

Intellektueller Output 0

Das Buch der Fälle

Fallvignetten



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 Finanzhilfvereinbarung 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
Der Fall von L	2
Der Fall von E	5
Der Fall von J	7
Der Fall von P	9
Der Fall von S	11
Der Fall von A.....	13
Der Fall von D.....	15
Der Fall von M.....	19
Der Fall von G.....	21
Der Fall von B.....	24

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.

Der Fall von L

Allgemeine Information	
Demographische Daten Patient:	L.D männlich, 65 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder, 2 Enkelkinder, im Ruhestand
Erkrankung/Behandlung	Sarkom der rechten Axilla, Chemotherapie, Strahlentherapie, Amputation der rechten oberen Extremität
Medikamente	
Nebendiagnosen	Type II Diabetes, art. Hypertonie
Detaillierter Verlauf: Medizinischer/onkologischer Verlauf:	<p>2018 - Biopsie, Diagnose, Operation - Beginn der Chemotherapie, Auftreten eines Lymphödems in der rechten oberen Extremität</p> <p>2019 - Lokalrezidiv - Operation + Chemotherapie - erhebliches Lymphödem - starke Schmerzen, die eine Analgesie WHO Stufe III erfordern</p> <p>04.2019 - Beginn der Strahlentherapie + Kinetotherapie + orthopädische Beratung</p> <p>08.2019 - Operation - Amputation der rechten oberen Extremität</p> <p>Postoperativ - Phantomschmerzen - Behandlung mit Amitriptylin mit mäßiger Wirkung</p> <p>09.2019 - Verbesserung des Allgemeinzustandes - Morphin wird nicht mehr eingesetzt – Umstieg auf Tramadol (WHO Stufe II)</p> <p>12.2019 - Lungenmetastasen - Chemotherapie</p> <p>01.2020 - Angstzustände + Depressionen - psychologische Beratung</p> <p>04.2020 - Starke Schmerzen - erneuter Beginn der Morphinbehandlung</p> <p>02.2021 - Fortschreiten der Krankheit – Entscheidung für palliatives Procedere</p> <p>03.2021 - Verschlechterung des körperlichen Allgemeinzustandes - Patient leidet unter schwerer Dyspnoe</p> <p>Patient wird mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus eingeliefert</p> <p>Es wird eine Thoraxpunktion durchgeführt - der Patient erleidet einen Herz-Kreislaufstillstand - er wird intubiert und stirbt 24 Stunden später</p>
Detailliertere Informationen: Ermittelte Probleme:	<p>Körperlich - Schmerzen, funktionelle Impotenz, Dyspnoe, Müdigkeit</p> <p>Psychisch - Angstzustände, Depressionen</p> <p>Sozial - kein Behindertengrad - erhält Hilfe durch die Unterstützung des Sozialarbeiters</p> <p>Spirituell - eigentlich religiös, besucht aber nicht regelmäßig die Kirche</p> <p>Der Patient wusste, dass er eine schwere Krankheit hat, aber seine Frau wollte nicht, dass der Patient wusste, dass er eine schlechte Prognose hat. Die Familie und der Patient wollten unbedingt eine zweite Meinung in einem anderen Land einholen, in der Hoffnung auf eine mögliche Heilung</p> <p>Unrealistische Hoffnung auf Heilung - der Patient hatte eine Prothese bestellt und wollte sein Auto umbauen lassen, damit er fahren konnte. Bei jedem Besuch, bei dem wir versuchten, über seine Prognose zu sprechen, versicherte ihm seine Frau, dass es ihm gut gehen würde. Der nun amputierte Patient war in der Pflege von seiner Frau abhängig. Während seine Pflege vorbildlich war, behinderte seine Frau Gespräche, die die Wahrheit über die Prognose hervorbringen würden.</p> <p>Der Patient, der nicht vollständig über seinen Zustand und seine Prognose informiert war/werden konnte, äußerte die Befürchtung, dass nicht genug für ihn getan wurde und dass er eine zweite Meinung einholen wollte; außerdem</p>

	bat er um eine Überweisung an einen Arzt für Atemwegserkrankungen zur Überprüfung und Behandlung
Bisherige Pflege und Behandlung	Physikalische Behandlung, Symptomkontrolle (Lymphödeme, Wundversorgung bei Druckgeschwüren, postoperative Wundversorgung, Schmerzkontrolle (Verabreichungsart: Spritze, Fentanylpflaster)), Einbeziehung der Familie und Aufklärung über die Pflege ihres Vaters/Ehemanns, psychologische Unterstützung in Bezug auf Krankheitsverlauf und -prognose
Besondere Details der schwierigen Situation	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Verhindern einer ehrlichen Kommunikation durch die Ehefrau - die Ehefrau macht dem Patienten unrealistische Hoffnungen, will nicht, dass der Patient die Prognose kennt, Anzeichen dafür, dass der Patient unrealistische Erwartungen hat (bestellt eine Prothese und will sein Auto umbauen, damit er fahren kann, obwohl die Prognose begrenzt ist). Was versteht er bezüglich seines Zustandes und seiner Prognose?</p> <p>Der Patient glaubt nicht, dass alles für seine Krankheit getan wurde, oder er glaubt, dass noch mehr getan werden kann, und hat eine Zweitmeinung eingeholt.</p> <p>Solange der Patient unrealistische Hoffnungen hegt, sind therapeutische Entscheidungen schwer zu treffen.</p> <p>Einbindung von Patient und Familie in die Entscheidungsfindung</p> <p>Kommunikation</p> <p>Hoffnung</p>
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	<p>Kommunikation mit dem Patienten/der Ehefrau über die Entwicklung der Krankheit; die Ehefrau war immer anwesend und verhinderte eine offene Kommunikation.</p> <p>Einbeziehung weiterer Mitglieder des interdisziplinären Teams für den Patienten und seine Familie mit dem Ziel, Informationen über die Diagnose und die Prognose zu liefern und den beiden Ehepartnern psychologische Unterstützung zu bieten. Sie lehnten diese Intervention ab. Der Patient erhielt nach seiner Armamputation psychologische Unterstützung, lehnte aber jede weitere Unterstützung ab. Verschreibung von Anxiolytika und Antidepressiva. Die Ehefrau sagte, sie könne sich nicht ausreichend konzentrieren, um den Beratungsprozess durchzustehen, da sie sehr stark in die Pflege ihres Mannes eingebunden sei.</p> <p>Treffen mit der Familie</p> <p>Die Ehefrau wurde ins Büro eingeladen, um über die Notwendigkeit einer offenen Kommunikation zu sprechen, aber als das Team den Patienten zu Hause besuchte, wurden eine offene Kommunikation durch die Ehefrau wieder behindert.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben / ignoriert / vernachlässigt?	<p>Herausforderungen im Zusammenhang mit einer offenen Kommunikation und der Bereitstellung von Informationen, die dem Patienten helfen sollen, Entscheidungen bezüglich seiner weiteren Versorgung zu treffen.</p> <p>Wir wissen nicht, ob die Versorgung am Lebensende dem Wunsch des Patienten entsprach.</p> <p>Blockierung einer offenen/ehrlichen Kommunikation seitens der Ehefrau.</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle,	Ich fühlte mich aufgrund der Blockade einer offenen Kommunikation durch die Ehefrau nicht in der Lage, alles in meiner Macht Stehende zu tun, um dem Patienten zu helfen. Wir als Fachleute fühlten uns ohnmächtig, weil wir dem Patienten nicht die Wahrheit sagen konnten, weil seine Frau uns das nicht

