

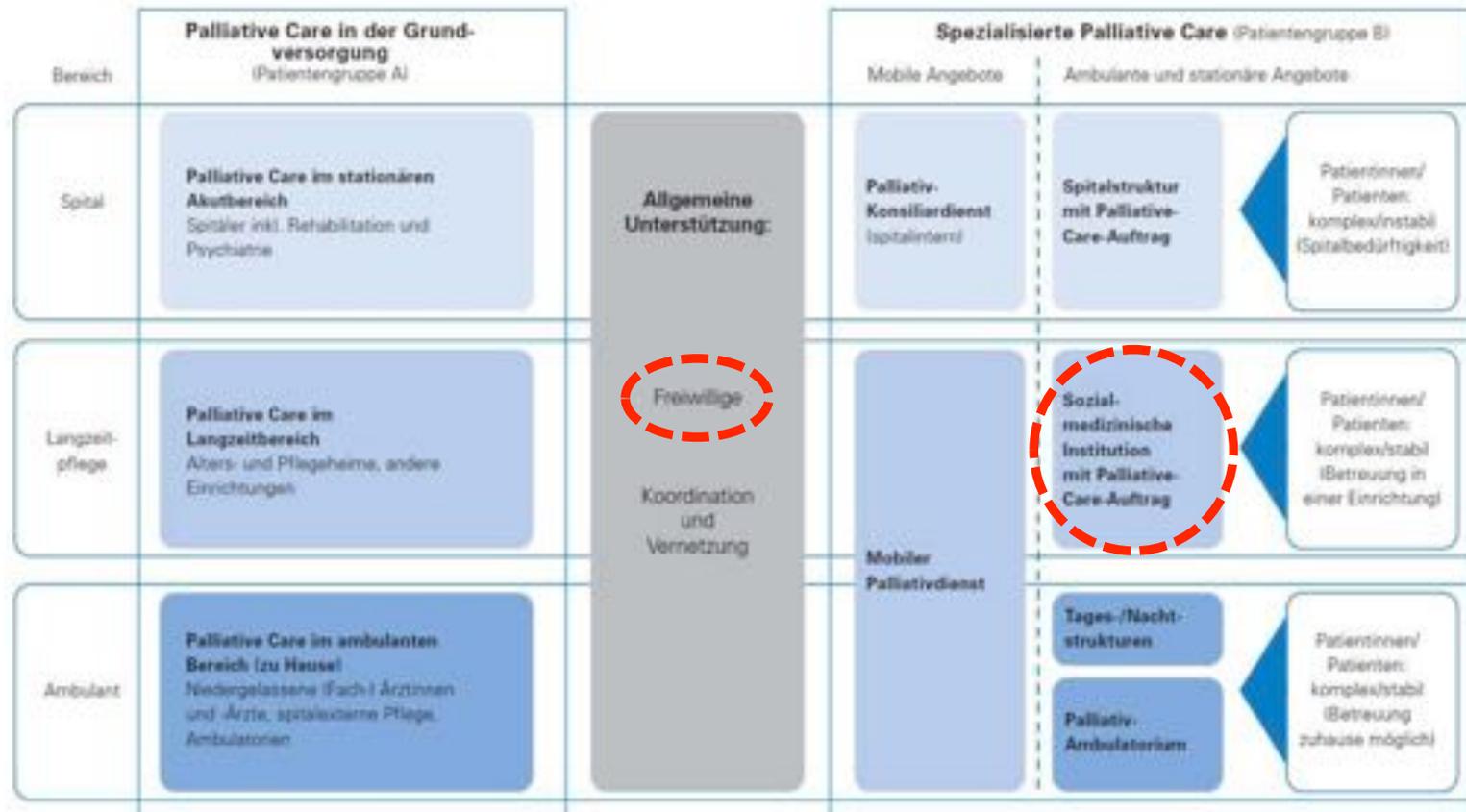


Freiwilligenhilfe in der Palliative Care und Hospizentwicklung in der Schweiz

Prof. Dr. André Fringer, MScN

Freiwilligenarbeit: Bestandteil der nationalen Strategie

- Nationale Strategie Palliative Care 2010 bis 2015
 - Versorgung
 - Finanzierung
 - Sensibilisierung
 - Bildung
 - Forschung
 - **Freiwilligenarbeit**
- Seit 2015 „Nationale Plattform Palliative Care“



Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz
 BAG, palliative.ch und GDK (2012)

Formelle Freiwilligenarbeit

- Eine von tragenden Säulen in der Palliative Care
- Definition: „Als formelle, institutionalisierte oder organisierte Freiwilligen-arbeit werden **unbezahlte, ehrenamtliche** und **freiwillige Tätigkeiten** in **Vereinen** und **Organisationen** definiert. Formelle Freiwilligenarbeit findet somit ausserhalb der Kernfamilie statt. Sie bietet Patientinnen und Patienten sowie ihren Bezugs-personen eine **Begleitung** während der Krankheitszeit, der letzten Lebensphase und darüber hinaus. Formelle Freiwilligenarbeit trägt dazu bei, dass kranke Menschen am **Ort ihrer Wahl** betreut werden und **entlastet** die Bezugspersonen. Sie **fördert** den **Zusammenhalt der Generationen** und ist ein Beispiel für **gelebte Solidarität** in der Gesellschaft“ (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2014).

