

BAIA – ein Arbeitsinstrument für ein familienzentriertes Anamnesegespräch auf Basis des Calgary Familien-Assessments und Interventionsmodells

Gesundheit und Erkrankung sind eine Familienangelegenheit. So zeigen Forschung und Praxis, dass sich Erkrankung und Familie wechselseitig beeinflussen. Besonders in der palliativen und terminalen Phase einer Erkrankung ist eine Familie ausserordentlich gefordert; alle möchten in irgendeiner Form Unterstützende sein und werden doch gleichzeitig auch zu Mitbetroffenen. Hier setzt die Familienzentrierte Pflege mit dem Calgary Familien-Assessment und Interventionsmodell von Wright und Leahey an. Auf der Basis eines systemischen Verständnisses zeigen sie auf, wie gemeinsam mit der betroffenen Familie mögliche passende Wege zur Bewältigung von Herausforderungen und zum Lindern des Leidens am Leiden gefunden werden können. Der Familienzentrierten Pflege liegt ein offener Familienbegriff zu Grunde, so werden alle diversen Familienformen hinzugezählt und neben verwandten Menschen können engvertraute Freunde ebenso dazu gehören. Wenn immer möglich bestimmt der Patient oder die Patientin selber, wer seine /ihre Engvertrauten sind. Die Zusammenarbeit mit Familien wird partnerschaftlich, auf gleicher Augenhöhe gestaltet. Familienzentriert geführte Gespräche sind hierfür ein wesentlicher Bestandteil.

Wright und Leahey (2014) beschreiben, wie Gespräche, ob kurz oder lang, spontan oder geplant, dann wirkungsvoll und zielführend werden, wenn alle vier Phasen Beziehungsaufbau, Assessment, Intervention und Abschluss berücksichtigt werden. Diese scheinbar selbstverständliche Tatsache wird im Alltag nicht immer beachtet. Pflegefachpersonen berichten von ihrem Eindruck, dass eine erhöhte Anzahl von spezifischen Assessments nicht unbedingt zu einer besseren Einschätzung der Patientensituation führt. Eine Analyse dieses Phänomens zeigt, dass der Zeitdruck im Praxisalltag zu einer Strategie vermeintlicher Zeitoptimierung führt: Um die Menge der Assessmentfragen zu bewältigen, werden diese wie Checklisten abgefragt und notwendige Beratungen und Anleitungen als Top-Down-Instruktionen verabreicht. Dies führt zu einer Fragmentierung des Pflegeprozesses, wobei das tatsächliche Anliegen des Patienten in den Hintergrund geraten kann. So besteht das Risiko, dass das Assessment nur um seiner selbst willen durchge-

führt und nicht als Grundlage verstanden wird, um in der Folge Interventionen passgenau anzubieten und durchzuführen. Sind die Interventionen jedoch nicht passgenau zu den Bedürfnissen des Patienten, generiert dies schlussendlich Mehrarbeit für die Fachperson, bis sie die wirksamen Interventionen gefunden hat. Für den Patienten, die Patientin und ihre Familien bedeutet dies Frustration und unnötiges Leiden. Die Phasen *Beziehungsaufbau* und *Abschluss* wegzurationalisieren, zahlt sich demnach nicht aus. Daher stellt sich die Frage, wie Fachpersonen ermutigt und geschult werden können, sich bereits beim ersten Assessmentgespräch Zeit für Beziehungsaufbau und Gesprächsabschluss zu nehmen.

Zur Veranschaulichung entwickelte die Autorin das Akronym und die Metapher BAIA: **B**eziehungsaufbau, **A**ssessment, **I**nterventionen und **A**bschluss. Interessanterweise bedeutet BAIA im Italienischen «die Bucht». BAIA als Metapher für Bucht veranschaulicht die Wirkung der vier Phasen eines Gesprächs treffend. Bildlich gesprochen bedeutet dies Folgendes: Im Sturm der Erkrankung wird mit dem vierphasigen Gespräch eine Bucht kreiert. Ein Moment der Ruhe für einen gemeinsamen Zwischenhalt. Kann das Boot geschützt vor Sturm ankern, ermöglicht dies den Aufbau einer Beziehung, man lernt sich kennen und tauscht sich aus. Was benötigt die Familie mit ihrem Boot für die weitere Reise mit dieser Erkrankung? So können die exakt benötigten Waren geladen werden, denn unnötiger Ballast erschwert

