

**Anja Herwig  
Wiebke Labs  
Dominique Mezou  
Horst Zins**

**Palliative Care als Einsatzort für Schülerinnen und Schüler  
des Gemeinschaftskrankenhauses  
St. Elisabeth/St. Petrus/St. Johannes  
Bonn**

**Abschlussarbeit zur Praxisanleiter-Weiterbildung  
2008**

## Inhalt

Anja Herwig	
Zur Einführung in die Thematik	1
Wiebke Labs	
Rahmenbedingungen einer Palliativ-Care-Station	7
Horst Zins	
Schüler und Praxisanleiter im Bereich palliativ Care	13
Dominique Mezou	
Lernaufgabe: Pflege bei liegendem Port	17
Horst Zins	
Checkliste Anstechen eines Ports	25

## **Zur Einführung in die Thematik**

Am 15. Februar 2008 wurde vom Ethikkomitee das Projekt „Implementierung von Palliative Care im Gemeinschaftskrankenhaus Bonn“ ins Leben gerufen.

Um sterbenden Menschen in unserem Krankenhaus gerechter werden zu können, soll eine Station bzw. ein Bereich mit palliativ-hospizlichem Ansatz auf der inneren Abteilung eingerichtet werden.

Da dieses Gebiet einen zukünftigen Einsatzbereich für unsere Schülerinnen und Schüler der Krankenpflege darstellen wird, möchten auch wir uns als zukünftige Praxisanleiter mit diesem Thema beschäftigen. Laut Krankenpflegegesetz müssen während der Ausbildung zwei Einsätze im Bereich Palliativpflege absolviert werden. Zur Zeit finden solche Einsätze in Abteilungen unseres Hauses statt, die palliative Aspekte mit einbeziehen. Zu einem großen Anteil jedoch auch in externen Einrichtungen bzw. Hospizen.

Wir als Praxisanleiter sehen eine große Chance und Herausforderung darin, in diesem Teil der praktischen Ausbildung mitwirken zu können, weil hierbei die Schülerinnen und Schüler um neue Erfahrungsmöglichkeiten bereichert werden. Die Komplexität dieses Gebietes und das noch sehr junge Projekt erlaubt uns noch nicht die Erstellung eines kompletten Konzeptes im Bereich Praxisanleitung auf „Palliative Care“. Wir möchten jedoch versuchen, einen groben Überblick zu verschaffen und erste Schwerpunkte zu setzen.

Deshalb werden zuerst die Begriffe und Grundlagen geklärt. Danach werden die Rahmenbedingungen einer Palliativ-Care-Station erläutert. Anschließend richtet sich das Augenmerk speziell auf die Schüler und Praxisanleiter im Bereich palliativ Care. Zuletzt folgt die Lernaufgabe: *Pflege bei liegendem Port* sowie eine Checkliste: *Anstechen eines Ports*.

## **Definitionen der einzelnen Begriffe:**

**Palliativ:** Dieser Begriff stammt von dem lateinischen Wort „pallium“ ab, welches im antiken Rom einen mantelartigen Überwurf bezeichnete. Palliativ wird heute als Fachausdruck für eine, die Schmerzen und Symptome ummantelnde bzw. lindernde Behandlung im Gegensatz zur kurativen (heilenden) Behandlung verwendet.

**Care:** Ein englischer Begriff, der soviel bedeutet wie Fürsorge, Pflege in einem umfassenden Sinn.

**Hospiz:** Das Wort Hospiz leitet sich von dem lateinischen Begriff „hospitium“ ab, der sich mit Herberge, Gastfreundschaft übersetzen lässt. Schon zu Beginn des Christentums im Römischen Reich waren Hospize Reisenden, Pilgern und Kranken ein Ort der Hilfe, Pflege und Ruhe.

Im weitesten Sinne steht dieser Begriff für die gesamte Bewegung und Idee. Im engeren Sinne versteht man darunter die stationäre Verwirklichung der Hospizidee in einem separaten Gebäude mit eigener Infrastruktur und palliativmedizinischer Behandlung.

## **Beginn der Hospizbewegung und Palliativmedizin:**

Die Palliativmedizin wird häufig als eine neue medizinische Disziplin beschrieben. Das ist sie nicht. Sie ist wahrscheinlich die älteste überhaupt, denn früher gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz. Neu sind viele medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie über elementare Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender. Wieder entdeckt wurden Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und die ganzheitliche Umsorgung des Menschen.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Betreuung von Patienten in der Endphase ihres Lebens zunehmend vernachlässigt. Das medizinische System dieser Zeit war auf die Wiederherstellung von Gesundheit ausgerichtet, weil Sterben damals nicht als normaler Prozess, sondern als Niederlage galt.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es jedoch zu einer Gegenbewegung, welche eng mit den beiden Namen Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross verbunden ist.

Die Eröffnung des St. Christopher's Hospices in London im Jahre 1967 durch Cicely Saunders gilt als der Beginn der neuen Hospizbewegung. Cicely Saunders, geboren 1918 und gestorben 2005, war Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin. Charakteristisch für ihre Hospizarbeit ist die Versorgung schwerstkranker, selbstbestimmter Menschen durch ein multiprofessionelles Team mit interdisziplinärer Zusammenarbeit unter Einbeziehung der Angehörigen. Zudem leistete sie wichtige Pionierarbeit im Bereich der Schmerz- und Symptomkontrolle. Da Saunders selbst dem christlichen Glauben sehr verbunden war, weist die Hospizbewegung enge spirituelle Bezüge auf, aber ohne konfessionelle Einengung. Weiterhin charakteristisch waren ihre Bemühungen um eine Enttabuisierung des Sterbens, um dadurch die Versorgung unheilbar kranker, sterbender Menschen zur Aufgabe der „gesamten“ Bevölkerung zu machen, wie es in der Einbindung ehrenamtlichen Mitarbeitern deutlich wird. Cicely Saunders hat ihre Überzeugungen und Ideen veröffentlicht und auch persönlich in die ganze Welt weiter getragen und somit die Hospizbewegung vorangetrieben. So entstanden zahlreiche Hospize über die Grenzen Englands hinaus.

