

ERSCHEINT 4 X JÄHRLICH
AUFGABEAMT EUPEN 1
VERANTWÖRTLICHER HERAUSGEBER:
KPVDB · J. FAGNOUL · HILLSTR. 5 · 4700 EUPEN



PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

KPVDB

PFLEGE HEUTE



Gutachten zur Weiterbildung der Krankenpfleger

Beruf Aktuell

Zusätzliche Tätigkeitenliste für die Pflegehelfer?

Beruf Aktuell

Deontologiekodex (2. Teil)

Ethik



TEVADAPTOR[®]
Keeps you safe in a click

TEVADAPTOR[®]

BERUF AKTUELL

Abkommen unterschreiben! Und jetzt?	5-6
Gutachten zur Weiterbildung der Krankenpfleger	7-8
Zusätzliche Tätigkeitenliste für die Pflegehelfer?	9-11
UGIB reagiert auf IF-IC Klassifizierung	12-14
UPPAD	15

KPVDB INTERN

Tätigkeitsbericht 2017	16-18
------------------------	--------------

ETHIK

Deontologiekodex (2. Teil)	19-22
„Hilfst du mir beim Sterben?“	23-27

**PFLEGEPRAXIS
UND -MANAGEMENT**

100 Tipps für die erfolgreiche Pflegekraft	28-29
Warten, aber richtig	30-32
Verstehen und verstanden werden	33-36

WEITERBILDUNGEN

Körperpflege ohne Kampf	37
Stark im Beruf!	37
Ärgerst Du Dich noch, oder antwortest Du schon?	38
Basale Stimulation Grundkurs	38
Ein Tag für Pflegehelfer	39
Schluckstörungen	39

**ÖFFNUNGSZEITEN
FACHBIBLIOTHEK**

Mo.-Fr. 9.00-15.00 Uhr
während der Schulferien auf
telefonische Vereinbarung
unter 087/55 48 88

KPVDB

Die deutschsprachige
Krankenpflegevereinigung
in Belgien

MITGLIEDSCHAFT

Alle diplomierten und breve-
tierten KrankenpflegerInnen
und PflegehelferInnen laut
Gesetz Gesundheitspflege-
berufe, sowie Hebammen,
AssistentInnen und gleichge-
stellte Diplome

JAHRESBEITRAG	50€
bei Domizilierung	46€
Ehepaare bei Bezug einer Zeitschrift	70€ bzw. 66€
Studenten, Frischdiplomier- te + Pensionierte	25€
KPVDB und ACN (Info Nursing und Vorteile der ACN)	70€
Abonnement für Personen, die nicht Mitglied werden können	25€
Abonnement	50€
+ Vorteile KPVDB	bzw. 46€

Ostbelgien  Mit Unterstützung
der Deutschsprachigen
Gemeinschaft Belgiens

Verantwortlicher Herausgeber:

J. Fagnoul · Hillstraße 5 · B-4700 Eupen · Tel. 087/55 48 88 · Fax 087/55 61 50
info@kpvdb.be · www.kpvdb.be · Bilder: www.pixabay.com, J. Fagnoul, A. Ernst
KBC Bank: IBAN: BE21 7311 0633 4203, BIC: KREDBEBB
Der Abdruck der Beiträge ist nur mit der Genehmigung der KPVDB gestattet.

Druck und Layout: www.pavonet.be · +32 (0) 87/59 12 90

amma
a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé



**Liebe Mitglieder,
werte Leser und Leserinnen,**

Wie Sie auf unserem Titelbild sehen können, nehmen seit Januar 16 Krankenpfleger, Kinesiotherapeuten und Ergotherapeuten an einem Weiterbildungsprogramm für Führungskräfte in den Alten- und Pflege- oder psychiatrischen Wohnheimen teil.

Während für viele das Schuljahr zu Ende geht, der Prüfungsstress für „Kinder“ und natürlich auch (oder insbesondere) für die Eltern vorbei ist, werden die Teilnehmer dieser Ausbildung im Urlaub weiter aktiv sein:

Neben den 150 Unterrichtsstunden arbeiten sie zurzeit an einer Endarbeit, die die Qualität der Pflege und Begleitung in ihren Diensten oder Einrichtungen verbessern wird.

Die Themen sind vielversprechend und reichen vom Empfang neuer Bewohner über die Kommunikation in der gleichen Sprache oder interdisziplinär bis hin zu Konzepten wie die Bezugspflege oder die Referenzpflege.

Alle können wir hier nicht erwähnen, doch wir werden in unseren nächsten Ausgaben mit Sicherheit über das eine oder andere Thema berichten.

Auch noch kurz vor der Sommerpause wurden Vertreter der Krankenpfleger und der Pflegehelfer von der ständigen Kommission „Gesundheit“ der Abgeordnetenkammer zu einer Anhörung eingeladen. Ihre Stellungnahme zur vorgesehenen Gesetzesreform von Gesundheitsministerin M. De Block war gefragt, aber insbesondere stand die Frage im Raum ob es hierzu Konzertierungen gegeben habe.

Eins war für alle klar: Der Ministerin ist die Meinung der Pfleger- aber anscheinend auch der anderen Berufsgruppen im Gesundheitssektor völlig egal.

Der Vorsitzende des föderalen Rats für Krankenpflege (CFAI) berichtete, dass der Rat, seit Beginn der Amtsperiode von Ministerin De Block 21 Gutachten abgegeben hat. Er erhielt lediglich 4 Antworten/Empfangsbestätigungen. Nicht mehr und nicht weniger...

Seitens des allgemeinen Verbands der Krankenpfleger Belgiens (AUVB-UGIB-AKVB) konnte nur die gleiche Feststellung gemacht werden.

Zwei Mal wurde dieser ins Kabinett der Ministerin eingeladen, aber zu sehen war diese weit und breit nicht und die Sichtweise des Verbands wurde in keiner Weise berücksichtigt.

Wir befürchten, dass die Ministerin kurz vor der Sommerpause noch das eine oder andere in aller Schnelle verabschieden lässt.

Mehr dazu werden Sie dann in unserer Septemberausgabe erfahren.

Bis dahin wünsche ich Ihnen einen schönen Sommerzeit.

Ihre Josiane Fagnoul

”

„Das Praktische am Urlaub ist, dass er einem nicht nur die Kraft gibt, die Arbeit wieder aufzunehmen, sondern einen auch derart pleite macht, dass einem gar nichts anderes übrig bleibt.“ (Unbekannt)

”

Abkommen unterschrieben! Und jetzt?



Wie wir schon in der letzten Zeitschrift (März 2018) berichteten, haben nicht weniger als 9 Minister am 19. Dezember 2017 ein Abkommen zwischen der föderalen Behörde und den Teilstaaten bezüglich der Kooperation zwischen Personen, die aus dem Umfeld des Patienten/Kunden stammen und den Professionellen der Gesundheitspflege außerhalb der Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Alten- und Pflegewohnheime, usw.) unterschrieben. Der allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (AUVB-UGIB-AKVB) reagierte in einem Brief auf dieses Abkommen. Wir haben den Inhalt für unsere Leser zusammengefasst.

Obwohl dieses Abkommen am Tag seiner Unterschrift in Kraft getreten ist, ist zu beachten, dass die Anwendung noch nicht erlaubt ist, da die Schlussbestimmungen noch umgesetzt werden müssen. Das heißt:

1. Die Anpassung des koordinierten Gesetzes vom 10. Mai 2015 über die Gesundheitspflegeberufe bezüglich „der Ausnahme zur illegalen Ausübung der Krankenpflege“ und die

Veröffentlichung dieser Änderung im Staatsblatt. Im Abkommen ist nämlich vorgesehen, dass „die für die Volksgesundheit zuständige Ministerin sich verpflichtet, die notwendigen Gesetzesentwürfe vorzubereiten, um die jetzige Ausnahme der illegalen Ausübung der Krankenpflege durch Angehörige am Inhalt des Abkommens anzupassen.“

2. Die Erstellung einer Liste von pflegerischen Tätigkeiten, die einem „Nicht-Professionellen“ des Gesundheitssektors delegiert werden dürfen. Im Abkommen steht: „Die föderale Behörde verpflichtet sich, eine Liste von pflegerischen Tätigkeiten, die nicht an einen „Nicht-Professionellen“ des Gesundheitssektors delegiert werden dürfen, zu erstellen. Einige Beispiele: chirurgische Assistenz, Legen eines Katheters, Verabreichung einer nicht-subkutanen Injektion, nicht-kapillare Blutentnahme und komplexe Wundpflege.“

3. Die Anwendung von Qualitätsrahmen. Zu lesen ist: „die Teilstaaten sind verantwortlich für die Konzertie-

rung mit den betroffenen Sektoren in einem vernünftigen Zeitrahmen“ um sicherzustellen, dass die Qualitätsrahmen Anwendung finden“

4. Das Abkommen wird innerhalb der drei Jahre nach Unterschrift durch die beteiligten Instanzen bewertet.

5. Die verschiedenen Instanzen verpflichten sich, eine qualitative, quantitative und finanzielle Bewertung der Tätigkeitsdelegation durchzuführen.

Der allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (AUVB-UGIB-AKVB) fragt:

- eine Unterscheidung zwischen pflegenden Angehörigen (die pflegerische Tätigkeiten ausführen dürfen) und „Nicht-Professionellen“ des Gesundheitssektors (die eine Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens geben);
- an einer einheitlichen Arbeitsgruppe (föderal und Teilstaaten) unter der Schirmherrschaft der Fachkommission (CTAI) teilzunehmen, die den Qualitätsrahmen sowie die Liste der Fachleistungen, die an „Nicht-Professionelle“ des Gesundheitssektors delegiert werden können, festlegen wird.
- den Artikel 124 des koordinierten Gesetzes vom 10. Mai 2015 bezüglich des Umfeld des Patienten so zu belassen wie zurzeit festgehalten.
- wenn die gesetzliche Anpassung des koordinierten Gesetzes validiert ist, muss dieses den Krankenpflegern, den „Nicht-Professionellen“ des Gesundheitssektors, und den pflegenden Angehörigen deutlich mitgeteilt und erklärt werden und

dies über alle Kommunikationswege, die dem Föderalstaat und den Teilstaaten zur Verfügung stehen.

Der AUVB-UGIB-AKVB erinnert an die Wichtigkeit eines Rahmens. Dieser muss klar definiert sein, nicht interpretierbar, korrekt in den drei Landessprachen übersetzt sein, gleichermaßen anwendbar im ganzen Königreich sein, Abweichungen verhindern und einen Schutz für die Nutznießer und die verschiedenen Teilhaber sichern. Der Rahmen muss die Kooperationsmodalitäten zwischen den Betroffenen aus dem Gesundheitssektor und den anderen festlegen und organisieren, eine fundierte Terminologie gebrauchen, eine Liste der delegierbaren Tätigkeiten und eine klare Finanzierungs- und Konzertierungsreferenz beinhalten.

Der AUVB-UGIB-AKVB unterstützt diese Abkommen. Allerdings fragen

der Dachverband und der Krankenpflegeberuf, dass nicht zu gleich welchem Preis und unter Druck gehandelt wird, sondern stabile und kohärente Grundlagen zur Durchführung der Pflege zu schaffen und dies im Interesse der Professionellen, der Patienten, aber auch deren Umfeld.

Der AUVB-UGIB-AKVB betont die gebotene Vorsicht bei der Umsetzung des Abkommens in der Gesetzgebung, der Definition der gebrauchten Terminologie und des Verständnisses/ der Interpretation durch die (Nicht-) Professionellen. Der Dachverband erwartet von den zuständigen Behörden eine Klärung der zivilen und juristischen Verantwortungen, die Anerkennung und die Valorisierung der intellektuellen Handlung des Krankenpflegers und eine bessere Definition des Qualitätsrahmens. Letztendlich muss dem möglichen Missbrauch, der an einer fälschli-

chen Interpretation dieses Abkommens gebunden ist, eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In Ostbelgien wurde am 23. Mai der erste Schritt gemacht. Anlässlich einer Informationsversammlung durch das Ministerium der DG wurde das Abkommen erklärt. Erstaunlich ist, dass obwohl sie eingeladen wurden, kein einziger Hausarzt anwesend war, obschon diese unter den gleichen Bedingungen auch delegieren könnten. Aus dem Krankenpflegebereich waren nur einige selbstständige Krankenpfleger anwesend, aber niemand aus dem Dienst der Häuslichen Krankenpflege oder aus den Ärztehäusern. Im Gegensatz waren die Bereiche der „Nicht-Professionellen“ wie RZKB oder Behindertenbereich sehr wohl vertreten. Dies beweist unserer Meinung nach, dass der Bedarf nach Legalisierung ihrer Tätigkeiten in diesen Diensten sehr groß ist.



Der Verwaltungsrat und die Mitarbeiter der KPVDB wünschen allen Mitgliedern und Lesern einen schönen und erholsamen Urlaub.

Denjenigen, die die Präsenz (und Arbeit) bei Patienten/ Bewohnern aufrechterhalten, viel Mut und auch eine gute Zeit – und Danke!

Das Büro der KPVDB bleibt vom 16. bis zum 29. Juli einschließlich geschlossen. Außerhalb dieser Periode raten wir Ihnen eine telefonische Anmeldung, um sicherzustellen, dass der gewünschte Ansprechpartner anwesend ist.

Gutachten zur Weiterbildung der Krankenpfleger

J. FAGNOUL, KPVDB



Der föderale Rat für Krankenpflege (CFAI) verabschiedete am 17. April 2018 ein Gutachten zur ständigen Weiterbildung der Krankenpflegepraktizierenden.

Seit einigen Jahren sind die Krankenpfleger, die einen Fachtitel (FT) oder eine besondere berufliche Qualifikation (BBQ) haben, verpflichtet, 60 Stunden Weiterbildung auf 4 Jahre zu belegen. Die Pflegehelfer müssen 8 Stunden/Jahr nachweisen. Der für die allgemeine Pflege verantwortliche Krankenpfleger hat sich durch das neue europäische Profil entwickelt, ist aber gesetzlich nicht verpflichtet seine Kenntnisse und Berufspraxis zu aktualisieren.

Ziele des CFAI sind:

- Eine Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung im Einklang mit ihren Berufs- und Kompetenzprofilen für alle Krankenpflegepraktizierenden und für die für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenpfle-

ger einzuführen; und dies unabhängig vom Ort, wo sie praktizieren (im Krankenhaus oder außerhalb, im Unterrichtswesen, im Management, in der Forschung,...).

- Die verschiedenen Organisationsprozeduren der ständigen Weiterbildung zu erfassen: FT, BBQ, Funktionszuschlag für Dienstleiter, Pflegehelfer,...
- Die Organisationsprozeduren der ständigen Weiterbildungen nach einem Akkreditierungssystem zu vereinheitlichen und zu begleiten: Muss vereinheitlicht werden? Wie? Welches Akkreditierungsmodell? Welche Begleitung?

Die ständige Weiterbildung ist in den EU-Richtlinien (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013, Art. 31 - §7) verankert. In der Kompetenz 3 „berufliche Verantwortung beweisen“ heißt es: Der für die allgemeine Krankenpflege verantwortliche Krankenpfleger „engagiert sich in einem ständigen Prozess, seine Kompetenzen beizubehalten und zu

verbessern“ und „nimmt an ständigen Weiterbildungen teil“.

Die Nicht-Teilnahme der Krankenpfleger an ständigen Weiterbildungen hat verschiedene Gründe (Dierckx De Castele, Milisen & Darras, 2003):

- Die Kosten bezüglich der Teilnahme an ständigen Weiterbildungen
- Die schwache Unterstützung u.a. finanzieller Art seitens der Arbeitgeber
- Die Stundenpläne, die wenig flexibel und anstrengend sind
- Die Zugänglichkeit an ständigen Weiterbildungen
- Zeitmangel
- Müdigkeit
- Personalmangel
- ...

Dabei sind ständige Weiterbildungen unerlässlich, um sein Wissen zu aktualisieren und um seine Kompetenzen zu erhalten und zu entwickeln. Nur so kann die Qualität der Pflege und die Sicherheit der Patienten garantiert werden.



Denn desto besser die Krankenpfleger ausgebildet sind, desto besser ist die Sicherheit der Patienten gesichert (Aiken et al., 2014).

Der CFAI gibt in seinem Gutachten folgende Empfehlungen:

- Pflegekräfte müssen sensibilisiert werden, damit sie sich der wesentlichen Verantwortung der eigenen ständigen Weiterbildung bewusst werden.
- Die Einführung:
 - eines zentralisierten Meldesystems der absolvierten Weiterbildungen
 - einer individuellen Verpflichtung, ein aktualisiertes Dossier zu führen als Beweis für die ständige Weiterbildung zum Erhalt des Visums (Arbeitserlaubnis) mittels eines (elektronischen?) Portfolio - Systems.
- Die 60 Stunden Weiterbildung auf 4 Jahre sind eine minimale Basis für alle Krankenpflegepraktizierenden.
- Ein Krankenpflegepraktizierender,

der nach einer langen Abwesenheit (4 Jahre und mehr) zurück in den Pflegesektor kommt, muss eine theoretische Weiterbildung von mindestens 114 Stunden innerhalb von 12 Monaten nach Wiederaufnahme seiner Tätigkeit absolvieren um seine Kenntnisse zu aktualisieren. Diese Weiterbildung ist von einer Ausbildungseinrichtung für Krankenpflege organisiert oder durch eine andere Instanz, in Form von Modulen, die anerkannt und validiert werden müssen. Ständige Weiterbildungen, die während der Langzeitunterbrechung absolviert wurden, können in den Aktualisierungsstunden berücksichtigt werden.

Außerdem wird nachdrücklich empfohlen, dass der Wiedereinsteiger während 15 Tagen von einem Fachkollegen in der Praxis begleitet wird (Tutorat).

”

„Man soll nie anfangen mit dem Lernen aufzuhören und nie aufhören mit dem Lernen anzufangen.“

”

”

„Lernen ist wie Rudern gegen den Strom. Hört man damit auf, treibt man zurück.“

Laozi

”

- Eine angepasste Finanzierung muss für alle Tätigkeitsbereiche (Krankenhaus, häusliche Krankenpflege, Alten- und Pflegewohnheime,...) vorgesehen werden und dies, damit eine Gleichgerechtigkeit zwischen allen Pflegepraktizierenden bezüglich der ständigen Weiterbildung besteht.
- Diese Finanzierung muss
 - den Ersatz des Krankenpflegepraktizierenden/den durch den an der Weiterbildung teilnehmenden Krankenpfleger erlittenen finanziellen Verlust decken.
 - die Zugänglichkeit der Weiterbildungen mindestens durch die Übernahme der Einschreibgebühr garantieren.