Emotionen) zu dem Fall und zu seiner Lösung	erlaubte. Sie war immer dabei, und wenn wir versuchten, die Prognose und die Entwicklung der Krankheit zu besprechen, sagte sie ihm, dass es ihm bessergehen würde. Kommunikation mit der Ehefrau, die schließlich die Prognose akzeptierte. Sie hat gemischte Gefühle wegen der Einweisung ihres Mannes (sie bedauert, dass sie nicht bei ihm ist, aber sie hat Angst, dass er zu Hause sterben würde).
Welche Empfehlungen haben Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die sowohl die Werte des Patienten als auch ihre beruflichen Werte respektiert?	<p>Kommunikation mit dem Patienten an erster Stelle.</p> <p>Einbeziehung des Patienten in seine Behandlungsentscheidungen und Ermöglichung einer vorausschauenden Pflegeplanung.</p> <p>Häufigere Familientreffen, wenn die Familie dem zustimmt.</p> <p>Die Unterstützung der Familie ist sehr wichtig. Das Tempo der Informationsweitergabe und der Kommunikation mit dem Patienten und der Familie sollte von diesen selbst bestimmt werden.</p> <p>Es ist eine Herausforderung für den Patienten, unrealistische Erwartungen zu haben.</p> <p>Diese unrealistischen Erwartungen verhindern eine offene Kommunikation und die Möglichkeit, die Wünsche des Patienten zu ermitteln. Die Absprachen zwischen dem Patienten und seiner Frau behinderten die Möglichkeiten für das Team, psychologische, soziale und spirituelle Betreuung zu leisten.</p> <p>Obwohl er nicht über seine Diagnose und Prognose sprach, ist es möglich, dass der Patient beides kannte, sich aber zum Schutz seiner Familie dafür entschied, nicht darüber zu sprechen.</p> <p>Unterstützung für das Team, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können.</p> <p>Eine frühzeitige Überweisung und Integration der Palliativversorgung für Patienten und die Zeit, die nötig ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patienten, Familie und dem professionellen Team aufzubauen, würden die Möglichkeit bieten, Probleme anzusprechen und effektiv zu kommunizieren.</p>

Der Fall von E

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	Patientin 42 Jahre alt, verheiratet mit einer 4 Jahre jüngeren Frau, ehemalige Künstlerin, kleine Rente, keine Kinder
Zugrunde liegende Erkrankung	Ovarial Carcinom mit multipler Metastasierung
Komorbiditäten	Covid 19
Detailliertere Beschreibung: Medizinischer Verlauf	Im März 2019 wird bei der Patientin Eierstockkrebs diagnostiziert, sie wird operiert und erhält Chemotherapie. Anfang 2020 unterzieht sich die Patientin medizinischen Untersuchungen, weil sie sich nicht wohl fühlt, und es werden Leber- und Bauchfellmetastasen diagnostiziert. Im Juni 2020 wird bei ihr auch Covid 19 diagnostiziert und sie wird von der Notaufnahme auf die ehemalige PC-Station des Kreiskrankenhauses verlegt, die jetzt die COVID-Station ist. Zum Zeitpunkt der Verlegung leidet die Patientin an einer schweren Anämie, Sauerstoffsättigung bei 90 %, ist bettlägerig, ECOG (von der Eastern Cooperative Oncology Group entwickelte Funktionsskala) = 4, Beinödeme, Aszites. Sie wird verlegt und eine der Empfehlungen lautet Transfusion.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen:	<p>Physisch: Bauchschmerzen, Dyspnoe, Fatigue, Inappetenz, Ödeme, Aszites, schwere Anämie (Hämoglobin 6mg/dl)</p> <p>Psychisch: Angst wegen der COVID-Infektion, Befürchtung, dass sie daran sterben wird</p> <p>Soziales: Die Partnerin der Patientin hat kein Einkommen, ist aber an der Pflege beteiligt. Beide leben von der kleinen Rente der Patientin.</p> <p>Spirituell: Glaubt nicht an Gott, wünscht sich aber während des Krankenhausaufenthalts den Besuch eines Seelsorgers.</p>
Bisherige Pflege und Behandlung	Nach Beendigung der Chemotherapie wurde Best supportive Care begonnen. Die Familie wurde einbezogen und in der Pflege der Patientin unterwiesen. Beratung über den Verlauf und die Prognose der Krankheit.
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Aufgrund der schweren Anämie stellt sich die Frage ob eine Transfusion von Erythrocytenkonzentraten durchgeführt werden sollte. Das Dilemma besteht darin, ob eine Transfusion bei diesem Patienten sinnvoll ist, da bei eine sehr begrenzte Prognose von 2-3 Wochen besteht.
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles herangezogen?	Das Team bemühte sich, die Patientin zu unterstützen und die Symptome zu lindern. Kommunikation mit der Patientin über die Prognose, Einbeziehung weiterer Mitglieder des multiprofessionellen Teams, um die Patientin besser bei der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen. Die Patientin ist informiert und versteht die möglichen Vor- und Nachteile einer Transfusion. Sie möchte schmerzfrei sein, davon erhofft sie sich eine Besserung der Dyspnoe. Die Partnerin behauptet, dass die Patientin die Transfusion brauche, um sich besser zu fühlen. Sie versteht nicht, dass dies eher eine Belastung für die Patientin ist, dass sie diese Behandlung nicht will und dass es wichtig ist, die Entscheidung der Patientin zu respektieren. Die Partnerin möchte jedoch jede Behandlung, die das Leben der Patientin verlängern kann.
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach	Medizinische Entscheidung, Nutzen oder Last einer Transfusion. Die Partnerin ignoriert und respektiert die von der Patientin getroffene informierte therapeutische Entscheidung nicht.

in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) zu dem Fall und wie er gelöst wurde	<p>Ich hatte ein Gefühl der Hilflosigkeit bei der Kommunikation mit der Partnerin. Sie hatte keinen Zugang zum Krankenhaus. Es war schwierig, am Telefon mit ihr zu sprechen. Nonverbale Kommunikation konnte so nicht stattfinden. Kein gemeinsames Treffen (Patientin, Partnerin und behandelndes Team) abhalten zu können, führte zu Missverständnissen mit der Partnerin, die uns vorwarf, nicht alles für ihre Partnerin zu tun, was wir tun könnten.</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für einen besseren Umgang mit dem Falle, in dem sowohl die Werte des Patienten als auch ihre beruflichen Werte respektiert werden?	<p>Gemeinsames Treffen mit der Partnerin, der Patientin und dem behandelnden Team online per Videokonferenz/Tablet oder per Telefon?</p> <p>Das Team hat es gut geschafft, die Wünsche der Patientin zu respektieren. Wir haben die Möglichkeit, der Person so lange zu helfen, wie sie das möchte. Wichtig ist, dass wir verstehen, was die Patientin möchte, und dass wir sie begleiten und unterstützen.</p> <p>Die Entscheidung, der Patientin Symptomkontrolle und Komfort zu bieten, war richtig, denn es handelt sich um eine Patientin mit ECOG 4, Ovarialcarzinom, multiplen Metastasen und Aszites, was auf eine stark begrenzte Prognose hindeutet. Eine COVID 19-Infektion kann die Prognose weiter einschränken, somit ist das Ziel der Pflege, für Würde und Komfort zu sorgen und die Symptome gut zu kontrollieren.</p> <p>Das Leben gehört dem Patienten, nicht den Angehörigen.</p> <p>Beteiligen Sie alle Teammitglieder an den Gesprächen mit der Angehörigen, vielleicht auch an Online-Diskussionen mit Patientin und Angehöriger zur gleichen Zeit. Die Botschaft aller Teammitglieder muss dieselbe sein.</p>

Der Fall von J

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	Männlicher Patient, 66 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder, im Ruhestand, lebt in der Stadt
Zugrundeliegende Erkrankung	Liposakom
Komorbiditäten	Keine Komorbiditäten
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	2016 wird ein Knoten an der linken unteren Extremität entdeckt. Es folgen Untersuchungen und dann eine Biopsie. Die Biopsie zeigt keinen Hinweis auf eine onkologische Erkrankung. Nach 6 Monaten erscheint ein weiterer Knoten. Bei einer erneuten feingeweblichen Untersuchung wird ein Liposarkom diagnostiziert. Der Patient beginnt mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie, doch währenddessen verschlechtert sich sein Allgemeinzustand. Die tumorspezifische Therapie muss abgebrochen werden, es kommt zu einer lokalen Nekrose und die untere Extremität wird amputiert. Bis 2020 ist der Patient in einem guten Allgemeinzustand, im Dezember 2020 - Synkope, epileptischer Anfall, Hemiparese links. Untersuchungen (Computertomographie, Magnetresonanztomographie) ergeben die Diagnose eines Hirntumors, 10 Strahlentherapiesitzungen, starker Gewichtsverlust (20 kg in 10 Tagen). Im Januar 2021 erscheint ein Knoten auf Höhe des Hüft-Gelenks, exulzeriert, es wird eine Biopsie durchgeführt und die Diagnose einer Metastase gestellt. Die Chemotherapie wird im Januar 2021 wieder aufgenommen, aber der Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend, der Patient hat Schwierigkeiten sich fortzubewegen, zeigt Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Schwäche, zeitlich-räumliche Desorientierung, Verwirrung.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	physisch: Schmerzen, Verstopfung, Desorientierung, Verwirrung, gelegentlich Übelkeit Pflege - lokaler Verband auf der Höhe des exulzerierten Tumors. Unterstützungsbedarf bei Bewegung aufgrund der Amputation Psychisch-emotional - Angst aufgrund der Verschlechterung und des Mangels an prognostischem Wissen Sozial - Änderung des Grades der Behinderung Spirituell - gläubig, nicht praktizierend
Aktuelle Pflege und Behandlung	Symptomkontrolle Lokaler Wundverband Medikation: Tramadol 200mg / 12 Stunden, nicht-steroidale Antirheumatika, Metoclopramid, Lactulose
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Konspiratives Stillschweigen – Die Familie weigert sich, mit dem Patienten über Diagnose und Prognose zu sprechen Unsere Dienste betreuten auch den verstorbenen Schwiegervater des Patienten. Auch in diesem Fall ist die Familie dagegen, dass der Patient erfährt, was mit ihm geschehen wird. Die Ehefrau leugnet, weigert sich, die Entwicklung der Krankheit zu akzeptieren und will keine Unterstützung durch den Psychologen, sie ist sehr spirituell.

