

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort des deutschen Herausgebers	11
1 Einleitung	13
1.1 Was ist Palliative Care?	13
1.2 Die Entwicklung der Palliative Care	15
1.3 Die negativen Aspekte der Arbeit in einem multidisziplinären Team ...	18
1.4 Die Schwierigkeiten von PatientInnen und Familien in der Palliative Care	20
1.5 Beraterische Fähigkeiten in der Palliative Care	22
1.6 Was sind «beraterische Fähigkeiten»?	22
1.7 Zusammenfassung	24
2 Der erste Kontakt mit der Palliative Care	27
2.1 Einleitung	27
2.2 In Beziehung treten	28
2.3 Arbeitsgemeinschaften und therapeutische Neutralität	30
2.4 Metakommunikation (Kommunikation über Kommunikation)	30
2.5 «Offenheit» versus «Zurückhaltung»	30
2.6 Die Begleitung eines Patienten in einer schwierigen Situation	31
2.7 Die Versuchung, PatientInnen zu beschwichtigen	32
2.8 Einschätzung findet auf beiden Seiten statt	32
2.9 Aufmerksames Zuhören	32
2.10 Berührung als Möglichkeit, mit PatientInnen in Beziehung zu treten ...	33
2.11 Die Unterstützung der Angehörigen beim ersten Kontakt mit der Palliative Care	34
2.12 Grenzen erkennen und Hilfe suchen	34
2.13 Die Einschaltung anderer Fachleute beweist Professionalität, nicht Unfähigkeit	35
2.14 Merksätze	36
3 PatientInnen stärken, ihre Ziele und Ressourcen entdecken	37
3.1 Einleitung	37
3.2 Einfühlsame Rückmeldung	38
3.3 Joviale Beschwichtigung/Probleme abwiegeln	38
3.4 Vorsicht vor übereilten Schlüssen	39
3.5 Hypothesenbildung und Neugier	39
3.6 Wahlmöglichkeiten anbieten	39

3.7	Angebot zur Fortsetzung des Gesprächs	40
3.8	Beendigung des Kontakts	40
3.9	Die Einbeziehung des Gesamtkontextes	40
3.10	Parteinahme versus Befähigung zur Auseinandersetzung	40
3.11	Bewältigungsstrategien	42
3.12	Können Bewältigungsstrategien helfen?	42
3.13	Selbstreflexion und Unvoreingenommenheit	43
3.14	Beratung im Vorfeld	44
3.15	Die psychosoziale Typologie einer Krankheit	45
3.16	Die Krankheit und ihr Einfluss auf den Lebenszyklus der Familie	45
3.17	Wie soll der Arzt sich verhalten?	46
3.18	Ungeeignete Reaktionen	46
3.19	So geht es besser	46
3.20	Das Ehepaar lehnt ab	47
3.21	Ein Ehepartner möchte reden, der andere nicht	47
3.22	Das Ehepaar ist einverstanden	48
3.23	Fragen zur Situationsbewältigung	48
3.24	Merksätze	49
4	Mit Verlusten leben	51
4.1	Einleitung	51
4.2	Auf PatientInnen eingehen, wenn sie uns brauchen	52
4.3	Körperliche Pflege als Möglichkeit, Vertrauen aufzubauen	52
4.4	Reaktion auf der falschen Ebene	52
4.5	Abblocken des Gesprächs	53
4.6	Die Beziehung thematisieren	53
4.7	Weshalb PatientInnen bisweilen nicht nach Problemen gefragt werden	54
4.8	Die Beziehung ist wichtiger als die Rolle	54
4.9	Aktives Zuhören	55
4.10	Hannah fühlt sich überfordert	56
4.11	Hannah ist zu hilfsbereit	56
4.12	Einfühlsames Spiegeln der Probleme und die Erlaubnis zur Fortsetzung des Gesprächs	57
4.13	Der erste Schritt: die Patientin verstehen und mit ihr in Beziehung treten	57
4.14	Die weitere Abklärung der Probleme	57
4.15	Kontrolle durch systematische Bearbeitung und Wahlmöglichkeiten	57
4.16	So könnte die Fortsetzung des Gesprächs aussehen	58
4.17	Der richtige Zeitpunkt und die richtige Vorgehensweise	59
4.18	Gesundheitsfachleute und ihre Rolle als Laien	59
4.19	Andere Möglichkeiten der Fortsetzung des Gesprächs	59
4.20	Beendigung des Gesprächs	60
4.21	Um welche Verluste geht es hier?	61

