

Intellektueller Output 0

Das Buch der Fälle

Geschichten - Anfängerniveau



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Dieses Projekt wurde von der Europäischen Union im Rahmen des ERASMUS+ Programms KA203 – Strategische Partnerschaften für die Hochschulbildung – unter der Finanzhilfevereinbarung Nr. 2020-1-BE02-KA203-074740 gefördert.

ÜBER DAS PROJEKT

DAS TEAM

Die strategische Partnerschaft NursEduPal@Euro ist ein internationales Konsortium, das gemeinsam an Innovationen in der Palliative Care Ausbildung für Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet.

DAS ZIEL

Das Erasmus+ Projekt zielt darauf ab, die Qualität der Palliative Care Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege zu verbessern, indem es Lehrenden ermöglicht, sie befähigt und unterstützt, verschiedene innovative Lehr- und Lernmittel zu nutzen. Dadurch soll gesichert werden, dass Palliative Care in die Bachelorcurricula der Gesundheits- und Krankenpflege inkludiert wird.

Das Projekt hat eine kompetenzbasierte, europäische Matrix entwickelt, die innovative Blended-Learning-Tools für Lehrende enthält. Dieses erweiterte Lehr- und Lernmaterial zielt darauf ab, den Studierenden den Erwerb von Kernkompetenzen in Palliative Care zu ermöglichen, sodass sie in der klinischen Praxis besser für die Palliativversorgung gerüstet sind.

DER ANSATZ

Das Projekt besteht aus vier Phasen, in denen neun Intellektuelle Outputs erzielt werden:

1. Definition der zu erwerbenden Kernkompetenzen in Palliative Care (IO1);
2. Entwicklung innovativer Lehrmethoden zu Themen der Palliative Care und Bereitstellung von Lehrmaterial (IO0, IO2, IO3, IO4, IO6, IO8);
3. Erstellung einer europäischen Matrix für die Entwicklung von Curricula und die Ausbildung von Lehrenden in diesem Bereich (IO7);
4. Aufbau eines europäischen Netzwerkes von Lehrenden in Palliative Care (IO5).

Im Rahmen des Projekts wurden Lehrmaterialien zur Unterstützung von Lehrenden für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, um sich die entsprechenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen anzueignen und die Ausbildung in Palliative Care auf innovative und ansprechende Weise an ihre Bachelorstudierenden vermitteln zu können. Durch die Implementierung von Gamifikation, klinischer und moralisch-ethischer Schlussfolgerung und Simulationen, als erfahrungsorientierte und immersive Lehr- und Lernmethoden in die Curricula der Gesundheits- und Krankenpflege, erwartet das Konsortium eine positive Auswirkung auf die Entwicklung von Palliative Care Kompetenzen und Fähigkeiten zukünftiger Gesundheits- und Krankenpfleger:innen.



<https://nursedupal.eu/>



SCAN ME



Transilvania
University
of Braşov



HOSPICE CASA SPERANȚEI
PREȚUIM FIECARE CLIPĂ DE VIAȚĂ

Inhalt

Vorwort.....	1
Danksagung.....	1
Die Kernkompetenzen und ihre Darstellung in den Lebensgeschichten für Einsteiger.....	2
Die Geschichte von Lukas - Anfängerniveau	3
Die Geschichte von Elena - Anfängerniveau	5
Die Geschichte von John - Anfängerniveau.....	6
Die Geschichte von Patricia - Anfängerniveau	8
Die Geschichte von Suzanna - Anfängerniveau.....	10
Die Geschichte von Amy - Anfängerniveau	11
Die Geschichte von David - Anfängerniveau	12
Die Geschichte von Maria - Anfängerniveau.....	14
Die Geschichte von Gabriella - Anfängerniveau.....	15
Die Geschichte von Bruno - Anfängerniveau	17

Vorwort

Die Bedeutung einer innovativen, praxisorientierten Ausbildung von Pflegekräften, zeigt sich besonders in der vielseitigen und komplexen Versorgung von Patient:innen im palliativmedizinischen Umfeld, mit unterschiedlichen, teils gegensätzlichen Erfordernissen und Prioritäten, sowie einer häufig erschwerten Diagnostik. Hinzu kommen persönliche, soziale und kulturelle Eigenschaften und Bedürfnisse von Patient:innen und deren Familien. Dies stellt sehr hohe Ansprüche an Studierende der Palliativversorgung und bedingt eine fundierte Vermittlung von Kernkompetenzen.

Um ein praxisorientiertes Lehrmittel bereitstellen zu können, hat die transsilvanische Universität von Braşov (UnitBv) in Zusammenarbeit mit dem „Centre for Excellence in Clinical Practice, Education and Advocacy in Palliative Care“ des rumänischen Hospice Casa Sperantei (HCS), die Fallbeispiele des Intellektuellen Outputs 0 entwickelt. Dabei werden Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege mit unterschiedlichen klinischen Szenarien konfrontiert, die aufgrund Ihrer Komplexität ganzheitliche und multidisziplinäre Ansätze erfordern. Mentoren unterstützen die Studierenden in der direkten Versorgung von Patient:innen und klinischen Interventionen. In Diskussion und Reflexion wird gezeigt, wie klinische und ethische Entscheidungen zu einem adäquaten palliativen Versorgungsmanagement von Patient:innen und deren Familien beitragen.

Mithilfe von Fokusgruppen bestehend aus Expert:innen der Palliativversorgung von UnitBv und HCS, wurden 20 klinische Szenarios als Fallvignetten entwickelt, wovon 10 in Zusammenarbeit mit dem Projektkonsortium ausgewählt wurden. Diese zeigen reale palliativmedizinische Situationen von Patient:innen und deren Familien, mit einem hohen Detail- und Komplexitätsgrad, dienen als Inspiration für Studierende aller Ausbildungsgrade und lassen sich auf eine Vielzahl europäischer kultureller Kontexte adaptieren.

Durch die Übersetzung der Fallvignetten in Lebensgeschichten der Patient:innen, sowohl für Anfänger als auch Fortgeschrittene, entstand das „*Das Buch der Fälle*“ und dient als einzigartiger Ausbildungsinhalt zusammen mit sämtlichen anderen Intellektuellen Outputs des NursEduPal@Euro Projektes. Für Studierende dient dieses Werk als wichtiger Bestandteil der Ausbildung und als Inspiration, um komplexe palliativmedizinische Situationen mit notwendigen moralischen Entscheidungen, oder Simulationen bzw. Escape Games durchführen zu können.

