

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



PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

KPVDB

PFLEGE HEUTE

Mehr Tätigkeiten
für den Pflegehelfer

Beruf Aktuell

Bald mehr Palliativ-
patienten zu betreuen?

Ethik

Pflege im Hier
und Jetzt

Reportage



TEVADAPTOR[®]
Keeps you safe in a click

TEVADAPTOR[®]

BERUF AKTUELL

Neue Tätigkeitsliste für OP-Pfleger?	5-7
Forderungen vor den Wahlen	8-9
Mehr Tätigkeiten für den Pflegehelfer	10-11

KPVDB INTERN

Abschlussfeier kurz vor Jahresabschluss	12-13
Zwei neue Ausbildungen im Januar gestartet	14
Minister A. Antoniadis besucht die KPVDB	15-16

ETHIK

Bald mehr Palliativpatienten zu betreuen?	17-20
Deontologie in der Krankenpflege	21-24

PFLEGEPRAXIS UND -MANAGEMENT

Heimweh oder die Sehnsucht nach dem Vertrauten	25-27
Der Mensch ist nicht nur Körper allein	28-31

REPORTAGE

Pflege im Hier und Jetzt	32-34
--------------------------	--------------

WEITERBILDUNGEN

Teamkonflikte mit Mediation lösen	36
Selbstfürsorge & Selbstschutz	36
Bevor das Fass überläuft...	37
Sorgenfall „Low performer“	37
Was wünschen sich alte Menschen für den Sterbeprozess?	38
Update Wundpflege	38
Zusatzausbildung für Pflegehelfer	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 breviierten KrankenpflegerInnen und PflegehelferInnen laut Gesetz Gesundheitspflegeberufe, sowie Hebammen, AssistentInnen und gleichgestellte Diplome

JAHRESBEITRAG	50€
bei Domizilierung	46€
Ehepaare bei Bezug einer Zeitschrift	bzw. 66€
Studenten, Frischdiplomierete + 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, P. Spiess, acn
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,**

In zwei Monaten ist es wieder soweit. Jeder von uns wird seine Verantwortung nehmen müssen, indem er die Personen auswählt, die ihn und seine Interessen am besten vertritt.

Ja, am 26. Mai werden wir unsere Vertreter auf europäischer, föderaler, regionaler und Gemeinschaftsebene bestimmen. Jeder sollte, bevor er eine Entscheidung trifft, die Programme der verschiedenen Parteien gründlich lesen. Diese Programme sind eigentlich Versprechungen. Und genau da muss geschaut werden, was für die Krankenpflege vorgesehen ist. Das ist das, was wir in den nächsten fünf Jahren dann auch einfordern können.

Der Allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (AUVB-UGIB-AKVB) hat ein Memorandum vorbereitet, dass allen Fraktionen zugeschickt

wird und am 25. April in Anwesenheit von Pedro Facon (Generaldirektor des Gesundheitswesens im föderalen Ministerium für Volksgesundheit) der Politik vorgestellt wird. Ohne ins Detail des Memorandums gehen zu wollen, finden Sie hier die sieben wichtigsten Forderungen des Verbands:

1. Qualitätsnormen für die qualitätsvolle Pflege in allen Bereichen der Krankenpflege
2. gerechte und angemessene finanzierte Differenzierung der Funktionen
3. angemessene und qualitativ hochwertige Ausbildungsressourcen (einschließlich Weiterbildung) mit spezifischen kurz- und mittelfristigen Zielen.
4. bessere Strukturierung/Koordination der Krankenpflegeaktivitäten (stationär und ambulant)
5. eine echte und ausgewogene Vertretung des Pflegeberufs in den ihn betreffenden Gremien
6. bessere Finanzierung, insbesondere der Forschung, der Ausbildung, der Patientenschulung, der Koordination und der Gesundheitsförderung.

7. Mittel (Zeit, Material, Gehalt, Aufwertung) für eine qualitätsvolle Pflegepraxis und eine Lebensqualität am Arbeitsplatz.

Der Krankenpflegeverband sieht es als seine Rolle, die Interessen der Pflegefachkräfte zu vertreten und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass auch in Zukunft ausreichend hochqualifizierte und korrekt bezahlte Krankenpfleger am Bett des Patienten stehen. Aber auch jeder Krankenpfleger hat als Bürger die Möglichkeit, seinen Beitrag dazu zu leisten, indem er am 26. Mai seine Stimme dort abgibt, wo die Belange der Krankenpfleger gehört werden. Wenn Sie die oben erwähnten Forderungen des Allgemeinen Krankenpflegeverbands in den Wahlprogrammen zurückfinden, bedeutet dies, dass die besagten Parteien die Erwartungen der Krankenpfleger zumindest gehört haben.

Ihre Josiane Fagnoul



FRÖHE OSTERN!

**An Ostern erwacht die Natur zu neuem Leben,
alles beginnt zu blühen und zu grünen.**

So wünscht das Team der KPVDB Ihnen viele warme Sonnenstrahlen auf der Haut und im Herzen sowie glückliche Feiertage und ein frohes Fest mit bunten Frühlingsblumen und natürlich viel Erfolg beim Eiersuchen!

Wegen reduzierter Anwesenheit bitten wir um telefonische Absprache vor einem Besuch in unseren Büros.

Neue Tätigkeitsliste für OP-Pfleger?

J. FAGNOUL, KPVDB

2014 erschien der letzte Fachtitel einer ganzen Serie. Es ist der Fachtitel für peri-operative Pflege, der noch von der Ministerin Onkelinkx verabschiedet wurde. Seitdem ist nichts mehr geschehen; keine Liste, keine Normen und keine Prämien. Nun hat sich die Technische Kommission für Krankenpflege (CTAI) mit dieser Problematik befasst und ein Gutachten bezüglich einer spezifischen Tätigkeitsliste verfasst. Die moderne Chirurgie hat in den letzten Jahrzehnten eine noch nie dagewesene Entwicklung gekannt, die zu Eingriffen geführt hat, die das Überleben und die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessern. Die starke Entwicklung der Chirurgie und Anästhesiologie erfordert eine spezielle Unterstützung. In diesen beiden Disziplinen wird die Teamarbeit immer wichtiger (wie unter anderem die Akkreditierungswege und das Projekt Safe-Surgery zeigen). Kompetente und gut ausgebildete Krankenpfleger sind Teil dieser Entwicklung. Viele Dienste sehen Krankenpfleger im Auftrag und unter der Aufsicht der betroffenen Ärzte, die an chirurgischen und anästhesiologischen Aktivitäten teilnehmen.

Mit dem Königlichen Erlass vom 27. September 2006, der die spezifischen Berufsbezeichnungen und -qualifikationen für Krankenpfleger auflistet, wurde die spezifische Berufsbezeichnung der Krankenpfleger anerkannt, die auf peri-operative Pflege, Anästhesie, chirurgische Assistenz und Instrumentieren, kurz „perioperative Pflege“, spezialisiert ist. Die Sicherheit der Pflege und die Notwendigkeit, Gesundheitsrisiken zu vermeiden,



erfordern, dass spezielle Verfahren von entsprechend ausgebildeten Krankenpflegern durchgeführt werden. Diese Entwicklung trägt auch zur Motivation der Pflegekräfte bei, sich weiterzubilden und ihre erweiterten Fähigkeiten in spezialisierten Bereichen der Patientenversorgung einzusetzen. Aus diesen Gründen hat die Technische Kommission für Krankenpflege (CTAI) dem Minister in dieser Stellungnahme vorgeschlagen, eine bestimmte Anzahl von technischen Pflegeleistungen für Krankenpfleger mit dem Titel eines auf perioperative Pflege spezialisierten Krankenpflegers als autonome Tätigkeit vorzusehen, und diese Fähigkeiten durch Änderung des Königlichen Erlasses vom 18. Juni 1990 über die Liste der technischen Pflegeleistungen und die Liste der Handlungen, die von einem Arzt an Pflegekräfte anvertraut werden können, zu bestätigen.

Änderung des Königlichen Erlasses vom 18. Juni 1990

In Anlehnung an Krankenpfleger mit der Berufsbezeichnung Krankenpfle-

ger für Intensiv- und Notfallpflege oder Krankenpfleger, die in Pädiatrie - Neonatologie spezialisiert sind, muss in einem Anhang festgelegt werden, welche besonderen Tätigkeiten dem in perioperativer Pflege spezialisierten Krankenpfleger vorbehalten sind. Artikel 7a kann für diese Zwecke durch einen Absatz 3 ergänzt werden, der ihnen die im Anhang IVbis festzulegenden Tätigkeiten anvertraut.

Anwendungsbereich

- Zugelassene OP Bereiche: Dazu gehören der Empfangsbereich, Operationssäle, Aufwachraum, PACU (Post-Anesthesia Care Unit), Schmerzbehandlungsdienst, ambulante Chirurgie und hochspezialisierte Dienstleistungen für invasive, diagnostische und therapeutische Verfahren.
- Chirurgische und anästhesiologische Konsultationen (einschließlich der Schmerzlinik), Privatkliniken und chirurgische Praxen unter der absoluten Voraussetzung, dass der Arzt in der Konsultation oder Praxis anwesend ist.

Technische Dienstleistungen, der Pflegekunst vorbehalten

B1 = Leistungen, die keine ärztliche Verordnung erfordern.

- Handhabung von kardiovaskulären, respiratorischen und neurologischen Überwachungsgeräten. Zu Informationszwecken finden Sie hier einen nicht einschränkenden Hinweis auf die in diesem Gesetz enthaltenen Techniken: den Patienten an das Überwachungsgerät anschließen, die Parameter/Werte überwachen und ggf. den Chirurgen/Anästhesisten informieren (analog zu Intensiv- und Notfallpflege/Neonatologie-Krankenpflegern). Die Vorgehensweise und die Vorsichtsmaßnahmen, die während des Gebrauchs zu treffen sind, sollten in der Prozedur des Dienstes festgelegt werden.
- Interpretation von Parametern bezüglich der kardiovaskulären, respiratorischen und neurologischen Funktionen.

Die „Interpretation“ umfasst die Überwachung und Auswertung von Parametern, um festzustellen, ob sie bei dem betreffenden Patienten anormal sind, und um den Arzt zu benachrichtigen oder eine verschriebene Maßnahme einzuleiten. Es handelt sich nicht um eine medizinische Diagnose oder die klinische Interpretation von Parametern. Diese Bewertungskapazität kann für einen spezialisierten Krankenpfleger in Betracht gezogen werden, ohne dass er medizinische Expertise in

Anspruch nehmen möchte. Dies ist auch der Grund, dass Intensiv- und Notfallpfleger- oder Neonatalkrankenpfleger bereits gesetzlich dazu berechtigt sind (Gesetz B1). Diese Pflege wird, wie alle anderen auch, in einer Prozedur beschrieben.

B2 = Leistungen, die eine ärztliche Verordnung erfordern.

Zusammenarbeit bei Anästhesie- und Operationstätigkeiten unter ärztlicher Aufsicht. Diese Aktivitäten umfassen: Patienteninstallation, Hilfe bei der Induktion und der Überwachung der Anästhesie, Vorbereitung und Hilfe beim Eingriff, Instrumentierung, chirurgische Hilfe und postoperative Patientenversorgung. Der Begriff „Assistenz“ im Sinne des Königlichen Erlasses vom 18. Juni 1990 impliziert, dass der Arzt und der Krankenpfleger gemeinsam Handlungen an einem Patienten durchführen und dass ein direkter visueller und verbaler Kontakt zwischen ihnen besteht. Die Zusammenarbeit bei Tätigkeiten und die Zusammenarbeit bei chirurgischen und anästhetischen Eingriffen sollte sich von der Hilfe dadurch unterscheiden, dass der visuelle und verbale Kontakt zwischen dem Arzt und dem Fachkrankenpfleger nicht zwingend ist. Die Anwesenheit des Arztes während der Durchführung des Eingriffs ist daher nicht zwingend erforderlich.

Für die Anästhesie bedeutet „Supervision“ nicht, dass der Arzt den Raum nicht verlassen kann, sondern dass es zu keinem Zeitpunkt einen Anreiz zur Durchführung gleichzeitiger Anästhesie gibt. Die zuständigen Fachärzte

sollten die geltenden wissenschaftlichen und fachlichen Richtlinien als Grundlage für die Ausarbeitung von Verfahren (Prozeduren) verwenden. Für die Chirurgie bezieht sich dies auf die Zusammenarbeit bei Aktivitäten wie subkutane Infiltration, kutane und subkutane Nähte, Fixierung von Drainagen, Dissektion, Entnahme und Vorbereitung von Transplantaten, Installation und Handhabung von Geräten für chirurgische Eingriffe (Endoskopie, Roboterchirurgie) usw., natürlich auf ärztliche Verordnung und unter den im Verfahren festgelegten Bedingungen.

Hinweis: Aus rechtlicher Sicht sind Handlungen, die bereits an anderer Stelle auf der Liste der Pflegedienste definiert wurden, nicht Teil dieser Tätigkeiten, z. B. Anwendung von Abgüssen, Überwachung von Thoraxdrainagesystemen, Überwachung der Kammerdrainage, Entfernung von tiefen arteriellen und intravenösen Kathetern... Diese Handlungen werden unter ihrem eigenen Namen unter den gleichen Bedingungen (Leistungen B2) durchgeführt. Krankenpfleger, die nicht Träger vom Fachtitel in der perioperativen Pflege sind und im Operationsaal oder in damit verbundenen Dienstleistungen/Funktionen arbeiten, behalten die rechtliche Kompetenz, diese Handlungen im Sinne der K.E. von 1990 durchzuführen, jedoch in Form von Assistenz: „B2“. Teilnahme an der Patientenbetreuung und Überwachung während der Anästhesie, Vorbereitung, Unterstützung und Instrumentierung bei chirurgischen oder medizinischen Eingriffen.“

Ausführungsbedingungen

Die Definition dieser Tätigkeiten ist recht breit gefasst und bietet einen globalen Rechtsrahmen für alle Operationssäle in Belgien. Der Arzt entscheidet für seine Abteilung oder für seine spezifische Intervention, die Handlungen, die eine ärztliche Verordnung erfordern, zu delegieren oder nicht, so dass es keine Verpflichtung gibt. Er kann sich auf die Mitwirkung eines spezialisierten Krankenpflegers berufen, den er durch eine „ärztliche Verordnung“ (die in Form eines Dauerauftrags im Sinne von Artikel 7 Absatz 4 des Königlichen Erlasses vom 18. Juni 1990 ausgestellt werden kann) beauftragen muss.

Innerhalb der Abteilung oder Praxis werden alle Pflegehandlungen anhand von Prozeduren durchgeführt. Eine Prozedur beschreibt, wie eine bestimmte medizinische oder pflegerische Technik durchgeführt wird, um eine korrekte und sichere Leistung durch alle Krankenpfleger in einer bestimmten Abteilung oder Einrichtung zu erreichen.

Die Verfahren für technische Leistungen (B2) und für anvertraute medizinische Tätigkeiten (C) werden in Absprache zwischen dem/den Arzt(en) und dem Krankenpfleger festgelegt. Das Verfahren kann für jede Abteilung, für jedes Fachgebiet oder für jeden Arzt die spezifischen Verfahren detailliert beschreiben. In jedem Fall wird das Verfahren in Absprache mit dem Arzt festgelegt, der die Inhalte je nach Branche und der

spezifischen Ausbildung der Fachkrankenpflegers (Operation, Instrumentieren, Anästhesie, Aufwachraum, etc.) anpassen kann. Der Arzt sollte über etwaige Einschränkungen entscheiden, z. B. um eine bestimmte Hilfsmaßnahme auf seiner Station durchführen zu können. Die Erweiterung der legalen Kompe-

tenzen von spezialisierten Krankenpflegern erfordert einen Rahmen von Ausführungsbedingungen, einschließlich Anerkennungsnormen, Finanzierung, Übergangsmaßnahmen und Vergütung. Diese Elemente fallen nicht in die Zuständigkeit des CTAI, der sie an die zuständigen Beratungsgremien verweist.

amma
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 "Agression 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: - -

Forderungen vor den Wahlen

J. FAGNOUL, KPVDB



Delphine Haulotte Vorsitzende der acn

Am Vorabend der Wahlen ist die Zeit reif, um den Forderungen Gehör zu verschaffen! Delphine Haulotte ist Präsidentin der belgischen Vereinigung der Pflegefachkräfte (acn). Und, sie hat viel zu sagen! Im Mittelpunkt der Botschaft steht eine Reform des Pflege-Attraktivitätsplans. Ihr Wunsch? Eine Aufwertung ihres Berufes!