Elisabeth Kübler-Ross, geboren 1926 und gestorben 2004, war schweizerischer Herkunft und wirkte in den USA als Psychiaterin. Sie befasste sich mit dem Tod und dem Umgang mit Sterbenden, mit Trauer und Trauerarbeit. Ihre Beobachtungen stellen den Grundstein der heutigen Erkenntnisse über die Situation Sterbender dar. Elisabeth Kübler-Ross definierte die heute anerkannten „fünf Phasen des Sterbens“. Durch sie wurde die Hospizbewegung unter anderem nach Deutschland getragen.

### **Definition von Palliative Care durch die WHO von 1990:**

In Anlehnung an die Hospizidee wird Palliative Care als aktive und umfassende Betreuung und Behandlung für Patienten, deren Erkrankung auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr anspricht, definiert.

Grundsätze von Palliative Care:

- bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess
- soll den Tod weder beschleunigen noch verzögern
- verschafft Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- reduziert diagnostische Maßnahmen auf das Nötigste
- auch Strahlen- und Chemotherapie sowie Chirurgie haben einen Platz in palliativen Versorgung, wenn positive Aspekte überwiegen

- schließt psychische und spirituelle Aspekte mit in die Versorgung der Patienten ein
- unterstützt Patienten darin, so aktiv wie möglich zu bleiben bis zum Tod
- bietet Unterstützung der Angehörigen während der Krankheit, aber auch bei der Bewältigung der eigenen Trauer

### **Definition von Palliative Care durch die WHO von 2002 bzw .**

#### **Ergänzungen zur Definition von 1990:**

- ein multiprofessionelles Team steht dem Patienten und seinen Angehörigen zur Verfügung und bietet individuelle Unterstützung
- die Lebensqualität wird unterstützt und positiv beeinflusst
- Die palliative Versorgung wird bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung eingesetzt, auch in Verbindung mit anderen Therapien, deren primäres Ziel es ist, das Leben zu verlängern.

Palliative Care kann somit als ein Versorgungskonzept angesehen werden, welches in den verschiedenen Einrichtungen zur Anwendung kommt. Etwas schwieriger gestaltet sich jedoch die Frage nach dem Unterschied zwischen "Hospiz" in Abgrenzung zu „Palliativstation“. Hier gibt es in der Fachliteratur und im Internet verschiedene Ansätze. Wir möchten einige vorstellen, ohne uns auf eine klare Antwort festlegen zu können.

**Hospize** sind selbstständige Einrichtungen, die einen eigenständigen Versorgungsauftrag für unheilbar kranke Menschen in der letzten Lebensphase haben. Per Gesetz sind die Hospizträger dazu verpflichtet einen 10%igen Eigenanteil zu den entstehenden Kosten der Versorgung beizutragen.

Laut einer Rahmenvereinbarung von 1999 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz sowie einigen karitativen Organisationen wurden unter anderem folgende Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Hospiz vereinbart:

- progredient verlaufende Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium, deren Heilung ausgeschlossen ist
- Lebenserwartung Wochen bis einige Monate
- eine Krankenhausbehandlung ist laut § 39 SGB V nicht erforderlich

folgende Krankheitsbilder kommen in Betracht:

- fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit Aids
- Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
- Endzustände einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lebererkrankung

**Palliativstationen** sind entweder in ein Krankenhaus integriert oder diesem angeschlossen und stellen eine weitere Umsetzung der Hospizidee dar. Da die Terminalphase einer nicht malignen Erkrankung selten vorhergesagt werden kann, ist die Unterbringung in einem Hospiz oft nur schwer möglich. Die Errichtung solcher Bereiche bringt die „Hospizlichkeit“ zurück ins Krankenhaus und ermöglicht so auch dort die optimale Versorgung Sterbender im Rahmen von Palliative Care.

Laut diesen Beschreibungen unterscheiden sich Hospiz und Palliativstation im Bezug auf das Patienten- u./o. Bewohner Klientel nicht oder nur kaum voneinander und auch das Versorgungskonzept ist ähnlich. Im Gegensatz dazu stehen folgende Erklärungen dieser beiden Begriffe:

Ziel der **Palliativbehandlung** ist die Stabilisierung der Gesamtsituation des Patienten mit progredienter Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, so dass ein möglichst aktives Leben mit dem Ziel der Entlassung angestrebt wird unter ausreichender Symptom- und Schmerzkontrolle.

Die **hospizliche** Versorgung meint hier ausschließlich die ganzheitliche Zuwendung an Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung ausschließlich in der letzten Lebensphase.

## Unterschiede zwischen Hospiz- und Palliativ-Versorgung

	Hospiz-Versorgung	Palliativ-Versorgung
<b>Zeitspanne</b>	Letzte Lebensphase (Wochen)	Monate  Jahre
<b>Therapie</b>	Nur Befund-orientierte Behandlung	Symptomatische Therapie <b>und</b> teilweise Krankheits-Grundbehandlung
<b>Notsituation</b>	Keine Reanimation oder Intensivtherapie	Bei Bedarf: Reanimation, Intensivstation, Schrittmacher, intermittierend Dialyse
<b>Aufenthalt/ Unterbringung</b>	In der Regel außerhalb eines Krankenhauses	Krankenhaus gebunden
<b>Ärztliche Versorgung</b>	Bei Bedarf und zeitweise	Permanent über 24 Stunden
<b>„Ziel“</b>	Würdevolles Sterben	Entlassung in die häusliche Umgebung