Wir hoffen, das „*Das Buch der Fälle*“ dient Ihnen als Inspiration und laden Sie außerdem ein, Ihre Fallbeispiele zur Unterstützung der Ausbildung in der Palliativversorgung mit der NursEduPal@Euro Community über unser interaktives Forum zu teilen. Zugang erhalten Sie über unsere Webseite: <https://nursedupal.eu/>

Danksagung

Das NursEduPal@Euro Team möchte seine Dankbarkeit bei allen Fachpersonen des Hospice Casa Sperantei und den Studierenden der transsilvanischen Universität von Braşov, die mutig und engagiert Ihre Erfahrungen und Perspektiven zu den individuellen Lebensgeschichten der Patient:innen und den klinischen Szenarios, mit dem Forschungsteam geteilt haben.

Unser besonderer und aufrichtiger Dank gilt den Menschen, die in dieser Arbeit mit Ihren Lebensgeschichten zur Ausbildung der Studierenden beigetragen haben. Es war und ist uns eine Ehre und ein Privileg diese Menschen und Ihre Familien auf Ihrem Weg begleiten zu dürfen.

Die Kernkompetenzen und ihre Darstellung in den Lebensgeschichten für Einsteiger

Im Intellektuellen Output 1 des NursEduPal@Euro Projektes wurden 12 Kompetenzkategorien definiert, die von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege während ihres Studiums benötigt werden, um eine generalistische Palliativversorgung in ihrem späteren praktischen Umfeld bereitstellen zu können. Im IO1 Bericht, der über unsere Projektwebseite heruntergeladen werden kann, können Sie alles über die Entwicklung der jeweiligen Kompetenzkategorien und deren detaillierte Beschreibungen, nachlesen.

Eines der Ziele dieses Projektes ist, innovative Lehr- und Lernmaterialien wie auch Ressourcen bereitzustellen, um sich diese Kompetenzen anzueignen und/oder zu trainieren. Hierfür zeigen wir in dem folgenden Schema wie die jeweiligen Kompetenzkategorien in die Lebensgeschichten für Einsteigerniveau des „Das Buch der Fälle“ einzuordnen sind.

Kompetenzkategorie	Lukas	Elena	John	Patricia	Suzanna	Amy	David	Maria	Gabriella	Bruno
Die holistische Natur von Palliative Care										
Holistische Kommunikation, Begegnung und Interaktion										
Teamwork in Palliative Care										
Spirituelle Themen in Palliative Care										
Symptommanagement in Palliative Care										
Schmerzmanagement in Palliative Care										
Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion in Palliative Care										
Ethische und juristische Themen in Palliative Care										
Organisation von Palliative Care										
Holistische Unterstützung in Palliative Care										
Empathie in Palliative Care										
Versorgung am Lebensende										

Die Geschichte von Lukas - Anfängerniveau

Lukas ist 65, er lebt mit seiner Frau Anne zusammen. Sie haben zwei Kinder und zwei Enkelkinder. Sie wohnen in einem zweistöckigen Haus mit drei Schlafzimmern in der Stadt. Lukas war selbständiger Maler und Dekorateur, und ging vor 5 Jahren in den Ruhestand, als ihm die körperliche Arbeit zu anstrengend wurde. Sie besaßen ihr eigenes Haus und hatten immer noch ein Einkommen aus Annes Job als Lehrerin. Also beschloss Lukas, sich zur Ruhe zu setzen und seine Zeit und Aufmerksamkeit auf die Pflege seines Gemüsegartens zu konzentrieren, für den er eine große Leidenschaft hat.

Vor 3 Jahren wurde bei Lukas eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) diagnostiziert. Er hatte sich bei seinem Arzt mit anhaltendem Husten und Kurzatmigkeit vorgestellt, und nach einer Reihe von Untersuchungen wurde die Diagnose COPD gestellt.



Kurz nach seiner Diagnose nahm Lukas an einem Kurs zur pulmonalen Rehabilitation teil, der von einem Physiotherapeuten in seinem örtlichen Krankenhaus geleitet wurde. Dieser Kurs vermittelte Lukas das Wissen und die Zuversicht, die er brauchte, um körperliche Aktivität als Teil seines täglichen Lebens genießen zu können, während er seinen Garten und sein Gemüsebeet pflegte. Er war in der Lage, seine Symptome allein durch die Hilfe seiner Inhalatoren (zur Vorbeugung und zur Linderung) und durch Überwachung und Anpassung des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe in den Griff zu bekommen.

Vor 18 Monaten wurde Lukas mit einer schweren Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert. Er war extrem kurzatmig und benötigte zusätzlichen Sauerstoff, intravenöse Antibiotika und Steroide. Seine Symptome waren so schwerwiegend, dass er beim Aufstehen aus dem Bett volle Unterstützung benötigte und nicht mehr laufen konnte. Die Genesung von der Lungenentzündung verlief langsam und langwierig. Lukas verbrachte 8 Wochen im Krankenhaus und arbeitete daran, seine Mobilität wiederzuerlangen. Sein Ziel war es nach Hause entlassen zu werden und körperlich in der Lage zu sein, sich selbständig zu bewegen, Treppen zu steigen und zu gehen und in seinem eigenen Bett zu schlafen.

Vor 10 Monaten wurde Lukas erneut ins Krankenhaus eingeliefert. Eine weitere Lungenentzündung hatte eine weitere Verschlechterung seiner Symptome verursacht. Seine körperliche Leistungsfähigkeit hatte sich in den letzten Monaten allmählich verschlechtert, und bei dieser Einlieferung hatte ihm sein Ärzteteam Theophyllin und Mukolytika verschrieben. Der Physiotherapeut hatte mit Lukas einen 6-Minuten-Gehtest mit einem tragbaren Sauerstoff durchgeführt. Er schnitt dabei nicht sehr gut ab und konnte nur eine sehr kurze Strecke zurücklegen, bevor seine Kurzatmigkeit zu massiv war, um weiterzumachen. Ihm wurde ein Sauerstoffkonzentrator für zu Hause verschrieben, da er einen ständigen Sauerstoffbedarf hatte.