Einbettung von Freiwilligen in die Palliative Care Schweiz

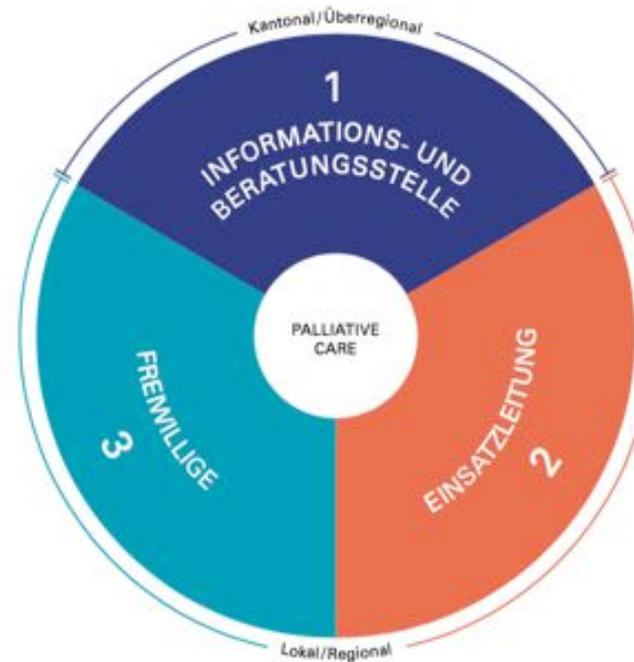


Abb. 1: Idealtypischer Rahmen der Freiwilligenarbeit in der Palliative Care

Home > Fachwelt & Freiwillige > **Anlaufstellen/Netzwerk**

Anlaufstellen/Netzwerk

Sie suchen Unterstützung aus dem Bereich der Palliative Care? Mit Hilfe unserer Suchfunktionen finden Sie Ihre persönliche Anlaufstelle aus der Region – schnell und unkompliziert.

	Hauptaufgaben	Zielgruppe	Angliederung
1	Information, Beratung, Vernetzung und Vermittlung	Behörden, Organisationen, Fachpersonen, Betroffene, Interessierte	Bestehende Strukturen, z.B. Verwaltung, Verein, Organisation, Institution
2	Begleitung der Freiwilligen, Koordination der Einsätze	Freiwillige	Verein, Organisation, Institution
3	Entlastung und Unterstützung	Betroffene und ihre Bezugspersonen, Fachpersonen	Einsatzleitung

Befragung Koordination Freiwilligenhilfe in der Ostschweiz

Hintergrund

- Umsetzung der Freiwilligenhilfe auf kantonalen Ebenen in der Ostschweiz
- Standardisierte Onlinebefragung im Auftrag des Gesundheitsdepartements St. Gallen
- Befragt wurden 39 Freiwilligendienste (Koordination)
 - Koordinieren zusammen 1860 Ehrenamtliche
 - 52% der Freiwilligen engagieren sich bereits über sechs Jahre
 - 25% der Freiwilligen werden gezielt am Lebensende oder in der Palliative Care eingesetzt

Einsatzorte der Freiwilligen

- 87.5% im häuslichen Setting
- 84.2% in Zusammenarbeit mit der Spitex
- 72.25 in Spitälern
- 70% in Pflegeheimen
- 38.5% auf Palliativstationen
- 36.4% in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einsatzzeiten am Lebensende

- 67% der Freiwilligen sind für den Einsatz im Bereich Palliative Care spezifisch vorbereitet
 - Minimum 16 Stunden; Maximum 280 Stunden
 - 61% der Freiwilligen können ein Zertifikat vorweisen
- Durchschnittlich 3 Monate
- Durchschnittlich 20 Stunden pro Woche
- In 12% der Fälle mehrere Tage am Stück

Auslastung der Freiwilligendienste in der Palliative Care

- Sehr gut = 0%
 - Gut = 42%
 - Befriedigend = 32%
 - Ausreichend = 21%
 - Schlecht = 5%
-
- **Die Auslastung wird zu 58% als befriedigend bis schlecht beurteilt**

Tätigkeitsanalyse von Freiwilligen des Hospizdienstes St. Gallen

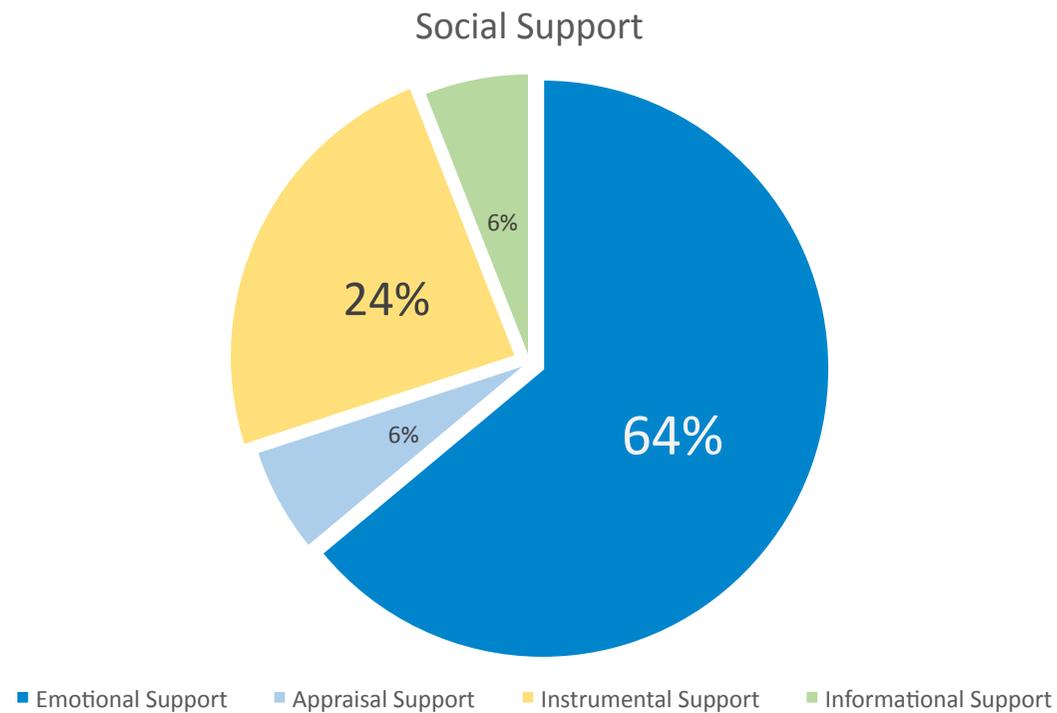
Hintergrund

- Hospizdienst St. Gallen
- Ausschliesslicher Freiwilligendienst
- Professionelle Koordination
- Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen während ihrer letzten Lebensphase

- Analyse aller Einsatzrückmeldungen aus 2016: Dokumentationsanalyse (erste Ergebnisse)
 - Theoretischer Rahmen: Social Support
 - 1414 dokumentierte Tätigkeiten aus ca. 1000 Dokumentationen

- Interviews mit ca. 30 Freiwilligen

Freiwillige in der Palliative Care: emotionales Ehrenamt



Informational Support (6%)