Ein Familiengespräch mit den 4 Phasen des Calgary Familien Assessment und Interventions Modell



BAIA – eine wirkungsvolle Zusammenarbeit (eigene Grafik Barbara Preusse)

Ein Gespräch ohne Beziehungsaufbau und Abschluss



(eigene Grafik Barbara Preusse)

die Seefahrt. Zudem kann das Boot verstärkt werden und seine Mannschaft kann sich für den Sturm der Erkrankung fit machen. Ausgerüstet mit einem Plan für die Weiterfahrt kann die Familie mit ihrem Boot wieder in See stechen und weiss, wo die nächste Bucht angesteuert werden kann.

Ohne die Phasen *Beziehungsaufbau* und *Abschluss* fehlt die Ruhe der Bucht, die Gespräche finden auf stürmischer See statt, das heisst viele relevante Aspekte gehen im Sturm unter. Zudem sind solche Gespräche um einiges anspruchsvoller, wenn sie hilfreich sein sollen. Die Metapher der Gesprächsbucht entspricht der von Lorraine Wright verwendeten englischen Formulierung: «Create space for family interview!»

Beziehungsaufbau

Eine gute Vorbereitung trägt wesentlich zum Gelingen des Beziehungsaufbaus bei. Idealerweise werden zum Gespräch mehr als eine Person eingeladen, z.B.: Patient und An- oder Zugehörige. Die Fachperson begrüsst alle Anwesenden, stellt sich vor und benennt als Zweck des Gespräches ein Kennenlernen mit gegenseitigem Fragenstellen und -beantworten. Mit wohlwollender Neugier und allparteilich geht die Fachperson auf den Patienten und seine Familie zu. Der Vertrauensaufbau ist essenziell für eine gelingende Zusammenarbeit.

Assessment

Das zentrale Ziel der Assessmentphase ist, aus Sicht der Familie nachzuvollziehen, wie die Familie sich selbst sieht und versteht, das heisst, wie sie denkt, fühlt und handelt. Es geht also nicht darum, sich möglicherweise bereits bestehende Einschätzungen zu Patient und Familie bestätigen zu lassen.

Zunächst werden aktuelle Anliegen, Sorgen, Fragen oder Probleme von Patient und Angehörigen erfragt. Sie können

gleiche, ähnliche Anliegen haben, sie können aber auch verschieden sein. Die sichtbar gemachten Anliegen ermöglichen Fachperson und Familie, gemeinsam zielgerichtet durch das Gespräch zu navigieren.

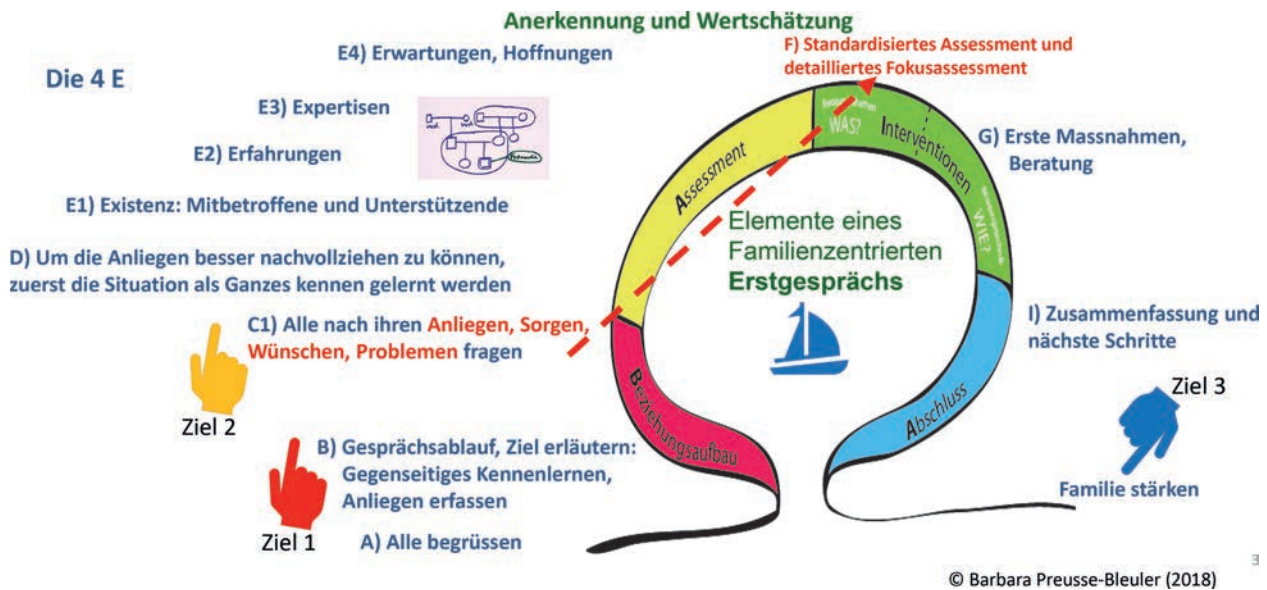
Üblicherweise würden nun die standardisierten Fragen eines Assessments gestellt oder bezogen auf die genannten Anliegen ein detailliertes Fokus-Assessment oder eine Problemanalyse folgen. Genau hier schlägt die familienzentrierte systemische Gesprächsführung einen anderen Weg ein. Um nachvollziehen zu können, wie die Familie sich selber sieht