Lukas war nicht mehr in der Lage, zum Schlafen ins Obergeschoss zu gehen. Er hatte ein Krankenhausbett im Wohnzimmer und war bei allen täglichen Aktivitäten und bei der Körperpflege auf Anne angewiesen.

Anne wurde seine Hauptbetreuerin und betrachtete sich als seine Fürsprecherin. Lukas spürte, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechterte und dass es ernst war, doch Anne verhinderte jedes Gespräch, das in eine negative Richtung ging, und bestand stattdessen darauf, dass "er wieder gesundwerden würde, er müsse nur wieder zu Kräften kommen". Lukas wollte seiner Frau keinen zusätzlichen Kummer bereiten und keiner von ihnen wäre auf die Idee kommen, dass diese Situation mit dem Tod von Lukas enden könnte.

Das klinische Team ist sehr besorgt über die unrealistischen Erwartungen, die Lukas und Anne haben. Sie haben Anne zu einem Treffen eingeladen, um mit ihr die Vorteile offener und ehrlicher Gespräche zu

erörtern, zumal dies bei der künftigen Pflegeplanung für Lukas, der sich dem Lebensende nähert, hilfreich wäre. Anne baut jedoch weiterhin Hindernisse und Barrieren für jede Kommunikation auf, die die Zukunft betrifft. Sie fragt ständig: "Was Sie noch für ihn tun? Wie können Sie ihm helfen? Wie können Sie ihm das Atmen erleichtern und dafür sorgen, dass es ihm bessergeht?"

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Kommunikation mit dem Patienten und der Familie.
- Akzeptanz und realistische Erwartung, aber nicht die Hoffnung verlieren.
- Absprachen und Wahrheitsfindung und deren Auswirkungen auf die zukünftige Pflegeplanung.
- Ermächtigung, Befähigung und Unterstützung von Lukas, bis zu seinem Tod gut zu leben, auch wenn nicht ausdrücklich anerkannt wird, dass er stirbt.
- Symptombehandlung (körperlich, psychosozial und spirituell) und wie Absprachen einen ganzheitlichen Ansatz zur Behandlung von Bedürfnissen behindern können.
- Unterstützung der Familie in der Zeit des Todes und danach

Die Geschichte von Elena - Anfängerniveau

Elena ist 42 Jahre alt und mit Sophie verheiratet. Sie leben zusammen in einem Haus mit einem Kunstatelier, in dem Elena früher ihre eigenen Skulpturen entwarf und herstellte. Elena konnte gut von ihrer Arbeit leben, bis sie vor etwa zwei Jahren gezwungen war, ihre Arbeit einzustellen, da bei ihr ein lokal invasiv wachsender Eierstockkrebs diagnostiziert wurde. Als sie in ihren späten Teenagerjahren zu arbeiten begann, zahlte sie in eine Rentenversicherung ein, und es waren nun die Erträge aus dieser Rente, die Elena und Sophie finanziell unterstützten.

Ein Jahr nach der Erstdiagnose verschlechterte sich Elenas Gesundheitszustand akut, eine Untersuchung ergab, dass sich der Krebs auf die Leber und den gesamten Unterleib ausgebreitet hatte.

Elena, Sophie und das Pflegeteam waren sich einig, dass die Behandlung der Symptome und die Erhaltung des Wohlbefindens nun die wichtigsten Ziele der Pflege waren.

Wenige Monate später kam es zu einer erneuten Verschlechterung. Sie war extrem kurzatmig und hatte eine Sauerstoffsättigung von 90 %. Sie hatte einen ausgeprägten Aszites und Beinödeme und war anäm. Sie war mittlerweile vollständig ans Bett gefesselt.

Das klinische Team besprach mit Elena die Vor- und Nachteile einer Transfusion von Erythrocytenkonzentraten, und sie bekräftigte, dass ihr Hauptziel darin bestehe, die Symptome zu lindern, sich wohl zu fühlen und vor allem ihre Würde zu wahren. Sie entschließt sich, die Transfusion abzulehnen und bespricht dies mit Sophie. Sophie ist sehr aufgebracht, als sie hört, dass die Transfusion nicht durchgeführt wird, und bittet Elena, ihre Entscheidung zu überdenken. Sie verlangt, mit dem Ärzteteam zu sprechen, und beharrt auf ihrer Ansicht, dass Elena die Transfusion erhalten muss, da sie sonst sterben wird. Sophie ist sichtlich aufgebracht und beschuldigt das Ärzteteam, ihre Frau im Stich zu lassen. Elena versucht, Sophie zu beruhigen, aber Sophie verlangt weiterhin, dass Elena ihre Meinung ändert, weil sie sonst sterben wird. Elena versucht Sophie zu erklären, dass sie sowieso bald sterben wird.



Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Patientenautonomie.
- Nutzen und Schaden bei der Verabreichung von Blut - Transfusionen.
- Kommunikation mit Patientin und Angehörigen.
- Rolle und Verantwortung der Angehörigen.
- Symptomüberwachung und -management.
- Psychosoziale Bedürfnisse.
- Kommunikation.
- Vorausschauende Pflegeplanung.
- Bevorzugter Ort der Pflege, bevorzugter Ort des Todes.

Die Geschichte von John - Anfängerniveau

John ist seit 66 Jahren Schuldirektor im Ruhestand. Er lebt mit seiner Frau in einer geräumigen Wohnung am Meer. Sie haben zwei Söhne und fünf Enkelkinder. Die Beziehung in der Familie ist sehr eng. Die Söhne leben in einer Nachbargemeinde. John hat eine jüngere Schwester und einen jüngeren Bruder, mit denen er wöchentlich Kontakt hält. John versucht immer noch, sozial aktiv zu sein. So ist er beispielsweise Vorsitzender des örtlichen Theatervereins und Mitglied der Vereinigung pensionierter Lehrer. Für John ist es wichtig, geistig aktiv zu bleiben. Er liest viel, löst gerne Sudokus und organisiert Vieles im Theaterverein mit. Er nennt das "Gehirngymnastik", weil er Angst hat, dement zu werden (sein Vater wurde mit 80 Jahren dement).