Quelle: <http://www.lukas-hospiz.de/index.php?id=14>

## **Wiebke Labs**

# **Rahmenbedingungen einer Palliativ-Care-Station**

### **Einleitung**

Patienten mit infauster Diagnose bedürfen einer besonderen, auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Pflege genauso, wie einer angepassten Therapie durch Ärzte und Therapeuten. Zumeist leiden diese Patienten an depressiven Episoden, sie fühlen sich verloren, und die Suche nach dem Sinn tritt in den Vordergrund. Überdies möchten viele Patienten von ihren Angehörigen, Partnern oder engsten Freunden begleitet werden. Da Menschen jeder Altersgruppe von einer unheilbaren Erkrankung betroffen sein können, und auch alte Menschen sich ihrer Situation meist noch sehr bewusst sind, darf nicht davon ausgegangen werden, der sterbende Mensch nehme seine Umwelt nicht mehr wahr. Zumeist ist das Gegenteil der Fall, und gerade diese Menschen haben existentielle Wünsche auf ihrem letzten Weg. Ein familiäres, ruhiges und wohnliches Umfeld, dass jedem Einzelnen als Individuum gerecht wird, gehört somit zu den wichtigsten Dingen, die dem Patienten ermöglicht werden müssen.

Aus diesem Grund ist es auch in der Umgebung des Krankenhauses unerlässlich, dem Betroffenen ein solches Umfeld zu schaffen. Es gehört zu den Aufgaben gerade auch einer christlichen Einrichtung, den Menschen als Ganzes zu sehen und dem Wohlergehen seiner Psyche genauso viel Aufmerksamkeit und Fürsorge zukommen zu lassen wie seiner Physis. Palliativ-Care-Stationen sollen diese Aufgabe erfüllen.

### **Aufbau der Station**

Eine Palliativ-Care-Station benötigt genau wie jede andere Station neben einem Stationszimmer, einer Stationsküche und den Patientenzimmern auch ein Lager für Pflegeartikel und Wäsche und einen Pflege-Arbeitsraum. Desweiteren wäre ein an die Station angeschlossener Garten oder Balkon von Vorteil, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich auch einmal im Freien aufzuhalten. Ebenso ist ein Gemeinschaftsraum vorstellbar, in dem Patienten mit ihren Angehörigen Freizeitbe-

schäftigungen nachgehen können. Hier könnte auch eine Kochgelegenheit integriert werden.

Die Station im Ganzen sollte in einem ruhigen Teil des Hauses untergebracht sein, der nicht von ständigem Durchgangsverkehr geprägt ist. Und schließlich wäre für die Lage der Station wichtig, dass in dem Falle, dass ein Patient stirbt, der Weg von der Station zur Prosector nach Möglichkeit nicht über andere Stationen führt.

## **Das Patientenzimmer**

- Einzelzimmer
- Zimmer soll groß genug für das Aufstellen eines zweiten Bettes für eine Begleitperson sein
- ebenerdig mit Zugang zu einem Garten bzw. angrenzendem Balkon
- eigenes Badezimmer mit Badewanne und Patientenlift
- Umfeld komplett rollstuhlgerecht
- Möglichkeit, das Zimmer mit eigenen Kleinmöbeln, Bildern, Pflanzen einzurichten
- Fernseher, möglichst mit DVD-Funktion
- Internetanschluss
- Telefon
- Kühlschrank
- Gegensprechanlage am Schwesternruf

Die persönliche Einrichtung des Zimmers darf von den Patienten mitbestimmt werden. So kann er sich von Angehörigen eigene Bilder, Pflanzen oder Kleinmöbel mitbringen lassen, die ihn an zu Hause und an seine gewohnte Umgebung erinnern. Auch eigene Musik und Bücher tragen zum Wohlbefinden des Patienten bei. Sollte der Patient keine Angehörigen haben oder aus sonstigen Gründen keinen Besuch erhalten, ist es daher wichtig, dass es auf der Station Accessoires gibt, mit denen ein Zimmer dennoch wohnlich gestaltet werden kann.

Ein anderer Aspekt der Anpassung an die individuellen Bedürfnisse des Patienten ist das Essen. Auch wenn es häufig der Fall ist, dass Patienten mit schweren Erkrankungen an Appetitlosigkeit leiden, wenig Nahrung zu sich nehmen oder aus verschiedenen Gründen nicht mehr selbständig essen können, sollten Patienten nach

Möglichkeit selbst entscheiden können, wann und was sie essen möchten. Gemeint sein kann hier das Wunschessen, das tagsüber in der Küche bestellt werden kann, der Lieferdienst oder die Bitte, von Angehörigen Lieblingsgerichte fertig zubereitet mitgebracht zu bekommen.

### **Palliativ-Care: Berufsgruppen und ihre Aufgaben**

- Pflegepersonal
- Ärzte
- Therapeuten
- Sozialdienst
- Pflegeüberleitung
- Krankenhausseelsorge
- ehrenamtliche Mitarbeiter
- Schüler

Um einen Überblick über die Mitarbeiter zu erhalten, nehmen wir der Einfachheit halber das Beispiel einer kleinen Palliativ-Care-Station mit 4 Betten.

Für kranke Menschen sind Bezugspersonen wichtig. Dies gilt hier besonders. Sinnvoll ist es daher, einen Arzt für die Station festzulegen, der sich um die Patienten kümmert. Im Idealfall ist dieser Arzt 5 Tage in der Woche tagsüber zuständig, damit nur am Wochenende auf diensthabende Ärzte zurückgegriffen werden muss.

Es gibt eine Vielzahl an Therapien, die für palliativ begleitete Patienten möglich und sinnvoll wären, und Patienten sollten das Recht haben, mit zu entscheiden, wann und ob sie eine Therapie wahrnehmen. Dies bedeutet für Therapeuten und Pflegepersonal eine große Herausforderung.