- Freiwillige als Vermittelnde zwischen allen Akteuren
- Informanden gegenüber dem Hospizdienst (Verein)
- Informationsaustausch mit Patienten/Angehörigen über den Hospizdienst

Instrumental Support (24%)

- Angehörigen eine Verschnaufpause ermöglichen (Entlastung)
- Gesellschaft und Beschäftigung
- Unterstützung im Haushalt und „Handreichungen“
- Umgebung her- und einrichten – Gefahren verringern
- Unterstützung beim Essen und Trinken
- Unterstützung bei der Körperpflege und bei Ausscheidungen
- Unterstützung bei Mobilisation und Begleitung bei Transporten

Appraisal Support (6%)

- Bestätigung, Bestärkung sowie Überzeugung geben und teilen
 - Überzeugen und gut zureden
 - Handlungsoptionen bestätigen
 - Zurechtkommen, Hilfe annehmen, für sich selbst sorgen
 - Bestärken und beruhigen
- Beten und über Gott reden
- Gespräche über “schwierige Themen“ sowie Sterben und Tod
 - Übertritt ins Pflegeheim reflektieren
 - Gespräche mit Angehörigen über Sterben, Tod und „Loslassen“
 - Gespräche mit Patienten über Krankheit, Sterben und Tod

Emotional Support (64%)

- Gefühle, Stimmungen wahrnehmen und teilen (16%)
- Atmosphäre schaffen
- Den (selbstbestimmten) Patienten in den Mittelpunkt stellen
- „Da sein – nah sein – greifbar sein“ (28%)
- Beziehungen aufbauen
- Reden und zuhören (18%)

Kompetenzen: Einschätzung des Zustands und der Situation

- Charakterzüge des Betroffenen
- Allgemeinzustand und Befinden des Betroffenen
- Verhaltensweisen
- Kognition und Vigilanz
- Kommunikationsarten, -herausforderungen und -vermögen
- Körperliche Verfassung und Veränderungen einschätzen
 - Atmungsarten und Atmungsqualität
 - Nahrungsaufnahme und Ausscheidung
 - Mobilität versus Immobilität
 - Müdigkeit sowie Erschöpfung
 - Veränderung des Aussehens und des Körperbilds sowie Wunden
 - Bewegung und Gestik
- Veränderungen in der Umgebung und im Umfeld (physisch und sozial)

Studie über Assoziationen zum Begriff Hospiz Definitionsentwicklung zu Hospize in der Schweiz

Assoziationen mit dem Begriff Hospiz

„Die Menschen sind froh, wenn sie erfahren, dass es beim Hospiz nicht um Suizidhilfe geht“ (BW19102016, Z: 13: Hospizleitende)

Assoziationen der unterschiedlichen Akteure	Erfahrungen der Hospizleitenden
<p>Kategorie 1: Hospiz und Sterben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion auf Geschichte ^(2,3) • Aktive Sterbehilfe ⁽³⁾ • Stigma mit HIV ^(1,2) • Sterbehaus ⁽¹⁾ 	<p>Kategorie 1: Hospiz und Sterben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelndes Bewusstsein und Auseinandersetzung mit dem Begriff • Aktive Sterbehilfe • HIV ist nicht mehr präsent • Sterbehaus für die Gesellschaft

Anmerkung:

1 = Angehörige

2 = Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitsinstitutionen;

3 = Politik

Definitionssynthese: was Hospize in der Schweiz sind ...

Organisationsform	Zielgruppen	Leistungen	Personal	Finanzierung
eigenständige, sozialmedizinische Institutionen	Erwachsene ab 18 Jahren	ganzheitliche, individuelle, würdevolle, medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung	qualifizierte Fachpersonen aus verschiedenen Gesundheitsfachbereichen	öffentliche Hand
mit PC Auftrag	in letzter Lebensphase	bestmögliche LQ erreichen	diplomierte PP mehrheitlich in spezialisierter PC ausgebildet (B2)	Leistungsnutzende
stationäre Langzeitpflege	komplexe jedoch primär stabile Symptomatik	Linderung belastender Symptome	>50% der Ärztinnen und Ärzte in spezialisierter PC ausgebildet (B2)	OKP
autonom bzgl. Aufnahme, Behandlung & Entlassung	Angehörige		weitläufiges Netzwerk geschulter Freiwilliger	Spenden

Kapazitätskontinuum

- **gemäss nationalen Kriterien mindestens 8 Betten** (BAG, palliative.ch & GDK, 2012a)
 - einige Institutionen mit hospizlichem Charakter, die geringere Bettenanzahl aufweisen

⇒ darauf basierend lässt sich folgende Unterteilung durchführen:



Diskussion

Inwiefern sind Hospize notwendig die,

- **eine spezialisierte Versorgung anbieten**
 - primär Personen mit komplexer/instabiler Krankheitssituation
 - benötigen zusätzliche Ressourcen und Kompetenzen

- **keine spezialisierte Versorgung anbieten**
 - primär Personen mit stabiler Symptomatik ohne Möglichkeit verbleibende Zeit in gewohnter Umgebung zu verbringen
 - primär Idee Hospiz als zweites Zuhause mit wohnlicher Atmosphäre

Ausblick

▪ Zentrale Themenfelder

- Versorgung und Finanzierung
- Ausbildung
- Sensibilisierung
- Freiwilligenarbeit und Angehörigenunterstützung

▪ Zentrale Anliegen

- klares Verständnis der Aufgaben eines Hospizes in der Gesellschaft bzw. in Community
- gemeindenaher Palliative Care (GPC) im Sinn einer "Compassionate Community" fördern

Definitionsempfehlung für ein Hospiz

Hospize sind eigenständige, sozialmedizinische Institutionen mit einem spezialisierten Palliative-Care-Auftrag und somit der stationären Langzeitpflege zuzuordnen. Sie agieren autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen und Patienten und haben eine Mindestanzahl von acht Betten.

Hospize betreuen Erwachsene ab 18 Jahren mit einer komplexen jedoch primär stabilen physischen, psychosozialen und spirituellen Problematik am Lebensende und begleiten deren Angehörige.