Zusätzliche Tätigkeitenliste für die Pflegehelfer?

J. FAGNOUL, KPVDB

In seiner Sitzung vom 17. April 2018 verabschiedete die technische Fachkommission für Krankenpflege (CTAI) eine zusätzliche Tätigkeitenliste für Pflegehelfer mit Zusatzausbildung.

Ursprung:

Am 20. Februar hat Ministerin De Block der Fachkommission einen Antrag auf Revidierung der Gesetzgebung über die Pflegehelfer und die mögliche Erweiterung ihrer Tätigkeitenliste, die zurzeit sehr begrenzt ist, gerichtet. Die Pflegehelfer könnten somit den Krankenpflegern eine bessere Unterstützung bieten. Der föderale Rat für Pflegefachkräfte (CFAI) hat dies bezüglich schon am 6. Februar 2018 ein Gutachten eingereicht. Die Ministerin wünscht keinen neuen Berufstitel sondern die Stärkung der bestehenden Titel und die Präzisierung der Kompetenzen im Bereich Krankenpflege gegenüber den Patienten und der anderen Gesundheitspflegeberufe. Aus diesem Grund hat sie die CTAI um eine Aktualisierung der Liste der Tätigkeiten, die ein Pflegehelfer ausführen darf, gebeten.

Gutachten der technischen Fachkommission für Krankenpflege

Zurzeit ist die Gesetzgebung, die die Kompetenzen des Pflegehelfers festlegt, relativ strikt, was im täglichen Ablauf gewisser Dienste oder Einrichtungen Probleme stellt. Die Fachkommission schlägt einige Anpassungen der Gesetzgebung vor, um Abhilfe zu schaffen. Langfristig werden diese

Anpassungen jedoch nicht ausreichen. Der Krankenpfleger benötigt eine professionelle Hilfe. Die Pflegen werden immer komplexer und in allen Bereichen stellt man eine Intensivierung der Pflege fest. Die Krankenhäuser konzentrieren sich stärker auf die akuten Krankheiten im Rahmen eines kürzeren Krankenhausaufenthalts. Aus diesem Grund verlegen sich die postoperativen Pflegen zur ersten Linie. In den letzten Jahren hat die häusliche Krankenpflege eine starke Entwicklung in den technischen Pflegeleistungen gekannt. In den Einrichtungen für Senioren bringen die Vergreisung und die Multimorbidität ebenfalls bedeutende technische Fachleistungen mit sich. Aufgrund der steigenden Komplexität der Pflege ist das aktuelle Niveau des Pflegehelfers unzureichend, um in Zukunft der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenpflegerin eine professionelle Hilfe zu sein.

In dieser Optik schließt sich die CTAI dem Gutachten vom 6. Februar 2018 des CFAI an, der für die Zukunft eine professionelle Hilfe eines höheren Niveaus als den aktuellen Pflegehelfer vorsieht. Auf keinen Fall darf eine Erweiterung der Kompetenzen ohne angemessene Anpassung der Ausbildung stattfinden. Deshalb sieht die CTAI in ihrem Gutachten vor, dass die Liste der Tätigkeiten nicht erweitert wird, sondern dass es eine zusätzliche Liste gibt, die die Delegation ausschließlich an Pflegehelfer mit einer Zusatzausbildung erlaubt.

Der Passus wurde wie folgt formuliert:

Die Pflegehelfer, die eine ausreichende und gründliche Ausbildung um

die unten genannten Tätigkeiten auszuführen absolviert haben, sind befugt, zusätzlich zu den jetzt erlaubten Tätigkeiten und unter Aufsicht eines Krankenpflegers in einem strukturierten Team, laut Pflegeplan die neuen Tätigkeiten auszuüben. Dies bedeutet ebenfalls, dass diese Tätigkeiten nicht aus Eigeninitiative vom Pflegehelfer durchgeführt werden dürfen, sondern dass der Krankenpfleger weiterhin für die Delegation zuständig ist und im Einzelfall entscheiden muss, was sie wem und bei welchem Patienten delegiert.

Die Fachkommission hat sich mit der Messung der Parameter, der Hilfe bei der Medikamenteneinnahme und der Hilfe bei der Nahrungseinnahme im Falle von Schluckstörungen befasst, da in diesen Bereichen die meisten Fragen und immer wieder zurückkommende Fragen gestellt wurden.

In Bezug auf die Parameter darf der Pflegehelfer zurzeit nur Puls und Temperatur messen. Mit den aktuellen technischen Mitteln ist es möglich, in aller Sicherheit den Blutdruck und die Sauerstoffsaturation zu messen. In manchen Bereichen werden auch Messskalen benutzt (Schmerzskala, Nortonskala,...). Bei Patienten mit Diabetes ist die Messung des Blutzuckers eine tägliche Routine, die man regelmäßig dem Patienten oder dessen Angehörigen beibringt.

Die Messung von Parametern ist kein Selbstzweck (kein Ziel an sich). Der gemessene Wert muss im Rahmen des betroffenen Patienten situiert werden und Anomalien benötigen eine klinische Interpretation. Die Weitergabe

der Resultate ist bedeutsam, insbesondere, wenn die Werte sich außerhalb der Normen befinden. Der Krankenpfleger muss im Pflegeplan vermerken, welche Parameter gemessen werden müssen, welche Skalen ausgefüllt und zu welchem Zeitpunkt Übertretungen oder Veränderungen mitgeteilt werden müssen, und dies unter Berücksichtigung der Ausbildung und der Erfahrung des Pflegehelfers.

Aus diesem Grund hat die CTAI vorgeschlagen, folgenden Satz hinzuzufügen: „Messung von Parametern und Ausfüllen von Skalen inklusive der Messung des Blutzuckers durch kapillare Blutentnahme“



Die aktuelle Gesetzgebung ist auch bezüglich der Medikamenteneinnahme per-os sehr strikt. Die Verabreichung von Medikamenten ist eine wichtige und verantwortungsschwere Pflege. Auch „alltägliche“ Medikamente weisen Nebenwirkungen und Risiken auf (Insulin, chronisch verabreichte Opiate,...). Dennoch werden viele Medikamente oft von Angehörigen verabreicht, die keine Professionellen der Gesundheitspflege sind. Außerdem macht die Gesetzgebung

keinen Unterschied zwischen Medikamenten, die verordnet werden müssen und denen, die frei verkäuflich sind. Der Verabreichungsweg muss ebenfalls berücksichtigt werden. Die Inhalationen, Augen- und Ohrentropfen, die Verabreichung über rektalem Weg (Zäpfchen, Mikroeinläufe), Vaginalkapseln und Salben gehören zu den täglichen chronischen Pflegetätigkeiten in zahlreichen Alten- und Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege. Die Intervention des Krankenpflegers für jede individuelle Verabreichung ist in der Tat unrealistisch.

Auch hier muss der Krankenpfleger im Pflegeplan definieren, welche Medikamente und über welchen Verabreichungsweg dem Pflegehelfer, im Rahmen einer strukturierten Equipe, anvertraut werden dürfen. So muss zum Beispiel, wegen den spezifischen Risiken und Dosierungen, die Verabreichung von Morphium und anderen Opiaten dem Krankenpfleger vorbehalten bleiben. Da es sich u.a. um eine Tätigkeit handelt, die einer ärztlichen Verordnung unterliegt (Tätigkeit B2), muss der Arzt auch die Möglichkeit haben, an der Entscheidung bezüglich der Delegation teilzunehmen. Zusätzlich wird es notwendig sein, dass der Krankenpfleger oder der Apotheker weiterhin garantieren, dass das richtige Medikament zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Patienten verteilt wird. Und dass er den Arzt kontaktiert, wenn der Zustand des Patienten eine Abänderung der Verordnung erfordert. Die bisherige Ausbildung des Pflegehelfers ermöglicht ihm nicht, solche Entscheidungen zu treffen.



Aus diesem Grund hat die CTAI vorgeschlagen, folgenden Satz hinzuzufügen: „Verabreichung von Medikamenten über folgende Wege: Per-os (inklusive Inhalierung); rektal; vaginal; subkutan; Hypodermoclyse; Verabreichung von Augentropfen, Ohrentropfen; perkutan mit Ausnahme von Rauschmitteln und mit Ausnahme von Medikamenten, deren Verabreichung der Arzt einem Krankenpfleger verordnet hat. Die Vorbereitung der Medikamente bleibt im Kompetenzbereich des Krankenpflegers oder des Apothekers.“

Schluckschwierigkeiten sind in den Alten- und Pflegeheimen und in der häuslichen geriatrischen Pflege häufig und zahlreiche Pflegehelfer helfen bei der Nahrungsverabreichung am Bewohner/Patienten. Hier ist es auch nicht realistisch, mit der Präsenz eines Krankenpflegers für jede Mahlzeit zu rechnen. Unter Vorbehalt einer guten Ausbildung und einer ausreichenden Kontrolle, wenn nötig nach Konzertierung mit dem Logopäden, muss der Krankenpfleger im Stande sein zu entscheiden, welche Nahrungsverabreichung er den Pflegehelfern delegieren kann

und mit welchen Vorsichtsmaßnahmen, die wie immer im Pflegeplan vermerkt sein müssen. Selbstverständlich muss dies dynamisch an der Entwicklung des Zustandes des Patienten angepasst werden. Außerdem werden immer mehr Schluckbeschwerden durch das Anlegen einer Magensonde oder eines Jejunostomieschlauchs chronisch behandelt. Diese Sonden werden chirurgisch angelegt und ihre Position wird vom Arzt kontrolliert. Sie weisen also im Gegensatz zur nasalen Magensonde weniger Komplikationsrisiken bei der Ernährung auf. Nach dem chirurgischen Anlegen und der Akutphase benötigt die Sonde eine Basispflege. Die Grundpflege an einer vernarbten Stomie, die keine Wundpflege mehr benötigt, gehört schon zum Kompetenzbereich des Pflegehelfers.


Aus diesem Grund hat die CTAI vorgeschlagen, folgenden Satz hinzuzufügen: „Ernährung und Flüssigkeitszufuhr per-os oder über eine Gastrostomie- oder Jejunostomisonde, deren Position durch den Arzt kontrolliert wurde und deren Eintrittsstelle vernarbt ist und keine Wundpflege mehr benötigt.“

Schließlich wird im Rahmen der Grundpflege eine Kontrolle der Ausscheidung durchgeführt. Wenn Fäkalome festgestellt werden, müssen diese entfernt werden. Diese Technik muss mit der notwendigen Vorsicht durchgeführt werden, aber es ist logischer, dies während der Grundpflege durchzuführen, als einen Krankenpfleger zu einem späteren Zeitpunkt speziell dafür intervenieren zu lassen. Unter der Bedingung, den

Zustand des Patienten im Vorfeld zu beurteilen, kann die Krankenpflegerin diese Tätigkeit an einen Pflegehelfer delegieren, vorbehaltlich einer gut definierten Prozedur und eines klaren Auftrages im Pflegeplan.

Aus diesem Grund hat die CTAI vorgeschlagen, folgenden Satz hinzuzufügen: „Manuelle Entfernung eines Fäkaloms“. Anlässlich eines Treffens zwischen dem allgemeinen Krankenpflegeverband (AUVB-UGIB-

AKVB) und dem Kabinett der Ministerin De Block am 30. Mai wurde uns mitgeteilt, dass dieses Gutachten begrüßt wurde und als solches umgesetzt würde. Es bleibt noch abzuwarten, wie viel Unterrichtsstunden für diese Umschulung vorgesehen werden müssen, damit die KPVDB die Planung der Zusatzausbildung beginnen kann, da bestimmt einige Pflegehelfer Interesse an der potentiellen Übernahme weiterer delegierter Tätigkeiten haben werden.



Palliativpflegeverband
der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Palliativpflegeverband der DG hat als Auftrag, die Bevölkerung, die Pflegedienstleister und die Einrichtungen für die Philosophie der Palliativpflege zu sensibilisieren und sie darin zu unterstützen.

Dazu verfügt der Verband über einen Koordinator, einen Psychologen, und ein Externes Team.

Das Externe Team ist ein multidisziplinäres Team, spezialisiert in Palliativpflege. Das Team interveniert in der häuslichen Versorgung beim Patienten, mit einer zusätzlichen beratenden Rolle für Professionelle und Einrichtungen.

Wir stellen ein:

KRANKENPFLEGER(IN)
für das Externe Team
im Norden und Süden der DG

Ausbildung und Erfahrung im Palliativbereich sind von Vorteil, können jedoch erworben werden. - Teilzeitbeschäftigung

Wir erwarten:

- Eigeninitiative – Flexibilität – selbständiges Arbeiten – eigenes Fahrzeug
- zweisprachig Deutsch/Französisch

Wir bieten:

- Ein angemessenes Gehalt, Anerkennung vorhandener Dienstjahre
- Teamarbeit und Supervision
- Die Möglichkeit zur Weiterbildung

Fühlen Sie sich angesprochen, dann schicken Sie uns Ihre Bewerbung bis zum 30.06.2018 an den Palliativpflegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft VOG, Hufengasse 65, 4700 Eupen, z. H. von Frau P. Plumacher, oder per Mail an palliativ.dg@skynet.be. Weitere Informationen: Frau Petra Plumacher, Geschäftsführerin, Tel 087/569 747 oder 0471/268 473.

UGIB reagiert auf IF-IC Klassifizierung



Wie wir in der Dezemberausgabe von Pflege Heute schon kurz mitteilen, haben die Sozialpartner (Arbeitgeber und Gewerkschaften) der paritätischen Kommission 330 am 11. Dezember nach monatelangen Verhandlungen, zwei kollektive Arbeitsabkommen unterschrieben. Diese Abkommen betreffen zum einen die neue Funktionsklassifizierung und zum anderen, die dementsprechende Entlohnung. Das IFIC – das Institut für die Klassifikation der Funktionen im Pflegebereich - bereitete diese Klassifizierung seit einigen Jahren ohne Rücksprache mit den Berufsvereinigungen vor.

Bis Ende April sollte jeder von seinem Arbeitgeber die Funktion in der er eingestuft wurde sowie das dazu gehörende Gehalt mitgeteilt bekommen haben. Normalerweise werden alle Krankenpfleger der allgemeinen Dienste (Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Pädiatrie, medizinisch-technische Dienste, Konsultationen,...) in die Klasse 14 (A oder B, je nachdem ob sie Bachelor oder EBS sind) eingestuft. Die Krankenpfleger des OP's, der Notaufnahme oder der Intensivabteilung erhalten die Klasse

15. Keiner kann jedoch verpflichtet werden diese Klassifizierung anzunehmen und hat sogar das Recht dagegen anzugehen.

Es ist also die Klasse, die das Gehalt definiert und nicht mehr das Diplom. Mit anderen Worten heißt das, gleich welches Diplom Sie haben, gleich welchen Fachtitel oder besondere berufliche Qualifikation: alle Krankenpfleger, die der gleichen Funktion zugehören, erhalten das gleiche Gehalt. So könnte es vorkommen, dass eine brevetierte Krankenpflegerin im OP ein höheres Gehalt bekommt als eine Krankenpflegerin mit Bachelorausbildung und Fachtitel in Onkologie auf einer Inneren Station.

Jede Person, die einen neuen Vertrag unterschreibt, unterliegt automatisch der neuen Klassifizierung und somit auch der neuen Entlohnung. Personen, die schon im Arbeitsverhältnis sind, haben die Wahl in das neue Modell einzusteigen oder auch nicht. Wenn man jedoch die Funktion oder den Arbeitgeber wechselt, fällt man automatisch in die neuen Baremen. Dies kann ein reelles Problem für die Mobilität der Krankenpfleger innerhalb einer Einrichtung oder zwischen Einrichtungen darstellen, da diese Mobilität potentiell einen Gehaltsverlust mit sich bringen kann.

Die Berufsvereinigungen und der allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (AKVB- UGIB) haben mehrere Probleme festgestellt und dies auch in einem Brief an die zuständige Behörde festgehalten:

1. Aspekte bezüglich der benutzten Methode um die Funktionen und die konsultierten Instanzen zu beschreiben.

Anlässlich verschiedener Informationstreffen mit den Befürwortern der Klassifikation (Vertreter von IF-IC, Gewerkschaften, Santhea) haben diese erwähnt, dass u.a. die Krankenpfleger sowie die Einrichtungen, nach einem „wissenschaftlichen“ Ansatz zur Validierung von getroffenen Entscheidungen befragt wurden. Es war aber unmöglich mehr Details zu erhalten: welche Methode, wie viele Personen wurden befragt? Welche Krankenhauseinrichtungen? Welche Bereiche? Angesichts unklarer und nicht argumentierter Antworten hat sich Misstrauen eingestellt. Die Reaktionen der Teilnehmer an diesen Informationstreffen waren heftig und entschieden, was beweist, dass der Beruf und seine Vereinigungen völlig auf Abstand gehalten wurden und (absichtlich) von der Vorbereitung dieser Reform ausgeschlossen wurden. Sie hatten also keine Möglichkeit sich während der Vorbereitung zu äußern.

Die Ministerin verkündet lautstark, dass die Sozialpartner und Arbeitgebervertretungen am runden Tisch saßen. Ja, sicher, aber wir stellen ihre Repräsentativität in Frage. Die Sozialpartner vertreten das gesamte Personal aller Krankenhausektoren. Nur wenige Krankenpfleger sind einer Gewerkschaft angeschlossen und die Krankenpflege ist nur ein geringer Teil der angeschlossenen Mitglieder einer Gewerkschaft. Sie vertreten viele, aber nicht die Krankenpflege. Wieso wurden erneut,

wie in anderen wichtigen Akten, die die Reform der Gesundheitspflege betreffen (Abkommen Protokoll vom 21/12/17, Gesetz über die Qualität der Pflegepraxis,...) die Berufsvereinigungen nicht konsultiert und in den Prozess mit einbezogen, obwohl dies sie direkt betrifft.

Was wird aus den schönen Reden und Studententagen zur Aufwertung und Förderung des Krankenpflegeberufs um ihn attraktiv zu machen, wenn in der Realität die Texte ohne Konkretisierung mit dem Beruf vorbereitet werden?

2. Unbeantwortete Fragen

Die zwei wichtigsten Aspekte, die unklar bleiben, sind die bestehenden Funktionen, die in der Liste vergessen wurden und die zukünftigen Funktionen, wie sie von den föderalen Gremien besprochen wurden sowie die finanziellen Modalitäten der weiteren Schritte der Reform.