Beispiele für Therapien sind:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Atemtraining
- basale Stimulation
- autogenes Training
- Aroma-, Licht- u. Musiktherapie
- Bobath

Die ersten drei Therapieformen werden im Allgemeinen von entsprechend ausgebildeten Therapeuten durchgeführt. Sie arbeiten im gesamten Krankenhaus täglich mit einer großen Zahl von Patienten, und es ist kaum möglich, spontan eine Behandlung in den engen Zeitplan einzuschieben. Die restlichen Therapieformen werden entweder bereits vom Pflegepersonal durchgeführt oder könnten von diesem nach entsprechender Schulung übernommen werden. Sicherlich wäre es sinnvoll, das Pflegepersonal so zu schulen, dass es einen Großteil der Therapien, evt. in vereinfachter Form, selbst durchführen kann. Beispiele wären etwa Muskelentspannungsübungen bei Patienten mit Spasmen, Mobilisieren des Patienten mit Formulierung von Zielen und Dokumentation des Verlaufes ähnlich der Dokumentationsmethoden in der Physiotherapie sowie das Durchführen von Tests bezüglich der kognitiven Fähigkeit und Gedächtnistraining wie in der Ergotherapie.

Eine andere Möglichkeit wäre ein dauerhaft zur Verfügung stehender Therapeut, der ebenso wie der Stationsarzt den Palliativpatienten zugeteilt wird.

Das Pflegepersonal hat den höchsten personellen Stellenschlüssel. Bei einem Dreischicht-System werden zwei Pflegekräfte im Frühdienst, zwei im Spätdienst und eine Pflegekraft im Nachtdienst benötigt. Der Grund für den hohen Stellenschlüssel liegt in der Schwere der Erkrankungen der Patienten, deren Grundpflege und Lagerung häufig nur mit Hilfe von zwei Pflegekräften möglich ist. Hier soll der Patient selbst entscheiden können, wann er die Grundpflege erhalten möchte. Desweiteren führt das Pflegepersonal mehr Therapien durch, die Zeit in Anspruch nehmen und an das Tempo des Patienten angepasst werden müssen. Außerdem hat die Kommunikation

mit den Patienten hier einen ganz eigenen Stellenwert. Die Patienten benötigen mehr Zuspruch. Deshalb ist es wichtig, dass das Pflegepersonal einer Palliativ-Care-Station speziell für die Bedürfnisse der Patienten geschult ist. Dies kann entweder durch eine Fachweiterbildung in der Palliativ-Care-Pflege geschehen oder kurzfristig durch z.B. hausinterne Fortbildungen zu den Themen Demenz, Sterbebegleitung, Psychologie und Fürsorge, Bobath und andere spezielle Therapieansätze. Besonders wichtig ist die Sensibilisierung des Personals für die Thematik. Zudem muss sichergestellt werden, dass auf Palliativ-Care-Stationen eingesetztes Personal über die nötige soziale und personelle Kompetenz für den Umgang mit Palliativ-Patienten und die eigene Abgrenzung gegenüber der Arbeit verfügt.

Sozialdienst und Pflegeüberleitung bleiben auch auf einer Palliativ-Care-Station wichtig. Durch sie erhalten Patienten und Angehörige Unterstützung in der Organisation einer sich anschließenden häuslichen Versorgung oder Heimunterbringung sowie in der Versorgung mit Hilfsmitteln.

Krankenhausseelsorger und ehrenamtliche Mitarbeiter helfen den Menschen in ihrem Bedürfnis nach Nähe und Kommunikation, und sind, wie das Pflegepersonal, Zuhörer für Ängste und Sorgen und können Kontakte zu den verschiedenen Berufsgruppen der Station herstellen, wenn sie einen bestimmten Bedarf sehen.

Zu guter letzt werden in Zukunft vermehrt Schüler auf Palliativ-Care-Stationen eingesetzt, da das neue Krankenpflegeausbildungsgesetz 2 Schüler-Einsätze in der Palliativ-Care-Pflege vorschreibt.

## **Fazit**

Die Entwicklung unserer Gesellschaft führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen umfassende medizinische und pflegerische Versorgung erhalten. Dies bedingt wiederum zu einem großen Teil den zunehmenden Bedarf an qualitativ hochwertigen Palliativ-Care-Stationen mit entsprechend ausgebildetem Personal.

Um diesen zusätzlichen Bedarf an Fachpersonal zukünftig decken zu können, ist es jetzt schon wichtig, Schülern einen guten Einblick in die Palliativ-Care-Pflege zu gewähren und ihnen damit die Möglichkeit zu geben, eine Fachweiterbildung in diesem Bereich in Erwägung zu ziehen.

## Horst Zins

### Die Schüler und Praxisanleiter im Bereich palliative-care

Palliativstationen und Hospize sind auch Bereiche, in denen Schüler/innen während ihrer Ausbildungszeit eingesetzt werden könnenmüssen.

Auf einer Palliativstation werden Schüler/innen mit Menschen konfrontiert, die sich in der letzten Lebensphase befinden und unter enormen Leidensdruck stehen.

Deshalb stellen sich mir die Fragen: Was sollte ein/e Schüler/in der Gesundheits-und Krankenpflege an Erfahrung mitbringen, und was kann er/sie dort lernen?

Und: Welche Herausforderungen entstehen für einen Praxisanleiter in diesem Bereich?

Als Erfahrung für die Schüler ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, sowie Trauererlebnisse im eigenen Umfeld ein wichtiger Baustein um Menschen zu verstehen, die mit dieser Situation konfrontiert sind.

Auch fundierte Kenntnisse der Grund-und Behandlungspflege, Grundkenntnisse der Anatomie und Krankheitslehre sind elementar.