und versteht, wie sie denkt, fühlt und handelt, lässt die Fachperson die Familie selber von ihrer Situation erzählen. Die Fachperson kann dies zum Beispiel folgendermassen anmoderieren: «Ich komme gleich auf weitere Details Ihrer Anliegen, Fragen zurück. Damit ich diese jedoch besser nachvollziehen und Sie besser unterstützen kann, ist es hilfreich, wenn Sie mir zunächst noch etwas mehr von Ihrer Situation erzählen.» Nun kann erfragt werden, wer alles in welcher Art und Weise mitbetroffen ist; wer wen wie unterstützt; welche Hilfe es aus dem erweiterten Umfeld gibt; welche professionellen Dienste bereits involviert sind. Diese relevanten Informationen werden im Gespräch simultan visuell sichtbar gemacht und festgehalten in Form eines Geno- / Öko- und Beziehungsdiagramms (siehe Abbildung S. 25).

Die Erfahrung zeigt, dass gemeinsames Visualisieren alle Beteiligten anregt, relevante Details zu erzählen, weiter zu denken und eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen. Bereits durch diesen narrativen Assessmentteil kann die Familie wieder bei ihren eigenen Bewältigungsstrategien anknüpfen, die im Sturm der Krise oft nicht mehr greifbar waren. Nach Duhamel (2006) werden hier die sogenannten **4 E** erhoben:

- Existenz (Wer ist mitbetroffen und unterstützt?)
- Erfahrungen mit Gesundheit und Erkrankung
- Expertisen mit Gesundheit und Erkrankung
- Erwartungen und Hoffnungen (espoir; franz.).

Die erzählten Geschichten bilden die wichtige Basis, damit die Fachperson der Familie wie auch jedem Einzelnen konkrete Anerkennung und Wertschätzung aussprechen kann. Dies ist ein Schlüsselmoment im Gespräch: Echte Wertschätzung und Anerkennung schafft Vertrauen und Beziehung und vor allem ermutigt es Familien, die Herausforderungen anzugehen. Es gibt Menschen in der Krise Mut für die nächsten Schritte. Diese Wirkung ist



Elemente eines familienzentrierten Erstgesprächs (eigene Grafik Barbara Preusse)

mehrfach durch Forschung bestätigt worden (Duhamel, 2006; Kaakinen, 2014; Kolbrun Svavarsdottir und Jonsdottir, 2011; Wright und Leahey, 2014). Erst nach dem narrativen Familien-Assessmentteil folgt nun die detaillierte Problemanalyse, je nachdem ist ein Fokus-Assessment angezeigt und es werden standardisierte Assessments z.B. zum Symptom- und Alltagsmanagement erhoben. Interessanterweise berichten nach solch einem familienzentrierten Einstieg die Familien auch im standardisierten Assessment mehr relevante Details und die Fachperson erhält so schneller eine tragende Basis für einen passenden Massnahmenplan. Das zahlt sich aus: Eine präzise erstellte Pflegeplanung muss weniger oft überarbeitet werden. Sobald Fachpersonen ihre Kompetenz in familienzentrierter systemischer Gesprächsführung entwickelt haben, pendelt sich die zusätzliche Gesprächsdauer bei durchschnittlich 10 bis 15 Minuten ein.

