die Auseinandersetzung damit steht im Vordergrund. Die Angehörigen werden, ebenso wie die Betroffenen, oft unvorbereitet mit einer für sie völlig ungewohnten Situation konfrontiert. Sie versuchen die Krankheit zu verstehen, versuchen die Situation zu erfassen und herauszufinden, welche Unterstützung sie dem erkrankten Menschen geben können. Angehörige befinden sich auf einer Gratwanderung zwischen Dasein für die erkrankte Person und ihrer eigenen Lebensaufgabe. Eigene Bedürfnisse geraten in den Hintergrund. Wenn im Laufe der Erkrankung die Hoffnung auf Heilung zunehmend schwindet, werden verschiedenste Gefühle ausgelöst – Trauer, Enttäuschung, Wut, Angst vor Allein sein, Angst vor Überforderung. Angehörige beschäftigen sich auch mit Fragen, die den Sinn des eigenen Lebens, den Sinn von Leiden und Sterben betreffen, sowie das Leben ohne den erkrankten Menschen. Es gibt Momente, in denen Angehörige von vielfältigen, widersprüchlichen Gefühlen überschwemmt werden. In der Regel beziehen sich alle Fragen auf das Ergehen des kranken Menschen und die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Angehörigen geraten in Vergessenheit. Auch sie befinden sich in einer Krisensituation und durchlaufen verschiedene Stufen der Verarbeitung. Positiv kann sein, traurige Gefühle miteinander zu teilen, einen bewussten Abschied zu gestalten, den Rückblick auf das gelebte Leben zu teilen.

Insgesamt schwierig kann sein, wenn sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle gegenüber dem sterbenden Menschen empfinden. Angehörige möchten oft den erkrankten Menschen vor der Wahrheit schützen und ihn nicht mit ihren Ängsten belasten (Dietrich, 2006).

3.6.3. Familiäre Belastungen

Eine belastende Thematik, die innerhalb der Familie oder der Partnerschaft bisher unbeachtet vorhanden war, ein bereits seit längerer Zeit unausgesprochener Konflikt, kann in einer

Krankheitssituation akzentuiert zum Ausdruck kommen. Dies kann sich auf das gesamte Umfeld auswirken (Dietrich, 2006; Fässler, 1990).

Beziehungen verändern sich unter der äusseren Belastung durch die Krankheit und sind geprägt von der unterschiedlichen Bewältigung der einzelnen Menschen. Die Gespräche innerhalb der Familie und des Freundeskreises verlieren an Unbeschwertheit. Einfühlungsvermögen in die Situation des Anderen, wird durch die eigene emotionale Belastung erschwert. Missverständnisse entstehen durch das Bestreben, die Nächsten zu schonen oder durch Gefühlsschwankungen und eine ungewohnte Sensibilität für „Zwischentöne“ (Dietrich, 2006).

3.6.4. Doppelrolle

Im medizinisch/pflegerischen Umfeld geraten Angehörige oft in eine Doppelrolle. Einerseits sind sie Mitbetroffene, andererseits erwartet das betreuende Team, dass sie verschiedene Aufgaben übernehmen, d.h. Mitbetreuende sind. Diese Erwartung und die damit verbundenen Aufgaben sind jedoch selten deklariert. Die Angehörigen wissen also nicht, was von ihnen erwartet wird und bringen ja meistens ebenso unausgesprochene Erwartungen mit. Dies kann in der Begleitung zu einem Dilemma führen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der gegenseitige Austausch wird zu einer grossen Wichtigkeit, ebenso das Ansprechen von Erwartungen und Bedürfnissen (Dietrich, 2006).

3.7. Konkrete Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen

Die Pflegeinterventionsziele für Menschen in Krisensituationen (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001), geben einen Überblick, wie die Pflege den Belastungen der Angehörigen aus Sicht der Patienten hilfreich und bewältigungsunterstützend begegnen kann. Sie beziehen sich auf psychologische Krisen von Patienten, sind aber auch für die Angehörigen von Bedeutung (Holzer-Pruss, 2001). Im Folgenden werden einige der Pflegeinterventionen und -interventionsziele vorgestellt.