Des Weiteren wäre eine dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende soziale - kommunikative kommunikative und personale Kompetenz erforderlich. Dies sind unter anderem Empathie, Teamfähigkeit. Ausgeglichenheit und die Fähigkeit der konstruktiven

und bewussten Kommunikation. Auf diesem Hintergrund, wäre ein Einsatz in der ersten Hälfte der Ausbildung nicht sinnvoll,

Anders als auf einer Station mit einer oder zwei Fachrichtungen, sind auf der Palliativstation Patienten aus allen möglichen Fachrichtungen untergebracht um ein Ziel zu erreichen: **Größtmögliche Lebensqualität unter größtmöglicher**

**Selbstbestimmung!** Das heißt, bei den Patienten die Beschwerden soweit zu lindern, dass sie zuhause ein möglichst selbstständiges Leben führen können.

Für viele Patienten ist die Palliativstation auch die Stätte, an der sie die letzte Lebensphase verbringen.

Was ein/e Schüler/in auf einer Palliativstation lernen kann, wird durch die Patienten bestimmt, welche während der Einsatzzeit des/der Schüler/in behandelt und betreut werden.

Der größte Teil der Therapie auf einer Palliativstation ist die Symptomkontrolle, um die richtige Therapie für die meist tumorkranken Patienten festzulegen.

Hierunter fallen Schmerz, Obstipation , Übelkeit, Luftnot, Angst und Panikattacken.

### Schmerzen

Hier lernt der/die Schüler/in die verschiedenen Ursachen von Schmerz kennen, und kennt Hilfsmittel den Schmerz messbar zu machen. Zudem lernen die Schüler die verschiedenen Arten von Schmerzen kennen und deren mögliche medikamentöse Behandlung.

Sie werden mit den verschiedensten Schmerzmedikamenten konfrontiert und lernen ihre Wirkweise und Einsatzmöglichkeiten kennen, genauso wie die Nebenwirkungen und Anzeichen von Überdosierung.

### **Obstipation**

Die Schüler wissen um die Notwendigkeit einer regelmäßigen Verdauung beim Einsatz von Opiaten. Sie lernen wie sehr die Verdauung Einfluss auf den Alltag haben kann.

### **Übelkeit/Erbrechen**

Tumorkranke Menschen haben auf Grund ihrer Erkrankung und durch Nebenwirkung der medikamentösen Tumortherapie und Schmerztherapie oft mit Übelkeit zu kämpfen. Diese in den Griff zu bekommen oder zu lindern verhilft dem Patienten zu mehr Lebensqualität. Auch dies wird den Schülern näher gebracht.

### **Luftnot**

Luftnot kann bei Tumorpatienten viele Ursachen haben. Diese sollen die Schüler kennen lernen und um die Möglichkeiten der Hilfsmaßnahmen wissen.

### **Angst und Panikattacken**

Patienten auf einer Palliativstation sind auf Grund ihrer Erkrankung immer mit dem Tod konfrontiert. Dies kann in ihnen existenzielle Ängste auslösen und auch zu Panikattacken führen. Wie man mit solchen Situationen umgehen und wie man sie aushalten kann sollen die Schüler dort erfahren.

All diese Symptome beeinflussen das Leben eines schwerstkranken Menschen in sehr großem Maß. Sind diese aber kontrolliert und soweit möglich minimiert, ermöglicht dies dem Patienten ein Leben mit hoher Lebensqualität.

Lebensqualität heißt aber nicht nur Symptomkontrolle sondern wird im Alltag auch durch viele andere Faktoren bestimmt.

Die Schüler werden erfahren was für Menschen mit begrenzter Lebenserwartung wichtig ist, wo sie Trost finden, wie sie in dieser Situation auch Lebensfreude haben können.

Da viele dieser Patienten oft auch pflegebedürftig sind, werden Familienangehörige mit in die Pflege einbezogen und angeleitet. Die Schüler werden lernen ihr Wissen

an andere weiterzugeben. Patienten und Angehörige zeigen großen Gesprächsbedarf, wenden sich mit Ihren Ängsten und Sorgen meist an die Schwestern, Pfleger und auch Schüler von denen die Patienten und somit auch die Angehörigen betreut werden.

So wird man als Pflegender zur wichtigen Bezugsperson in allen Fragen rund um die Krankheit und weitere Lebensplanung.

Für viele Menschen ist aber wie Anfangs erwähnt die Palliativstation die Stätte, an der sie ihre letzten Tage oder Wochen erleben. Dies ist für die Schüler wohl die größte Herausforderung, und zugleich kann dies auch die schwerste Belastung für die Schüler sein. Anders wie auf Normalstation wird man auf einer Palliativstation intensiver mit dem Sterben konfrontiert.

Die Herausforderung liegt jetzt darin, die verbleibende Zeit für den Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten. Dies geschieht unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten und Wünsche, Einbeziehen der Angehörigen und Freunde, und Nutzen aller Ressourcen, die der Palliativstation zur Verfügung stehen.

Die Belastung ist unter anderem, dass die Schüler viele junge Menschen begleiten, dass oft durch die intensive Betreuung eine emotionale Bindung entsteht, und das Sterben vieler Menschen in kurzer Zeit.

Dies alles birgt Chancen aber auch Gefahren für die Schüler!

Um die Chancen für die Schüler zu maximieren und Gefahren zu minimieren ist eine fundierte Praxisanleitung und Begleitung der Schüler wichtig.

Der Praxisanleiter muss dafür Sorge tragen, dass die Schüler das notwendige Wissen erlernen können und durch die besondere Situation auf einer Palliativstation, keine seelischen Schäden erleiden.

Dies bedeutet für den Praxisanleiter, die Schüler mit dem notwendigen Feingefühl an die Aufgaben heranzuführen und sie nicht zu überfordern.

Besonderes Augenmerk der Praxisanleiter gilt der Befindlichkeit der Schüler.

Er sollte erkennen ob der/die Schüler/in emotional in einer Situation gefangen ist, und Raum schaffen damit der/die Schüler/in lernt mit diesen Emotionen umzugehen und sie zu verarbeiten. Es muss dem Schüler jederzeit möglich sein sich aus für ihn schwierigen Situationen zurückzuziehen oder zeitnah über das Erlebte zu reden.