Der belgische Verband der Pflegekräfte, dessen Präsidentin Sie sind, wünscht sich einen neuen Attraktivitätsplan. Warum ist dies so wichtig?

Delphine Haulotte (D. H.): Wenn man sich den Kataster 2016 ansieht, stellt man fest, dass es viele Krankenpfleger in der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen gibt. Die jüngere Altersgruppe ist viel weniger vertreten. Wenn wir nichts tun, werden wir in zehn Jahren ernsthafte Personalprobleme haben.

Gibt es einen Grund für diese Unterrepräsentation?

D. H.: Der Pflegeberuf hat eine physische und psychische Belastung. Heute verlassen viele junge Menschen den Beruf nach drei oder vier Jahren. Der Job ist zu schwer für sie. Wenn wir diesen turn-over stoppen wollen, müssen wir den Attraktivitätsplan unbedingt ändern. „Wir wollen eine Aufwertung, des Berufes“.

Sie wollen also einen neuen Attraktivitätsplan...

D. H.: Ja, und wir haben drei Hauptanforderungen: Erstens wollen wir, dass das Statut der Krankenpfleger aufgewertet wird. Heute gibt es zwei Arten von Krankenpflegern. Die Brevetierten (Berufliche Ausbildung) und die mit Bachelorabschluss (Hochschule). Sie verfügen jedoch nicht über das gleiche Maß an Kompetenzen und Autonomie. Für die Zukunft wollen wir den Namen „Krankenpfleger“ nur noch für Mitarbeiter mit abgeschlossener Bachelorausbildung verwenden. Die Personen, die das Brevet besitzen, würden „Pflegeassistent“ heißen. Zweitens wollen wir nach unserem Diplom bezahlt werden.

Was heißt das?

D. H.: Heute berechnet IFIC unsere Gehälter auf der Grundlage unserer Aufgaben und nicht auf der Grundlage unserer Ausbildung! So können beispielsweise derzeit ein brevetierter Krankenpfleger, einer mit Bachelor-Abschluss und ein Krankenpfleger mit Fachtitel oder besondere berufliche Qualifikation Geriatrie gleich bezahlt werden, obwohl sie unterschiedliche Qualifikationen und also auch unterschiedliche Kompetenzen haben. Das ist nicht fair.

Was ist die dritte Forderung?

D. H.: Es ist notwendig, die Personalnormen zu überprüfen, d.h. die Anzahl der Krankenpfleger pro Patient. Die Pflegearbeit ist mit einer hohen physischen und psychischen Belastung verbunden. Das Gesetz über diese Normen stammt aus dem Jahr 1989 und ist nicht mehr aktuell. Man muss unbedingt die Zahl der Krankenpfle-

ger erhöhen. Laut dem Gesetz von 1989 entsprechen 30 Betten 12 VZE (Vollzeitäquivalent). Es wäre gut, auf 15 zu steigen. Aber es ist auch wichtig, den Dienstleiter nicht mehr als effektive Pflegekraft mit zu berechnen. Er hat andere Aufgaben und kann nicht weiter als volle Kraft am Bett des Patienten mitberechnet werden. „2014, waren wir erfreut, einen Arzt als Gesundheitsminister zu haben. Aber sie hat uns nie zugehört.“

Glauben Sie, dass nach den Wahlen ein neuer Attraktivitätsplan entstehen wird?

D. H.: Wir wissen es nicht. Auf föderaler Ebene stehen wir in Kontakt mit der NVKVV, unserem niederländischsprachigen Partner. Wir vertreten die gleichen Ideen. Aber, wir müssen nicht zu viel träumen! Nun gibt es seit 2008 jedoch keine großen Fortschritte mehr, im Gegenteil... Weder auf föderaler-, noch auf regionaler- oder Gemeinschaftsebene.

Sie sprechen von den Gemeinschaften. Welche Rolle spielen sie in dem Dossier?

D. H.: Einige Kompetenzen wurden auf die Teilstaaten übertragen. Die föderale Ebene und die Teilstaaten müssen daher in der Lage sein, über bestimmte Themen zu kommunizieren. So ist beispielsweise die Ausbildung eine Materie der Gemeinschaften. Wenn wir jedoch die Namensänderung für brevetierte Krankenpfleger wollen, müssen sich die Föderalregierung und die Gemeinschaften einigen. Die Psychomotoriker haben das gleiche Problem erlebt. Die Gemein-



schaft sagt ja, dann sagt die Föderalregierung nein. Wir brauchen mehr Kommunikation.

Ein letztes Wort?

D. H.: Im Moment hören wir von den „gelben“ Westen. Die „weißen“ Westen sind dran, auf die Straße zu gehen. Wir können nicht zulassen, dass eine Katastrophe passiert, ohne etwas zu tun. Wenn wir demonstrieren würden, denke ich, dass viele Krankenpflegestudenten mit uns kommen würden.

Attraktivitätsplan für die Pflege! Was jetzt?

Der 2008 von der ehemaligen Gesundheitsministerin Laurette Onkelinx aufgelegte Pflege-Attraktivitätsplan hatte nicht die erwartete Wirkung. Nach Angaben der ACN (Belgische Vereinigung der Pflegekräfte) änderte sich alles, als Maggie De Block das Dossier übernahm. Am Vorabend der Wahlen will der Sektor Veränderungen! Der Countdown läuft vor der Föderalwahl im Mai. Dies ist ein guter Zeitpunkt, um den Forderungen Gehör zu verschaffen! Die Krankenpfleger sind an der Reihe, den Alarm auszulösen. Unzufrieden mit dem von Maggie de Block verfolgten Attraktivitätsplan fordern sie die Umsetzung neuer Maßnahmen zur Bekämpfung des Mangels an Pflegepersonal.

2008: die ersten Schritte

Die Saga begann in den 2000er Jahren, als die Berufsvereinigungen die Föderalregierung auf den kommenden Pflegemangel interpellierten.

Laurette Onkelinx, damals Gesundheitsministerin, nahm das Problem direkt auf. Im Jahr 2008 startete sie den Attraktivitätsplan, der vier Hauptbereiche umfasst: Arbeits- und Stressreduzierung, Anerkennung von Pflegequalifikationen, Verbesserung der Vergütung, Verbesserung der sozialen Anerkennung und Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Laut ACN gelingt es diesem Plan, den Beruf wieder zu stärken.“ Im Jahr 2014 konnten wir feststellen, dass sich der Plan in 6 Jahren wahrscheinlich positiv auf die Attraktivität des Pflegeberufs und den Verbleib der Krankenpfleger im Beruf ausgewirkt hat. Die Einschreibungen in den Krankenpflegesschulen sind weiter gestiegen, die allgemeinen Rekrutierungsschwierigkeiten haben sich verringert, und die ersten größeren Pensionierungswellen wurden kompensiert“, erklärt die Vereinigung.

2014: Maggie De Block übernimmt den Plan.

Im Jahr 2014 ist die Fortsetzung des Attraktivitätsplans im Regierungsabkommen vorgesehen. Dennoch stellt sich heraus, dass Maggie de Block, weit davon entfernt, die Initiative fortzusetzen, mehrere Aspekte des Plans untergraben hat. Für die ACN hat die Ministerin:

- keine Initiative ergriffen, um die Arbeitsbelastung der Krankenpfleger zu verringern, ganz im Gegenteil (z. B. durch Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus, wodurch die Intensität der Pflege erhöht und einige Krankenhausleistungen nach außen verlagert werden);
- keine Initiative ergriffen, um die Qualifikation von Krankenpflegern

allgemeinen oder spezialisierten Bereichen zu stärken (was sie im Gegenteil durch die Abschaffung der Prämien ernsthaft untergraben hat), ausser, sie hat eine europäische Verpflichtung zur Erstausbildung (die zwingend war) umgesetzt und sich davor gehütet, klar zu sagen, dass das Bachelorniveau dem europäischen Niveau am nächsten liegt;

- keine neuen Initiativen zur Erhöhung der Krankenpflegergehälter ergriffen, mit Ausnahme einer Minderheit von Krankenpflegern im privaten Sektor durch IFIC;
- hat keine neuen Initiativen ergriffen, um die soziale Anerkennung zu verbessern oder die Krankenpfleger in die sie betreffenden Entscheidungen einzubeziehen, obwohl sie beispielsweise bei der Reform der Krankenhausnetzwerke die Möglichkeit dazu hatte.

2019: Veränderung ist jetzt?

„Die jüngsten Prognosen zur Entwicklung der Humanressourcen in Belgien zeigen, dass die Wirkung des 2008 eingeführten Attraktivitätsplans nachlässt und dass bis 2025 mit Schwierigkeiten zu rechnen ist“, ist die ACN besorgt. „Wir warten ungeduldig auf die nächsten Wahlen, den Entwurf einer Regierungsvereinbarung, die wir sorgfältig lesen werden, und die Ernennung eines Gesundheitsministers, der, wie wir hoffen, tatsächlich einen Plan umsetzen wird, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen“, so die ACN weiter.

Werden die Krankenpfleger durch unsere Politikern gehört werden?

Antwort am 26. Mai!

Mehr Tätigkeiten für den Pflegehelfer

J. FAGNOUL KPVDB



Am Montag den 18. März erschien im belgischen Staatsblatt der K.E. vom 27. Februar 2019 zur Erweiterung der Tätigkeitsliste der Pflegehelfer und der damit verbundenen Bedingungen. Wie wir im Juni 2018 schon berichteten, hatte die föderale Gesundheitsministerin M. De Block die Absicht, die Liste der Tätigkeiten, die ein Krankenpfleger einem Pflegehelfer delegieren darf, zu erweitern. Im K.E. vom 12. Januar 2006 waren 18 Tätigkeiten festgehalten worden sowie die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um dies Tätigkeiten auszuführen.

Was hat sich mit dem neuen K.E. geändert?

Es sind Änderungen sowohl in der Liste der Tätigkeiten als auch in den Bedingungen, um diese Tätigkeiten durchzuführen, vorgenommen worden. Es erscheint uns wichtig,

mit den Bedingungen zu beginnen, damit nicht der Gedanke entstehen könnte, ab heute dürften diese Tätigkeiten ohne weiteres delegiert werden.

Im Art. 2 des K.E. vom 12. Januar 2006 stehen die Bedingungen, unter denen ein Pflegehelfer die pflegerischen Tätigkeiten ausüben darf. Zu lesen ist: „Der Pflegehelfer darf diese Tätigkeiten nur ausüben insofern ein Krankenpfleger ihm diese delegiert hat. Der Krankenpfleger kann dieser Delegation jederzeit ein Ende setzen.“

Dieser Passus wird folgendermaßen ergänzt: „Der Pflegehelfer darf diese Tätigkeiten nur ausüben, insofern ein Krankenpfleger ihm diese nach Prüfung des Zustandes des Patienten delegiert hat. Der Krankenpfleger kann dieser Delegation jederzeit ein Ende setzen.“

Zur Durchführung dieser neuen Tätigkeiten sind nur zugelassen:

- Personen, die ab dem 1. September 2019 die Bedingungen zur Registrierung als Pflegehelfer erfüllen und für die das Ausbildungsprogramm mindestens 150 effektiven Stunden bezüglich der Durchführung dieser Tätigkeiten, davon Maximum die Hälfte als Praktikum, beträgt.
- Personen, die vor dem 1. September 2019 die Bedingungen zur Registrierung als Pflegehelfer erfüllen und die nachweisen, dass sie erfolgreich eine Zusatzausbildung von 150 effektiven Stunden bezüglich der Durchführung dieser Tätigkeiten, davon Maximum die Hälfte als Praktikum, absolviert haben. Diese muss zertifizieren, dass sie die Kompetenzen zur Ausführung der zusätzlichen Krankenpfegetätigkeiten erworben haben.

Die zusätzlichen Tätigkeiten sind:

- Messung von Parametern bezüglich der verschiedenen biologischen Funktionen, inklusive der Messung des Blutzuckers durch kapillare Blutentnahme. Der Pflegehelfer muss dem Krankenpfleger schnellstmöglich und genauestens über die Messungen berichten.

Die Messungen von Blutdruck, Sauerstoffsättigung werden also auch erlaubt sein.

- Verabreichung von Medikamenten, die von einem Krankenpfleger oder einem Apotheker vorbereitet wurden, mit Ausnahme von

Betäubungsmitteln, über folgende Wege: Per os (inklusive Inhalierung), rektal, Verabreichung von Augentropfen, Ohrentropfen, per kutan und subkutan: ausschließlich für die subkutane Injektion von niedermolekularem Heparin

- Ernährung und Flüssigkeitszufuhr per os

Es wird hier keine Ausnahme mehr bei Schluckbeschwerden gemacht.

- Manuelle Entfernung eines Fäkaloms
- An- und Ausziehen von Strümpfen und elastischen Binden zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Venenleiden

Es wird hier keine Ausnahme für elastische Binden gemacht.

Da die KPVDB auf föderaler Ebene

in mehreren Gremien vertreten ist, waren wir auf diese Änderung gut vorbereitet. Auch liegt die Genehmigung des Ministers A. Antoniadis vor, um schnellstmöglich eine 150-stündige Weiterbildung diesbezüglich anzubieten (siehe Weiterbildungsangebot).

Nichtsdestotrotz erscheinen uns einige Kommentare wichtig.

Die Argumentation der Ministerin zur Erweiterung der Liste der Tätigkeiten, die ein Krankenpfleger einem Pflegehelfer delegieren kann, war die Entlastung der Krankenpfleger.

Aber ist dieses Ziel erreicht? Hier einige unserer Bedenken!

- Bis jetzt durfte der Pflegehelfer 18 Tätigkeiten ausüben insofern ein

Krankenpfleger ihm diese delegiert hat. Jetzt muss der Krankenpfleger bevor er delegiert den Zustand des Patienten prüfen! Ob er damit Zeit spart, bleibt offen...

- Bevor die Pflegehelferin die Medikamente verabreicht, die eventuell vom Apotheker vorbereitet wurden, muss die Krankenpflegerin prüfen, ob keine Betäubungsmittel vorgesehen sind. Ein Pflaster Durogesic oder ein Dragee Oxycontin und der Krankenpfleger muss doch selbst verteilen...
- Bevor der Krankenpfleger seine Insulin-Injektionen macht, muss er den Pflegehelfer ausfindig machen, der kurz davor (so hoffen wir) den Blutzuckertest gemacht hat, um die Resultate zu erhalten. Bleibt nur zu hoffen, dass sie die „Runden“ in der gleichen Richtung gemacht haben...

Downloaden auch Sie die praktische APP mit allen Vorteilen Ihres Kontos, immer und überall griffbereit.
KBC Mobile. Immer dabei.

Wollen Sie wissen warum?
Probieren Sie es selbst unter
kbc.be/mobile

Abschlussfeier kurz vor Jahresabschluss

J. FAGNOUL KPVDB



Am 19. Dezember war es wieder mal soweit. Gleich zwei Ausbildungen gingen zu Ende und die KPVDB durfte im Rahmen einer kleinen Feier Zertifikate und Bescheinigungen verteilen. Es handelte sich zum einen um die Ausbildung zum Kinderbetreuer, die von September 2017 bis September 2018 andauerte. Die Ausbildung ist mit sechs Teilnehmer gestartet, endete aber nur mit vier, da unterwegs zwei Teilnehmerinnen selbst für Nachwuchs gesorgt haben, deswegen kein Praktikum absolvieren durften und somit die Ausbildung nicht beenden konnten.

Das Abschlusszertifikat haben erhalten: Dantine Anne, Lippold Katja, Nazarova Anastasia und Stanczak Jessica

Der Minister für Gesundheit und Soziales richtete sich mit folgenden Worten an die Absolventen

„Liebe Absolventinnen und Absolventen, meine Damen und Herren, wir alle wissen, dass sich unsere Gesellschaft in einem permanenten Wandel befindet. Nicht nur die Lebenserwartung oder die beruflichen

Perspektiven haben sich verändert. Auch die Rollenverteilung ist nicht mehr dieselbe wie noch vor 40 Jahren. Während sich früher nahezu ausschließlich der Mann um die Arbeit kümmerte, war es meist die Frau, die den Haushalt schmiss, nach den Kindern guckte und sich nicht selten auch noch um die Großeltern sorgte.