3.7.1. Für eine sichere Umgebung sorgen

Die Forderung, die Umgebung für Patient und Angehörige sicher zu gestalten (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001), beinhaltet eine zuverlässige Sicherstellung und korrekte Durchführung der Pflege. Die Pflegenden sollen den Patienten in seiner kritischen Situation in den Vordergrund stellen (Roberts zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Das sollte jedoch das Ernstnehmen der Angehörigen mit einschliessen. Die Situation soll von den Pflegenden so angenommen werden, wie sie auch von den Angehörigen selbst erlebt wird. Es sollen möglichst keine Bewertungen der Situation im negativen Sinn gemacht werden. Vor allem zu Beginn des Spitalaufenthaltes setzen sich die Angehörigen mit der Pflege und Therapie des Patienten auseinander und beobachten sie kritisch, kommentieren sie eventuell auch (Meier et al. zitiert in Holzer-Pruss, 2001).

3.7.2. Erhaltung von Energie und Kraft

Die Pflegenden sollen für angepasste Ruhe sorgen (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Ebenfalls sollen Nervositäts- und Aufregungszustände verhindert werden. Im Weiteren geht es um die vorübergehende Entlastung von familiären und beruflichen Verpflichtungen und Anforderungen des Krankenhauses. Davon sind auch die Angehörigen betroffen. Um diese Anforderungen zu reduzieren, müssen sich die Pflegenden immer wieder Fragen stellen, ob eine bestimmte Anforderung sein muss oder ob zur Entlastung Kompromisslösungen gefunden werden müssen. Diese Fähigkeit erfordert Kreativität von Seiten der Pflegenden (Holzer-Pruss, 2001).

3.7.3. Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses

Menschen in Krisensituationen fühlen sich oft alleingelassen, deshalb benötigen sie Unterstützung von professionellen Hilfspersonen. Menschen in einer Krisensituation erleben es als wohltuend, wenn Pflegende die Führung übernehmen um zu helfen und zu unterstützen. Beides hilft, sich sicherer zu fühlen, und für die Krise wird weniger Energie benötigt (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Deshalb sollen die Angehörigen in Entscheidungen miteinbezogen und im Entscheidungsprozess unterstützt werden (Carpenito zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Die Kommunikation sollte so gestaltet werden, dass sich die Angehörigen als fähig erfahren, sich mit den Problemen auseinanderzusetzen. Das bedeutet für die Pflegenden, Arrangements mit den Betroffenen, und anderen beteiligten Diensten zu treffen, die eine Entscheidungsfindung ermöglichen. Es sollte eine offene Kommunikation stattfinden, die Angehörigen und der Patient umfassend und ehrlich aufgeklärt werden, damit sie eine gemeinsame Entscheidung treffen können (Glaser und Strauss zitiert in Holzer-Pruss, 2001).

Zur Förderung eines Vertrauensverhältnisses gehört auch das Einhalten von Abmachungen und Versprechungen (Holzer-Pruss, 2001).

3.7.4. Entwicklung der Selbstwahrnehmung

Die Identifikation mit den eigenen Gefühlen für die persönliche Situation von Patienten und Angehörigen, kann im Dialog erlebt werden. Die Frage der Pflegenden, ob der Patient oder die Angehörigen schon früher einmal eine ähnliche Situation bei sich oder anderen Menschen erlebt haben, kann die Selbstwahrnehmung fördern, indem die Situationen verglichen werden. Daraus kann die Erkennung der Gefühle aus der vergangenen Situation erfolgen und mit Fragen nach Ähnlichkeiten mit denen der jetzigen Situation verglichen werden (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001).