Es reicht nicht aus, dass die Schüler zum Zwischen-oder Abschlussgespräch ein Feed-back geben, vielmehr ist es sinnvoll **mindestens** einmal pro Woche das Erlebte zu besprechen und Besonderheiten wenn nötig aufzuarbeiten.

Ansonsten sind die Aufgaben eines Praxisanleiters einer Palliativstation ähnlich wie

auf einer chirurgischen oder internistischen Station. Er vermittelt das Fachwissen, das für die Arbeit in seinem Bereich notwendig ist und begleitet die Schüler über die Zeit. So bilden Schüler und Praxisanleiter eine Einheit.

Die Schüler lernen die Besonderheiten der Palliativstation kennen, lernen den verantwortungsvollen Umgang und Einsatz von Betäubungs- und Schmerzmitteln.

Ihre Krankenbeobachtung bei schwerstkranken und sterbenden Menschen wird sich nicht nur auf den Patienten beschränken, sondern auch auf die Obhut und Fürsorge der Angehörigen erweitern.

Sie lernen, was in der letzten Lebensphase wirklich wichtig ist und wie Betroffene mit dieser Situation umgehen. Sie können erleben wie wichtig und hilfreich Glauben sein kann.

Der Praxisanleiter hat bei guter Anleitung eine kompetente Hilfe an seiner Seite.

Er wird immer auf dem neusten Ausbildungsstand gehalten. Er ist gezwungen sein Handeln immer wieder zu hinterfragen.

So profitieren beide voneinander. Außerdem sind wir bin ich davon überzeugt, dass die

Grundzüge der palliative care Pflege auch in den Krankenhausalltag transportiert werden können, und so auch im Krankenhaus ein humanes Sterben möglich ist.

## **Lernaufgabe: Pflege bei liegendem Port**

### **Begründung der Lernaufgabe**

Um sich während eines praktischen Einsatzes intensiv mit bestimmten Themen des jeweiligen Fachbereiches auseinander zu setzen, kann es für Schüler sehr hilfreich sein, zu ausgewählten Themen Lernaufgaben zu bearbeiten.

Diese stellen eine Orientierung dar, um sich Wissen anzueignen und dieses praktisch umsetzen zu können. Zudem sind Lernaufgaben ein wichtiges Instrument der Praxisanleitung zur Sicherung der dokumentierten Anleitungsstunden.

Es gibt bereits einige Checklisten und Lernaufgaben, welche insbesondere im palliativen / hospizlichen Bereich gut eingesetzt werden können.

Darunter fallen unter anderem:

Checklisten:

- Versorgung eines verstorbenen Patienten
- Aromatherapie
- Umgang mit BTM

Lernaufgaben:

- Schmerzbelastete Menschen pflegen
- Chronisch kranke Menschen pflegen (Dialyse)
- Tumorkranke Menschen pflegen (Gynäkologie und Urologie)
- Sterbende Menschen pflegen (Hospiz)
- Versorgung eines verstorbenen Patienten
- Aromatherapie

Da im Bereich der Hospizarbeit bzw. Palliativ Care, Patienten häufig einen Port gelegt bekommen, um die vielfältigen Infusionstherapien zu erhalten, stellt der Umgang mit einem Port eine wichtige Aufgabe für Pflegepersonal und auch Schüler dar. Deshalb ist es vorteilhaft, wenn sich die Schüler umfangreich mit diesem Thema befassen, was im Rahmen einer Lernaufgabe gut möglich ist.

Da bisher keine existiert, wollten wir gerne eine erstellen.

Das Thema der Lernaufgabe lautet also:

Pflege bei liegendem Port.

Die Begründung der Wichtigkeit, sich mit diesem Thema zu beschäftigen wurde bereits genannt.

### **Ziele der Lernaufgabe**

Ziel dieser Lernaufgabe soll es sein, dass die Schüler nach Bearbeitung der Aufgabe wissen was ein Port ist, wofür er benötigt wird und den Umgang mit ihm erfahren haben. Das heißt, sie können Beobachtungskriterien bei liegendem Port benennen, sowie den Verbandwechsel durchführen und Infusionen etc. anschließen. Um diese Ziele zu erreichen, sollte die Aufgabenstellung klar und detailliert formuliert sein, damit der Schüler Anhaltspunkte hat, an denen er sich Theorie und Praxis aneignen kann.

Demnach könnte die Aufgabenstellung wie folgt lauten:

- Was ist ein Port?
- Nennen Sie Indikationen für die Notwendigkeit einer Portanlage!
- Zählen Sie Vorteile eines Ports gegenüber den Alternativen auf!
- Welche Risiken birgt ein liegender Port?
- Welche Kriterien stehen bei der Beobachtung eines Ports im Vordergrund?
  
- Assistieren Sie bei der Pflege eines Patienten mit Port und beschreiben Sie die Vorgänge bei Verbandwechsel und Medikamentenapplikation.  
Welche Indikation für eine Portanlage lag bei diesem Patienten vor?  
Welche Besonderheiten sind zu beachten?  
Welche Materialien werden benötigt?  
Wie gestaltet sich die pflegerische Dokumentation?  
Führen Sie wenn möglich unter Anleitung selbstständig die Pflege durch.

Die ersten fünf Punkte befassen sich mit den theoretischen Kenntnissen, welche sich der Schüler mithilfe von Literatur, Internet etc. gut aneignen kann. Der letzte Punkt befasst sich mit der reinen praktischen Durchführung.

## **Antworten auf die theoretischen Anteile der Lernaufgabe**

Eine Beantwortung der Fragen könnte wie folgt aussehen:

Was ist ein Port?