Diese Zeiten gehören heute der Vergangenheit an, und das ist sicherlich in vielerlei Hinsicht auch gut so. Heutzutage sind immer häufiger beide Elternteile berufstätig. Dabei äußern sie dennoch stets den Wunsch, Beruf und Familienleben unter einen Hut zu bekommen. Damit dies gelingt, sind die Familien auf eine Betreuung ihrer Liebsten angewiesen. Das setzt sowohl eine Betreuung der Kinder als auch der Eltern beziehungsweise der Großeltern voraus. Aber seine Angehörigen vertraut man nicht gleich wem an. Immerhin will man für seine Familie nur das Beste und sie in guten Händen wissen. Und deshalb brauchen diese Familien qualifizierte Alten- und Pflegehelfer und kompetente Kinderbetreuer. Deshalb brauchen unsere Familien Menschen wie Sie! Sie leisten

einen ganz entscheidenden Beitrag, um den Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf Realität werden zu lassen. Hier ist natürlich auch die Politik gefragt. Denn ihre Aufgabe ist es, den Familien passgenaue Rahmenbedingungen für ein angenehmes Leben in freier Entfaltung zu bieten. Daran arbeitet die Regierung seit geraumer Zeit, daran arbeite ich als zuständiger Minister intensiv. Sowohl im Seniorenbereich als auch in der Kinderbetreuung setzen wir uns unermüdlich für das Wohl der Familien in Ostbelgien ein. Um den Familien dort entgegen zu kommen, wo sich Bedarf abzeichnet scheuen wir weder Kosten noch Mühen. Die Regierung hat in den letzten Jahren sehr viel getan, um die Rahmenbedingungen zu verbessern. Zu den guten Rahmenbedingungen zählen natürlich auch gute Arbeitsbedingungen. Denn die Menschen, die in der Pflege aktiv sind, müssen gute Arbeitsbedingungen und vor allem einen fairen und guten Lohn bekommen. Dabei darf es nicht als Ausrede gelten, dass diese Menschen ihren Beruf als eine Berufung sehen. Wir sind der Auffassung: Pflegen muss sich noch mehr lohnen. Deshalb führen wir gerade die Verhandlungen mit dem Nicht-kommerziellen Sektor, damit die Gehälter in der Pflege erhöht werden können. Für die Kinderbetreuer gibt es seit dem 1. September bereits mehr Geld. Denn nur, wenn wir in Zukunft genug Pflegekräfte und Kinderbetreuerinnen haben, wenn es genug Menschen gibt, die solch verantwortungsvolle Berufe übernehmen wie Sie es tun werden, kann die Idee, eines selbstbestimmten Lebens für uns in Ostbelgien Wirklichkeit werden. Wir brauchen Sie

also in Zukunft. Sie sind für unsere Gesellschaft unverzichtbar. Ich hoffe, Sie sind sich dessen bewusst.“

Des Weiteren ging auch die 150-stündige Ausbildung für leitende Mitarbeiter in den Alten- und Pflegeheimen (jetzt Wohn- und Pflegezentren für Senioren genannt) Anfang Dezember zu Ende. Die Anforderungen an die Führungskräfte steigen nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch in den Wohn- und Pflegezentren. Professionelles Arbeiten in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bedeutet fundiertes fachliches Können mit persönlichen und sozialen Kompetenzen zum Wohle der Patienten und Bewohner einzusetzen. Folgende Bereiche und viele mehr wurden in einer speziell darauf zugeschnittenen Ausbildung angeboten.

Inhalte

- Instrumente zur Leitung einer Versammlung, Evaluations- bzw. Entwicklungsgespräche, delegieren können,...
- Qualitätsentwicklung, Pflegeplanung, die Entwicklung von Prozeduren und die Einführung von Veränderungsprozessen.
- Der Austausch mit allen am Pflege- und Begleitprozess Beteiligten. Gespräche mit Angehörigen, Interdisziplinäre Konsultierungen, Überbringen von schlechten Nachrichten.
- Die Sozialgesetzgebung und das Arbeitsrecht: Die legalen Bestimmungen werden immer komplexer und neue Kompetenzen werden den Regionen und Gemeinschaften übertragen.
- ...

Zum Ende der Ausbildung sollte jeder Teilnehmer eine Projektarbeit zu einem ihm wichtigen Thema schreiben.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

- Interdisziplinarität und Kommunikation im Seniorenzentrum St. Franziskus Dupuis Jasmin, Ergotherapeutin
- Die Anlegung eines Sinnesgarten für die Bewohner des Pflegeheims im Katharinenstift Astenet Taeter Sanny, Krankenpflegerin
- Erstellung und Anpassung eines Aufnahme- und Integrationskonzeptes für neue Bewohner des psychiatrischen Pflegewohnheims in St. Vith Schröder Melanie, Krankenpflegerin
- Sprachprobleme in der Pflege Schneider Corinna, Krankenpflegerin
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Seniorenheimen Hof Bütgenbach und St. Elisabeth St. Vith Vogelaar Jacomien, Krankenpflegerin Saubain Filip, Kinesiotherapeut Langer Anke, Ergotherapeutin
- Referenzpflege in den Seniorenheimen Hof Bütgenbach und St. Elisa-

beth in St. Vith

Bertrand Isabelle, Krankenpflegerin

Nahrings Martina, Krankenpflegerin

- Die Bezugspflege

Michels Brigitte, Krankenpflegerin

Assango Lea, Krankenpflegerin

Dahner Patricia, Krankenpflegerin

- Einführung des paramedizinischen Leiters bei Vivias

Pint Brigitte, Kinesiotherapeutin

Rosen Sonia, Kinesiotherapeutin

- Bewohner mit psychiatrischen Erkrankungen im APWH

Creutz Thomas, Krankenpfleger

- Neu zusammengesetztes Team nach An- und Umbau des Wohn- und Pflegezentrum St. Joseph Eupen

Reinartz Philipp, Krankenpfleger

Da Dupuis Jasmin, Taeter Sanny, Schröder Melanie, Schneider Corinna ihre Projektarbeit bis Ende November eingereicht hatten, konnten sie anlässlich dieser kleinen Feier eine Abschlussbescheinigung aus den Händen des Ministers entgegennehmen. Die sechs weiteren Projektarbeiten liegen in der Zwischenzeit vor, so dass zusätzliche Bescheinigungen bald unterwegs sein werden.



Teilnehmer der Ausbildung für leitende Mitarbeiter in den APWH

Zwei neue Ausbildungen im Januar gestartet

J. FAGNOUL, KPVDB



Teilnehmer der Ausbildung AFP-K8

Anfang Januar war es soweit. Die achte Auflage der Ausbildung zum Familien- und Seniorenhelfer und zum Pflegehelfer sowie die zum Kinderbetreuer (AFP-K) starteten reibungslos. Die Aufstellung ist jedoch etwas anders als in den vorigen Jahren. Durch die Erhöhung des Bedarfs an Kinderbetreuern wurde die Ausbildung aufgeteilt, sodass dieses Jahr bis zu 40 Personen in den Ausbildungen aufgenommen werden konnten.



Teilnehmer der Ausbildung Kinderbetreuer

Die Ausbildung der Familien- und Seniorenhelfer sowie Pflegehelfer hat am 7. Januar mit 20 Personen begonnen. Sie findet wieder in der Hillstrasse in den ehemaligen Räumen der Krankenpflegeschule statt. Die Teilnehmer sind bis Juni 2020 unterwegs um das angestrebte Zertifikat zu erwerben. Die Ausbildung zum Kinderbetreuer hat am 8. Januar mit 19 Teilnehmern begonnen und dauert bis November 2019. Diese neue Klasse fand in den Räumlichkeiten des Jugendtreff X-Dream am Rotenberg Unterschlupf.

Die KPVDB wünscht allen Teilnehmer viel Erfolg und eine bereichernde Ausbildung.

Einige Eigenschaften der Teilnehmer

	Familien-Senioren und Pflegehelfer	Kinderbetreuer
Norden	12	16
Süden	8	3
Mann	4	0
Frauen	16	19
Durchschnittsalter	35,2	34,47
Mit Kinder	50%	63%

Minister A. Antoniadis besucht die KPVDB

J. FAGNOUL, KPVDB



Minister im Gespräch mit L. Schneiders

Am 1. September 2014 besuchte uns Minister A. Antoniadis zum ersten Mal. Es war so zu sagen sein Antrittsbesuch. Am 4. Februar 2019 war ein Bilanzbesuch angesagt und, wie er betonte, auf keinen Fall ein Abschiedsbesuch. Im Mittelpunkt stand die Frage: Wo stehen wir 5 Jahre später und welche sind die Herausforderungen für die nächsten Jahre? Auch wenn das größte Interesse die hiesigen Änderungen und Herausforderungen betraf, ließen wir es uns nicht nehmen, auch die großen Baustellen auf föderaler Ebene anzusprechen, denn auch diese beeinflussen den Alltag des Pflegepersonals hier vor Ort. Im manchen Fällen sind die beiden Ebenen auch sehr stark verbunden. Die KPVDB nutzte die Gelegenheit auf die Baustellen und die Herausforderungen hinzuweisen.

Änderungen auf föderaler Ebene

- Der K.E. Nr. 78 wurde koordiniert und heißt jetzt Koordiniertes Gesetz vom 10. Mai 2015 über die Gesundheitsberufe.
- Die Ministerin hat eine Reform dieser Gesetzgebung vorbereitet. (Loi Qualité)
- Die Anerkennung der Gesundheitsberufe, die 2014 noch eine föderale Materie war, ist jetzt eine Kompetenz der Gemeinschaften. Wir merken, dass dadurch die Dauer des Registrierungsverfahrens für Pflegehelfer bedeutend verkürzt wurde.
- Die Palliativpflege sowie die Seniorenpolitik wurden ebenfalls seit dem 1. Januar 2019 den Teilstaaten übertragen.

Die Baustellen auf föderaler Ebene sind für den Pflegesektor

- Die Reform der Gesundheitspflegeberufe
- Die europäische Gesetzgebung bezüglich der Ausbildung zum Krankenpfleger und die vorgesehenen Kontrollen.

- Die Krankenhausnetzwerke an deren Spitze kein Platz für die Krankenpflege vorgesehen wurde
 - Das Einverständnisprotokoll über die Delegation von Pflegefachleistungen an Nicht-Gesundheitsberufe
 - Die Erweiterung der Tätigkeitsliste für Pflegehelfer
- Um unser Engagement nochmals zum Ausdruck zu bringen, erwähnten wir auch die Mandate, die wir auf föderaler Ebene wahrnehmen. (siehe Tabellen unten)

Die Änderungen auf Gemeinschaftsebene & die damit verbundenen Herausforderungen:

Neue Gesetzgebung bezüglich der Wohn- und Pflegezentren

- Die KPVDB hat 2017 ein Gutachten eingereicht. Was geschieht damit?
- Wie werden die Personalnormen aussehen? Diese müssen in der Pflege mindestens auf dem jetzigen Niveau gehalten werden. Krankenpfleger sollen nicht weiter durch Reaktivationspersonal ersetzt werden.
- Die Strukturierung des Pflegedienstes (Wohnbereichsleitung und

Föderale Mandate	effektives Mitglied	Ersatzmitglied	Mandat über:
CFAI: Föderaler Krankenpflegerat	J. Fagnoul	A. Ernst	KPVDB
CFAI: Ausschuss	J. Fagnoul		KPVDB
CFAI: Technische Pflegefachkommission	F. Trufin	G. Vos	UGIB
CFEH: Föderaler Rat der Krankenhauseinrichtungen		N. Brockhans	UGIB
AUVB/UGIB/AKVB: Allgemeiner Krankenpflegeverband	J. Fagnoul	A. Ernst	KPVDB Nicht namentlich
UGIB Ausschuss	J. Fagnoul		Deutschsprachige Kammer



Minister nimmt an Reanimationsmaßnahmen teil

Auf Ebene der DG	effektives Mitglied	Ersatzmitglied	Mandat über:
Krankenhausbeirat	M. Wengenroth G. Vos	M. Schür A. Aachen	KPVDB
Beirat für Aufnahmestrukturen	M. Backes	V. Loyens	KPVDB
Beirat für Gesundheitsförderung	J. Fagnoul	M. Schwall	KPVDB
PPV Palliativpflegeverband	J. Fagnoul	(A. Aachen)	KPVDB
PPV Vorstand	J. Fagnoul		
FWSP	J. Fagnoul		PPV

Pflegedienstleitung) müssen abgesichert sein.

- Die Prämien für die besonderen beruflichen Qualifikationen und für die Fachtitel müssen beibehalten werden.

Aufwertung der Pflegeberufe

- Welche Berufe sollen aufgewertet werden? Krankenpfleger und Pflegehelfer sind Pflegeberufe. Paramediziner und Kinesiotherapeuten sind Gesundheitsberufe. Es soll prioritär da aufgewertet werden, wo auch Mangel besteht und nicht pauschal auf allen Ebenen, wenn nicht erforderlich.
- Auch wenn der finanzielle Aspekt nicht der einzige ist, kann auf keinen Fall akzeptiert werden, dass Pflegehelfer und gewisse Krankenpfleger weniger verdienen als Familienhelfer (siehe hierzu Bericht in der gleichen Zeitschrift).

gen zu besuchen. Während die Schüler der 7. Ausbildung AFP-K ihren letzten Unterrichtstag vor den Prüfungen hatten, übten die Neuen den Ernstfall

im Erste-Hilfe Kurs. So hatte der Minister keine andere Wahl, als sich den Lernenden als lebendes Mannequin für die Übungen zur Verfügung zu stellen.



Stiftung gegen Krebs

Lauf für das Leben ★ ★ ★

EUPEN macht 24 Stunden mobil gegen Krebs

FEIERN ★ WÜRDIGEN ★ KÄMPFEN




**Vom Samstag 29. Juni - 15 Uhr
bis Sonntag 30. Juni - 15 Uhr**

**Irmep Sporthalle
Schönefeld - 4700 Eupen**

Kontaktpersonen :
 Jacqueline Jost - Stiftung gegen Krebs - 0476/990 819 - jjost@stiftunggegenkrebs.be
 Philippe Lejeune - Fondation contre le Cancer - 0492/979 328 - plejeune@cancer.be

Organisiert von dem Freiwilligen-Ausschuss auf Initiative der Stiftung gegen Krebs.

www.relaispoulavie.be



LAUF FÜR DAS LEBEN
Stiftung gegen Krebs

SAVE THE DATE!
 Die Stiftung gegen Krebs und das Organisationskomitee laden Sie ein zum „Lauf für das Leben 2019“ in Eupen.
„DIE KRANKHEIT MUSS UNS ZUSAMMENFÜHREN UND NICHT ENTFREMDEN!“

Unsere Mandate auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Nach dem Bilanzgespräch nutzte Minister A. Antoniadis die Gelegenheit, die Schüler der verschiedenen Ausbildung-

Bald mehr Palliativpatienten zu betreuen?

PETRA PLUMACHER, PALLIATIVPFLEGEVERBAND

Der PICT – frühzeitigere Identifizierung des Palliativpatienten

(durch K.E. gesetzlich festgelegt)

Endlich geht es in diesem langwierigen Prozess um die Erweiterung der Palliativpflege wieder einen Schritt vorwärts mit der gesetzlichen Veröffentlichung des PICT (Palliative Indicator Care Tool).

Bereits 2009 äußerte die KCE (das föderale Expertisenzentrum im Gesundheitspflegebereich):

„Die Patienten müssen als Palliativpatienten „erkannt“ und „anerkannt“ werden, wenn sie sich in einem fortgeschrittenen oder terminalen Stadium einer schweren, evolutiven Krankheit befinden, welche die Lebenserwartung gefährdet und dies egal wie lange die Lebenserwartung noch sei.“¹ Dabei lag auch ein Schwerpunkt auf die Identifizierung der Palliativpatienten unter den Nicht-Krebspatienten (Herzinsuffizienz, Lungeninsuffizienz, Demenz,...), die in vielen Fällen nicht als palliativ erkannt und eingestuft werden.

In ihrem Bericht von 2014 fand die Föderale Zelle für Palliativpflege (Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs), dass die Patienten im Allgemeinen sehr spät als Palliativpatienten identifiziert werden. Bisher war die LIKIV darum bemüht, das Palliativstatut mit einer noch verbleibenden Lebenserwartung von 3 Monaten zu begrenzen. Dies ist eine Bedingung zur Erlangung eines Pal-

liativstatuts, welches wiederum die Möglichkeit gibt, zur finanziellen Unterstützung des Palliativpatienten zu Hause und zur kompletten Rückerstattung der Kosten des Hausarztes, der Pfleger(innen) der 1. Linie, aber auch des Kinesitherapeuten. 2016 wurde dann per Gesetz die Definition des Palliativpatienten erweitert, die fortan nicht mehr an der noch verbleibenden Lebenserwartung gekoppelt ist, sondern an seinen Bedürfnissen. Auch kann noch parallel dazu eine kurative Behandlung stattfinden. Kurativ und palliativ schließen sich gegenseitig nicht mehr aus.