Die vorgeschlagene Liste ist unvollständig. Was geschieht mit der administrativen Krankenpflegehilfe, der Krankenpflegerin im Aufwachraum, die in der Schmerzbehandlung? Was geschieht mit den Pflegehelfern unter Art. 54 bis, die gewisse Krankenpflegeleistungen durchführen dürfen? Sie haben also eine andere Funktion. Das gleiche gilt für die Pflegeassistenten (2 Jahre A2 vor 1995). Was geschieht mit den Mitarbeitern des mobilen Teams, die regelmäßig in anderen Diensten arbeiten (und potentiell also auch in anderen Funktionen). Möchten diese in Zukunft noch auf Stationen arbeiten, die zur Klasse

14 gehören? Die Hygiene-Krankenpflegerin wird nicht mehr als Kader betrachtet, obwohl dies im Gesetz über die Krankenhäuser so vorgesehen ist. Ist da ein (versteckter) Wille dieses Gesetz und die Strukturierung zu revidieren? Wie wird die Anstrengung der Personen, die ihren Fachtitel (FT) oder besondere berufliche Qualifikation (BBQ) ab Juni 2018 erhalten, valorisiert? Geraten Dienste in denen die Anerkennungsnormen spezialisiertes Personal verlangen (z. Bsp. Geriatrie) nicht in Not, wenn die neue Klassifizierung diese Spezialisierung nicht mehr finanziert?

In Bezug auf die Finanzierung ist zu bemerken, dass in der ersten Phase nur 18,5% der notwendigen Mittel um diese Reform zu finanzieren, freigestellt wurden. Die nächsten Phasen sind nicht abgesichert und hängen vom guten Willen der nächsten Regierung ab. Was passiert, wenn die Finanzierung nach 2021 nicht mehr gedeckt wird?

3. Aspekte bezüglich der potentiellen Diskriminierung

Diese Klassifizierung beinhaltet schwere Diskriminierungen zwischen den Diensten einer gleichen Einrichtung und erst recht zwischen den verschiedenen Einrichtungen. So wird die Arbeit in den Diensten Intensiv, Notfallaufnahme und OP besser bezahlt als die Krankenpflege in den aber genauso komplexen und spezialisierten Diensten, wie die Onkologie, die Pädiatrie, die Geriatrie, die Psychiatrie, usw. Ein unnötiger Wettkampf zwischen den Diensten und den Ein-

richtungen könnte die Folge sein. Eine zweite Diskriminierung besteht in der Tatsache, dass im Barema 14 ein Unterschied zwischen EBS und Bachelor gemacht wird, aber nicht im Barema 15. Eine brevetierte Krankenpflegerin, die in einem Dienst mit Klassifikation 15 arbeitet, wird lange zögern bevor sie eine Versetzung in einen Dienst mit Klassifikation 14 beantragt. Es besteht ebenfalls eine Diskriminierung bei den Dienstleitern, die in Zukunft große Einheiten bevorzugen werden, weil eine kleine Einheit eine tiefere Klassifikation und somit weniger Lohn bedeutet.

4. Aspekte bezüglich der Hochschulbildung

Die Funktionsklassifizierung der IF-IC beschreibt die Krankenpflegefunktionen nach sechs allgemeinen Kriterien und berücksichtigt die FT, BBQ, Diplome oder Studienniveaus für diese Funktionen nicht mehr.

Den allgemeinen beruflichen Kompetenzen (für die allgemeine Pflege verantwortlicher Krankenpfleger) und Spezialisierungen wird nicht mehr Rechnung getragen. Im Gegenteil, für alle Studienniveaus oder verschiedene Fachtitel werden die Gehälter geglättet und in einem einzigen Barema verschmolzen, zumindest in der Klasse 15.

Welches ist in diesem System „gleiche Arbeit, gleiches Gehalt“ (die Gleichheit oder die Differenzen der Funktionen müssen noch bewiesen werden) noch das Interesse eine längere und höher eingestuf-

te Grundausbildung zu absolvieren, Post Bachelorstudien, oder Fachtitel zu erwerben? Wie werden solche Studien ermutigt und valorisiert?

5. Aspekte bezüglich der Risiken für die Qualität der Pflege und die Sicherheit des Patienten

Es ist schon länger bewiesen, dass das Qualifikationsniveau des Krankenpflegers (= Studienniveau) die Gesundheitsresultate, unter anderem die Morbimortalität der Patienten und ihre Zufriedenheit stark beeinflussen (Aiken et al., 2014; CIL, 2016; SIDIEF, 2011). In einem Kontext wo die Wahl eines Hochschuldiploms benachteiligt wird, ist zu befürchten, dass die Qualität der Pflege und die Sicherheit der Patienten, trotz Behauptungen der Ministerin, die sagt diese zu verteidigen, nicht mehr gewährleistet werden.

Es ist ebenfalls zu befürchten, dass die Krankenpfleger die Funktionen, die das Erreichen des Barema 15 ermöglichen, bevorzugt werden. Akute Pflege an spezifischen Patientengruppen (Pädiatrie, Onkologie, Geriatrie, Psychiatrie, usw.) könnten trotz Wichtigkeit des Sektors benachteiligt werden. Und was sind die Pläne für die erste Linie (häusliche Krankenpflege) angesichts der Steigerung des ambulanten Pflegebedarfs, der angekündigt wurde und der vorherzusehenden Komplexität für diese? Die Krankenhauseinrichtungen werden es bevorzugen, die wenigen Bachelor und spezialisierte Krankenpfleger, die bleiben, zum gleichen Tarif zu beschäftigen.

Aufgrund der Reaktionen wurde der allgemeine Krankenpflegeverband durch die Ministerin zu einem Treffen mit den Sozialpartnern am 13.06.2018 eingeladen.

In der Zwischenzeit wurde auch eine Petition (auch mit Erklärung in deutscher Sprache) unter folgendem

Link lanciert: www.petitions24.net/non_a_la_nouvelle_classification_ific_un_recours_est_encore_possible



assurances depuis 1944
par et pour le secteur de la santé

R.C. Professionnelle

Une couverture de 20 ans,
même après la fin du contrat.



Avantages KPVDB
Cotisation annuelle de 74,69 €
Nouveau: option avec couverture Agression

**Indépendants ou salariés,
exercez votre métier l'esprit tranquille en vous assurant correctement.**

La RC Professionnelle d'Amma vous couvre 20 ans, même après la fin du contrat, pour autant que l'acte ait eu lieu pendant la durée de la police. Tout cela sans surprime et protection juridique incluse.

NOUVEAU: En complément à cette RCP, la couverture "Aggression et autres risques professionnels" peut être souscrite en option.

Renvoyez ce talon à l'avenue des Arts 39/1 à 1040 Bruxelles ou via consult@amma.be

Je suis intéressé(e) par la R.C. professionnelle d'AMMA et la couverture Agression

Langue: FR NL Statut: Indépendant(e) Salarié(e)

Nom: Prénom:

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

Année de promotion: Téléphone:

E-mail: Date de naissance: - -

UPPAD

DIE NEUE ANWENDUNG FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE (K.E. 78)

Wenn Sie zu arbeiten anfangen oder eine Änderung in Ihrer Berufspraxis vornehmen, müssen Sie verschiedenen offiziellen Organen (FÖD Volksgeundheit, LIKIV, Gemeinschaften) eine Reihe von Informationen mitteilen.

Bis vor kurzem führte jede Behörde eine eigene Datenbank. Um an Effizienz und Qualität zu gewinnen, haben sämtliche belgischen Gesundheitsbehörden beschlossen, Ihre administrativen Daten in einer einzigen Datenbank zu bündeln. Die gesicherte Anwendung UPPAD (Unique Portal for Professionals for Administrative Data) erlaubt es Ihnen, auf diese persönlichen administrativen Daten der Datenbank der Behörden einfach zuzugreifen.

Die Vorteile der UPPAD-Anwendung sind folgende:

- Zugriff auf all Ihre Daten an einer einzigen Stelle und über ein einziges Portal, als auch Weiterleitung zur richtigen Behörde bei Aktualisierung
- einfacherer Austausch mit den Behörden
- Sicherung der Qualität der Datenbanken der offiziellen Gesundheitsbehörden
- nützliche individuelle Links für die jeweiligen Gesundheitsfachkräfte in Bezug auf:

- Beglaubigungsanträge
- Zulassungsanträge
- Informationen zum Thema Akkreditierung
- die Erlaubnis, spezifische Leistungen auszuüben (nur für Hebammen)
- die Verwaltung der finanziellen Daten und der Prämien
- die Verwaltung der Arbeitsplatzadressen
- die Verwaltung der Übereinkommen
- besondere Anfragen
- sonstige Informationen, die zur Ausübung eines Gesundheitspflegeberufs relevant sind.
- In Zukunft werden die verschiedenen Behörden diese einzige Datenbank zunehmend nutzen, um Ihnen eine zentrale Zugangsstelle mit qualitativ hochwertigen Daten zur Verfügung zu stellen. In einem späteren Stadium wird der gegenseitige Austausch dieser Daten zwischen den Behörden automatisch erfolgen.

Entdecken Sie jetzt diese neue Anwendung und die Daten, die sich auf Sie beziehen. Beim Zusammenführen der Daten haben wir für gewisse Profile Fehler entdeckt. Obwohl wir die meisten Fehler korrigiert haben, kann es sein, dass es noch einige Fehler vorliegen. Durch Anklicken des Links können Sie bestimmte Ihrer Daten selbst korrigieren. Die

betreffenden Änderungen werden frühestens am nächsten Tag sichtbar sein. Falls Sie einen Fehler in Ihrem Profil entdecken, den aber nicht selbst korrigieren können, müssen Sie zur Startseite zurückkehren und das Online-Formular unter « Informationsanfrage » ausfüllen. Wir nehmen dann die notwendigen Änderungen vor.

Die UPPAD-Anwendung ist unter www.uppad.be abrufbar und Sie können sich beim e-Health Portal mit Ihrem elektronischen Ausweis und Ihrer PIN-Code bzw. einem Benutzernamen und Passwort sicher anmelden.

DIE UPPAD IST EINE INITIATIVE VON



Tätigkeitsbericht 2017

Dieser Tätigkeitsbericht ist die Möglichkeit, nochmal auf 2017 zurückzublicken und die Schwerpunkte unserer Arbeit hervorzuheben.

Neben den gewöhnlichen Aktivitäten befasste sich die KPVDB in diesem Jahr spezifischer mit folgenden Themen:

Auf föderaler Ebene:

- A. Ernst hat für die KPVDB an der Arbeitsgruppe Deontologie im CFAI aktiv mitgewirkt. Der Deontologiekodex in deutscher Sprache wird 2018 erhältlich sein.
- Auf Ebene des CFAI wurde an der Erweiterung der Liste der Tätigkeiten des Pflegehelfers gearbeitet.
- Gemeinsam mit der ACN und der NVKVV arbeitet die KPVDB an einer Forschung über Qualitätsindikatoren in den APWH.
- Die KPVDB ist in den Ausschuss des allgemeinen Krankenpflegeverbandes bestellt worden.

Auf Ebene der KPVDB haben wir einige Ziele erreichen können:

- Das im Rahmen des Vertrags mit der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft gefragte Gutachten zur Qualitätsentwicklung in den APWH wurde im Juni 2017 eingereicht.
- 2017 hatte die KPVDB den Vorsitz des Beirates für Gesundheitsförderung.
- Die Bedarfsanalyse im Bereich Weiterbildungen wurde durchgeführt und ausgewertet.

Sie werden in diesem Tätigkeitsbericht feststellen können, dass die KPVDB neben dem Auftrag der Ver-

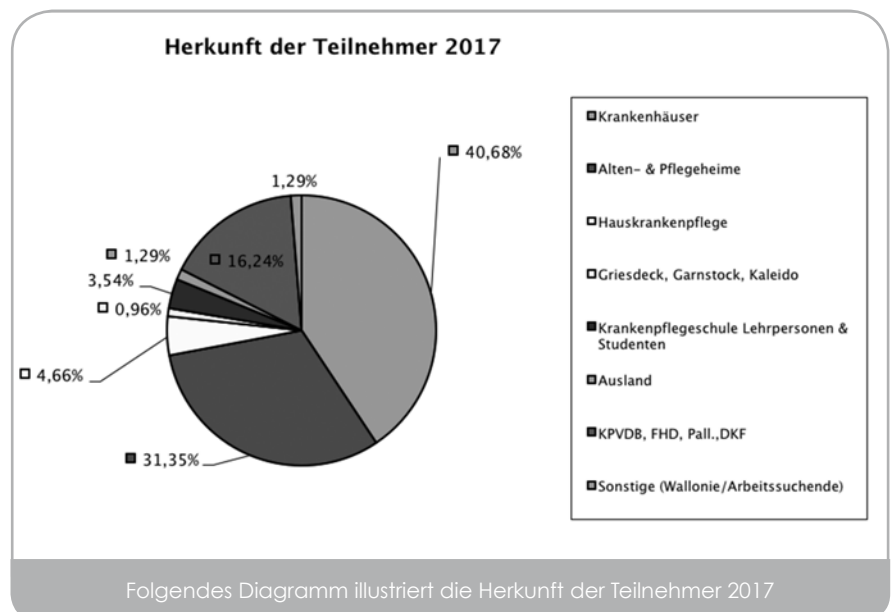
tretung der Berufsinteressen noch einen anderen wesentlichen Auftrag in Ostbelgien hat. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen (Krankenhäuser, Altenpflegeeinrichtungen, Heimpflege, Ausbildung,...) und dem Ministerium stimmt sie den Bedarf an Aus-, Weiter- und Zusatzausbildungen im Pflegebereich ab und organisiert entsprechende Angebote. Dank der Subsidien der Regierung der DG (ca. 60 % der Finanzmittel) und der Einrichtungen (ca. 10 %) gelingt es der Berufsvereinigung diese zahlreichen Projekte umzusetzen.

Dieser Aspekt unserer Arbeit ist für qualitativvolle Pflege und Begleitung unserer Mitmenschen von größter Bedeutung, denn man sollte nie anfangen mit dem Lernen aufzuhören und nie aufhören mit dem Lernen anzufangen. 2018 werden wir weiter an den geöffneten Baustellen arbeiten.

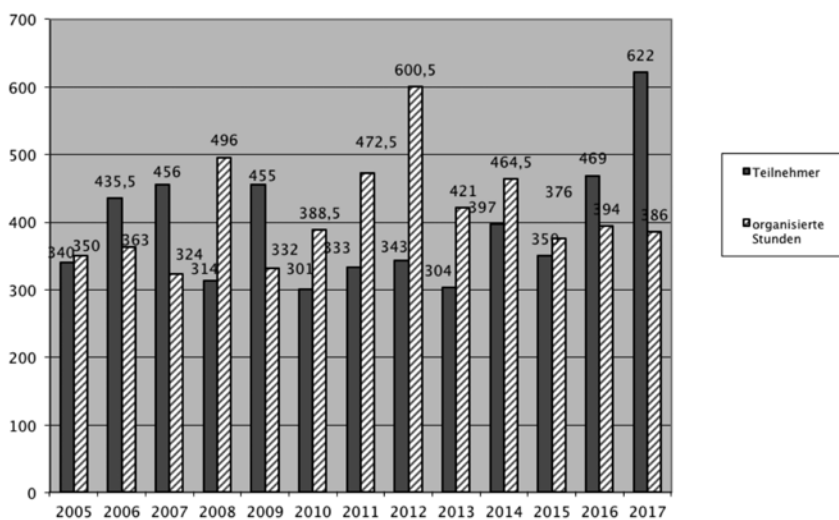
Ständige Weiterbildungen

Der erste Schwerpunkt unserer Tätigkeit liegt in der Organisation von Weiterbildungen für Krankenpfleger und Pflegehilfspersonal in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. 2017 wurden im Rahmen von 38 Weiterbildungen und Seminaren 386 Stunden organisiert, an denen 622 Personen teilnahmen. Dies bedeutet, dass insgesamt 5837 Weiterbildungsstunden absolviert wurden.

Die Teilnehmer der Weiterbildungen stammen aus diversen Pflegebereichen. Fachspezifische Weiterbildungen im Rahmen der verpflichtenden Weiterbildungen für Träger eines Fachtitels oder einer besonderen beruflichen Qualifikation. Zurzeit besteht die Pflicht der ständigen Weiterbildung nur für Krankenpfleger mit einer besonderen beruflichen Bezeichnung (Titel, Spezialisierung) oder mit einer besonderen beruflichen Qualifikation.



Entwicklung 2005 – 2017



Das folgende Diagramm stellt die Entwicklung der Weiterbildungen seit 2005 dar

Diese beträgt 60 Stunden /4 Jahre. Jede „Spezialisierung“ hat ihren eigenen Ministeriellen Erlass, in dem die Themen der Weiterbildungen festgelegt sind.

Diese Weiterbildungen müssen nicht von einer Behörde anerkannt werden, wenn sie den Bedingungen des Ministeriellen Erlasses entsprechen.

- Fachkrankenschwester für Intensiv- und Notfallpflege (M.E. vom 19/04/2007)
- Fachkrankenschwester für Geriatrie und Krankenschwester mit besonderer Fachkenntnis im Bereich Geriatrie (M.E. 19/04/2007)
- Fachkrankenschwester für Onkologie (M.E. vom 18/02/2009)
- Fachkrankenschwester für Pädiatrie und Neonatologie (M.E. vom 16/02/2012)
- Krankenschwester mit besonderer Fachkenntnis in Diabetologie (M.E.

vom 20/02/2012)

- Fachkrankenschwester für Geistesgesundheit und Psychiatrie und Krankenschwester mit besonderer Fachkenntnis in den Bereichen Geistesgesundheit und Psychiatrie (M.E. vom 24/03/2013)
- Krankenschwester mit besonderer Fachkenntnis in Palliativpflege (M.E. vom 08/07/2013)
- Fachkrankenschwester in der perioperativen Pflege, Anästhesie, Operations- und Instrumentenasistenz (M.E. vom 26/03/2014)

Da der KPVDB regelmäßig mitgeteilt wurde, es sei schwierig, diese verpflichtenden Weiterbildungen in deutscher Sprache zu finden, wurde mit Genehmigung der Regierung ein Angebot für die Bereiche Onkologie, Geriatrie, Palliativpflege, Psychiatrie, Intensiv- und Notfallpflege sowie Di-

abetologie ausgearbeitet und angeboten. Vorbereitung Ausbildung für Führungskräfte in den APWH und Paramedizinische Dienste. Ab Herbst 2017 hat, in Abstimmung mit der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft und den Heimleitern der APWH, die Vorbereitung einer Ausbildung für Führungskräfte in den Alten- und Pflegeheimen begonnen.