Port kommt aus dem Englischen und bedeutet „Anschluss“, „Schnittstelle“. Es ist eine Art Katheter, der vollständig ins Subkutangewebe implantiert wird und somit einen langfristigen Zugang zum venösen System ermöglicht. Bevorzugte Implantationsorte sind die Vena cephalica, subclavia, jugularis interna und externa. Ein Port besteht meist aus Titan und Silikon und besitzt eine Membran, welche mit speziellen Nadeln (Huber-Nadeln) punktiert wird. Die Nadel gelangt in das Metallgehäuse, an dem der Gefäßanschluss an die Vene angebracht ist.

Indikationen für eine Portanlage

Ganz zentrale Bedeutung spielt der Port bei onkologischen Patienten, die sich einer komplexen und langwierigen Chemotherapie unterziehen müssen. Die Zytostatikatherapie aber auch andere Infusionstherapien stehen somit an erster Stelle für die Entscheidung einer Portanlage. Auch dauerhafte parenterale Ernährung ist ein Grund für diese Art von Katheter. Insbesondere Patienten mit schlechtem peripherem Venenzustand profitieren von einem Port. Mithilfe eines Ports sind auch häufige Blutentnahmen kein Problem mehr.

Vorteile eines Ports gegenüber seinen Alternativen

Als Alternativen zu nennen, wäre die einfache Viggo, welche sich als kurzfristiger intravenöser Zugang durchaus eignet. Die peripheren Venenwände sind jedoch sehr dünn und empfindlich, sodass viele Medikamente, sowie parenterale Ernährung und hohe bzw. dauerhafte Volumengabe gar nicht appliziert werden können. Die Haltbarkeit eines peripheren Zugangs ist außerdem durch Parainfusion, Infektion etc. so geringfügig, dass häufige Neuanlagen notwendig sind. Zudem muss für die vielen Blutentnahmen erneut venös punktiert werden. Das stellt für den Patienten eine enorme Belastung und ein hohes Infektionsrisiko dar. Deshalb ist die Viggo offensichtlich keine Alternative zum Port.

Der zentrale Venenkatheter stellt schon eher eine Möglichkeit dar, jedoch ist dieser in seiner Liegedauer kürzer. Ein Port kann im günstigsten Fall gute 300 Tage bestehen und bis zu 1000 Mal punktiert werden. Ein ZVK hingegen benötigt ständige Infusion um einer Thrombosierung vorzubeugen. Parainfusion und Infektion sind ebenfalls nicht selten, deshalb sind häufige Neuanlagen notwendig. Außerdem hat der

Port den großen Vorteil, dass er problemlos vom Patienten „mit nach Hause genommen werden kann“. Das heißt in infusionsfreien Zeiten wird die Nadel entnommen und es besteht kein so hohes Infektionsrisiko wie beim ZVK, da die Eintrittspforte nicht mehr gegeben ist. Der Patient nimmt die Therapiepause als wesentlich erholbarer wahr und ist in seiner Bewegung nicht eingeschränkt.

#### Risiken eines Ports

Auch ein Port muss unter strengen hygienischen Vorschriften gehandhabt werden und sollte kontinuierlich beobachtet werden.

Zu den häufigsten Problemen gehört auch hier die Infektion. Die Thrombosierung stellt ebenfalls ein Risiko dar, sowie die Okklusion der Membran, die Dislokation und die Penetration des Ports durch die Haut.

#### Beobachtungskriterien

Bei liegender Portnadel sollte die Lage dieser täglich überprüft werden. Ebenso sollte die Durchgängigkeit der Nadel mehrfach täglich überprüft werden. Die Haut am und um den Port muss einmal täglich inspiziert werden. Ebenfalls muss auf die Liegedauer der Portnadel (bis zu sieben Tagen) und den Verbandwechsel (je nach Pflaster bis zu sieben Tagen) geachtet werden. Zudem kommt die Beobachtung des Patienten. Äußert er Schmerzen oder entwickelt er Temperaturen?

#### **Erwartungen an den praktischen Anteil der Lernaufgabe**

Die praktische Durchführung sollte in stufenweiser Anleitung erfolgen, das heißt beim ersten Verbandwechsel und Infusionsanhang sollte der Schüler den Praxisanleiter bei der Arbeit begleiten, genau beobachten und Fragen stellen. Bei der nächsten Möglichkeit sollte er dann selbst die Durchführung der Pflege übernehmen, dabei aber vom Praxisanleiter kontrolliert werden. Wenn der Schüler sicher im Umgang mit dem Port ist, kann er die Pflege auch nach Absprache selbstständig durchführen. Der Verbandwechsel bei liegender Portnadel sollte jedoch, wenn möglich, immer mit zwei Pflegekräften durchgeführt werden!

Der Schüler sollte wissen welche Verbandmaterialien gebraucht werden (unsterile und sterile Handschuhe, Händedesinfektionsmittel, Hautdesinfektionsmittel, sterile Tupfer oder Kompressen, steriles Pflaster (transparent, da damit täglich die Einstichstelle und Nadellage überprüft werden kann) und ein Abwurf).

Der Schüler sollte kurz die Handgriffe von Verbandwechsel und Infusionsanhang schildern, sowie die Besonderheiten dessen nennen. Dazu gehört, dass ein Port mit NaCl 0,9% bzw. Heparin (i.d.R. 200 I.E. auf 10 ml NaCl 0,9%) geblockt werden muss, falls keine Infusionen laufen, da es sonst zur Thrombosierung kommen kann. Er sollte bezüglich der Dokumentation erwähnen, dass das Datum des Verbandwechsels schriftlich festgehalten werden muss und dabei der Hautzustand beschrieben wird. Ebenfalls sollte aus der Patientenakte ersichtlich sein, wann die Portnadel gelegt wurde, um den nächsten Wechsel dieser im Blick zu haben.

### **Reflexion des Schülers auf seine Arbeit**

Um eine persönliche Rückmeldung des Schülers zu erhalten, ist es angebracht ihn seine Arbeit reflektieren zu lassen.