Es stellte sich also die Frage, ab wann wäre ein Patient am besten palliativ einzustufen und nach welchen Kriterien?

Jetzt galt es noch ein Instrument zu finden, anhand dessen Kriterien der Palliativpatient beizeiten und für alle klar identifiziert werden konnte.

In den letzten Jahren gingen die Bemühungen auf der Suche nach einem solchen Instrument auf verschiedenen Ebenen in diese Richtung:

Am 20.11.2018 erschien dann im Moniteur Belge der Text des K.E. vom 21. Oktober 2018. Er bestimmt die Kriterien zur Identifikation eines Palliativpatienten in einem früheren Stadium seiner Krankheit. Es heißt darin, ein Palliativpatient nach dem Gesetz von 2002 bezüglich Palliativpflege ist ein Patient, bei dem der Arzt die festgelegten Kriterien (PICT-Skala) feststellen konnte, wie sie im Anhang dieses K.E. beschrieben

werden. Diese sogenannte PICT-Skala entstand in einer Zusammenarbeit des Palliativsektors und der Universitäten². Seine Handhabung ist relativ einfach für die Gesundheitsdienstleister und wurde bereits teilweise im BelRAI-Instrument des Palliativ-Screeners übernommen.

Dabei betrifft der 1. Teil hauptsächlich den behandelnden Arzt:

Die 1. Frage bewertet die Lebenserwartung des Patienten, wie prekär sein Gesundheitszustand einzuschätzen ist: „Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient innerhalb der nächsten 6-12 Monate versterben würde?“ Wenn diese Frage mit NEIN beantwortet wird, dann geht es mit der Befragung weiter. Ansonsten ist der Patient nicht palliativ einzustufen.

Die 2. und 3. Frage beschäftigen sich mit den Fragilitätsindikatoren (Gebrechlichkeitsfaktoren) des Patienten und der Unheilbarkeit seiner Erkrankung.

Diese PICT-Skala ermöglicht es zu entscheiden, ob der Patient palliativ eingestuft wird oder nicht. Im positiven Fall ist es ratsam, einen Pflegeplan in Absprache mit dem Patienten und dem interdisziplinären Team zu erstellen. Um besser auf die jeweiligen Bedürfnisse des Palliativpatienten eingehen zu können, wird in einem 2. Teil des PICTS ebenfalls das Niveau des Palliativstatus und der damit verbundenen Unterstützung definiert: je nach Lebenserwartung und nach spezifischen Bedürfnissen des Patienten gibt es

das einfache, das erhöhte oder das vollständige Palliativstatut. Dieser 2. Teil bleibt allerdings noch zu finalisieren und wäre dann noch gesetzlich zu verankern. Der Gebrauch des PICT, sowie die Festlegung der Pflegestufen und die Anpassung an mögliche Finanzen, müsste zwar noch festgelegt werden. Dennoch kann er inzwischen als Diskussionsgrundlage genutzt werden um weg-zukommen von der dreimonatigen Lebenserwartung, um Palliativpflege frühzeitiger anzuwenden.

Parallel zur Veröffentlichung des PICTs im Gesetz gab die Gesundheitsministerin M. De Block bekannt, dass sie für 2019 ein Budget von 6 Millionen Euro für die Hausärzte festlegt, um die „*planification anticipée*“ (ACP) bei jeder Identifikation eines Palliativpatienten durch den PICT zu unterstützen. Durch den ACP, so M. De Block, kommt es zu wiederholten Gesprächen zwischen dem Patienten, den Angehörigen, dem Arzt und den Pflegenden. Dies ermöglicht klare Absprachen, die die Begleitung in der Endphase vereinfachen und unter anderem (unangemessene) Hospitalisationen am Lebensende vermeiden sollen.

Die angestrebte finanzielle Abdeckung soll die Ärzte ermutigen, den aufwendigen Dialog zu diesem sensiblen Thema mit Patienten und Angehörigen zu beginnen. Dies könnte ihrer Meinung nach viel Kummer und Leid verhindern. Der Bürger soll wählen können, wie er gepflegt werden und wie er seine letzte Phase leben möchte. Dafür ist eine gründliche Aufklärung des Patienten durch den

Hausarzt nötig (bezgl. Diagnose, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten). Dabei kann auch ein Vertreter bestimmt und eine Patientenverfügung ausgefüllt werden. Mehrere Gespräche sind nötig: „*Cela ne se fait pas en 2 temps et 3 mouvements*“, so M. De Block.

Im Anhang an diesen Artikel hat der PPV den PICT ins Deutsche übersetzt, wobei die Inhalte vom deutschsprachigen BelRAI übernommen wurden. Diese Skala kann von den Interessierten zur Benutzung ausgeschnitten

werden. Zuletzt bleibt nur zu hoffen, dass auch der 2. Teil des PICTs zeitnah vom Gesetzgeber übernommen wird mit den jeweiligen konkreten Formen der Unterstützung und dessen praktische Anwendung von der LIKIV festgelegt werden kann.

¹A. Ernst, *Palliativpflege – Stand der Dinge*, KPVDB – Pflege heute, 01/2016, S. 28 – 32.

²Etude PICT – Desmedt M., *Identification du patient palliatif & attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins: de l'usage d'un nouvel outil*, le PICT, Cliniques universitaires Saint-Luc, 2016.


Haelvoet
we create furniture to heal, to care & to meet



*Komfort für
Patienten und
Pflegepersonal*

AVENTO

höhenverstellbar



Avento mit zentralem Bremsmechanismus

Der Avento Sessel ist höhenverstellbar und kippt simultan Rückenlehne, Sitz und Beinstütze in eine 'Zero-Gravity' Position. In diesem Sessel genießt der Patient außergewöhnliche Unterstützung.

auch auf Deutsch

→ www.haelvoet.be

**Identifikationsskala des Palliativpatienten – PICT – KE. 20.11.2018** (Übersetzung BelRAI)

1) Wären Sie überrascht, wenn Ihr(e) Patient/in den nächsten 6 bis 12 Monaten versterben würde?

Ja

Nein

2) Treffen bei Ihrem Patienten mehr als 2 der folgenden Fragilitätsindikatoren zu?

- Sitzt oder liegt über die Hälfte des Tages in einem Sessel oder Bett, ohne dass eine Verbesserung in Sicht ist.
- Gewichtsverlust von $\geq 5\%$ innerhalb 1 Monats oder $\geq 10\%$ innerhalb von 6 Monaten, oder BMI $< 20 \text{ kg/m}^2$ oder Albumingehalt $< 35 \text{ g/l}$.
- Schmerzen oder ein anderes kontinuierliches und störendes Symptom, trotz optimaler Behandlung der zugrundeliegenden unheilbaren Erkrankung.
- Mindestens 1 schwere komorbide Erkrankung des Herzens, der Lungen, Nieren oder Leber oder 2 komorbide Erkrankungen, die nicht unter Kontrolle sind oder nicht behandelt werden (einschließlich Alkoholismus, Abhängigkeit/Sucht und Behinderung).
- Mindestens 2 unvorhergesehene Krankenhausaufenthalte oder 1 Krankenhausaufenthalt von ≥ 4 Wochen innerhalb der letzten 6 Monate (einschließlich des derzeitigen Aufenthalts).
- Benötigt mehr Pflege und/oder wöchentliche Behandlung durch Pflegebringer aus verschiedenen Disziplinen (zuhause oder im Altenheim/Alten- und Pflegeheim).
- Patient/in (oder die engere Familie, wenn der/die Patienten/in den eigenen Willen nicht äußern kann) fordert eine Palliativpflege an oder verweigert die Aufrechterhaltung/Fortsetzung einer lebensverlängernden Behandlung.

Nein

Ja

3) Trifft bei Ihrem Patienten mindestens ein Kriterium der Unheilbarkeit einer potenziell tödlich verlaufenden Erkrankung zu?

- 3.1. Onkologische oder hämatologische Erkrankung
- 3.2. Herzerkrankung oder periphere arterielle Verschlusskrankheit
- 3.3. Atemwegserkrankung
- 3.4. Nierenerkrankung
- 3.5. Gastrointestinale Erkrankung oder Lebererkrankung
- 3.6. Neurologische Erkrankung
- 3.7. Frailty-Syndrom (Geriatrisches Syndrom)
- 3.8. Infektionskrankheit
- 3.9. Eine andere unheilbare und fortschreitende Erkrankung
(Mehr Informationen zu Kriterien 3.1 bis 3.9. siehe Rückseite)

Nein

Ja

**der Patient wird als
Palliativpatient
identifiziert!**

**der Patient wird nicht
als Palliativpatient
identifiziert!**

In diesem Fall rät der PPV einen Pflegeplan und ein ACP („Advanced Care Planning“) auszuarbeiten mit dem Patienten, seinen Angehörigen und einem multidisziplinären Team.

Kriterien der Unheilbarkeit einer potenziell tödlich verlaufenden Erkrankung

3.1. Onkologische oder hämatologische Erkrankung

- Funktioneller Rückgang aufgrund einer Entwicklung des Tumors oder einer medizinischen oder chirurgischen Komplikation.
- Verweigerung oder Kontraindikation für die Fortsetzung einer Krebsbehandlung oder Fortsetzung der Behandlung nur im Hinblick auf die Symptomkontrolle.
- Myelodysplastisches Syndrom mit hohem Leukämierisiko und Kontraindikation für eine Knochenmarktransplantation, oder myelodysplastisches Syndrom verschlechtert durch eine schwere und anhaltende Neutropenie oder Thrombozytopenie.

3.2. Herzerkrankung oder periphere arterielle Verschlusskrankheit

- Herzinsuffizienz NYHA IV oder fortgeschrittene und nicht behandelbare Erkrankung der Koronararterien, wodurch auch im Ruhezustand Symptome auftreten, die sich bei der geringsten Anstrengung verschlechtern.
- Schwere und inoperable periphere arterielle Verschlusskrankheit

3.3. Atemwegserkrankung

- Schwere chronische Atemwegserkrankung mit Dyspnoe im Ruhezustand oder bei geringster Anstrengung zwischen zwei Exazerbationen.
- Bedarf an Langzeit-Sauerstofftherapie oder (invasive oder nicht-invasive) Beatmung oder Kontraindikation für diese Behandlungen.

3.4. Nierenerkrankung

- Chronisches Nierenversagen in Stadium 4 oder 5 (oder GfA < 30ml/Min.), mit Dialyse behandelt oder nicht behandelt, die mit Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht.
- Kontraindikation für die Dialyse, Abbruch oder Verweigerung der Dialyse.
- Akute Niereninsuffizienz, die im Fall einer unheilbaren Krankheit für Komplikationen sorgt, oder Behandlung eines Patienten/einer Patientin mit begrenzter Lebenserwartung.

3.5. Gastrointestinale Erkrankung oder Lebererkrankung

- Schwere oder dekompensierte Leberzirrhose, bei der die medizinische Behandlung nicht anspricht und eine Kontraindikation für eine Lebertransplantation besteht.
- Blutungen, intestinaler Darmverschluss oder Ösophagusperforation nichtneoplastischen Ursprungs und Versagen oder Kontraindikation für medizinische und/oder chirurgische Behandlung.

3.6. Neurologische Erkrankung

- Irreversibler und schwerer Rückgang des funktionellen und/oder kognitiven Zustands und/oder Bewusstseinszustands, trotz optimaler Behandlung.
- Fortschreitende Sprachprobleme, wodurch der/die Patient/in schwer zu verstehen ist oder irreversible Schluckstörungen, die für rezidivierende Pneumonien verantwortlich sind.

3.7. Frailty-Syndrom (Geriatrisches Syndrom): Unfähigkeit sich ohne Hilfe eines Dritten zu bewegen, anzuziehen, sich zu waschen und zu essen zusammen mit ≥ 1 der 6 folgenden Kriterien.

- Harn- oder Stuhlinkontinenz.
- Anhaltende Verweigerung von Nahrung und/oder Pflege.
- Definitiver Appetit- oder Gewichtsverlust $\geq 10\%$ innerhalb 1 Monats, oder ein BMI < 18, oder Albumingehalt < 30g/l.
- Unfähigkeit zu sprechen, zu kommunizieren und Familienmitglieder zu erkennen.
- Wiederholt Stürze oder ein schwerer Sturz in der Vorgeschichte.
- Irreversible Schluckstörungen und rezidivierende Aspirationspneumonie.

3.8. Infektionskrankheit

- Infektion, bei der keine Behandlung anspricht.

3.9. Eine andere unheilbare und fortschreitende Erkrankung.

Eine andere unheilbare und sich entwickelnde Erkrankung ohne Aussicht auf Genesung und Stabilisierung.

Deontologie in der Krankenpflege

TREFFPUNKT PFLEGE

A. ERNST, KPVDB

Auf Initiative der föderalen Gesundheitsministerin Maggie De Block fand am 12. Dezember 2018 der jährliche „Treffpunkt der Krankenpflege“ statt. Organisiert wurde der Tag durch das föderale Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem allgemeinen Dachverband der Krankenpflege (AKVB – UGIB). Dieses Jahr stand die Berufsdeontologie im Mittelpunkt, auch vor dem Hintergrund, dass der föderale Krankenpflegerat in 2017 der Ministerin in seinem Gutachten empfohlen hatte, den Deontologiekodex der UGIB von 2004 zu modernisieren und zu aktualisieren. Eine Arbeitsgruppe des CFAI hat diese Aktualisierung übernommen und konnte das Ergebnis über die Möglichkeit eines Systems der Deontologischen Regulierung für die Pflegefachkräfte im CFAI vom 14. November 2017 vorstellen. Die KPVDB war auch sehr aktiv in dieser Arbeitsgruppe beteiligt.

Maggie De Block eröffnet Tagung



Ministerin eröffnet die Tagung

Die Ministerin eröffnete die Tagung, obschon zu dem Zeitpunkt eine

„Regierungskrise“ durch den Austritt der NVA in Belgien die Schlagzeilen beherrschte. Die Ministerin begrüßte den Beruf. Die Tatsache, dass der Allgemeine Krankenpflegeverband in 2004 einen Deontologiekodex für den eigenen Beruf präsentierte, in dem die Werte und Verantwortlichkeiten durch Verhalten bestätigt werden, und dies gegenüber Patienten, Kollegen, und anderen Berufsgruppen sowie der Gesellschaft, ist für die Ministerin ein Zeichen der Reife des Berufes. Auch die erfolgreiche Anpassung in 2017 zeigt, dass für wichtige berufsinterne Debatten der Beruf zusammen arbeiten kann.

Für die Ministerin basiert die Reform des Gesetzes „über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe“ von 2015 auf drei Hauptprinzipien:

Der Patient muss im Mittelpunkt stehen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der Standard und eine gute Versorgung basiert auf kompetente Leistungserbringer. Diese drei Prinzipien finden sich auch im 2017 überarbeiteten Deontologiekodex der Krankenpflege wieder. Die Ministerin weist darauf hin, dass im Rahmen des reformierten Gesetzes über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe von 2015, weitere wichtige Etappen anstehen. Am 21. September 2018 hat der Ministerrat seine Zustimmung gegeben für das Vorprojekt über die Qualitätssicherung der Praktiken der Gesundheitspflegeberufe.

Das Prinzip: der Patient muss immer und überall auf eine Versorgung mit möglichst hoher Qualität rechnen

können, unabhängig davon, wer diese Pflege übernimmt oder wo diese geschieht. Dieses Prinzip stützt sich auf:

- die «Patientenrechte» und beinhaltet interdisziplinäre Zusammenarbeit als Norm,
- evidenzbasierte Praxis,
- Patientenbezug, wann immer dies erforderlich ist,
- Kriterien, welche minimalen Angaben in der Patientenakte enthalten sein müssen,
- ein professionelles Portfolio, welches beweist, dass der Leistungserbringer kompetent ist und sich aktualisiert,
- Transparenz durch ein öffentlich zugängliches Register mit Informationen zu den Leistungserbringern, deren Spezialisierungen und mit wem sie zusammenarbeiten.

Die Ministerin rechnet damit, dass das neue Qualitätssicherungsgesetz bis Juli 2021 in Kraft tritt.