Welche Strategie wurde bei der Lösung des Falles angewandt?	<p>Familiensitzung mit der Ehefrau und der Tochter des Patienten, damit sie die Entwicklung der Krankheit erfassen können. Sie erklären, dass sie einverstanden sind und dass sie verstehen, dass der Patient die Diagnose kennen muss, aber beim nächsten Besuch verhalten sie sich genauso wie zuvor und blockieren eine offene Kommunikation mit dem Patienten.</p> <p>Gespräche mit den Kindern und der Versuch, ihnen klar zu machen, dass sie aus dem vorangegangenen Todesfall in der Familie, mit dem sie umgehen mussten, lernen sollten, um weitere Reue zu vermeiden.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<p>Patientenautonomie</p> <p>Loyalität - dem Patienten die Wahrheit über seine Situation sagen. Ich habe dem Patienten von Anfang an versprochen, dass ich ehrlich zu ihm sein werde und ihm bei jeder Frage die Wahrheit sage.</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Versäumnis, dem Patienten gegenüber loyal zu sein</p> <p>Versäumnis, mehr für den Patienten zu tun</p>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	<p>Treffen mit der ganzen Familie</p> <p>Realistisch sein, sich gegenseitig kennenlernen und die Grenzen der anderen akzeptieren. Der Patient ist wegen des Gehirntumors verwirrt und desorientiert, und es ist unwahrscheinlich, dass wir mit ihm über die Diagnose des Gehirntumors und die Prognose sprechen können. Das Ziel bleibt, dem Patienten Trost und Würde zu spenden.</p> <p>Wir alle erleben diese Gefühle in der Patientenbetreuung. In der häuslichen Pflege ist es schwierig, da die Familie bei jedem Besuch anwesend und unser Partner im Pflegeprozess ist. Es erfordert Ausgewogenheit und Geduld mit allen an der Pflege beteiligten Parteien. Die Sorgen des Patienten bezüglich eines Rückfalls sollten Beachtung finden aber der Fokus sollte auf der Pflege liegen. Bei jedem Familiengespräch könnten wir sagen: "Denken Sie daran, was Sie verlieren, wenn Sie ihm nicht die Wahrheit sagen!"</p> <p>Beziehen Sie alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams mit ein.</p>

Der Fall von P

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	Weiblich, 96 Jahre alt, verwitwet, zwei Kinder, im Ruhestand, lebt in einer städtischen Umgebung allein in einer Wohnung
Zugrundeliegende Erkrankung	Brustkrebs, Chemotherapie, Strahlentherapie, Lymphknotenmetastasen 2017, ulzerierender Brustkrebs 2020
Weitere Krankheiten	Lungenfibrose, Bluthochdruck
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Schleichender Beginn im Jahr 2010 mit einem Knoten in der rechten Brust, der vom Hausarzt bei einer Routineuntersuchung entdeckt wird. Er überweist sie zum Ultraschall der Brust und anderen Untersuchungen, woraufhin Brustkrebs diagnostiziert wird. Sie unterzieht sich einer Chemo- und Strahlentherapie und beginnt mit einer Hormonbehandlung. Seit Januar 2020 besteht ein wuchernder Tumor in der Brust. Die Patientin kleidet sich selbst oder mit Hilfe einer Freundin an. Es wird ein Pflegedienst für häusliche Pflege organisiert. Zuvor besuchte die Patientin ein Tageszentrum in der Stadt.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	Körperliche Symptome: Knochenschmerzen, Schwindel, Verstopfung, Müdigkeit, Dyspnoe, Schlaflosigkeit Pflege: lokaler Verband im Bereich des wuchernden Tumors Aktive Mobilisierung im Haus. Vergisst manchmal die Medikamente einzunehmen. Psycho-emotional: Angst aufgrund des Krankheitsverlaufs und Einsamkeit. Sie hat Befürchtungen und Sorgen, weil sie allein im Haus ist und sie krank werden könnte und niemand da ist, der sie findet. Sozial: Die Patientin lebt allein. Sie hatte nur eine Tochter, die im Alter von 33 Jahren starb. Nach dem Tod der Tochter zog sie ihren Enkel auf, der damals zehn Jahre alt war. Der Enkel lebt jetzt in einer anderen Stadt bei seiner Familie. Er ruft seine Großmutter täglich an, aber er besucht sie nur selten. Die Patientin lebt allein und eine Nachbarin kauft für sie ein. Sie wohnt in einem großen Haus mit mehreren Wohnungen, ist aber alleine in ihrer Wohnung. Die Patientin bezieht kein Pflegegeld, weil sie das nicht möchte. Ich rief den Enkel an, und er antwortete, dass es nicht notwendig sei, Pflegegeld zu beantragen. Sie benötige nur Material für Verbände und andere Bedürfnisse benötige. Spirituell: Orthodoxe Christin, liest Gebetsbücher, hält das Fastengebot ein, wird manchmal vom Priester besucht. Die Patientin sagt, dass der Glaube ihr Halt gibt.
Bisherige Pflege und Behandlung:	Symptomkontrolle Verband lokal mehrmals pro Woche Emotionale Unterstützung Soziale Unterstützung: Patientin lebt allein, Enkel ist nicht involviert, will auch nicht, dass jemand anderes der Patientin hilft. Nur eine Nachbarin wird akzeptiert, die einkauft und die Patientin manchmal ankleidet. Auch wenn er zur Patientin kommt, nimmt der Enkel keinen Kontakt zu uns auf. Daher können wir nicht mit ihm sprechen, um die Pflegeziele festzulegen und zu erfahren, welche Erwartungen er bezüglich der Krankheit seiner Großmutter hat. Einbeziehung des Sozialdienstes.
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	

Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Versteht die Prognose nicht: Die Dame kennt zum Teil die Diagnose und die Prognose. Wir besprechen es mit ihr, aber sie will es nicht akzeptieren. Da sie in der Vergangenheit Infusionen erhalten hat, die sie „wieder auf die Beine brachten“, hofft sie jetzt, obwohl es ihr schlechter geht, dass es ihr durch dieselben Infusionen bessergehen wird.</p> <p>Wir können keine Vorsorgeplanung mit der Patientin durchführen, was wichtig wäre, weil sie allein ist.</p> <p>Fehlen der Familie - Nichtbeteiligung des Enkels.</p>
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	<p>Einbeziehung der Nachbarnin in die Pflege, einschließlich der Übernahme des Ankleidens am Wochenende</p> <p>Ich habe vorgeschlagen, sie in das stationäre Hospiz aufzunehmen, aber sie weigert sich</p> <p>Einbeziehung des Sozialdienstes</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<p>Die Patientin hat unrealistische Hoffnungen und erwartet die Wiedererlangung der vollen Unabhängigkeit</p> <p>Die Wahrheit sagen</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	<p>Überfordert, belastet, bei jedem Besuch höre ich die gleiche Klage der Patientin, dass der Enkel keine Zeit hat, mit ihr zu reden oder mehr Zeit mit ihr zu verbringen.</p> <p>Machtlos, mehr für die Patientin zu tun</p> <p>Angst – was soll ich tun, wenn ich sie besuche, und sie im Haus gefallen oder verstorben ist?</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	<p>Wir können der Familie nicht die Verantwortung, der Patientin zu helfen, abnehmen</p> <p>Die schlechte Prognose muss erneut mit dem Enkel besprochen werden</p> <p>Der Enkel manipuliert die Beziehung zu den Pflegenden, verlässt sich auf die Hilfe durch den Hospizdienst, weil er sie leicht bekommt und versucht nicht, andere Hilfe für die Patientin zu bekommen</p> <p>Der Enkel sollte vor die Entscheidung gestellt werden, sich an der Pflege der Großmutter zu beteiligen, was auch die Kündigung des Betreuungsvertrags zur Folge haben kann.</p> <p>Es müssen Grenzen gesetzt und der Betreuungsvertrag neu verhandelt werden.</p> <p>Besuche bei der Patientin zusammen mit Kolleg*innen des Sozialdienstes</p>

