



universität
wien

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Delir in der Sterbephase - Erfahrungen von Diplomierten Gesundheits- und
Krankenpfleger*innen auf der Palliativstation

verfasst von | submitted by

Natascha Ullmann BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |

UA 066 330

Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl

Hintergrund

Das Delir ist ein häufig auftretendes Phänomen in der Sterbephase, mit einer sehr hohen Prävalenz auf der Palliativstation. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen nehmen eine wichtige Rolle bei der Erkennung des Delirs ein, da sie in enger Interaktion mit den Patient*innen stehen und daher rasch Veränderungen des Zustandes wahrnehmen. Das Auftreten des Delirs stellt für alle Beteiligten, aber besonders für die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen eine Belastung dar.

Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Erfahrungen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen durch das Auftreten des Delirs in der Sterbephase auf der Palliativstation darzustellen.

Methode

Es wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dazu werden acht leitfadenorientierte Interviews mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen geführt, die mindestens ein Jahr auf der Palliativstationen tätig sind. Die Datenauswertung erfolgt anhand der Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker.

Schlussfolgerung

DGKP verkennen das Delir in der Sterbephase, dass folgend Einfluss auf weitere Interventionen nimmt. Hauptsächlich werden hyperaktive Symptome wahrgenommen, die diverse Herausforderungen im Alltag und Umgang mit sich bringen. Die Anwendung von Assessment- und Screening-Instrumenten ist zur Früherkennung des Delirs in der Sterbephase essenziell, um Symptomen rasch entgegenzuwirken und den Leidensdruck der Patient*innen zu lindern. Zudem benötigt es eine höhere Aufmerksamkeit der Belastungen im Arbeitsalltag für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, um bestehende Strukturen zu evaluieren und anzupassen.

Schlüsselbegriffe:

Delir, Sterbephase, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Palliativstation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Hintergrund und Problemstellung	2
1.2	Forschungsziel und -frage	10
2	Methodik	11
2.1	Forschungsansatz und Design	11
2.2	Datenerhebung und -analyse	11
2.3	Stichprobe	11
2.4	Datenauswertung	12
2.5	Feldzugang	13
2.6	Soziodemografische Merkmale des Samples	13
2.7	Konkrete Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews.....	15
2.8	Ethische Aspekte.....	15
3	Ergebnisse.....	17
3.1	Erkennen.....	19
3.1.1	Synonyme und Beschreibungen	19
3.1.2	Auf Erfahrung zurückgreifen.....	21
3.1.3	Kollegialer Austausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit	22
3.1.4	Verwendung von Assessment- und Screening-Instrumente	23
3.1.5	Erkennungsschwierigkeiten.....	24
3.2	Wahrnehmung.....	26
3.2.1	Wahrnehmung des Leidensdrucks	28
3.3	Interventionen zur Symptomkontrolle	30
3.3.1	Nicht pharmakologische Interventionen	31
3.3.2	Pharmakologische Interventionen	37
3.4	Herausforderungen im Alltag und Umgang	44
3.4.1	Nachts auf sich alleine gestellt sein	45

3.4.2	Sturzgefahr der Patient*innen	48
3.4.3	Gewalt und Aggression	50
3.4.4	Das Gefühl, Patient*innen zu vernachlässigen	52
3.4.5	Persönlicher Umgang mit den Herausforderungen	54
3.5	Benötigte/ erwünschte Unterstützungsmaßnahmen	56
3.5.1	Wissen und verbesserte Früherkennung	57
3.5.2	Kollegiale Unterstützung und Teamgeist.....	61
3.5.3	Vorbereitung und vorausschauendes Handeln	63
3.5.4	Verbesserte Alltagsbedingungen und personelle Ressourcen	64
3.5.5	Positive Erfahrungen erleben/ Mittel und Wege haben	66
4	Diskussion.....	68
4.1	Limitation	75
5	Schlussfolgerung.....	76
6	Literaturverzeichnis	78
Anhang		82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Daten der Teilnehmenden (Quelle: eigene Darstellung)	14
Tabelle 2 Darstellung der Haupt- und Subkategorien (Quelle: eigene Darstellung) .	18

1 Einleitung

Persönliche Intention

Am 7. Juli 2023 teilte mir meine Vorgesetzte mit, dass sie Informationen zu einer Fortbildung zum Thema „Delir in Palliative Care“ erhalten hatte. Mich beschäftigte im Rahmen meiner beruflichen Laufbahn als Palliative Care Nurse dieses Thema und die Herausforderungen, die ich im klinischen Alltag damit verband, immer schon. Als ich bei diesem Vortrag teilnahm, trug eine Psychiaterin über das Phänomen vor. Gleich fiel mir auf, wie wenig Beachtung das Delir in meinem Berufsleben erhalten hatte, obwohl es äußerst präsent war. Ich hatte das Gefühl, die Situationen müssen ausgehalten und die eigenen Grenzen übergangen werden. Unwissenheit macht Unbehagen.

Ich denke, dass Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen¹ (DGKP) ein weites Wissensspektrum und Erfahrungen im direkten Umgang mit den Patient*innen besitzen. Gerade der klinische Palliativbereich ist sehr individuell, kein Tag verläuft wie der andere und jede*r Patient*in ist einzigartig und verlangt demnach das gesamte fachliche Wissen des interdisziplinären Teams und vor allem der speziell ausgebildeten DGKP, die eine intensive, patientennahe Betreuung begleiten dürfen. Häufig benötigt es Zeit, bis Patient*innen sich öffnen und ihr Leid kundtun können, das ist jedoch immer persönlichkeitsabhängig. Das Feingefühl, das genaue Hinsehen/ Hinhören und schlussendlich der personenzentrierte Ansatz ist meist nur in einem begrenzten und gebündelten Zeitraum möglich. Gerade deswegen ist die Anstrengung mit einem enormen Energieaufwand von Seiten der Betreuenden verbunden und setzt einen raschen, empathischen Umgang mit den Patient*innen, eine emotionale Sensibilität und eine an die Person angepasste Kommunikation voraus.

Zurück vom Vortrag, plagten mich die Gefühle der Hilflosig- und Machtlosigkeit im Umgang mit den Patient*innen, die ein existentielles Leid und therapierefraktäre Symptome erleben und der damit verknüpfte Handlungsdruck. Dass ich möglicherweise nicht genug aus der Versorgung herausgeholt haben könnte, belastete mich.

¹ DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Ich fragte mich: „War ich zu ungeduldig gewesen?“, „Hatte ich zu früh die Medikation verabreicht?“ oder „Hatte ich im eigentlichen Sinne des/der Patient*in gehandelt?“. Auch die vortragende Ärzt*in bestätigte gewissermaßen meine Annahmen. Ich empfand, dass DGKP in diesen Situationen, hauptsächlich auf sich selbst gestellt sind. Gerade in den Nächten, in denen nur wenig Personal zur Verfügung steht und ständige Präsenz das Mittel der Wahl wäre, um das Leid des/der Patient*in zu lindern bzw. aushaltbar zu machen. Auch erfahrene Personen lässt das Delir in der Sterbephase nicht kalt. Das Problem, das daraus resultierte, ist klar erkennbar.

Natürlich ist die Herangehensweise der Versorgung und Behandlung sehr individuell und an die persönlichen Bedürfnisse des/der Patient*in angepasst, dennoch ist diese komplexe Situation gerade wegen ihrer Individualität herausfordernd und belastend.

Meine persönlichen Ziele der Masterarbeit sind, ein besseres Verständnis zum Thema Delir in der Sterbephase für meine Kolleg*innen und mich zu erlangen, die Wichtigkeit eines bedarfsgerechten Delir-Managements hervorzuheben, sowie DGKP besser vorzubereiten und im Umgang zu unterstützen.

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Das Delir (lateinisch de lira ire, übersetzt aus der Spur geraten) ist ein häufiges, regelmäßig auftretendes Syndrom im palliativen stationären Setting, mit einer Prävalenz von 58 % - 88 % in den letzten Tagen und Stunden vor dem Tod (Watt et al. 2019, S. 869). Häufig stellt es für alle Beteiligten eine Belastung dar (Schmitt et al. 2019).

Um ein besseres Verständnis zum Phänomen zu erlangen, wird vorab das Delir (F05) nach dem ICD-10 wie folgt definiert:

„Ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer“ (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2022, S. 203).

Kennzeichnend für das Zustandsbild ist ein akuter Beginn und fluktuierender Verlauf (AWMF online 2021, S. 182). Das Delir ist potenziell reversibel und behandelbar, in der Sterbephase aber häufig ein Anzeichen des nahen Todes (Feichtner 2014, S. 146). Es manifestiert sich und fluktuiert in unterschiedlichen hyperaktiven, hypoaktiven Phasen oder Mischformen. Eine fluktuierende Bewusstseinslage ist daher nicht ungewöhnlich. Im internationalen Vergleich tritt das hypoaktive häufiger als das hyperaktive Delir auf (Watt et al. 2019, S. 871). Das „stille“ hypoaktive Delir wird meist übersehen, ist dennoch mit einem hohen Leidensdruck verbunden (Feichtner 2014, S. 147). In der Sterbephase kann das Delir in unterschiedlichen Ursachen, wie Medikamentenüberdosierung oder -entzug, unkontrollierte Schmerzen, Metastasen (z. B. im zentralen Nervensystem) oder metabolischen Veränderungen, verankert sein (Böhmdorfer et al. 2017, S. 40). Wichtig ist die Schulung des Teams in der Früherkennung des Delirs in der Sterbephase und im nonverbalen und verbalen Umgang mit Patient*innen (AWMF online 2021, S. 451).

Die Begrifflichkeiten Tod und Sterben sind deutlich voneinander zu unterscheiden. Das Sterben ist ein Prozess, der in mehrere, fließend übergehende Phasen unterteilt werden kann. Wann der Sterbeprozess genau endet, kann nicht genau gesagt werden, da biologisch gesehen, Zellen noch nach dem letzten Atemzug einige Zeit weiterleben. (Feichtner 2014, S. 45) Diese Arbeit befasst sich mit der Sterbephase, konkret der Terminal- und Finalphase, wenige Tage bis Stunden vor dem Tod.

Grundlegend orientiert sich Palliative Care an der Erhaltung der Lebensqualität der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen und der Behandlung von belastenden Symptomen die aufgrund von unheilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen, auftreten. Patient*innen werden als umfassendes und ganzheitliches Individuum in Hinblick auf psychische, physische, soziale und spirituelle Ansätze wahrgenommen. (WHO 2020; AWMF online 2021, S. 40)

Die interprofessionelle Zusammenarbeit gehört zu den fundamentalen Aufgaben in Palliative Care (AWMF online 2021, S. 40). Die personenzentrierte Pflege, die Palliative Care beinhaltet, der damit einhergehende Beziehungsaufbau und die Kommunikation trotz des Vorhandenseins eines Delirs, können dazu beitragen, die Bedürfnisse des/der Patient*in am Lebensende zu bewahren (Featherstone et al. 2021, S. 998). Abhängig von der Haltung der jeweiligen DGKP wird die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflusst (Feichtner 2022, S. 48).

Im Krankheitsverlauf kann es zu akuten, für den/die Patient*in belastenden Krisen in der letzten Lebensphase kommen. Hier ist nicht der kurative Ansatz, sondern der Erhalt von Lebensqualität und Würde des/der Patient*in entscheidend. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche realistischen Therapieziele in der begrenzten Lebenszeit verfolgt werden.

Der Belastungs- und Leidensdruck wird unterschiedlich wahrgenommen. Teilweise können Patient*innen noch Auskunft über ihren Leidensdruck geben oder die Einschätzung erfolgt durch DGKP da sie häufig die ersten Kontaktpersonen sind. Pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen können in dieser Situation indiziert sein.

Zu den nicht pharmakologischen Interventionen zählen die Kontinuität in der Betreuung (etwa durch Präsenz von DGKP, Sitzwache), weitere gelindere Sicherungsmaßnahmen (z. B.: Einsatz von Sensormatten), Schaffung einer ruhigen und reizarmen, orientierungsfördernden Umgebung (Geräusch- und Lichteindämmung), eine ruhige und angepasste Kommunikation (einfach, empathisch, langsam), Sturzprophylaxe (festsitzendes Schuhwerk usw.) und Aromatherapie (Feichtner 2014, S. 149; Seiler et al. 2021, S. 875; AWMF online 2021, S. 451).

Feichtner 2022 bezeichnet das achtsame Zuhören der DGKP als das Übernehmen der „Funktion der Klagemauer“. Sie geben den Patient*innen somit die Möglichkeit, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen:

*„Sie brauchen dann gleichsam eine menschliche Klagemauer, einen Menschen, der die Klage aushält und der zuhören kann, ohne zu werten und auch ohne trösten zu wollen. Indem sie, vielleicht auch lautstark, beklagen, was alles nicht mehr möglich sein wird, können die schwer kranken und sterbenden Patient*innen ihre vielfältigen Verluste betrauern.“* (Feichtner 2022, S. 51)

Die Präsenz, und vor allem das „Mitaushalten“ kann eine Verbundenheit schaffen und damit eine Leidenslinderung für die betroffenen Patient*innen erwirken. Dabei sind pharmakologische Maßnahmen nicht immer das Mittel der Wahl, sondern vielmehr die ganzheitliche Betreuung unter Einbezug einer spirituellen und psychologischen Unterstützung. (Feichtner 2022, S. 65–66)

Der Schmerz und das Leid sind nicht voneinander trennbar. Das tief empfundene Leid der Patient*innen ist multidimensional und hat körperliche, psychische, soziale und spirituelle Ausprägungen. Cicely Saunders prägte den Begriff „*total Pain*“, der sich mit der Multidimensionalität des Schmerzes, bei dem der/die Patient*in im Fokus steht, befasst (Cicely Saunders).

Ziel ist es, dass Palliativpatient*innen die Möglichkeit erhalten, ihr umfassendes Leid, unter Einbezug der vielseitigen Dimensionen, artikulieren zu können. Das betreuende Team hat die Aufgabe, zuzuhören und das persönliche, multidimensionale Ausgedrückte zu verstehen. (Heller 2018, S. 183–184)

Ist der Leidensdruck für Patient*innen mit einem Delir unerträglich, kann das betreuende Team eine medikamentöse Symptombehandlung oder eine Palliative Sedierung in Betracht ziehen. Die Bedingungen zur Durchführung einer kontinuierlichen palliativen Sedierung umfassen folgende vier Voraussetzungen:

- (1) *das intensive, unzweifelhafte refraktäre Leid des/der Patient*in,*
- (2) *der unmittelbar bevorstehende Tod (wenige Stunden bis Tage),*
- (3) *der ausdrückliche Wunsch des/der Patient*in*
- (4) *die bestehende Indikation.* (Weixler et al. 2017, S. 7)

Die Entscheidungsfindung ist unter Miteinbeziehung aller verfügbaren Expertisen durchzuführen. Der Beginn einer palliativen Sedierung hat im besten Fall gemeinsam durch Ärzt*innen und DGKP zu erfolgen. (Weixler et al. 2017, S. 9)

Der Leidensdruck der Patient*innen ist immer mit einem hohen Handlungsdruck von Seiten Pflege und Medizin verbunden. Heller (2014) bezeichnet diesen unauflösbaren Widerspruch als „*das perimortale Omnikompetenzsyndrom*“ (S. 68). Grundsätzlich ist das Gesundheitssystem nicht darauf ausgelegt den Tod hinzunehmen oder das Leid auszuhalten.

Auch wenn das oberste Ziel ist, das existenzielle Leid der Patient*innen zu lindern, kann eine palliative Sedierung als Distanzierungsmöglichkeit von dem/der leidenden Patient*in gesehen werden, da andere Maßnahmen sich als wirkungslos erwiesen haben und Betreuende dadurch Entlastung erfahren (Feichtner 2022, S. 65).

Welche dieser Interventionen für den/die Patient*in angewandt werden soll wird individuell nach Erhebung der Anamnese im Pflegeprozess und in späteren Gesprächen evaluiert oder ist bereits durch eine Patientenverfügung festgelegt. Kann der/die Patient*in sich diesbezüglich nicht mehr äußern, ist es sinnvoll die Angehörigen einzubeziehen. Die Unterstützung der Angehörigen wirkt sich stabilisierend auf die Sterbephase des/der Patient*in aus (Feichtner und Pußwald 2020, S. 176).

Die palliative Versorgung verlangt von den DGKP vielerlei Kompetenzen und eigenverantwortliches Handeln. Die Versorgung und Behandlung von Patient*innen mit einem deliranten Syndrom in der Sterbephase stellen aufgrund ihrer Komplexität vor allem eine Herausforderung für das DGKP dar.

Klar erkennbar ist, dass die palliative Versorgung weltweit stetig zunimmt. Jährlich sterben in Österreich etwa 91 000 Menschen. Der Statistik Austria aus dem Jahr 2022 zu entnehmen, gab es 91 765 Sterbefälle in Österreich. Die Tendenz ist in den letzten fünf Jahren steigend (10,7%). Das ist einerseits erklärbar durch die steigende Lebenserwartung, Bevölkerungszahl, somit einer Veränderung der demographischen Daten und andererseits durch den Ausbruch der Pandemie (Statistik Austria 2023b). Zwischen 2018 und 2020 sind 20 551 Menschen an einer Krebserkrankung in Österreich verstorben (Statistik Austria 2023a).

Laut WHO sind es jährlich über 56 Millionen Menschen, die eine palliative Versorgung benötigen, aber nur 14%, die sie erhalten (WHO 2020).

Der Dachverband Hospiz Österreich erhebt jährlich die Sterbeorte, um einer Planung zu einer adäquaten Hospiz- und Palliativversorgung gerecht zu werden. Grundsätzlich sollte der Sterbeort entsprechend dem Wunsch des/der Patient*in erfolgen (AWMF online 2021, S. 445). Auch dem Wunsch entsprechend, zu Hause zu versterben, ist mit rund 50 % das Krankenhaus der häufigste Sterbeort für Erwachsene (Baumgartner 2020/21).

Dies trägt dazu bei, dass es einen deutlich höheren Bedarf an Palliativ- und Hospizbetten gibt und auch folgend die Versorgung der Patient*innen durch qualifiziertes Personal erfolgen muss.

„Qualifizierte Pflege am Lebensende ist nicht abhängig von Gebäuden, sondern von bestimmten Fähigkeiten und Einstellungen.“ (Dunphy 2020, S. 166)

Das DGKP nimmt durch seine regelmäßige Anwesenheit und Interaktion über einen Zeitraum von 24 Stunden eine Schlüsselrolle in der frühen Erkennung und Behandlung des Delirs ein. Rasch können Unterschiede im Verhalten festgestellt werden. Featherstone et al. (2021) beschreiben in ihrer Studie, dass die Interpretation und das begrenzte Verständnis des Delirs die Fähigkeiten, wie Früherkennung, Assessment und Behandlung beeinflussen. Während hypoaktive Symptome selten beschrieben werden, nehmen Pflegepersonen eher hyperaktive Symptome wahr, die dem Delir aber nicht zugeordnet werden. Zudem wird der Begriff „Delir“ unzureichend verwendet. DGKP berichten von Angst, Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit den Symptomen des Delirs (S. 993). Durch die Verwendung alternativer Begriffe, wie „terminale Unruhe“ oder „Agitation“, ist das Verständnis des Delirs erschwert (Hosie et al. 2014, S. 1359). Auch Watt et al. (2019) führen an, dass trotz einer hohen Prävalenz des Delirs in palliativen Settings, dieses häufig nicht wahrgenommen und unzureichend dokumentiert wird (S. 866). Zudem gaben DGKP an, dass es die Entwicklung eines umfassenden Verständnisses, einschließlich der Ursachenerkennung, Wahrnehmung, Assessment und Managements des Delirs, benötigt (Featherstone et al. 2021, S. 993).

Die Differenzialdiagnostik des Delirs in der Sterbephase gestaltet sich schwierig, da die Symptome des Delirs jenen der Demenz und der Depression ähneln können (Böhmdorfer et al. 2017). Auch wenn das klinische Personal das Delir als normalen Prozess in der Sterbephase ansieht, kann es dazu führen, dass andere mögliche Ursachen übersehen werden (Featherstone et al. 2021, S. 997). Das macht eine richtige Einschätzung, Früherkennung und Ausschluss anderer Ursachen und Diagnosen (z. B.: Schmerz, Depression, Demenz) besonders wichtig. Dennoch ist zu beachten, dass Schmerz immer multidimensional ist und mit Leid einhergeht (*total Pain*).

Die differentialdiagnostische Ursachenabklärung des Delirs ist laut der S-3 Leitlinie einer der Grundsätze bei der palliativmedizinischen Symptomabklärung, damit eine zielgerichteter Therapie erfolgt und potenziell reversible Ursachen erfasst werden können (AWMF online 2021, S. 41).

Es bestehen bereits einige Assessment- und Screening-Tools zur Erkennung eines Delirs, wie etwa das Assessmentinstrument CAM (Confusion Assessment Method) oder das Screeninginstrument DOS (Delirium Observational Scale).