Seit einigen Jahren leidet er an Arthritis, vor allem in den Händen. Dies schränkt ihn vor allem bei der Körperhygiene ein. Eine Krankenschwester besucht ihn täglich, um ihm bei der Körperpflege und beim Anziehen zu helfen, und ihm bei einem wöchentlichen Bad zu unterstützen.

Was die Mobilität betrifft, so sind Gehen und Radfahren kein Problem. Autofahren ist wegen der Arthrose in seinen Händen (mit all den kleinen Knöpfen/Hebeln) nicht mehr möglich. Es fällt ihm schwer, mit dem körperlichen Verfall und den Einschränkungen bei seinen Aktivitäten zurechtzukommen. Der "Geist" ist noch willig, aber der "Körper" will nicht mehr immer mitmachen.

Er leidet seit mehreren Jahren an mäßigem Bluthochdruck, gegen den er Catapresan® 0,15 mg, 1x täglich, einnimmt. Jede Woche kontrolliert die Krankenschwester seinen Blutdruck, der unter der Medikation stabil ist. Wenn er durch seine Arthrose zu starke Schmerzen hat, nimmt er Paracetamol 500 mg. Gelegentlich bittet John die Krankenschwester, seine Hände mit Voltaren Emulgel® einzureiben.

Im Jahr 2019 entdeckt die Krankenschwester einen Knoten in Johns linkem Unterschenkel. Es folgen mehrere Untersuchungen und eine Biopsie. Die histologische Untersuchung ergab keinen Grund zur Besorgnis, doch 6 Monate später erschien ein weiterer Knoten. Nach weiteren Untersuchungen wurde die Diagnose eines Liposarkom gestellt. John begann eine Chemo- und Strahlentherapie, doch während dieser Behandlungen verschlechterte sich sein Allgemeinzustand. Die Chemotherapie musste abgebrochen werden, es kam zu einer lokalen Nekrose und das Bein wurde amputiert.

John hielt sich bis zum Herbst 2020 gut. Im Dezember 2020 begann sich Johns Zustand zu verschlechtern. Er entwickelte häufige Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle und eine Hemiparese links. Eine CT- und MRT-Untersuchung ergab, dass John einen Hirntumor hatte. Er erhielt 10 Strahlentherapiesitzungen und sein Allgemeinzustand verschlechterte sich weiter, so dass er innerhalb von 10 Tagen 20 kg Gewicht verlor.

Die Familie steht John während der ganzen Zeit sehr nahe. Die Kinder und Enkelkinder kommen oft zu Besuch, und Johns Frau fühlt sich von der häuslichen Krankenschwester und der zusätzlich eingestellten Putzhilfe unterstützt. John hat regelmäßig Freunde zu Besuch und macht weiterhin seine "Gehirngymnastik". Er ist ein geselliger Mensch, sehr interessiert an Anderen und immer zu einem Gespräch bereit.

Mitte Januar 2021 wurde John ins Krankenhaus eingeliefert, weil ein neuer Knoten am Hüftgelenk entdeckt wurde. Die Biopsie ergab die Diagnose einer Metastase. Die Chemotherapie wurde fortgesetzt, aber sein Allgemeinzustand verschlechterte sich zunehmend. John hat Schwierigkeiten, sich fortzubewegen, leidet unter Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Schwäche, zeitlich-räumlicher Desorientierung und

Verwirrung. Hinzukommen als weitere verschlimmernde Symptome Gelenkschmerzen, Verstopfung und gelegentliche Übelkeit.

Johns Söhne spricht mit der Schwester auf dem Flur, sie möchten die Prognose besprechen. Sie fragen sich, ob die Chemotherapie noch Lebensqualität bietet. Sie sind besorgt, dass John Schmerzen hat. Sie fragen sich auch, ob es gut ist, mit John weiter über die Prognose zu sprechen. Aufgrund seiner Verwirrung vergisst er immer wieder die neuesten Informationen, und es ist sehr anstrengend, jedes Mal mit ihm über seine Situation zu sprechen.

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Schmerz- und Symptommanagement.
- Kommunikation mit Patient und Familie.
- Rolle und Verantwortung der Familienmitglieder.
- Psychosoziale Bedürfnisse.
- Vorausschauende Pflegeplanung.

Die Geschichte von Patricia - Anfängerniveau

Patricia ist 96 Jahre alt und lebt allein in einem Wohnhaus in der Nähe des Stadtzentrums. Sie ist körperlich ziemlich gebrechlich, ist aber dennoch unabhängig und kann all ihre persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) ausführen. Sie bekommt Hilfe von einer Nachbarin, die in der Stadt für sie einkauft.

Patricias Ehemann ist vor einigen Jahren gestorben. Ihr nächster Verwandter ist ihr Enkel Karl, der in einer anderen Stadt lebt. Er besucht sie selten, ruft sie aber täglich an, um zu sehen, wie es ihr geht. Karl wurde von seiner Großmutter aufgezogen, nachdem seine Mutter, Patricias Tochter, im Alter von 33 Jahren auf tragische Weise zu früh gestorben war. Karl war zu diesem Zeitpunkt zehn Jahre alt. Nachdem er das Gymnasium und die Universität besucht hatte, zog er in eine andere Stadt und pflegt jetzt eine Fernbeziehung zu seiner Großmutter.



Patricia besucht wöchentlich ein Tageszentrum. Als sie heute Morgen dort ankam, hatte sie einen großen Bluterguss auf der linken Gesichtshälfte sowie am linken Unterarm und an der Hand. Das Pflegepersonal hat sich mit Patricia über den Bluterguss unterhalten und festgestellt, dass er von einem Sturz herrührt, den sie vor einigen Tagen hatte. Auf weitere Nachfrage erklärt Patricia, dass sie in den letzten Monaten mehrfach „ausgerutscht und gestolpert“ sei, und dass es ihr zunehmend schwerfalle, vom Boden aufzustehen. Nach dem letzten Sturz wusste sie, dass ihre Nachbarin bald mit den Einkäufen kommen würde, und so blieb sie auf dem Boden liegen, bis sie kam und ihr aufhelfen konnte. Die Nachbarin wollte einen Krankenwagen rufen, aber Patricia bestand darauf, dass das nicht nötig sei und dass sie heute eine Pflegerin im Zentrum aufsuchen würde. Dieser würde sie alles über den Sturz erzählen und sich untersuchen lassen.