3.7.5. Entwicklung von Fähigkeiten, mit gegenwärtigen und zukünftigen Krisensituationen umzugehen

Die Identifizierung von früheren erfolgreichen Problemlösungsfähigkeiten kann auf die Frage nach früher erlebten, ähnlichen Situationen folgen. Zum Beispiel welche zum Erfolg geführt hat. Dazu gehört die Erkennung von Mustern, das Erkennen von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen

früheren Ereignissen und dem jetzigen Ereignis. Dann kann die Überprüfung des Erfolges von bewährten Lösungen einsetzen (Powell und Lively zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Erfolgserlebnisse stärken die Kräfte, „dranzubleiben“ und nicht zu resignieren. Die Identifizierung von nicht bewährten Bewältigungsmustern kann ebenfalls hilfreich sein, die konkrete Situation zu bewältigen (Carpenito zitiert in Holzer-Pruss, 2001). Dazu gibt es Gruppen von Patienten und Angehörigen mit denselben Krankheiten und Problemen. Pflegende sollten mit den Patienten und Angehörigen über diese Gruppen sprechen. Mit dem Kontakt mit den Fachpersonen im Krankenhaus und aus öffentlichen Adressenverzeichnissen, lassen sich Angebote herausfinden und diskutieren. Sie können den Patienten und seine Angehörigen mit der Krankheit und ihren Folgeerscheinungen unterstützen und eine wichtige Bewältigungsressource darstellen (Meier et al. zitiert in Holzer-Pruss, 2001).

Dietrich (2006) schreibt in ihrem Fachartikel über ähnliche Unterstützungsmöglichkeiten: Für Angehörige ist es hilfreich, konkrete Informationen zur Situation zu erhalten, und Anregungen zum Umgang mit dem erkrankten Menschen. Wenn jemand sich zum Beispiel verbal kaum mehr äussern kann, sind Angehörige darauf angewiesen zu erfahren, wie sie noch kommunizieren könnten. Diese Information, dass jemand noch hört, sich aber vielleicht nicht mehr mitteilen kann, ist von grosser Wichtigkeit. Auch im Umgang mit den vorhandenen Gefühlen sind Angehörige für Unterstützung dankbar. Hilfe bei der Bewältigung im Emotionalen Bereich, umfasst Interesse und verständnisvolle Zuwendung. Es ist für sie wertvoll zu erleben, dass sie sich über ihre Situation äussern können und ihnen wertfrei zugehört wird. Angehörige müssen auch wissen wie wichtig es ist, eigene Bedürfnisse zu erfüllen und sich abzugrenzen. Ein Gespräch über die Bewältigungsmöglichkeiten, kann dazu beitragen, dass Angehörige über lange Zeit fähig bleiben, den Belastungen stand zu halten.

Je nachdem wo der erkrankte Mensch betreut wird, ist auch die Unterstützung für die Angehörigen unterschiedlich. In der Regel ist das persönliche Umfeld der Angehörigen die wichtigste Quelle für Entlastung und Unterstützung. Das soziale Netz ist also von grosser Bedeutung. Dann ist das medizinisch - pflegerische Betreuungsteam von Wichtigkeit. Nachbarn, freiwillige HelferInnen, Seelsorge, spezifische Patientenselbsthilfvereinigungen oder gemeinnützige Dienstleistungsorganisationen, wie zum Beispiel die Krebsliga, kommen zur Unterstützung von Angehörigen in Frage. Oft brauchen Angehörige jemanden, der sie wohlwollend motiviert, weitere Hilfestellungen zu beanspruchen und eigene Bedürfnisse, so individuell diese auch seien, ernst zu nehmen.

Wichtig ist, dass Angehörige Anerkennung erhalten, für all das, was sie oft aus ihrer Sicht so selbstverständlich einfach erledigen und bewältigen. Professionelle müssen dieser Leistung Beachtung schenken (Dietrich, 2006, S.6).