Der Fall von S

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	Patient 53 Jahre alt, verheiratet, Krankengeld, drei erwachsene Kinder, die in anderen Städten leben
Zugrundeliegende Erkrankung	Tumor in der rechten Brust
Weitere Krankheiten	Keine weiteren Krankheiten
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Die Diagnose wurde 2017 gestellt. Die Patientin unterzog sich einer Operation, Chemo- und Strahlentherapie. Unter der Behandlung entwickelt sich der Tumor nicht günstig und ulzeriert, wobei das größte Problem die Tumorblutung ist. Die Patientin wird stationär zur Symptomkontrolle aufgenommen, und weil sich der Ehemann durch die Pflege, insbesondere das Verbinden des exulzierenden Tumors erschöpft fühlt.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	<p>Körperliche Symptome – Schmerzen im vorderen Thorax und in der rechten oberen Extremität, Verstopfung, Schlaflosigkeit, Angstzustände</p> <p>Pflege – spezifisch für eine bettlägerige Patientin, Verband lokal im Bereich des exulzierenden Tumors</p> <p>Psycho-emotional – die Verslossenheit der Patientin, sie will nicht mit ihrer Familie kommunizieren, sie will nicht, dass ihre Kinder wissen, wie betroffen sie ist</p> <p>Sozial – Finanzielle Probleme, sie lebt mit ihrem Mann zusammen, der mit der Pflege der Patientin überfordert ist, es läuft gerade der Prozess zum Erhalt eines Pflegegeldes</p> <p>Spirituell – religiös, nicht praktizierend</p>
Bisherige Pflege und Behandlung:	Symptomkontrolle – Morphin 60 mg/24 h, Gabapentin, Lorazepam Verbandwechsel lokal wird nach Bedarf durchgeführt Psycho-emotionale and spirituelle Beratung. Während sie im Krankenhaus war, wurde sie vom Priester besucht und vom Psychologen begleitet.
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Die Ehegatten sind sich nicht einig, wo die Patientin gepflegt werden soll. Nachdem sie seit einigen Tagen stationär aufgenommen ist und die Symptome unter Kontrolle sind, möchte die Patientin nach Hause gehen. Ihr Zustand verschlechtert sich, und sie sagt, sie wolle in ihrem Bett sterben. Ihr Ehemann fühlt sich mit der Pflege überfordert und will sie nicht mit nach Hause nehmen. Die Kinder wissen nicht, wie es der Patientin geht, und sie will es ihnen auch nicht sagen.
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	Das Team besprach mit der Patientin die Vor- und Nachteile der einzelnen Pflegesettings, aber sie möchte nach Hause gehen. Auch die Notwendigkeit, mit den Kindern über ihren Gesundheitszustand zu sprechen und die Kinder in die Pflege einzubeziehen wurde erörtert, aber die Patientin lehnt dies ab. Auch mit dem Ehemann wurde über den Wunsch der Patientin, zu Hause gepflegt zu werden, gesprochen. Ihm wurde gesagt, dass ihm das Team der Hauskrankenpflege helfen würde. Er hat aber Angst, sie mit nach Hause zu nehmen, weil er nicht weiß, wie er sie pflegen soll. Besprechung des Falles in der interprofessionellen Sitzung

Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ ignoriert/vernachlässigt?	<p>Verschwiegenheit – ohne die Zustimmung der Patienten dürfen wir den Kindern nichts sagen</p> <p>Die Patientin wird dort betreut, wo sie betreut werden möchte</p> <p>helfend/nicht-schadend</p> <p>Qualität der Pflege zu Hause vs. Qualität der Pflege auf der Bettenstation, sie ist eine Patientin mit komplexen Pflegeproblemen, bei der das Risiko massiver Blutungen aufgrund des exulzierenden Tumors besteht</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	<p>Sowohl die Patientin als auch der betreuende Ehemann sind Mitglieder des Pflegeteams. Wenn sie unterschiedlicher Meinung sind und jede*r aus ihrer*seiner Sicht Recht hat (der Wunsch der Patientin, zu Hause gepflegt zu werden, und die Befürchtung des Ehemannes, dass er nicht in der Lage sein wird, eine qualitativ hochwertige Pflege zu leisten), bringt uns das in eine schwierige Situation und wir können nicht beiden helfen. Wir entscheiden uns dafür, der Patientin zu helfen und ihren Wunsch zu respektieren, auch wenn wir bezweifeln, dass sie zu Hause besser versorgt werden kann.</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	<p>Treffen mit der Familie, an dem die Patientin, der Ehemann und Mitglieder des Teams teilnehmen.</p> <p>Besprechen Sie die Ängste der Patientin und ihres Ehemanns in Bezug auf den Pflegeprozess und den Verlauf der Krankheit</p> <p>Besprechen Sie mit der Patientin die Gründe, warum sie ihren Kindern nicht von ihrer Situation erzählen möchte.</p> <p>Während des Krankenhausaufenthalts den Ehemann beim Ankleiden, Mobilisieren und Toilettengang der Patientin einbeziehen und schulen. Dies kann eine Methode sein, um Vertrauen zu gewinnen.</p> <p>Gespräche zwischen dem Ehemann und dem Team der Hauskrankenpflege, um sich gegenseitig kennen zu lernen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.</p>

Der Fall von A

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	3-jährige Patientin, einziges Kind von sehr jungen Eltern
Zugrundeliegende Erkrankung	Agenesie des Corpus callosum und Gaumenspalte
Weitere Krankheiten	Epilepsie
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Die Aufnahme in den ambulanten Kinderhospizdienst erfolgte vor zwei Jahren, als das kleine Mädchen fast ein Jahr alt war. Bis dahin war das Kind im Kinderkrankenhaus untergebracht. Es gab einige Versuche, es nach Hause zu entlassen, die aber alle wegen der schweren Symptome scheiterten. Dann überwies das pädiatrische Team des Krankenhauses das Kind zur Symptomkontrolle auf die Palliativstation. Die Patientin wird über eine nasogastrale Sonde ernährt. Die Gaumenspalte soll korrigiert werden, damit die Ernährungssonde nicht verwendet werden muss. Bei der Aufnahme wurde die Mutter gefragt, was sie von unserem Dienst erwartet, und ihre Antwort war, dass sie Hilfe bei der Heilung ihres Kindes erwartet.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	Körperliche Symptome – Krampfanfälle, Unruhe, Ernährung über eine nasogastrale Sonde, Fieber aufgrund von Störungen des Temperaturregulationszentrums Psycho-emotional – familiäre Unterstützung, die Mutter ist sehr müde und ängstlich, ihre Stimmung ändert sich je nach dem Zustand des Kindes Sozial – die Mutter kümmert sich um das Kind, sie ist arbeitslos, sie ist viele Stunden am Tag mit dem Kind allein und macht jeden Tag das Gleiche Spirituell – die Eltern empfinden die Krankheit ihres Kindes als Strafe
Bisherige Pflege und Behandlung:	Symptomkontrolle Aufklärung der Mutter über Ernährung und nicht-pharmakologische Symptomkontrolle Wechsel der nasogastralen Sonde alle zwei Wochen, manchmal verlängere ich meine Besuche, weil das Kind Anfälle hat. Dann muss ich warten, bis es sich beruhigt hat, um die Maßnahmen durchzuführen Psycho-emotionale Unterstützung für Eltern
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Die Mutter akzeptiert die Diagnose nicht und ist ständig auf der Suche nach Heilungsmöglichkeiten Die Familie möchte eine Korrektur der Gaumenspalte, aber es besteht eine Diskrepanz zwischen Nutzen und Risiko Die Lebensqualität der Patientin Die Erschöpfung der Mutter
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	Kommunikation mit der Familie über die Prognose Erläuterung der Vor- und Nachteile einer Operation Einbindung der Mitglieder des interprofessionellen Teams Psycho-emotionale Unterstützung für Mutter und Vater
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach	Helfend/nicht-schadend durch die Chirurgie

in diesem Fall untergraben/ ignoriert/vernachlässigt?	
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	Frustration, denn egal, was wir als medizinisches Team tun, es ist schwer für eine Mutter zu akzeptieren, was mit ihrem Kind geschieht Erschöpfung, weil die Familie mir vertraut und kaum ein anderes Teammitglied akzeptiert
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	Aufnahme der Patientin auf der Bettenstation, um der Mutter eine Atempause zu verschaffen Der Mutter helfen, andere Eltern zu treffen, die Kinder mit den gleichen Problemen haben