Es ist eine Weile her, dass Patricia medizinisch vollständig untersucht worden ist, und so wird ein Arzt zu ihr gerufen. Sie erzählt dem Arzt, dass sie nachts nicht schlafen kann und sich den ganzen Tag übermüde und antriebslos fühlt. Außerdem klagt sie über generalisierte Schmerzen, gelegentliches Schwindelgefühl, Kurzatmigkeit und Verstopfung. Sie ist ängstlich und macht sich Sorgen, was die Zukunft bringen wird. Sie ist sich ihres einsamen, isolierten Lebens sehr bewusst. Ihr Enkel wohnt viele Kilometer entfernt und ist mit seinem eigenen Leben beschäftigt. Ihre Nachbarin ist sehr gut zu ihr, aber sie sieht sie nicht jeden Tag. Sie und ihre Hauskrankenpflegerin sind die einzigen Menschen, die sie regelmäßig zu Hause besuchen. Patricia ist sehr gläubig, was ihr Halt gibt und sie stärkt.

Das klinische Team möchte mit Patricia über die Vorsorgeplanung sprechen. Dies ist eine Herausforderung, da Patricia der Meinung ist, dass sie „bald wieder auf den Beinen“ sein wird. Gleichzeitig gibt sie an, dass sie sich Sorgen macht, auf sich allein gestellt zu sein und niemanden zu haben, der sich um sie kümmert oder ihr hilft, wenn sie krank wird. Sie verweist auf ihren Enkel als Hauptansprechpartner für das Gesundheitspersonal in Bezug auf ihren Zustand. Es ist aber schwierig, mit ihm ins Gespräch zu kommen, zum einen, weil er weit weg wohnt, und zum anderen, weil er sich weigert, sich mit dem klinischen Team auseinanderzusetzen. Patricia wurde eine stationäre Aufnahme im Hospiz angeboten, was sie jedoch ablehnte, da sie lieber zu Hause bleiben wollte.

Der Sozialdienst wurde in Patricias Betreuung einbezogen, aber ohne die uneingeschränkte Mitarbeit von Karl ist es schwierig, die Dienste und Leistungen zu organisieren, die sie benötigt, um ihr ein unterstütztes Leben in ihrer Wohnung zu ermöglichen.

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Patientenautonomie
- Rolle und Verantwortung der Familienmitglieder
- Symptomüberwachung und -management
- Psychosoziale Bedürfnisse
- Kommunikation mit Patientin und Familie
- Vorsorgeplanung
- Bevorzugter Ort der Pflege, bevorzugter Ort des Todes

Die Geschichte von Suzanna - Anfängerniveau

Suzanna ist 53 Jahre alt. Sie ist mit Martin verheiratet und hat drei erwachsene Kinder, zwei Mädchen und einen Jungen. Ihre Kinder und Enkelkinder leben alle ziemlich weit von Suzanna und Martin entfernt, und obwohl sie sie sehr selten sieht, denkt sie oft an sie. Suzanna ist nicht berufstätig. Früher arbeitete sie als Verwaltungsangestellte, aber seit einem Jahr bezieht sie wegen ihres schlechten Gesundheitszustands Krankengeld. Martin arbeitet in einer Bäckerei. Er arbeitet oft in der Frühschicht, verlässt das Haus um 3.30 Uhr und kommt um 11 Uhr zurück. Dann kümmert er sich um seine Frau.

Suzannas Mutter starb im Alter von 41 Jahren an Brustkrebs, und bei ihrer Schwester wurde vor einem Jahr Eierstockkrebs diagnostiziert.

Im Alter von 49 Jahren entdeckte Suzanna einen kleinen Knoten in ihrer rechten Brust, als sie sich unter der Dusche selbst untersuchte. Sie wandte sich sofort an ihre Ärztin und wurde zu einer Feinnadelbiopsie geschickt. Die Ärztin versicherte ihr, dass es sich wahrscheinlich nicht um etwas Ernstes handeln würde, aber die Biopsie ergab einen kleinen bösartigen Brusttumor im Stadium III, der 2 cm groß war.

Da sie Überlebende von Brustkrebs kannte, ließ sich Suzanna mit Zuversicht auf eine Behandlung ein. Suzanna wurde nicht nur von ihrem Onkologen betreut, sondern auch an eine Pflegeexpertin für Erkrankungen der Brust überwiesen. Es wurden eine Lumpektomie (brusterhaltende Operation) und eine Axillarknotenentnahme durchgeführt. Drei Axillarknoten wurden positiv getestet, was auf eine Ausbreitung des Krebses von der Brust aus hinweist. Suzanna wurde eine adjuvante Behandlung einschließlich einer Hormontherapie verordnet. Sie unterzog sich einer dreiwöchigen Strahlentherapie, gefolgt von sechs Zyklen Chemotherapie. Diese wurde über eine speziell eingelegte zentrale Leitung verabreicht. Suzanna stellte fest, dass die Chemotherapie mehrere schwere Nebenwirkungen mit sich brachte, darunter Übelkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Müdigkeit und Haarausfall. Während der Behandlung gab es Zeiten, in denen die Zahl ihrer weißen Blutkörperchen niedrig war und sich die Behandlung verzögerte. Dies beunruhigte Suzanna, da sie befürchtete, dass die Verzögerung bedeuten würde, dass ihre Chemotherapie nicht so wirksam sein würde. Nach Abschluss der Behandlung war Suzanna hocherfreut, als ihr Onkologe ihr mitteilte, dass sie krebsfrei sei.



Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Sind Ihnen in der Kommunikation mit Suzanna Punkte aufgefallen, die zu Missverständnissen geführt haben könnten?
- Wenn die frühzeitige Integration von Palliative Care-Maßnahmen in den Pflegeplan für Suzanna aufgenommen werden soll, welche Maßnahmen sollen dann ergriffen werden? Machen Sie konkrete Angaben.
- Wie soll der vom Lymphödem betroffene Arm versorgt werden?
- Welche Ernährungsempfehlungen werden Sie dieser Patientin geben?
- Wie gehen Sie mit dem Haarausfall um?
- Was raten Sie dieser Patientin, um soziale Isolation aufgrund von Müdigkeit, verändertem Körperbild und Übelkeit zu vermeiden?