4. Diskussion der Ergebnisse

Meiner Meinung nach gibt es neben vielen Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten nur wenige, die gezielt auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingehen. Fokus der Interventionen sind Problemlösungsstrategien, Verarbeitungsmechanismen, Motivation Gefühle auszudrücken, Wissensvermittlung rund um die Krankheit und Aufrechterhaltung oder Aktivierung des Unterstützungssystems durch Angehörige. Dies beschreibt auch Huthmacher (1990), welcher sich in seiner Literaturstudie intensiv mit dem Thema Angehörige von schwerkranken und sterbenden Patienten auseinandergesetzt hat. In der Auseinandersetzung mit dem Thema „Begleitung Angehöriger von sterbenden Patienten“ wurde auch mir klar, dass es keine allgemein gültigen Interventionen gibt, welche in Bezug auf die Angehörigen verwendet werden können. Was Angehörige für Gefühle haben und was an Veränderungen und Belastungen auf sie einströmt, ist in jeder Situation sehr individuell und kann ein enormes Ausmass annehmen. Um eine patienten- und angehörigengerechte Begleitung zu bieten, ist es deshalb notwendig, dass sich Pflegende ein Hintergrundwissen um Sterbe- und Trauerprozesse und mögliche Bewältigungsstrategien aneignen und sich mit dem Thema „Sterben“ auseinandersetzen. Dies ist meiner Meinung nach auch eine Frage der Haltung, und beinhaltet auch die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten. Nur so können wir uns in Verstehensnähe der Betroffenen begeben und ihre Art, die Situation zu bewältigen, besser nachvollziehen. Es kann zur Entlastung der Situation beitragen, wenn Angehörige durch unser Wissen über mögliche Bewältigungsverhalten erfahren, dass es durchaus „normal“ sein kann, wenn der Patient zum Beispiel aggressiv reagiert, Wut auslebt, Massnahmen verweigert oder sich total zurückzieht. Ebenso kann dies ein Verhalten der Angehörigen sein, welches dann für den Patienten wiederum eine schwierige Situation darstellt. Diese Emotionen sind auch von uns Pflegenden nicht persönlich, sondern als Zeichen der Auseinandersetzung des Betroffenen mit der Erkrankung hinzunehmen. In der Praxis reagieren wir oftmals mit Unverständnis, reagieren selber mit einer unterschwelligen Aggression oder meiden möglichst solche Patienten und Angehörigen. Deshalb brauchen wir Pflegende ein Verständnis für die spezifische Situation der Patienten und deren Angehörigen. Dazu gehört auch, dass wir uns die nötigen Informationen holen, um das Umfeld der Patienten und Angehörigen besser kennen zu lernen. Deshalb sind Pflegegespräche wichtig, welche in unserem Alltag vor allem aus zeitlichen Gründen leider oft zu kurz kommen. Es geht bei einem Pflegegespräch nicht nur um eine reine Informationssammlung, sondern auch um die Fähigkeit der Pflegenden, Informationen und Wahrnehmungen zu einem Gesamtbild zusammen zu fügen. Wahrnehmungen sollen auch angesprochen und reflektiert werden, damit die gegenüberstehende Person noch genauer sagen kann, wie es ihr geht. Dieses Bild kann uns Pflegenden helfen zu verstehen und angemessen zu reagieren. Wichtig zu erwähnen ist, dass die eigene Wahrnehmung nicht unbedingt immer die richtige ist. Jeder Mensch interpretiert die Gefühlsregungen des Gegenübers anders. Deshalb erscheint für mich der tägliche Teamrapport sehr wichtig, um Einzelbeobachtungen der Pflegenden zusammen zu fügen und eventuelle Fehlwahrnehmungen zu korrigieren.