Welche Assessment- und Screening-Tools in den einzelnen Kliniken in Wien bzw. in Österreich verwendet und effektiv eingesetzt werden, konnte im Rahmen der Recherche nicht eruiert werden. Dazu wäre weitere Forschungsarbeit notwendig.

Watt et al. (2019) weisen in der Studie darauf hin, dass es zwar validierte Assessmentinstrumente für palliative Settings gibt, jedoch keine Klarheit über das passende Werkzeug oder die optimale Häufigkeit des Delir-Assessments und der Nutzen in der Praxis daher sehr unterschiedlich ausfällt. International wird die CAM am häufigsten verwendet (Watt et al. 2019, S. 866). Allgemein konnte jedoch identifiziert werden, dass die Verwendung von Screening- und Assessment-Tools in der klinischen Praxis mangelhaft ist (Featherstone et al. 2021, S. 993).

Die Wahrung des richtigen Maßes von Nähe und Distanz, stellt für die Pflegebeziehung eine Herausforderung dar. Patient*innen mit einem deliranten Syndrom benötigen in dieser krisenhaften Situation häufig die volle Aufmerksamkeit der DGKP. Wichtig ist es, eine professionelle Sichtweise zu behalten und zu erkennen, welche pflegerischen Interventionen angewandt werden können oder ob Grenzen in der Versorgung bestehen. DGKP müssen selbst herausfinden, welches Maß an emotionaler Distanz notwendig ist, um eine Belastung abzuwenden (Feichtner 2014, S. 115).

Diese Erwartungen stehen meist im Konflikt mit den Gegebenheiten im klinischen Arbeitsalltag und stellen das DGKP vor unterschiedliche Belastungen. Featherstone et al. (2021) beschreiben in ihrer Studie, dass es aufgrund von Verhaltensänderung und beeinträchtigter Kommunikation schwierig sein kann, nach den Prinzipien der personenzentrierten Pflege vorzugehen. Ebenso wird angeführt, dass das multidimensionale Leid des/der Patient*in zu Distress führt. (Featherstone et al. 2021, S. 997–998)

Ähnlich sind die Erfahrungen von DGKP im gerontologischen Bereich. In der Studie von Schmitt et al. (2019) DGKP emotionale Belastungen wie Angst, Frustration, emotionalen Stress, Wut, Schuldgefühle, sowie Hilflosigkeit an. Darüber hinaus wurden Belastungen im Umgang mit Patient*innen aufgrund von Symptomen wie Desorientierung oder Halluzinationen und der dadurch eingeschränkten Kommunikation angeführt.

Die Komplexität und das fluktuierende Auftreten des Delirs am Lebensende stellen für die Patient*innen, deren Angehörige und das gesamte Versorgungsteam eine belastende Situation dar. Zusammenfassend wurde ersichtlich, dass DGKP eine essenzielle Rolle im Umgang und bei der Versorgung des Delirs in der Sterbephase, im akuten Palliativsetting einnehmen und aufgrund ihrer ständigen Präsenz und Interaktionen vor komplexe Herausforderungen im Umgang mit dem Delir in der Sterbephase gestellt sind.

Auch wenn in diversen Studien Inzidenzen und Prävalenzen im akuten, palliativen Setting gefunden werden konnten, ist die derzeitige Lage in Österreich nicht feststellbar. Anzunehmen ist, dass unterschiedliche Assessmentinstrumente angewendet werden. Gleichzeitig sind die Prävalenzen zu hinterfragen, da DGKP das Delir nicht als solches benennen und die Früherkennung erschwert ist.

Zusätzlich gibt es nur wenige Studien, die die Bedeutung bezüglich des Auftretens eines Delirs in der Sterbephase ausschließlich aus der Perspektive der DGKP näher beleuchten. Teilweise werden in den Studien auch andere Perspektiven dargestellt. Gerade aus den genannten Argumentationen ist zu entnehmen, dass es wünschenswert ist, mehr über das Erleben der DGKP zu erfahren, damit diese in ihrem Handeln besser unterstützt und die Versorgung der Patient*innen optimiert werden kann.

1.2 Forschungsziel und -frage

Das primäre Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Erfahrungen von DGKP durch das Auftreten des Delirs in der Sterbephase, darzustellen. Der Fokus wird auf die Sichtweise der DGKP gerichtet, um herauszufinden, wie das Delir wahrgenommen und erkannt wird, welche Interventionen gesetzt werden und welche Belastungen folglich im Umgang mit den Patienten*innen entstehen. Resultierend aus den Erkenntnissen wird herausgearbeitet, welche Unterstützungsmaßnahmen es vielleicht benötigen könnte, damit DGKP kompetent mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase umgehen können und zielführend in ihrem Handeln bestärkt und befähigt werden. Folgender Fragestellung wird daher nachgegangen:

Welche Erfahrungen machen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Österreich mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase?

- *Wie erkennen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen das Auftreten eines Delirs und wie nehmen sie es wahr?*
- *Welche Interventionen werden zur Symptomkontrolle des Delirs angewendet?*
- *Welche Herausforderungen entstehen im Umgang mit Patient*innen mit einem Delir in der Sterbephase?*
- *Welche Unterstützungsmaßnahmen werden im klinischen Alltag benötigt, um bestmöglich mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase umgehen zu können?*

2 Methodik

2.1 Forschungsansatz und Design

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der an der Erhebung der individuellen Erfahrungen und der bisher wenig erforschten Perspektive der DGKP orientiert ist. Anhand einer ausführlichen Literaturrecherche wurden bestehendes Vorwissen und Forschungslücken gesichtet. Das Delir in der Sterbephase stellt wie bereits angeführt, ein komplexes Phänomen dar, das Einfluss auf das Erleben der DGKP hat.

2.2 Datenerhebung und -analyse

Die Datenerhebung erfolgte anhand leitfadenorientierter, problemzentrierter Einzelinterviews, nach Witzel (2000). Ziel war die Darstellung der individuellen Handlungen und der subjektiven Problemsicht der Interviewpartner*innen. Der an Helfferich (2011) angelehnte flexible Interviewleitfaden, der durch Narrationen angeregt ist, ermöglichte eine offene und freie Erzählung der befragten Personen, sodass alle für die Forscherin als wichtig erachteten Aspekte eines Problems beleuchtet werden konnten. Er diente als Orientierungshilfe und Sicherung der Vergleichbarkeit. Im Anschluss an das Interview wurde ein Postskript erstellt, um Beobachtungen und Eindrücke festzuhalten (Witzel 2000). Ziel war es, die persönliche Sichtweise innerhalb eines Interviews zu einer bestimmten Problemstellung erfasst, auf welche die Interviewerin den Schwerpunkt legte und immer wieder zurückkam (Mayer 2015, S. 214). Die Interviews wurden in Form von Tonmaterial erhoben, anschließend transkribiert und codiert.

2.3 Stichprobe

Kontext und Setting

Patient*innen werden auf der Palliativstation, aufgrund von komplexen medizinischen, pflegerischen oder psychosozialen Symptomen durch ein interprofessionelles Team versorgt, da eine Behandlung zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht mehr möglich oder gewünscht ist. Die Linderung der Symptome oder eine weitgehende Stabilisierung und anschließende Entlassung nach Hause oder in eine adäquate

Einrichtung sind dabei das Ziel. Kennzeichen der Palliativstation sind eine wohnliche, barrierefreie Umgebung mit lediglich Ein- bzw. höchstens Zweibettzimmern. (Dachverband HOSPIZ Österreich (DVHÖ) 2023; Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2023)

Zu Beginn wurden alle Palliativstationen in Wien eruiert. Es handelt sich dabei laut den Kontaktdaten der Österreichischen Palliativgesellschaft um sechs Palliativstationen für Erwachsene, die im Bundesland Wien verteilt sind (Österreichische Palliativgesellschaft 2018).

Um das Forschungsvorhaben einzugrenzen, wurden zwei Palliativstationen ausgewählt, bei denen angenommen werden konnte, dass DGKP mit dem Auftreten eines Delirs konfrontiert sind. Es wurden bewusst zwei Träger gewählt, da diese verschiedene Dokumentationssysteme verwenden und möglicherweise jeweils andere Screening- und Assessmentinstrumente zur Anwendung kommen. Zudem ist es wichtig, die voneinander abweichenden, organisatorischen und strukturellen Handlungsempfehlungen aufzuzeigen und ein breiteres Forschungsfeld darzustellen.

Weiters ist anzunehmen, dass jede*r DGKP, abhängig von seiner/ihrer Erfahrung, das Delirs in der Sterbephase unterschiedlich erlebt. Daher wurden DGKP ausgewählt, die mindestens ein Jahr auf einer Palliativstation arbeiten, bereits in die Handlungsabläufe, sowie Grundsätze von Palliative Care eingearbeitet sind und diese anwenden können. Die Spezialisierungsausbildung in Palliative Care ist nicht erforderlich, da diese unterschiedlich vom Einstieg auf der Palliativstation, unabhängig von Berufsjahren und Erfahrung absolviert wird.

Insgesamt wurden acht Interviews, je vier pro Station, durchgeführt. Das erste Interview diente der Erprobung und anschließender Anpassung des Leitfadens.

2.4 Datenauswertung

Es wurde die qualitative Inhaltsanalyse ausgewählt, die eine systematische und methodische kontrollierte, wissenschaftliche Analyse des Datenmaterials, in diesem Fall der transkribierten Interviews, ermöglicht (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 39). Die Verschriftlichung und Transkription des digitalen Audio-Aufnahmемaterials erfolgte nach der Datenerhebung, anhand der Interviews. Die Transkription wurde durch die Forscher*in, unter Anwendung der Software MAXQDA, durchgeführt.

Bei der Bildung der Kategorien und Codierung handelte es sich um ein mehrstufiges Verfahren. Es erfolgte anschließend eine deduktive Kategoriebildung (a priori), aus dem Interviewleitfaden (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 72). Im Anschluss wurden die Ergebnisse, im Forschungsbericht kategoriebasierte ausgewertet und aufbereitet (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 129).

2.5 Feldzugang

Aufgrund des akuten, fluktuierenden Auftretens, Verlaufes und der hohen Prävalenz des Delirs im akuten, stationären Palliativsetting, wurden die Interviews auf Palliativstationen durchgeführt. Zunächst wurde erhoben, welche Stationen es im Bundesland Wien gibt, die eine akute, stationäre Palliativbetreuung anbieten.

Zur Durchführung des Forschungsprojektes, im Rahmen der Masterarbeit, wurden zwei Palliativstationen (Kapitel 2.3 Stichprobe) unterschiedlicher Träger ausgewählt.

Um passende Interviewpartner*innen zu eruieren, wurde vorab die Genehmigung bei den Trägern eingeholt. Anschließend, nach Absprache mit der zuständigen Person des jeweiligen Trägers, wurde mit den berechtigten Bereichsleitungen bzw. Stationsleitungen der Palliativstationen ein direkter Kontakt hergestellt. Die Vorauswahl der DGKP erfolgte zufällig durch die Stationsleitungen der Palliativstationen, mit einer anschließenden Kontaktierung.

2.6 Soziodemografische Merkmale des Samples

Im Fokus dieses Kapitels steht die Beschreibung und anschließende tabellarische Darstellung (siehe Tabelle 1) der soziodemografischen Daten der Teilnehmenden.

Gesamt wurden acht DGKP rekrutiert und interviewt, die zum Zeitpunkt der Erhebung auf der Palliativstation gearbeitet haben. Im Detail handelte es sich dabei um sieben Frauen und einen Mann. Die Altersspanne belief sich zwischen 33 und 59 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 49,5 Jahren.

Alle acht DGKP absolvierten die Diplombildung ohne Studium. Davon gaben sechs Personen an, dass die Ausbildung zur DGKP ihr zweiter Bildungsweg war. Die Berufserfahrung variierte von vier bis 24 Jahre, mit einem Durchschnitt von 10 Jahren.

Mehr als die Hälfte der Befragten absolvierte die Zusatzausbildung in Palliative Care und eine DGKP davon die erweiterte Zusatzausbildung in Form des Masterlehrganges in Palliative Care. Das Arbeitspensum pro Woche variierte zwischen 30 – 40 Stunden, mehr als die Hälfte der Befragten gab an, in Teilzeit zu arbeiten.

Daten der Teilnehmenden (n=8)		
Geschlecht	Weiblich	7
	Männlich	1
Alter	Altersspanne (<)	33 – 59 Jahre
	Durchschnittsalter	49,5 Jahre
Ausbildung	Studium (DGKP)	0
	Dipolmausbildung ohne Studium (DGKP)	8
	Erster Bildungsweg	2
	Zweiter Bildungsweg	6
Berufserfahrung in Jahren	Jahresspanne	4 – 24 Jahre
	Durschnitt	10 Jahre
Palliative Care Zusatzausbildung	Absolviert	5
	Erweitert (Masterlehrgang Palliative Care)	1
	Nicht absolviert	2
Arbeitspensum pro Woche	Vollzeit (37 – 40 Std)	3
	Teilzeit (30 – 36 Std)	5

Tabelle 1 Daten der Teilnehmenden (Quelle: eigene Darstellung)

2.7 Konkrete Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews

Damit der Frage nach den Erfahrungen von DGKP mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase nachgegangen werden kann, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der anhand leitfadenorientierter Interviews durchgeführt worden ist.

Es wurden acht Interviews, jeweils vier auf jeder Palliativstation mit DGKP durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 19 bis 46 Minuten, die in einem vorab festgelegten Raum stattfanden. Die Interviewerin organisierte die digitale Audio-Aufnahme und sorgte für einen reibungslosen, ungestörten Ablauf in angenehmer Atmosphäre. Trotz der Bemühungen, konnten unvorhersehbare Störungen verzeichnet werden. Zum einen wurde ein Interview unterbrochen, da eine Person in den Interviewraum eingetreten ist.

2.8 Ethische Aspekte

Folgend wurde eine kritische Reflexion des Forschungsvorhabens in Anlehnung an den Ethikkodex der Pflegeforschung (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. 2016) verfasst. Auf das Hinzuziehen einer Ethikkommission wurde verzichtet, da es sich bei den Interviewpartner*innen um keine vulnerable Gruppe handelt. Die Anonymisierung der Träger wurde vorab, durch das Vorlegen der Arbeit bei den zuständigen Personen der jeweiligen Träger, überprüft.

Die Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit und Transparenz während des gesamten Forschungsprozesses, war der Forscherin ein Anliegen. Die gesetzliche Einhaltung der Datenverarbeitung und Datenschutzbestimmungen wurden versichert.

Das Interview wurde mittels eines externen digitalen Audio-Aufnahme-Gerätes aufgezeichnet und vertraulich auf einer externen Festplatte aufbewahrt. Die Audio-Aufnahme-Datei wurde ausschließlich zum wissenschaftlichen Zweck dieser Forschungsarbeit genutzt und nach der Transkription gelöscht.

Vorab wurde ein Informationsschreiben und Informed Consent eingeholt. Vor dem Interview, konnten noch offene Fragen im persönlichen Gespräch geklärt werden. Es erfolgte vorab die Zusicherung der Anonymisierung der Daten und eine freiwillige Teilnahme wurde nochmals betont.

Die Beendigung des Interviews war zu jederzeit möglich und der/die Teilnehmer*in wurde darauf hingewiesen, dass dadurch keinerlei negative Konsequenzen entstehen. Es wurden sowohl Personen als auch Organisationen (Krankenhausträger) anonymisiert.

Es ist der Autorin bewusst, dass es sich bei den Themen „Sterbephase“ und „Delir“, um sensible, möglicherweise emotional aufwühlende Phänomene handeln. Die Forscherin versuchte bewusst eine einfühlsame und feinfühligke Umgangsweise zu wahren, damit sich DGKP im Gespräch gut aufgehoben fühlten. Mitunter war es für die Interviewpartner*innen möglicherweise erleichternd, dass die Forscherin selbst einen beruflichen Hintergrund im Bereich Palliativ Care hat und dadurch eine offene Gesprächsführung begünstigt wurde.

3 Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit thematisiert die **Erfahrungen** von DGKP mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase. Die Perspektive der DGKP ist von besonderem Interesse, da sie der Berufsgruppe im klinischen Alltag angehört, die am meisten in Interaktion mit den Patient*innen stehen und häufig mit dem Phänomen „Delir“ konfrontiert ist.

Es erfolgte eine kategoriebasierte Analyse entlang der Hauptkategorien zur Beantwortung der Forschungsfragen. Die Arbeit ist in fünf Hauptkategorien gegliedert, die vom Leitfaden abgeleitet wurden, die Subkategorien beinhalten. Der Grundgedanke widmet sich der Klärung des **Erlebens** von DGKP während des Auftretens des Delirs in der Sterbephase auf der Palliativstation. Im Fokus des ersten Kapitels stehen das Erkennen und die Wahrnehmung des Delirs. Anschließend wird der **Umgang** der DGKP während eines Delirs in der Sterbephase thematisiert. Zuerst werden die Interventionen betrachtet und anschließend die Herausforderungen, die sich im Umgang ergeben. Zum Schluss werden die benötigten und erwünschten Unterstützungsmaßnahmen aufgezeigt. Damit ein Einblick der ganzheitlichen Versorgung von Palliativpatient*innen mit einem Delir in der Sterbephase auf der Palliativstation dargestellt wird, sind alle Hauptkategorien zusammenhängend zu betrachten. Diese beeinflussen sich zudem gegenseitig. Zum besseren Verständnis wurde eine Tabelle erstellt, die die Gliederung der Haupt- und Subkategorien zeigt.

Hauptkategorien	Subkategorien
Erkennen	Verwendung von Synonymen und Beschreibungen
	auf Erfahrung zurückgreifen
	kollegialer Austausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit
	Verwendung von Assessment- und Screening-Instrumenten
	Erkennungsschwierigkeiten
Wahrnehmung	Wahrnehmung des Leidensdrucks
Interventionen zur Symptomkontrolle	nicht pharmakologische Interventionen
	pharmakologische Interventionen
Herausforderungen im Alltag und Umgang	nachts auf sich alleine gestellt sein
	Sturzgefahr der Patient*innen
	Gewalt und Aggression
	Gefühl Patient*innen zu vernachlässigen
	persönlicher Umgang mit den Herausforderungen
Erwünschte/ benötigte Unterstützungsmaßnahmen	Wissen und verbesserte Früherkennung
	kollegiale Unterstützung/ Teamgeist
	Vorbereitung und vorausschauendes Handeln
	verbesserte Alltagsbedingungen und personelle Ressourcen
	positive Erfahrungen erleben/ Wege und Mittel haben

Tabelle 2 Darstellung der Haupt- und Subkategorien (Quelle: eigene Darstellung)

3.1 Erkennen

Das vorliegende Kapitel wurde als erste Hauptkategorie definiert. Die Einstiegsfragen, bei denen gebeten wurde, den Zustand in Form der mündlichen und schriftlichen Übergabe zu beschreiben, sollten helfen, die unterschiedlichen Sichtweisen zu verstehen und zu beleuchten. Durch sie wurde in Erfahrung gebracht, welches Wording und Beschreibungen DGKP in ihrem klinischen Alltag für das Phänomen „Delir“ verwenden. In weiterer Folge erzählten DGKP von persönlichen Situationen und teilten ihre Erfahrungen. Der offene Gesprächseinstieg ermöglichte es den Interviewpartner*innen, sich in die Thematik hineinzuversetzen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Die Frage nach bestimmten Situationen, die in Verbindung mit dem Auftreten eines Delirs in der Sterbephase in Erinnerung geblieben sind, ermöglichte konkrete Einblicke, wie das Delir erkannt wurde, welche Interventionen genutzt wurden und wie folglich der Umgang damit beschrieben wurde.

Die Befragten gaben an, das Delir in der Sterbephase nur unzureichend zu erkennen und sich unsicher zu sein, ob es sich tatsächlich um jenes handle. Anhand der Interviews konnte festgestellt werden, dass DGKP die Symptome wahrnehmen, jedoch meistens das Zustandsbild eines Delirs nicht zuordnen. Stattdessen werden Synonyme und Umschreibungen verwendet, um Kolleg*innen zu ermöglichen, sich ein besseres Zustandsbild von den Patient*innen zu machen. Gerade weil das Delir in der Sterbephase viele Symptome hervorbringen kann und sich persönlichkeitsabhängig präsentiert, gibt es Erkennungsschwierigkeiten. In den folgenden Unterkapiteln, die gleichzeitig als Subkategorien codiert wurden, werden einzelne Ansätze erörtert.

3.1.1 Synonyme und Beschreibungen

Es stellte sich heraus, dass DGKP hauptsächlich andere Begriffe und Synonyme verwendeten und das Delir im mündlichen sowie schriftlichen Austausch bevorzugt umschrieben, um den Kolleg*innen eine bessere Vorstellung der Situation zu ermöglichen.