Interventionen

Grundsätzlich werden zwei Ebenen unterschieden: Beratungsthema und Beratungstechnik. Aus dem Assessment lässt sich klar ableiten, welches die relevanten Beratungsthemen hinsichtlich Alltags- und Symptommanagement sind (z.B. Medikamentenmanagement, Schmerzmanagement, Fatigue, Angst, Ernährung, Entlastungsmöglichkeiten, Schuldgefühlen usw). Gemeinsam mit der Familie werden die Themen nach Priorität gelistet, die Aspekte geordnet und eine mögliche interprofessionelle Unterstützung erhoben. Dabei ist die Beratungstechnik stets familienzentriert ausgerichtet. Das Calgary Familien-Interventionsmodell beschreibt diese Gesprächsinterventionen umfassend. Die Outcomes verbessern sich durch: Gespräche mit mehr als nur einer Person, Wertschätzung und Anerkennung, narra-

tive Gesprächsführung, Validation der Emotionen und systemische Gesprächstechnik (Wright und Leahey, 2014). Dies trägt dazu bei, dass sich die Familie in ihrer Handlungsfähigkeit und im Gefühl der Selbstwirksamkeit unterstützt fühlt und somit gestärkt ist für den Alltag mit der Erkrankung. Mit systemischen Kommunikationsinterventionen gelingt ein ressourcen- und lösungsorientiertes Vorgehen. Werden Beratungsinhalte und Beratungstechnik fortwährend in diesem Sinn kombiniert, führt dies zu einem Empowerment für Patient und Familie.

Abschluss

Mit einer bewusst moderierten Phase des Abschlusses gewinnt das Gespräch wesentlich an Qualität zur Sicherung der Ergebnisse. Dies gelingt, wenn die folgenden Schritte beachtet werden:

- Vorausschauend Gesprächszeit für diese Phase reservieren
- Besprochene Inhalte zusammenfassen
- Wertschätzung und Anerkennung aussprechen
- Festhalten, welche Fragen noch offen sind und weiterbearbeitet werden sollen
- Nachfragen, ob und wie sich Patient und Familie verstanden fühlen und ggf. Missverständnisse gleich klären
- Orientierung bezüglich der nächsten Schritte geben.

Werden diese Aspekte zum Abschluss eines Gesprächs beachtet, knüpft man in weiteren Gesprächen leichter an. Auch eine präzise Dokumentation des Gesprächs in der Patientenakte und ggf. eine Überweisung an andere Fachpersonen erleichtern die Folgegespräche.

Verknüpfung des BAIA Konzeptes mit Instrumenten der Palliative Care

Im SENS Modell nach Eychmüller (2012) haben das Netzwerk und der Support ebenfalls einen entscheidenden Stellenwert. Die Visualisierung mittels eines Geno-/Ökogramms könnte auch das SENS Modell unterstützen. Assessmentinstrumente, wie das ESAS oder Distressthermometer können ebenfalls mit dem BAIA-Konzept verknüpft werden.

Anwendung und Erfahrungen aus der Praxis

Ein Training der Kommunikationsfähigkeiten, um sicherzustellen, dass das Geno-/Öko- und Beziehungsdiagramm im Sinn des BAIA-Gedankens genutzt und nicht als neugieriges Abfrageinstrument verwendet wird, ist entscheidend. Im Kommunikationstraining wird erfahrbar, wie die eigenen Kompetenzen in Richtung systemischer Kommunikation entwickelt werden können. Ein praxisnahes Coaching sichert die Nachhaltigkeit.

Die Erfahrung in Praxis und Lehre zeigt, dass Fachpersonen durch die familienzentrierte Herangehensweise exakter einschätzen können, wer welche Unterstützung braucht (oder eben auch nicht braucht) und dadurch ihre professionelle Handlungsfähigkeit verstärkt wird.

In gelungenen Translationsprojekten gibt es positive Feedbacks von Patienten und Familien: Familien fühlen sich ernst genommen und unterstützt im Umgang mit der Erkrankung; Familien schätzen es zu sehen, was die Fachpersonen von ihnen wissen und aufzeichnen; sie sind erleichtert, wenn sie ihre Geschichte nicht bei jeder Fachperson wieder von Neuem erzählen müssen; Leitungspersonen sind mit einer geringeren Anzahl an Reklamationen von Patienten und Familien konfrontiert. Eine Win-Win-Situation

für alle. *To think family* ist wirkungsvoll für den Patienten, die pflegenden Angehörigen und die Familie, wie auch für Fachpersonen und Teams. Das BAIA-Modell gibt einen Orientierungsrahmen für wirksame Gespräche mit Familien.