4.22	Die Bedürfnisse der Gesundheitsfachleute und die Bedürfnisse der PatientInnen	61
4.23	Verlust des Vertrauens in die Zukunft und in den eigenen Körper	61
4.24	Verlust des Glaubens	62
4.25	Orientierung am Patienten	62
4.26	Die Neugier auf die Ressourcen des Patienten wach halten	63
4.27	Erkennen, was nicht hilft	63
4.28	Die Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen fördern anstatt Ratschläge erteilen	64
4.29	Die Verknüpfung von Herrn Crossovers Sorgen mit Beziehungsproblemen	64
4.30	Merksätze	64
5	Symptommanagement	67
5.1	Einleitung	67
5.2	Die Bedeutung der Symptome	68
5.3	Wer ist in diesem Fall zuständig?	68
5.4	Ehrliche Rückmeldung über den Zustand	69
5.5	Das Dilemma bei Gesprächen über beängstigende Probleme	69
5.6	Offene Fragen versus geschlossene oder Suggestivfragen	69
5.7	Beendigung des Gesprächs	70
5.8	Euthanasie	71
5.9	Das Tabuthema	72
5.10	Parteinahme	72
5.11	Empathie statt Sympathie	72
5.12	Reaktionen auf der Ebene der Gefühle	73
5.13	Die Angst vor einer kontinuierlichen Verschlimmerung der Schmerzen bis zum Tod	73
5.14	Wer «hat» das Symptom?	74
5.15	Die Erkrankung betrifft den Patienten, die Krankheit alle beteiligten Personen	74
5.16	Der vom Patienten wahrgenommene Schmerz	75
5.17	Die Versuchung, anderen die Schuld für Misserfolge zu geben	75
5.18	Merksätze	75
6	Ärger	77
6.1	Einleitung	77
6.2	Der Kreislauf aus Frustration und Enttäuschung	78
6.3	Ärger löst Kampf oder Flucht aus	78
6.4	Selbstreflexion und Nachsicht	79
6.5	Über Gefühle sprechen	79
6.6	Sich der Situation stellen	79
6.7	Externalisierung	80

6.8	«Widerstand» – ein Hinweis auf mangelnde Flexibilität oder Ignoranz des Helfers	81
6.9	Lassen Sie die Situation nicht eskalieren	82
6.10	Sensible Themen	82
6.11	«Etwas für andere tun» und sie dadurch entmündigen	83
6.12	Unbehagen und Ungewissheit aushalten	83
6.13	Die Probleme benennen	84
6.14	Schutz der Integrität trotz Provokation	85
6.15	Private Schwierigkeiten können professionelles Verhalten beeinflussen	86
6.16	Eskalation vermeiden	86
6.17	Manchmal ist eine «Auszeit» nötig, um in Ruhe nachdenken zu können	86
6.18	Die Versuchung, aufgebrachte PatientInnen zu beschwichtigen	86
6.19	Die Gefühle der PatientInnen akzeptieren heißt nicht, ihr Verhalten billigen	87
6.20	Ivans Gefühle akzeptieren, ohne einzulenken	87
6.21	Merksätze	87
7	Kinder in der Palliative Care	89
7.1	Einleitung	89
7.2	Den Kontakt und die Beziehung nutzen anstatt auf Rollen verweisen	90
7.3	Die Versuchung, das Thema zu wechseln	90
7.4	Parteinahme ist unzulässig, wenn kleine Kinder zwischen den Parteien stehen	90
7.5	Auf Gefühle reagieren und Verständnis zeigen anstatt Lösungen anbieten	91
7.6	Das Problem beim Namen nennen	91
7.7	Bedeutung zuordnen	91
7.8	Sich nicht allein verantwortlich fühlen	92
7.9	Vertrauliche Informationen und Kinderschutz	92
7.10	Emotionale Belastungen bei der Arbeit mit kleinen Kindern	93
7.11	Hypothesenbildung, um die Perspektive des Patienten zu verstehen	94
7.12	Zusammenarbeit anstatt Konfrontation	96
7.13	Die elterliche Autorität akzeptieren	96
7.14	Die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigen	96
7.15	Merksätze	97
8	Sterben und Tod	99
8.1	Einleitung	99
8.2	Was kann Heather für Frau Anderson tun?	99
8.3	Allein lassen	100
8.4	Unzulässige Beruhigung	100