Für die Ministerin kann der deontologische Kodex der Krankenpfleger als eine Form der Umsetzung der Grundsätze des Qualitätsgesetzes in deontologische Regeln betrachtet werden. Daher sollte sich die Tagung vom 12. Dezember 2018 auch mit heute aktuellen Fragen beschäftigen: Wie kann man Berufsdeontologie an zukünftige KrankenpflegerInnen unterrichten? Wie kann man die KrankenpflegerInnen ermutigen die deontologischen Prinzipien in der täglichen Arbeit anzuwenden? Was muss geschehen, dass die Arbeitsbedingungen ermöglichen, dass KrankenpflegerInnen ihrer Deontologie treu sein können? Bedarf der



Die Tagung war gut besucht

Deontologiekodex der Krankenpflege einer rechtlichen Anerkennung, und somit auch einer Instanz, die über die Einhaltung wachen kann? Die Tagung war also die Gelegenheit, weiter über diese Fragen «innerhalb» des Berufes zu debattieren, damit aus dem Kodex mehr wird als nur eine Erklärung von guten Absichten.

Deontologie oder Ethik? Eine Frage des Konzeptes

Etienne Goudin, Krankenpfleger und Lehrperson in Ethik am CPSI und an der Uni Lille, erläuterte im Einstiegsreferat unterschiedliche Konzepte, die das Zusammenleben in der Gesellschaft ermöglichen, die aber auch für einen Beruf wie den der Krankenpflege von Bedeutung sind.

Recht und Gesetze:

Die Sitten, Regeln und Werte einer Gesellschaft stehen in direktem Zusammenhang mit den Gesetzen die sich eine Gesellschaft gibt. Recht

und Gesetze können aber nicht alle Einzelsituationen regeln.

Deontologie:

Pflege und Versorgung von Menschen beruhen auf eine gegenseitige Beziehung. Der Patient/Klient/Nutzniesser schenkt dem Pflegebringer Vertrauen $\leftarrow\text{----}\rightarrow$ dem Gegenüber stehen die Verantwortung, das Gewissen und auch der Einsatz des Pflegebringers.

Ziel des Kodex:

Die Berufsdeontologie dient dazu die Gesamtheit der Regeln und Pflichten des Berufes im Sinne einer „guten Ausübung“ innerhalb des Berufes und nach außen darzustellen. Ziel eines Deontologiekodexes ist die Qualität der Pflege abzusichern. Der Kodex enthält also die „Pflichten“ des Berufes, als Recht ist vor allem die „Gewissensfreiheit“ enthalten. Aber welches Ziel kann ein Kodex haben, wenn er „nur“ eine moralische Verpflichtung ist, also wenn keine Bestrafung bei Nichteinhaltung vorgesehen ist. Was

zum jetzigen Zeitpunkt für den belgischen Kodex der Krankenpflege der Fall ist. An erster Stelle legt der Kodex einen Rahmen und Grenzen fest. Dieser hilft den Berufsausübenden, sich zurecht zu finden und sich zu entwickeln. Zweitens macht er die „Schönheit, Gutheit“ des Berufes sichtbar.

Ethik:

Für Etienne Goudin ist das Vorgeschiedene, das Normative aber nicht ausreichend um alle Fragestellungen in der Berufsausübung zu klären. Es braucht noch Raum für Ethik. Z. B. Themen wie Würde, Autonomie sind sehr unscharfe, unklare Konzepte. Die ethische Reflexion wird die Entscheidungsfindung und die Handlung orientieren. Die Ethik versucht zu verstehen, zu bewerten, zu handeln. Sie versucht komplizierte Situationen zu erklären. Dazu bedarf es „erlernter“ Methoden.

Eine davon ist Paul Ricoeur's Sicht von Ethik: Das ethische Ausrichten auf das „Gute Leben mit sich – den Anderen – in gerechten Institutionen“.

Ethikrichtungen:

Individualismus hat seit dem 2. Weltkrieg immer mehr zugenommen. Dies beinhaltet auch, dass es nicht nur eine Ethik gibt. Es gibt Ethikrichtungen, die verschiedene Sichtweisen, und auch verschiedene Bereiche abdecken. In der Medizin und Pflege kennen wir u. a.:

- die Bio-Ethik, mit ihren 4 Prinzipien von Selbstbestimmung des Patienten, Schadensvermeidung, Patientenwohl, sozialer Gerechtigkeit

- die klinische Ethik: Am Bett des Patienten, die Einzelfallbesprechung, interdisziplinär
- die organisationelle Ethik: Zusammenarbeit im Pflegesystem
- Die CARE-Ethik, die Fürsorge und In-Pflegenahme in den Vordergrund rückt. Im deutschen Sprachraum wird auch mehr und mehr von Achtsamkeitsethik in diesem Zusammenhang gesprochen.

Für Etienne Goudin ist Ethik ein Prozess zwischen dem was ich MÖCHTE, was ich KANN und was ich MUSS.

Ethik braucht einen philosophischen und einen juristischen Rahmen. Da spielt auch der Deontologiekode des Berufes hinein. Diese Berufsdeontologie und –ethik erwirbt sich durch das Beispiel der anderen, durch das eingetaucht werden in die Situationen...

Nutzen des Deontologiekodes

Für Etienne Goudin ist es in der heutigen, Zeit wo „Pflege“ teils unmöglichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, wo es immer wieder heißt „mit Weniger Mehr machen“ essentiell sich auf „seinen Berufskodex“ berufen zu können. Er rückt die Werte des Berufes erneut ins rechte Licht.

Die aktuell drei Repräsentanten des Berufes kommen zu Wort:

Miguel Lardenois, Leiter der Zelle Strategie der Gesundheitspflegeberufe, führte durch die Tagung, und gab den drei aktuellen Repräsentanten des Krankenpflegberufes Gelegenheit sich zum Thema zu äußern.

Marc Van Bouwelen, Präsident der Fachkommission für Krankenpflege, rief den gesetzlichen Kontext der Berufsausübung Krankenpflege in Erinnerung, ein geschützter Beruf, mit geschützten Tätigkeiten, der einen Teil seiner Tätigkeiten unter gewissen Bedingungen delegieren kann an Pflegehelfer, an Angehörige. Yves Mengal, Präsident des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes AKVB-UGIB rief die Entstehung des Deontologiekodex der UGIB von 2004 in Erinnerung, und die Entwicklungen, die diesen beeinflusst haben. Auf interna-

tionaler Ebene hat der Internationale Krankenpflegerat (ICN) den ersten Kodex in 1953 veröffentlicht. Überarbeitungen fanden in 2000 – 2005 – 2018 statt. Der ICN empfahl schon Anfang 2000, jedes Land solle seinen eigenen Berufskodex erstellen. Auf nationaler Ebene war im Gesundheitssektor 2002 ein Jahr, das zum Paradigmenwechsel aufforderte. Drei Gesetze: Rechte der Patienten, die vor allem durch „Pflichten“ der Professionellen definiert wurden, das Euthanasiegesetz und das Palliativpflegegesetz. Der von der AKPV –UGIB erarbeitete Deontologie-

Die Gesundheit, ein Problem? Denkt an G.MEDI !

MEDIZINISCHES MATERIAL

**Benötigen Sie medizinisches Material?
Medizinische Betten, Schienen,
Verbände, Rollstühle,...**

**Gmedi kann Ihre Wünsche, Bedürfnisse und
Anforderungen in Verviers
und in der Wallonie erfüllen.
Nehmen Sie Kontakt zu uns auf !**





G.MEDI
BELGIUM
www.gmedi.be
087 33 80 90

Kodex der Krankenpflege von 2004, wurde durch breite Mitgliederkonsultation bekräftigt, durch das föderale Gesundheitsministerium verbreitet, und auch von den medizinischen Provinzkommissionen. Erst in 2015 im Rahmen einer Jurisprudenz, erhielt er juristische Anerkennung. Edgard Peters, Präsident des föderalen Krankenpflegerates (CFAI), skizzierte den Weg, welchen der neue überarbeitete Kodex genommen hat.

Am 14.11.2017 verabschiedete der CFAI ein Gutachten (AVIS Nr. 4/2017):

- mit allgemeinen Empfehlungen,
- zur Zweckmässigkeit, eine Regulatorstruktur für die Berufsdeontologie einzuführen,
- zur Überarbeitung des vorhandenen Kodex.

Der überarbeitete Kodex:

Beinhaltet 6 Schwerpunkte:

1. Allgemeine Anweisungen: 2 Artikel
2. Anweisungen zur adäquaten Ausübung der Krankenpflege: 7 Artikel
3. Die Beziehung zwischen KrankenpflegerIn und Patient, bzw. seinen Angehörigen (10 Artikel)
4. Die Beziehung zwischen KollegInnen (8 Artikel)
5. Die Beziehung zu anderen Pflegebringer (5 Artikel)
6. Die Rolle der Krankenpflegerin in der Gesellschaft (4 Artikel)
(Siehe auch Pflege Heute von März und Juni 2018, in denen der überarbeitete Kodex veröffentlicht wurde)

Der CFAI bittet die Ministerin die Verbreitung des Kodex zu fördern (durch Flyer, Broschüren, Kampagnen...) und

ein Regulierungsorgan zur Berufsdeontologie einzusetzen. Für Edgard Peters kann der Kodex nicht validiert werden, wenn er nicht verpflichtend wird. Daher ermuntert er Arbeitgeber den Kodex auch anzuerkennen. Dadurch setzen sie das Zeichen, dass sie die Werte des Berufes anerkennen und auch „verlangen“, dass nach diesen Grundwerten der Beruf ausgeübt wird. Eine konkrete

Möglichkeit besteht darin, den Kodex als Anhang zum Arbeitsvertrag zu machen. Was die Regulierungsstruktur angeht, verweist E. Peters auf das Gesetzesprojekt zur Qualitätssicherung, welches schon durch die Ministerin erwähnt wurde. Darin ist eine übergreifende Struktur für alle Gesundheitsberufe vorgesehen, und trotzdem bei Bedarf pro Beruf eine eigene Kammer.



WIR SUCHEN
AB SOFORT FÜR UNSER MOBILES TEAM:
Krankenpfleger(in) zu 75 - 100 %
Pflegehelfer(in) zu 50 %

MEHR INFOS AUF UNSERER WEBSITE
www.gpsmed.be

Heimweh oder die Sehnsucht nach dem Vertrauten

DER UMGANG MIT EINEM SCHWER FASSBAREN LEIDEN

TEXT: URS LÜTHI / FOTOS: PANTHERMEDIA, FOTOLIA

Im Pflegeheim mit fremden Menschen zusammenleben zu müssen, löst bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern eine Sehnsucht nach dem geschützten Dasein zuhause aus. Besonders ausgeprägt erleben Menschen mit Migrationshintergrund sowie Demenzerkrankte und ihre Angehörigen dieses krank machende Heimweh-Gefühl. «Von einem Tag auf den anderen hat sich mein Leben verändert. So verändert, dass ich es nicht mehr kenne. Ohne Vorbereitung, ohne Vorwarnung. Es kam aus heiterem Himmel. Um mich herum ist alles fremd. Ich lebe jetzt im Pflegeheim.»

Leonie S. musste unerwartet ins Pflegeheim eintreten. In ihrem Briefftagebuch dokumentiert sie das Leben im Heim. Krankheit, Einsamkeit, das Zusammenleben mit fremden Menschen und der nahende Tod sind Herausforderungen, die oft unterschätzt werden. Leonie S. formuliert es so: «Wenn ich im Dunkeln die Sterne sehe, kommt die Sehnsucht. Nach allen lieben Verstorbenen: Friedrich, meinen Eltern, meinen Freunden und Geschwistern, nach dir Sophie. Auch das gehört zum Heim-Weh: Dieses Hin- und Hergerissensein, zwischen drüben und hier, weder bleiben wollen noch gehen können.»

Das «aufsteigende Weh»

Für die meisten von uns ist Heimweh ein bekanntes Gefühl, dem wir vor allem in der Kindheit begegnen. «Das Heimweh kroch in der Nacht zu mir ins fremde Bett» – mit diesem Bild beschrieb Simone Bertogg, Präsidentin von LangzeitSchweiz dieses «aufstei-

gende Weh», das uns an fremden Orten erfassen kann an der Tagung «HeimWeh – Bedeutung für die Pflege und Betreuung». In geradezu idealtypischer Weise beschreibt Johanna Spyri das Gefühl Heimweh mit ihrer Romanfigur Heidi: Das fröhliche Naturkind beginnt in der fremden Stadt Frankfurt vor lauter Heimweh zu schlafwandeln und weint still ins Kissen. Heidis Glück ist, dass der Arzt der Familie Sesemann Heimweh als potenziell tödliche Krankheit diagnostiziert. Die einzige Kur: Sofort zurück in die Schweizer Berge zum Alpöhi und zum Geissenpeter. Von dieser Sehnsucht nach dem Daheim, das auch körperlich krank machen kann, sind aber nicht nur Kinder betroffen. Heimweh kann jeden und jede erwischen, jederzeit. Oft taucht der Schmerz jedoch erst im Alter auf, zum Beispiel nach dem Eintritt ins Pflegeheim. In dieser Situation könne die verklarte Erinnerung an den Ort der Kindheit dieses Heimweh-Gefühl verstärken, sagt die Soziologin Nina Clara Tiesler: Damals war alles in Ordnung, es gab nur kleine Sorgen. Als Kind lebten viele der heutigen Heimbewohnerinnen und -bewohner noch in Übereinstimmung mit ihrem sozialen Umfeld – im Heim ist dagegen alles und jeder fremd.

Heimlichkeiten aufgeben müssen

Melissa Schärer ist Stationsleiterin im Pflegezentrum der Stiftung Amalie Widmer in Horgen. Sie ist mit einer Umfrage den Gründen nachgegangen, weshalb sich viele Bewohne-

rinnen und Bewohner im Heim nicht mehr daheim fühlen.

Ihr Fazit: «Mit dem Eintritt ins Heim kann man nicht mehr sich selber sein, man steht ständig unter Beobachtung.» Melissa Schärer illustriert mit folgenden Beispielen, was Bewohnerinnen und Bewohner im Heim plötzlich nicht mehr können:

- in der Nacht in der Küche stehen und nach Süßigkeiten suchen,
- nur das Weiche vom Brot essen und den Rest den Enten füttern,
- beim Wunschkonzert laut mitsingen, ohne dass es jemand hört,
- unter der Dampfzug-Haube heimlich rauchen,
- sehr lange mit der Tochter telefonieren und über andere Leute lästern,
- auswählen, wen und wann man jemanden sehen will.

Oder zusammengefasst: Im Heim ist nicht mehr möglich, allein oder zusammen mit einem Partner jene Heimlichkeiten auszuleben, die die Öffentlichkeit nichts angehen. Das «echte Ich» gehe verloren. Deshalb, so waren sich die Teilnehmenden eines Workshops an der HeimWeh-Tagung einig, müsse alles unternommen werden, damit Frauen und Männer beim Eintritt in ein Heim ihre Autonomie nicht komplett abgeben müssen. Es braucht Orte des Rückzugs – in erster Linie Einzel- statt Mehrbettzimmer – mit der Möglichkeit, ein Bitte-nicht-stören-Schild aufzuhängen. Organisatorisch sollte ein individueller Tagesablauf ermöglicht werden. Nötig sind zudem regelmässige Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, um zu erfahren, was sie brauchen.



Damit die Bewohnerinnen nicht in Melancholie und Schwermut verfallen, müssen die Pflegenden Interesse an ihrer Lebensgeschichte zeigen.

Mit der Spitex daheim trotz Weh

Oft stellt sich die Frage, ob ein Daheimbleiben als Option zum Heimeintritt möglich ist. Esther Indermaur, Pflegeexpertin APN bei der Spitex Zürich Limmat AG, erläuterte dieses «Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge» anhand von Fallbeispielen.

Wenn zum Beispiel ein allein lebender, immobiler Mann mit einem Alkoholproblem wenig familiäre Unterstützung und kein tragfähiges soziales Netz hat, wird es schwierig.

In solchen Fällen müssten sich die Pflegefachpersonen (in Absprache mit Betroffenen und Angehörigen) folgende Fragen stellen:

- Liegt das, was die betroffene Person braucht, im Aufgabenbereich der Pflege?
- Ist es möglich, daheim eine sichere und würdige Situation zu gewährleisten? Wenn nicht, was sind die Alternativen? Wer entscheidet über die Tragbarkeit?
- Wo und wie machen welche Interventionen Sinn machen? Wo und wie können sie geleistet werden?