Der Fall von D

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	D.G., männlich, 54 Jahre alt, im Ruhestand, geschieden, ländlicher Hintergrund, Raucher
Zugrunde liegende Erkrankung	Bronchopulmonales Neoplasma, Stadium 4 (neuroendokrin), Hirnmetastasen, bestrahlt, rechtshemisphärisches motorisches Defizit, Lungenmetastasen, Lymphknotenmetastasen (axillär, mediastinal, zervikal, supraklavikulär, abdominell), Knochenmetastasen, axilläre Metastasen, laterozervikale Metastasen, supraklavikuläre Metastasen, abdominelle Metastasenrechtsseitige Nebennierenmetastasen, nicht beherrschbare chronische Schmerzen, epileptische Anfälle (fokale Anfälle).
Komorbiditäten	Keine
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	Beginn vor zwei Jahren mit Kurzatmigkeit und spastischem Husten mit weißem, schaumig, manchmal blutigem Auswurf. Er wird von einer Justizvollzugsanstalt für die Untersuchungen in eine Spezialklinik verlegt, wo eine vorläufige Diagnose gestellt und eine Chemotherapie empfohlen wird. Er wird auf der onkologischen Station zur Chemotherapie aufgenommen. Sindaxel 240 mg und Cisplatin 120 mg werden gut vertragen, laufende Laborkontrollen,
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	Patient mit bronchopulmonalem Neoplasma links im Stadium 4 (neuroendokrin) mit einer Hemiparese rechts und epileptischen Anfällen. Kürzlich aus dem Gefängnis wegen schweren Mordes entlassen, nachdem er 20 Jahre im Gefängnis verbracht hat. Kein soziales Leben, wurde von seiner Frau und seiner Tochter vor vielen Jahren verlassen. Einweisung auf die Palliativstation zur Schmerz- und Symptomkontrolle. Relativ guter Allgemeinzustand, chronische Schmerzen, Dysphagie, verändertes Hautbild, Angstzustände, zeitlich-räumliche Desorientierung, Ermüdung, spastischer Husten, Dyspnoe, Hypotonie, Ödeme. Verhaltensauffälligkeiten, unkontrollierte Reaktionen, verbale und körperliche Gewalt. Neben der Beeinträchtigung der körperlichen Bedürfnisse ist auch das Bedürfnis des Patienten nach Sozialisation beeinträchtigt. Spirituell: Er ist ängstlich, depressiv, wendet sich gegen formale religiöse Traditionen. Er lehnt die Vorstellung von Beichte und Kommunion völlig ab. Er verweigert Treffen mit dem Psychologen der Station und weigert sich, die Kontaktdaten seiner Ex-Frau und seiner Tochter oder von engen Bekannten preiszugeben.
Aktuelle Pflege und Behandlung	Analgetika (+Opioide), Co-Analgetika, Behandlung von Begleitsymptomen, das heißt Prophylaxe von epileptischen Anfällen, Verhinderung von Erbrechen, Hustenstillung, Erhalt der Integrität von Schleimhaut und Haut. Antibiotika, Kortikosteroide, Antitussiva, Antikonvulsiva und Analgetika können nur mit dem Einverständnis des Patienten verabreicht, nachdem er ausführlich über ihre Auswirkungen auf seinen Gesundheitszustand aufgeklärt worden war.
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Die ethischen Probleme nehmen zu, je schlechter der Gesundheitszustand des Patienten wird. Es gibt keine Familie und keine Angehörigen. Die Kommunikation mit dem Patienten wird aufgrund der Hirnschädigung und der Dysphonie immer schwieriger.

	<p>Er ist unter keinen Umständen bereit, auf Zigaretten zu verzichten und wird widerspenstig, wenn er nicht raucht.</p> <p>Es handelt sich um einen sehr heiklen Fall, der ein hohes Maß an körperlichem und emotionalem Engagement erfordert, wobei der Krankenhausaufenthalt sehr lange dauert - etwa 6 Monate - und sich der Allgemeinzustand des Patienten zunehmend verschlechtert.</p> <p>Symptombehandlung: Während des Krankenhausaufenthalts wird der Patient mit Nichtsteroidalen Antirheumatika, Magenschutzmitteln, einem Diuretikum, Antikonvulsiva und Anxiolytika behandelt. Er passt sich eine Zeit lang an die Krankenhaus- und Stationsregeln an und akzeptiert die Behandlung. Das Behandlungsschema wird je nach Schmerzen und Symptomen angepasst. Erste epileptische Anfälle treten auf.</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Im Fall des Patienten D.G. wurden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, um das Wohlbefinden des Patienten zu gewährleisten, sowohl physisch als auch psychisch. Er wurde in einem Zimmer mit eigenem Bad, einem Fernseher und einem Kühlschrank untergebracht. Wir waren uns bewusst, dass er es nicht akzeptieren würde, mit Mitleid betrachtet zu werden. Er wollte von anderen Patient*innen nicht als abhängig angesehen werden. Wir beobachteten während seines Krankenhausaufenthalts alle 5 emotionalen Reaktionen auf den Tod, nämlich Verleugnung (Verharmlosung der Realität aus Unwissenheit und um seine Angst zu verbergen), Wut (auf die Familienangehörigen, da er immer behauptete, er sei verlassen worden, habe im Gefängnis Qualen erlitten und niemand habe ihn 20 Jahre lang besucht; auf uns, die Expert*innen im Gesundheitswesen, weil wir ihm nicht genug Aufmerksamkeit schenkten und ihn nicht heilen konnten, obwohl er sich des Ernstes der Lage und der Unmöglichkeit einer Heilung bewusst war; auf seine eigene Person, da er sich immer vorwarf, nicht genug auf sich selbst geachtet zu haben und dass dies der Grund für seine Krankheit sei, und auf Gott. Jedes Mal gaben wir ihm die Gelegenheit, seine Empörung zum Ausdruck zu bringen); Verhandlung (er akzeptierte den Gedanken an den Tod, verhandelte aber darum, noch ein wenig länger zu leben); Depression (der Patient war zurückgezogen, isoliert, hatte Gefühle der Hilflosigkeit und Minderwertigkeit, aß allein, aß langsam und hustete beim Schlucken) und Akzeptanz.</p> <p>Der Patient D.G. zeigte während des gesamten Krankenhausaufenthalts ein maladaptives Verhalten, nämlich: Schuldgefühle, pathologische Verleugnung, Wut auf diejenigen, die ihm helfen, Angstzustände, Depressionen, unrealistische Hoffnungen, Verzweiflung, Manipulation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht schädend: Es wurden keine Behandlungen mit ungewissem Nutzen oder unannehmbaren Nebenwirkungen für den Patienten durchgeführt. - der Grundsatz der Autonomie: Der Patient war an den therapeutischen Entscheidungen und der Behandlungsplanung in voller Kenntnis der Sachlage beteiligt. - das Prinzip der Gerechtigkeit und des Nutzens: das Recht auf gleichen Zugang zur Versorgung und zu den Ressourcen, d. h. den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Anzahl von Menschen mit begrenzten Ressourcen zu erzielen.
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall	<p>Ich bin der Meinung, dass im Falle von unheilbar kranken Patient*innen die folgenden grundlegenden Rechte garantiert werden sollten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Recht, bis zum Ende des Lebens wie eine lebende Person behandelt zu werden