Die Geschichte von Amy - Anfängerniveau

Amy ist drei Jahre alt und das einzige Kind von Sam und Karim, einem jungen Paar im späten Teenageralter. Schwangerschaft und Geburt waren unkompliziert. Amy wurde mit einer Gaumenspalte geboren, und als sie im Alter von einigen Monaten eine Epilepsie entwickelte, wurde bei ihr eine Agenesie des Corpus Callosum diagnostiziert. Amy weist Anzeichen einer Entwicklungsverzögerung auf. Nur langsam erlangte sie die volle Kopfkontrolle und erlernte das selbstständige Sitzen. Sie kann bis jetzt noch nicht gehen und hat keine Versuche unternommen zu sprechen.

Amy hat einen Großteil ihres jungen Lebens im Krankenhaus verbracht. Ihre Anfälle sind schlecht kontrollierbar, und sie hat Fieberschübe, die mit ihrer Hirnanomalie zusammenhängen. Sie erhält ihre gesamte Nahrung über eine nasogastrale (NG) Sonde, die alle zwei Wochen ausgetauscht werden muss. Seit Amy wacher geworden ist und ihre Umgebung besser wahrnimmt, ist sie auch zunehmend unruhig und leidet unter den ständigen körperlichen Untersuchungen und insbesondere unter dem Wechsel der NG-Sonde. Sie zeigt oft nonverbale Anzeichen dafür, dass sie Schmerzen hat.

Mit Sam und Karim wurde die Möglichkeit einer chirurgischen Korrektur der Gaumenspalte erörtert. Das Ärzteteam befürchtet jedoch, dass zum jetzigen Zeitpunkt die mit der Operation verbundenen Risiken bei weitem den Nutzen für Amy übersteigen würden. Es wurde den Eltern daher mitgeteilt, dass diese Diskussion für die nähere Zukunft auf Eis gelegt werden muss. Sam und Karim wollen unbedingt, dass ihr kleines Mädchen ein „normales“ Leben führen kann und möchten, dass die Operation so bald wie möglich durchgeführt wird. Sie wollen, dass Amy geheilt wird.

Amy ist jetzt zu Hause bei ihren Eltern, Karim arbeitet, und Sam ist die ganze Zeit bei Amy. Die Pflegeperson des mobilen Palliativteams macht alle zwei Wochen einen Hausbesuch. Sie wechselt die NG-Sonde, überwacht Amys Symptome und unterstützt die Eltern. Manchmal dauern die Besuche erheblich länger, weil Amy einen Anfall erlitten hat und der Wechsel der NG-Sonde verschoben werden muss. Die Pflegeperson nutzt diese Zeit, um Sam zu unterstützen und mit ihr darüber zu sprechen, wie Spielen, sanfte Massagen und das Singen von Kinderliedern helfen können, belastende Symptome zu lindern.

Sam und Karim glauben, dass ihr kleines Mädchen im Stich gelassen wurde. Sie glauben, wenn Amy die korrigierende Operation erhält, wird alles gut werden und alle ihre derzeitigen Probleme werden gelöst sein.



Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Symptom-Management (einschließlich nicht-pharmakologische Maßnahmen).
- Einbeziehung des Multiprofessionellen Teams, um auf Amys Bedürfnisse einzugehen.
- Unterstützung der Eltern, damit sie die Prognose verstehen.
- Kommunikation von sensiblen Themen.
- Schaden und Nutzen einer korrigierenden Operation.
- Eltern als Betreuer versus Eltern als Eltern
- Entlastungsangebote für die Familie.
- Peer-support für die Eltern.

Die Geschichte von David - Anfängerniveau

David ist ein 54-jähriger geschiedener Mann. Seine Frau hat ihn verlassen und vor vielen Jahren das volle Sorgerecht für ihre 7-jährige Tochter erhalten. David hat keine weiteren lebenden Verwandten und nur wenige Menschen, die er als Freunde bezeichnen würde. David wohnt in einem kleinen Haus am Rande einer Stadt.

Wenige Jahre nach der Scheidung wurde bei David, nach einer schweren psychotischen Episode, Schizophrenie diagnostiziert. Seitdem steht er in Kontakt mit dem kommunalen Psychiatrie-Team, das seinen Zustand kontrolliert und bei Bedarf Unterstützung leistet.

David ist Raucher, seit er 13 Jahre alt ist. In den letzten 30 Jahren hat er 20-30 Zigaretten pro Tag geraucht. Er hat in der Vergangenheit einige Male versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber er fand es zu schwer und er schaffte es immer nur ein paar Tage ohne Zigaretten auszukommen. Jedes Mal, wenn er versuchte aufzuhören, verschlechterte sich sein psychischer Zustand. Vor langer Zeit gab er den Versuch auf, mit dem Rauchen aufzuhören.



Vor 2 Jahren stellte sich bei David erstmals ein anhaltender Husten und Kurzatmigkeit ein. Die Untersuchungen ergaben, dass er einen nicht-kleinzelligen Lungentumor im Stadium 4 hatte. Bei der Diagnose befand sich der Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium mit ausgedehntem Lymphknotenbefall und zahlreichen Metastasen im ganzen Körper. Im Krankenhaus wurde er mit einer Chemotherapie behandelt. Zur symptomatischen Linderung der Hirnmetastasen erhielt er eine Ganzhirnbestrahlung. Dennoch besteht auf Grund der Metastasen eine leichte rechtsseitige Schwäche fort, die seine Beweglichkeit und Feinmotorik beeinträchtigte. Das Psychiatrie-Team hat das onkologische Team bei Davids Pflegeplanung unterstützt und Davids psychische Gesundheit während der Krebsbehandlung kontrolliert.