Ausbildung zum Familienhelfer und Pflegehelfer oder Kinderbetreuer AFP-K

1. AFP-K 6: Januar 2016 - Juni 2017

Dieser Lehrgang startete im Januar 2016 und endete in Juni 2017 mit 17 Teilnehmern. Die Doppelausbildung zum Familien- & Seniorenhelfer sowie Pflegehelfer wird seit Januar 2008 in Ostbelgien angeboten. Sie wird organisiert durch die KPVDB VoG. und die Familienhilfe VoG. in Zusammenarbeit mit dem Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft und mit Unterstützung durch das Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft. In der achtzehnmönatigen Ausbildung mit insgesamt 856 theoretischen Unterrichtsstunden und 722 praktischen Stunden, wurden die Teilnehmer im Bereich Hauswirtschaft, Psychologie und Pädagogik, Pflege und Hygiene, Anatomie und Gerontologie, Berufskunde, Sozialgesetzgebung und Lerntechniken geschult. Ihren Arbeitsort finden sie insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, in der Familienhilfe sowie im Krankenhaus und in der häuslichen Krankenpflege.

2. AFPK-7: Start im September 2017

Der Start von AFPK-7, ab September, musste ab April 2017 intensiv vorbereitet werden. Die Information und Rekrutierung der Teilnehmer, die in Zusammenarbeit mit dem ADG geschieht, ist von großer Bedeutung für das Gelingen der Ausbildung, aber auch arbeitsintensiv.

Insgesamt wurden 19 Personen für die Familien- & Seniorenhelfer und Pflegehelferausbildung (FH/PH) rekrutiert. Eine Person ist schon Familienhelferin und muss als „Quereinsteiger“ nur gewisse Module belegen. Eine Teilnehmerin, die die Ausbildung 2014 begonnen hatte, wird nach dem Stammmodul hinzustoßen. 6 Personen wurden für die Kinderbe-

treuerausbildung (KB) rekrutiert. 2018 wird ein Jahr mit zahlreichen Gesetzesänderungen sein.

Im Rahmen der 6. Staatsreform soll das Dekret über die Angebote für Senioren und Personen mit Unterstützungsbedarf sowie über die Palliativpflege verabschiedet werden. In diesem Rahmen wurde die KPVDB gebeten, für Juni 2017 ein Gutachten zur Qualitätsentwicklung der Pflege in den APWH einzureichen. Werden wir um eine Stellungnahme bezüglich des Dekretentwurfs gebeten?

Die Ministerin De Block arbeitet zurzeit an der Reform des koordinierten Gesetzes vom 10. Mai 2015 (ehem. K.E. 78) ohne mit der Pflege zu kommunizieren. Wie in der Zwi-

schenzeit schon bekannt, kocht sie ihr Süppchen allein im stillen Kämmerlein und wir werden diese Suppe auslöffeln müssen! Der Gesetzesentwurf bezüglich der Qualität der Gesundheitspflege besteht; und die Ministerin lädt offiziell die Patientenvertreter (LUSS = Ligue des Usagers des Services de Santé) zu Konzertierungsversammlungen ein, was auch richtig ist. Aber stimmt die Reihenfolge? Die Politiker und die Nutznießer bestimmen jetzt, was gute Medizin oder hochqualitative Pflege ist, bevor die Gesundheitspflegeberufe selbst (Krankenpfleger, Kinesiotherapeuten, Ergotherapeuten,...) sich zu dieser Frage äußern können.

Auch das Abkommen bezüglich der Kooperation zwischen Personen, die aus dem Umfeld des Patienten/Kunden stammen und den Professionellen der Gesundheitspflege muss noch in die Gesetzgebung eingefügt werden. Ziel dieses Abkommens ist es Familienhelfern, Erziehern oder auch Lehrern zu ermöglichen, gewisse pflegerische Tätigkeiten unbestraft durchführen zu können. Die Krankenpfleger müssen unbedingt bei der Erstellung des vorgesehenen Qualitätsrahmens einbezogen werden. Der Allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (UGIB-AKVB) hat diesbezüglich eine Arbeitsgruppe gebildet.

2018 wird auch das Jahr des 30-jährigen Bestehens der KPVDB sein. Was wir diesbezüglich planen, werden Sie zu einem späteren Zeitpunkt erfahren.



Das Zertifikat erhielten: Becker-Groteklaes Beatrice, Cimalova Marketa, Galkiewicz Andrzej, Gesikowska Jolanta, Jousten Tanja, Massonet Georges, Maue Sandra, Mertz Nina, Raxhon Gina, Reddien Brisch-Gehring Marion, Schlösser Nathalie/Nicole, Schumacher Katrin, Straet Nathalie, Strkalj Matea, Theissen Sabine, Valkenberg Carmen und Voloshinova Vera.

Deontologiekodex (2. Teil)

I attribute my success to
this - I never gave or took
any excuse.

Florence Nightingale



Wie in der letzten Zeitschrift schon erwähnt, verabschiedete der föderale Krankenpflegerat (CFAI) am 14. November 2017 ein Gutachten über die Notwendigkeit eines deontologischen Regulierungsorgans für die Krankenpflege. Die zwei ersten Kapitel waren auch in der Ausgabe von März zu lesen. Hier finden Sie den restlichen Text.

Die Pflegeempfänger und ihr Umfeld

Artikel 10. Der Krankenpfleger versorgt die Pflegeempfänger in einer von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägten Atmosphäre. Er hört dem Pflegeempfänger aktiv zu, antwortet angemessen auf dessen Fragen, beobachtet regelmäßig seinen Gesundheitszustand und coacht ihn. Er bezieht den Pflegeempfänger gemäß dessen Möglichkeiten als Partner in die Pflege seiner eigenen Gesundheit ein.

Artikel 11. Der Krankenpfleger kann einen Pflegeempfänger aus motivierten persönlichen oder beruflichen Gründen und innerhalb der gesetzlichen Bestimmungen als Patient ablehnen

oder die Pflegebeziehung beenden. Er kann die Pflege oder Mitwirkung aus Gewissensgründen ablehnen. Dies gilt auch für den Fall, dass die von dem Pflegeempfänger bereitgestellten Arbeitsbedingungen es nicht zulassen, gemäß den professionellen Normen zur Gesundheitsförderung oder Genesung zu arbeiten. Beendet er die Pflegebeziehung, so wird er dies dem Pflegeempfänger gegenüber begründen. Er gewährleistet die Kontinuität der Pflege und verweist den Pflegeempfänger ggfs. an eine Kollegin oder einen Kollegen. Er informiert den Pflegeempfänger, wenn seine Pflege von einer Kollegin oder einem Kollegen übernommen werden muss. In jedem Fall wird er die dringende Hilfe leisten, bis die Pflege übernommen oder übertragen werden kann und er gibt hilfreiche Informationen weiter.

Artikel 12. Der Krankenpfleger berücksichtigt im Rahmen der Pflege auch die Familie und das Umfeld des Pflegeempfängers. Er bietet ihnen Unterstützung, sofern dies erforderlich ist oder gewünscht wird. Er kann gemäß den gesetzlichen Bestimmungen Pflegeleistungen an Betreuer mit der er-

forderlichen Kompetenz delegieren. Dazu gehören auch eine ausreichende und deutliche Ausbildung, Betreuung, Evaluation und Kontrolle inklusive der deontologischen Aspekte.

Artikel 13. Der Krankenpfleger stellt sich dem Pflegeempfänger zu Beginn der Pflege vor und gibt ggfs. an, in welcher Funktion und für welche Organisation er arbeitet. Er überprüft vor Erbringung der Pflegeleistungen die Identität des Pflegeempfängers.

Artikel 14. Der Krankenpfleger wird dem Pflegeempfänger vor, während und nach der Pflege alle gesetzlich geforderten und notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Er tut dies in verständlicher Sprache, zumindest in der Sprache des Sprachgebiets, in dem er arbeitet, und ggfs. unter Verwendung von Körpersprache oder geeigneten Hilfsmitteln. Bei Bedarf berät er sich mit dem behandelnden Arzt und den anderen Leistungserbringern über die Bereitstellung der Informationen.

Artikel 15. Der Krankenpfleger respektiert stets die gesetzlichen Verpflichtungen des Berufsgeheimnisses und die Privatsphäre des Pflegeempfängers und seines Umfeldes. Diesem Aspekt widmet er besondere Aufmerksamkeit, wenn er elektronische Kommunikationsmittel und Social Media einsetzt. Informationen über die Pflege werden nur an die gesetzlich dazu ermächtigten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies für die Erbringung von Pflegeleistungen gegenüber dem Pflegeempfänger erforderlich ist. Mit Zustimmung des Pflegeemp-

fängers kann er die gewünschten Informationen auch dessen Umfeld zur Verfügung stellen.

Artikel 16. Im Rahmen der Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes und sofern dies erforderlich ist, kann er das Umfeld des Pflegeempfängers in die Pflege einbeziehen. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten (Wertekonflikte, ethische Konflikte usw.) wird der Krankenpfleger versuchen, so weit wie möglich zu vermitteln und/oder auf eine geeignete Lösung hinzuweisen (Vertrauensperson, Sozialarbeiter, religiöser oder philosophischer Berater, Arzt usw.), wobei er sich bewusst ist, dass der Wille des Patienten immer Vorrang hat.

Artikel 17. Der Krankenpfleger respektiert immer die Würde des Pflegeempfängers und dessen Umfeldes. Er missbraucht nicht die Abhängigkeit des Pflegeempfängers oder dessen Umfeldes. Er äußert keine Drohungen, verwendet keine Aggression oder Erniedrigung und hat keine intime Beziehung zum Pflegeempfänger oder zu Personen in dessen Umfeld. Zwang, Fixierung oder Gewalt werden nur zur Verteidigung eingesetzt oder wenn dies für die Pflege des Pflegeempfängers, der eine Gefahr für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer Personen darstellt, unbedingt erforderlich ist und sofern diese Maßnahmen notwendig bzw. angemessen sind und der Situation entsprechen. In jedem Fall wird dies in der Pflegeakte vermerkt.

Artikel 18. Der Krankenpfleger nutzt seine Position nicht, um sich innerhalb oder außerhalb seiner beruflichen Tä-

tigkeit Vorteile zu verschaffen. Er kann jedoch ein bescheidenes symbolisches Geschenk annehmen. Bei Zweifeln an den Grenzen oder der Angemessenheit wird er sich mit einer Fachkollegin/einem Fachkollegen beraten.

Artikel 19. Wenn der Krankenpfleger dem Pflegeempfänger die Kosten für seine Pflege in Rechnung stellt, fordert er eine angemessene und geeignete Vergütung für seine Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, sofern diese angewendet werden. Er informiert den Pflegeempfänger im Voraus. Er schließt keine unangemessenen oder betrügerischen Verträge ab. Der Krankenpfleger verwendet nur Produkte, Materialien oder Dienstleistungen, die für die ordnungsgemäße Durchführung seiner Pflege notwendig und nützlich sind. Das Angebot oder die Empfehlung erfolgt nur im Interesse des Pflegeempfängers und nicht aus eigenem finanziellem Interesse. Sie müssen allen gesetzlichen Normen und Anforderungen an Sicherheit und Hygiene entsprechen und Teil der wissenschaftlich fundierten und/

oder allgemein anerkannten guten fachlichen Praxis und Gesundheitspflege sein. Ist der Krankenpfleger bei einer Firma oder einem Unternehmen beschäftigt, so teilt er dies dem Pflegeempfänger im Vorfeld mit.

Der Krankenpfleger und seine Kollegen

Artikel 20. Der Krankenpfleger verhält sich seinen Kollegen gegenüber immer kollegial. Er behandelt seine Kollegen gegenüber dem Pflegeempfänger, seinem Umfeld und der Öffentlichkeit immer respektvoll. Er überträgt keine Aufgaben an Kollegen, um sich der eigenen Verantwortung zu entledigen.

Artikel 21. Der Krankenpfleger teilt seine beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen mit seinen Kollegen. Er bemüht sich soweit wie möglich, an Weiterbildung und an der Weiterentwicklung der Praxis gemäß den aktuellen Entwicklungen des Berufsstands teilzunehmen.

Artikel 22. Der Krankenpfleger wird im Rahmen seiner Möglichkeiten



und auf Wunsch konstruktiv mit an der Organisation und der Entwicklung seiner Dienstleistung, seiner Einrichtung und seines Arbeitsumfeldes mitarbeiten. Er nimmt eine positive Haltung ein und trägt zu einem offenen und sicheren Arbeitsklima bei.

Artikel 23. Stellt ein Krankenpfleger fest, dass Kollegen Probleme haben, die sich auf deren Arbeit oder Gesundheit auswirken, so bietet er diskrete Hilfe an, wenn dies gewünscht und angemessen ist. Der Krankenpfleger und das Team unterstützen Kollegen bei professionellen und/oder persönlichen Problemen auf diskrete und angemessene Weise. Sie verweisen ggfs. auf eine Vertrauensperson oder auf fachkundige Hilfe, um die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten.

Artikel 24. Im Falle von Konflikten mit oder zwischen Kollegen geht der Krankenpfleger von den objektiven Tatsachen aus. Er vermittelt, wenn dies angebracht ist, unterstützt bei der Lösung und bittet bei Bedarf eine Vertrauensperson oder die direkt verantwortliche Person des Dienstes um Hilfe. Er verzichtet auf jede Äußerung oder Einmischung, die den Zustand verschlimmern oder verschärfen kann.

Artikel 25. Im Falle eines unprofessionellen Verhaltens oder Fehlers einer Kollegin/eines Kollegen wird der Krankenpfleger zunächst diese Kollegin/diesen Kollegen respektvoll ansprechen. Ändert die Kollegin/der Kollege ihr/sein Verhalten nicht, meldet der Krankenpfleger dies der verantwortlichen Person. Bei einer ernsthaften Gefährdung der Gesund-

heit oder der Interessen eines Pflegeempfängers oder seines Umfelds hat er unverzüglich alle Maßnahmen zu deren Schutz zu ergreifen. Er hat die Situation der für seine Kollegin/seinen Kollegen verantwortlichen Person und gegebenenfalls den medizinischen Behörden und/oder Gerichten zu melden. Ein Krankenpfleger, der bei wiederholtem unangemessenem Verhalten von Kollegen nicht reagiert, zeigt stillschweigendes Einverständnis und kann auch zur Verantwortung gezogen werden. Die Sicherheit des Pflegeempfängers und die Pflege haben in jedem Fall Vorrang.

Artikel 26. Im Rahmen seiner eigenen Funktion, Möglichkeiten und Verfügbarkeit beteiligt sich der Krankenpfleger an der Ausbildung von Auszubildenden und Kollegen, hilft ihnen und unterstützt sie bei der Entwicklung ihrer Kompetenzen. Der Krankenpfleger vertraut Auszubildenden Pflegeleistungen an, die deren Ausbildungs- und Qualifikationsniveau entsprechen und wozu der Pflegeempfänger seine Zustimmung erteilt hat. Er begleitet, beaufsichtigt und kontrolliert in ausreichendem Maße und gibt ein Feedback zur Umsetzung. Er zeigt eine positive Einstellung zu seiner eigenen Aus- und Weiterbildung und zu der anderer.

Artikel 27. Der Krankenpfleger respektiert die freie Entscheidung des Pflegeempfängers für einen bestimmten Leistungserbringer. Er versucht nicht, in unangemessener Weise Pflegeempfänger/Patienten von Kollegen zu übernehmen. Er verspricht Pflegeempfänger/Patienten keine finanziellen oder

anderen Vorteile, wenn sie sich für einen anderen Leistungserbringer entscheiden. Im Hinblick auf Informationen über und Werbung für ihre Praxis hält er sich an die gesetzlichen Vorschriften. Dies tut er auf eine korrekte und objektive Weise, ohne Übertreibung und ohne Kollegen negativ darzustellen.

Der Krankenpfleger und andere Leistungserbringer

Artikel 28. Der Krankenpfleger verhält sich immer kollegial gegenüber anderen Leistungserbringern (professionelle Leistungserbringer und Freiwillige) bei dem Pflegeempfänger. Er verhält sich vor dem Pflegeempfänger respektvoll gegenüber den anderen Leistungserbringern und respektiert die Entscheidung des Pflegeempfängers.

Artikel 29. Der Krankenpfleger arbeitet im Interesse des Pflegeempfängers korrekt und gut mit allen Leistungserbringern zusammen. Er fördert die gemeinsame Zusammenarbeit und den Austausch untereinander. Sofern erforderlich und nützlich unterstützt und lenkt er auf Basis seines Wissens und seiner Fachkenntnis.

Artikel 30. Der Krankenpfleger gibt die erforderlichen Daten und Beobachtungen weiter und berät sich mit dem Arzt und den anderen Leistungserbringern über den Zustand, die Behandlung und die Entwicklung des Pflegeempfängers. Er beteiligt sich aktiv am interdisziplinären Ansatz von Pflege und Behandlung. Sofern erforderlich, schlägt er eine begrün-

detet Beratung über die Behandlung oder deren Anpassung vor. Wenn er feststellt oder befürchtet, dass eine Verschreibung oder Behandlung schwerwiegende Folgen und/oder Risiken für den Pflegeempfänger oder andere Personen haben kann, wird er diese nicht durchführen und den Auftraggeber und/oder den betreffenden Leistungserbringer und die für ihn Verantwortlichen unverzüglich informieren.

Artikel 31. Im Falle von Problemen mit anderen Leistungserbringern verhält sich der Krankenpfleger wie im Falle von Problemen mit Kollegen (siehe Art. 24-25).

Artikel 32. Der Krankenpfleger vertraut die Pflege nur Personen an, die über die notwendigen Befugnisse, Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen. Er sorgt gegebenenfalls für eine sorgfältige und ausreichende Ausbildung, Evaluation und Anpassung. Sofern der Krankenpfleger an andere Leistungserbringer verweisen muss, verweist er an diejenigen, die dem Pflegeempfänger kompetent bei seinen Problemen helfen können und eine fürsorgliche und verantwortungsbewusste Einstellung gegenüber Pflegeempfängern haben. Er stellt objektive und neutrale Informationen zur Verfügung und respektiert die Entscheidung des Pflegeempfängers. Der Krankenpfleger hat sich in angemessenem Maße über die Möglichkeiten und Kompetenzen anderer Leistungserbringer und Pflegeorganisationen in seinem Tätigkeitsgebiet, die vom Pflegeempfänger in Anspruch genommen werden können, zu informieren.