Die Entscheidungsspielräume und Alternativen, so Esther Indermaur, müssten genau definiert, die Wertvorstellungen geklärt und formuliert werden. Bewährt hätten sich die CHIME-Prinzipien, mit denen sich Belastungssituationen erkennen lassen und die psychische Gesundheit gefördert werden kann:

C = Connectedness: Zugehörigkeit fördern

H = Hope: Hoffnung und Zuversicht fördern

I = Positive Identity: positive Rollen und Identität finden

M = Meaning in Life: sinnhafte Tätigkeiten und Aufgaben finden

E = Empowerment: Befähigen.

Demenz: Abschied, Heimweh, Loslassen

Besonders ausgeprägt äussert sich das Heimweh-Gefühl bei Menschen mit Demenz – mit der wieder und wieder geäusserten Sehnsucht, nach Hause zu gehen. Sie leiden oft unter dem Gefühl, fremd und verlassen zu sein, getrennt von den Menschen zu leben, die sie lieben. Demenz bedeute ein ständiges Loslassen und zwar für beide Seiten, die Betroffenen und die Angehörigen, sagt Irene Bopp-Kistler, leitende Ärztin Akutgeriatrie im Zürcher Stadtspital Waid. Loszulassen bedeute zudem, mehr auf sich selber zurückgeworfen zu werden. Doch auch dieses Selbst verändere sich mit dem «Loslassen von der Erinnerung, dem Loslassen vom Denken an die Zukunft». Menschen auf diesem Weg professionell zu begleiten, sei wichtig, aber auch sehr anspruchsvoll. Ein Grundprinzip ist für Irene Bopp-Kistler, dass man mit und nicht über die Patienten spricht, ihnen Vertrauen und Wertschätzung vermittelt, ihre Gefühle und Bedürfnisse spiegelt. Sie betont: «Die Würde kann keinem Menschen genommen werden, auch nicht einem Men-

schen mit Demenz, solange ihn das Gegenüber in seinem veränderten Sein annimmt und versteht.»

Angehörige: Abschied in Raten

Es kommt die Zeit, in der die Demenzkranken den möglichen zukünftigen Verlauf der Krankheit weniger bewusst wahrnehmen. Die Angehörigen dafür umso mehr, was sie oft zutiefst verunsichert. Sie leiden unter dem Heimweh nach der gemeinsamen Vergangenheit, nach dem Vertrauten und erleben eine «Trauer ohne Ende», einen «Abschied in Raten» und ein «Wechselbad der Gefühle». Irene Bopp-Kistler fragt sich, ob sich Menschen mit Demenz ab einem gewissen Stadium in ihren eigenen vier Wänden wirklich noch zu Hause fühlen. Steht der Eintritt ins Heim an, seien es in der Regel die Angehörigen, die besondere Fürsorge benötigen, denn sie müssen sich plötzlich ohne Partner in der eigenen Wohnung zurechtfinden. Eine betroffene Angehörige beschreibt die neue Situation so: «Mein Mann ist im Heim angekommen. Er hat sein neues Zuhause gefunden. Ich bin froh, dass er sich im Heim wohlfühlt. Für ihn ist es, wie wenn er schon immer dort gewesen wäre.» Es tröste sie, dass es für ihren Mann der richtige Ort ist, an dem er bis zum Tod zu Hause sein soll. Einen besonderen Stellenwert haben die Sehnsucht nach Heimat und die Zugehörigkeit auch bei Migrantinnen und Migranten. Ob sie zu Hause oder im Heim leben – die Wurzeln, die Heimat sind immer präsent (s. Box).

Heimweh als Ressource

Heimweh zuzulassen und nicht nur unter einem negativen Aspekt zu betrachten, für diese Haltung plädiert Ueli Mäder, emeritierter Professor für Soziologie der Universität Basel. Wer das Verlangen nach dem Daheim und der Heimat, also nach einem Ort, an dem man keine Angst habe, zulasse, könne dies auch als Ressource nutzen. In unserer technologisierten Welt sterben mehr Menschen einsam als jemals zuvor. Menschen, die hingegen die «Kuhstallwärme der Gemeinschaft» spürten, seien besser aufgehoben. Der Begriff Heimat ist eng mit dem sozialen Umfeld verknüpft. Eine positive und offene Einstellung gegenüber Veränderungen kann ein erster Schritte zur Überwindung von Heimweh sein und es den Betroffenen ermöglichen, im Pflegeheim eine neue Heimat oder zumindest Momente der Zufriedenheit, ja vielleicht sogar des Glücks zu finden. Leonie S. beschreibt einen solchen Moment in ihrem Briefftagebuch: «Gestern feierten wir das Sommerfest ...Unsere Stationschwester kam mit einer Drehorgel. Die Melodien kamen aus dem Kasten wie die Seidentücher aus dem Ärmel eines Zauberers. Für einen Moment stand alles still. Ich sah plötzlich alles in einem anderen Licht. Das Grün der Blätter bekam eine Tiefe und Klarheit, die mir unbekannt war, als hätte ich eine Brille mit schärferen Gläsern bekommen. Ich sah Alice lächeln wie nie zuvor. Ich begriff mit einem Mal, dass das Glück wartet, bis wir es sehen.»

Quelle: Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche 01/2019. Wir danken für die Erlaubnis den Artikel abzu drucken.



Die verklärte Erinnerung an den Ort einer behüteten Kindheit kann das Heimwehgefühl verstärken.

Definition: Schweizerkrankheit

Das Krankheitsbild Nostalgia (griechisch: Rückkehr, Traurigkeit, Schmerz, Leiden) wurde unter diesem Namen erstmals im Jahre 1688 in Basel vom elsässischen Arzt Johannes Hofer beschrieben. Bekannt ist auch die Bezeichnung «Schweizerkrankheit» (lateinisch morbus helveticus), entstanden durch im Ausland stationierte Schweizer Söldner, die unter Heimweh litten. Der Zürcher Arzt Johann J. Scheuchzer notierte 1718: «Dieses Übel ist am allermeisten unter den Schweizern gemein, und man nennt solches daher la maladie du Pais.» Scheuchzer rapportierte, was ihm aus den Lagern der Schweizer Söldner zu Ohren gekommen war. Stimmt Rekruten dort den Kuhreihen (Ranz des Vaches)

an, wie man ihn auf jeder Alp fürs Vieh sang, erkrankten sie «ohne Halten» an Heimweh oder desertierten, weshalb die Offiziere den Jodel unter Androhung «ernstlicher Strafe» verboten hätten.

Gemäss Wikipedia ist Heimweh die Sehnsucht in der Fremde, wieder in der Heimat zu sein. Zahlreiche Kunstwerke, Lieder und Bücher aus allen Jahrhunderten berichten vom schmerzenden Gefühl, fernab der Heimat zu sein. Das Wort «Heimweh» steht im wörtlichen Gegensatz zu Fernweh, der Sehnsucht nach der Ferne. Heimweh äussert sich emotional sehr unterschiedlich. Betroffene sind melancholisch und schwermütig oder traurig, manche werden passiv oder sogar ernsthaft krank.

Der Mensch ist nicht nur Körper allein

INTUITION UND WAHRNEHMUNG IN DER PROFESSIONELLEN PFLEGE

TEXT: DOROTHÉE BECKER, MEIKE SCHWERMANN, FERNANDO CARLEN / BILDER: FOTOLIA

Pflegerisches Handeln ist situationsgebunden und komplex. Es entzieht sich einer rein rationalen Handlungskontrolle, sondern erfordert vielmehr auch intuitives Wissen. Das Konzept der Leiblichkeit bietet die theoretische Basis, um intuitives Handeln zu akzeptieren und sein Potenzial für professionelles Pflegehandeln zu diskutieren.

Schon immer zeichnet sich pflegerisches Handeln durch situationsgebundene Komplexität aus, die sich einer rein rationalen Handlungskontrolle entzieht. Hier ist ein intuitives Wissen der Pflegenden gefordert, welches auf einer Basis theoretischen Wissens professionelles Handeln ermöglicht. Dennoch wird Intuition im sehr naturwissenschaftlich geprägten Gesundheitswesen oftmals als unprofessionell und als nicht wissenschaftlich fundiert angesehen. Eine Auseinandersetzung mit den Phänomenen Intuition und leiblicher Kommunikation innerhalb pflegerischer Handlungen soll die Möglichkeit schaffen, intuitives Handeln zu akzeptieren und als Potenzial sowie auch Grenze professionellen Pflegehandelns zu diskutieren.

Wissenschaftlichkeit versus Gefühl

Die Arbeits- und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen haben sich in den vergangenen Jahren drastisch verändert. Komplexität von Patientensituationen und Behandlungsmöglichkeiten haben sich intensiviert, der Mensch ist mündiger geworden und

Wissen ist durch die Digitalisierung viel schneller und für alle verfügbar. Gleichzeitig hat die Ökonomisierung des Gesundheitswesens vor der Pflege nicht Halt gemacht und wesentlich zur Professionalisierung der Pflege beigetragen. Prozesshaftes Denken, evidenzbasiertes Handeln und Standardisierung tragen heute wesentlich zur Qualität einer guten Pflege bei. Die Ökonomisierung brachte aber auch mit sich, dass das zweckrationale, wissenschaftlich belegte Handeln in den letzten Jahrzehnten einen sehr hohen Stellenwert bekommen hat, wodurch das Erkennen und Begreifen durch spürbare Wahrnehmung und subjektivierendes Handeln verdrängt und auch diskriminiert wurden. Das aktuell bestehende Verständnis von explizierbarem, resp. erklärbarem und objektivierbarem Wissen geht einher mit objektivierendem und rationalem Handeln. Entscheidend ist heute, wie in der vorherrschenden Gestaltung eines ökonomisch-orientierten Gesundheitswesens die Arbeit geleistet werden kann, die einen möglichst hohen Profit oder eine effektive Patientenversorgung verspricht. Das gefühlsgeleitete Erleben wird in dem rational geleiteten Wissenschaftsverständnis als Ursache subjektiver Verzerrungen und Trugbilder betrachtet (Böhle/Porschen 2011).

Daher überrascht es nicht, dass Pflegende zusehends bemängeln, dass der Beziehungsaufbau zum Pflegebedürftigen sowie das Aussprechen eines gefühlsgeleiteten Erlebens in Bezug auf eine konkrete Situation oder eine erlebte Grenzerfahrung nicht mehr möglich ist. Es wird verkannt, dass In-

tuition ein zentraler Aspekt der professionellen Pflege ist und der Kern eines Problems sehr oft intuitiv erfasst wird.

Intuition und Wahrnehmung in der Pflege

Insbesondere bei erfahrenen Pflegefachpersonen gibt es ein Wissen darum, dass sie atmosphärisch Krisensituationen im Vorfeld wahrnehmen können. Sie entwickeln ein «Bauchgefühl» in Bezug darauf, wie es jemanden geht oder ob bei einer Person ein Notfall eintreffen oder der Sterbeprozess beginnen wird. Dieses Spüren ist ein Vorgang, der den Menschen ganzheitlich umfasst und vorhanden ist, bevor die Sinne und bewusste Wahrnehmung ins Spiel kommen. Benner (2000) nannte als Grundlage für ein Expertentum in der Pflegepraxis die Wahrnehmung einer Situation als Ganzes. Aufgrund ihres Erfahrungsschatzes und Fachwissens können erfahrene Pflegefachpersonen direkt am Kern des Problems ansetzen, ohne sich unnötig mit unwichtigen Lösungsansätzen zu befassen. Ein hochentwickelter Sachverstand in vielschichtigen Angelegenheiten, in denen wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, ermöglicht eine schnelle und zutreffende Deutung klinischer Situationen. Auch Kirchhoff (2007) erkannte in einer qualitativ-explorativen Studie, dass der Pflegeberuf im Hinblick auf seine vielfältigen fachlichen und menschlichen Anforderungen in einem hohen Masse informell erlernt wird. Kompetentes, profes-

sionelles Pflegehandeln basiert auf langwierigen persönlichen Entwicklungsprozessen. Ausserhalb von Beziehungshandeln oder pflegetechnischer Verrichtung, in Situationen, in denen klinische Informationslagen kontinuierlich wechseln, kritische Situationen sofort erkannt und schnelle Entscheidungen getroffen werden müssen, sind es vorwiegend die Intuition, Erfahrung und implizites Wissen, was die Grundlage für ein kompetentes Wissen darstellt. Das subjektive Handeln und die spürende Wahrnehmung haben sich, gerade in der modernen Gesellschaft aufgrund der Erfahrung der Grenzen der Planbarkeit, der Machbarkeit trotz hochtechnisierter Möglichkeiten, als elementare Kernkompetenz herauskristallisiert. Diese situative Handlungsorientierung wird von den Pflegefachpersonen in der Reflexion ihres Handelns, in (ethischen) Fallbesprechungen oder der Supervision auch sehr deutlich benannt.

Leiblichkeit als theoretisches Konstrukt

Heute steht in der westlichen Medizin der Mensch als Körper und Organsystem mit seinen Funktionen im Vordergrund. Der Grund hierfür liegt im Verständnis des cartesianischen Dualismus. Der französische Philosoph René Descartes (1596 – 1650) teilte den Menschen in Körper und Geist, wobei alles Körperliche als blosser Materie und das Denken, also auch Geist und Seele, als immateriell angesehen wird. Bis heute ist diese Lehre wirksam und führt dazu, dass Seele

und Geist im Gehirn verortet und somit von Körper und Leib abgetrennt betrachtet werden. Auch die Pflege verfolgt einen körpernahen Ansatz. Der Ansatz der Leibphänomenologie geht weiter und gibt dem äusserlich wahrnehmbaren Körper durch Wahrnehmung und Intuition eine Sprache.

Leib bezeichnet im Unterschied zum Körper alles Immaterielle, also alles, was über die blosser Körperlichkeit hinausgeht. Leiblichkeit beinhaltet das Erleben und Fühlen, das Bewusstsein, die Wahrnehmung, die Verstandesfunktion, Intuition, Geist usw. In der Leibphänomenologie geht man davon aus, dass sich die menschliche Wahrnehmung nicht auf das passive Aufnehmen von Sinneseindrücken und deren verstandesmässige Ordnung und Deutung beschränkt. Wahrnehmen geht weiter und bedeutet hier auch Teilhaben an und Erspüren von Wirklichkeit (Merleau-Ponty 1965). Das Spüren «am eigenen Leibe» ist zentrales Konzept der Leibtheorie. Eine theoretische Fundierung einer leiblich-spürenden Wahrnehmung hat der Philosoph Hermann Schmitz (1994) mit dem Konzept der «leiblichen Kommunikation» entwickelt. Wahrnehmen wird als «intuitivspürendes» Erfassen von inbegriffenen Bedeutungszusammenhängen verstanden. Nicht Sinnesorgane und Gehirnfunktionen, sondern eine Resonanz, die noch vor der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane erfolgt, ist das eigentliche Medium und der Wegbereiter der Wahrnehmung. Durch die Auseinandersetzung mit der leiblichen Phänomenologie kann ein Pflegeverständnis

geschaffen werden, welches das subjektive und intuitive Wahrnehmen als elementare Grundlage einer kompetenten professionellen Haltung hervorhebt. Die Leibphänomenologie als Basis vermag die reine Funktionalität des Körperlichen zu überwinden, denn durch sie können eben auch Zugänge zu den eigenen leiblichen Regungen wie Angst, Unwohlsein, Wut und Trauer geschaffen und somit auch kommunizierbar werden (Uzarewicz & Moers 2012).

Phänomenologie der Leiblichkeit

Das eigenleibliche Spüren ist das zentrale Konzept in der Leibtheorie und die Basis aller Kommunikation. Dieses Spüren ist ein Vorgang, der den Menschen ganzheitlich umfasst und bereits vorhanden ist, bevor Sinne und Wahrnehmung ins Spiel kommen. Jeder Mensch existiert demnach als leibliches Wesen, und von diesem «Eigenleib» baut sich seine Welt auf (Schnell 2002). Schmitz beschreibt in seiner Konzeption zu Leiblichkeit fünf nachfolgend beschriebene Elemente, die das Verborgene in Abgrenzung zum Körper begrifflich erschliessen möchten (Andermann 2013).