Barbara Preusse-Bleuler

Literatur

Duhamel, F. (2006). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal.

Kaakinen, J. R. (2014). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (5. Aufl.). Philadelphia.

Kolbrun Svavarsdottir, E., und Jonsdottir, H. (2011). *Family Nursing in Action*. Reykjavik.

Preusse-Bleuler, B. (2012). *Familienzentrierte Pflege. Handbuch zum Film*. Langnau i. E.

Preusse, B. (2018): Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell, das Calgary Familien Modell und seine Instrumente. *NOVA Cura* 5/18. Bern: Hogrefe.

Wright, L. M., und Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. Bern.



Barbara Preusse-Bleuler

Pflegefachfrau mit MNS der Universität Basel, Dozentin im BScN und in den Master-Studiengängen an der ZHAW in Winterthur, Praxisberaterin für Familienzentrierte Pflege

preu@zhaw.ch

Fallbeispiel zur Anwendung des BAIA-Konzeptes auf Basis des Calgary Familien-Assessments und Interventionsmodells

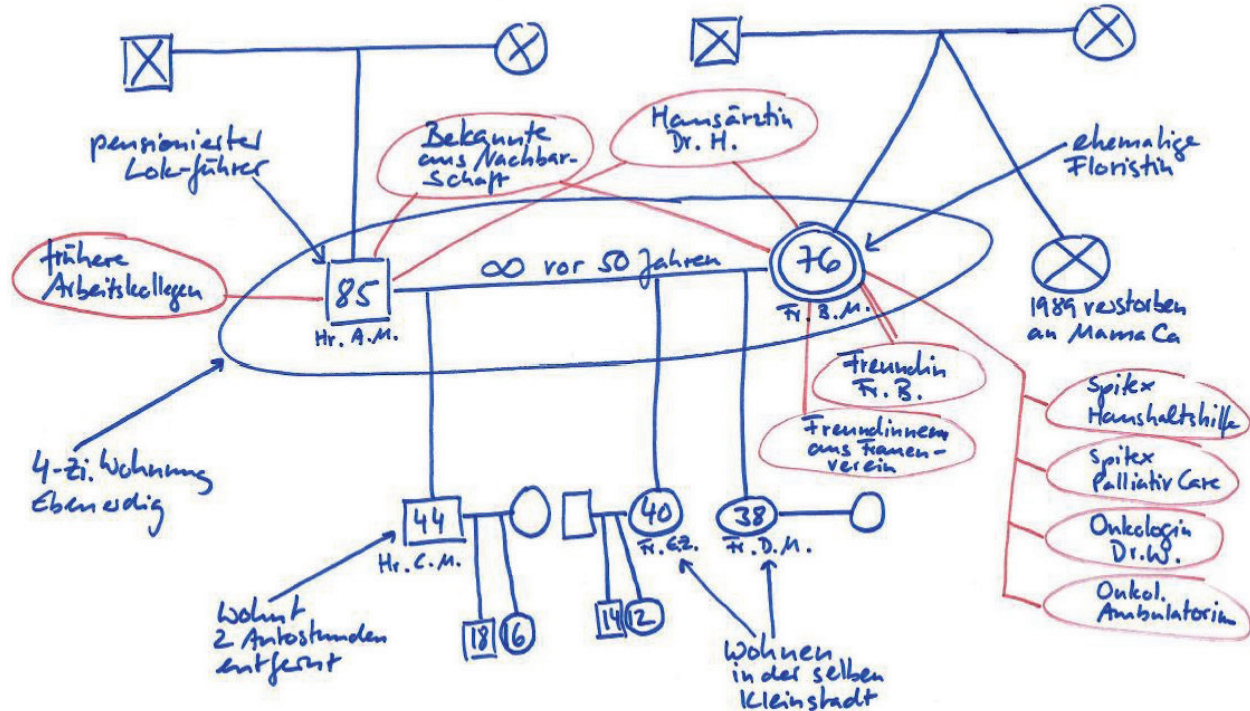
Frau M. ist 76 Jahre alt und seit sieben Jahren von einem Mammakarzinom betroffen. Durch eine erste Behandlungsphase mit Operation und Chemotherapie wurde die Erkrankung stabilisiert und sie konnte während vier Jahren ein beschwerdefreies Leben führen. Vor zwei Jahren zeigten Kontrolluntersuchungen Metastasierungen, welchen mit erneuten Chemotherapiezyklen begegnet wird. Eine Tumorkachexie ist heute bereits sichtbar, die sich trotz der Kochkunst ihres Ehemannes und seinen vielfältigen eiweissreichen Menüideen nicht stoppen lässt. Seit längerer Zeit ist sie zudem durch eine ausgeprägte Fatigue belastet. Sie bringt nur ganz knapp genügend Energie auf für ihre eigene Körperpflege, sie macht alles in vielen kleinen Etappen mit Erholungspausen dazwischen. Herr M. hat schon lange alle notwendigen Aufgaben im Alltagsleben des Ehepaares übernommen.