„Ich versuche zu beschreiben, eigentlich eher. Gelingt mir zwar nicht immer, weil man dann trotzdem in ein Wording hineinfällt bei den Übergaben, um das kurz zu halten. Im Bericht versuche ich, es einfach zu beschreiben, was der Patient tut, macht, wie er sich fühlt, was er angegilbt.“ (Interview V, Pos. 14-17)

„Ich bezeichne es tatsächlich nicht als Delir, sondern tatsächlich wie sich der Patient gezeigt hat eher. Als Verwirrtheit oder tatsächlich als terminale Unruhe.“ (Interview IV, Pos. 12-14)

Dabei scheint es kaum Unterschiede in der Beschreibung des Phänomens zwischen der mündlichen und der schriftlichen Übergabe zu geben.

„Also wir benennen es bei der Dienstübergabe nicht primär als Delir. Wir wollen ja nicht gleich vom Schlimmsten ausgehen. Aber wenn die Kollegen wissen: eine terminale Unruhe, dann wissen sie schon, dass sie gewappnet sein müssen. Dass man beruhigend einwirkt. Das beschreibe ich beispielsweise im Dekurs auch so.“ (interview I, Pos. 95-99)

DGKP versuchen, vor allem beim Erstauftreten detailliertere Informationen zu übergeben. Die Übergabe zu Dienstbeginn wird als Reflexion des Geschehenen gesehen.

„Und da habe ich es am Anfang schon ausführlicher geschrieben. Und dann eher mich einfach gehalten. [...] außer es ist irgendwas Spezielles dazugekommen.“ (Interview VII, Pos. 35-38)

„[...] die Kommunikation ist nachher das Entscheidende. Dass man die Übergaben für Reflektion nutzt.“ (Interview III, Pos. 98-99)

Alle bis auf eine interviewte Person gaben an, den Begriff „Delir“ nicht zu verwenden – dadurch begründet, dass es sich um eine ärztliche Diagnose handle und/ oder Unsicherheiten in der Erkennung bestünden.

„Ja, es wäre ja eigentlich auch eine Diagnose, die dürfen wir ja eigentlich auch nicht stellen. Wie formuliere ich das? Meistens als nicht greifbar. Ich habe das Eindruck der Patient ist nicht greifbar, ich kann ihn nicht dingfest machen. [...] So glaube ich würde ich, das übergeben.“ (Interview VI, Pos. 21-25)

Stattdessen werden eher andere Begriffe wie „terminale Unruhe“ oder „desorientiert“, „agitiert“, „motorisch unruhig“, „nicht greifbar“ verwendet. Manchmal differenzierten die DGKP zwischen dem Begriff „terminale Unruhe“ und „Delir“. Letzteres lässt vermuten, dass Unsicherheiten in der Definition und Erkennung des Delirs herrschen.

„Den Begriff Delir benutze ich echt nicht so oft, weil ich mir nicht sicher bin. Ist es ein Delir oder ist es was anderes? Ist es eine terminale Unruhe oder?“ (Interview VIII, Pos. 20-22)

An dieser Stelle ist anzumerken, dass der Begriff „Delir“ möglicherweise eher mit operativen Eingriffen in Verbindung gebracht wird. Dabei stellt sich die Frage, ob sich nicht auch eine gewisse Hemmschwelle bei der Verwendung vermuten lässt und der Begriff „terminale Unruhe“ auf Palliativstationen deswegen geläufiger ist, um eine örtliche bzw. situative Differenzierung anzustreben.

„[...] eigentlich verwende ich Delir eher im Bereich nach Post OP, da habe ich den Begriff mehr verwendet. Ja, und eigentlich in der Sterbephase verwende ich wirklich eher, Verwirrtheit, groborientiert, nicht orientiert, zeitlich. Ich versuche wirklich zur Person (...) zeitliche Verwirrtheit. In diese Richtung eher. Aber als Delir bezeichne ich es tatsächlich in der Sterbephase eher weniger.“ (Interview IV, Pos. 22-27)

3.1.2 Auf Erfahrung zurückgreifen

Auf die Erfahrung von DGKP in Bezug auf das Erkennen und die Einschätzung des Delirs in der Sterbephase, wird im folgenden Kapitel Bezug genommen. Der Erfahrungsschatz, den DGKP im Laufe ihrer Berufsjahre gesammelt haben, scheint dabei einen erheblichen Einfluss zu haben. Einige Personen beschrieben, dass ihr intuitives Gefühl und ihre Ahnung eine entscheidende Rolle bei der Erkennung des Delirs spielen.

„Wir haben schon während er gestürzt ist, habe ich mir gedacht, das ist es jetzt schon. Ich weiß nicht, ob ich ihn am nächsten Tag noch sehen werde. Es war dann für mich schon so, wir haben es schon oft erlebt, dass man das Gefühl hat, es ist jetzt das.“ (Interview II, Pos. 18-21)

Erfahrungsgemäß geben sie an, dass das Auftreten einer terminalen Unruhe ein Zeichen des nahestehenden Todes sei.

„Oft kündigt sich die präterminale, terminale Phase durch eine terminale Unruhe an. Dass ist relativ häufig. [...] aus der praktischen Erfahrung, gibt es bei sehr vielen Patienten eine terminale Unruhe und das deutet dann auch darauf hin, dass das Sterben, sehr, sehr nah ist oder dass dieser Weg schon sehr weit fortgeschritten ist.“

Und es kommt manchmal, nicht allzu oft, aber immer wieder, vor, dass Menschen ins Delir rutschen.“ (Interview I, Pos. 6-12)

Hervorgehoben wurde, wie wichtig die Einschulung und Unterstützung durch erfahrene Personen für das Erkennen des Delirs sei.

„Ich arbeite eigentlich von Anfang an mit Erfahrung, mich haben eigentlich die älteren Kolleginnen eingeschult, worauf ich achten muss.“ (Interview III, Pos. 207-209)

„Erfahrung meiner Meinung nach, weil man unbewusst die Entscheidungen trifft. Teilweise weiß man gar nicht, warum, aber man macht irgendwie das Richtige.“ (Interview III, Pos. 254-256)

Wie rasch DGKP das Delir in der Sterbephase wahrnehmen, wird also auch durch Erfahrung festgemacht.

3.1.3 Kollegialer Austausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Einige der interviewten Personen gaben an, dass es besonders wichtig sei, sich mit Kolleg*innen im Dienst abzusprechen, um sich sicher zu sein, ob es sich um ein Delir handle und um andere Krankheitsbilder auszuschließen. Die Absprache trage dazu bei, dass DGKP sich in ihrer Annahme bestätigt fühlen und konkreter von anderen Symptomen unterscheiden können, was in Folge Einfluss auf die Auswahl der Interventionen hat. Detaillierter wird darauf in Kapitel 3.1.5 (Erkennungsschwierigkeiten) eingegangen.

„Kollegen sind ganz wichtig, weil ich mich mit denen abspreche, wenn ich mir eben unsicher bin.“ (Interview VIII, Pos. 170-173)

Hervorgehoben wurde, dass der kollegiale Austausch vor allem nachts von besonderer Bedeutung sei, da sich die nächtliche Präsenz der Ärzte, sowie die Anzahl der Anwesenden Kolleg*innen unterscheidet (3.4.1 Nachts auf sich alleine gestellt sein). Eine erhöhte Verantwortung liegt demnach bei den DGKP im Nachtdienst, die eine adäquate Versorgung der Patient*innen gewährleisten müssen.

„Dadurch sind wir zu zweit im Nachtdienst. Weil wir gerade hier alleine sind, dass wir uns untereinander absprechen können.“ (Interview III, Pos. 142-143)

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht den Austausch von bereits gemachten Erfahrungen und Wahrnehmungen, beispielsweise in der Form des Dekurses oder des direkten Austausches. Dadurch können Interventionen besser angepasst werden.

„[...] für mich Unterstützend ist, wenn alle Berufsgruppen miteinander präsent sind. Und wenn auch ein Vertrauen der Pflege gegenüber gebracht wird. Für mich ist es auch wichtig, dass dann ärztliche Präsenz da ist. Oder gemeinsam an die Situation rangeht und gemeinsam Entscheidungen trifft.“ (Interview V, Pos. 345-348)

Das lässt darauf schließen, dass die Teamarbeit, sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit einen entscheidenden Einfluss auf das Erkennen des Delirs, differenzialdiagnostische Ursachenabklärung und folgend die Interventionsauswahl haben. Grundsätzlich wurde angegeben, dass die Meinung der Kolleg*innen sehr geschätzt wird und von hoher Bedeutung ist.

3.1.4 Verwendung von Assessment- und Screening-Instrumente

Im Zuge der Interviewführung gaben die Befragten an, dass sie keine speziell für das Delir entwickelten Assessment- oder Screening-Instrumente nutzen. Die DGKP gaben zwar an, schon einmal – etwa auf Fortbildungen zum Thema „Delir“ oder anderwärtig – von solchen Instrumenten gehört zu haben, jedoch in der Praxis keine Anwendung dafür zu finden.

„Also auf der Palliativstation haben wir eigentlich keine Instrumente. Ich weiß, wir haben auf der Chirurgie was gehabt zum Ausfüllen. Es gibt was, aber wir verwenden es nicht. (Interview VII, Pos. 106-108)

„Nein. Sowas haben wir eigentlich nicht. So eine Delirskala, wie auf einer Chirurgie, verwenden wir eigentlich nicht.“ (Interview IV, Pos. 80-81)

„Mir fallen keine ein. Wir haben ja auch die Delirschulung gehabt, aber so richtige Tools, so Skalen. Ich mein es wird sicher irgendwelche Skalen geben (Interview V, Pos. 92-93)

„Also, da sind eher Erfahrung und weniger Instrumente.“ (Interview III, Pos. 75)

Die Annahme, dass das Delir eher mit postoperativen Stationen in Verbindung gebracht wird, lässt sich auch hier aufgrund der Aussagen der Befragten vermuten.

DGKP äußerten, dass sie sich eher auf ihre Erfahrung berufen. Grundsätzlich konnten nur andere Assessment-Tools, wie das ZOPA² zur Schmerzerkennung oder die numerische Schmerz-Skala, genannt werden. Weitere Informationen werden beispielsweise aus der Vorgeschichte der Patient*innen entnommen, etwa durch die Anamnese oder Entlassungsbriefe von anderen Stationen.

In einem Interview ging hervor, dass die Wahrscheinlichkeit eines Delirs auf der Palliativstation in der Sterbephase anhand bisheriger Erfahrungswerte anzunehmen ist.

„Ob es ein Delir in der Vorgeschichte gibt. Bei uns ist die Wahrscheinlichkeit so hoch, dass man davon ausgehen kann. Natürlich in der Sterbephase ist es die Angst, die Anspannung, der Stress. Die sind alle in sehr herausfordernden Lebenssituationen. Außer es ist jetzt jemand so gefasst und blickt dem Sterben und dem Leiden so gefasst entgegen.“ (Interview I, Pos. 137-141)

Bestätigt wurde, dass das Delir nicht die Ausnahme, sondern eher das zu Erwartende in der Sterbephase ist. Diese Äußerung stellt eine Erklärung dar, warum keine delirspezifischen Assessment- und Screening-Instrumente verwendet werden. Die Erfahrung scheint hier vorrangig, wie einige beschrieben. Näherer Bezug wurde bereits im Kapitel 3.1.2 (Auf Erfahrung zurückgreifen) genommen.

3.1.5 Erkennungsschwierigkeiten

In den vorigen Kapiteln wurde darauf eingegangen, wie das Delir in der Sterbephase von DGKP erkannt wird und welche förderlichen und hemmenden Faktoren Einfluss nehmen können. Förderliche Faktoren, wie etwa der kollegiale Austausch oder die Erfahrung, wurden dabei konkret beschrieben. Es wurden bereits unterschiedliche Barrieren bei der Erkennung angeschnitten, die in diesem Kapitel vertieft betrachtet werden. Dabei wurde die Subkategorie „Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen einem hyper- oder hypoaktiven Delir“, identifiziert.

² ZOPA: Zürich Observation Pain Assessment - Schmerzeinschätzung bei mit kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen

Unterschiedliche Einflüsse, die die Erkennung zusätzlich erschweren, wurden von den Befragten beschrieben. Darunter fällt die Unterscheidung zwischen dem hyperaktiven und hypoaktiven Delir, doch es konnten noch weitere Einflüsse identifiziert werden. So spielen dienstfreie Tage, Urlaub oder die Tatsache, dass DGKP nicht für die Patient*innen zuständig waren, eine große Rolle. Auch der Beziehungsaufbau bzw. wie rasch dieser gelingt, nimmt Einfluss darauf, ob Patient*innen ihren Leidensdruck äußern, wenn sie noch dazu in der Lage sind. Werden Patient*innen über einen längeren Zeitpunkt betreut, auch wenn DGKP einige Tage nicht im Dienst waren, kann es die Erkennung von Verhaltensänderungen begünstigen.

Unterscheidung zwischen dem hyperaktiven und hypoaktiven Delir

Die Unterscheidung des hyperaktiven und hypoaktiven Delirs gestaltet sich, wie von den Interviewenden erwähnt, nicht immer eindeutig. Die befragten Personen gaben an, deutliche Schwierigkeiten bei der Erkennung des hypoaktiven Delirs zu haben und nannten dafür unterschiedliche Gründe, die im Folgenden aufgearbeitet werden. Grundsätzlich werden, wie von den befragten Personen berichtet, hauptsächlich hyperaktive Symptome erkannt.

„Wir erkennen ja nur dieses hyperaktive Delir. Das ist auch sicher das, was für die Mitarbeiter extrem herausfordernd ist.“ (interview I, Pos. 279-280)

Eine weitere DGKP gab Gründe an, die die Erkennung und Unterscheidung der Delirformen erschwert. Im Interview wurde deutlich, dass die Unterscheidung der hyperaktiven Form aufgrund der gleichzeitig vorhandenen Sterbephase zusätzlich als Erschwernis bei der Erkennung hervortreten kann.

„Ja, da würde ich mich echt nicht trauen, das zu behaupten, dass ich das erkenne, jetzt den Unterschied zwischen terminal und hypoaktiv Delir, das glaube ich fast gar nicht. Das Hyper ist glaube ich eher das Thema mehr. Wie gesagt vielleicht sind wir eh manchmal in einem hypoaktiven Delir und man kann es echt wirklich nicht.“ (Interview VII, Pos. 16-20)

Bei der Erkennung des hypoaktiven Delirs schilderten die DGKP übereinstimmend, es kaum bis gar nicht zu erkennen oder von anderen Zuständen differenzieren können. Eine weitere als Schwierigkeit angegebene Herausforderung ist die Gabe von sedierenden Medikamenten, die die Wahrnehmung beeinflussen.

„Das hypoaktive ist oft schwer zu erkennen. Gerade bei uns, wenn jemand einen Hydral- oder Dormicumperfusor hat. Ist es jetzt ein hypoaktives oder ist er jetzt gut eingestellt und ruhig und entspannt? Hypoaktives ist oft schwerer zu erkennen als umgekehrt.“ (Interview III, Pos. 14-17)

Wie sich bereits im Kapitel 3.1.1 (Synonyme und Beschreibungen) feststellen ließ, beschrieben DGKP vermehrt hyperaktive Symptome. Daraus lässt sich schließen, dass diese eher dem Delir zugeordnet werden. Eine detaillierte Betrachtung erfolgt im anschließenden Kapitel.

3.2 Wahrnehmung

Zuvor wurde beleuchtet, wie DGKP das Delir in der Sterbephase erkennen und welche Schwierigkeiten dabei auftreten. Bestimmte Symptome werden bewusst durch äußere Reize wahrgenommen und durch bereits erworbenes Wissen wird bewertet, ob es sich tatsächlich um ein Delir handelt. Die Wahrnehmung nimmt auf das Erkennen und weitere Interventionen Einfluss. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass die Begrifflichkeiten „Wahrnehmen“ und „Erkennen“ also nicht strikt voneinander zu trennen sind.

Klar wurde, dass primär hyperaktive Symptome wahrgenommen werden, DGKP vorrangig von Erfahrung profitieren und einer gewissen Ahnung bzw. ihrem Gefühl geleitet werden und dieses mit ihrem engen Kolleg*innenkreis besprechen, um Unsicherheiten zu beseitigen und das Delir zu erkennen.

Die Befragten gaben an, dass die Symptome sich vorrangig nachts zeigten. Einige begründeten das mit der Tatsache, dass tagsüber mehr Personen und Ablenkung vorhanden seien und abends bzw. nachts mehr Stille herrsche und die Gedanken kreisen können.

„In der Nacht anders als am Tag. Ich habe das Gefühl, ab 17 Uhr, werden Patienten oft unruhiger. Das ist so eine magische Zeit. [...] Alltag können sie das, manchmal, oft kaschieren und verstecken. Da sind so Phasen da merken, wo sie selbst merken es passt was nicht, wo sie selbst sagen, da ist irgendwas. Vor allem die Nacht ist für die meisten Patienten nicht angenehm. Es ist dunkel, es ist leise, man hört jedes Geräusch, man ist alleine.“ (Interview II, Pos. 95-101)

Andererseits wurde die vermehrt nächtliche Wahrnehmung unruhiger Phasen dadurch begründet, dass DGKP tagsüber viele Tätigkeiten erledigen müssen, wodurch ihre Aufmerksamkeit abgelenkt sein kann.

„So richtig zeigen tut es sich immer nur im Nachtdienst. Am Tagdienst, geht es teilweise unter, weil es einem gar nicht auffällt, weil man von einem Zimmer in die anderen Tätigkeiten hat. Da fällt es einem nicht so auf. Da ist es auch nicht so stark, bei den Patienten, weil sich auch für sie immer was tut. Da sind sie abgelenkt. Also ich erlebe es hauptsächlich immer in der Nacht.“ (Interview III, Pos. 67-72)

Das bedeutet, dass DGKP sowie die Palliativpatient*innen tagsüber durch unterschiedliche Interventionen abgelenkt sind und das Delir deswegen weniger wahrgenommen wird. Eine der befragten DGKP schnitt im Interview auch an, dass das Delir in der Sterbephase von den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich wahrgenommen werden kann.

„Es kommen ja Menschen ins Zimmer, Ärzte, Therapeuten. Sie sind mehr beschäftigt mit den verschiedensten Personen. Die verschiedensten Personen haben auch eine unterschiedliche Wahrnehmung, wie der Patient jetzt auch ist. Wenn wir jetzt sagen, die Nacht über war er so unruhig und die Physiotherapeutin sagt dann bei uns war er ganz gut. Der ist bei uns den ganzen Gang auf und ab gegangen. Also es schwankt so. Wo die Ergotherapeutin vielleicht sagt, naja ein bisschen hat er sich schon schwergetan. Die Ärzte sagen, der hat geschlafen, war alles ok. Da hat man wirklich so einen Verlauf, sehr unterschiedlich. Wo man denkt das kennt man gar nicht.“ (Interview II, Pos. 224-233)

Anhand des Interviewauszuges wird ersichtlich, dass DGKP die Sichtweisen verschiedener Berufsgruppen mitverfolgen und deutlich auf Verhaltensänderungen der Patient*innen achten. Durch Präsenz, vermehrte Interaktion während eines Dienstes sowie Absprache mit den Kolleg*innen erhofft man sich, einen ganzheitlichen Blick zu gewinnen, um das Delir wahrzunehmen und zu erkennen. Letzteres wird jedoch erschwert, da die eigene Wahrnehmung nicht durch andere bestätigt und infolgedessen möglicherweise hinterfragt wird. Andererseits ist die kollegiale Absprache eine Bereicherung, wie bereits im Kapitel 3.1.3 (Synonyme und Beschreibungen) angeführt.

„Ja, dass man sich gegenseitig bestärkt, unterstützt und auch präsent ist und nicht nur eine Anordnung gibt. Und sich einfach in seiner Wahrnehmung mit verschiedenen Menschen abgleicht.“ (Interview V, Pos. 350-352)

Wie DGKP das Delir in der Sterbephase wahrnehmen ist immer subjektiv und individuell zu betrachten. Folglich wird im nächsten Kapitel näher darauf eingegangen, wie das Delir in der Sterbephase und der damit verbundene Leidensdruck wahrgenommen wird.

3.2.1 Wahrnehmung des Leidensdrucks

Die befragten Personen sind sich einig, dass die Sterbephase eine herausfordernde Situation darstellt, die sich bei jedem Menschen unterschiedlich präsentiert. Das Sterben wird als Prozess gesehen, in dem, abhängig vom persönlichen Umgang der Patient*innen, Leidensdruck vorhanden sein kann.

„Die Menschen sterben auf unterschiedlichste Arten. Manche sterben ganz ruhig, entspannt. Manche gehen sehr schnell, manche sehr langsam. Man muss sich immer den Patienten anschauen, wie es ihm geht und ob er einen Leidensdruck hat. Es geht da jetzt nicht darum, wie es mir geht oder den Angehörigen damit geht, sondern wie es dem Patienten, der da betreut ist, damit geht.“ (Interview II, Pos. 178-182)

„Manche Menschen tun sich so schwer beim Gehen.“ (Interview II, Pos. 391)

DGKP sprachen zu Beginn des Delirs von akuten *Veränderungen der Affektivität und des Verhaltens*.