Hospize leisten eine ganzheitliche, individuelle, würdevolle, medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung von Erwachsenen in ihrer letzten Lebensphase unter Einbezug nahestehender Bezugspersonen. Das Erreichen bestmöglicher Lebensqualität und das Lindern von belastenden Symptomen wird angestrebt. Zusätzlich möchten diese Institutionen ein "zweites Zuhause" bieten und das Lebensende in vertrauter, familiärer Atmosphäre ermöglichen.

Definitionsempfehlung für ein Hospiz

Hospize beschäftigen qualifizierte Personen aus verschiedenen Gesundheitsfachbereichen, die eine spezialisierte Palliative Care Versorgung sicherstellen. Diplomierte Pflegefachpersonen vor Ort sowie jederzeit erreichbare Medizinerinnen und Mediziner haben mehrheitlich eine Ausbildung in spezialisierte Palliative Care (mindestens Level B2) absolviert. Die Integration eines weitläufigen Netzwerkes adäquat geschulter Freiwilliger ist essentiell. Die Freiwilligen begleiten Betroffene und nahestehende Bezugspersonen im Krankheitsverlauf, in der Sterbephase und, falls erwünscht, über die Trauerphase hinaus. Zugleich tragen sie zur Entlastung der Fachpersonen bei.

Hospize werden finanziert durch die öffentliche Hand, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und durch die Leistungsnutzenden selbst. Zusätzlich sind sie auf Spenden angewiesen. Eine einheitliche, nachhaltige Finanzierung soll zukünftig angestrebt werden.