Die Rolle des Krankenpflegers in der Gesellschaft

Artikel 33. Der Krankenpfleger übernimmt im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft seine Verantwortung, seine Funktion und seine Rolle. Er hält die für seine Arbeit und die für das Gesundheitswesen insgesamt, national und international geltenden Rechtsvorschriften ein. Er informiert sich in ausreichendem Maße über die Rechtsvorschriften und die soziale Absicherung, um Pflegeempfänger und deren Umfeld an die richtige Person oder Organisation zu verweisen, sofern erforderlich. Er entwickelt einen kritischen und wissenschaftlich fundierten Blick auf die Informationen in Presse, Öffentlichkeit und (sozialen) Medien. Im Rahmen seiner Tätigkeit versucht er, falsche Informationen oder Fehler zu korrigieren oder ergreift die Initiative, diese korrigieren zu lassen.

Artikel 34. Der Krankenpfleger erkennt, dass sein Verhalten einen Einfluss auf das Image seines Beru-

fes in der gesamten Gesellschaft hat. Er verteidigt die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit seines Berufsstandes. Sofern erforderlich macht er nur Aussagen über seinen Beruf, die nützlich, richtig und verantwortungsvoll sind und die der allgemeinen Meinung des Berufsstandes entsprechen.

Artikel 35. Der Krankenpfleger wird sein Amt nicht dazu nutzen, ein politisches Mandat zu erhalten oder auszuüben oder eine politische Position zu unterstützen, es sei denn, dies ist für die Verteidigung des Berufsstandes erforderlich. In diesem Fall muss der Krankenpfleger deutlich darauf hinweisen, dass es sich um seine persönliche Position oder um eine Position seiner Berufsvereinigung oder seines Berufsverbandes handelt.

Artikel 36. Der Krankenpfleger respektiert die Ressourcen der Gemeinschaft, die er nutzt, er setzt sie bestmöglich und verantwortungsbewusst, transparent, effizient und nachhaltig ein.

„Hilfst du mir beim Sterben?“

RECHT AUF LEBEN - RECHT AUF STERBEN?

A. ERNST, KPVDB

Die euregionale ökumenische Konferenz fand am 20. April 2018 in der altehrwürdigen Bibliothek des Kloster Wittem in den Niederlanden statt. Pflege Heute war für seine Leser anwesend und möchte hier einen Überblick zur Tagung wiedergeben.

Etwa 100 Teilnehmer, meist aus der Seelsorge, hatten sich zu diesem herausfordernden Thema versammelt. Sie bekamen recht unterschiedliche Einblicke und Positionen zu hören. Alle waren geprägt von einfühlsamen und respektvollen Erfahrungen.

Emil Piront, Moraltheologe vom Bistum Lüttich, hielt das Impulsreferat in deutscher Sprache zum Thema: Was sagen die christlichen Kirchen zur Euthanasie? Gleich zu Beginn fragte er die Teilnehmer: „Welches sind Eure Erfahrungen mit dem Leben – dem Sterben – dem Alter, und somit auch mit der Frage: Hilf mir beim Sterben – zum Sterben“?



Emil Piront

Starke Zitate von Humanisten, Kirchenmenschen... nutzt er zur Impulsgebung. So David Winnicott, Psychiater, 1971, „Oh Gott! Möge ich am

Leben sein, wenn ich sterbe!“ oder Marie-Jo Thiel „Zwischen dem Altern und dem Leben scheint sich das Sterben als eine wunderbare Chance ebenso wie als eine radikale Gefahr, als eine Quelle des Lebens, als eine totale und endgültige Unterbrechung einzuschleichen.

Sterben ist nur für ein lebendes Wesen möglich. Darüber kann jeder, der lebt und altert, dies nur tun, indem er stirbt, indem er jene Prozesse des Sterbens zulässt oder ihnen zustimmt, die letztlich dazu beitragen, eine Menschengestalt formen. Wenn sich Leben und Tod gegenseitig umarmen, ist dies ein Rendezvous mit dem Altern, nicht um zu vernichten, sondern um allmählich die ganze Fruchtbarkeit des Lebens in Fülle hervorzubringen“

(Aus: *Faites que je meure vivant!* Viellir, mourir, vivre, Paris, Bayard, 2013, 230).

In den christlich-kirchlichen Stellungnahmen zum Thema Euthanasie stehen auch immer theologische Fragen zur Debatte. In der Hauptsache die Frage, wozu der Mensch berufen ist? In *Evangelium vitae*, 1985, N°2, schreibt Johannes Paul der II: [...] Der Mensch ist zu einer Lebensfülle berufen, die weit über die Dimensionen seiner irdischen Existenz hinausgeht, da sie in der Teilhabe am Leben Gottes selber besteht. Die Erhabenheit dieser übernatürlichen Berufung enthüllt die Größe und Kostbarkeit des menschlichen Lebens auch in seinem zeitlich-irdischen Stadium. [...]

Zugleich unterstreicht diese übernatürliche Berufung die Relativität

des irdischen Lebens von Mann und Frau. In Wahrheit ist es nicht die „letzte“ sondern „vorletzte“ Wirklichkeit, es ist also heilige Wirklichkeit, die uns anvertraut wird, damit wir sie mit Verantwortungsgefühl hüten, und in der Liebe und Selbsthingabe an Gott sowie an die Schwestern und Brüder zur Vollendung bringen.

Häufig aufgegriffene Gedanken in der Diskussion rund um die Euthanasie

1. Die Autonomie des Menschen, die Freiheit selbstbestimmt zu entscheiden versus der relationalen Dimension des Menschen. Aber es gibt keine losgelöste Freiheit von anderen. Der Mensch steht immer in Beziehung zu anderen.
2. Überlegungen zur Aussage, Gott sei „Herr über Leben und Tod“ ...
3. Überlegungen zur Heiligkeit des Lebens und zum Leben als „Gabe/ Geschenk der Liebe Gottes“; als Beginn eines Bundes, einer Beziehung zwischen Gott und den/dem Menschen.

Emil Piront erinnert daran, dass die Kirche einlädt, die Menschen anzuhören, richtig hinzuhören, wenn sie die Frage nach Euthanasie stellen, und sie zu begleiten. In fast allen kirchlichen Stellungnahmen lesen wir die Aufforderung, die Motive hinter der Frage des Patienten (oder der Familie oder des Pflegepersonals) genauestens zu hören, zu interpretieren, zu entschlüsseln...

Dazu zitiert er Dr. Marc Desmet, Jesuit, und Palliativarzt im Jessa Ziekenhuis Hasselt:

- Notwendige Haltung um Möglichkeiten zu schaffen in der „Autonomie in Beziehung“ stattfinden kann: - Innere Freiheit und das Leiden ernst nehmen
- Die Anfrage zulassen und abwarten, um einen Prozess in Gang zu setzen
- Sich erlauben eine unterschwellige Anfrage zu verdeutlichen
- Die Fähigkeit entwickeln zu unterscheiden im ABCDE der Euthanasie Angst, – Burn-Out – Contrôle (Kontrolle) – Depression – Extreme
- Der gute Zuhörer wird unterscheiden müssen zwischen dem reinen Willen sterben zu wollen oder dem wirklich unerträglichen Leiden
- Unterscheiden zwischen der Anfrage des Patienten und dem Druck der Familienmitglieder
- Nachdenken über technische, psycho-familiale oder spirituelle Gegebenheiten.

Zum Thema Begleiten zitiert Emil Piront auch Papst Franziskus aus „Amoris Laetitia“ AL312 „Ich lade die Gläubigen, die in komplexen Situationen leben, ein, vertrauensvoll auf ein Gespräch mit ihren Hirten oder mit anderen Laien zuzugehen, die ihr Leben dem Herrn geschenkt haben. Nicht immer werden sie bei ihnen die Bestätigung ihrer eigenen Vorstellungen und Wünsche finden, doch sicher werden sie ein Licht empfangen, das ihnen erlaubt, ihre Situation besser zu verstehen, und sie werden einen Weg der persönlichen Reifung

entdecken. Und ich lade die Hirten ein, liebevoll und gelassen zuzuhören, mit dem aufrichtigen Wunsch, mitten in das Drama der Menschen einzutreten und ihren Gesichtspunkt zu verstehen, um ihnen zu helfen, besser zu leben und ihren eigenen Ort in der Kirche zu erkennen“

Fragen am Ende des Lebens – eine pastorale Suche

Pater Paul Schreur, ehemaliger Hospizseelsorger in Roermond, beleuchtet das Thema an Hand seiner „Begleitungserfahrungen“.



Paul Schreur

Da ist die Geschichte von Frau A., Witwe, deren Sohn in Griechenland wohnt und der Rest der Angehörigen weit entfernt im Norden des Landes.

Sie bekommt also keinen Besuch von der Familie. Frau A. hat Krebs und nicht mehr lange zu leben. Sie empfindet das Leben als schwer und ziellos. Der Seelsorger hat einen guten Kontakt zu ihr. Immer wieder sind Einsamkeit und der drohende Tod die Gesprächsthemen. Die Frau lei-

det körperlich nicht sehr viel. Sie bittet um das Lebensende und dieser Wunsch wird nach einiger Zeit der Beratung vom Arzt und dem 2. Arzt (Scen Ärzte) bewilligt.

Am Abend, an dem sie sterben wird, geht der Seelsorger eine halbe Stunde nach der verabredeten Zeit auf die Station, um die Angehörigen, die Pflegekräfte und den Arzt zu unterstützen. Dort erfährt er, dass die Euthanasie verschoben wurde. Die Frau und ihre Angehörigen feiern zusammen ein Abschiedsfest. Eine Stunde nach der verabredeten Zeit geht er auf ihr Zimmer. Sie empfängt ihn mit großer Freude, möchte ein Foto mit ihm haben, und bietet ihm ein Glas Wein an. Nach einiger Zeit fragt er, wie es nun weitergehe mit ihrem Todeswunsch, weil dies für das Team nun ungewiss ist. Sie sagt: Später, jetzt noch nicht. Nach einiger Zeit geht der Seelsorger zurück ins Stationsbüro. Der Staatsanwalt hat angerufen, weil er noch keine Meldung erhalten hat. Nach einer weiteren Stunde beschließen der Arzt und der Seelsorger, gemeinsam zu Frau A. zu gehen. Sie bitten die Angehörigen, sie mit Frau A. und ihrem Sohn alleine zu lassen. Der Arzt sagt der Frau, dass es für sein Gewissen nicht verantwortlich ist, ihr jetzt eine tödliche Injektion zu geben. Der Sohn verlässt wütend das Zimmer. Der Seelsorger folgt ihm, und beide gehen mehr als eine halbe Stunde im Park spazieren und reden miteinander. Als sie zurückkommen, schläft Frau A. Die Angehörigen machen sich auf den Weg nach Hause. Als der Seelsorger am nächsten Morgen mit Frau A. spricht, sagte sie, dass der Abend sehr schön war, aber merk-

würdig endete. Frau A. hat nie mehr nach Euthanasie gefragt und starb 10 Tage später eines natürlichen Todes.

Frau B. & Herr C. Zwei Patienten auf der Station haben um Euthanasie gebeten.

Frau B. hat es sehr schwer, die Krankheit hat sie zerstört und ihre Energie ist aufgebraucht. Sie erfährt ihr Leben als unerträglich und zwecklos. Sie hat keine Angehörigen, nur eine Nachbarin besucht sie öfter. Herr C. hat terminalen Krebs und kann mit Schmerzmedikation ziemlich schmerzfrei leben. Er liest viel, erfährt sein Leben als unerträglich und bittet um Euthanasie. Mit beiden wird viel gesprochen und schließlich entscheiden die Szenen Ärzte, dass Herr C. Euthanasie bekommen kann und Frau B. nicht. Frau B. hat nur wenige Tage zu leben und bekommt palliative Sedierung. In der Nacht vor seinem Tod lässt Herr C. den Seelsorger rufen für ein Gespräch. Er kann nicht schlafen und möchte sich gerne unterhalten. Er bleibt bei seinem Entschluss sterben zu wollen, aber die Zeit bevor es so weit ist, fällt ihm schwer. Sie sprechen einige Zeit über sein Leben und seinen Tod. Auf die Frage, ob seine Schmerzen untragbar sind, antwortet er: Nein, aber mein Leben ist ohne Sinn.

Frau D. Sie ist eine Witwe von 83 Jahren und hat 6 verheiratete Kinder und viele Enkelkinder.

Sie bekommt viel Besuch. Sie hat unheilbar Krebs. Sie erfährt ihr Leben als sinnlos und hat regelmäßig Schmerzen. Immer wieder sagt sie, dass sie ihrer Familie eine Last ist, denn sie müssen immer von weit kommen.

Die Kinder und Enkel versichern ihr, dass sie gerne kommen, trotzdem erfährt sie ihr Leben als sinnlos. „Ich warte nur auf den Tod.“

Der Seelsorger hat einen guten Kontakt zu ihr und eines Morgens schlägt er ihr vor, jedem ihrer sechs Kinder einen persönlichen Brief zu schreiben, worin sie darlegt, wie sie ihr Leben mit diesem Kind erfahren hat. Als sie entgegnet, nicht mehr schreiben zu können, schlägt er vor, jeden Tag ein Stündchen mit ihr zu schreiben. Nach ihrem Tode würde er die Briefe an die Kinder weiterreichen. Sie ist einverstanden. Jeden Tag schreiben sie ein Stück, der Seelsorger liest es vor, bringt Korrekturen an. Es sind Gespräche mit Tränen, aber auch mit viel Freude. Nach dreieinhalb Wochen sind die Briefe fertig. Frau D. entschließt sich dann, die Briefe selber abzugeben. Jedes Kind bekommt seinen Brief und nachher reden sie darüber. Die Stunden mit den Kindern sind sehr intensiv und sie beklagt sich nie mehr, ihren Kinder zur Last zu sein.

Nach diesen nahegehenden Erfahrungsberichten spricht Pater Paul Schreur noch über die Doktorarbeit von Els van Wijngaarden, zum Thema: Erfülltes Leben – über leben und sterben wollen. Sie hat 25 Interviews geführt, 14 Frauen, 11 Männer, im Alter zwischen 69-99 Jahren, alle Religionen oder ohne, 7 haben noch einen Partner, 14 sind verwitwet, die meisten hatten eine bezahlte Arbeit.

Fünf Themen spielten in den Geschichten mehr oder weniger eine Rolle:

- ein tiefes Empfinden existentieller Einsamkeit
- das Empfinden, nicht mehr zu zählen in der heutigen Gesellschaft
- ein wachsendes Unvermögen, sich zu äußern in einer Weise, die für die Person kennzeichnend ist (Welche Vorstellung hat die Person von sich selber...)
- geistige und körperliche Ermüdung
- eine innere Abneigung und Widerwillen bezüglich der (gefürchteten) Abhängigkeit.

Diskussion um Erweiterung der Sterbehilfe in den Niederlanden

Pater Schreur äußert sich besorgt über aktuelle Entwicklungen in den Niederlanden. Die sogenannte „Schnabel-Kommission“ hat in 2016 einen Bericht veröffentlicht, wonach sie zur Zeit keinen Notwendigkeit sieht, die aktuelle Sterbehilfe-Regelung anzupassen oder zu erweitern. Trotzdem hat es in 2016 auf Ebene der liberalen Regierung einen Gesetzesvorschlag gegeben. Demnach sollen Senioren das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende haben, auch wenn keine medizinische Indikation für Sterbehilfe vorliegt. Die Kommission wurde im Jahr 2014 vom Gesundheitsministerium beauftragt, die Notwendigkeit, juristischen Möglichkeiten und die eventuellen gesellschaftlichen Dilemmas einer erweiterten Sterbehilfe, bei der auch gesunde Menschen mit einem erfüllten Leben Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen können, zu untersuchen. Dass das Kabinett die Erkenntnisse der Kommission nicht miteinbezieht, erklärt es so: „Für Menschen, die den Wunsch zu sterben

haben, weil sie ihr Leben als erfüllt, vollendet erachten, bietet das jetzige Gesetz keine Lösungen. [...] Das Kabinett ist der Meinung, dass die Anfrage dieser Gruppe Menschen um Hilfe zu bitten, eine legitime Bitte ist.“ Seit der letzten Regierungsbildung (2017), sind christliche Parteien mit im Boot, daher scheint die Abänderung aber zunächst vom Tisch. Für Pater Schreur besteht die Gefahr, einen zweiten Weg neben der Euthanasie, ohne Kriterien und unter Ausschaltung der Ärzte, aufzubauen. Was wäre die Aufgabe und die Ausbildung der Begleiter am Lebensende? Werden die den Todeswunsch prüfen? Nach welchen Kriterien? Das diskutierte Gesetz käme in Frage für Menschen über 75 Jahre.

Aktuelle Entwicklungen in den Niederlanden

Prof. Dr. Martin Buijsen, Erasmus Universität Rotterdam, sprach über Euthanasie in den Niederlanden und griff auch das Thema der aktuellen Entwicklung auf.

- Die Zahlen: In 2002 (erstes Jahr nach der Euthanasiegesetzgebung) wurden 1882 Euthanasiehandlungen gemeldet, wovon 5 von der Evaluierungskommission als nicht den Kriterien gerecht eingestuft wurden. In 2017 wurden 6585 Euthanasien gemeldet, wovon 13 als nicht den Kriterien entsprechend. Die beiden wichtigsten Kriterien, die geprüft werden: Das Leiden und die Freiwilligkeit der Anfrage. (Anmerkung Redaktion: Zum Vergleich in Belgien: In 2003: 235 Meldungen und in 2015 2022 Meldungen. Auffallend im Vergleich zu Belgien ist, dass in

den Niederlanden die Evaluierungskommission die Meldungen prüft, ob sie den Kriterien entsprechen, wohingegen in Belgien die Kommission noch keine Fälle zur juristischen Untersuchung gebracht hat. Dies hat auch vor einigen Monaten zum Rücktritt eines Arztes aus der Evaluierungskommission geführt.)