- Leibliche Ökonomie beschreibt Wohlbefinden als ein Ausgleichen von Enge und Weite. Wir befinden uns dynamisch mal in Situationen der Enge oder der Weite. So sind zum Beispiel Schmerz oder Angst im Körper als Enge wahrnehmbar. Der Schmerz kann seinen Ausdruck im Schmerzensschrei finden, über den



Schwerkranke und Sterbende bleiben über den leiblichen Ausdruck, vermittelt von Leib zu Leib, als Auskunftgeber erhalten.

der Ausgleich in der Weite gesucht wird. Leibliche Regungen sind demzufolge auch räumlich spürbar.

- Leibliche Kommunikation findet als Basis aller Kontakte permanent statt. Kanäle der leiblichen Kommunikation sind der Blick, die Stimme und die Berührung.
- Räumlichkeit meint die Verbindung von Raum und Leib im Hier und Jetzt: der Blick, der sich gezielt und aktiv der Umgebung zuwendet, aber auch das Empfinden von inneren Räumen.
- Atmosphären, Stimmungen und Gefühle sind nicht subjektiv in der Person verschlossen, sondern werden als räumliche Geschehnisse gespürt.
- Situationstheorie beinhaltet, dass jeder Mensch in einer Situation immer als ganzer Mensch mit seinen Erfahrungen (inkl. Leibgedächtnis) und aus der Rolle heraus reagiert und agiert.

Leiborientierte Pflege

Pflegende als leibliche Wesen treten in Berührung und Kommunikation mit einem anderen leiblichen Wesen. Wir können an der Leiblichkeit anderer deshalb teilnehmen, weil wir selbst auch leiblich sind. Der Kern professionellen Pflegehandelns bildet somit die interaktiv-dialogische leibkörperbezogene Begegnung. Diese Begegnung ist geprägt durch lebensgeschichtliche, kulturelle, historische und sozialisatorische Erlebnisse und Wahrnehmungen, von den Pflegenden wie auch den zu Pflegenden. Eine Kommunikation findet sowohl auf der sprachlichen als

auch auf der nonverbalen Ebene statt (Böhle&Porschen 2011). Die Bereitschaft, das Eigenleibliche wahrzunehmen und zuzulassen, kann als Haltung der Pflege eine Möglichkeit bieten, ein Bewusstsein zu schaffen, das auch auf leibliche Aspekte fokussiert. Es kann so ein Gleichgewicht gefördert werden zwischen Intuition und Haltung, Erfahrung und Fachwissen sowie ökonomischen Bestrebungen auf der anderen Seite.

Leiblichkeit bei Schwerkranken und Sterbenden

Gerade und insbesondere in der Begleitung von Schwerkranken und Menschen am Lebensende ist ein Konzept der Trennung von Körper, Geist und Seele unbefriedigend. Der Verlust an Vitalität und die Veränderung der Leiblichkeit werden von Pflegenden beobachtet und oft implizit wahrgenommen. Die Gewissheit der Finalisierung im Sterbeprozess ermöglicht es den Pflegenden, eine klare Situationsdefinition zu treffen und daraus Handlungen abzuleiten. Das «Herausfallen des Körperbewusstseins» im Sterbeprozess, ohne das eine Kommunikation nicht möglich erscheint (Schnell, Schneider & Kolbe 2014), erfordert eine Wahrnehmung, die mehr erfasst als das rein Körperliche. So ist hier davon auszugehen, dass der Sterbende über den leiblichen Ausdruck, eben vermittelt von Leib zu Leib, sehr wohl als Auskunftgeber erhalten bleibt. Die Auskünfte im Sterbeprozess sind also auch über einen leib-

lichen Zugang zu entschlüsseln. Die Herausforderung nicht mehr vorhandener oder ungewohnter Kommunikationsmöglichkeiten von Symptomen erfordert es, die emotionalen Aspekte einzubeziehen und die ohnehin immer vorhandenen Aspekte der Leiblichkeit mit wahrzunehmen sowie aktiv zu nutzen (Uzarewicz & Moers 2012). Das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität wiederherzustellen kann bedeuten, dem Sterbenden wieder zu mehr Leiblichkeit zu verhelfen und auch auf diesem Wege zu kommunizieren. So lange der Mensch lebt, ist er auch leiblich.

Leiblichkeit bei Wachkoma-patientInnen

Eine praktische Bedeutung erhielt die Leiblichkeit in den letzten Jahren bei der Förderung und Pflege von Menschen im Wachkoma. Während die dualistische Sichtweise den Zustand des Wachkomas als einen Ausfall betrachtet, in dem nur noch die Körperhülle existiert, geht das der Leiblichkeit nahestehende Konzept der Basalen Stimulation davon aus, dass der Mensch im Koma zur existierenden Welt hinzugehört und auf Stimulation der Sinne eingehen kann. Die Beziehung zu der sie umgebenden Welt und Interaktion mit ihr kann durch Basale Stimulation aufrechterhalten werden. Eine an den Grundsätzen der Basalen Stimulation orientierte rehabilitative Pflege bedeutet, eine an der Normalität des Betroffenen orientierte Begleitung zu ermöglichen und neben den bestehenden Assessments

sensibel den Gemütszustand oder den Grad der Wachheit wahrzunehmen. Eine basal-stimulierende Pflege kann nicht heilen, aber Bedingungen schaffen, unter denen ein Mensch sich entwickeln kann (Nydahl 2012).

Demenziell erkrankte Menschen

Ebenso kann die Leibphilosophie eine Möglichkeit bieten, in Bezug auf das leibliche Ausdrucksvermögen von demenziell erkrankten Menschen unterstützend zu wirken. Die verbale Kommunikation verändert sich häufig schon in einem frühen Stadium der demenziellen Erkrankung. Dies betrifft sowohl das Empfangen als auch das Senden von Mitteilungen und erschwert somit das Äussern von Bedürfnissen. Dies führt zu einem Suchen nach Wörtern, was Verzweiflung und auch Hilflosigkeit verursacht. Hier ist es umso wichtiger, eine Atmosphäre der Wertschätzung und des sich Wohlfühlens zu schaffen und somit eindeutiger Signale zu senden (Weidert 2007). Aufgrund einer phänomenologischen Betrachtungsweise kann es über die Leiblichkeit gelingen, Antworten auf einen guten Umgang mit demenziell erkrankten Menschen zu finden.

Leiblichkeitsphänomene in Aus- & Weiterbildung

Im Rahmen eines studentischen Projektes an der Fachhochschule Münster im Fachbereich Pflege in Kooperation mit der Hochschule Westschweiz Wal-

lis, Bereich Gesundheit (HEdS Wallis) wurde ein eintägiger Workshop zur Leiblichkeitsphänomenologie entwickelt. Dieser wurde in Aus- und Weiterbildung bei (angehenden) Pflegefachpersonen eingesetzt. Das Thema des Workshops befasste sich mit der Leiblichkeitsphänomenologie im Kontext der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen. Übergeordnetes Ziel des Workshops war es, die Teilnehmenden schrittweise an den Kontext der Leibphänomenologie heranzuführen und über das Objektivierbare hinaus Zugang zur Leiblichkeit für den Praxisalltag zu erhalten. Angestrebte Kompetenzen und didaktische Überlegungen können bei den Autorinnen angefordert werden. Im Feedback durch die Teilnehmenden wurde hervorgehoben, «wie schön es ist», dass Intuition wieder gefragt ist und Bestrebungen laufen, dieser eine Sprache zu geben. Es wurde auch betont, dass es wichtig ist, sich der professionellen Rolle bewusst zu sein und man wieder mehr auf sein «Bauchgefühl» vertrauen sollte und man den Mut haben muss, zu einem individuellen leiblichen Verständnis zu stehen.

Ausblick

Abschliessend muss selbstkritisch festgehalten werden, dass die Pflege es versäumt hat, die Bedeutung des Beziehungsaufbaus sowie des gefühlsgeliteten Erlebens für Patienten und ihre Gesundheit in genügendem Masse in Fachexpertise und Forschungsergebnissen nachzuweisen. In der heutigen Zeit hat eine Fachexpertise ohne Kennzahlen keine



Leib bezeichnet im Unterschied zum Körper alles, was über die blosse Körperlichkeit hinausgeht.

Bedeutung. Das Leiblichkeitskonzept bietet der Pflegeprofession die Möglichkeit, Intuition und Wahrnehmung eine Sprache zu geben. Wichtig wird es aber sein, das Leiblichkeitskonzept durch Aus- und Weiterbildung der Pflegepraxis zugänglich zu machen und in die Forschung zu integrieren.

Autorinnen und Autor:

Dorothee Becker Pflegefachfrau, MAS Palliative Care, Case Managerin, Wiesbaden, dorothee.becker@palliative-ta-kecare.de

Meike Schwermann Pflegewissenschaftlerin und Erwachsenenbildnerin, Fachhochschule Münster, meike.schwermann@fh-muenster.de

Fernando Carlen Pflegefachmann, MAS Palliative Care, Hochschule für Gesundheit, HES-SO Valais-Wallis, Sitten, fernando.carlen@hevs.ch

Quelle: Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche 02/2019.

Wir danken für die Erlaubnis den Artikel abzu drucken.

Pflege im Hier und Jetzt

DAS PORTRAIT EINER PALLIATIVKRANKENPFLEGERIN PFLEGE IM HIER UND JETZT

Den strukturellen Rahmen der Palliativpflege kennen wir in Belgien seit ca. 20 Jahren. Vor kurzem ging eine der ersten Pioniere aus Ostbelgien in den verdienten Ruhestand. Pflege Heute führte mit Barbara Reinartz ein Gespräch.

Welchem Berufsweg sind Sie gefolgt, auch bevor Sie zur Palliativpflege gestoßen sind?

Während 12 Jahren habe ich in einem Allgemeinkrankenhaus, 11 Jahre im Alten- und Pflegeheim gearbeitet. Anschließend von 1998 bis 2018 (während 20 Jahren) beim Palliativpflegeverband der DG. Zum einen 17 Jahre in Teilzeit in der Koordination, in der Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit sowie in Aus- und Weiterbildungen für die Professionellen. Zum anderen habe ich während den 20 Jahren als Krankenschwester im externen Team, in der ambulanten Patienten Betreuung, in der Rolle der 2. Linie, gearbeitet.

Wie sind Sie zur Palliativpflege gekommen, was waren die Auslöser?



Palliativkurs 1996

Im Jahre 1996 folgte ich zum 1. Mal einer Weiterbildung in Palliativpflege, organisiert durch die KPVDB. Dadurch ist meine Sicht auf die Menschen in ihrer letzten Lebensphase enorm beeinflusst worden. Die letzte Lebensphase der Kranken lief, nach meiner Meinung, im normalen stationären Alltag „so nebenbei“. Es fehlte an Zeit und manchmal auch an Fachkompetenz, um den Bedürfnissen dieser Kranken und insbesondere auch ihrer Familien gerecht zu werden. Das war bei mir der Auslöser, im Jahre 1998 ganz in diesem Bereich zu arbeiten.

Welche Entwicklungen in der Palliativpflege haben Sie in den vergangenen 20 Jahren miterlebt?

In diesen 20 Jahren hat die Palliativpflege, insbesondere in Belgien, enorme Veränderungen erlebt. Manche positiven Entwicklungen und Fortschritte basieren auf den Gesetzesänderungen aus dem Jahr 2002, wie die Patientenrechte, die Legalisierung der Euthanasieanfra-

gen, und das Recht auf Palliativpflege. Diese Gesetzesänderungen bedurften und bedürfen noch immer zeitaufwendiger Aufklärungsarbeit, so mancher Überlegungen und ethischer Diskussionen. Auf regionaler Ebene ist, dank intensiver Öffentlichkeitsarbeit und ständiger Aus- und Weiterbildungen, „Palliativpflege“ kein Fremdwort mehr.

Was bedeutet Krankenpflege in der Palliativpflege, worin unterscheidet sie sich von der „sonst üblichen Krankenpflege“?

Die „Palliativpflege“ bedeutet, dass dieser Kranke mit seinen momentanen Bedürfnissen, seinem individuellen Leiden und seinen persönlichen Wünschen im Mittelpunkt des Geschehens steht. Dort wird er wahrgenommen, respektiert und soweit wie möglich nach seinen Bedürfnissen und Wünschen behandelt, betreut und begleitet. Insbesondere in der ambulanten, häuslichen Pflege sind die Unterstützung, die Betreuung und die Begleitung der Angehörigen



gen enorm wichtig. Das erfordert eine ständige Kommunikation mit den Hausärzten und allen Pflege- und Betreuungsdiensten beim Patienten. Meiner Meinung nach sollte Krankenpflege in der Palliativpflege sich nur in einem Punkt von der „üblichen Krankenpflege“ unterscheiden, und zwar: In der Palliativpflege gibt es keine langfristigen Ziele.

Das Hier und Jetzt ist wichtig, dieser Moment. Was in Monaten oder Jahren evtl. als Folge auftreten könnte, ist bedeutungslos. Wogegen jeder „übliche“ Kranke ein Recht auf seine Selbstbestimmung, auf die beste Lebensqualität und auf die Wahrnehmung seiner körperlichen, emotionalen und sozialen Leiden haben sollte.

Was hat Sie „fasziniert“ in Ihrer Arbeit?

Diese 20 Jahre waren für mein Leben enorm bereichernd, indem jede Stunde ihre Bedeutung hatte, und ich die Kleinigkeiten des Lebens schätzen lernte. Nichts ist selbstverständlich! Jeden Tag leben!

Besonders fasziniert hat mich so manche Lebensbiografie und enorme Zufriedenheit am Lebensende. „Es ist alles gut, so wie es ist“. Mit allen Höhen und Tiefen des Lebens. Ganz viele „Geschenke“ resultieren aus unzähligen wertvollen Begegnungen und Beziehungen. Die Menschen sind sehr dankbar und glücklich, ihren letzten Lebensabschnitt im Kreise ihrer Angehörigen und oft ihrer Haustiere, dort verbringen zu können, wo sie gemeinsam gelebt und gefeiert haben.



Zur Pensionsfeier wurde gefeiert und gelacht

Was hat Sie besonders belastet?

Natürlich gibt es auch belastende Situationen, Sterben ist immer mit Abschied, Trennung, Loslassen und Trauer verbunden. Die Arbeit in der Palliativpflege erfordert eine gute Teamarbeit, Ansprechpartner, evtl. Supervision und vor allem ein „Abschalten“ können, was bei 24 Stunden Bereitschaftsdienst zeitweise sehr belastend und erschwerend ist. Ein gutes Team ermöglicht auch, gemeinsam zu weinen und zu trauern, aber auch zu feiern und zu lachen.

Was können Medizin und Pflege von der Palliativphilosophie lernen?

Medizin und Pflege können von der Palliativpflege lernen, sich stets am momentanen Befinden des Kranken zu orientieren, manchmal (meist) bedeutender als die klinischen Befunde. Dies führt automatisch zu einer individuellen, persönlichen Wahrnehmung des Betroffenen.

Wie sehen Sie die „Anwendung“ der Palliativphilosophie in Ostbelgien?

Ostbelgien ist keine Insel, ich denke wir haben in Ostbelgien ganz viel erreicht, sollten uns jedoch nicht ausruhen. Es bleibt eine ständige Herausforderung, allen betroffenen Kranken und deren Familien gerecht zu werden, jedem nach seinem Wunsch zu ermöglichen, am Ort seiner Wahl, mit den besten medizinischen und pflegerischen Betreuungen, sterben zu dürfen.



Barbara Reinartz mit Hund Balou

Wie sehen Sie die Zukunft der Palliativpflege, was stimmt Sie hoffnungsvoll, was macht Ihnen Sorgen? Welche Hemmnisse gibt es, Palliativpflege anzuwenden?

Ich blicke der Zukunft positiv entgegen, ich denke, unsere Politiker haben die Bedeutung der Palliativpflege erkannt und werden dementsprechende notwendige Mittel zur Verfügung stellen. Natürlich wird auch in Zukunft „der Blick über den Tellerrand“, sprich regionaler, nationaler und internationaler Austausch von Nöten sein. Ostbelgien ist eben keine Insel. Wir können nur voneinander lernen und dazu gewinnen.

Mit welchen Beschäftigungen geht Ihr Weg – ohne Beruf - weiter?



Seit Bestehen des Palliativpflegeverbandes in 1998 sind Barbara Reinartz und Dr.Christine Joosten dabei.

Nicht nur ich freue mich auf die Zeit, die nun zur Verfügung steht, auch mein Hund Balou ist hocheifrig über die vielen Spaziergänge in die Natur. Viel Zeit kann ich jetzt also

Tieren und Natur schenken. Wobei Familie und Enkelkind, Freunde und Kontakte mit ehemaligen Kollegen auch zu den schönen Beschäftigungen gehören.