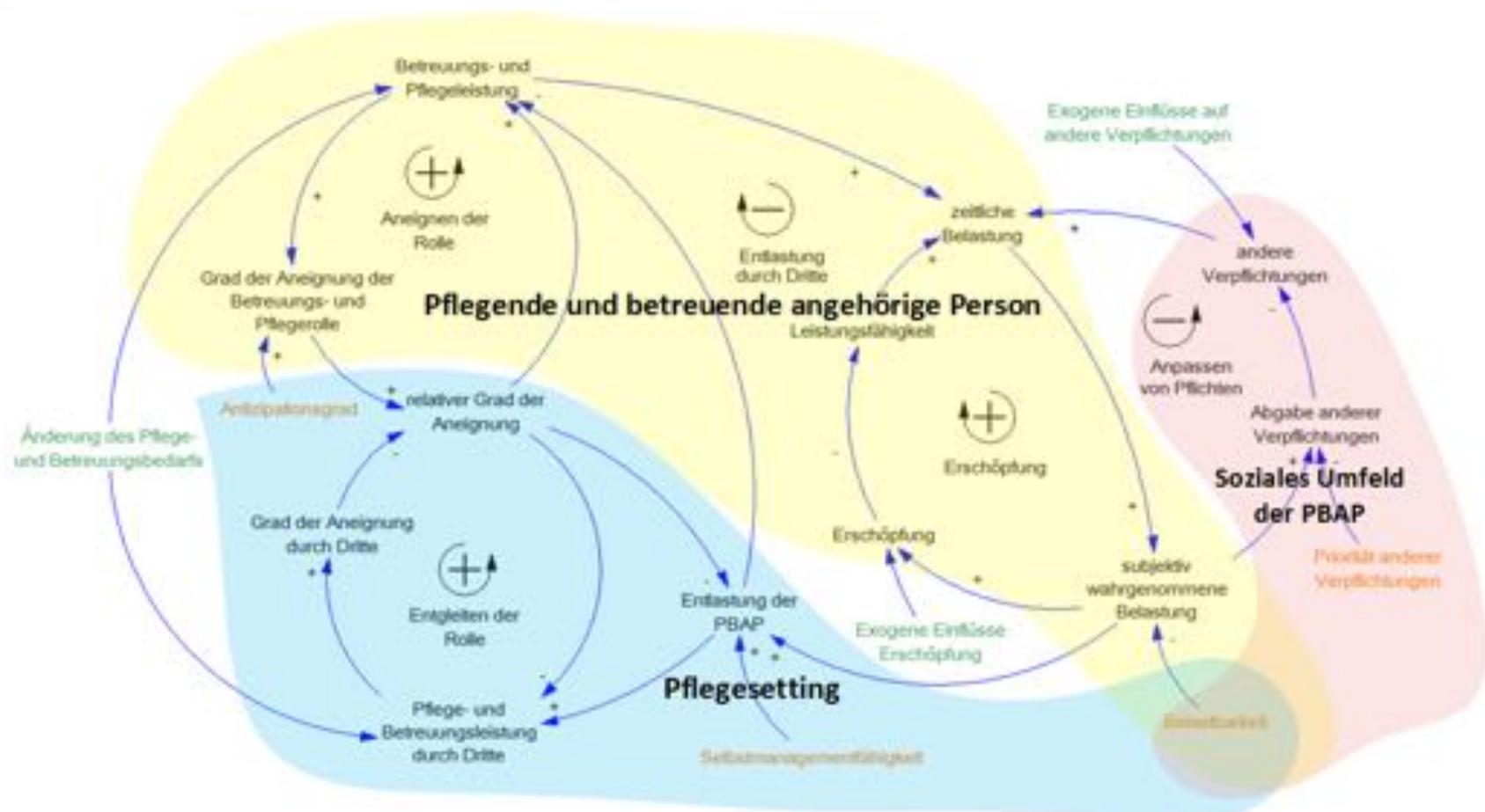


Ehrenamt und Demenz: ein qualitativer Vergleich

Prof. Dr. André Fringer, MScN

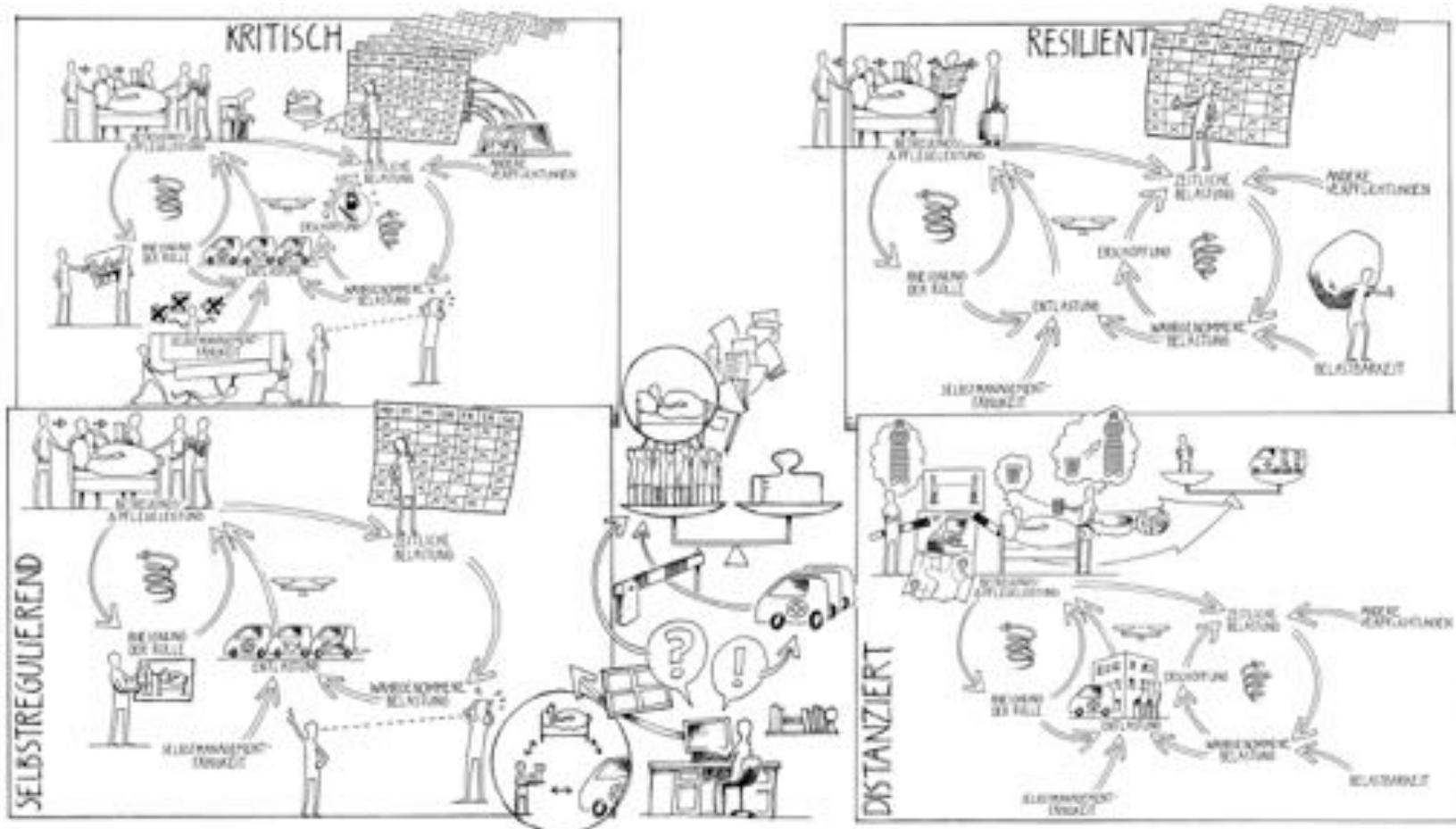
Gesellschaftlicher Wandel

- Demografische Entwicklung
 - Pflegebedürftigkeit, häusliche Pflege, Last und Lust pflegender Angehöriger
 - Zivilgesellschaft als Ressource
 - Freiwilligenhilfe im Bereich der Gesundheitsversorgung
 - Soziale (weibliche) Ehrenamt
-
- Exkurs: Pflegende Angehörige



Pflegende Angehörige und Einsamkeit

- Vereinsamung:
 - Allein sein
 - Einsamkeit
 - Sozial
 - Emotional
 - Existentiell
 - Isolation
- Verborgenes Sterben
- Readiness



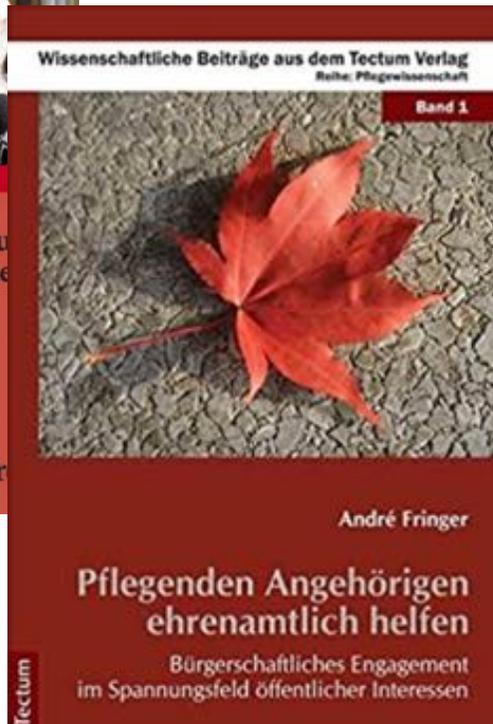


Falltypen pflegender Angehöriger

<http://www.fhsg.ch/angehoerige>



Was tut das Ehrenamt, was wird (mit ihm) getan?