- Starker Anstieg der Aktivitäten in „Lebensende-Kliniken“ (in 2012 - 32 Meldungen, in 2016 - 487 Meldungen)
- Anstieg der Meldungen von Lebensbeendigung durch Hilfe bei Selbsttötung bei Patienten mit psychiatrischen Störungen (2016 → 60) oder bei Demenz (2016 → 144)
- Die aktuelle Diskussion rund um den Bericht der „Schnabelkommission“: Es geht um Menschen, die in einem Lebensalter sind, das ihnen nach eigenem Urteil keine Lebensperspektive mehr bietet, und die in Folge davon einen persistierenden aktiven Todeswunsch entwickelt haben.

Laut Prof. Buijsen fallen darunter Situationen, die meistens auch durch die aktuelle Gesetzgebung geregelt sind, das heißt Leiden, die überwiegend durch medizinische Grundlagen bedingt sind; Grenzfälle, die trotzdem medizinische Grundlagen haben. Situationen, in denen keine medizinischen Grundlagen bestehen, oder kein Leiden vorhanden ist, treten nur selten auf, und können auch nicht durch die aktuelle Gesetzesgrundlage abgedeckt werden.

Daher spricht Prof. Buijsen, so wie die Schnabelkommission, sich auch gegen eine Anpassung der momentanen Gesetzgebung aus.

- Prof. Buijsen erwartet weiterhin einen Anstieg der Euthanasiepraxis in den Niederlanden wie zurzeit, d.h. ca. 10 % jährlich, auch bedingt durch steigenden Druck auf Gutachter und Einrichtungen.

Eine lebendige, kreative Palliativpflege

Die in der DG bestbekannte Krankenpflegerin Annie Michaelis leitete am Nachmittag einen Workshop, welcher auch viel Beachtung fand. Sie beschrieb das Konzept der Palliativpflege im St. Nikolaus-Hospital Eupen, welches sich seit ihrem Bestehen an den betroffenen Personen, spricht den Patienten, orientiert. Sie berichtete von den mobilen Teams, ihrer Rolle als Koordinatorin des Teams, das Patienten, Familien, und das Pflegepersonal auf der Station, wo der Patient hospitalisiert ist, aufsucht. Sie steht allen mit Rat und offenem Ohr zur Seite. Das bedeutet, dass auf allen Stationen Palliativpflege geleistet werden kann, und in palliativer Begleitung gestorben werden kann. Ihre Ansprechpartner auf der jeweiligen Station sind Krankenpfleger mit Zusatzausbildung in Palliativpflege. Bei der alle zwei Wochen stattfindenden Teamversammlung, an der Fachärzte (Onkologen, Palliativmediziner, Psychologen, Pflegepersonal...) teilnehmen, werden die jeweiligen Fallbesprechungen durchgeführt.

Wertvoll sind auch die „Familienräte“: Besprechungen, die einberufen werden, wenn gemeinsam erörtert werden soll, wie und wo die palliative Versorgung stattfinden soll. An diesen Besprechungen können je nach Be-

darf Angehörige, Patient, Hausarzt, Facharzt, Krankenpflegerin ... teilnehmen. Die Zuhörer des Workshops zeigten sich angetan vom flächendeckenden Angebot der Palliativpflege in Belgien, und das an allen möglichen Pflegeorten: zuhause - Altenheim - Krankenhaus - spezifische Palliativ-einheiten. Auch das Konzept der Zuhause-Versorgung mit dem externen Teams des Verbandes wurde als einzigartig empfunden. Die 25 Teilnehmer des Workshops hatten viele Fragen, wobei auch die Grenzen der Palliativkultur zur Sprache kamen. Palliativpflege kann kein „schönes Sterben“ garantieren. Es gilt das Leben nicht zu verlängern, aber auch den Tod nicht zu beschleunigen. Hier sprach Annie Michaelis auch vom steigenden Druck der Familien, die sich teils ein Sterben à la carte vorstellen, d.h. ohne Komplikationen, Beschwerden, und möglichst nicht zu lange dauernd. Dann kommen schon mal Fragen auf wie: „Es gibt doch jetzt die Euthanasie“... „Weshalb tut ihr nichts“...

Annie Michaelis blickt auf eine langjährige Erfahrung in der Palliativpflege zurück, es bestätigt sich für sie immer wieder: Jede Situation, jedes Sterben ist einzigartig, es gilt immer wieder sein Bestes zu geben, und sich am Patienten selber zu orientieren. Palliativpflege kann sehr viel auffangen. Die Tagung wurde mit einer kurzen Andacht beendet. Alle Anwesenden waren tief berührt und nachdenklich, voller Eindrücke..., was uns aber nicht davon abhielt, uns noch mit etwas gutem Klosterbier einzudecken.

Wenn dieses Thema Sie interessiert hat,

empfehlen wir Ihnen folgende Weiterbildung: **«Die Herausforderungen des hohen Alters»** die am 25. Oktober 2018 durch die KPVDB angeboten wird.

Menschen im hohen Alter und am Lebensende erscheinen uns oft « inaktiv », lustlos, abwesend, schläfrig.

- Womit sind unsere Senioren beschäftigt, wenn sie aussehen als täten sie nichts?
- Welches sind die existentiellen Herausforderungen im hohen Alter?
- Wie erlebt ein Mensch seine Lebenszeit, wenn ihm nicht mehr viel Zeit zum Leben bleibt?

Diese und andere Fragen sind Thema dieser Weiterbildung. Ziel ist es, Menschen im hohen Alter besser zu verstehen, ihre Verhaltensformen und ihre Gefühle besser einordnen zu können, um sie – einerseits – mit mehr Einfühlungsvermögen und Wohlwollen zu begleiten und – andererseits – beim Pflegenden das Gefühl der Kompetenz zu erhöhen und die Freude an der Arbeit zu verstärken.

Referentin ist P. Thewes.

Ohne Hygiene geht es nicht!

Karin Bunte-Schönberger | Christiane Reichardt | Patricia van der Linden

100 Fragen zur hygienischen Händedesinfektion

2., aktualisierte Auflage

Kompaktes
Fachwissen für
Pflegerkräfte



80 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-813-5
€ 11,95 [D]

- Die wichtigsten Fragen rund um die Händedesinfektion – auf Basis neuer wissenschaftlicher Hygienestandards kompakt beantwortet
- Ideal für Unterricht, Weiterbildung und tägliche Praxis
- Von den Hygienefachkräften und Medizinerinnen der „AKTION Saubere Hände“



schlütersche
... macht Pflege leichter.

Bitte bestellen Sie in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

Fax: +49 511 8550-2408, Tel.: +49 511 8550-2538

E-Mail: buchvertrieb@schluetersche.de, www.buecher.schluetersche.de

100 Tipps für die erfolgreiche Pflegekraft

SANDRA MASEMANN, BARBARA MESSER

Der Alltag in der Pflege ist voller Probleme

Angehörige nörgeln, Kollegen tratschen, statt individuell zu pflegen hetzt man im Sekundentakt durch die Flure. An ihre eigene Gesundheit denkt da kaum noch eine Pflegekraft. Das ändert sich mit diesem Buch! Es ist der ideale Ratgeber für alle Pflegekräfte, die immer schon gewusst haben, dass sich viele Probleme lösen lassen.

Gleich 100 gute Lösungen bietet dieser Ratgeber für die ganz alltäglichen Krisen am Arbeitsplatz. Anfänger und Praktiker mit vielen Jahren Erfahrung finden hier praktische Tipps für ihren Berufsalltag. Ein Buch zum Aufatmen, Innehalten und Nachmachen. Es ist einfacher, als man denkt.

Tipp 10: Familienstreit – lassen Sie sich nicht schockieren

„Eine schrecklich nette Familie“ hieß einmal eine Fernsehserie. Im Pflegeheim scheinen einige Familien und Angehörige jedoch nur schrecklich zu sein. Ein Streit folgt dem nächsten. Wie gehen Sie damit am besten um? Familie ist, wo das Leben beginnt und die Liebe niemals endet - ein schöner Kalenderspruch.

Und in der Tat: Jeder Mensch ist tief in seiner Familie verwurzelt, ob er es möchte oder nicht. Sie gehören zusammen – ob Sie wollen oder nicht! Wie sehr Sie miteinander verbunden sind, zeigt sich oft, wenn ein Mensch in der Familie zum Pflegefall wird.

Das heißt aber nicht, dass stets eitel Sonnenschein herrscht. Jede Familie hat neben stärkenden Gemeinsamkeiten ihre „Leichen im Keller“. In jeder Familie gibt es unausgesprochene, ungeklärte Konflikte, tiefe Verletzungen, über viele Generationen hinweg. In manchen Fällen wird man das Gefühl nicht los, dass Zank und Streit das Einzige sind, was Oma und Opa, Vater und Mutter, Sohn und Tochter zusammenhält.

Brüllen, verletzen, ignorieren – alles hat seine Geschichte

Selbst ständiger Streit kann tatsächlich etwas sein, das innerhalb einer Familie eine Bindung schafft. Für Sie als Pflegekraft ist es manchmal kaum nachzuvollziehen, welche Energien in einer Familie wirken und vor allem warum.

Was Sie wahrnehmen, sind möglicherweise verletzende Verhaltensweisen wie diese:

- Die Schwiegertochter, die den bettlägerigen Schwiegervater pflegt, dreht ihn nachts nicht auf die mit Ihnen verabredete Seite und riskiert damit einen Dekubitus.
- Der Sohn wohnt nur wenige 100 Meter vom Pflegeheim entfernt, lässt sich aber so gut wie nie blicken.
- Der Bruder kommt immer wieder zu Besuch, doch der Klient will ihn nicht sehen, mag nicht aufstehen oder brüllt ihn an.
- Die Frau ist nach einem Unfall ein schwerer Pflegefall, ihr Mann besucht sie mit seiner neuen Freundin.
- Der Großvater möchte sich nicht von der Enkelin berühren oder gar

waschen lassen. Er lehnt die Körperpflege ab und schlägt wild um sich.

- Zwei Ehepartner wohnen im selben Heim, aber auf verschiedenen Stationen. Sie sind froh, endlich ihre Ruhe zu haben. Die beiden Kinder sind entsetzt und versuchen immer wieder, die beiden in zwei benachbarte Zimmer zu verlegen.

Als professionell Pflegende tauchen Sie sehr nah in solche Familiensysteme ein und erleben neben Liebe und Zuwendung selbstverständlich auch Hass und Streit. Dass Sie dies erleben dürfen, ist ein Zeichen von Vertrauen und Nähe.

Seien Sie diskret, tratschen Sie nicht

Gehen Sie möglichst souverän damit um:

- Erlauben Sie Knatsch zwischen Klienten und Angehörigen und gehen Sie diskret damit um.
- Halten Sie sich heraus: Lassen Sie die Probleme zwischen Angehörigen und Klienten deren Probleme sein.
- In manchen Familien ist Streit das verbindende Element. Die Streitähne verkräften die Auseinandersetzungen und empfinden sie als weit weniger anstrengend als Außenstehende.
- Versuchen Sie nicht, die Probleme zu lösen. Sie können es nicht.
- Machen Sie sich Luft, beschreiben Sie, wie es Ihnen damit geht und was Sie wünschen: „Herr Strauß, ich habe den Eindruck, dass Sie mit Ihrem Bruder im Streit leben. Mir und auch den anderen Klienten fällt es schwer, wenn wir Ihre Streitereien so intensiv und lautstark miterleben. Bitte nutzen Sie Ihr Zimmer zum Streiten.“

- Sprechen (nicht »ratschen«) Sie mit Ihren Kolleginnen, nutzen Sie Dienstbesprechungen, wenn der Knatsch zu viel Raum einnimmt und den Blick verstellt.
- Greifen Sie ein, sobald Sie den Eindruck haben, dass bedrohliche Situationen für den Klienten entstehen. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Angehörige bewusst oder unbewusst „Pflegerfehler“ machen, um noch „offene Rechnungen zu begleichen“.
- Ein Angehöriger ist gesetzlicher Betreuer und Sie haben den Eindruck, dass dies nicht im Sinne des Klienten ist? Sprechen Sie mit den Beteiligten darüber, ohne Vorwürfe zu machen. Informieren Sie über Alternativen.

Tipp 11: Seien Sie klar gegenüber Ihrem Vorgesetzten

Wenn Menschen zusammen arbeiten, prallen verschiedene Interessen aufeinander. Ihre Aufgabe ist es, ihre eigenen Interessen zu vertreten - und zwar so, dass man Sie auch hört ... Reden ist Silber, Schweigen ist Gold? Wir leben in einer Gesellschaft und Arbeitswelt, in der es für viele normal ist, nicht zu sagen, was man will oder möchte. Die meisten von uns – speziell Frauen – werden von klein auf so erzogen, dass „sie lieber keine Wünsche äußern“. Die Folge davon: Wir bekommen nicht das, was wir uns wünschen.

Senden Sie Ich-Botschaften

Was also ist zu tun, wenn Sie die Erfüllung Ihrer Wünsche nicht auf den Sankt-

Nimmerleinstag verschieben möchten? Machen Sie es anders als bisher: Sagen Sie klar und konkret, was Sie möchten. Hier ein paar Beispiele:

- „Ich möchte im nächsten Monat an der Fortbildung Pflegeplanung teilnehmen, weil ich das Gefühl habe, dort noch mehr Input zu bekommen.“
- „Ich warte jetzt zwei Wochen auf die Bewilligung meines Urlaubs, ich möchte bis morgen früh wissen, ob Sie ihn bewilligen oder nicht. Dann kann ich mit meiner Familie planen.“
- „Ich habe mich gestern vollkommen falsch verstanden gefühlt, als Du das mit der Wundversorgung bei Frau M. gesagt hast. Als Du gesagt hast, »dass hier wohl nur Schwachköpfe am Werke sind«, fühlte ich mich mit meiner Fürsorge für Frau M. nicht von Dir gesehen. Ich möchte, dass Du mich um Verzeihung bittest. Dann ist mir wieder wohler, denn ich arbeite gerne mit Dir zusammen.“
- Wünsche durch die Blume zu äußern oder gar zu hoffen, dass Ihr Gesprächspartner Gedanken lesen kann, wird Sie nicht zum Ziel führen.

Keine falsche Bescheidenheit

Zuerst jedoch sollten Sie sich über Ihre Wünsche klar werden. Im nächsten Schritt sollten Sie sich klarmachen, dass nur etwas passieren wird, wenn Sie Ihre Wünsche äußern - auch wenn das noch nicht die Garantie für eine Wunscherfüllung ist. Drittens: Schließlich sollten wir den Gedanken abwehren, dass wir mit unserem Wunsch unseren Gesprächspartner, etwa den Vorgesetzten, in Schwierigkeiten bringen.

Wir haben ein Recht, unsere Wünsche zu äußern, und am besten funktioniert es, wenn wir diese Punkte beherzigen:

- Wir wählen den passenden Zeitpunkt.
- Wir sagen konkret, was wir uns wünschen.
- Wir sprechen in einem ruhigen Tonfall.
- Wir halten Blickkontakt.
- Wir reden in der Ich-Form.
- Wir akzeptieren auch ein Nein, oder wir versuchen zu klären, warum der Wunsch abgelehnt wurde.
- Wir zeigen Alternativen auf.

Fazit: Einen Wunsch auszusprechen, klärt die Interessenlage und gibt dem Gegenüber wichtige Informationen. Einen Wunsch auszusprechen, bedeutet nicht, dass er auch erfüllt wird. Ein Wunsch ist kein Befehl. Aber Reden ist in diesem Fall Gold, und Schweigen wäre Silber.



2009, 124 Seiten, Gewicht: 174 gr.
210 mm x 148 mm, Paperback
ISBN: 978-3-89993-482-3

Warten, aber richtig

PRAKTISCHE TIPPS IM UMGANG MIT WARTENDEN PATIENTEN UND PATIENTINNEN

TEXT: GERMAN QUERNHEIM, FOTOS: PANTHERMEDIA

Der Umgang mit wartenden Patienten wird in der pflegerischen und medizinischen Ausbildung nicht oder nur unzureichend thematisiert. Der vorliegende Artikel stellt praxiserprobte Möglichkeiten und neue Ideen für den Umgang mit wartenden Patienten vor. Warten und Verzögerungen in Kliniken und Praxen gelten als die Klassiker der Patientenbeschwerden. Spitalmitarbeitende berichten, dass bei ihnen tagtäglich mehrere Patienten, die bis zum Nachmittag nüchtern gewartet haben, mangels OP-Kapazität abgesetzt wurden. Dadurch entstehen bei den betroffenen Patienten, den Mitarbeitenden im OP und auf den Stationen Frustrationen mit zum Teil hohen Folgekosten (Quernheim 2017, S. 80). Auch ein defizitäres Zeitmanagement sowie Kommunikations- und Schnittstellenprobleme innerhalb und zwischen den Berufsgruppen werden als Ursache für Verzögerungen angegeben.

Informationskaskade

Bedenken Sie bitte: In der Regel hat Ihr Patient einen Termin erhalten. Nur darum ist er bei Ihnen! Er ist nicht gekommen, um in Ihren Räumlichkeiten stundenlang warten zu müssen. Aus diesem Grund sollten Sie Patienten unbedingt die Ursachen für die Verzögerung mit verständlichen Argumenten erklären. Dabei ist darauf zu achten, dass die Begründung für den Betroffenen einleuchtend und stichhaltig ist. Kann er die angeführte Argumentation selbst nachvollziehen, weil er beispielsweise die einfahrenden Krankenwagen, den Notfallpatienten im Nachbarzimmer

usw. mit eigenen Augen oder Ohren wahrnimmt, wird er den Sachverhalt eher akzeptieren. Wer weiß, warum er wartet, bringt mehr Geduld und Verständnis auf, sofern er den Grund der Verzögerung nachvollziehen kann. Darum sollten Sie im Team eine aufschlussreiche Informationskaskade ausarbeiten, die den Wartenden auf verständliche Weise über den Grund der Wartezeit informiert.

Bitte nicht: «Wir bedauern, dass Sie trotz eines Termins noch 45 Minuten warten müssen.» Sondern: «Wegen einer Nachblutung eines Patienten am heutigen Vormittag verzögerte sich das Programm zunächst um zwei Stunden. Durch Umdisponierung von Patienten liegt die aktuelle Verzögerungszeit nun nur noch bei etwa 45 Min. Wir bitten dies zu entschuldigen.»



Mit jeder zusätzlichen Minute Wartezeit steigt die Unzufriedenheit der Patienten und Patientinnen.