Bei der letzten ambulanten Chemotherapie ist es zu einschneidenden Komplikationen gekommen, was eine sofortige stationäre Aufnahme notwendig machte.

Die Komplikationen konnten abgewendet werden, aber Frau M. erholt sich kaum, nur mit äusserster Anstrengung kann sie für ein paar Minuten aufstehen. Für Herrn M. ist es ein Schock, seine Ehefrau in diesem Zustand im Spital zu sehen. Bei ihm selber machen sich nun auch Erschöpfungszeichen bemerkbar und seine rheumatischen Grunderkrankung verursacht zurzeit einen intensiven Schmerzschub mit ausgeprägter Morgensteifigkeit. Er selber versucht seinen eigenen Gesundheitsproblemen nicht grosse Beachtung zu schenken, die drei Kinder des Ehepaares hingegen sorgen sich zunehmend auch sehr um ihren Vater.

Das Behandlungsteam sieht sich mit diversen Herausforderungen konfrontiert, zwei werden hier näher beschrieben:

- Das Schmerzmanagement gestaltet sich schwierig, da die Patientin besonders am späten Abend starke Schmerzen meldet und die entsprechende Schmerzmedikamenten-



Das Geno-/Ökogramm wird gemeinsam im Gespräch mit Patient und Familie und daher handschriftlich erstellt, also nicht erst anschliessend im Büro ohne Beisein der Betroffenen. Das ist relevant, weil es darum geht sicher zu stellen, dass das Geno-/Ökogramm die Sicht der Familie widerspiegelt und nicht die Interpretation der Fachperson. In all den klinischen Praxissettings, wo wir dies bereits anwenden, werden die handschriftlichen Grafiken so eingescannt und in der elektronischen Patientenakte abgespeichert.

reserve für die Nacht verlangt. Die Schmerzen scheinen diffus, die Patientin kann diese nicht genau lokalisieren oder beschreiben, auch kann sie nicht berichten, inwiefern die Schmerzmittelreserve genützt hat. Zudem ergibt die klinische Untersuchung keine Hinweise auf mögliche Schmerzursachen. Das Behandlungsteam ist verunsichert durch diese nicht eindeutigen Beobachtungen, es möchte nicht eine klinisch relevante Entwicklung eines Problems verpassen.

- Dem Behandlungsteam ist der geschwächte Gesundheitszustand des Ehemannes nicht verborgen geblieben und sie raten Frau M. in ein Hospiz überzutreten. Herr M. reagiert verärgert auf diesen Vorschlag.

Das Behandlungsteam bespricht mögliche weitere Schritte. Als erstes übernimmt die Bezugspflegefachperson die Aufgabe, mit dem Ehepaar und wenn möglich mit den Kindern zusammen ein familienzentriertes Gespräch zu führen. Beide Töchter, die in derselben Stadt wohnen, sagen sofort zu. So findet am Patientenbett ein Gespräch mit Ehemann, den beiden Töchtern und der Patientin statt.

Die Pflegefachperson wendet für dieses Gespräch das BAIA-Konzept an. Jedes der Familienmitglieder äussert seine Sorgen und Anliegen:

- die Patientin möchte niemandem zur Last fallen,
- die beiden Töchter möchten mehr zu einem Übertritt in ein Hospiz erfahren,
- der Ehemann möchte sobald als möglich seine Ehefrau wieder nach Hause holen.