KoAlFa – Koproduktion im
 Welfare Mix der Altenarbeit und
 Familienhilfe

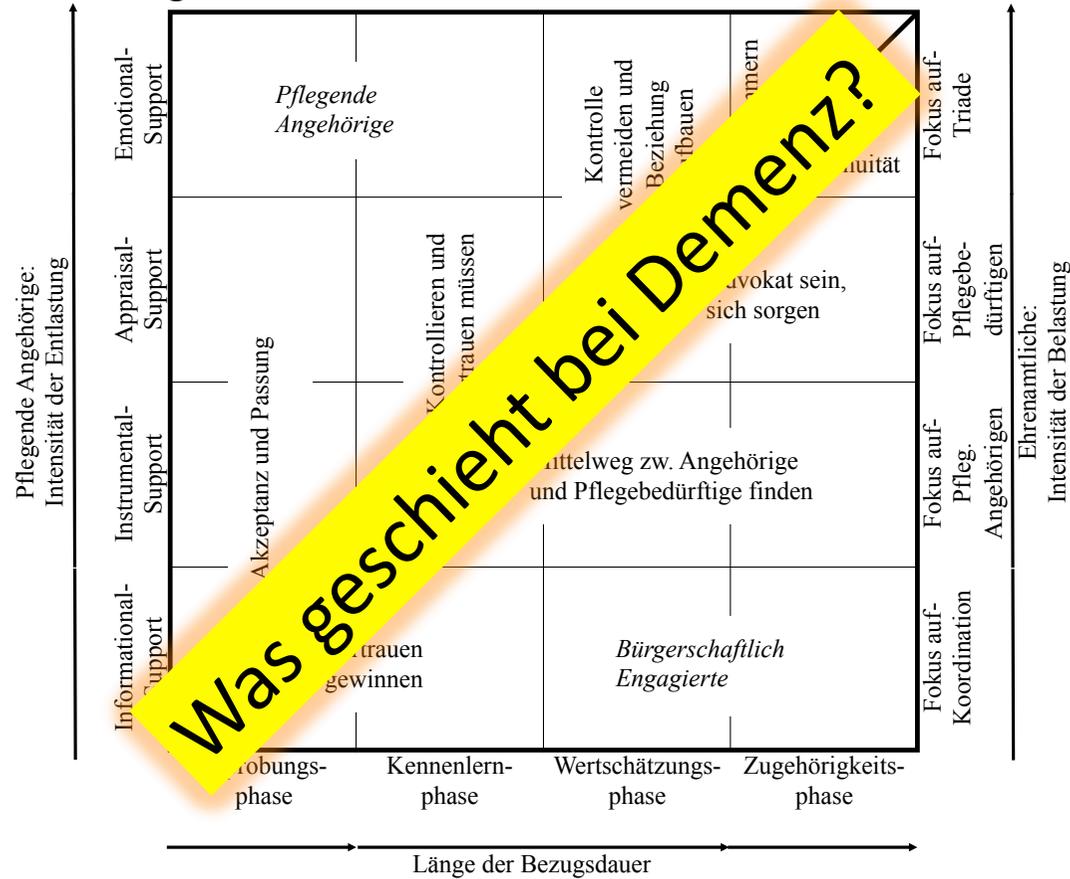
Aspekte für die Attraktivität des Ehrenamts

- Häusliche Pflege ist einerseits häufig durch eine (zu) späte Inanspruchnahme professioneller Hilfen gekennzeichnet (Fringer, 2010).
- Die Netzwerkstrukturen von Haushalten, in denen ältere Angehörige gepflegt werden, weisen häufig eine sehr geringe Integration in ausserhaushaltliche und ausserfamiliäre Netzwerke auf.
- Wenn andererseits professionelle Hilfen in Anspruch genommen werden, so weisen sie eine Reihe qualitativer Probleme auf – unter anderem auf der Ebene einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung, aufgrund von vielfältigem Personalwechsel und Beziehungsabbrüchen.

Phasen: Vom Einstieg bis zur Zugehörigkeit

- Einstieg– und Erprobungsphase
- Phase des Kennenlernens
- Wertschätzungsphase
- Zugehörigkeitsphase
- Beendigungsphase

Phasen der Entlastung versus Phasen der Mitleidenschaft



Erfolgs- und Erwartungsdruck

- Anders gelagerte Erlebnisse
- Einschätzung der Demenz zu Beginn kaum möglich
- Hoher Erwartungsdruck
- Ratlosigkeit in Betreuungssituationen
- Gefühl, „es nicht richtig gemacht zu haben“
- An persönliche Grenzen kommen
- Betreuungen über drei Stunden sind sehr belastend
- Tätigkeitsspektrum ist gleich
- Kommunikation und Interaktion unterscheiden sich deutlich
- Anknüpfungspunkte suchen
- Nicht befriedigter Erfolgs- und Erwartungsdruck

Interviewzitat

P4: Ich bin der Meinung, dass ich dem Patienten nicht allzuviel bringe, das einzige was er vielleicht mitbekommt, dass da ein anderer Mensch ist, vielleicht ein paar andere Worte hört oder also ich kann das wirklich nicht nachvollziehen ob ich ihm irgendwie was gebracht habe. [...] Für mich wesentlich ist, äh, dass die Frau wenn sie dann wieder kommt so nach 2 Stunden, dann nehme ich mir noch eine Stunde Zeit, dann ist sie froh, dass sie quatschen kann. Das sie mal eine Stunde einfach nur, der Mann sitzt dann da ruhig daneben, der ist erst beruhigt wenn seine Frau wieder da ist, dann braucht er nicht so rumzulaufen, und sie erzählt mir dann was sie bedrückt, was sie drauf hat, oder was sie an Schriftverkehr zu erledigen hatte. Und sie ist dann froh, dass sie eine Stunde noch Unterhaltung hat, andere Menschen zu hören (IG3-FH: 78).

Erprobungsphase

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit in der Versorgung • Schlechtes Gewissen gegenüber den Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräche und Erstbesuche mit der Koordination sowie Ehrenamtlichen • Betreuung und Koordination der Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beim pflegebedürftigen Angehörigen Akzeptanz für externe Hilfen herstellen • Passung zwischen Ehrenamt und Angehörigen prüfen • Vertrauen durch Intuition 	<ul style="list-style-type: none"> • „Informational Support“

Erprobungsphase bei MmD

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Enttäuschung aufgrund mangelnder Erfolgserlebnisse • Schlechtes Gewissen und Angst vor der unbekanntem Krankheit • Fehleinschätzungen des Verhaltens der demenziell erkrankten Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräche und Erstbesuche mit der Koordination und Ehrenamtlichen • Betreuung und Koordination durch Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusst die Betreuung bei an Demenz erkrankten suchen • Versuch, sich auf den Erkrankten einzulassen und die Situation einzuschätzen • Sich der Betreuungssituation stellen wollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Überwiegend „Instrumental Support“ zuordenbar • Wenig „Informational Support“ erkennbar

Interviewzitat

P19: Ja, also neulich hat er mir erzählt, dass er keine Schuhe mehr habe. Hab ich gedacht na ja gut, das ist Unsinn ... und dann kam seine Frau wieder und war tatsächlich, hat sie das bestätigt, dass er keine Schuhe mehr hatte, weil seine Füße inzwischen so unförmig geworden sind, dass ihm keine Schuhe mehr passen. Also es kommt noch ein bisschen was durch ... [...] ... Dann hat er ein neues Spiel: Er versteckt jetzt Sachen. Also er versteckt alles, was seine Frau wirklich auch wahnsinnig macht, weil er Portemonnaies versteckt und Papiere und Schlüsse und eh, dann ist sie nur ganz kurz in der Küche und dann kommt sie wieder und dann sind die Schlüssel weg. Der ist ja so flott (alle lachen) (IG3-FH: 64).