Textbausteine formulieren

Sammeln Sie z. B. bei Teamsitzungen übliche Ursachen für Verzögerungen und Wartezeiten und formulieren Sie dazu klare und verständliche Textbau-

steine. Im Laufe der Zeit verfügen Sie so über ein Potpourri an Mustertexten, die Ihre Ansagen für die Wartenden professionalisieren. Hier muss dringend davor gewarnt werden, die Verzögerung und die daraus resultierenden Wartezeiten zu bagatellisieren. Für den Patienten ist es mutmaßlich beeinträchtigend und möglicherweise kostenintensiv, dass sein Termin nicht eingehalten wird. Folglich äußern sich professionelle Mitarbeitende auch niemals ironisch oder «von oben herab» über die Wartezeit.

Zeitangaben für Wartende

Einige Mitarbeitende kündigen dem pünktlichen Patienten bei Eintritt auf Station oder Praxis (ohne ein «Bitte») an: «Setzen Sie sich noch einen Moment in den Wartebereich». Es ist gelogen, weil es kein «Moment» ist. Dieser definiert sich als kurzes Zeitintervall und liegt deutlich unter den 15 Minuten der akademischen Viertelstunde. Denn obwohl es die Pflegenden aufgrund ihrer täglichen Erfahrung besser wissen müsste, dauert dieser «Moment» nicht selten mehr als eine Stunde. «Verächtlich» ist daran nicht nur die Zeit, die der Betreffende wartet, sondern dass er eine Stunde lang darüber im Unklaren gelassen wird, wann er an der Reihe ist. Bei einer solchen «Entmündigung» ist es eigentlich verwunderlich, dass es vergleichsweise selten zu Konflikten mit Patienten kommt (vgl. Bertram 1999). Erfährt ein Patient mit Termin, dass sich seine Untersuchung um eine halbe Stunde verzögert, ist er zunächst verärgert, wird aber in den meisten Fällen die unvermeidbare und mitgeteilte Verzögerung akzeptie-

ren (Maurer 2011). Informiert man den gleichen Patienten in derselben Situation, der Arzt käme jeden Augenblick, dann wird der Betroffene die dreißig Minuten in einem angespannten und nervösen Zustand verbringen.

Das führt zur Unzufriedenheit, weil der nachfolgende Grundsatz nicht beachtet wurde: Falsche Information und unbestimmte Wartezeit führt zur unangenehmen Situation.



Neben Information von Angesicht zu Angesicht kann eine freundliche Geste – zum Beispiel ein Gutschein für einen Kaffee in der Cafeteria – Wunder wirken.

Von Angesicht zu Angesicht

Der Umgang mit Wartenden setzt die Fähigkeit voraus, zuzuhören und sich zugleich in die emotionale Lage seines Gegenübers hineinzusetzen. Einen Betroffenen ohne Ankündigung und Erklärung warten zu lassen, stellt einen Eingriff in die persönliche Freiheit dar. Wer Menschen zu Geduld auffordern und an ihr Verständnis für das Warten appellieren möchte, sollte mit ihnen von Angesicht zu Angesicht sprechen. Es ist also nicht nur die reine Information über die Ursache oder Dauer des

Wartens, sondern es ist mehr: Die Mitarbeitenden sollten bereit und durch eine hohe Interaktionskompetenz in der Lage sein, gute Argumente zu bieten und etwaige Handlungsmöglichkeiten zu vereinbaren, die sie mit den Patienten abstimmen. Hilfreich dazu ist eine Checkliste (s. Kasten S. 22).

Warte-Regie

Patienten werden vor Beginn des Warteprozesses, also bereits bei der Terminvergabe, realistisch informiert. So darf Patienten mit anstehenden elektiven Eingriffen in einem Spital mit Akutversorgung niemals der OP-Tag als «garantiert» angekündigt werden. Empfehlenswert ist stattdessen die Information, dass z. B. 80 Prozent aller elektiven Eingriffe am vorgesehenen Termin wie geplant stattfinden. In etwa 20 Prozent müssen allerdings akutverletzte Patienten vorgezogen werden. Wartende Patienten haben die Erwartung, dass sie zum angekündigten Termin «an die Reihe kommen».

In einer Untersuchung von McCarthy et al. (2011) zur Zufriedenheit von Patienten wird die Formel postuliert:

Jeder 10-minütige Anstieg der verbrachten Zeit im Wartebereich führt zu einem Rückgang der abschließend gemessenen Zufriedenheit der Patienten von 8 Prozent. Das heißt, nach zwei Stunden Warten bleibt da kaum noch etwas an Zufriedenheit.

Präoperatives Warten

Die rigorose Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz ab Mitternacht setzte sich vor mehr als 130 Jahre in den Kli-

niken durch, ungeachtet dessen, ob Patienten am Morgen oder Nachmittag für eine Operation geplant waren (Schmitz und Schmidt, 2014). Seit der Liberalisierung dieser Vorgaben Ende der 1980er Jahre erlauben Anästhesiestandards für Operationen außerhalb des Gastrointestinaltraktes eine Flüssigkeitskarenz bis 2 Stunden vor der Operation und eine Nahrungskarenz bis 6 Stunden vorher (Furrer, Ganter, Klaghofer, Zollinger & Hofer, 2006).

Darum priorisieren Kliniken die Patienten des OP-Planes. Es werden ein oder zwei «fitte Patienten», die laut Programm erst am Nachmittag operiert werden, besonders informiert. Sie bleiben bis zum Nachmittag nüchtern, weil aufgrund ihres guten Allgemeinzustandes keine Einschränkungen dagegen stehen. Zugleich gelten sie als sog. «Stand-by-Patienten», d. h. bei Programmänderung könnten sie flexibel in den Vormittag vorgezogen werden. Alle anderen Nachmittags-Patienten, die beispielsweise ab 14 Uhr operiert werden, erhalten ein leichtes Frühstück und werden bis 12 Uhr zum Trinken angehalten.

Wenn Patienten die Ursache und Begründung der Verzögerung gehört und bestenfalls akzeptiert haben, wünschen sie klare Handlungs- oder Regieanweisungen. Hier gilt die Grundregel: Je grösser die Ungewissheit, desto einfacher erklären – und je geringer die Ungewissheit, desto komplexer kann informiert werden (vgl. Gigerenzer 2013, S. 130). Geben Sie deshalb konkrete Handlungsempfehlungen (s. Beispiel im Kasten, S. 22).

Wartende Angehörige integrieren

Angehörige sind Menschen, die zum Patienten in einem besonderen sozialen oder rechtlichen Verhältnis stehen. Es ist darum selbstverständlich, nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Angehörigen bei Begegnungen in Wartesituationen höflich zu begrüßen. Bauen Sie eine gute Beziehung zu ihnen auf und integrieren Sie sie als hilfreiche Ressource. Empfehlen Sie den OP-Kandidaten bereits präoperativ, dass sie mit ihren Angehörigen für den OP-Tag einen Standby-Modus vereinbaren. Das heißt, wenn sie bis zur Uhrzeit X nicht operiert sind, sollen diese zu Besuch kommen und mit ihnen gemeinsam die Wartezeit erleichtern.

Die vollständigen Inhalte zum Umgang mit wartenden Patienten können im 2017 publizierten Buch des Autors nachgelesen werden: German Quernheim, „Warten, aber richtig!“



Praxishandbuch zum Management wartender Patienten. Hogrefe Verlag, Bern, 1. Auflage 2017, 320 Seiten, 29,95 Euro.

Wer weiss, warum er wartet, bringt mehr Geduld und Verständnis auf. Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe (www.sbk-asi.ch/app) verfügbar oder erhältlich bei: kontakt@german-quernheim.de

Bei Verzögerungen

Alternativen bieten

Bieten Sie Ihren Patienten Handlungsempfehlungen, wenn es zu größeren Verzögerungen kommt, wie in den folgenden drei Beispielen:

«Es wird wahrscheinlich noch eine Stunde dauern. Sie können sich gerne hier mit Getränken bedienen und sich in unserem eigenen TV die neueste Folge einer Informationssendung zum Gesundheitsthema X anschauen.»

«Wahrscheinlich dauert es noch zwei Stunden, bis Sie an der Reihe sind. Hinterlassen Sie uns Ihre Mobilnummer und wir melden uns rechtzeitig etwa 15 Minuten vor Ihrem Termin. So können Sie draußen den Wochenmarkt besuchen oder das Café oder die Ausstellung X, die von hier nur fünf Minuten entfernt ist.»

«Aufgrund des eben erwähnten Unfalls kann Ihre Behandlung heute nicht mehr stattfinden. Das tut uns sehr leid, zumal wir wissen, dass Sie sich gewissenhaft vorbereitet haben und immer noch nüchtern sind. Wir bitten Sie aufrichtig um Verzeihung und bieten Ihnen als kleine Entschädigung an, einen Wunschtermin nach Möglichkeit zu wählen.» (Nüchternen Patienten einen Gutschein für einen kleinen Snack der hauseigenen Cafeteria anbieten).

Checkliste

Bei Verzögerungen

Die nachfolgende Checkliste gibt eine kleine Übersicht, wie und in welcher Form Patienten bei Verzögerungen zu informieren sind:

- Persönliche Ansprache
- Ankündigung wichtiger Information
- Bedauern ausdrücken
- Grund / Ursache
- Dauer der Verzögerung
- Entschuldigung
- Mögliche Alternativen gemeinsam mit Patient besprechen.

Autor: German Quernheim, Dr. rer. medic. Pflegewissenschaftler, Pflegepädagoge, Praxisanleiter. kontakt@german-quernheim.de

Quelle: Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche 02/2018. Wir danken für die Erlaubnis den Artikel abzu drucken.

Verstehen und verstanden werden

KOMMUNIKATION IST PFLEGE

TEXT: URS LÜTHI, FOTOS: MARTIN GLAUSER

Klar und einfach statt vieldeutig und floskelhaft: Damit Pflege gelingt, ist der verbale und nonverbale Austausch mit den Patientinnen und Patienten, aber auch innerhalb der Teams, entscheidend. Neben einer bewussten Wortwahl ist auch Humor ein gutes «Schmiermittel», um schwierige Situationen zu entschärfen. Sie betreten als Pflegefachperson das Zimmer mit dem Ziel, den Patienten zu waschen. Ob Sie ihn wirklich so waschen können, wie Sie sich das vorgestellt haben, hängt wesentlich von dem ab, was vor dem Waschen passiert.

An diesem Beispiel illustriert Giovanni Maio, Ethiker, Philosoph, Arzt und Autor, dass die eigentliche pflegerische Leistung nicht die Handlung «Waschen» ist, sondern die Interaktion und der wertschätzende Umgang mit dem Patienten oder der Patientin. Bereits beim ersten Schritt ins Patientenzimmer muss die Pflegefachperson mit allen Sinnen die Atmosphäre, die Stimmung im Patientenzimmer erfassen und erspüren. Vor dem ersten Wort nimmt sie Blickkontakt auf, wobei der Blick schon viel über die aktuelle Gemütslage des Patienten aussagt. Dann kommen die ersten Worte; es gilt die Stimmlage, die Artikulation, die Lautstärke wahrzunehmen, die wichtiger sein können als der Inhalt der Worte.

Checklisten-Rationalität

Giovanni Maio, Professor für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg (D), sprach am Fachsymposium St. Gallen¹ und er bedauert,

dass heute die Pflege mehr und mehr auf fixe Verrichtungen reduziert wird. Diese überhand nehmende «Checklisten-Rationalität» führe dazu, dass jede Minute dokumentiert werden müsse: «Wenn Sie nicht genügend dokumentieren, sind Sie unproduktiv.» Dies zeige sich insbesondere in der Spitex mit ihren strikten Zeitvorgaben. Stattdessen plädiert Giovanni Maio dafür, wieder stärker den Menschen ins Zentrum zu stellen, und da sei die Kommunikation entscheidend. «Gespräch ist nicht alles», so Maio, «aber ohne Gespräch ist alles nichts.» Zur Illustration zitiert er aus einer Geschichte des Psychoanalytikers Sigmund Freud: «Ein Kind, das sich in der Dunkelheit ängstigte, rief ins Nebenzimmer: «Tante, sprich doch zu mir, ich fürchte mich! » «Aber was hast du davon, du siehst mich doch gar nicht! » Darauf das Kind: «Wenn jemand spricht, wird es heller!»

Bewusste Wortwahl

«Die Kraft der heilsamen Worte» ist auch das Thema von Sandra Mantz, Pflegefachfrau und Sprachkompetenztrainerin. Sie hat die Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag analysiert und festgestellt, dass die Sprache oft vieldeutig, floskelhaft und wenig vertrauenserweckend ist. Es ist ihr ein Anliegen, mehr Bewusstsein für unser eigenes Defizit im Kommunikationsverhalten zu entwickeln. Der Alltag im Spital und im Pflegeheim sei geprägt von den Begriffen «müssen» und «schnell»: «Ich muss schnell den Blutdruck messen oder schnell das Essen bringen, Sie müssen sich gedulden!» Die Zeit – insbesondere für Gespräche – ist immer knapp. Umso wichtiger sei es,

so Sandra Mantz, Inhaberin der Akademie SprachGUT, sich professionell auszudrücken und das richtige Wort zur richtigen Zeit zu finden. Bewusst zu sprechen, heisst für Sandra Mantz auch, auf Worte des Krieges und der Gewalt zu verzichten, wie «Schiess los!», «Auf die Folter spannen», «Ich habe ein Attentat vor auf Sie.» oder «Ich explodiere gleich.» Das gleiche gilt für abwertende Redewendungen wie «Der hat's nicht nötig.», «Die kannst du vergessen.» oder «Was hat die mir überhaupt zu sagen?» Stattdessen empfiehlt Sandra Mantz, eine Wortschatzkammer von A bis Z anzulegen. Ein solches Wortschatz-ABC führt von «anmutig» über «friedlich», «geschickt», «Halt geben», «kompetent sein» bis zu «Sicherheit bieten», «wachsam» sein und «Zuversicht». Differenziert sprechen (s. Kasten S. 13) lässt sich üben. Entscheidend ist oft der Einstieg in das Gespräch (s. Kasten S. 14).

Die Sprache des Körpers

Selbstverständlich sind es nicht nur die gesprochenen Worte, die zur gelingenden Kommunikation beitragen. Spätestens seit den Untersuchungen des Pantomimen und Wissenschaftlers Samy Molcho wissen wir, dass alles, was wir denken und fühlen, vom Körper übersetzt wird. «Körpersprache ist wie die gesprochene Sprache, aber sie kann nicht lügen», ist eine Quintessenz seiner Bücher zur Sprache unseres Körpers.² Vor allem wenn wir mit unserer Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung Botschaften vermitteln, die unseren Worten widersprechen, sind die Körpersignale stärker. In einer körperli-

chen Abwehrhaltung, zum Beispiel mit verschränkten Armen, kann ich nicht gleichzeitig jemandem beipflichten. Um Empathie und Sympathie für sein Gegenüber zu entwickeln, ist es wichtig, dessen Signale zu verstehen. Was das bedeutet und wie Körpersprache wirkt, zeigte Alexander Veit, Pantomime und selbstständiger Trainer, am Symposium in St. Gallen. Er veranschaulichte, welchen Einfluss Gedanken und innere Einstellungen auf die Körperhaltung haben – und was im Umkehrschluss aus Gesten und Haltung abgelesen werden kann. Er demonstrierte, wie es wirkt, wenn sich jemand die Last der Verantwortung auf die Schultern legt und entsprechend daherkommt. Oder wie Freude einhergeht mit einer Bewegung nach oben, mit dem Öffnen der Brust. Im Gegensatz dazu gehen Probleme in der Bewegung eher nach unten. Wichtig ist für ihn, gerade im Kontakt mit Patienten, auch der Körperraum, das richtige Mass zwischen Abstand und Nähe.

Mit Gehörlosen sprechen

Noch einmal anspruchsvoller wird es im Umgang mit Menschen mit einer Einschränkung, wie Tatjana Binggeli, Präsidentin des Schweizerischen Gehörlosenbundes, aufzeigte. Im Rahmen ihrer Doktorarbeit hat die Ärztin herausgefunden, dass 80 Prozent der Menschen mit einer Hörbehinderung mit dem Gesundheitswesen unzufrieden sind. In der Schweiz sind das neben den 10 000 Gehörlosen eine knappe Million Menschen mit einer Hörbehinderung. Ein erster Schritt zu einem besseren Umgang mit Hörbe-

hinderten beginnt für Tatjana Binggeli mit dem Abbau von Vorurteilen und falschen Vorstellungen. Zum Beispiel müsse der diskriminierende und beleidigende Begriff «taubstumm» aus dem Vokabular gestrichen werden. Auch sei es in einem Gespräch mit einer Person mit Mundschutz nicht mehr möglich, die Sprache von den Lippen abzulesen. Um Kommunikationsbarrieren abzubauen und Fehldiagnosen zu vermeiden, müsse das Gesundheitspersonal besser geschult werden, so ihre Forderung.

Einfache, aber keine Babysprache

An Rezepten und wissenschaftlichen Erkenntnissen für eine wirksame Kommunikation fehlt es nicht. Aber Vieles ist leichter gesagt als getan. Mit dem Validationskonzept von Naomi Feil, der Transaktionsanalyse nach Eric Berne, der gewaltfreien Kommunikation von Marshall B. Rosenberg oder dem Kommunikationskonzept von Friedemann Schulz von Thun – um nur einige zu nennen – stehen Werkzeuge für eine zielgerichtete Kommunikation zur Verfügung. Manches lässt sich tatsächlich erlernen und trainieren. Das Problem sei jedoch, dass viele Kommunikationsmodelle sich am Verhalten von gesunden Menschen orientieren, sagte die Gesprächsforscherin und Kommunikationstrainerin Svenja Sachweh vor einigen Jahren im Gespräch mit der «Krankenpflege»³. Bei Menschen mit Aphasie oder Demenz funktioniere jedoch das Modell mit den vier Schnäbeln und Ohren (Schulz von Thun) plötzlich nicht mehr. Ein Grundproblem sei zudem,

so Svenja Sachweh, dass man speziell bei pflegebedürftigen und alten Menschen häufig und unnötigerweise in die Babysprache ver falle. Oder statt deutlich zu formulieren, spreche man übertrieben laut, zu schnell und zu wuselig und mit zu hoher Stimme. Jede Pflegefachperson lerne in ihrer Ausbildung, dass sie alle Tätigkeiten erklären und immer sagen muss, was sie gerade macht. Aber zum Beispiel einen kognitiv eingeschränkten Menschen ununterbrochen vollzutexten, könne auch kontraproduktiv sein. Ein Rezept für den Umgang mit Demenzkranken ist laut Svenja Sachweh: «Sprich einfacher, verwende kurze Sätze, brauche weniger Worte.»