„Es ist eine Wesensveränderung, der Gesichtsausdruck, es ist die Mimik, es ist die Körperspannung, es ist die Motorik, es ist die Unruhe. Diese Falten im Gesicht. Angestrenzte Gesichtsmuskulatur, geöffnete Augen, Angst, Misstrauen. Aggression, im weitesten Sinne, Abwehrhaltung, Ablehnung, Misstrauen. Du brist eine Therapie, was ist das? Anspannung, Rückzug oder halt ganz viel Unruhe, nesteln. Immer wieder aufstehen, nicht sitzen bleiben wollen.“ (Interview I, Pos. 126-132)

„Ja, dieses, ich habe das immer das innere Verglühen genannt. Wo man das Gefühl gehabt hat, die Leute haben keinen Platz mehr.“ (Interview IV, Pos. 50-51)

Ebenfalls wurde in den Interviews von einer *veränderten Wahrnehmung* der Patient*innen berichtet. DGKP gaben an, dass Patient*innen plötzlich neben sich standen und einen eindruckslosen, hilfesuchenden oder auch verwirrten Blick aufwiesen. Auch *Halluzinationen* können, wie von den Befragten beschrieben, präsent sein.

Ebenfalls nahmen die Interviewteilnehmer*innen *kognitive Defizite in Form der eingeschränkten Kommunikation* wahr, die den Umgang mit den Patient*innen erschwerte.

„Die nicht direkt sagen können, was los ist. Wo man dann anfangt mit den verschiedensten Symptomen und sich eigentlich nicht auskennt was los ist. Sie formulieren es nicht konkret und man muss zwischen den Zeilen lesen lernen.“
(Interview VI, Pos. 7-10)

„Wenn du die Patienten gar nicht in ihre Ruhe bringen kannst. Wenn du sie mit nichts in ihre Mitte wieder kriegst und sie selber das nicht benennen können.“
(Interview VIII, Pos. 72-73)

Darüber hinaus sprachen die Interviewer*innen von *psychomotorischen Veränderungen*, hauptsächlich von einer *getriebenen Unruhe*, die sich unter anderem im ständigen Bewegungsdrang äußerte. Einige der DGKP beschrieben diesen als ständiges Aufstehen, -setzen und Hinsetzen.

„An totale Unruhe, dieses Auf und Ab bei den Patienten, dieses Aufstehen, Hinsetzen, Hinlegen, wieder Aufstehen. Und wirklich zu beobachten, dass die ganz arm sind, weil sie nicht in diese Ruhe finden und selber nicht wissen wo das herkommt, was das mit ihnen macht.“ (Interview VIII, Pos. 6-9)

„Die Leute fühlen sich dann so eingesperrt, festgehalten, eingesperrt.“
(Interview I, Pos. 301)

Verknüpft mit der Sterbephase erklärten sich die Befragten das Auftreten des Delirs mit dem Willen, vor dem Versterben noch etwas erledigen zu müssen.

„[...] dass wenn man zum Beispiel sagt, er muss jetzt auf die Bank noch irgendwas mit dem Geld erledigen. Oder der Bus wartet, mit den gepackten Koffern. Irgendwas in diese Richtung.“ (Interview IV, Pos. 35-38)

Im Wesentlichen beschrieben die befragten Personen somit hauptsächlich das hyperaktive Delir. Zudem wurde von den DGKP angegeben, dass das Auftreten des Delirs eine Belastung für alle Beteiligten darstelle.

„Ja und ich find eher belastender für, glaube ich, alle Beteiligten in der Pflege und alle rundherum eigentlich und Angehörige ist halt das hyperaktive Delir. Das ist es auf jeden Fall.“ (Interview VII, Pos. 22-24)

„Das ist was ich mit dem Delir eher in Verbindung setze als das Hypoaktive, weil es auch das ist was mehr belastet. Das Hypoaktive ist jetzt für die Pflege nicht so belastend, weil ja nichts passiert. Da macht man zwar die normalen Tätigkeiten, wie umlagern und alles, aber es ist nicht diese Belastung wie das hyperaktive Delir.“ (Interview III, Pos. 8-12)

Schlussendlich lässt sich daraus schließen, dass das hyperaktive Delir aufgrund der Wahrnehmung des Leidensdrucks präsenter erscheint. Die im Zuge dieses Kapitels aufgezeigten Aussagen deuten zudem darauf hin, dass das hyperaktive Delir in der Sterbephase als besonders belastend empfunden wird. Hinzuzufügen ist, dass hypoaktive Symptome nicht mit dem Delir in Verbindung gebracht, sondern eher dem Sterbeprozess zugeordnet werden. Darauf wurde bereits im Kapitel 3.1.5 (Erkennungsschwierigkeiten) Bezug genommen. Diese Erkenntnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, angemessene Interventionen zur Symptomkontrolle zu entwickeln, um den betroffenen Patienten in der Sterbephase eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen. Im folgenden Kapitel werden daher verschiedene Interventionen zur Symptomkontrolle näher erläutert, die gezielt auf die Behandlung von Delir-Symptomen und die Linderung des Leidensdrucks abzielen.

3.3 Interventionen zur Symptomkontrolle

Welche der Interventionen angewendet wird, ist situationsabhängig und an den Patient*innenwunsch angepasst. Das setzt voraus, dass DGKP ihr Repertoire der organisatorisch möglichen Interventionen, die auf bereits gemachten Erfahrungen und erworbenem Wissen beruhen, kennen und anwenden können.

„Ja, dieses versuchen hineinzuhorchen, was ist es jetzt, was es wirklich braucht. Ist es ein Medikament oder ist es ein Öl oder ist es eine Massage [...]? Wenn es dann umschwenkt und du das Vertrauen des Patienten gewonnen hast, das ist dann schon eine Genugtuung, muss ich sagen.“ (Interview VI, Pos. 297-302)

Das Delir erfordert eine rasche Situationsanpassung, die von den DGKP eine schnelle Auffassungsgabe zur Erkennung und Wahrnehmung des Delirs verlangt. In einem Interview wurde deutlich, dass es von Vorteil ist, die betroffenen Patient*innen bereits zu kennen und dahingehend individuell angepasste Interventionen zu setzen.

„Es macht auch einen Unterschied, ob man einen Menschen schon längere Zeit begleitet hat, wo der eigentlich bei guter Orientierung war, voller Bewusstsein und dann kommt diese Phase. Da hat man dann schon einen anderen Bezug, als du lernst jemanden kennen, der in der Phase ist, du kennst, ihn vorher nicht. Für mich macht das schon einen Unterschied, wenn ich ihn vorher kenne kann ich darauf anknüpfen. Ich weiß, was sie mag oder nicht mag. Das ist schon auch einfacher dann.“ (Interview II, Pos. 144-150)

Grundsätzlich sprachen die DGKP von verschiedenen pharmakologischen und nicht pharmakologischen Interventionen, die als Subkategorien codiert worden sind und in den weiteren Kapiteln näher beschrieben werden.

3.3.1 Nicht pharmakologische Interventionen

Einer der Grundgedanken in Palliative Care, bei der Versorgung eines Menschen mit einem Delir auf der Palliativstation, ist der *personen- und würdezentrierte Ansatz*. Dieser beinhaltet auch, die Rolle der *DGKP als wichtige Bezugsperson*, der man sich anvertrauen und öffnen kann. Ebenso wird der *Einbezug der Angehörigen* eher als Ressource für die Patient*innen und schlussendlich für die DGKP gesehen, um die Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen zu wahren.

Neben der *Präsenz und Observanz* sprachen die Teilnehmenden von *Hilfsmitteln*, die auf der Station eingesetzt werden. Dabei wurden der Einsatz von Sensormatten, Lichtbalken oder auch einer Sitzwache angemerkt. Das Bereitstellen von patientenbezogenen Hilfsmitteln, so erzählte eine Teilnehmende, dient dazu den Patient*innen wieder Orientierung zu bieten.

„Und ansonsten, dass sie Hilfsmittel bereitstellen. [...] Zähne, Brille, Hörgeräte.“
(Interview VII, Pos. 266-268)

Eine weitere DGKP sprach auch von der Anwendung der basalen Stimulation oder der atemstimulierenden Einreibung, die beruhigend auf Patient*innen wirken können. Zudem wird vom Einsatz komplementärer Methoden, wie der Aromapflege, angesprochen.

Ebenfalls wurde der Einbezug anderer Berufsgruppen und Personen, sprich der *interdisziplinären Zusammenarbeit und Ehrenamtlichen*, beschrieben. Im folgenden Interviewauszug wurde von einer DGKP erläutert, dass der Einsatz der Ehrenamtlichen eine Bereicherung darstelle, um Situationen abzufangen.

„Dann haben wir auch ehrenamtliche Mitarbeiter. [...] Die sehr gut geschult und ausgebildet sind und die fixen Zeiten bei uns haben, wo sie mit dem Patienten sprechen und ihre Sorgen und Nöte [...]. Da gibt es dann auch welche, die für besonderen Bedarf kommen. Die kann man dann anrufen und fragen: Hättest du Zeit am Samstagabend? Manche kommen auch am Abend, da ist der Gesprächsbedarf besonders hoch. Die können dann oft schon was abfangen, die ehrenamtlichen Mitarbeiter.“ (Interview I, Pos. 266-273)

Personen- und würdezentrierter Ansatz

Deutlich erkennbar ist, dass der personen- und würdezentrierte Ansatz eine tiefe Verankerung bei den DGKP auf der Palliativstationen aufweist. Die entsprechende *Haltung* der DGKP, die *Kommunikation* und das *Annehmen der Persönlichkeit* der Patient*innen wurde von der befragten Person, wie anschließend erläutert, als grundlegend für die personenzentrierte und würdezentrierte Pflege von Patient*innen mit einem Delir in der Sterbephase beschrieben.

„Ich denke es ist sehr wichtig, dass man selber eine entsprechende Haltung hat, dass man Ruhe bewahrt, dass man ruhig, sicher und bestimmt klare Anweisungen gibt, langsam spricht, kurze Sätze, mit dem Namen anspricht. Also alles was man bei würdezentrierter Pflege auch macht. Diese Akzeptanz der Persönlichkeit, die Annahme des Patienten mit seinem Umfeld. Ruhe vermitteln, Sicherheit vermitteln, Freundlichkeit vermitteln, Verständnis. Dann auch Zustimmung, da haben Sie ganz recht. Meinen Sie das so oder habe ich das richtig verstanden. Nachfragen. Diese

Kommunikationstools. Kommunikation ist sehr wichtig. Natürlich sind 80 Prozent nonverbal und 20 Prozent verbal, und ich glaube 10 Prozent kommen auch wirklich an. Diese Sicherheit, diese Ruhe, Freundlichkeit, diese Haltung. Ich will Ihnen was Gutes tun oder das wird Ihnen helfen.“ (Interview I, Pos. 146-156)

Anwesenheit und sich die Zeit zu nehmen, scheint für die Befragten von großer Bedeutung für die bedürfnisgerechte und individuelle Versorgung von Palliativpatient*innen zu sein. Eine der interviewten Personen gab an, wie wichtig es sei, ruhig und *authentisch zu wirken*, da sich die hektische Stimmung ansonsten auf die Patient*innen überträgt.

“Tender, Love and Care. [...] Also ganz wichtig ist Anwesenheit und Zuhören und nicht weggehen. Versuchen ruhig zu sein, jetzt nicht hektisch und dem Patienten bloß nicht das Gefühl geben man hat keine Zeit oder ist genervt oder man hält das gerade nicht aus oder so.“ (Interview VIII, Pos. 152-156)

Die Authentizität spiegelt sich auch in der Patient*innen-Pflegeperson-Beziehung wider. Eine DGKP äußerte sich dazu und schilderte, wie wichtig es sei, zu erkennen, ob man selbst noch genügend Kapazität für die Auseinandersetzung mit manchen Patient*innen in gewissen Situationen hat. Wenn nicht, müsse man sich eingestehen, dass ein*e Kolleg*in womöglich besser und bedarfsgerecht auf die Situation eingehen kann. Diese Form der Selbsteinschätzung beugt einer Verschlechterung des Zustands der Patient*innen vor, denn bei starker Erschöpfung hat man einen negativen Einfluss auf deren Wohlbefinden.

„Was die Kollegen anbelangt, ich denke man hat immer zu den Patienten einen gleich guten Zugang. Und manches Mal, ist man einfach schon erschöpft, wie soll ich sagen, genervt. Und gerade Leute im Delir merken das sehr stark, reagieren stark auf das. Somit ist es einfach den anderen schicken kann, der das auffängt. Weil ich sonst das Gefühl habe, dass man die Leute sonst noch mehr aufwühlt und noch mehr aufputscht. Und da kommen oft so viele Erinnerungen, die wir gar nicht beeinflussen können. Was vielleicht aus der Vergangenheit, unerledigte Sachen. Wo der eine oder andere den Patienten daran erinnert und ein anderer kann das viel besser abfangen, von meinem Gefühl her.“ (Interview IV, Pos. 124-133)

Aufgrund einer guten Beziehungsgrundlage ist ein situationsabhängiges Begleiten der Palliativpatient*innen und *Mitauhalten* deren Zustands und derer Gefühle im Hier und Jetzt möglich. Das ist für die betroffenen Personen von großer Bedeutung.

„Ich versuche Zuwendung zu geben. Da zu sein und eigentlich Auszuhalten, weil was anderes ist es dann nicht. Versuche dann halt auch komplementär bisschen was. Meistens ist dann schon diese Zuwendung, Dasein etwas. Ich meine, du kannst es nicht einfach wegnehmen, ein Delir, es ist ja trotzdem vorhanden. Ein bisschen Sicherheit zu geben.“ (Interview V, Pos. 98-102)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die eigene Haltung, sich auf Situationen einlassen zu können, Prioritäten für den/die Patient*in zu setzen und authentisch zu wirken, besonders bedeutsam für die DGKP in der Versorgung eines Delirs in der Sterbephase sind. So wird sichergestellt, dass Patient*innen in diesen herausfordernden Situationen adäquat begleitet werden.

Einbezug der Angehörigen

DGKP betonten, dass der Einbezug der Angehörigen eine bedeutsame Ressource und Intervention während des Auftretens des Delirs ist. Sie nehmen in diesem Kontext eine unterstützende Rolle für die Patient*innen und DGKP ein. In diesen krisenhaften Situationen helfen sie dabei, den Patient*innen *Orientierung zu bieten, die Kommunikation zu fördern, Sicherheit zu vermitteln und emotionalen Halt zu geben*. Insbesondere für DGKP kann der Einbezug der Angehörigen eine große Hilfe darstellen, um die Bedürfnisse der Patient*innen zu wahren und eine passende Versorgung zu gewährleisten.

Von den Interviewten wurde beschrieben, dass Angehörige wichtige Informationen in Bezug auf verändertes Verhalten und Gewohnheiten der Patient*innen übermitteln, vorausgesetzt es besteht eine intakte Beziehung. Welche Personen als „Angehörige“ bzw. „Familie“ definiert sind, wird von den Patient*innen gewählt und ist unabhängig von der klassischen Familienanschauung zu sehen. Diese Einblicke in Verhaltensänderungen durch Beobachtung oder Erfahrung sind wichtige Informationen, wie von einer DGKP geschildert:

„Mir ist auch die Meinung der Angehörigen wichtig. Dass ich sage, wie war der sonst oder wie ist Ihre Frau sonst. Wie haben Sie sie sonst erlebt und wie erleben Sie es jetzt? Wie ist das für Sie?“ (Interview II, Pos. 158-161)

Die Informationen sind mitunter ausschlaggebend für das Erkennen und weitere Therapieansätze beim Delir in der Sterbephase.

Die ganzheitliche palliative Versorgung verlangt den Einbezug des Umfelds, im Sinne der *Zusammenarbeit mit den Angehörigen*, denn das hat in Folge Einfluss auf das Wohlbefinden der Patient*innen.

„Man muss auf das Umfeld auch einwirken. Oft sind die Angehörigen auch besorgt. Da muss man die Angehörigen gut mitbetreuen. Das ist im palliativen Setting überhaupt ganz wichtig. Unser Credo ist es auch, ist es für den Angehörigen gut, dann ist es auch für den Patienten. Man muss schauen, dass das ganze Umfeld betreut ist.“ (Interview I, Pos. 166-170)

Schlussendlich wurde anhand der Interviews deutlich, dass der Einbezug der Angehörigen auch bedeutet, sie *aufzuklären* und zu *informieren*, damit sie den/ die Patient*in adäquat begleiten können.

„Und bei den Angehörigen ist es wichtig, die zu informieren, wie ein Verhalten zu deuten ist. Warum benimmt der sich jetzt so?“ (Interview I, Pos. 199-200)

Hervorgehoben wurde, dass der Einbezug der Angehörigen vor allem *nachts eine Ressource* sein kann. DGKP berichteten, dass es auf beiden Stationen die Möglichkeit gebe, Angehörige nachts mitaufzunehmen, damit sie Patient*innen in dieser schwierigen Phase begleiten können.

„Wir haben den großen Vorteil, wir können die Angehörigen mitaufnehmen. Wenn die hier übernachten und teilweise anwesend sind, ist das eine unglaubliche Bereicherung, weil ich immer denke, es ist in dieser Phase jemand Vertrauter da, der einem Sicherheit bietet und Stimme bietet.“ (Interview IV, Pos. 107-111)

Der Einbezug der Angehörigen bedeutet zudem eine *Entlastung im Arbeitsalltag* für die DGKP. Das ist vor allem nachts der Fall, da hier weniger Personal zur Verfügung steht und eine höhere Observanz der Patient*innen benötigt wird. Anwesende Angehörige können hier gezielter und schneller reagieren und so bestimmte unter anderem patient*innengefährdende Situationen abfangen.

„Ja, für mich ist es deswegen eine Entlastung, weil die Stürze weniger sind. Natürlich können sie immer noch passieren, aber dass jemand dort ist. Der kann sofort läuten, wenn er merkt, dass der unruhig wird.“ (Interview II, Pos. 277-279)

Anders sieht es jedoch aus, wenn es keine intakte Beziehung zum/zur Patient*in gibt. In diesem Fall wirken die Angehörigen destabilisierend auf den/die Patient*in. Für die Interessen der Patient*innen einzustehen (*„der Anwalt der Patient*innen sein“*), und diese zu vertreten, ist für die DGKP entscheidend, somit wird darauf geachtet, welche Beziehung die begleitenden Personen zu den Betroffenen haben.

„Angehörige können tatsächlich eine super Ressource sein [...], wenn die Beziehung zu dem Patienten gut ist. Wenn die Beziehung zu dem Patienten eine Katastrophe ist, dann wird das auch keine Verbesserung bringen. Und das ist dann wirklich auch schwierig, den Angehörigen zu erklären, dass sie bitte gehen müssen. Auch als Anwalt des Patienten, ihn zu schützen, dass man den nicht noch weiter destabilisiert. Wäre schon super, wenn alle Familien gut wären für ihre Patienten, aber das sind sie nicht.“ (Interview VI, Pos. 151-158)

Doch DGKP bewahren nicht nur die Patient*innen vor negativen Einflüssen, sie spielen auch in der Wahrnehmung der Sterbephase eine wichtige Rolle. Wie Angehörige der Sterbephase und infolgedessen dem Tod des/der Patient*in gegenüberstehen, wird durch die Begleitung und Betreuung der DGKP beeinflusst. So schilderte eine DGKP, dass es wichtig sei, die Angehörigen, die verbleiben, im Guten zu belassen und den Leidensdruck dieser zu mindern.

„Wir haben in der Sterbephase oder Terminalphase so viel Angehörigenbetreuung. Den Angehörigen das Gefühl zu geben, dass sie die Sachen, die sie machen gut machen. Es ist so wichtig, die Menschen, die bleiben, auch mit einem guten Gefühl, sie nicht belastet zu sehen.“ (Interview II, Pos. 406-409)

Angeichts dieser Aussage lässt sich zu dem Schluss kommen, dass das gesellschaftliche Bild des Sterbeprozesses sowie seiner Wahrnehmung durch die Begleitung von DGKP beeinflusst wird. Die Begleitung der Palliativpatient*innen in der Sterbephase verlangt eine umfassende und ganzheitliche Betreuung und Versorgung der Patient*innen unter Einbezug des Umfeldes.

3.3.2 Pharmakologische Interventionen

Das Delir in der Sterbephase kann, wie bereits im Kapitel 3.2.1 (Wahrnehmung des Leidensdrucks) dargestellt, eine erhebliche Belastung für alle Betroffenen sein. Der Einsatz von Medikamenten wurde als effektive Methode genannt, um das Leid zu minimieren und Symptome abzufangen.