<p>untergraben/ignoriert/vernachlässigt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - das Recht, Hoffnung zu haben - das Recht, von Menschen betreut zu werden, die in der Lage sind, meine Hoffnung aufrechtzuerhalten - das Recht, meine Gefühle und Emotionen in Bezug auf den Tod auszudrücken - Ich habe das Recht, an Entscheidungen teilzunehmen - Pflege zu erhalten, auch wenn eine Heilung nicht möglich ist - Ich habe das Recht, nicht allein zu sterben - Ich habe das Recht, nicht zu leiden - Ich habe das Recht, ehrliche Antworten auf meine Fragen zu erhalten - Ich habe das Recht, nicht belogen zu werden - Ich habe das Recht, in Frieden und Würde zu sterben - Ich habe das Recht, meine religiösen Überzeugungen und Meinungen zu vertreten und zu äußern, ohne verurteilt zu werden. - Ich habe das Recht, von fähigen Menschen betreut zu werden, die meine Bedürfnisse verstehen, Menschen, die mir in dieser Phase des Lebens helfen. - dass die Unantastbarkeit der Person auch nach dem Tod respektiert wird.
<p>Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde</p>	<p>In den ersten Monaten des Krankenhausaufenthalts wurde das Leben des Patienten mit allen Mitteln unterstützt - es wurden Proben entnommen, eine Antibiotikatherapie durchgeführt, Behandlungspläne mit oralen und parenteralen Medikamenten wurden im Voraus mit dem Patienten besprochen. Die Angst- und Depression, unter denen er litt, waren im Laufe der Zeit gut behandelt, und die zwischenmenschlichen Beziehungen wurden verbessert. Er wurde bei jeder Veränderung seines Allgemeinzustands und beim Auftreten von neuen Krankheitssymptomen informiert und beraten. Seine Rechte und Bedürfnisse wurden respektiert. Er erhielt mentale, emotionale und physische Unterstützung in Zeiten der Not. Ihm wurden Türen geöffnet, durch die er Verständnis und Einfühlungsvermögen fand. Er wurde nicht für seine Vergangenheit verurteilt und seine Geheimnisse wurden bewahrt. Seine Ängste wurden angehört, ebenso wie seine Wünsche. Er wurde spirituell begleitet und auch in dieser Hinsicht geschult. Ihm wurde versichert, dass er ein christliches Begräbnis erhalten würde und dass er seine Strafe auf Erden verbüßt habe und in den Himmel aufgenommen werden würde.</p> <p>Sechs Monate lang waren wir seine Familie. Wir waren die Menschen, denen er zu vertrauen lernte. Wir sorgten dafür, dass er ein würdiges Ende fand, wie es jeder Mensch verdient. Wir standen in seinen letzten Momenten an seiner Seite und linderten sein Leid. Am 21. Juni, nach etwa sechsmonatigem Krankenhausaufenthalt, zweiwöchiger Immobilität und schließlich einem komatösen Zustand, verstarb der Patient.</p>
<p>Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?</p>	<p>"Sollte der Zeitpunkt kommen, an dem ich nicht mehr in der Lage bin, über meine eigene Zukunft mitzuentcheiden, so soll diese Erklärung als Testament meines Willens gelten:</p> <p>Wenn es keine begründete Hoffnung auf meine Genesung von einer körperlichen oder geistigen Krankheit gibt, bitte ich,, sterben zu dürfen und nicht durch künstliche Mittel oder heroische Maßnahmen am Leben erhalten zu werden. Der Tod ist so real wie die Geburt, das Erwachsenwerden, die Reifung und das Altern</p> <ul style="list-style-type: none"> - das ist eine Gewissheit. <p>Ich habe nicht so sehr Angst vor dem Tod, als vielmehr vor der Demütigung der Erniedrigung, der Abhängigkeit und der Schmerzen ohne Hoffnung. Ich bitte</p>

	<p>darum, dass mir aus Mitleid mit meinem unheilbaren Leid Medikamente verabreicht werden, auch wenn dies meinen Tod beschleunigen wird.</p> <p>Diese Anfrage wird nach reiflicher Überlegung gestellt. Obwohl dieses Dokument keine Rechtskraft hat, werden Sie, die Sie sich hoffentlich um mich sorgen, sich moralisch verpflichtet fühlen, diesem Auftrag nachzukommen. Ich bin mir bewusst, dass Ihnen damit eine große Verantwortung auferlegt wird, aber ich gebe diese Erklärung in der Absicht ab, diese Verantwortung zu teilen und jegliches Schuldgefühl zu mindern.“</p> <p>Die letzten Momente des Patienten D.G. verliefen friedlich, in Versöhnung mit den Menschen und Gott, ohne Schmerzen, umgeben von Menschen, die ihm Unterstützung boten. Er hatte ein "christliches Lebensende, ohne Schmerzen, in ungehindertem Frieden".</p> <p>Ich schließe mit der Feststellung, dass jeder Patient, jeder mit seiner eigenen Geschichte, eine Lebenslektion für uns Expert*innen im Gesundheitswesen ist, und dass die Palliativmedizin eine nie versiegende Quelle des Wissens für die berufliche und emotionale Selbstentwicklung ist.</p>
--	---

Der Fall von M

Allgemeine Information	
Demographische Daten der Patientin:	P.M., weiblich, 61 Jahre alt, unverheiratet, arbeitslos, orthodoxe Christin, städtischer Hintergrund, lebt alleine in einem 2-Zimmer-Haus mit hohem Hygienestandard. Biographische gesundheitsbezogene Aspekte: Mutter/Vater – verstorben (Altersschwäche), eine Schwester – Alter 57, scheint gesund
Zugrunde liegende Erkrankung	Gallenblasen-Krebs
Komorbiditäten	keine
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	<p>Die 61-jährige Patientin wird 4 Tage nach dem Auftreten einer Blutung im oberen Verdauungstrakt, die sich durch Meläna (4 malig) und Erbrechen äußerte, in der Notaufnahme aufgenommen. Die Anamnese zeigt einen deutlichen Gewichtsverlust über mehrere Monate (10-15 kg) mit vermindertem Appetit. Klinisch: Bei der Aufnahme zeigt die Patientin Anzeichen eines hämorrhagischen Schocks (Blutdruck), Unterernährung Grad 2, Verlust von Muskelmasse. Die lokale Untersuchung des Abdomens zeigt eine Hepatomegalie Grad 1, leichte schmerzhaft empfindliche im rechten Oberbauch. Die rektale Untersuchung bestätigt Meläna. Persönliche pathologische Geschichte: chronische Hepatitis-B-Infektion seit 20 Jahren, ultrasonographisch bestätigte Gallensteine und Z.n. OP eines Blindardurchbruchs. Laborchemische Untersuchungen bei der Aufnahme zeigten eine schwere Anämie. Elektrokardiogramm und kardiologische Untersuchung zeigten eine Myokardischämie als Folge der Anämie. Die Patientin spricht gut auf die Therapie zum Ausgleich des Blutdrucks und die medikamentösen Maßnahmen zur Blutstillung an.</p> <p>Untersuchungen:</p> <p>Die in den ersten 24 Stunden durchgeführte Endoskopie des oberen Verdauungstrakts zeigt eine 4 cm große Hiatushernie ohne hämorrhagische Stigmata in Speiseröhre, Magen oder Duodenum.</p> <p>Abdominaler Ultraschall: Leber mit 16 cm rechtem Lappen, 8,4 cm linkem Lappen, im Segment VII ist ein 39 mm großer Knoten zu sehen, der das Aussehen eines metastatischen Tumors hat. Aufnahme der Gallenblase: Wandverdickung, großer Gallenstein.</p> <p>Computertomographie: hypodense Rundherde mit dem Metastasensuspunkt in den Segmenten VIII (18 mm) und VI (34 mm), Gallenblase stark aufgebläht, dickwändig, unregelmäßig, fokale Verdickung, Kontrastmittel aufnehmend. Gallenstein mit 2 cm Durchmesser.</p>
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	<p>Zustand der Patientin zum Zeitpunkt der Übernahme durch die häusliche Palliativpflege:</p> <p>Physischer: starke Schmerzen (VAS - visuelle Analogskala 9/10) im Abdomen, postprandiales Erbrechen etwa 15-20 Minuten nach dem Essen, deutlicher Gewichtsverlust in den letzten Monaten, Meläna, Schwierigkeiten, sich im Haus zu bewegen.</p> <p>Psychisch-emotionaler: ausgeprägte Angst, Panikattacken, melancholische Stimmung und ausgeprägte Traurigkeit bei dem Gedanken, dass sie niemanden hat, der sich um sie kümmert, und sie "allein sterben wird, wie ein ausgesetzter Hund". Sie ist unter keinen Umständen bereit, ihre Wohnung zu verlassen.</p>