8.5	Rücksichtnahme auf die Beziehungen der PatientInnen untereinander	102
8.6	Personalzentrierter Selbstschutz versus patientenzentrierte Sensibilität	102
8.7	Gary weiß nicht, was passiert ist	102
8.8	Reicht die Zeit für ein Gespräch? Qualität statt Quantität	103
8.9	Sind wir zu selbstgefällig, wenn mit einem «friedvollen» Tod zu rechnen ist?	104
8.10	Wie lässt sich herausfinden, was Anja denkt?	104
8.11	Entmündigung durch Bevormundung	104
8.12	Allein lassen durch Distanzierung	104
8.13	Beistand durch Anwesenheit	105
8.14	Wie schätzt Anja die Situation ein?	105
8.15	Die verschiedenen Möglichkeiten mit Anja durchsprechen	105
8.16	Merksätze	106
9	Trauerbegleitung	107
9.1	Einleitung	107
9.2	Trauer ist nicht nur der Familie vorbehalten	108
9.3	Der Tod eines Patienten hat für jeden Patienten eine andere Bedeutung	108
9.4	Die Reaktionen von Frances und den anderen Personalmitgliedern ...	109
9.5	Die ersten Reaktionen beachten	109
9.6	Würdigung des Todes versus Fortsetzung der Aktivitäten	109
9.7	Ist ein Todesfall etwas Besonderes oder etwas Normales?	110
9.8	Wut als normale Reaktion auf einen Verlust	111
9.9	Guten Menschen kann Schlechtes widerfahren	111
9.10	Paare sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden	111
9.11	Es hat keinen Zweck, mit trauernden Angehörigen zu diskutieren ...	111
9.12	Bürokratie darf nicht als Selbstschutz missbraucht werden	112
9.13	Nachwirkungen	112
9.14	Manchmal ist eine knappe Reaktion die beste Lösung	114
9.15	Merksätze	114
10	Pflegen: ein Privileg und sein Preis	115
10.1	Einleitung	115
10.2	Grenzen	116
10.3	Man kann sich fürsorglich verhalten, ohne zu helfen	117
10.4	Unerfüllte Bedürfnisse sind kein Beweis für Versagen	117
10.5	Menschen, die das Gefühl brauchen, gebraucht zu werden	118
10.6	Übermäßige Abhängigkeit von diesem Gefühl kann zum Problem werden	118
10.7	Belastungen lassen sich nicht durch Freizeit ausgleichen	118
10.8	Die Begleitung des Patienten bis zum Ende seiner Reise	119

10.9	Die Überbetonung zeitaufwändiger therapeutischer Arbeit	120
10.10	Die Vermeidung therapeutischer Arbeit	120
10.11	Unterschiedliche Ansprüche wahrnehmen	120
10.12	Wenn Dankbarkeit zu bereitwillig angenommen wird	121
10.13	Die Unfähigkeit, Dankbarkeit anzunehmen	121
10.14	Die mit dem Geschenk verbundene Absicht anerkennen	121
10.15	Wozu Geschenke sonst noch dienen	122
10.16	PatientInnen, die als immer währendes Problem wahrgenommen werden	123
10.17	Einfühlungsvermögen macht manche Situationen noch unerträglicher	123
10.18	Merksätze	124
11	Wie man beraterische Fähigkeiten entwickelt	125
11.1	Einleitung	125
11.2	Rückmeldungen Aufmerksamkeit schenken	125
11.3	Faktoren, die von der Organisation und ihrer Kultur abhängig sind ...	126
11.4	Materielle Erwägungen sind nur ein Aspekt des Ganzen	126
11.5	Verantwortung für den eigenen Beitrag zur Kultur der Organisation übernehmen	127
11.6	Reflexion über die Praxis	127
11.7	Vorurteile und Hemmnisse, die eine reflexive Praxis verhindern	127
	Wir nehmen nicht wahr, worüber wir nachdenken sollten	127
	Reflexion kann unangenehm sein	127
	Reflexion braucht Zeit und Übung	128
11.8	Mittel und Wege, die eine reflexive Praxis fördern	128
	Stichwortfragen zur Strukturierung der Reflexion	128
	Multidisziplinäre Diskussionen	128
	Erfahrungszentrierte Arbeit	129
	Klinische Supervision	129
	Ein individuelles Lese- und Lernprogramm	130
	Kurse, die beraterische Fähigkeiten vermitteln	130
11.9	Merksätze	131
12	Schlussbetrachtung	133
Anhang	135	
Literaturverzeichnis englische Titel	145	
Literaturverzeichnis deutsche Titel	148	
Internetadressen	150	
Sachwortverzeichnis	151	