„Das Delir stört mich nicht so, weil ich weiß, dass man dagegen was machen kann. Das ist etwas, wo ich weiß, da habe ich Medikamente, da kann ich die geben. Wenn ich die rechtzeitig gebe, kann ich was abfangen. Natürlich, das ist überhaupt kein Thema, dass mit die Patienten leidtun und dass ich schaue und erkenne dass ich früh abfange, damit es gar nicht weitergeht.“ (Interview VI, Pos. 117-121)

Andererseits betonte eine DGKP, dass es durchaus belastend empfunden werden kann, wenn die medikamentösen Interventionen ausgeschöpft sind und das Leid des/der Patient*in nicht gelindert werden kann.

„Finde es schon sehr immer belastend, wenn man nicht greifen kann, wo es hingeht. Vor allem wenn man dann so machtlos dasteht und man gezwungen ist zu versuchen.“ (Interview V, Pos. 49-51)

Deutlich wurde, dass bei zunehmendem Leidensdruck und Symptomlast von Patient*innen ein erhöhter Handlungsdruck besteht, medikamentös zu intervenieren. An dieser Stelle darf nicht außer Acht gelassen werden, dass hauptsächlich hyperaktive Symptome wahrgenommen werden. Im Kapitel 3.2.1 (Wahrnehmung des Leidensdrucks) wurde erkenntlich, dass der Leidensdruck primär mit hyperaktiven Symptomen in Verbindung gebracht wird.

„Ich meine das Hyperaktive kann ich, glaube ich, gut einschätzen aber das hypoaktive kann ich nicht zuordnen. Manchmal denke ich mir, ist es eine Form von Rückzug, wollen die Leute einfach ihre Ruhe haben. Vielleicht sind sie eh nur entspannt. Ich erkenne es nicht. Ich weiß dann auch nicht, ob das Behandlungsbedarf hat [...]“ (Interview II, Pos. 366-370)

Daraus lässt sich, wie bereits erläutert, ableiten, dass das hypoaktive Delir, im Gegensatz zum hyperaktiven, seltener Handlungsdruck auslöst, da DGKP es kaum bis gar nicht wahrnehmen.

Während einige DGKP angegeben haben, dass Medikamente das erste Mittel der Wahl seien, sprachen andere wiederum primär von nicht medikamentösen Interventionen, wie etwa dem Einbezug der Angehörigen, Anwesenheit und Mitaushalten. Grundsätzlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine der Maßnahmen bevorzugt, sondern vielmehr dass diese situationsabhängig gewählt wird. An dieser Stelle ist anzunehmen, dass die Auswahl womöglich vom Erfahrungsschatz und dem vorhandenen Wissen der DGKP in Bezug auf diese Situationen beeinflusst wird.

„Dabeibleiben. Es mitaushalten. Und wenn es wirklich nicht mehr zum Aushalten ist, erst wirklich dann medikamentös intervenieren.“ (Interview VI, Pos. 141-143)

„Das erste Mittel der Wahl ist, glaube ich, schon medikamentös.“ (Interview VII, Pos. 144)

Die bevorzugte Auswahl der pharmakologischen Intervention scheint in gewissen Maßen auch von *personellen Ressourcen* abhängig zu sein, auf diese vor allem nachts zurückgegriffen werden kann, wie von einer befragten Person geschildert.

„Wenn man das einhalten will, dann geht es nicht ohne medikamentöse Unterstützung. Im Nachtdienst vor allem. Ein anderer braucht ja auch. Selbst zu zweit geht sich das nicht aus.“ (Interview III, Pos. 179-181)

Eine befragte Person deutete an, dass es den DGKP nicht darum gehe, die Patient*innen ruhigzustellen, sondern eine *Risiko-Nutzen-Abwägung* stattfinde. Dabei ist ihnen allerdings auch bewusst, dass bestimmte Medikamente delirfördernd wirken können.

„Die Leute sind auf der Palliativstation und haben sehr viele Medikamente und Therapien. Fast alles von dem, was sie bei bekommen, ist delirfördernd. Leider. Das ist halt diese Kosten- Risikoabwägung. Einerseits die Schmerzfreiheit, Symptomlinderung, das Wohlbefinden, die Lebensqualität. Auf der anderen Seite diese Nebenwirkungen, die sein können.“ (Interview I, Pos. 115-119)

Vielmehr bedeutet der Einsatz von Medikamenten, den Patient*innen zu ermöglichen, Symptome zu mindern oder zu durchbrechen, um die Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu erhalten. Eine Befragte betonte die Bedeutung einer klaren

Kommunikation über die pharmakologischen Optionen und die anschließende Entscheidungsfreiheit der Patient*innen.

„Dass man fragt: Haben Sie Angst? Dass man das anspricht und nicht um den heißen Brei redet. Haben Sie Angst, kann ich Ihnen was gegen die Angst bringen, wie fühlen Sie sich da drinnen, dass Sie bisschen zur Ruhe kommen, bisschen schlafen können. Dass man am Anfang ein Schlafmittel gibt und beobachtet, wie es ihnen mit dem Schlafmittel gegangen ist. Sind Sie am nächsten Tag erholt? Das ist die eine Möglichkeit.“ (Interview II, Pos. 187-192)

Wiederum andere DGKP sprachen davon, dass es in manchen Situationen notwendig sei, für die Patient*innen die selbstgefährdend handeln, eine Entscheidung zu treffen.

„Wobei ich finde, dass die Medikation auch wichtig ist, weil sie haben so eine Unruhe in sich, eine Unruhe im Kopf, dass sie sich selbstgefährden. Das gehört auch, die müssen vor sich selbst geschützt werden.“ (Interview II, Pos. 122-124)

„Und wenn es dann gar nicht mehr geht muss man eh mit Medikamenten unterstützend. Es ist ja auch selbstgefährdend. Da brauchst du dann Medikamente auch, damit du ihn einmal runterholst. Dass er sich mal entspannen kann und dann mal schauen in der Wachphase, ob es ihm besser geht.“ (Interview III, Pos. 114-117)

Hervorgehoben wurde auch, dass bestenfalls mit den Patient*innen vorab besprochen wird, welche medikamentöse Interventionen in bestimmten Situationen, je nach Krankheitsbild, angewandt werden können. Die Palliative Sedierung ist eine Möglichkeit, die eine ausführliche Aufklärung und Information vorab nötig macht.

Palliative Sedierung

Im Leitfaden wurde diese Maßnahme aufgegriffen, da herausgefunden werden sollte, welchen Standpunkt, die DGKP zur palliativen Sedierung während des Auftretens des Delirs haben und ob es Abweichungen innerhalb des Teams gibt. Erkenntlich wurde, dass die palliative Sedierung auf beiden Palliativstationen zum Einsatz kommt. Als Grundvoraussetzungen für die Anwendung einer palliativen Sedierung gaben die teilnehmenden Personen die vorab durchgeführte ausführliche *Aufklärung und Einwilligung der Patient*innen* an. Der Wunsch der Patient*innen ist hier vorrangig.

„Also, es muss schon vorher abgeklärt sein, finde ich jetzt. Also ich finde, nicht das Mittel der Wahl ist jetzt, wenn jemand desorientiert ist, dass die Erstindikation die

Palliative Sedierung ist. Das muss schon vorher abgeklärt worden sein, ob das der Wunsch von dem Patienten ist [...], dass er sediert wird. Also, dass er das auf keinen Fall möchte.“ (Interview VII, Pos. 153-157)

Eine der DGKP beschrieb im Interview beispielhaft den Vorgang von der Patient*inneneinwilligung bis zur tatsächlichen Durchführung der palliativen Sedierung der Patient*innen. Dadurch wurde ein konkreter Einblick in den Ablauf bis zur palliativen Sedierung geschaffen.

„Der Patient sagt es der Pflege, weil wir halt doch sehr viel da sind. Und dann wird es ärztlicherseits besprochen, der Leidensdruck, der haltet es nicht mehr aus. Was wäre, wenn ihr die Palliative Sedierung vorschlagt. Da muss halt der Patient entscheidungsfähig sein. So hatte ich es jetzt vom Ablauf öfter. Wenn der Patient das Wissen hat über Palliative Sedierung. Es wird ja dann meistens dann im ärztlichen Gespräch dann konkret angeboten und dann dauert es dann eh meistens noch ein bis zwei Tagen, bis die Entscheidung tatsächlich da ist: Ja ich möchte eine Palliative Sedierung.“ (Interview V, Pos. 193-200)

Hier wird nochmals ersichtlich, welchen Einfluss die Pflege-Patient*innen-Beziehung hat und wie diese dazu beitragen kann, dass Patient*innen ihre Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse äußern und sie den DGKP anvertrauen.

Die Anwendung einer palliativen Sedierung verlangt von den Fachkräften eine kontinuierliche Evaluierung der Sedierungstiefe sowie die Erfassung des Leidensdrucks. Eine teilnehmende Person schildert außerdem, wie die Palliative Sedierung auf ihrer Station dokumentiert wird und auf welche Art und Weise die Evaluierung des Zustandes erfolgt.

„Also diese eine Skala, wo auch drinnen steht, wie tief sie sediert sind. Und auch (...) da steht immer wie hoch der Leidensdruck ist. Das wird immer dokumentiert, auch von den Ärzten dokumentiert, das wird immer begründet. Wir machen es dann auch schon, dass wir die Leute erst einmal leicht sedieren und auch wieder aufwachen lassen, um zu schauen, wie es ihnen damit geht. Und wenn wir merken, dass die davon überhaupt keinen Benefit von dem Wachsein mehr haben.“ (Interview VIII, Pos. 202-208)

Eine im Interview von einer DGKP thematisierte Herausforderung ist die fortlaufende Dokumentation und Übergabe des Wunsches einer palliativen Sedierung der Patient*innen, die vorab ausführlich aufgeklärt worden sind. Betont wurde dabei die Schwierigkeit, relevante Dekurse wiederzufinden oder mündlich Information weiterzugeben, da dies nicht immer reibungslos erfolgt.

„[...] ich habe den Patienten nicht so viel betreut eigentlich, zumindest nicht wo das schon so akut war, dass das mit ihm schon besprochen wurde, bevor das alles angefangen hat, dass er eine Palliative Sedierung wünscht. Das hat nur keiner gewusst. Nur ist das dann irgendwie unter gegangen bei den Übergaben. [...] Die Dekurse rutschen dann immer weiter nach unten.“ (Interview VII, Pos. 162-168)

Eine rechtzeitige Einwilligung gestaltet sich aufgrund der teilweise kurzen Lebenszeit schwierig. Wird der Blick auf die Patient*innen gerichtet, stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt für eine Aufklärung zur palliativen Sedierung ist. Die korrekte Einschätzung des Ist-Zustands verlangt vom Team eine schnelle Erfassung des Krankheitsbildes, der Symptome und des aktuellen Befindens der Patient*innen. Ist die Entscheidung nicht mehr eindeutig, wird diese in einer *interdisziplinären Besprechung* aufgegriffen.

„[...] wir machen ja meistens diese Mittagsbesprechung, da besprechen wir das dann, wenn das nicht ganz so klar ist.“ (Interview VIII, Pos. 199-200)

Unter den zuvor genannten Grundvoraussetzungen geben einige DGKP an, dass sich die Anwendung der Sedierung ohne vorhergehende Aufklärung und Zustimmung der Patient*innen aus ethischer und rechtlicher Perspektive bedenklich gestaltet und die Entscheidung daher nicht leichtfertig getroffen wird.

„[...] das Problem ist: Palliative Sedierung wenden wir meistens an und sprechen das vorher mit dem Patienten ab. Und die Frage ist, ob bei einem mit Delir das überhaupt möglich ist, ob er das begreift worum es geht. Dann ist es natürlich fatal einen zu sedieren, der weiß gar nicht, worum es geht.“ (Interview VIII, Pos. 188-192)

„Und dann glaube ich auch, dass es für eine Palliative Sedierung ein Einverständnis des Patienten geben muss. Und das kriegst nicht mehr. Und daher ist es schwierig sich auch rechtlich abzusichern, das war jetzt notwendig.“ (Interview VI, Pos. 207-210)

Wiederum andere Befragte äußerten, die palliative Sedierung auch zu verwenden, wenn der Leidensdruck der Patient*innen unerträglich ist. Die hier getroffene Annahme, dass *bei erhöhtem Leidensdruck, der Handlungsbedarf steigt*, bestätigte sich bereits bei der Anwendung der pharmakologischen Interventionen. Hier ist die Wahrnehmung und Einschätzung des Gesundheitspersonals gefragt und DGKP leisten hier einen wichtigen Beitrag.

„[...] diesen Leidensdruck, wie ihn die Patienten haben. Und irgendwo ist auch die Grenze von den Pflegepersonen erreicht, wo man das Gefühl hat, Palliativpflege heißt ja Lebensqualität bis zum Ende zu bieten. Und wenn ich kein Instrument mehr habe und keinen Zugang mehr habe, dass das eine Qualität hat und nur mehr eine Qual ist, dann frage ich mich schon, was dagegenspricht.“ (Interview IV, Pos. 148-153)

„Genau, wenn dann nur mehr ein Leiden ist und der Patient so gar nicht mehr aus diesem Delir herauskommt, dann finde ich, da wurde auch eine Palliative Sedierung begonnen und dass dann schon gepasst auch hat.“ (Interview VII, Pos. 171-173)

Eine interviewte Person sprach ebenfalls davon, dass die Palliative Sedierung auch als *emotionale Entlastung* gesehen werden kann, um den Leidensdruck aller Beteiligten und Angehörigen zu mindern.

„Und wenn das echt nicht mehr durchbrochen werden kann und das echt schon über Wochen geht. Und für alle Beteiligten und vor allem für die Angehörige massiv belastend wird und sie gar nichts mehr tun kann.“ (Interview VII, Pos. 176-178)

„Aber bei der palliativen Sedierung ist es tatsächlich so, wo ich in dem Moment, wo der Mensch es nicht mehr aushält, ein Instrument habe, ihn zu beruhigen. Manches Mal, wenn er am nächsten Tag, das ist ja nicht dass er durchgehend schlafen gelegt wird, sondern man kann ja dann wieder zurückfahren. Aber dann am nächsten Tag schaut die Welt auch wieder ganz anders aus. Und man hat ihm diesen Druck und dieses Leid weggenommen.“ (Interview IV, Pos. 161-166)

Schwierig gestaltet es sich, den für die DGKP „richtigen“ Zeitpunkt für den Beginn einer palliativen Sedierung zu bestimmen. Eine der Befragten meinte, dass diese häufig zu spät angewandt wird und dadurch der Leidensdruck der Patient*innen zunehmen kann.

„Prinzipiell glaube ich, dass es ist gut. Sie kommt zu spät meistens. Man könnte es, glaube ich, mit einer schnelleren, rascheren Intervention durchbrechen. Und wir handeln uns, da gehöre auch ich sicher dazu, immer wieder viel zu lange mit dem Delir aufbau, halten wir uns auf, bevor wir tatsächlich hineinfahren. Was ja einerseits gut ist, andererseits auch zum Leid des Patienten beiträgt.“ (Interview VI, Pos. 199-204)

Im Interview sprach die DGKP weiter an, dass es zu einer späten Anwendung der Palliativen Sedierung kommt, da das Delir zu spät erkannt wird.

„Ja wir erkennen es zu wenig. Es wird zu wenig formuliert, klar auch ausgedrückt. Ich glaube, das ist jetzt so ein Delir. [...] es ist jetzt nicht ausformuliert.“ (Interview VI, Pos. 205-207)

Diese Aussage einer DGKP unterstreicht die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung des Delirs, um rechtzeitig intervenieren und so das Leid der Patient*innen lindern zu können. Gleichzeitig schilderte sie, dass vieles auf Erfahrung beruht, so auch die palliative Sedierung. Diese würde aus dem Grund unterschiedlich rasch oder auch zu spät angewendet werden.

„[...] es ist total schwierig, es auch zu erkennen. Manche sind viel schneller mit der Sedierung da. Wirklich schnell. Und andere lassen sich so Zeit und hoffen dann, es kommt der Tagdienst eh bald und die machen das dann schon. Was auch nicht gut ist, weil es dem Patienten damit einfach nicht gut geht und das ist nicht gut.“ (Interview VI, Pos. 220-224)

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die Entscheidung zum Zeitpunkt des Beginns einer palliativen Sedierung und zu deren Anwendung sich nicht pauschal für die Patient*innen treffen lässt, auch wenn vorab eine Aufklärung und genaue Definition des Einsatzes festgehalten wurde. Wie bereits erwähnt, verlangt das Auftreten des Delirs eine situationsabhängige Intervention, die auf Erfahrung beruht und mit anderen Kolleg*innen und Fachkräften interdisziplinär besprochen werden muss.

Übereinstimmend gaben die DGKP an, dass es innerhalb des Teams einen einheitlichen Standpunkt zur palliativen Sedierung gibt. Anhand der Interviews lässt sich bestätigen, dass DGKP zwar unterschiedlich schnell mittels palliativer Sedierung intervenieren, diese jedoch bei zunehmend erhöhtem Leidensdruck zur Anwendung kommt. Abweichungen gibt es wiederum, wenn es darum geht, dass eine palliative

Sedierung eingesetzt wird, jedoch keine Einwilligung vorhanden ist. Diesbezüglich werden von einigen DGKP ethische Bedenken geäußert und/oder andere Interventionen bevorzugt.

Zusammenfassend kommen also bevorzugt zuerst nicht medikamentöse Interventionen zur Anwendung. Steigt jedoch der Leidensdruck der Patient*innen, ist ein erhöhter Handlungsdruck von Seiten der Befragten gegeben und medikamentöse Interventionen kommen zum Einsatz.

3.4 Herausforderungen im Alltag und Umgang

Die Herausforderungen, die sich im Umgang und Alltag mit Palliativpatient*innen präsentieren, die ein Delir in der Sterbephase entwickeln, sind vielfältig. Die DGKP sprachen davon, nachts auf sich alleine gestellt zu sein und das Gefühl zu haben andere Patient*innen zu vernachlässigen. Ebenfalls nannten sie das Auftreten von Stürzen, sowie Gewalt und Aggression im Zusammenhang mit dem Delir als Herausforderung. Letztlich erzählten die DGKP von ihren Erfahrungen und ihrem persönlichen Umgang mit diesen Situationen.

Abgesehen von der Komplexität beim Erkennen und Wahrnehmen des Delirs, des Leidensdrucks und der einhergehenden Versorgung stellen die zunehmenden Tätigkeiten der DGKP und der damit verbundene Zeitdruck eine zusätzliche Belastung dar. Im Interview sprachen DGKP von Herausforderungen im klinischen Arbeitsalltag, da die Begleitung von Palliativpatient*innen mit einem Delir in der Sterbephase meist eine erhöhte Präsenz und Observanz erfordert. Eine DGKP beschrieb die Veränderungen im Arbeitsalltag wie folgt:

„Der Tag ist auf einmal komplett anders. Der Tag ist auf einmal vorbei. Da ist Ende. [...] Du hast keinen konkreten Ablauf mehr. Der Frühdienst ist einmal zu Ende. [...] Meistens sind es dann doch Personen die durchgehend deine Anwesenheit brauchen. [...] Ja, du bräuchtest eine Eins-zu-eins Betreuung, vor allem wenn der so agitiert ist.“ (Interview V, Pos. 203-212)

„Die sind natürlich sehr groß. Vor allem wenn du mehrere Patienten hast. Beim Delir braucht man tatsächlich eine Eins-zu-eins Betreuung.“ (Interview IV, Pos. 196-197)

Im Interview äußerten die DGKP, im Tagdienst für eine Patient*innengruppe und im Nachtdienst für die gesamte Station zuständig zu sein. Betont wird, dass die akute Versorgung der Palliativpatient*innen mit einem Delir, hauptsächlich als hyperaktives wahrgenommen, eine erhöhte personelle Ressource erfordert.

DGKP sprachen immer wieder von einer sogenannten *Eins-zu-eins Betreuung* oder sogar des *Einbezugs mehrerer Kolleg*innen im Dienst*, die für die adäquate Versorgung der Palliativpatient*innen mit einem Delir benötigt werden. Auch von einer veränderten Stimmung im Team wird in diesem Zusammenhang gesprochen.

„Ja auf jeden Fall schon einen hohen, weil ein Patient im Delir ist braucht halt sehr viel Aufmerksamkeit. Braucht eigentlich viel von der Pflegeperson. Oder braucht eigentlich viel von anderen Mitkollegen. Ja. Das ist auf jeden Fall auch spürbar, auch von der Stimmung.“ (Interview VII, Pos. 188-191)

Gleichzeitig erzählte eine weitere DGKP von den Herausforderungen der Organisationstruktur, die mit dem Auftreten des Delirs verbunden sind.