Um diese Anliegen miteinander besprechen zu können, bittet die Pflegefachperson die Familie zuerst zu erzählen, wie der Lebensalltag der Patientin und ihres Ehemannes in letzter Zeit zu Hause ausgesehen habe, denn das gebe eine gute Grundlage, um miteinander die möglichen nächsten Schritte zu besprechen. Die Pflegefachfrau möchte damit nachvollziehen können, wie die Familie und die einzelnen Familienmitglieder ihre Situation selber erleben und erklären. Gleichzeitig ermöglicht sie damit auch, dass die Familienmitglieder voneinander von ihren Erfahrungen, Expertisen und Erwartungen sowie Hoffnungen hören. Wohlwollend neugierig fragt sie nach, wie die Patientin und ihr Ehemann es gemeinsam geschafft haben, den Alltag zu Hause, der geprägt war von der starken Fatigue der Patientin, zu meistern. Vor allem der Ehemann erzählt, wie er die alltäglichen Aufgaben so organisiert hat, dass er möglichst viel Zeit hat, für seine Ehefrau da zu sein. Er ist froh und dankbar um jede Stunde, die sie gemeinsam geniessen können, sei es gemeinsam Musik zu hören oder ihr vorzulesen oder gemeinsam auf der Gartenterrasse den vorbeiziehenden Wolken zuzuschauen. Unterstützung erhalten sie von ihren treuen Nachbarn, die jedes Mal, wenn sie einkaufen gehen,

auch die Einkaufsliste des Ehepaars mitnehmen. Die Patientin meint, auch sie sei sehr froh um diese Unterstützung der Nachbarn, aber ihr Mann traue sich gar nicht mehr sie alleine zu lassen. Daher habe sie ihre Freundinnen gebeten, regelmässig zu Besuch zu kommen, damit ihr Mann trotzdem unter die Leute komme und vor allem weiterhin mit seinen Jass-Kollegen etwas unternehmen könne. Ihre beste Freundin hilft ihr alle drei Tage beim Haarwaschen und Duschen. Die beiden Töchter äussern sich beeindruckt, wie ihre Eltern die letzte Zeit gemeistert haben. Von vielen Details hatten sie keine Kenntnis, denn die Eltern wollten sie nicht belasten.

Die Pflegefachfrau hat während der Erzählungen die Informationen auch grafisch mittels Geno-/Ökogramm festgehalten und kann auf der Basis dieser Grafik nachfragen, ob sie die Situation richtig erfasst habe und der Familie gleichzeitig Anerkennung für die erlebten Herausforderungen und Wertschätzung für die enorme Bewältigungsarbeit aussprechen. Die Töchter ergänzen und erzählen, dass ihr älterer Bruder sich auch um seine Eltern sorgt. Der Patientin ist es ein grosses Anliegen, dass ihr Ehemann nicht wegen ihr seine bewährten Bewältigungsstrategien bezüglich seines Rheumaschubes vergisst und bedauert, dass sie ihn jetzt nicht so wie früher unterstützen kann. Und dann erzählt sie, während sie das Geno-/Ökogramm betrachtet, dass es noch einen besonders lieben Menschen für sie gibt, ihre vor 30 Jahren verstorbene jüngere Schwester. Sie war an einem Pankreaskarzinom erkrankt und innerhalb von wenigen Monaten verstorben. Sie habe ihre Schwester eng begleitet in dieser schweren Zeit und trotz dieser infausten Diagnose noch ein paar schöne Dinge miteinander unternommen. Dennoch würden aber jetzt hauptsächlich die Erinnerungen an die fürchterlichen Schmerzen, die ihre Schwester habe durchstehen müssen, immer stärker, vor allem nachts lassen sie diese Erinnerungen nicht schlafen und verursachten tiefe Angst, selber einmal von solchen Schmerzen überrascht zu werden und nicht genügende Schmerzmittel zu erhalten.

Dies hören alle Anwesenden zum ersten Mal. Die Pflegefachperson zeigt Anteilnehmendes Verständnis, anerkennt und validiert diese tiefen Ängste. Auf Nachfragen bejaht die Patientin, dass dies der Grund sei, warum sie diese Schmerzreservemedikamente in jeder Nacht brauche. Die Pflegefachperson bestätigt der Patientin, dass es sehr wichtig und hilfreich sei, dass sie dies nun erzählt habe, so können sie nun im Behandlungsteam besprechen, wie sie gezielter und wirkungsvoller bezüglich ihrer Angst vor unberechenbaren Schmerzen unterstützt werden kann.