Kennenlernphase

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Positive Beziehungsentwicklung zwischen Ehrenamtlichen und Pflegebedürftigen • Entlastung stellt sich ein • Vorbehalte aufseiten des Pflegebedürftigen schwinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaum Kontakt zur Koordination • Zusätzliche Ehrenamtliche werden in die Betreuung eingebunden • Akzeptanz der Familie wird für die Einsätze eingeholt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollieren müssen • Vertrauen müssen 	<ul style="list-style-type: none"> • „Instrumental Support“

Kennenlernphase MmD

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Innere Anspannung in den Einsätzen • Wenige Erfolgserlebnisse • Nach und nach vertraut mit der Situation • Den Umgang mit demenziell Erkrankten instinktiv erlernen • Wiederholungen aushalten müssen • Stetige Veränderung aufgrund der Erkrankungen erleben • Kommunikation als große Herausforderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig Kontakt zur Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungssituationen aushalten müssen • Kommunikation bei Menschen mit Demenz als „Kunst“ erleben • Versuchen, das Beste zu geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptsächlich „Instrumental Support“ erkennbar

Interviewzitat

P18: ... und da war ich zwei Stunden dann da ... aber dann fängt sie auch schon mal an mit dem Essen zu spielen, sie nahm Kekse und Kuchen vom Teller und guckte nur und drehte und das hatte sie bisher noch nicht gemacht, ne, also, man merkt es kommen immer mehr Veränderungen aufeinander ... aber sie freut sich immer wenn sie mich schon sieht, sie lacht und nimmt mich in den Arm und also ... am Anfang hatte ich Schwierigkeiten, mir tat es weh, eine Frau so zu sehen, ne, und wenn ich dann nach Hause kam, also, ich war richtig irgendwie ... mmhhh ... niedergeschlagen, weil sie ist 71 Jahre alt und im Kopf ... es ist nichts mehr da, ne (IG2-FH: 67).

Wertschätzungsphase

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtliche und Pflegebedürftige freuen sich aufeinander • Ehrenamtlicher und Pflegebedürftiger haben eine intensive Beziehung entwickelt • Ehrenamtlicher kommt an seine Belastungsgrenzen • Das familiäre System wird gestärkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Außenstehende Angehörige interessieren sich 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige fragen beim Pflegebedürftigen, wie die Betreuung gelaufen ist • Sich um den Ehrenamtlichen kümmern und um dessen Wohlergehen besorgt sein • Angehörige bauen eine Beziehung auf • Versuchen, den Eindruck von Kontrolle zu vermeiden • Vertrauen haben 	<ul style="list-style-type: none"> • „Appraisal Support“

Wertschätzungsphase MmD

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Positive Überraschungen erleben • Gewinn an kleinen Erlebnissen und Veränderungen festmachen • Vermehrt emotionale Erlebnisse haben können 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig Kontakt zur Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielt Anknüpfungspunkte zur Kommunikation mit dem Erkrankten suchen • Alternative Kommunikationsformen einsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Überwiegend „Instrumental Support“ zuordenbar • Ansätze von „Appraisal Support“ erkennbar

Interviewzitat

P3: [...] dann kam ich rein und es gab keine Reaktion, nichts. Dann guckt Sie, ach du bist das nech, dann strahlt sie, aber 2 Minuten später dann war das eigentlich wie immer, es wird dann nicht wahr genommen, äh, dass man da ist, aber sie freut sich ... [...] ... aber es ist ja nicht so, dass da, ähm, so viel Gedächtnis da ist, das ist überhaupt gar nicht da, aber die spüren da ist jemand der kommt ständig und wenn ich dann gehe ... darum ... ich hab überhaupt kein schlechtes Gewissen, das war am Anfang, aber das schlechte Gewissen hab ich überhaupt gar nicht mehr, ich weiß in dem Moment wo ich da bin, geht es der Frau gut, da geht es mir auch gut. Und wenn ich gehe ist es auch in Ordnung, das sag ich mir immer wieder damit eben keine Angst oder Sorge aufkommt, sag ich „ich komm wieder“ und dann ist das ganz in Ordnung, also dann ist das so ganz unverkrampft. Und dann geh ich da eigentlich auch ganz gerne hin (IG3-FH: 91).

Zugehörigkeitsphase

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftiger und Ehrenamtlicher haben ein sehr vertrautes Verhältnis aufgebaut • Vertrauen der Angehörigen wird bestätigt • Angehörige haben die Sorge, den Ehrenamtlichen wieder zu verlieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Familie im Hintergrund kontrolliert und ist an der Entwicklung interessiert • Das soziale Umfeld ist über Ehrenamtlichen und Pflegebedürftigen erstaunt 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach negativen Erlebnissen in den Einsätzen kümmern sich die pflegenden Angehörigen um den Ehrenamtlichen 	<ul style="list-style-type: none"> • „Emotional Support“ • Pflegebedürftige sind nicht mehr einsam und vor Isolation geschützt • Ehrenamtliche stellen eine zuverlässige Hilfe und Unterstützung dar • Pflegende Angehörige haben einen zuverlässigen Kommunikationspartner

Zugehörigkeitsphase MmD

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
Info:	<ul style="list-style-type: none"> Anhand der Sekundäranalyse konnten keine Hinweise identifiziert werden, die eine Aussage über die Zugehörigkeit- und Beendigungsphase zulassen würden. Dies bedeutet nicht, dass es nicht Ansätze dafür geben kann. In weiteren empirischen Untersuchungen sollte dies entsprechend aufgegriffen werden. 		