„Eine belastende Situation für alle. Es ist ein zusätzlicher Mehraufwand zum normalen Alltag. Es ist unvorhersehbar. Also ist es von dem her auf jeden Fall ein Mehraufwand ((Gespräche im Hintergrund)), der nicht anerkannt wird, sagen wir mal.“ (Interview III, Pos. 160-163)

Deutlich wurde, dass der Arbeitsalltag durch das akute und fluktuierende Delir abrupt verändert und angepasst werden muss. Denn auch wenn dieses unberechenbar, ist es auf jeden Fall zu berücksichtigen. Wiederholend wird darauf hingewiesen, dass das Delir in der Sterbephase, erfahrungsgemäß aber als erwartbares Phänomen und weniger als Ausnahme in der Sterbephase gilt (siehe Kapitel 3.1.2 Auf Erfahrung zurückgreifen und 3.1.4 Verwendung von Screening- und Assessmentinstrumenten). Im Wesentlichen nannten die DKGP mehrere alltagsbedingte Herausforderungen, auf die in den nachfolgenden Kapiteln Bezug genommen wird.

3.4.1 Nachts auf sich alleine gestellt sein

Die teilnehmenden Personen äußerten in den Interviews, das Gefühl zu haben, nachts auf sich allein gestellt zu sein. Auf beiden Stationen sind die DGKP zu zweit im Nachtdienst für die gesamte Palliativstation zuständig. Jedoch unterscheidet sich die nächtliche Zuständigkeit und Präsenz der Ärzte auf den Palliativstationen. Von einer

DKGP wird beschrieben, dass die Betreuung der Palliativstation durch Bereitschaftsärzte eine Herausforderung darstellt, da hier Erfahrung fehlt.

„Bei uns ist es so, wir haben keinen fixen Arzt. Wir werden in der Nacht mitbetreut. [...] Von einer anderen Station. Und da ist es schwierig, wenn die nicht die Erfahrung haben. Wenn sie nicht auf uns hören, die Ärzte, ist die Nacht komplett unruhig. Da sind wir dann auf uns alleine gestellt.“ (Interview III, Pos. 23-28)

Aufgefallen ist, dass hier besondere Überzeugungskraft geleistet werden muss, damit Interventionen umgesetzt werden. Das lässt darauf schließen, dass DGKP sich im Nachtdienst allein gelassen fühlen und begrenzte Mittel zur Verfügung stehen. Wie sich bereits erkennen ließ, sind DGKP aber häufig die ersten Personen, die ein Delir in der Sterbephase wahrnehmen, erkennen und beruhend auf ihre Erfahrungswerte und Wissen handeln.

Aus einem Interview geht ebenfalls hervor, dass zwar die Palliativärzt*innen nachts telefonisch erreichbar sind, jedoch die Situationseinschätzung von der DGKP erfolgen muss.

„Mit dem Kollegen, Kollegin im Dienst. Vorher finde ich, gibt es nichts, vor in solchen Situationen. Wenn was neu auftritt, dann telefoniere ich auch mit den Ärzten. Trotzdem bist du dann als Pflegeperson dann da und musst entscheiden oder einschätzen ist die Situation kritisch oder ist sie es nicht.“ (Interview V, Pos. 307-310)

Bereits erkenntlich wurde, dass die *Erfahrung* der DGKP (3.1.2 Auf Erfahrung zurückgreifen), Einfluss auf das Erkennen und die Wahrnehmung nimmt und es daher auch eine Herausforderung darstellen kann, wenn neue oder wenig erfahrene Kolleg*innen im Nachtdienst sind. Die *Einschätzung des Zustandes erfolgt dann möglicherweise begrenzt oder nur auf einer Person lastend*, obwohl DGKP von einem kollegialen Austausch profitieren (3.1.3 Kollegialer Austausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit).

Im Zusammenhang mit den Nachtdiensten von den DGKP ebenfalls darauf hingewiesen, dass nur begrenzt zeitliche Ressourcen für die Patient*innen mit einem Delir vorhanden sind, da während der Nacht lediglich zwei DKGP auf der Station anwesend sind.

„In der Nacht ist es natürlich eine Herausforderung, da wir nur zu zweit besetzt sind für die Station und dann hat man weniger Zeit für einen Menschen wo man gerne mehr Zeit hätte, dass man bei ihm ist. Einfach nicht so die Zeit, weil man sich um elf andere Menschen kümmern muss.“ (Interview II, Pos. 102-106)

Eng verknüpft mit den begrenzten zeitlichen Ressourcen der DGKP im Nachtdienst, erzählte eine Pflegeperson die Herausforderung der Versorgung und der benötigten erhöhten Präsenz für Palliativpatient*innen mit einem Delir. Deutlich wurde von einer DGKP geschildert, dass Medikamente in diesen Situationen bevorzugt werden, um delirante Symptome zu lindern, da schlichtweg die personellen Ressourcen und Zuständigkeiten für andere Patient*innen eine vermehrte Präsenz nicht ermöglichen.

„Weil im Prinzip müsstest du da eine ganze Pflegeperson abstellen. Wenn man das wirklich ohne Medikamente händeln will, musst du die Nacht beim deliranten Patienten verbringen. Ja, leider. Vor allem wenn er so getrieben ist.“ (Interview III, Pos. 165-168)

Prägnant formulierte es eine weitere DGKP. Sie betonte, dass eine kontinuierliche Anwesenheit und Präsenz nur dann möglich sind, wenn andere Patient*innen nachts keine Interventionen benötigen.

„Ja, in der Nacht ist man nur zu zweit, da ist es halt schon schwierig. Ich sag mal, wenn man jetzt nur einen Patienten hat der im Delir ist und der Rest schläft, dann kann man das irgendwie stemmen.“ (Interview VII, Pos. 194-196)

„Aber viel Anwesenheit. Die Patienten auch mitnehmen. In den Rollstuhl setzen, mitnehmen. Vor allem in der Nacht, weil da kannst du nicht unbedingt, die ganze Zeit bei ihm bleiben. Wenn die ganze Station unruhig ist, wenn es keine Zeit gibt, kannst du ja nicht. Wenn es ruhig ist sitzt man natürlich schon länger.“ (Interview VIII, Pos. 133-137)

Letzen Endes wird die Anwendung von pharmakologischen Interventionen von begrenzten nächtlichen personellen Ressourcen beeinflusst (3.3.2 Pharmakologische Interventionen). Da nur zwei DGKP in den Nachtdiensten anwesend sind, lässt sich die Präsenz im Sinne des „Mitaushaltens“ und „Daseins“ für die Patient*innen nur begrenzt umsetzen.

Andererseits schilderten die DGKP eine fehlende nächtliche Präsenz fachspezifischer, erfahrener Palliativärzt*innen an Ort und Stelle. Schlussendlich ist während des Auftretens des Delirs eine Abgleichung der Wahrnehmung und Einschätzung des Ist-Zustandes erforderlich, um rasch Interventionen zu setzen. Großteils wird die Kompetenz zur Einschätzung und Interventionssetzung auf die DKGP übertragen. Das benötigt Erfahrung im Umgang mit Palliativpatient*innen mit einem Delir.

Auch die kollegiale Absprache kann daher nicht immer als zufriedenstellend empfunden werden, da sich Erfahrungswerte der DKGP unterscheiden. Unter anderem kann es vorkommen, dass die Einschätzung bei der erfahreneren DGKP lastet. Verbunden mit der Tatsache, dass DGKP angegeben haben, das Gefühl zu haben, nachts auf sich allein gestellt zu sein, stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß der Einbezug der Angehörigen stattfindet bzw. erfolgen kann, da diese, wie bereits im Kapitel 3.3.1 Nicht pharmakologische Interventionen – Einbezug der Angehörigen erläutert, eine große Hilfe auch in Bezug auf Sturzgefahr darstellen können.

3.4.2 Sturzgefahr der Patient*innen

Die Stürze wurden in Bezug auf die motorische, getriebene Unruhe als Herausforderung von den DGKP erwähnt. Folgend beschrieb eine DGKP die einhergehende Belastung aufgrund der motorischen, getriebenen Unruhe von Patient*innen mit einem hyperaktiven Delir.

„Und dieses ewige Aufstehen, Hinsetzen, Sturzgefahr und sehr belastend für alle die auf der Station arbeiten.“ (Interview VI, Pos. 87-88)

Eine teilnehmende Person wies darauf hin, dass Stürze rasant und unberechenbar erfolgen und natürlich auch mit einer Verletzungsgefahr eingehen können.

„Weil es unvorhersehbar ist und unheimlich schnell geht. [...] Die wissen nicht was sie tun und sie können sich extrem verletzen. Man kann es nicht verhindern. Also es ist so wir können es nicht verhindern.“ (Interview II, Pos. 247-254)

Ergänzend zur erhöhten Präsenz werden oft Hilfsmittel wie Armbalken oder Sensormatten eingesetzt. Trotz des Einsatzes beschrieb die DGKP weiters, dass kaum Stürze verhindert werden, gerade weil sie rasch auftreten.

„Wir haben und versuchen zwar alles Mögliche. Wir haben zum Beispiel die Möglichkeiten, dieser Niederflurbetten, dass wir so Alarmbalken montieren und häufige Präsenz. Aber ich glaube, man kann es gar nicht vermeiden, wenn ein Mensch aufstehen will und gehen will, dann will er. Manchmal kann man Patienten, wenn er schon sitzt, kurz aufstehen lassen, so als würden sie sich kurz erden wollen, kurz auf die Füße stellen und dann wieder zurück ins Bett bringen. Funktioniert nicht immer. Bei manchen funktioniert. Die Stürze sind etwas, was mir eigentlich am meisten Sorgen macht, weil die so einfach kontrolliert sind.“ (Interview II, Pos. 237-245)

Es kommt durchaus vor, dass die Hilfsmittel sich nicht immer als vorteilhaft erweisen, da sie auf die Patient*innen kontrollierend und verwirrend wirken können.

„Ja und diese Sturzmatten, die dann ununterbrochen läuten [...]. Dann bekommt der schon so ein, ich kenn mich nicht aus, was ist los mit mir. Kennt sich schon hinten und vorne nicht aus und dann kommt auch noch pausenlos jemand rein. Oder pausenlos auch jemand anderer rein, weil dann haben wir ja auch die Ehrenamtlichen. Dann kommen drei verschiedene Gesichter und dann kommt noch eine Pflegeperson, die ich zwar kenne, aber nicht zuordnen kann.“ (Interview VI, Pos. 90-96)

„Oder halt die Sturzmatte hinlegen, damit wir mitkriegen, wenn sie gehen. Natürlich ist das dann so eine extreme Kontrolle, wenn wir immer reinrennen, wenn die Sturzmatte alarmiert. Der Patient das Gefühl hat er wird total kontrolliert. (Interview VIII, Pos. 234-237)

Unmissverständlich schilderte eine DGKP die Herausforderung der nächtlich auftretenden Stürze und die damit verbundenen körperlichen Anstrengungen, da sich die nächtliche Präsenz des Personals im Gegensatz zum Tagdienst deutlich unterscheidet.

„Wenn wir zu zweit einen Patienten vom Boden aufgeben, ist das schon schwer. (Interview II, Pos. 419-420)

Letzten Endes ist es die Entscheidung der DGKP, welche der Hilfsmittel sich in der Situation als sinnvoll erweisen. Feststellen ließ sich, dass Stürze eine Herausforderung darstellen, da sie unberechenbar sind und rasch erfolgen. Hilfsmittel, wie bspw. die Sensormatte, sind nicht immer das Mittel der Wahl, um die Orientierung zu fördern, da

sie kontrollierend oder verwirrend auf die Patient*innen wirken können. Der würde- und personenzentrierte Ansatz ist hier vorrangig. Dennoch lässt sich der Einsatz von Hilfsmitteln zum Schutz des/der Patient*in nicht immer vermeiden. Das macht eine Abwägung zwischen Verantwortung der DGKP und Schutz vor Gefahren des/der Patient*innen notwendig. Aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen im Nachtdienst, sehen sich DGKP mit Herausforderung in der Versorgung konfrontiert. Im Gesamten stellt also die getriebene und motorische Unruhe, als Symptom des Delirs aus den genannten Gründen eine Herausforderung dar.

3.4.3 Gewalt und Aggression

Ebenfalls wurde das hyperaktive Delir in Form von Aggression und Gewalt als Schwierigkeit wahrgenommen. In diversen Erfahrungsberichten schilderten DGKP hauptsächlich von *körperlicher Gewalt von Patient*innen durch Selbst-/Fremdgefährdung*. Vermutlich da diese besonders in Erinnerung geblieben sind. In einem Interview erzählte die DGKP von einem Biss, den sie erlitten hatte.

„Und es hat sich dann bisschen so eine Diskussion eingesponnen oder eine Auseinandersetzung. Ich habe immer gesagt. Das war dann oft ein Wort, das triggert. Man ist sich dann oft nicht bewusst. Irgendeine Aussage, Wort oder ein Satz triggert. Die Dame ist dann wirklich, also komplett ins Delir gerutscht und es ist dann so eskaliert, dass sie mich gebissen hat. (Interview I, Pos. 37-41)

Deutlich wurde, dass bestimmte Handlungen oder Gesagtes eine Reaktion bei den Patient*innen hervorrufen können, die jedoch unvorhersehbar ist. Außerdem wurde von der DGKP beschrieben, wie erleichternd es war, dass drei DGKP im Tagdienst waren und eine rasche Unterstützung eingetroffen ist.

„Gott sei Dank waren wir zu Dritt. Es ist dann der Kollege sofort mir zu Hilfe gekommen.“ (Interview I, Pos. 45-46)

Dem Anschein nach vermittelt die kollegiale Unterstützung im Dienst eine gewisse Sicherheit. Demnach ist anzunehmen, dass dieses Sicherheitsgefühl im Nachtdienst aufgrund des reduzierten Personalstandes begrenzt scheint.

Eine weitere interviewte Person schilderte, dass ihr eine konkrete Situation in Erinnerung geblieben ist, in der ein*e Patient*in sich den venösen Zugang entfernt hat. Dieser Interviewauszug stellt ein Beispiel der selbstgefährdenden Gewalt dar.

„Das ist das Klassische das auch in Erinnerung bleibt. Alle Zugänge rausgerissen, das Blut spritzt.“ (Interview III, Pos. 44-46)

Der Umgang mit Aggression und Gewalt verlangt von den DGKP eine gewisse Grundhaltung und Erfahrung und das Hintergrundwissen, dass die Handlungen aufgrund des Delirs erfolgen, sodass passend interveniert werden kann.

„Also man ist dann so geschult, dass man weiß, die machen das ja nicht absichtlich oder böswillig.“ (Interview I, Pos. 72-74)

Die Erfahrung spielt also eine wichtige Rolle im Umgang mit den Herausforderungen die aufgrund der Aggression und Gewalt auftreten können. Unter anderem erwähnte eine DGKP wie wichtig die persönliche Haltung und professionelle Abgrenzung sei.

„Was ich gelernt habe, also meine Erfahrung ist, nicht persönlich zu nehmen. Egal was kommt, manchmal auch so verbale Attacken. Es nicht persönlich zu nehmen. Also wenn jetzt jemand handgreiflich wird, es nicht persönlich zu nehmen. Die Menschen wissen es einfach nicht. Sie tun, dass weil sie sich bedroht fühlen. Sie fühlen sich von mir bedroht. Sie verkennen mich als Pflegeperson, wer ich bin. Sie glauben, was auch immer ich bin.“ (Interview II, Pos. 110-115)

Die DGKP fügte hinzu, dass die Erfahrung im Umgang mit Gewalt und Aggression erst im Laufe der Berufsjahre gesammelt werden muss und nicht angenommen werden kann, dass diese vom Einstieg in den Beruf an vorhanden ist. Persönliche Erfahrungswerte im Bereich Gewalt und Aggression außerhalb des Berufslebens haben natürlich zusätzlichen Einfluss auf den Umgang und sind ebenfalls zu beachten.

„Das habe ich in den letzten Jahren gelernt, dass konnte ich nicht von Anfang an. Schon beängstigend, am Anfang, wenn man attackiert wird, sowohl verbal, körperlich attackiert wird oder gebissen, gezwickt wird. Das habe ich gelernt.“ (Interview II, Pos. 115-118)

Wird das Verhalten beruhend auf Erfahrung und Wissen verkannt, entstehen Missverständnisse oder Verhalten wird falsch gedeutet und zugeschrieben. Handlungen der DGKP können also Einfluss auf die Reaktion nehmen, da Patient*innen in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind und die Kommunikation eingeschränkt ist. Gerade wenn Patient*innen vor gefährdenden Handlungen geschützt werden müssen, kann ein Gefühl entstehen, bei dem Patient*innen sich in

ihrer Freiheit eingeschränkt fühlen. Es handelt sich somit um eine Reaktion zum Eigenschutz als Folge einer wahrgenommenen Gefahr.

„Natürlich kommt dann auch die Situation dazu, wenn man jemanden von etwas zurückhalten will und der dann in dem Moment in einer anderen Welt ist, wo du ihm nicht richtig begegnen kannst, geschieht halt alles Mögliche.“ (Interview IV, Pos. 200-202)

Aggression und Gewalt können das Vertrauensverhältnis beeinträchtigen. Die emotionale Belastung, die von den DGKP aufgrund der Aggressivität erlebt wird, kann sich folglich in Form von Angst äußern, wie von einer DGKP erläutert.

„Dann die Aggressivität. Ich fürchte mich ganz ehrlich vor aggressiven Menschen. Ich wurde auch schon, meistens nachts, auch schon, bedroht. [...] Einer der war einen Kopf größer als ich, der hat mich attackiert und eingeschüchtert. Vor dem hatte ich dann nachher auch Angst, obwohl der dann sediert war, habe ich trotzdem Respekt gehabt.“ (Interview II, Pos. 254-262)

Aus diesen Informationen lässt sich schlussfolgern, dass Gewalt und Aggression aufgrund des Delirs auftreten können und eine Herausforderung im Umgang und Alltag darstellen. Das Sicherheitsgefühl kann aufgrund der personellen Ressourcen auf der Station variieren. Trotz allem wird die kollegiale Präsenz als bedeutsame Unterstützung angesehen. Die eingeschränkte Kommunikation sowie die veränderte Wahrnehmung erschweren den Umgang mit den Patient*innen in diesen Situationen. Hier sind DGKP zwischen Bewahrung der Selbstgefährdung der Patient*innen, der beruflichen, rechtlichen Verantwortung und der würdevollen, bedürfnisgerechten Pflege gestellt. Das Patient*innenwohl ist vorrangig. Ausschlaggebend ist, dass DGKP im Umgang geschult sind, um Patient*innen mit Aggression und Gewalt adäquat zu versorgen und Verhaltenszusprüche und Missverständnisse zu vermeiden. Ebenso spielt die Erfahrung eine wichtige Rolle.

3.4.4 Das Gefühl, Patient*innen zu vernachlässigen

Zweifelloso ließ sich erkennen, dass das Auftreten des Delirs eine Herausforderung im Arbeitsalltag für die DGKP darstellt. Daraus folgend beschrieben die DGKP, da die volle Präsenz und Aufmerksamkeit auf Patient*innen mit einem Delir gerichtet wird, das Gefühl zu haben andere Patient*innen zu vernachlässigen.

„Massiven Einfluss hat das auf den klinischen Alltag, weil alle anderen Patienten eigentlich durch den Rost fallen. [...] Ich habe immer geglaubt, ah, ich schaff das Abstand zu halten und die anderen Patienten genauso gut zu versorgen. Ja, stimmt nicht.“ (Interview VI, Pos. 242-245)

Es ist offensichtlich, dass eine gewisse Zerrissenheit zwischen der Versorgung der Patient*innen mit einem Delir und parallel dazu anderen Patient*innen herrscht.

Es besteht die Angst, diese im gleichen Zeitraum nicht oder schlechter versorgen zu können.

„Die wollen dann auch was von einem haben, die haben auch ein Leid. Dann wird es oft schwierig.“ (Interview V, Pos. 221-222)

Speziell wurde von einer interviewten Person nochmals Bezug auf die benötigten personellen Ressourcen genommen und es wurden die damit verbundenen alltagsbedingten Herausforderungen geschildert.

„Mehrere Pflegepersonen eben. Wenn wir hier zwölf Pflegepersonen haben, drei Pflegepersonen am Tag, dann sind zumindest zwei abgestellt im Zimmer mit dem Delir. Das heißt es sind mindestens acht Patienten nicht gescheit versorgt oder sieben. Das macht schon was aus. Und der dritten Pflegeperson die Station zu überlassen ist schon, ja.“ (Interview VI, Pos. 254-258)

Die Mehrfachbelastung für alle diensthabenden DGKP wird hier anhand des Beispiels im Tagdienst deutlich. Einerseits durch die akute Versorgung des/der Patient*in mit einem Delir, andererseits die Tatsache andere Patient*innen in diesem Zeitraum nicht adäquat versorgen zu können und die komplette Verantwortung für die restlichen Patient*innen auf eine DGKP zu übertragen. Auch vom schlechten Gewissen wird gesprochen, da nicht ausreichend Zeit für andere Patient*innen vorhanden ist. Im Nachtdienst ist eine Zuspitzung dieser Wahrnehmung anzunehmen.