	<p>Sozial: alleinstehend. Hat eine Schwester, die versucht, ihr zu helfen. Die Schwester hat eine Familie und ist derzeit damit beschäftigt, ihrer Tochter zu helfen, die vor kurzem ein Kind bekommen hat.</p> <p>Spirituell: Sie bedauert einige Entscheidungen, die sie in ihrem Leben getroffen hat, und die Tatsache, dass sie nicht "zur richtigen Zeit" eine Familie gegründet hat und nun allein und ohne Unterstützung ist.</p>
Aktuelle Pflege und Behandlung	Milde Analgetika - nach Bedarf, Antiemetika, Anxiar (Lorazepam).
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Autonomie – die Patientin möchte, dass ihr Wunsch zuhause gepflegt zu werden respektiert wird.</p> <p>Benefizium - häusliche Pflege wäre für die Patientin die vorteilhafteste Option, die ihren Wünschen entspricht.</p> <p>Nicht schädend - die Patientin ist nicht in der Lage, ihren eigenen Behandlungsplan und die Durchführung von Eingriffen selbst zu organisieren und zu kontrollieren - sie ist auf die Anwesenheit einer Pflegekraft angewiesen.</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Die Last der Pflege, die meist von Familienmitgliedern getragen wird, kann in diesem Fall nicht vom Pflegeteam übernommen werden.</p> <p>Kontaktaufnahme mit Partnereinrichtungen, um die Last der laufenden Pflege des Falls zu übernehmen.</p> <p>Treffen mit der Familie</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Autonomie - es ist schwierig, die Würde der Patientin zu wahren, wenn ihre oberste Priorität darin besteht, zu Hause gepflegt zu werden (mit allem, was dies mit sich bringt), und wir können dies nicht respektieren, da wir durch finanzielle Ressourcen und mangelnde Organisation des Gesundheitssystems, eingeschränkt sind.
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Frustration</p> <p>Unzufriedenheit im Job</p> <p>Inkongruenz zwischen dem, was getan werden sollte, und dem, was realistischerweise möglich ist, um dieser Patientin im Rahmen der häuslichen Palliativversorgung zu helfen.</p>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	Bereitstellung von finanziellen Mitteln für den Aufbau eines Netzes von häuslichen Pflegekräften Übertragung von Aufgaben und Zuständigkeiten vom ärztlichen Personal auf das Pflegepersonal, um die Pflege zu optimieren und in diesem Fall geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Der Fall von G

Allgemeine Information	
Demographische Daten der Patientin:	G. F., weiblich, 44 Jahre alt, verheiratet, hat einen 20 jährigen Sohn, Verhalten: raucht 6 – 8 Zigaretten täglich, trinkt 2 – 3 Tassen Kaffee täglich
Zugrunde liegende Erkrankung	Stadium III B Zervixkarzinom
Komorbiditäten	Menarche mit 14 Jahren, normaler Menstruationszyklus, 1 Schwangerschaft, 6 Fehlgeburten, operierte Eileiterschwangerschaft, Gastritis.
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	<p>Stadium III B Zervixkarzinom, bestätigt durch die klinische Untersuchung und die histopathologische Untersuchung, die ein großzelliges Plattenepithelcarzinom ergab.</p> <p>Vor der Operation unterzieht sich die Patientin einer Strahlentherapie.</p> <p>Vor der Operation wird die Patientin paraklinischen Untersuchungen unterzogen.</p> <p>Die Operation besteht aus einer radikalen abdominellen Hysterektomie mit beidseitiger Adnexektomie.</p>
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	<p>Die Patientin hat einen freien und intakten oberen Atemweg, einen normalen Brustkorb, vesikuläres Atemgeräusch beidseits, 18 Atemzüge/Minute. Die Schleimhäute der Atemwege sind feucht und weisen wenig Sekret auf. Die Herztöne sind gleichmäßig, rhythmisch, kräftig, 75 Schläge/Minute, der Blutdruck ist =130/80 mmHg. Die Haut ist warm, rosige Farbe.</p> <p>Normalerweise nimmt sie ihre Mahlzeiten regelmäßig ein. Sie hat rosafarbene Schleimhäute, keine Ulzerationen.</p> <p>Sie mag Gebäck, Kekse und Orangen und nimmt täglich etwa 1800-2000 ml Flüssigkeit zu sich, indem sie Kaffee, Suppen, Mineralwasser usw. trinkt.</p> <p>Die Patientin wiegt 70 kg und ist 1,62 m groß.</p> <p>Die Patientin zeigt schmerzloses spontanes urinieren mit einer Häufigkeit von 3-4 mal pro Tag, mit gelber Farbe und klar-transparentem Aussehen und einer Diurese von 1300-1400 ml pro 24 Stunden.</p> <p>Die Darmpassage ist normal.</p> <p>Die Patientin ist ein ruhiger Mensch, zeigt eine harmonische Bewegungskoordination, ist höflich und redet gerne viel.</p> <p>Nach der Operation ist sie adynam, fühlt sich schwächer, hat nicht die volle Körperkraft, bleibt mehr im Bett und liest. Sie weigert sich, allein aus dem Bett aufzustehen, weil sie Angst hat, zu stürzen.</p> <p>Die Patientin schläft gut, der Schlaf ist erholsam. Das Problem ist, dass sie nur schwer einschläft. Sie schläft 6-7 Stunden pro Tag. Das Problem ist, dass es ihr auch im Krankenhaus schwerer fällt, einzuschlafen und sie Anzeichen von Reizbarkeit zeigt.</p> <p>Die Patientin gibt an, dass sie gerne elegante Kleidung trägt, sie trägt Make-up. Sie kleidet sich der Umgebung entsprechend. Im Krankenhaus hat sie ihre eigene Kleidung.</p> <p>Sie ist eine saubere, gepflegte Person, duscht täglich und achtet sehr auf ihr Äußeres. Die Haut ist sauber, die Nägel sind sauber.</p> <p>Die Patientin hat einen warmen Teint und schwitzt kaum. Sie gibt an, dass sie die Sommerzeit mag. Ihre Normaltemperatur liegt zwischen 36,2 und 36,9.</p> <p>Sie passt sich an die Umgebung an, in der sie lebt und arbeitet, und weiß, wie sie mögliche Konflikte vermeiden kann. Passt sich leicht an neue Situationen an.</p>

	<p>Sie weiß wenig über ihren aktuellen Gesundheitszustand, über ihre Krankheit, ist besorgt und möchte wissen, was sie erwartet.</p> <p>Frau G. F. ist eine kontaktfreudige Person, sie spricht gerne über sich, ihre Familie, ihren Beruf. Sie spricht gerne über das Schwarze Meer, denn Constanta ist ihre Heimatstadt.</p> <p>Sie lässt sich nicht leicht zu Entscheidungen überreden.</p> <p>Sie gehört der Pfingstbewegung an, sie glaubt an Gott. Sie betet täglich für ihre Gesundheit und die ihrer Familie. Selbst wenn sie nicht geheilt wird, weiß sie, dass sie "zum Herrn geht". Sie betrachtet sich als Sünderin, die jetzt gerettet ist. Die 6 Fehlgeburten verfolgen sie wie ein Schatten. Sie glaubt, dass der Herr sie durch dieses Leiden mit Erlösung/Heiligung "belohnt" hat.</p> <p>Sie sei zufrieden mit dem, was sie bisher im Leben erreicht habe. Die Patientin interessiert sich für ihre Krankheit und wendet sich vertrauensvoll an das medizinische Personal, das für ihre Betreuung zuständig ist, um Informationen zu erhalten.</p>
Aktuelle Pflege und Behandlung	<p>Bedürfnisse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf 2. Bedürfnis, eine gute Position einzunehmen 3. Die Notwendigkeit zu trinken und sich zu ernähren 4. Das Bedürfnis, sauber und ordentlich zu sein, um die Haut und die Schleimhäute zu schützen. <p>Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unbehagen 2. Schmerz 3. Veränderung der Haut und Falten 4. Gastritis - Übelkeit, Erbrechen, örtlich begrenzte epigastrische Schmerzen 5. Weigerung, sich zu bewegen
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Benefizium/Non-Maleffizienz</p> <p>Verweigerung von Medikamenten zur Schmerzbekämpfung aus religiösen Gründen</p> <p>Schmerz versus Lebensqualität</p> <p>Die begrenzte Bereitschaft des multidisziplinären Teams, die eigenen Vorurteile zu verstehen, zu verarbeiten und zu überwinden, führte zu einer eingeschränkten Fähigkeit, Pflege zu leisten</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Die Betreuung durch das multidisziplinäre Palliativteam wurde einerseits durch die Entscheidungen der Patientin und andererseits durch die Frustrationen und die mangelnde Konformität der Teammitglieder, die mit solchen spirituellen und religiösen Konzepten des Leidens konfrontiert waren, eingeschränkt.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<p>Benefizium/Non-Maleffizienz</p> <p>Autonomie</p> <p>Respekt für Würde</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, ...)	<p>Frustration</p> <p>Hilflosigkeit</p> <p>Sorge</p> <p>Schuld</p>