Vor 6 Monaten erlitt David einen epileptischen Anfall und wurde zur vollständigen Untersuchung seines Zustands auf die Palliativstation eingeliefert. Zu diesem Zeitpunkt war er in der Lage, sehr kurze Strecken zu gehen, allerdings war er ziemlich ataktisch und hatte ein erhöhtes Sturzrisiko. Bei Anstrengung war er extrem kurzatmig und wurde schnell müde. Seine Körpersprache deutete darauf hin, dass er unter starken Schmerzen litt. Er hatte einen hartnäckigen Husten und auch Schluckbeschwerden. Zudem zeigten sich auch Anzeichen einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Es war sehr herausfordernd mit David zu kommunizieren. Zusätzlich zu den kognitiven und sprachlichen Schwierigkeiten aufgrund der Hirnmetastasen, war er unnahbar und distanziert und neigte zu verbalen und körperlichen Wutausbrüchen, wenn ihm jemand vom Klinikpersonal Fragen stellte. David wurde in einem eigenen Zimmer untergebracht, wo er Privatsphäre hatte und nicht den Blicken der anderen Patient*innen ausgesetzt war. David lehnte alle angebotenen Behandlungsoptionen ab, darunter die Einnahme von Medikamenten zur Linderung seiner Symptome, die Möglichkeit, mit einem Priester zu sprechen, und die Möglichkeit, mit dem Psychologen der Station zu sprechen. David weigerte sich, über seine Frau, seine Tochter und seine Familie zu sprechen.

Im Laufe der Zeit öffnete sich David allmählich für Gespräche mit dem Personal. Nach einem Gespräch über die Vorteile der Verabreichung verschiedener Medikamente, die die Anfälle lindern, seine Schmerzen reduzieren, den Husten lindern und das Erbrechen stoppen würden, willigte er in die Verabreichung dieser Medikamente ein. Er weigerte sich jedoch nach wie vor, mit dem Psychologen und dem Priester zu sprechen, und verfiel wieder in Wut und Zorn, als ihm vorgeschlagen wurde, mit dem Rauchen aufzuhören.

Während des Krankenhausaufenthalts verschlechterte sich Davids Gesundheitszustand, doch die Verabreichung von Anxiolytika und Neuroleptika schienen seine Stimmung zu verbessern, und allmählich begann er, eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Personal aufzubauen, das ihn pflegte.

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Wie kann sich die Vorgeschichte einer Person auf ihre aktuelle Situation auswirken
- Der Einfluss von psychischer Gesundheit auf das Wohlbefinden
- Umgang mit herausfordernden Kommunikationsproblemen
- Verwendung nonverbaler Zeichen zur Beurteilung von Symptomen.
- Befähigung, Ermöglichung und Unterstützung von David, bis zu seinem Tod ein gutes Leben zu haben
- Autonomie der Patient*innen und ihr Recht, in die Entscheidungsfindung über ihre Pflege einbezogen zu werden.
- Advance care planning und Patientenverfügungen.
- Schmerz- und Symptommanagement (physisch, psychosozial und spirituell). Einbezug des multidisziplinären Teams zur Behandlung von total pain.
- Unterstützung für Kolleg*innen, die in dieser Situation arbeiten, Trauerbegleitung für das Personal?
- Rauchen als Stressabbau - sollte David ermutigt werden, damit aufzuhören?

Die Geschichte von Maria - Anfängerniveau

Maria ist eine 61-jährige Frau, die sich bis vor kurzem immer guter Gesundheit erfreut hat. Sie war ein aktives Mitglied ihrer örtlichen Kirche und eine gläubige orthodoxe Christin. Maria war Biochemikerin und arbeitete im regionalen Krebsforschungsinstitut. Ihr berufliches Ziel bestand darin, ein Heilmittel für Krebs zu finden.

Maria lebt allein in einem 2-Zimmer-Haus mit Treppe, das sie in tadellosem Zustand hält. Sie hat eine Schwester, Jane, die 50 km entfernt wohnt. Maria und Jane haben kein enges Verhältnis zueinander, aber sie haben regelmäßig Kontakt und halten sich gegenseitig auf dem Laufenden was in ihrem Leben passiert. Jane ist vor kurzem Großmutter geworden und hilft ihrer Tochter, sich an die Mutterschaft zu gewöhnen.



Im vergangenen Jahr hatte Maria Schwierigkeiten bei der Arbeit. Sie hat festgestellt, dass ihre Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspanne abgenommen hat, so dass sie oft "den Überblick" über ihre Arbeit verloren hat. Sie hat mehrere wichtige Sitzungen und Ereignisse völlig vergessen und häufig ihre Büro- und Autoschlüssel verloren. Ihre Kolleg*innen haben bemerkt, dass ihre Stimmung labil geworden ist, und sie hatte mit einigen von ihnen heftige Meinungsverschiedenheiten über sehr triviale Dinge.

Maria bemerkte, dass etwas nicht stimmte, und als Wissenschaftlerin, wandte sie sich an ihren Hausarzt, da sie ihre kognitiven Probleme besprechen wollte. Ihr Arzt überwies sie an eine Gedächtnisklinik, die von einem Psychologenteam betreut wird, und im Laufe einiger Wochen wurde bei Maria eine Demenz mit frühem Beginn (Early Onset Dementia, EOD) diagnostiziert.

Maria trifft sich nun zum ersten Mal mit der auf EOD spezialisierten Pflegeperson.

Maria ist aufgrund der Diagnose am Boden zerstört. Sie fühlt sich als hätte sie sich in letzter Zeit "gehen lassen" und sich nicht richtig um sich selbst gekümmert habe. Sie beschrieb, wie ihr Appetit abgenommen hatte und sagte, dass ihr oft nicht nach Essen zumute war. Wenn sie etwas aß, wurde ihr kurz darauf übel oder sie fühlte sich aufgebläht. In den letzten Monaten hatte sie 2 Kleidergrößen abgenommen, aber da sie schon immer etwas fester war, hielt sie dies für eine gute Sache und schenkte dem keine große Aufmerksamkeit. Ihre jüngsten Gesundheitsprobleme führte sie auf die Tatsache zurück, dass ihr Team im Forschungsinstitut personell unterbesetzt war und sie durch ihre Arbeit gestresst, müde und erschöpft war.

Seit der Diagnose dachte Maria über ihr Leben nach und hinterfragte ihre Entscheidungen. Hätte sie weniger karriereorientiert sein sollen? Hätte sie heiraten und eine Familie gründen sollen? Sie wurde von der Ironie ihrer Situation gequält - eine hochfliegende Forscherin, die Krebs heilen wollte, sah nun einem Leben mit Demenz entgegen. Sie ist sich sicher darüber, dass sie ihre Unabhängigkeit behalten und Dinge auf ihre Art erledigen möchte. Ihre größte Angst ist es vollkommen die Kontrolle zu verlieren.