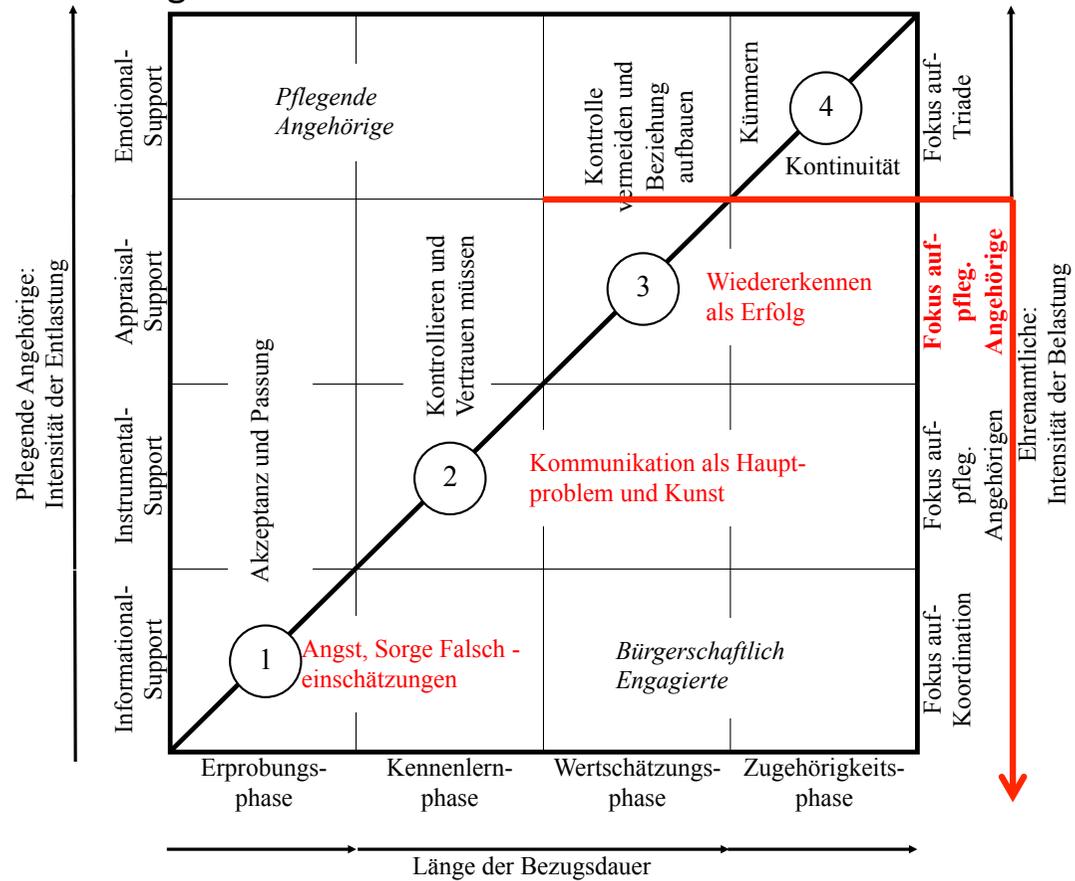
Beendigungsphase

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtlicher ist betroffen, dass Pflegebedürftiger ins Heim eingewiesen wird • Ehrenamtlicher ist schockiert über den Tod des Pflegebedürftigen • Einsatzzeit wird bilanziert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Koordination ist für den Ehrenamtlichen wieder von größerer Bedeutung 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ehrenamt muss beendet werden, z.B. da keine finanziellen Ressourcen mehr zur Verfügung stehen • Der Pflegebedürftige wird in ein Heim eingewiesen 	<ul style="list-style-type: none"> • „Mourning Support“ • Trauerarbeit

Beendigungsphase MmD

Erleben	Kontext	Strategie	Social Supportart
Info:	<ul style="list-style-type: none">Anhand der Sekundäranalyse konnten keine Hinweise identifiziert werden, die eine Aussage über die Zugehörigkeit- und Beendigungsphase zulassen würden. Dies bedeutet nicht, dass es nicht Ansätze dafür geben kann. In weiteren empirischen Untersuchungen sollte dies entsprechend aufgegriffen werden.		

Phasen der Entlastung versus Phasen der Mitleidenschaft



Qualitätsforderungen und Empfehlungen

- Stundenbegrenzung zur Vermeidung von Überforderungen
- Assessment von Erfolgsfaktoren (z. B. geringe Fluktuation von Ehrenamtlichen)
- Anerkennung und Verständnis, dass das Engagement ein „Störfaktor“ ist und sein soll
- Ehrenamt bei Demenz nicht nur als Entlastungshilfe betrachten
- Entwicklung einer geistigen Identität bzw. eines geistigen Menschenbildes bei Demenz
- Rollen und Grenzen in der Versorgung von Menschen mit Demenz formulieren
- Akquise, Matching, Einführung, Bildung und Begleitung von Ehrenamtlichen im Feld Demenz zielgerichteter steuern
- Zufälligkeit in der Betreuung von Demenz vermehrt durch geplantes Handeln ersetzen

Diskussion

- Bereichsspezifische Betrachtung ist notwendig
- Qualitätssicherungsaspekte sind für das Ehrenamt notwendig (Lebensqualität)
- Stundenbegrenzung zur Vermeidung von Überforderung
- Akquise, Begleitung, Einführung von Ehrenamtlichen im Feld Demenz regeln
- Ehemals pflegende Angehörige als Potenzial für das BE gewinnen
- Mehr Männer fürs Engagement bei Demenz
- Zielgruppengerechte Qualifizierung
- Rollen und Grenzen klären
- Engagement im Feld Demenz als eigenständiges Thema etablieren
- Erfolgsfaktoren definieren

Schlussfolgerung und Empfehlung

- Ehrenamt bedeutet Beziehungsaufbau,
 - Ehrenamt ist somit nicht kalkulierbar, ansonsten „verkommt es zum Vollzugsgehilfen“,
 - Entlastung der Angehörigen versus Belastung der Ehrenamtlichen,
 - Ehrenamt oder Freiwillige?
 - Ausgrenzung von Familie durch Kosten.
-
- Schlussfolgerung: Vier Aspekte für den erfolgreichen Einsatz von Ehrenamtlichen:
 - Integration,
 - Vernetzung,
 - Zugehörigkeit und
 - Kontinuität
 - Ehrenamt ist kein Ersatz für Professionelle