„Da gehe ich schon manchmal mit einem schlechten Gewissen manchmal raus, weil ich mir dann denke, [...] da bist du heute nur einmal drinnen gewesen.“ (Interview VIII, Pos. 223-225)

„Man ist so involviert als Pflegeperson und dann auch dass die Ärzte involviert sind, wir sind alle so involviert und du nimmst das mit nach Hause. Da brauchen wir gar nicht darüber reden, dass wir die Sachen auch mit Heim nehmen. Wir sind einfach normale Menschen auch. Ja die anderen leiden unter der Versorgung, auf jeden Fall, weil sie einfach so viel Zeit und Beobachtung in Anspruch nehmen. Genau.“ (Interview VI, Pos. 245-251)

DGKP sind sich einig, dass das Auftreten des Delirs eine Herausforderung im Alltag darstellt und es daraus resultierend als belastend empfunden wird, da die Versorgung anderer Patient*innen nicht angemessen passieren kann und Menschen mit einem Delir die volle Aufmerksamkeit benötigen.

3.4.5 Persönlicher Umgang mit den Herausforderungen

Im Fokus dieses Kapitels steht die Erhebung des persönlichen Umgangs der DGKP mit den Herausforderungen. Dazu wurden die DGKP befragt, was am Ende ihres Dienstes für sie entscheidend ist.

Die interviewten Personen gaben an, dass es für sie wichtig sei, Situationen bestmöglich gemeistert zu haben und mit den getroffenen Entscheidungen im Reinen zu sein.

„Dass ich mich in den Spiegel schauen kann. Dass ich weiß, ich habe das Beste gemacht.“ (Interview II, Pos. 308-309)

„Für mich ist schon wichtig, dass ich raus gehen kann und sagen kann, ich habe das Beste aus Situationen rausgeholt und bin fein mit denen Entscheidungen, die ich getroffen habe. Ich bin gut mit meinen Entscheidungen, wurscht, welche es waren. (Interview V, Pos. 315-318)

Hingegen sprach eine weitere DGKP an, dass es natürlich vorkomme, dass Dienste nicht zufriedenstellend abgeschlossen werden, jedoch im nächsten Dienst ein positiver Perspektivenwechsel möglich scheint.

„Ich meine, nicht jeder Dienst endet so, das muss man auch sagen, aber das Nette ist, dass es beim nächsten Dienst wieder ganz anders sein kann. Das finde ich einfach so nett. Manchmal ist es auch so, dass es total unbefriedigend ist, wenn man nach Hause geht, wenn der Patient gerade in so einem Zustand war und man nach

Hause geht. Aber man weiß, es kann sich im nächsten Dienst, da schaut es wieder ganz anders aus.“ (Interview VII, Pos. 229-234)

Psychische Unterstützung

Hervorgehoben wurde weiters, dass die Psychohygiene eine wichtige Maßnahme für die DGKP darstellt, um mit den Herausforderungen umgehen zu können.

Eine DGKP erzählte, dass sie den Austausch mit den diensthabenden Kolleg*innen als bereichernd empfindet, um geschehene Situationen nochmals aufzuarbeiten. Der Nachtdienst, so schilderte sie, sei zum Austausch eine passende Gelegenheit.

„Das gute ist ja, dass ich meine Psychohygiene im Nachtdienst mit meinen Kollegen mache.“ (Interview VII, Pos. 241-242)

Grundsätzlich sprach eine DGKP an, dass es primär darum gehe, dass Patient*innen würdevoll in ihrer letzten Lebensphase begleitet würden. Die Geduld, so schilderte sie, stelle dabei einen bedeutsamen Schlüssel in der Versorgung dar. Dabei muss bewusst sein, dass jede Handlung des/der Patient*in einen Hintergrund hat, der zu hinterfragen ist. Generell sind DGKP bedeutsame Ansprechpersonen für die Patient*innen in herausfordernden Situationen.

„Ich denke mir, ich bin auf einer Palliativstation und die Menschen sind hier vierundzwanzig Stunden am Tag da. Ich habe den Luxus, ich darf nach zwölf oder dreizehn Stunden nach Hause gehen und darf mein Leben leben. Aber sie leben nur noch hier und haben uns.“ (Interview II, Pos. 313-316)

„Ja, und deswegen glaube ich, dass ich mehr Geduld habe. Wo ich mir denke, ja gut dann sollen sie zehn Mal läuten. Aber natürlich zehn Mal läuten ist zehn Mal rennen, was natürlich schon ermüdend ist. Trotzdem fühle ich mich am Ende nicht benutzt. Ich denke mir, dass sie wissen sollen, dass wer da ist. Es macht keiner etwas, um den anderen zu ärgern, sondern weil sie es brauchen. Ich glaube jemandem das Gefühl geben zu können, dass er läuten kann und man kommt, auch wenn sie nicht geläutet haben, um zu schauen, ob sie was brauchen. Das ist, glaube ich, schon etwas, das mich auf der Palliativstation erfüllt und das könnte ich auf einer anderen Station nicht leisten.“ (Interview II, Pos. 318-326)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Begleitung von Palliativpatient*innen mit einem Delir in der Sterbephase mit einer erhöhten Observanz und Präsenz verbunden ist und sie daher großen Einfluss auf den Arbeitsalltag hat. DGKP sprechen in diesem Zusammenhang von einer gewissen Zerrissenheit zwischen dem Gefühl, andere Patient*innen zu vernachlässigen und/ oder nicht genügend Zeit für eine adäquate Versorgung von Menschen mit einem Delir zu haben. Herausfordernd wird auch das Auftreten des Delirs in der Nacht beschrieben, da DGKP nur zu zweit anwesend sind und das Gefühl haben, auf sich allein gestellt zu sein.

Die volle Aufmerksamkeit gilt dann den Patient*innen mit einem hyperaktiven Delir, da dieses primär wahrgenommen wird. Herausfordernd wird auch das Auftreten von Stürzen, Gewalt und Aggression empfunden. Wie DGKP mit den einzelnen herausfordernden Situationen umgehen, ist also von den Alltagsbedingungen (Tag- bzw. Nachtdienst), personellen Ressourcen, interdisziplinärer Zusammenarbeit (bestenfalls nächtliche ärztliche Präsenz), sowie der Erfahrung von DGKP und im weitesten Sinne auch der Tagesverfassung abhängig.

3.5 Benötigte/ erwünschte Unterstützungsmaßnahmen

Als Hauptkategorie werden abschließend noch die „benötigten bzw. erwünschten Unterstützungsmaßnahmen“ definiert. Dazu wurden die DGKP befragt, welche Maßnahmen es benötigt, damit das Delir besser erkannt und wahrgenommen wird. Das soll dazu dienen, rasch und gezielt auf Symptome eingehen zu können, passende Interventionen zu setzen und den alltags- und umgangsbedingten Herausforderungen entgegenzuwirken. Schlussendlich geht es darum, wie die Versorgung der Patient*innen mit einem Delir optimiert werden kann.

Das Wissen darüber und eine verbesserte Früherkennung stellen den Grundpfeiler zur Erkennung des Delirs dar. In diesem Kontext wurde auch die Anwendung von *Assessment- und Screening-Instrumenten* besprochen. Eine weitere bedeutsame Säule der Versorgung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die von einer kollegialen Unterstützung und dem gemeinsamen Teamgeist beeinflusst wird. DGKP profitieren zudem trotz des akuten und fluktuierenden Auftretens des Delirs von einer gewissen Vorbereitung und vorausschauendem Handeln. Auch die Bedeutung der Verbesserung der Alltagsbedingungen sowie der personellen Ressourcen wird in

dieser Arbeit dargestellt. Darüber hinaus wurde auch vom Erleben positiver Erfahrungen und der Bedeutsamkeit berichtet, im Rahmen der Interventionsanwendung über Mittel und Wege zu verfügen.

3.5.1 Wissen und verbesserte Früherkennung

Die Subkategorie „Wissen und Aufklärung“ entstand aufgrund des Wunsches der DGKP nach Unterstützungsmaßnahmen, um das Delir frühzeitig zu erkennen und dementsprechend zu behandeln. In einem Interview ging hervor, warum das Wissen und die Aufklärung über das Phänomen „Delir“ von großer Bedeutung sind.

„Dass sie gar nicht hineinrutschen. Das wäre mal super. Schwierig bei uns, weil wir so viele Faktoren, die dazu beitragen, dass es da hineinrutscht, auch gar nicht beobachten, gar nicht anschauen, gar nicht nachschauen. Also eine Entgleisung von irgendwelchen Elektrolyten. Also wenn ich weiß, der hat Knochenmetastasen, muss immer mitlaufen, da, da, da, kann sein, Leber, Niere. Ich sage immer, es ist so einfach Palliative Care, aber dazu muss ich es wissen. Und wenn im Hintergrund mitläuft, es könnte ein Delir auslösen, eine Verschiebung, dass ich halt im Vorhinein schon Acht gebe, dass es gar nicht dazu kommt.“ (Interview VI, Pos. 335-343)

Besonders wichtig erscheint die Anwendung von Assessment- und Screening-Instrumenten, zur Früherkennung des Delirs in der Sterbephase, wie folgend angeführt.

Anwendung von Assessment- und Screening-Instrumenten

Ebenfalls wurde die *Anwendung von Assessment-Instrumenten* als Unterstützungsmaßnahme angeführt, um die Früherkennung zu verbessern und in weiterer Folge die Entscheidungsfähigkeit zu fördern.

„Dann natürlich das Assessment, das man besser einschätzen kann.“ (Interview II, Pos. 414)

Damit die Assessment- und Screening-Instrumente angewandt werden können, ist es wichtig, diese zu kennen und darüber informiert zu sein.

Fort- und Weiterbildungen

In Bezug auf die Früherkennung beschrieb eine DGKP, dass spezielle Schulungen nötig seien, die über Assessment- und Screening-Instrumente informieren.

„[...] eine spezielle Delirschulung, welche Werkzeuge zum Beispiel.“ (Interview III, Pos. 207)

Einigkeit herrscht bei den Befragten darüber, dass es mehr Wissen und Aufklärung zum Phänomen „Delir“ benötigt. Die Teilnehmer*innen nannten Fort- und Weiterbildungen, als wichtige Maßnahme, um sich mehr Wissen anzueignen. Dabei äußerten die DGKP, dass sie von regelmäßigen Besuchen profitieren würden.

„Viel Fortbildung. Ich habe selber auch jetzt, also vor zwei, drei Jahren. Das war sehr interessant und hat mir sehr geholfen, um diese Vorgänge zu verstehen, das immer wieder aufzufrischen. Die Fortbildung und das Wissen darüber.“ (Interview I, Pos. 350-352)

Psychische Unterstützung

Ebenfalls wurde von einer Befragten angesprochen, dass es hilfreich sei, Informationen zum Selbstschutz zu erlangen, wie mit den unter Umständen, herausfordernden Erfahrungen umgegangen werden kann.

„Das ist aber wichtig, dass man das Wissen darüber hat und professionell damit umgehen kann. Ja, weil es ist ja schon eine gefährliche oder lebensgefährliche Situation. Und wenn man nicht gut damit umgehen kann, ist es sicher sehr belastend.“ (Interview I, Pos. 85-88)

Außerdem wurde von der DGKP angesprochen, dass es sich sinnvoll erweist, die herausfordernden Situationen, im Nachhinein aufzuarbeiten, um emotionale Belastungen zu erfassen und zu reduzieren. Die Supervision, Gespräche mit Psycholog*innen und der direkte Austausch mit der Stationsleitung oder Kolleg*innen wurden als Möglichkeiten aufgezählt.

„Ich glaube, das ist wie in allen Notsituationen. In der Situation funktioniert man einfach. Da handelt man, funktioniert und macht nach Algorithmus und professionell. Es kommt dann erst nachher, wenn man zur Ruhe kommt. Wir haben die Möglichkeit

der Supervision. Ich kann das in der Supervision besprechen, oder mit den Psychologen oder der Chefin oder Kollegen besprechen.“ (Interview I, Pos. 332-336)

Weitergabe der palliativen Expertise

Abgesehen vom Profitieren der eigenen Wissensaneignung zur Früherkennung und somit rascheren Anwendung von Interventionen beschrieben die DGKP die Weitergabe der palliativen Expertise für neue Kolleg*innen und an andere Stationen als empfehlenswert.

Die DGKP befürwortet beispielsweise ein Factsheet, das freizugänglich für die Kolleg*innen ist, um sich in kurzer Zeit Wissen anzueignen.

„Dass man da etwas hat, dass man den neuen Kollegen auch etwas in die Hand gibt. Wir haben jetzt zwei junge Kollegen, die sind beide 28 Jahre und seit zwei Monaten da, die werden jetzt irgendwann gemeinsam Nachtdienst haben. Die werden das nicht erkennen können, das geht sich einfach nicht aus. Dass sie zumindest ein Werkzeug in die Hand bekommen, dass sie das erkennen können. Das wäre schon super.“ (Interview VI, Pos. 234-239)

Ebenso weist die DGKP darauf hin, dass auch neue Kolleg*innen von diesem Vorschlag profitieren würden. Darüber hinaus beschreibt die DGKP, dass es Erfahrung benötigt (3.1.2 Auf Erfahrung zurückgreifen), um ein Delir zu erkennen. Ein Factsheet könnte hierbei ein passendes Werkzeug darstellen und insbesondere neue Kolleg*innen beim Erkennen des Delirs unterstützen.

„[...] palliative Expertise. Ja doch ich würde ihnen, ja, wie uns auch, eine Fortbildung oder ein Büchlein, vielleicht einen Zettel zumindest in die Hand geben. Das bitte passt auf, bei (zählt stumm auf). Und ich gehe immer davon aus, dass wenn die Menschen fertig sind, sie weiterlernen wollen. Bildung. Bildung. Bildung ist einfach das Einzige. Wenn ich mir unsicher bin, muss ich nachlesen und wenn ich mir unsicher bin [...]. Das heißt es sollte auf jeder Station so eine Mappe sein, wo so Sachen drinnen stehen, dass ich mir das im Nachtdienst mal durchlese. Was aber auf Normalstationen total unfair ist, weil die haben keine Zeit zum Lesen.“ (Interview VI, Pos. 355-363)

Die DGKP sprachen auch von der Einbindung von *Konsiliardiensten* im Rahmen der Wissensvermittlung und Beratung für andere Stationen. Hier sei, so äußerte eine DGKP, ein bestimmtes Feingefühl erforderlich, damit Informationen adäquat weitergegeben werden können.

„Beraten. Fragen mal wie die Fragestellung ist. Ich finde man muss nicht gleich mit Lösungen kommen, sondern fragen, was braucht es oder was machen wir anders, was ihr nicht macht.“ (Interview II, Pos. 471-474)

Während die Teilnehmenden berichteten, dass andere Stationen von ihrer Expertise profitieren, erklärten sie zugleich, dass ihnen durchaus bewusst sei, dass es auf anderen Stationen zunehmend an zeitlichen und personellen Ressourcen mangelt. Dadurch seien diese vor alltagsbedingte Herausforderungen in der Umsetzung der Empfehlungen gestellt.

„Aber mir ist es sehr wohl auch bewusst, dass das auf einer normalen Station zum Teil nicht geht. Und da reden wir schon eine palliative Sedierung an, oder irgendetwas an, wenn das gar nicht funktioniert. Oder dass man die Angehörigen bezieht. All die Dinge, die ich Ihnen vorhergesagt habe. Ich kann ja nicht mehr empfehlen, als was ich tu und was ich kenne.“ (Interview IV, Pos. 301-306)

„Das ist total unfair diese Frage, weil ich weiß, auf anderen Stationen keine Zeit ist. Und dass keine Aromapflege da ist. Dass die Abhängigkeit mit den Ärzten da ist.“ (Interview VI, Pos. 351-353)

Grundsätzlich wird von den DGKP angemerkt, dass die palliativen Konsiliardienste von den anderen Stationen als unterschiedlich bereichernd empfunden werden.

„Ich höre dann schon oft von der Pflege, wir haben das schon oft gesagt, das bringt nichts mehr. Wir haben den Ärzten das auch schon gesagt. Und wenn wir als Palliativkonzil auftreten und sagen: Macht einen Therapierückzug, keine parenterale mehr, das nicht mehr. Wenn das Konzil das erst einmal empfohlen hat wird das leichter umgesetzt. Als hätten die Ärzte Gefühl, ah, jetzt sind die von der Palliativ da gewesen und die haben gesagt, das ist schon ok, dass wir das machen. Das ist so eine Sicherheit manchmal. Ich glaube manchmal mehr für die Ärzte als für die Pflege. Ich glaube die Pflege ist da schon eine Stufe weiter, als die Ärzte. Als hätten die Ärzte manchmal Angst, irgendwas zu übersehen oder zu verpassen.“ (Interview II, Pos. 481-490)

„Für uns ist es schon wichtig, dass wir mitgehen, dabei sind. Aber dort, die sehen das noch nicht wirklich als Hilfe, wenn jemand von uns kommt, sondern die denken, das können wir ja selber auch.“ (Interview III, Pos. 237-239)

Zusammenfassend wird erkenntlich, dass das Wissen und die Aufklärung eine wichtige Rolle bei der frühen Erkennung des Delirs und folglich der weiteren raschen Behandlung spielen, um Symptome abzufangen oder zu lindern. Dazu zählt auch das Wissen zur Erhaltung und Verbesserung der Psychohygiene, um Belastungen aufzuarbeiten oder gar abzuwenden. Als bedeutsame und unterstützende Intervention zur Wissensvermittlung für neue Kolleg*innen oder Kolleg*innen auf anderen Stationen, wurden beispielsweise Factsheets oder Konsiliardienste genannt, die jedoch vom Kollegium auf anderen Stationen nicht immer als hilfreich wahrgenommen werden.

3.5.2 Kollegiale Unterstützung und Teamgeist

Im Wesentlichen wurde bereits dargelegt, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie der kollegiale Austausch einen hohen Stellenwert für die DGKP bei der Erkennung und Wahrnehmung des Delirs einnehmen. In diesem Kapitel wird die kollegiale Unterstützung und der Teamgeist thematisiert, die von den DGKP als bedeutsame Stütze beschrieben wurden.

Kollegiale Unterstützung und Teamgeist basieren auf gegenseitigem Vertrauen sowie Verlässlichkeit und vermitteln in herausfordernden Situationen, wie dem Auftreten des Delirs, Sicherheit.

„[...] dass ich mich auch auf meine Kolleginnen verlassen kann, die mich unterstützen, wenn ich solche Situationen habe.“ (Interview VII, Pos. 124-125)

„Wie gesagt, für mich unterstützend ist, wenn alle Berufsgruppen miteinander präsent sind. Und wenn auch ein Vertrauen der Pflege gegenüber gebracht wird. Für mich ist es auch wichtig, dass dann ärztliche Präsenz da ist. Oder gemeinsam an die Situation rangeht und gemeinsam Entscheidungen trifft.“ (Interview V, Pos. 345-348)

Auch die Gewissheit, dass den DGKP Vertrauen von den Ärzt*innen entgegengebracht wird, beschrieb eine Teilnehmende als bereichernd. Dennoch

schilderte sie, dass dies nicht immer der Fall sei und als verbesserungswürdig empfunden wird.

„Dann auch das gegenseitige Vertrauen von den Ärzten in uns, dass wir die Medikamente tatsächlich so geben, dass es für den Patienten gut ist und sie nicht annehmen, dass wir ihn einfach abschießen wollen, damit wir eine ruhige Nacht haben. Das wäre super. Ich glaube eh, dass es so ist, Großteiles. Aber es gibt sicher welche, die das sagen.“ (Interview VI, Pos. 325-329)

Der Teamgeist scheint dabei auch Einfluss auf die Patient*innen und ihr Umfeld zu nehmen, da das Sicherheitsgefühl, das durch die gute Atmosphäre im Team besteht, weitergegeben wird.

„Das ist auch die Atmosphäre im Team, der Teamgeist. Wenn man ein gutes Team ist und man kennt einander, man kann sich aufeinander verlassen, dann hat man selber die Sicherheit und kann die Sicherheit auch weitergeben. Ich denke, das spüren die Patienten. Man muss auf das Umfeld auch einwirken.“ (Interview I, Pos. 162-166)

Eine Befragte äußerte, dass es durchaus als hilfreich empfunden wird, wenn andere DGKP im Vorhinein informiert werden, dass sich eine unruhige Phase des/ der Patient*in ankündigt und Unterstützung benötigt wird. Das ermöglicht der anderen DGKP, sich gewissermaßen abrufbereit zu halten und Arbeitsabläufe anders einzuteilen.