Ministerium
der Deutschsprachigen
Gemeinschaft Belgiens

Ausbildung von BelRAI-Trainern

BelRAI ist eine strukturierte, elektronische, globale und multidisziplinäre Evaluation der Ressourcen und Defizite einer Person mit einem komplexen Pflegebedarf. Diese wird durchgeführt durch einen Gesundheitsdienstleister mit dem Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung in der Pflege.

Ab Herbst wird in Ostbelgien die nächste Ausbildung von Trainern in Ostbelgien organisiert. Die Ausbildung besteht aus 5 ganzen Tagen und 4 halben Tagen zur Intervention, verteilt über einige Monate. Im Anschluss sind Sie zertifizierter Trainer zu BelRAI und können BelRAI anwenden und weitere Anwender für BelRAI schulen z.B. innerhalb Ihrer Organisation.

Wenn Sie Interesse haben melden Sie sich bitte bis spätestens 15. Mai 2019 an unter dana.mattar@dgov.be.



Die Anzahl Plätze ist begrenzt. Die Teilnahme ist kostenlos. Weitere Informationen zu BelRAI finden Sie unter www.belrai.org

Ostbelgien



Seniorenzentrum St. Franziskus - Hufengasse 2 - 4700 Eupen
 Tel.: +32 (0)87 74 28 01 - Fax: +32 (0)87 74 39 13
 E-Mail: info@stfranziskus.be - www.stfranziskus.be
 BCE 0450 731 977

Das Seniorenzentrum St. Franziskus stellt zwei Wohnbereichsleiter/innen ein

Das Seniorenzentrum St. Franziskus ist ein Wohn- und Pflegezentrum mit angeschlossener Tagesstätte im Herzen der Stadt Eupen, es bietet 60 Bewohnern eine professionelle Pflege und Betreuung in einer familiären Atmosphäre.

Als einer von zwei Wohnbereichsleitern sind Sie für die Gewährleistung einer hochstehenden Pflegequalität sowie dem Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität des Bewohners verantwortlich. Ihre Aufgabenbereiche sind hauptsächlich Pflege, Hygiene, Qualitätsmanagement sowie Personalführung. Präzisionen entnehmen Sie bitte der Stellenbeschreibung.

Als Wohnbereichsleiter/in sind Sie der Hauptansprechpartner für die Bewohner und Personalmitglieder Ihrer zuständigen Wohnbereiche.

Bei Vollzeitbeschäftigung leisten sie Ihre Arbeitszeit zu 50 % in den Aufgaben der WBL und zu 50 % in der Pflege. Sie arbeiten eng mit der Heimleitung zusammen und berichten ihr direkt.

Außerdem werden Sie einen Bereitschaftsdienst in einem definierten Rahmen übernehmen.

Ihr Profil

- Sie haben eine abgeschlossene Ausbildung als Krankenpfleger/in BAC oder Brevet.
- Idealerweise besitzen sie 3 Jahre Berufserfahrung als Krankenpfleger/in in einem Wohn- und Pflegezentrum oder in einer vergleichbaren Einrichtung und eine entsprechende Zusatzausbildung.
- Menschenführung, Kommunikation, Teamarbeit, Diskretion, selbstständiges Arbeiten, logisches Denken, Organisation, Lernfähigkeit, Ordnung sind ihre Stärken.
- Sie haben sehr gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift und gute Kenntnisse in Französisch.

Wir bieten an

- Eine Vollzeitstelle oder Teilzeitstelle (75%) im Rahmen eines unbefristeten Vertrages.
- Eine verantwortungsvolle Position mit der Möglichkeit, ihre Arbeit eigenständig zu planen und leisten.
- Einen sicheren Arbeitsplatz in einem angenehmen und familiären Arbeitsklima.
- Die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln mit externen und hausinternen Weiterbildungen.
- Das Gehalt wird ausgehend von Ihren Kompetenzen und evtl. Dienstjahren in einer ähnlichen Funktion und die Baremen der paritätischen Kommission 330.01.20 festgelegt.

Interessiert?

Zusatzinformationen erteilt Ihnen Frau Marie Grosjean, Heimleiterin unter der 087-74 28 01 oder konsultieren Sie unsere Webseite www.stfranziskus.be.

Ihre aussagekräftige Bewerbung richten Sie bitte bis zum 22.04.2019 per Email an jobs@stfranziskus.be oder per Post an die Heimleitung.

Teamkonflikte mit Mediation lösen



Konflikte sind Bestandteil des Lebens. Sie entstehen da, wo Bedürfnisse, Interessen, Wertvorstellungen und Ziele von Menschen gegensätzlich sind. So also auch im Team... Das Zusammenleben ergibt zwangsläufig Streitigkeiten, Reibereien und Unstimmigkeiten. Konflikte sind Interaktionen und eine Form der Kommunikation.

Konflikte als Chance: Wie auf Konflikte eingehen und helfen Energien freizusetzen, die positive und neue Perspektiven hervorrufen?

Kommunikation als Mittel: Wie erfolgreich kommunizieren?

Mediation als Konfliktregelung: Wie durch Auseinandersetzung zu konstruktiven Lösungen finden?

Diese drei Felder werden näher beleuchtet ausgehend von praktischen Beispielen der Teilnehmer.

Zielgruppe

Referentin

Termin u. Ort

Teilnehmerzahl

Kursgebühren

Anmeldefrist

Anmeldung

Führungskräfte im Pflegebereich (Krankenhäuser, Alten- und Pflegewohnheime, häusliche Pflege...)
Ursule Piel, Pädagogin, anerkannte Mediatorin, ausgebildet in Systemanalyse und Neuro-Linguistischer Programmation

Dienstag, 02.04.2019 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr

Max. 16 Personen

70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

08.03.2019

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDDB mit der Mitteilung „Name + Teamkonflikte – Ref.: 704213“.

Die Anerkennung dieser Weiterbildung als „ständige Weiterbildung für Führungskräfte“ wird beantragt.

Selbstfürsorge und Selbstschutz

in der Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen in existenziellen Lebenssituationen



Pflege- und Betreuungskräfte haben es tagtäglich mit Menschen in schwierigen Lebenslagen und existenziellen, oft auch lebensbedrohlichen Situationen zu tun. Um diese bereichernde und gleichzeitig körperlich, mental und seelisch anspruchsvolle und anstrengende Arbeit leisten zu können, müssen sie lernen, sich einerseits vor Überbeanspruchung und andererseits vor Übergriffen zu schützen.

In diesem Seminar:

- erhalten Sie Tipps und Anregungen, wie Sie sich vor Burnout schützen können,
- lernen Sie, dass sich ein wertschätzender Umgang und deutliche Abgrenzung bei übergriffigem Verhalten nicht widersprechen,
- bekommen Sie ein Kurzcoaching für herausfordernde Alltagssituationen

Zielgruppe

Referent

Termin u. Ort

Teilnehmerzahl

Kursgebühren

Anmeldefrist

Anmeldung

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

Reinhard Fukerider, Dipl. Theol., Coach (DGfC), Supervisor, Mediator, Ethikberater

Freitag, den 10.05.2019 in Eupen, 9.00 bis 17.00 Uhr

Max. 15 Personen

70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

10.04.2019

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDDB (www.kpvdb.be/Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDDB mit der Mitteilung „Name + Selbstfürsorge Ref. 704233“.

Bevor das Fass überläuft...



Kennen wir nicht alle diese Situation: Ärger mit dem Kollegen oder Chef am Arbeitsplatz! Da ist oft guter Rat teuer und wir wissen nicht, was wir tun können. Wäre es nicht hilfreich, wenn wir über grundlegendes Wissen verfügen, um in Konfliktsituationen schneller zu einer Lösung zu gelangen – bevor das Fass überläuft? Genau darauf zielt dieser Tagesworkshop ab! Er richtet sich an Mitarbeiter, die Hintergrundwissen zum Thema Konflikt und Konfliktlösung erlangen möchten und sich bewusst werden wollen, wie sie sich im Konfliktfall verhalten und von welchen Gefühlen sie beeinflusst werden, mit dem Ziel eine für sich passende Lösungsstrategie innerhalb des Workshops zu entwickeln.

- Was ist ein Konflikt?
- Welche Konfliktebenen, Konfliktarten und Konflikteskalationstufen gibt es?
- Was haben Bedürfnisse und Gefühle mit Konflikten zu tun?
- Wie verhalte ich mich selbst im Konflikt?
- Mit welchen Kommunikationsmitteln unterstütze ich die Lösungsfindung?

Zielgruppe alle Mitarbeiter in pflegenden Berufen, die Interesse haben, ihre Lösungskompetenzen weiterzuentwickeln

Referentin Marina Kuckertz, systemischer Coach & begleitende Kinesiologin

Termin u. Ort **Dienstag, 21.05.2019 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr**

Teilnehmerzahl Max. 16 Personen

Kursgebühren 75 € Mitglieder, 65 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
90 € Nicht-Mitglieder, 80 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

Anmeldefrist 30.04.2019

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 + Bevor das Fass... Ref. 704224“.

Sorgenfall „Low performer“ oder wie Sie leistungsschwache Mitarbeiter konstruktiv führen können



In jeder Organisation, in jeder Gruppe oder jedem Team gibt es Mitarbeiter, welche die an sie gestellten Leistungsanforderungen nicht (mehr) erbringen können oder wollen. Diese Mitarbeiter bereiten Führungskräften Kopfzerbrechen. Sie schwanken oft zwischen den Handlungsoptionen Motivation oder Feuern. Das Modell der werteorientierten Führung nach Klages liefert einen Zugang zur Führung von Mitarbeitern in der heutigen Zeit, insbesondere zur Führung von Low Performern. In diesem Seminar:

- reflektieren Sie Ihre professionelle Haltung in der Rolle als Führungskraft
- lernen Sie das Führungsmodell nach Klages kennen
- erhalten Sie praktische Hilfestellung zur Führung von Low Performern
- reflektieren Sie Fragen zum Thema aus Ihrem Berufsalltag in Kooperation mit den anderen Teilnehmern und dem Coach

Zielgruppe Führungskräfte im Pflegebereich (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheimen, häusliche Pflege)

Referentin Reinhard Fukerider, Dipl. Theol., Coach (DGfC), Supervisor, Mediator, Ethikberater

Termin u. Ort **Freitag, 17.05.2019 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr**

Teilnehmerzahl Max. 15 Personen

Kursgebühren 70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

Anmeldefrist 15.04.2019

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 + Low Performer 17.05.19 – Ref. 704213“.

Die Anerkennung dieser Weiterbildung als „ständige Weiterbildung für Führungskräfte“ wird beantragt.

Was wünschen sich alte Menschen für den Sterbeprozess?



Der Pflegesektor ist immer häufiger mit den Anforderungen der Sterbebegleitung alter Menschen befasst und bemüht sich, eine bestmögliche Versorgung anzubieten. Jedoch stellt sich die Frage: Passt das Angebot zu den Wünschen und Bedürfnissen der alten Menschen? Verschiedene Studien und Erhebungen haben alte Menschen befragt, was sie sich wünschen für die letzte Lebensphase. Dieses Seminar stellt hierzu einzelne Ergebnisse vor und überlegt gemeinsam mit den Teilnehmenden, wie die Wünsche und Bedürfnisse in die reale Praxis der Altenarbeit überführt werden können. Der Referent kann hierbei auf ganz konkrete Praxisprojekte verweisen, die sich an einem erweiterten Palliativverständnis und an der palliativen Altenpflege orientieren. Da z. B. in der stationären Altenarbeit immer mehr Menschen mit Demenz versorgt werden, wird auch der Frage nachgegangen: „Sterben Menschen mit Demenz anders?“. Inhalte: Erhebungen zu den Wünschen von alten Menschen zum Sterben, Ableitungen für die Praxis der Sterbebegleitung, erweitertes Palliativverständnis, Sterbebegleitung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, Konzept der Palliativen Altenpflege, Palliative Care Mapping, erste konkrete Schritte zur Umsetzung in der eigenen Einrichtung

Zielgruppe	Krankenpfleger, Pflegehelfer, medizinisches & paramedizinisches Personal, Seelsorger,...
Referentin	Stephan Kostrzewa, examinierter Altenpfleger und Diplom-Sozialwissenschaftler
Termin u. Ort	Donnerstag, 06.06.2019 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 Einrichtung
Anmeldefrist	10.05.2019
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 + Sterbeprozess, Ref 704226“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

Update Wundpflege

Gerade für die Kolleginnen und Kollegen, die erfolgreich Wundversorgung betreiben, ist diese Weiterbildung besonders geeignet. Mit zunehmender Routine installieren sich Automatismen. Sie verlieren die Übersicht über die breitgefächerten Möglichkeiten, manches gerät in Vergessenheit. Darum frischen wir Altbekanntes wie Heilungsphasen, Störfaktoren, Wundaufgaben und Produktgruppen wieder auf, ergänzen das Ganze mit Aktuellem und bieten Ihnen eine Gelegenheit, Fragen zu stellen und sich untereinander auszutauschen. Um dann wieder im Thema zu sein. Zum Schluss werden Sie feststellen: „So viel habe ich doch nicht vergessen.“

Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Wunde vs. chronische Wunde, Heilungsphasen • Störfaktoren der Wundheilung • Wunddokumentation am Assessment des Expertenstandards • DFS/DFU Neuropathie und Angiopathie • Ulcus cruris DD und Therapie (Kompression, Wickel, Strumpf und andere) • Wundaufgaben und Produktgruppen • Débridement und Wundspülung
Zielgruppe	Krankenpfleger
Referent	Andreas vom Kolke, Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, Wundexperte ICW®
Termin u. Ort	Donnerstag, 13.06.2019 in Eupen, 09.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmerzahl	Min. 12, max. 20 Personen
Kursgebühren	70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung 85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
Anmeldefrist	13.05.2019
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 + Update Wundpflege 2019 – Ref.: 704220“.



KPVDB Pflege in Bewegung

Zusatzausbildung für Pflegehelfer

Am 18. März wurde der K.E. zur Erweiterung der Tätigkeiten, die ein Krankenpfleger einem Pflegehelfer delegieren kann, im Staatsblatt veröffentlicht. Die Pflegehelfer, die eine ausreichende und gründliche Ausbildung in den unten genannten Tätigkeiten absolviert haben, sind befugt, zusätzlich zu den jetzt erlaubten Tätigkeiten und unter Aufsicht eines Krankenpflegers in einem strukturiertem Team, laut Pflegeplan die neuen Tätigkeiten auszuüben.

Diese Tätigkeiten sind:

- Messung von Parametern bezüglich der verschiedenen biologischen Funktionen, inklusive der Messung des Blutzuckers durch kapillare Blutentnahme. Der Pflegehelfer muss dem Krankenpfleger schnellstmöglich und genauestens über die Messungen berichten.
- Verabreichung von Medikamenten, die von einem Krankenpfleger oder einem Apotheker vorbereitet wurden, mit Ausnahme von Betäubungsmitteln, über folgende Wege: Per os (inklusive Inhalierung), rektal, Verabreichung von Augentropfen, Ohrentropfen, perkutan und subkutan: ausschließlich für die subkutane Injektion von niedermolekularem Heparin.
- Ernährung und Flüssigkeitszufuhr per os
- Manuelle Entfernung eines Fäkaloms
- An- und Ausziehen von Strümpfen und elastischen Binden zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Venenleiden.

Um die notwendigen Kompetenzen zur Ausführung dieser Tätigkeiten zu erlangen, werden für jede Tätigkeit folgende Aspekte unterrichtet:

Inhalte

- Theoretische Aspekte: Anatomie, Physiologie, Pharmakologie,....
- Beobachtungen vor, während und nach Ausführung der Tätigkeit
- Risiken, unerwünschte Auswirkungen, Kontraindikationen
- Verantwortung des Pflegehelfers und des Krankenpflegers anlässlich der Delegation und der Ausführung der Tätigkeiten
- Information und Beratung der Patienten/ pflegenden Angehörigen
- Spezifische Information des Krankenpflegers bezüglich Informationen, Ausführung der Tätigkeiten,
- ...

Zielgruppe

Pflegehelfer mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung

Termin

Die KPVDDB wird die erforderliche Zusatzausbildung noch in 2019 anbieten.

Kursgebühren

Bezahlter Bildungsurlaub wird angefragt.

Anmeldung

Interessenten sollten sich jetzt schon bei ihrer Pflegedienstleitung/ Heimleitung sowie bei der KPVDDB melden.



TEVADAPTOR[®]
Keeps you safe in a click

TEVADAPTOR[®]