Emotionen) und wie er gelöst wurde	Berufliche Unzufriedenheit
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	Angemessenes zusätzliches Training der Fachpersonen Selbstbewusste Kommunikation Moralische Debatte/Besprechung von Fällen

Der Fall von B

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	B.I., 53 Jahre, ledig, arbeitslos Er wurde von seiner Mutter ins Krankenhaus begleitet, in deren Haus er lebt
Zugrunde liegende Erkrankung	HIV Infektion, AIDS
Komorbiditäten	Diabetes Mellitus, Amputation der rechten unteren Extremität Leichter Herzinfarkt
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	Tendenz zur Isolation, Verweigerung der Körperpflege, Verweigerung der Kommunikation, psychomotorische Unruhe, Interessensverlust. Er konsumiert gerne alkoholische Getränke, obwohl der Arzt ihn auf die schädlichen Auswirkungen für seine Gesundheit hingewiesen hat. Er weigert sich, eine Diät zu machen, so dass er ein Gewicht von 104 kg bei einer Größe von 1,68 m erreicht. Sein Blutdruck aktuell: 146/85 mmHg Ungepflegte Kleidung, depressive Stimmung, eingeschränkte Kommunikation, depressive Gedanken, reduzierte Gestik. Der Patient schaut die Gesprächspartner*innen nicht an. Fähigkeit zum Selbstmanagement und zur Selbstfürsorge teilweise gestört. Hat einen leeren, nach unten gerichteten Blick. Der verbale Austausch ist schwierig, es gibt eine lange Verzögerung zwischen Frage und Antwort. Er hat eine traurige Stimmung, Schlaflosigkeit, eine negative Meinung von sich selbst und zeigt soziale Isolation. Der Zeitpunkt und der Kontext der HIV-Infektion sind unbekannt. Die Mutter macht den Mangel an kontinuierlicher Betreuung im Krankenhaus für die HIV-Infektion verantwortlich.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	Generalisierte neuropathische Schmerzen, VAS 10/10, Alopezie, nimmt Embryonalstellung ein. Die Mutter des Patienten ist gesetzlich dazu bestimmt, Entscheidungen für ihn zu treffen, da er eine nicht kommunikative, introvertierte Person ist, die keine rationalen Entscheidungen treffen kann und immer Angst hat, dass ihm etwas Schlimmes zustößt, mit dem er nicht fertig wird. Es fällt ihm schwer, sich an neue Orte anzupassen (Krankenhausaufenthalt), und er schafft es nur, mit wenigen Menschen zu kollaborieren und zu sprechen.
Aktuelle Pflege und Behandlung	Antiretrovirale Medikamente Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeitszufuhr
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Der Patient sagt, dass er Sterbehilfe bekommen möchte, wenn er seiner Mutter zur Last fällt. Er hat diesen Gedanken im Kopf und wiederholt ihn immer wieder, ohne auf die Ratschläge und Meinungen anderer Menschen oder Ärzte hören zu wollen. Es ist eine Idee, die er immer und immer wieder zwanghaft wiederholt. Er sagt, er sei keine Gefahr für sich selbst und möchte daher nicht, dass seine Mutter sich um ihn kümmert, was für beide Seiten über viele Jahre hinweg große Schmerzen und Leiden verursachen würde. Daher möchte er lieber sterben. Euthanasie kommt vom griechischen Wort "I", was "gut" bedeutet, und "thanatos", was "Tod" bedeutet, und bezeichnet die freiwillige Herbeiführung des

	Todes einer Person, die an einer unheilbaren Krankheit leidet, in der Absicht, Leiden zu vermeiden.
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	Dem Patienten wurde zugehört, er wurde verstanden und für das geschätzt, was er ist, jenseits der Grenzen, die durch eine medizinische Diagnose auferlegt werden. Es kommt nicht oft vor, dass Patient*innen dem Personal für diese Haltung danken, denn am schwersten ist es, Vorurteilen und öffentlicher Schmach zu begegnen.
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Betreuung und Behandlung von einem Patienten mit Stigmatisierung: HIV-Infektion/AIDS Euthanasie als einzig mögliche Alternative aus Sicht des Patienten
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Als Pflegeperson möchte ich:</p> <p>a) Suizidgefährdung vorbeugen</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine therapeutische Beziehung mit dem Patienten aufbauen, um seine Bedürfnisse zu erfüllen und die Suizidgefahr zu beobachten - eine warme und sichere Atmosphäre schaffen - gefährliche Gegenstände, Medikamente oder giftige Substanzen entfernen, die dem Patienten schaden könnten - den Patienten engmaschig überwachen - die ärztlich verordnete Behandlung durchführen - den Patienten in verschiedene Aktivitäten wie Lesen, Kreuzworträtsel, Stationsgespräche einbeziehen - dem Patienten helfen, seine Beschwerden zu lindern, indem man ihn emotional unterstützt - den Patienten ermutigen, sich zu öffnen, mit ruhiger Stimme zu sprechen, kurze, leicht verständliche Sätze zu verwenden - Verständnis, Herzlichkeit und Ehrlichkeit zeigen <p>b) dem Patienten helfen, richtig zu essen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit Hilfe der Mutter des Patienten stelle ich ihm seine Lieblingsspeisen zur Verfügung - Ich ermutige den Patienten, im Speisesaal zu essen. <p>c) Ich schaffe die Voraussetzungen dafür, dass der Patient ruhig schlafen kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich biete dem Patienten eine ruhige und sichere Umgebung - Ich Sorge für den Komfort eines gelüfteten Zimmers und sauberer Kleidung - Ich spreche mit dem Patienten und versuche, die Ursachen der Schlafstörung zu ermitteln. <p>d) Ich helfe ihm, die Notwendigkeit der Körperhygiene zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich Sorge dafür, dass der Patient ein Handtuch, Seife, Shampoo, Zahnpasta und saubere Kleidung hat. - Ich erinnere ihn daran, dass er seine Hygiene aufrechterhalten muss. - Ich beaufsichtige den Patienten und ermutige ihn, sich um seinen Körper und seine Kleidung zu kümmern. - Ich rate ihm, sich mindestens zweimal am Tag die Zähne zu putzen - Ich erinnere ihn daran, dass ein warmes Bad vor dem Schlafengehen wohltuend ist. <p>e) Ich spreche mit ihm und helfe ihm, seine soziale Isolation zu überwinden.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Ich nehme eine Haltung ein, die den Patienten ermutigt, seine Gefühle und Bedürfnisse zu äußern - Ich gebe dem Patienten die Möglichkeit, an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben, die ihm das Gefühl geben nützlich und wertvoll zu sein - Ich erkläre dem Patienten, dass er sich nicht mit vergangenen Misserfolgen aufhalten muss. - Ich lobe die vergangenen Leistungen des Patienten - Ich vermeide Kritik, wenn ich mit dem Patienten spreche. - In Absprache mit dem Patienten erstelle ich einen Zeitplan für Aktivitäten, die seinen Möglichkeiten entsprechen
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	<p>Angemessene zusätzliche Ausbildung von Palliative Care Professionals für den Umgang mit Situationen, in denen Euthanasie gewünscht wird.</p> <p>Angemessene Zusatzausbildung für Palliative Care Professionals, um allen Patient*innen eine qualitativ hochwertige, vorurteilsfreie und gerechte Pflege zu gewährleisten, unabhängig von ihren sexuellen Präferenzen oder ihrem medizinischen Zustand</p>