Unter dem Punkt „Reflexion“ kann man ihm folgende Fragen stellen:

- Haben Sie während Ihres praktischen Einsatzes den Verbandwechsel eines Ports üben können?
- Konnten Sie Infusionen an das Portsystem anschließen?
- Haben Sie sich im Umgang mit dem Port sicher gefühlt oder gibt es noch offen gebliebene Fragen oder Unsicherheiten?

Unter dieser Fragestellung kann Bilanz gezogen werden, ob die Pflegemaßnahmen erlernt werden konnten.

Lernbereich	<b>Curriculare Zuordnung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt durch Lehrer für Pflegeberufe.</b>
Teilbereich	
Thema	Pflege bei liegendem Port
Begründung der Lernaufgabe	
<p>Im Bereich der Hospizarbeit bzw. Palliative Care bekommen Patienten häufig einen Port gelegt, um die vielfältigen Infusionstherapien zu erhalten. Daher stellt der Umgang mit dem Port eine wichtige Aufgabe für das Pflegepersonal dar.</p>	
<p><b>Formulierung möglicher Lernziele</b>  <b>Sie können lernen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- was ein Port ist und wofür er benötigt wird</li> <li>- welche Vorteile ein Port hat</li> <li>- welche Risiken ein liegender Portkatheter birgt</li> <li>- welche Kriterien bei der Beobachtung im Vordergrund stehen</li> <li>- den Verbandwechsel korrekt durchzuführen</li> <li>- die Medikamentenapplikation selbstständig durchzuführen</li> </ul>	
<p><b>Formulierung möglicher Aufgaben</b></p> <p><b>Theorie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was ist ein Port?</li> <li>- Nennen Sie Indikationen für die Notwendigkeit einer Portanlage!</li> <li>- Zählen Sie Vorteile eines Ports gegenüber den Alternativen auf!</li> <li>- Welche Risiken birgt ein liegender Port?</li> <li>- Welche Kriterien stehen bei der Beobachtung eines Ports im Vordergrund?</li> </ul> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistieren Sie bei der Pflege eines Patienten mit Port und beschreiben Sie die Vorgänge bei Verbandwechsel und Medikamentenapplikation. Welche Indikation für eine Portanlage lag bei diesem Patienten vor?</li> </ul> <p>Welche Besonderheiten sind zu beachten?</p> <p>Welche Materialien werden benötigt?</p> <p>Wie gestaltet sich die pflegerische Dokumentation?</p> <p>Führen Sie wenn möglich unter Anleitung selbstständig die Pflege durch.</p>	
<p><b>Kriterien zum Rückblick auf die Aufgabe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie während Ihres praktischen Einsatzes den Verbandwechsel eines Ports üben können?</li> <li>- Konnten Sie Infusionen an das Portsystem anschließen?</li> <li>- Haben Sie sich im Umgang mit dem Port sicher gefühlt oder gibt es noch offen gebliebene Fragen oder Unsicherheiten?</li> </ul>	

**Bitte besprechen Sie alle Arbeitsschritte und Ergebnisse mit Ihrem Praxisanleiter. Halten Sie Ihre Ergebnisse schriftlich fest und heften Sie die Unterlagen in Ihrer Schülerschulmappe ab.**

**Praxisanleiterin:**

**Stand:**

**Unterschrift Schule**

<b>Handlungsschritte</b>	<b>Gut!</b>	<b>Üben!</b>
<b>1. Fachwissen</b>		
Was ist ein Port		
Allgemeine hygienische Aspekte		
Welche Nadel muss benutzt werden		
Welche Spritze muss benutzt werden		
<b>2. Material (wenn möglich 2 Personen)</b>		
-sterile Handschuhe		
-sterile Tupfer		
-steriles Lochtuch		
-steriles Pflaster		
-sterile 10 ml Spritze		
-sterile Kanüle G1		
-sterile Hubernadel		
-sterile Unterlage		
-10 ml Ampulle NaCl 0,9%		
-steriler Combistopper		
-Hautdesinfektionsmittel		
-Händedesinfektionsmittel		
<b>3. Information des Patienten, Einverständnis einholen</b>		
<b>4. Durchführung</b>		
Händedesinfektion, Anziehen der sterilen Handschuhe (2. Person reicht steril an)		
Aufziehen von 10 ml NaCl 0,9% mit 10ml Spritze und Kanüle G1		
Spritze mit Dreiwegehahn und Portnadel verbinden und Durchspülen		
Hautdesinfektion: großzügige Sprühdeseinfektion des Portbereiches, Einwirkzeit beachten, wischen und erneut sprühen und Einwirkzeit abwarten(Desinfektion durch unsterile zweite Person)		
Umgebung der Portpunktionsstelle mit sterilem Lochtuch abdecken		
Lagerung des Pat. je nach Portlage Port palpieren und mit zwei bzw. drei Fingern fixieren, Haut leicht spannen		
Nadel langsam senkrecht zum Portseptum einstechen (90°)		
Richtiger Sitz wird angezeigt durch Widerstand der Silikonmembran und fühlbaren Kontakt der Nadelspitze zur Bodenplatte		
Falls möglich Blut aspirieren		
Durchgängigkeit des Ports überprüfen, indem 10 ml NaCl 0,9% mittels der 10 ml Spritze injiziert werden		
wenn Durchgängigkeit gegeben ist, kann Infusion an Dreiwegehahn angeschlossen oder Injektion durch geführt werden		
<b>Handlungsschritte</b>	<b>Gut!</b>	<b>Üben!</b>
<b>5. Nachsorge</b>		
Umgebung patientenorientiert richten		
Materialien entsorgen		
Händedesinfektion		
<b>6. Sinnvolle Koordination der Pflegemaßnahme</b>		

<b>7. Kommunikation</b>		
<b>8. Auf Bedürfnisse des Gastes eingehen</b>		
<b>9. Rückenschonendes Arbeiten</b>		
<b>10. Dokumentation</b>		
<b>11. Dauer der Anleitung (zeitlich angemessen)</b>		

**Feedback:**