Mir ist bewusst, dass der Faktor Zeit eine grosse Rolle spielt. Meiner Meinung nach ist ein Akutspital auch nicht die geeignete Institution für die umfassende Begleitung in Sterbesituationen. Wenn immer möglich sollte eine Alternative in Betracht gezogen werden, wie zum Beispiel ein Hospiz. Die Hektik in unserem Spitalalltag trägt nicht dazu bei, dass wir Pflegenden uns auf die spezifische Situation der Angehörigen besser einlassen können, sondern bewirkt oft das Gegenteil. Van Minnen-Buser (2000) beschreibt jedoch, dass begleitete und unterstützte Angehörige zu einer wertvollen Ressource für den Patienten und die Pflegenden werden. Das heisst auch, dass wir die in die Begleitung investierte Zeit an einem anderen Ort einsparen können. Zum Beispiel durch das Verhindern von unumgänglichen Gesprächen mit unsicheren oder unzufriedenen Angehörigen oder durch die Übernahme von Pflegeverrichtungen durch die Angehörigen.

Anhand der Literatur wurde mir bestätigt, dass Angehörige nicht isoliert vom Patienten betrachtet werden können. Für mich bilden sie eine Einheit. Deshalb habe ich im Kontext meistens beide Parteien erwähnt.

5. Ausblick

Um Angehörige von sterbenden Patienten begleiten zu können, ist es notwendig, dass jede Situation individuell angeschaut wird. Pflegende sollten jede Sterbesituation in ihrer Gesamtheit erfassen. Das heisst nicht nur die medizinischen Hintergründe, sondern auch die familiären und psychosozialen Bereiche des Patienten kennen. Dies hilft Verhaltensweisen der Betroffenen zu verstehen. Vorurteile gegenüber Betroffenen können meiner Meinung nach reduziert oder sogar verhindert werden und ein offener Umgang kann stattfinden. Dies setzt natürlich voraus, dass sich Pflegende das nötige Hintergrundwissen verschaffen. Dies wiederum verlangt das Angebot von Weiterbildungen, welche im Internen Bereich leider kaum oder gar nicht angeboten werden.

Da in Zukunft mit noch mehr Rationierungen im Gesundheitswesen zu rechnen ist, und dies die Begleitung von Angehörigen sterbender Patienten ebenfalls beeinflussen wird, sticht mir folgende Aussage ins Auge: *...nicht die Dauer ist entscheidend, sondern die Ernsthaftigkeit, die Ehrlichkeit, die echte Sorge* (Rose Poletti zitiert in van Minnen-Buser, 2000, S.13).

6. Reflexion

Das Thema dieser Abschlussarbeit, stand für mich seit längerer Zeit fest und ich konnte frühzeitig mit der Literatursuche beginnen. Für die geeignete Literatur entschied ich mich schnell, nachdem ich mich erst mühsam darin durchgewälzt hatte. Das Eingliedern der Literatur in einen sinnvollen Text, viel mir um einiges leichter und machte sogar Spass. Es war für mich Anspruchsvoll, diese Arbeit im Hinblick auf den limitierten Umfang von 15 Seiten zu schreiben. Auch für die optische Gestaltung wäre es einfacher gewesen, mehr Seiten zu Verfügung zu haben.

Den für mich festgelegten Zeitplan konnte ich gut einhalten. Ein weiteres Mal würde ich ähnlich vorgehen.

Literaturverzeichnis

- Dietrich, L. (2006). Angehörige von schwerkranken Menschen. Palliative-ch., 2, 4-6.
- Fässler-Weibel, P. (1990). Nahe sein in schwerer Zeit. Zur Begleitung der Angehörigen von Sterbenden. Freiburg Schweiz: Paulusverlag.
- Gestrich, R. (2006). Gespräche mit schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 3. Auflage.
- Holzer-Pruss, Ch. (2001). Die Belastungen der Angehörigen. In: Käppeli, S. (Hrsg.), Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Bern: Hans Huber., S. 9-44.
- Huthmacher, R. (1990). Die Angehörigen schwerst- und Lebensbedrohlich Kranker sowie sterbender Erwachsener. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (2006). Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer.
- Specht-Tomann, M., Tropper, D. (2001). Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. Krummvisch bei Kiel: Königsfurt Verlag.
- Van Minnen-Buser, A. (2000). Angehörige. Neben den Sterbenden gehen sie oft vergessen. Krankenpflege, 3, 10-14.