Das richtige Mass an Humor

Ein häufig empfohlener Weg, schwierige Situationen in der Pflege zu entschärfen, ist der Humor. Für die Humorexpertin und -trainerin Eva Ullmann sind Humor und Lachen wichtige Ressourcen, sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Pflegefachpersonen. «Der gezielte Einsatz von Humor kann helfen, schwierige Inhalte anzusprechen, die Vertrauensbildung und Motivation zur Gesundung positiv zu beeinflussen, Missverständnisse oder Konflikte zu klären und zu entschärfen und nicht zuletzt selbstschädigenden Widerstand aufzuheben», sagt die Leiterin des deutschen Instituts für Humor. Humor ist selbstverständlich nicht gleich Humor. Aggressiver, sarkastischer, sexistischer oder rassistischer Humor ist ebenso wenig hilfreich wie selbstabwertender Humor,

der zum Beispiel benutzt wird, um sich einzuschmeicheln. Gefragt ist vielmehr selbstaufwertender Humor, der dazu beitragen kann, mit den Schwierigkeiten besser umzugehen. Oder sozialer Humor, der ein «soziales Schmiermittel» sein kann, mit dem es gelingt, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Eva Ullmann nennt das Beispiel einer Pflegefachperson, die beim Betreten des Patientenzimmers stolpert. Wenn sie sagt: «Tut mir leid, ich bin eben blond», wertet sie sich selbst ab. Vielmehr kann sie die Situation entspannen, wenn sie sagt: «Frau Müller, das war erst der Auftritt, warten Sie erst auf meinen Abgang.» Oder wenn eine Patientin ein Glas Wasser fallen lässt, könnte eine Reaktion sein: «Beindruckend, wie Sie loslassen können, andere müssen dafür ins Yoga.»

Die Grenzen des Humors

Es geht laut Eva Ullmann auch darum, Humor-Angebote der Patienten zu erkennen, Humor als Ventil zu nutzen sowie Abstand als auch Nähe zu Themen und Menschen herstellen zu können. Nicht immer sind jedoch solche Humor-Avancen von Patientenseite aufbauend. Der Grenzpfad zwischen einer witzigen Bemerkung und einem anzüglichen Spruch ist schmal. In einem Männer-Mehrbettzimmer kann es schnell passieren, dass ein Spruch fällt wie: «Sie sind so streng mit uns, Carmen, eine richtige Domina.», den die Mitpatienten mit Lachen quittieren. Dies ist ein Beispiel aus dem SBK-Leitfaden zum Schutz vor sexuellen Belästigungen.⁴ Wie die Empfehlungen in der Broschüre zeigen, ist auch

hier eine klare Haltung gefragt, müssen die Grenzen gesetzt und formuliert werden. Im obigen Beispiel etwa mit «Hat sonst noch jemand Drang zu einem blöden Spruch?»

Aktiv zuhören

Kommunikation ist ein schwieriges Geschäft und generiert nicht selten eine Kette von Missverständnissen. Oft fehlt es einfach an der Übung, sich klar und kompetent auszudrücken. Doch man darf vor allem auch jene Kompetenz nicht vergessen, die häufig viel schneller zum Ziel führt als viele Worte: das aktiv Zuhören können. Der Harvard-Professor William Ury konnte beispielsweise in seinen Untersuchungen zeigen, dass Menschen, die ihrem Gegenüber aktiv zuhören, bessere Verhandlungsergebnisse erzielen als jene, die vor allem ihre eigenen Argumente und Ideen vorbringen. Oder wie es der Dichter Gottfried Keller schon vor rund 150 Jahren formuliert hat: «Mehr zu hören, als zu reden – solches lehrt uns die Natur: Sie versah uns mit zwei Ohren, doch mit einer Zunge nur.»



Der Mensch hat zwei Ohren – aktiv zuhören können, ist eine wichtige Kompetenz der Pflegefachpersonen.

KLARE AUSSAGEN

Differenziert sprechen: Aussagen gewinnen an Eindeutigkeit, wenn sie differenziert formuliert werden. Durch klare und geordnete Aussagen geben Sie Menschen Orientierung und Sicherheit, wie folgende Alternativen zeigen:

Nicht: «Ich komme gleich.»
Sondern: «Ich schaue in der Akte nach und komme dann zu Ihnen.» «Ich bespreche das zu Ende und komme danach auf Sie zu.» «Bitte setzen Sie sich, ich frage direkt bei der Kollegin nach.»

Nicht: «Rufen Sie nachher nochmal an.» Sondern: «Frau Weiss, rufen Sie bitte nach 14 Uhr noch einmal an. Vielen Dank.» «Nach der Dienstübergabe um 13.30 Uhr ist es ruhiger. Bitte rufen Sie dann noch einmal an.» «Herr Schmitz ist ab 10 Uhr im Dienst. Rufen Sie dann einfach noch einmal an.»

Nicht: «Ich werde wahnsinnig.» Sondern: «Das ist mir zu viel!» «Ich verliere den Überblick.» «Ich brauche deine Hilfe.»

Quelle: Sandra Mantz, Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege, Mit heilsamen Worten pflegen, Kohlhammer 2016.

Sehnsucht nach den Angehörigen

Jesus macht Kontrollgang im Paradies. Alle amüsieren sich vorbildlich. Nur ein älterer Mann sitzt gebeugt und anscheinend traurig in einer Ecke.

Jesus will ihn spontan ansprechen, hält sich dann jedoch zurück, da er denkt, das ist vielleicht die spezielle Art des Alten, das Paradies zu genießen.

Als der Alte jedoch nach einer Woche immer noch so dasitzt, setzt sich Jesus daneben und spricht den alten Mann an:

„Du bist im Paradies. Du kannst essen und trinken, Musikinstrumente spielen, dich amüsieren - was immer Dein Herz begehrt ...“

Der alte Mann sagt nach einer Pause: „Weißt Du, ich war auf Erden Zimmermann, und ich habe mir so sehr gewünscht, im Himmel meinen Sohn wiederzutreffen.“

Jesus schießen die Tränen in die Augen, er schließt den alten Mann in die Arme und schluzt. „Papa!“

Dem alten Mann schießen ebenfalls die Tränen in die Augen und er sagt: „Pinocchio!“

KRITISCHE SITUATIONEN

Hilfreiche Einstiegssätze

Kritische Momente oder Sachverhalte direkt anzusprechen, befreit und baut das Vertrauen auf. Der Anfang des Gesprächs ist entscheidend. Reden Sie nicht um den «heissen Brei». Sagen Sie bereits zu Beginn mit einfachen und stimmigen Worten, um was es Ihnen im Kern geht.

Für Kolleginnen im Team:

«Gut, dass ich dich sehe, Kersten. Deine Aussage gestern hat mich irritiert, deshalb will ich es noch einmal mit dir persönlich ansprechen.»

«Marvin, ich habe mich da vergangene Woche in etwas eingemischt, was mich im Grunde wenig betrifft.»

«Rosa, ich will etwas ansprechen, das mir keine Ruhe lässt. Es geht um den Streit von Julia und dir.»

Für kritische Situationen mit Patienten

Für kritische Situationen mit Patienten brauchen Sie empathische Sätze:

(Patient hat sehr lange gewartet.)
«Herr Sieber, danke für Ihre Geduld. Das hat jetzt doch sehr lange für Sie gedauert.»

(Patient beschwert sich über Kollegin)
«Ja, Frau Weiss, das hat Sie sicherlich geärgert. Wissen Sie, wir alle tun hier was wir können, auch Frau Berger. Kann ich Sie irgendwie beruhigen?»

¹ Fachsymposium Gesundheit, Verstehen und Verstanden werden, Kommunikation – Zentrale Kompetenz von Medizin und Pflege, 24./25. Januar 2018, St. Gallen. Ein Teil der zitierten Aussagen bezieht sich auf dieses Symposium. www.fachsymposium.ch

² www.samy-molcho.at

³ Svenja Sachweh, Es braucht nicht viele Worte, aber die richtigen, in «Krankenpflege» 2 / 2013

⁴ «Verstehen Sie keinen Spass, Schwester?», Leitfaden zum Schutz vor sexueller Belästigung für Pflegefachpersonen und andere Erwerbstätige im Gesundheitswesen. Die Broschüre steht im Online-Shop des SBK als Download zur Verfügung: www.sbk-asi.ch

Quelle: Sandra Mantz, Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege, Mit heilsamen Worten pflegen, Kohlhammer 2016.

Quelle: Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche 04/2018.

Wir danken für die Erlaubnis den Artikel abzudrucken.

Körperpflege ohne Kampf

Personenorientierte Pflege von Menschen mit Demenz

Insbesondere in der Pflege von Menschen mit fortgeschrittener Demenz kommt es immer wieder vor, dass die Betroffenen die Körperpflege ablehnen und abwehren. Hieraus entsteht für den Mitarbeiter, aber auch für den Betroffenen, eine sehr stressbelastete Situation. Ein personenzentriertes Verständnis im Sinne des Ansatzes von Tom Kitwood kann diese Situationen entschärfen helfen. Hierbei geht es um ein ganz eigenes Pflegeverständnis, nämlich eines aus der Perspektive der Betroffenen anzunehmen. Das Seminar sensibilisiert die Teilnehmenden für den Blick des zu Pflegenden mit Demenz, um mögliche „Kampfsituationen“ schon im Voraus zu erkennen und diese präventiv zu „entschärfen“.

Inhalt

- Aus diesen Gründen entstehen „Kämpfe“ mit zu Pflegenden
- Mythen der Körperpflege
- Rahmenbedingungen für eine Körperpflege ohne Kampf
- Pflege als Beziehungspflege
- Typische Situationen
- Personenorientierte Lösungen
- Kollegiale Beratung als Lösungsansatz für das Team

Zielgruppe

Krankenpfleger, Pflegehelfer & Paramediziner in den Krankenhäusern, Altenpflegewohnheimen und in der Heimpflege.

Referent

Stephan Kostrzewa, examinierter Altenpfleger und Diplom-Sozialwissenschaftler

Termin u. Ort

Donnerstag, 11.10.2018 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmerzahl

Max. 20 Personen

Kursgebühren

70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

14.09.2018

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + Körperpflege ohne Kampf“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Stark im Beruf!

Zufriedener und selbstsicherer im Alltag



Manche Menschen kommen in einem Sturm von Anforderungen ins Wanken. Andere wiederum bleiben souverän und behalten den Überblick. Ist das Zufall oder kann man das lernen? Die gute Nachricht vorweg: es ist erlernbar! Wir beleuchten die Wahrnehmung Ihres Berufes aus verschiedenen Perspektiven. Wenn Sie sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, können Sie Ihre Stärken nutzen, um wieder Kapitän (oder auch Kapitänin!) auf Ihrem eigenen Schiff zu sein. In diesem Seminar erweitern wir Ihre persönlichen Handlungskompetenzen, um sie in herausfordernden und anspruchsvollen beruflichen Situationen anzuwenden. Wir beleuchten Ihre eigene Zufriedenheit im Beruf und zeigen Ihnen Möglichkeiten auf, welche Bedeutung Ihre Selbstwahrnehmung und Selbstverantwortung für die täglichen Herausforderungen haben. Das praxisorientierte Seminar lebt von Ihren persönlichen Erfahrungen und Bedürfnissen.

Zielgruppe

Krankenpfleger, Pflegehelfer, medizinisches & paramedizinisches Personal, Sozialarbeiter in Betreuungsdiensten, Seelsorger,...

Referent

Matthias Prehm, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Praxisanleiter, Lach Yoga Leiter, Inhaber der Seminar-Agentur HumorPille®, Botschafter der Stiftung „Humor Hilft Heilen“ von Dr. Eckart von Hirschhausen

Termin u. Ort

Mittwoch, 17.10.2018 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmerzahl

Max. 20 Personen

Kursgebühren

80 € Mitglieder, 70 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

95 € Nicht-Mitglieder, 85 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

21.09.2018

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + Stark im Beruf“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Ärgerst Du Dich noch, oder antwortest Du schon?



„Schlagfertigkeit ist etwas, auf das man erst 24 Stunden später kommt.“ (Mark Twain)

Geht es Ihnen auch so und wollen Sie in schwierigen Situationen handlungsfähig bleiben? Erfahren Sie in diesem Seminar, wie Sie gelassener und souveräner auf die kommunikativen Herausforderungen im beruflichen und privaten Alltag reagieren können. Erlernen Sie Techniken, um Ihre persönlichen Kompetenzen zu erweitern oder bei Ihnen bereits vorhandene Fähigkeiten neu zu entdecken. Seien Sie es sich wert, dass mit Ihnen respektvoll umgegangen wird. Bleiben Sie der Kapitän Ihres Schiffes, behalten Sie auch in schwerer See die Hände am Steuerrad.

Zielgruppe

Krankenpfleger, Pflegehelfer, medizinisches und paramedizinisches Personal, Sozialarbeiter in Betreuungsdiensten, Seelsorger, ...

Referent

Matthias Prehm, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Praxisanleiter, Lach Yoga Leiter, Inhaber der Seminar-Agentur HumorPille®, Botschafter der Stiftung „Humor Hilft Heilen“ von Dr. Eckart von Hirschhausen

Termin u. Ort

Freitag, 19.10.2018 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmerzahl

Max. 20 Personen

Kursgebühren

80 € Mitglieder, 70 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
95 € Nicht-Mitglieder, 85 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

21.09.2018

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVD (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVD mit der Mitteilung „Name + Ärgerst Du Dich noch“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Basale Stimulation Grundkurs



Pflege ist Basis zur Kommunikation

Vorstellung und Erfahrbarmachen der verschiedenen Wahrnehmungsbereiche, Möglichkeiten der Integration der Basalen Stimulation, Beruhigende und belebende Ganzkörperwaschung, Massagen, Ätherische Öle

Aromapflege

Wichtige Öle in der Altenpflege, Einsatz von Ätherischen Ölen bei Waschungen und Bädern, (Atemstimulierende) Einreibungen und Massagen, Hautpflege, Schmerzerleichterung durch Duft und Berührung, Einschlafhilfen, Raumbeduftung

Zielgruppe

Krankenpfleger, Pflegehelfer und Paramediziner

Referentin

Brigitte Hemmer, Krankenschwester (D), Pflegefachberaterin und ausgebildete Kursleiterin für Basale Stimulation.

Termin u. Ort

24. & 25.10.2018 und 04.12. & 05.12.2018 in Sankt Vith, 09.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmerzahl

Min.12, max. 16 Personen

Kursgebühren

280 € Mitglieder, 240 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
340 € Nicht-Mitglieder, 300 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

28.09.2018

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVD (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVD mit der Mitteilung „Name + Basale Stimulation GK 2018“.

Hinweis

Bezahlter Bildungsurlaub für 32 Stunden ist genehmigt. Mitbringen: Bequeme Kleidung, 1-2 Decken, 2 Handtücher, 2 Badetücher, warme Socken, Kopfkissen und Gymnastikmatte

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Ein Tag für Pflegehelfer

„Der Unterernährung auf der Spur“

In Europa besteht bei 33 Millionen Menschen das Risiko einer Mangelernährung. Etwa ein Drittel der Patienten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen haben ein erhöhtes Risiko. Aber auch ältere Menschen, die allein zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen leben, sind gefährdet. Bei dieser Gruppe kann neben anderen Faktoren der abnehmende Appetit zu einer verminderten Nahrungs- und Nährstoffaufnahme führen. Weitere wichtige Risikogruppen sind chronisch Kranke, einkommensschwache oder sozial isolierte Menschen und Patienten, die vor kurzem aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Ein schlechter Ernährungszustand wirkt sich auf die Gesundheitsprognose und die Lebensqualität aus, daher sollte diesem entgegengewirkt werden.

Inhalt

- Definitionen
- Erfassungsmethoden zur Erkennung eines Mangelernährungsrisikos
- Klinischer Alltag einer Ernährungsfachkraft mit Fallbeispielen
- Ernährungsintervention und therapeutische Umsetzung
- Dokumentation
- Möglichkeiten im ambulanten Bereich

Zielgruppe

Pflegehelfer

Referentin

Birgit Tollkühn-Prött, Universitätsklinikum Aachen (D) Ltd. Diätassistentin/Ernährungsberaterin DGE, Ernährungs- und Diabetesteam der Pflegedirektion

Termin u. Ort

Donnerstag, 08.11.2018 in Eupen oder Donnerstag, 21.03.2019 in Sankt Vith, 09.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmerzahl

Max. 20 Personen

Kursgebühren

60 € Mitglieder, 50 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

80 € Nicht-Mitglieder, 70 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

12.10.2018 für den Termin in Eupen, 21.02.2019 für den Termin in Sankt Vith

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + Pflegehelfertag 2018-2019“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Schluckstörungen



Die Ursachen von Schluckstörungen sind vielfältig. Sie betreffen Erkrankungen aus dem Bereich der Neurologie, etwa nach einem Schlaganfall oder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, etwa bei Tumoren im Mund, um nur zwei Ursachen zu nennen. Auch mit zunehmendem Alter treten Schluckstörungen häufiger auf. In der Folge führen sie nicht selten zu Unter- oder Fehlernährung, Flüssigkeitsmangel sowie akut zu dramatischen Hustenanfällen und Aspiration. Lungenentzündungen drohen, weil Speichel, Essen oder Trinken in die Luftröhre statt in die Speiseröhre gelangen. Die Behandlung der Schluckstörungen kann deutliche Verbesserungen für die Betroffenen erzielen, wenn sie fundiert und gezielt erfolgt. In dieser Weiterbildung wird Hintergrundwissen zum Störungsbild und der optimale Umgang mit dysphagischen Patienten vermittelt.

Zielgruppe

Krankenpfleger der Krankenhäuser und Altenpflegeheime, häusliche Krankenpflege, und alle anderen Berufsgruppen, die in ihrem Berufsalltag mit dieser Thematik konfrontiert sind.

Referent

Dr. med. Peter Heinen, Facharzt für Neurologie, Kerstin Weber und Inessa Thomas, Logopädinnen

Termin u. Ort

Mittwoch, 21.11.2018 in Eupen, 18.30 bis 21.30 Uhr

Kursgebühren

20 € Mitglieder, 15 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

30 € Nicht-Mitglieder, 25 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

Anmeldefrist

26.10.2018

Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + Schluckstörungen 2018“.



TEVADAPTOR[®]
Keeps you safe in a click

TEVADAPTOR[®]