Auf Wunsch der Töchter erläutert die Pflegefachperson das Angebot und die Möglichkeiten eines Hospizes. Für den Ehemann ist es äusserst schwierig, diesen Informationen zuzuhören, er kann kaum seine Tränen unterdrücken und sagt

immer wieder, er möchte unbedingt nochmal seine Frau nach Hause nehmen, um möglichst viel Zeit mit ihr verbringen zu können. Da aus den Erzählungen auch hervorging, dass sie bis jetzt noch nie die Spitex in Anspruch genommen hatten, erläutert die Pflegefachperson auch das Angebot der Spitex mit Palliative Care und Haushaltshilfe. Auch die Töchter sind sichtlich berührt vom innigen Wunsch ihres Vaters, die Mutter unbedingt wieder zu Hause zu haben. Die Patientin selber meint immer wieder, zu Hause sei sie schon am liebsten, aber sie möchte niemandem zur Last fallen und vor allem in der Nacht möchte sie nicht ihren Mann um Hilfe bitten müssen, da er dringend einen erholsamen Schlaf brauche und in der Nacht ja auch nicht so sicher auf seinen Beinen sei. Zum Abschluss des Gesprächs bitten die Töchter um eine Kopie des Geno-/Ökogramms, damit sie zusammen mit ihrem Bruder die Situation und mögliche Lösungen besprechen können.

Bereits am nächsten Tag kommen die beiden Töchter und diesmal auch der Sohn die Patientin wieder im Spital besuchen und unterbreiten ihrer Mutter und ihrem Vater einen ausgearbeiteten Betreuungsplan. Die drei Geschwister wollen sich die nächtliche Betreuung der Mutter untereinander aufteilen, das heisst dass sie in der Wohnung der Eltern übernachten werden und bei Bedarf aufstehen, um ihrer Mutter zu helfen: Die jüngste Tochter übernimmt vier Nächte, die mittlere drei Nächte pro Woche und der Sohn will zwei Wochenenden pro Monat für seine Eltern da sein. Dazu möchten sie die Palliativ-Spitex für je einen Einsatz morgens und abends engagieren und auch eine Unterstützung für den Haushalt. Ihren Vater bitten sie, dass er dringend seinen Rheumatologen aufsucht und wieder seine spezifischen Therapien durchführt. Die drei Geschwister möchten bezüglich der notwendigen pflegerischen Unterstützung für ihre Mutter noch gezielte Informationen erhalten, besonders die Schmerzmedikation möchten sie verster-

hen. Zwei Tage später ist alles wie geplant organisiert und der Ehemann freut sich sehr, dass er seine Ehefrau wieder bei sich zu Hause hat.

Dank dieses familienzentrierten Gesprächs mit einem offenen Ohr für die Erfahrungen, Expertisen und Hoffnungen der Familie war es offensichtlich gelungen, den Beziehungs- und Vertrauensaufbau so zu vertiefen, dass die Patientin wie auch ihr Ehemann den Mut aufbrachten, auch über schwer belastende Dinge zu sprechen. Dies waren wiederum wichtige Informationen für das Behandlungsteam und ermöglichte zum Beispiel eine passende und wirkungsvolle Behandlung der Schmerzen und der Ängste vor Schmerzen. Die Kinder erhielten eine konkrete Vorstellung des Alltags ihrer Eltern, sie erkannten, was ihr Vater bereits alles geleistet hatte, um seine Ehefrau zu Hause bestmöglich zu betreuen und sahen, dass sie bereits zusätzliche Hilfe aus ihrem privaten Umfeld angenommen hatten. So sind sie angeregt durch dieses familienzentrierte Gespräch zur Überzeugung gekommen, dass mit vereinten Kräften und der zusätzlichen Unterstützung durch die Spitex es wieder möglich ist, die Mutter zu Hause zu betreuen.

Die Erfahrung zeigt, dass im gemeinsamen Gespräch mit Patient und Angehörigen ein grosses Potenzial liegt. Das Erzählen und einander Zuhören, die Visualisierung durch ein Geno-/Ökogramm, das Erkennen der Stärken und Entbeh-rungen, das Aussprechen von treffender Anerkennung und Wertschätzung stärkt die Familie, macht Mut, die nächsten passenden Schritte auf einem schweren Weg zu finden und zu gehen. Solche Gespräche leisten einen Beitrag, um das Leiden am Leiden zu lindern.

Barbara Preusse-Bleuler