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Verschlechterung des körperlichen Zustands von Maria und ihrer Symptome sowie die Fähigkeit, dies langfristig zu bewältigen.
- Die Autonomie der Patientin
- Maria hat komplexe spirituelle/existentielle Bedürfnisse, trotz ihres starken religiösen Glaubens. Wie kann auf diese Bedürfnisse eingegangen werden?
- Bereitstellung von Unterstützung, Pflege und Equipment, damit Maria zu Hause bleiben kann.
- Advance care planning und bevorzugter Ort der Pflege.

Die Geschichte von Gabriella - Anfängerniveau

Gabriella ist 44 Jahre alt und mit Tom verheiratet. Sie leben mit ihrem 20-jährigen Sohn Robert in einem zweistöckigen Haus in einer netten Nachbarschaft am Rande der Stadt. Gabriella hat als Innenarchitektin gearbeitet und ihr eigenes, sehr erfolgreiches Unternehmen geführt, mit dem sie einige der lukrativsten Wohngebiete in der Region ausgestattet hat. Sie geht gerne ins Fitnessstudio und ins Schwimmbad, um sich fit zu halten, und ist aktives Mitglied ihrer örtlichen Kirche.

Gabriella und Tom heirateten, als sie beide 18 Jahre alt waren, und wollten so bald wie möglich eine Familie gründen. Sie planten, ihr Haus mit Kindern zu füllen, und wünschten sich mindestens drei. Gabriella hatte jedoch sechs Fehlgeburten, bevor sie ihren Sohn Robert sicher entbinden konnte. Die Angst vor weiteren Fehlgeburten war so groß, dass sie gemeinsam beschlossen, keine weiteren Versuche mehr zu unternehmen, schwanger zu werden. Sie sind dankbar und sehen Robert ein Geschenk Gottes. Gabriella betete täglich für seine Gesundheit und die von sich und ihrem Mann.



Vor kurzem wurde bei Gabriella Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert. Gabriella ist geistig fit, aber sie ist erschöpft und findet die Aktivitäten des täglichen Lebens anstrengend. Sie hat sowohl Paresen der oberen als auch der unteren Gliedmaßen, ihre Mobilität ist stark eingeschränkt und sie braucht Hilfe bei vielen alltäglichen Aufgaben. Sie leidet häufig unter schmerzhaften Muskelkrämpfen. Sie isst und trinkt gut. Ihr Schlafrhythmus ist gestört, obwohl ihr Schlaf an sich von guter Qualität ist, fällt es ihr schwer abends einzuschlafen. Tagsüber kann sie einschlafen und tut dies auch, manchmal bis zu sieben Stunden lang. Wenn sie wach ist, steht sie nicht oft auf, da sie Angst hat, zu stürzen und sich noch mehr zu verletzen. Sie zieht es vor, im Bett zu bleiben und ihre Bücher zu lesen. Sie fragt häufig, ob sie in einem Rollstuhl nach draußen gebracht werden kann, damit sie eine Zigarette rauchen kann.

Gabriella hat das Gefühl, dass die Diagnose und die Behandlung so schnell erfolgt sind, dass sie nicht wirklich verstehen kann, was mit ihr geschehen ist und was noch vor ihr liegt. Während der langen schlaflosen Nächte denkt sie über ihr bisheriges Leben nach. Sie ist stolz auf ihren Sohn und auf alles, was sie in ihrem Leben, in ihrer Ehe und in ihrer Arbeit erreicht hat. Sie wird jedoch von der Erinnerung an ihre sechs Fehlgeburten gequält und fragt sich, ob ihr gegenwärtiges Leiden zu ihrer Erlösung und ihrem Heil durch den Herrn führen wird. Gabriella hat offensichtlich Schmerzen, weigert sich jedoch, dies zuzugeben oder die verordneten Analgetika einzunehmen, da sie damit ihr Leiden lindern und ihre Erlösung riskieren könnte.

Gabriella hat Vertrauen in ihr klinisches Team, und es wird ein Treffen mit Gabriella, Tom und Robert vereinbart, um die zukünftige Pflegeplanung zu besprechen.

Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Potenzielle Bedeutung der Diagnose für die zukünftige Unabhängigkeit und Fähigkeiten.
- Gleichgewicht zwischen Ruhe und Aktivität, um Fatigue und körperliche Verfassung zu berücksichtigen.
- Symptom Management
- Verweigerung der Schmerzmedikation.
- Spirituelle Bedürfnisse in Bezug auf den Sinn und die Bedeutung, die Gabriella der Erfahrung des Leidens gegenüber der Schmerzlinderung/Lebensqualität beimisst.
- Störung des Schlafzyklus.
- Advance care planning und bevorzugter Ort der Pflege.
- Kommunikation von sensiblen Themen.
- Trauer

Die Geschichte von Bruno - Anfängerniveau

Bruno ist 53 Jahre alt und lebt mit seiner Mutter Julia in einem zweistöckigen Haus in der Stadt. Bruno wurde vor kurzem zu einer umfassenden Untersuchung ins Krankenhaus eingeliefert und zur Unterstützung hinsichtlich Symptommanagement an das Palliativteam überwiesen.

Bei Bruno wurde eine HIV-Infektion diagnostiziert, die bereits das AIDS-Stadium erreicht hat. Es ist nicht bekannt, wo oder wie sich Bruno mit dem Virus infiziert hat. Vor einigen Jahren wurde Bruno aufgrund von Diabetes Mellitus die rechte untere Extremität amputiert, und er hat auch bereits einen leichten Herzinfarkt erlitten.

Als er im Krankenhaus ankommt, befindet er sich in einem schlechten körperlichen Zustand und sieht ungepflegt aus. Er ist unkommunikativ und vermeidet es, mit irgendjemandem Blickkontakt aufzunehmen, sein Blick ist ständig auf den Boden gerichtet.



Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Wie werden Sie sich diesem Patienten und seiner Mutter im Kommunikationsprozess nähern, um die Spannung der Situation zu verringern?
- Welche Symptome treten Ihrer Meinung nach in diesem Stadium der Krankheit am häufigsten auf?
- Welches sind die ersten drei Prioritäten, auf die Sie sich als Koordinator*in des Falles im Versorgungsplan konzentrieren werden?