„Wenn wir jetzt noch nicht in der Akutphase sind und wir sehen, eine Unruhe kündigt sich jetzt an, dann sage ich einem Kollegen Bescheid, dass sich wer bereithält.“ (Interview I, Pos. 191-193)

Zuletzt kommt es darauf an, dass das Team in diesen oft herausfordernden Situationen zusammenarbeitet. Eine DGKP sprach dabei an, dass im Team gemeinsam gesetzte Ziele erreicht werden und sich daraus positive Ergebnisse für die Patient*innen entwickeln

„Also, die positiven Erlebnisse sind, wenn das ganze Team zusammenhilft und aus der Situation das Beste herausholt. Also. Ziel sind ja, wenn man sich das Ziel setzt, den im kürzesten Moment beruhigen und es funktioniert auch ohne Medikamente, ist das ein positiver Erfolg. Ich sehe gerade im palliativen Setting vieles positiv, was man

auf anderen Stationen negativer sehen würde. Aber das sind das Ziel ganz andere.“
(Interview III, Pos. 186-191)

Es lässt sich letzten Endes festhalten, dass die kollegiale sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit während des Auftretens des Delirs Sicherheit vermittelt, da eine Absprache, gemeinsame Entscheidungsfindung sowie Unterstützung im Umgang mit den Patient*innen ermöglicht wird. Die Voraussetzung für Teamgeist ist jedoch das Entgegenbringen von gegenseitigem Vertrauen und Verlässlichkeit. DGKP schilderten, dass es dennoch Verbesserungswünsche in der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen gibt, um gezielt Interventionen durchzuführen. Denn wenn die DGKP sich in Sicherheit wiegen, die durch das entgegengebrachte Vertrauen entsteht, kann diese folgend auf die Patient*innen und ihr Umfeld weitergegeben werden.

3.5.3 Vorbereitung und vorausschauendes Handeln

Als weitere Subkategorie der erwünschten bzw. benötigten Unterstützungsmaßnahmen konnten Vorbereitung und vorausschauendes Handeln identifiziert werden. Grundlegend beschrieben die DGKP, dass es wichtig sei, dass vorab Maßnahmen getroffen werden, um das Delir rechtzeitig abfangen und Symptome lindern zu können. Dazu zählen beispielsweise das Setzen von Zugängen oder die Anordnung von Medikamenten.

„Dass man dann rechtzeitig eine Notfallmaßnahme ergreifen kann. Dass man rechtzeitig was geben kann. Das wird im Vorfeld, also dass jemand schaut, dass jemand einen Zugang hat. Das ist mal wichtig, ein Notfallzugang. Wenn kein Zugang ist, wie kann ich das anders verabreichen. Kann ich das nasal verabreichen oder subkutan. Das ist mal wichtig, es ist vorgesorgt und es kommt jemand, der weiß, was zu tun ist. Das ist voll wichtig.“ (Interview I, Pos. 342-348)

„Dann Vorgeschriebenes, es gibt ja dann schon etwas im Vorfeld, dass verabreicht werden kann, das fängt dann schon viel ab.“ (Interview I, Pos. 197-198)

Als unterstützend beschrieben die DGKP, wenn Anordnungen klar erkennbar sind und vorbereitend für die Nächte und das Wochenende getroffen werden, da die ärztliche Präsenz variiert (3.4.1 Nachts auf sich alleine gestellt sein).

„Sehr gute ärztliche Anordnungen, eindeutige. Also dass man für die Nacht oder für das Wochenende gut vorbereitet ist. Also am Freitag schon das Wochenende gut vorbereiten.“ (Interview I, Pos. 368-370)

Außerdem wurde das interdisziplinäre, vorausschauende Planen von Interventionen angesprochen. Dieses dient dazu, Therapien zu reflektieren und wenn notwendig, rechtzeitig einen Therapierückzug anzustreben.

Im Kapitel (3.3.1) „Nicht pharmakologische Interventionen – Einbezug der Angehörigen“ wird deutlich, dass auch die Aufklärung der Angehörigen und die kontinuierliche Information bezüglich des Ist-Zustandes der/des Patient*in eine entscheidende Rolle spielen. Der Einbezug des Umfeldes ist auch vorab eine notwendige Maßnahme, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Delirs in der Sterbephase hoch ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die DGKP vom vorausschauenden und vorbereiteten Handeln profitieren, da sie rasch Interventionen umsetzen können, um das Delir und dessen Symptome abzufangen und das Leid der Patient*innen möglicherweise zu reduzieren. In Bezug auf die Nächte und das Wochenende benötigt es zusätzlich eine klare und deutliche Anordnung durch die Palliativärzt*innen, da diese nachts und am Wochenende kaum oder gar nicht präsent sind. Die interdisziplinäre Absprache in Hinsicht auf eine adäquate Therapie oder sogar den rechtzeitigen Therapierückzug wurde angesprochen, um eine entsprechende und würdevolle Versorgung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen.

3.5.4 Verbesserte Alltagsbedingungen und personelle Ressourcen

Die *begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen* stellen, wie von einer DGKP geschildert, eine Herausforderung dar. Zudem wird von einer weiteren DGKP erwähnt, dass trotz eines im Vergleich zu anderen Stationen höheren Personalschlüssels auf der Palliativstation mehr Personal benötigt wird, um eine intensivere Präsenz und Betreuung für die Patient*innen mit einem Delir in der Sterbephase zu ermöglichen.

„Also zu wenig, definitiv. Wir haben zwar einen besseren Pflegeschlüssel. Aber das ist trotzdem noch zu wenig. Also den Pflegeschlüssel, den wir hätten, gehört auf einer Normalstation und den wir haben, der gehört normal verdoppelt. Ok, wenn du

sagst, jetzt bin ich wirklich zufrieden mit meiner Arbeit am Abend.“ (Interview III, Pos. 226-229)

Deutlich wird nochmal von einer DGKP hervorgehoben, dass die benötigte Präsenz und Anwesenheit, die das Auftreten des Delirs erfordert, von den Organisationen nicht berücksichtigt wird. Die DGKP schilderte dazu folgende Erklärung:

„[...] da braucht man eine eins-zu-eins Betreuung, was auf großen Stationen. Das ist in unserem System einfach nicht vorgesehen. So sehe ich das. Das wäre zu teuer.“ (Interview IV, Pos. 314-316)

Auch von Ärger hinsichtlich der zunehmenden Aufgaben wird gesprochen.

„[...] Ich muss das jetzt echt revidieren, die Aussage, weil ärgert es mich dann oft, was Pflegepersonen alles aufgeladen wird.“ (Interview V, Pos. 372-374)

„Darum sollte man diesen Leuten, die diesen Job machen, sollte man einfach mehr Hilfe und Unterstützung geben und nicht diesen engen Zeitschlüssel und Rahmen. Das Sterben wartet auf uns alle. Das geht nicht immer so einfach, wie man das vorstellt und dann ist es halt toll, dass jemand da ist, der einen unterstützt.“ (Interview IV, Pos. 265-269)

Schlussendlich sprach eine DGKP an, dass es mehr Sichtbarkeit für die Themen rund um das „Delir“ und „Sterben“ braucht, um mehr Aufmerksamkeit diesbezüglich zu erlangen. Dabei geht es ebenfalls darum, so schilderte eine DGKP, die Patient*innen und das Umfeld in ihrem Empowerment und ihrer Eigenverantwortlichkeit zu stärken.

„Mehr Personal oder wir ziehen die Angehörigen mehr ein und ziehen wir halt auch mehr in die Verantwortung. Ich finde schon in Österreich oder im Gesundheitsbereich, wir schieben alles auf die Ärzte ab. Da sind wir beim Thema Gesundheitsförderung eigentlich und Empowerment und Eigenverantwortlichkeit der eigenen Gesundheit und des Umfeldes.“ (Interview V, Pos. 378-382)

Schließlich sind DGKP bestrebt, die Alltagsbedingungen und personellen Ressourcen zu verbessern. Ein von den DGKP erwähnter Verbesserungsansatz wäre ein erhöhter Personalschlüssel auf Palliativstationen. Dafür benötigt es mehr Sichtbarkeit der Leistungen der DGKP auf der Palliativstation seitens der Organisationen, vor allem

während des Auftretens des Delirs, aber auch eine gesellschaftliche Auseinandersetzung zur Förderung von Empowerment und Eigenverantwortlichkeit.

3.5.5 Positive Erfahrungen erleben/ Mittel und Wege haben

Die Subkategorie „positive Erfahrungen erleben/ Mittel und Wege zu haben“ wurde von den DGKP als benötigte bzw. erwünschte Unterstützungsmaßnahme benannt. Grundsätzlich wird betont, dass das Sammeln positiver Erfahrungen, die als bereichernd empfunden werden, von Bedeutung ist.

„Also das Delir kann sich ja auch süß und herzlich zeigen. Ich glaube, da kommt auch oft der Charakter der Menschen durch, wo sie kindlich und sehr anhänglich werden. Wo man das halt dann mit Singen oder Schaukeln oder mit irgendwas abfangen kann. Ich glaube, wenn man das dann schafft und man das Gefühl hat, ich konnte in seine Welt übertreten und was erreichen. Das ist schon ein sehr nettes Gefühl.“
(Interview IV, Pos. 233-238)

Dankbarkeit herrscht, wenn es darum geht, dass Mittel und Wege auf der Palliativstation vorhanden sind, um das Leid der Patient*innen zu lindern oder gar zu vermeiden, auch wenn wie bereits erläutert, Verbesserungsvorschläge geäußert wurden.

„Worüber ich, dass ich schon sehr dankbar bin auf der Palliativstation, ist das man hier schon Mittel hat, wo man das einfach durchbrechen kann, wo man ihnen einfach helfen kann. Und das finde ich halt echt gut. Durch das Mittel kann es halt sein, dass man das echt durchbricht und es gar nicht mehr kommt nachher dann. Also das gibt mir zumindest das Gefühl, dass ich ihnen helfen kann oder dass ich die Mittel habe oder die Wege auch, dass ich nicht machtlos bin.“ (Interview VII, Pos. 116-122)

Eine DGKP äußert, dass es letztlich darum gehe, nach dem Dienst mit einem guten Gewissen nach Hause zu gehen, auch wenn das nicht immer möglich scheint. So lassen sich emotionale Belastungen minimieren oder gar vermeiden.

„Für mich persönlich ist entscheidend, dass ich mit einem guten Gewissen aus dem Dienst gehe und weiß, was ich gemacht hab, war alles ok und es hallt nichts nach. Das ist das, was ich meine, wenn was nachhallt, das ist dann belastend. Wenn ich sage, ok, guter Dienst. Jetzt gehe ich aus dem Dienst. Patienten sind alle zufrieden. Da geht es einem selber auch gut.“ (Interview III, Pos. 200-204)

Hervorgehoben wurde von einer DGKP, dass es als bereichernd empfunden wird, positive Erfahrungen zu erleben. Sie sprach dabei von ihrem eigenen Motto, das sie sich als Ziel für jeden Dienst gesetzt hat.

„Also ich habe so ein Motto. Ich möchte jeden Tag eine gute Tat tun. Ich bin kein gläubiger Mensch, aber ich finde das für mich einfach schön, wenn ich am Abend heimgehe und das Gefühl habe, ich habe heute was Gutes getan, oder was Schönes. Was eine Patientin dann wirklich zu mir gesagt hat, glaube ich, vergesse ich überhaupt nie. Wie sie gesagt hat, setzten Sie sich bei mir hin, weil bevor ich gehe, möchte ich Ihnen das noch sagen: Wenn Sie im Dienst sind, fühle ich mich manches Mal wie ein Baby, das sich einfach in Ihre Arme legen kann, dass ich mich sicher und geborgen fühle.“ (Interview IV, Pos. 250-257)

Das Erleben von positiven Erfahrungen und dem Wissen Wege und Mittel zur Linderung des Leidens und zur Behandlung der Symptome während des Delirs zu haben, werden als bedeutsame und bestärkende Unterstützungsmaßnahme für die DGKP gesehen.

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich darauf, die Erfahrungen der DGKP mit dem Auftreten des Delirs in der Sterbephase zu erfassen und Einblicke in das Erleben auf zwei Palliativstationen in Österreich zu ermöglichen. Dabei konnten folgende Kapitel identifiziert werden, die untersucht und zusammengefasst wurden: Das Erkennen, die Wahrnehmung, die Interventionen zur Symptomkontrolle, sowie die Herausforderungen im Alltag und Umgang und folglich die benötigten/erwünschten Unterstützungsmaßnahmen.

Wie die Arbeit gezeigt hat, verkennen DGKP, trotz einer sehr hohen Prävalenz von 58% - 88% (Watt et al. 2019, S. 869) im klinischen palliativen Setting, das Delir in der Sterbephase. Letzten Endes beeinflusst das Verständnis und Interpretation des Delirs weitere Handlungen (Featherstone et al. 2021, S. 993). Die Herausforderungen, mit denen DGKP während des Auftretens des Delirs umgehen müssen, sind vielfältig. Die DGKP sind bestrebt, den Patient*innen über die vorhandenen zeitlichen Ressourcen hinaus, einen würdevollen letzten Lebensabschnitt zu ermöglichen. Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit, der kollegiale Austausch, sowie Einbezug der Angehörigen, spielen eine wichtige Rolle, um das zu ermöglichen.

- **Erkennen und Wahrnehmung**

Konkret nimmt die **Früherkennung** des Delirs eine zentrale Rolle ein, da folgend die weitere Versorgung beeinflusst wird. Auch mehrere Studien beschreiben, dass das **Delir zu wenig erkannt und dokumentiert** wird (Watt et al. 2019, S. 866; Featherstone et al. 2021, S. 1000). Dem steht die Definition der WHO zur palliativen Versorgung gegenüber, die eine frühe Erkennung, das korrekte Assessment und Behandlung von Symptomen fordert, die zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen und deren Familie beitragen (WHO 2020). Es lässt sich erkennen, dass die Gegebenheiten im klinischen, palliativen Setting nicht im vollen Maße der Definition des WHO in Palliative Care entsprechen, auch wenn die Arbeit nur ein kleines Forschungsfeld abdeckt, das regional begrenzt ist.

Obwohl das **hypoaktive Delir häufiger** auftritt, werden die Symptome eher anderen Gründen und Diagnosen zugeschrieben (Watt et al. 2019, S. 871). DGKP schilderten beispielsweise, dass der Einsatz von sedierenden Medikamenten und folgend eine Beeinflussung der Vigilanz, das Erkennen des hypoaktiven Delirs erschwert.

Grundsätzlich wird das Auftreten des Delirs, als ein Anzeichen des nahen Todes gesehen. Jedoch kann möglicherweise das klinische Personal daran gehindert werden, weiter nach veränderbaren Ursachen zu suchen (Featherstone et al. 2021, S. 997). Auch wenn in der S-3 Leitlinie der Palliativmedizin diverse Kriterien zur Erkennung der Sterbephase angeführt sind, wie beispielsweise der Veränderung des Bewusstseins, Verwirrtheit (AWMF online 2021, S. 441), ähneln sie den Symptomen des Delirs. Das bedeutet konkret, das DGKP tiefgehendes Wissen zu den möglichen Symptomen des Delirs und somit die Fähigkeit das Delir von anderen Zustandsbildern unterscheiden zu können, braucht. Nur dann können auch adäquate Interventionen zur Erhaltung der Lebensqualität der Patient*innen angewandt werden.

Grundsätzlich werden **primär hyperaktive Symptome wahrgenommen**, die aber dem Delir nicht zugeordnet werden (Featherstone et al. 2021, S. 993). In erster Linie sprachen die befragten DGKP von akuten Veränderungen der Affektivität und des Verhaltens und beschrieben es vorrangig als motorische, getriebene Unruhe der Patient*innen, mit der Intention vor dem Versterben noch etwas erledigen zu müssen. Aber auch von kommunikativen Einschränkungen und einer veränderten Wahrnehmung ist die Rede. Dai et al. (2022) erwähnen, dass Palliativpatient*innen mit hyperaktiven Symptomen ein signifikant höheren Leidensdruck auf wiesen, als jenen Patient*innen die keine Symptome zeigten (S. 149). An dieser Stelle darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass die DGKP das hypoaktive Delir grundsätzlich nicht erkennen. Schlussendlich wirken hyperaktive Symptome präsenter. Dabei stellt sich die Frage, wie sich das Leid in Bezug auf hypoaktiven Symptomen zeigt und ob es sich in der Intensität zum hyperaktiven Delir unterscheidet. Eine vertiefte Forschung im Sinne der Wahrnehmung von hypoaktiven Symptomen im Zusammenhang mit der Erfassung des Leidensdrucks ist daher notwendig. Demnach zeigen diese Resultate, wie wichtig die Erkennung des Delirs ist, um das Leid der Patient*innen zu reduzieren. Das Leid ist immer multidimensional zu betrachten.

Hosie et al. (2014) erwähnten in ihrer Studie, dass bevorzugt alternative Begriffe, wie „terminale Unruhe“ und/oder „Agitation“ verwendet werden, um das Delir zu

beschreiben und das Verständnis dadurch erschwert ist (S. 1359). Herausgefunden werden konnte, dass DGKP hauptsächlich **Synonyme**, primär den Begriff „**terminale Unruhe**“ verwenden und sie nicht dem Delir zuordnen. Begründet haben die DGKP das Verwenden des Synonyms, einerseits zur Abgrenzung zum postoperativen stationären Bereich und andererseits der Hemmschwelle, da es sich beim Delir um eine ärztliche Diagnose handelt. Weiters wurde angemerkt, eher **Beschreibungen** während der mündlichen und schriftlichen Übergabe zu verwenden, um den Kolleg*innen ein konkreteres Bild des Zustandes der Patient*innen zu ermöglichen. Dennoch darf nicht unerwähnt bleiben, dass die „terminale Unruhe“, sich nicht ausschließlich dem Phänomen „Delir“ zuordnen lässt und vielmehr einen Überbegriff darstellt, um vorrangig hyperaktive Symptome zu beschreiben.

In dieser Arbeit wurde nachgewiesen, dass **keine Assessment- und Screening-Instrumente zur Früherkennung des Delirs** auf den einbezogenen Palliativstationen verwendet werden. Featherstone et al. (2021) kommen in der Studie auch zu dem Ergebnis, dass Assessment- und Screening-Instrumente in der Praxis zu selten angewandt werden, obwohl die Pflegepersonen einer Anwendung im Rahmen der Früherkennung positiv gegenüberstehen (S. 993). Stattdessen wurden von den Befragten andere Skalen, wie etwa das „ZOPA“ oder die numerische Skala, die eigentlich zur Schmerzerfassung angelegt sind, verwendet. Ein validiertes, standardisiertes Assessment-Instrument zur raschen Diagnose des Delirs, ist die Confusion Assessment Method (CAM) (Bickel 2007). Von der Österreichischen Palliativgesellschaft werden die Assessment-Instrumente, wie etwa die **CAM** und der **DOSS** (Delirium Observation Screening Scale) als Assessment-Tools zur Erfassung des Delirs angegeben (Österreichische Palliativgesellschaft 2024). Anhand der Studie von Watt et al. (2019) wurde erkenntlich, dass die CAM international am häufigsten im palliativen Setting verwendet wird (S. 866). Dies konnte hier aufgrund des fehlenden Einsatzes nicht bestätigt werden, wenn auch anzumerken ist, dass die Datenlage dieser Arbeit einen kleinen Teil des stationären, palliativen Settings darstellt. **Erfahrungswerte** und der **kollegiale, sowie interdisziplinäre Austausch**, wurden als wichtiger Einfluss bei der Erkennung des Delirs beschrieben.

- **Interventionen zur Symptomkontrolle**

Grundlegend für die DGKP in ihrem klinischen Alltag ist die **partizipative Entscheidung der Patient*innen** zur Anwendung der nicht pharmakologischen und pharmakologischen Interventionen. DGKP sind wichtige Personen, die unter anderem als Patient*innenanwalt agieren und die persönlichen Interessen vertreten, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.

Grundsätzlich verwenden die DGKP **vorrangig nicht pharmakologische Interventionen**, im Sinne der **Präsenz und Anwesenheit** für die Patient*innen mit einem Delir in der Sterbephase. Bevor medikamentöse Interventionen angewandt werden, ist der Behandlungsbedarf, in Bezug auf die Symptomlast, klinisch zu prüfen. Allgemeinmaßnahmen (reizarme und orientierungsfördernde Umgebung, Sturzprophylaxe usw.), deren eine hohe klinische Relevanz zugeschrieben wird, sollten angewendet werden (AWMF online 2021, S. 451). Die DGKP schilderten, dass die Patient*innen-Pflegeperson-Beziehung eine wichtige Grundlage ist, damit Patient*innen ihr Leid kundtun können. Die Authentizität der DGKP ist hier entscheidend. Unterstützend beim Beziehungsaufbau ist Kennenlernen der persönlichen Interessen und Lebensweise der Patient*innen, entweder durch sie selbst oder die Familie. Gleichzeitig sind DGKP aber gerade während des Auftretens des Delirs vor kommunikative Einschränkungen gestellt, die einen personenzentrierten Umgang mit den Patient*innen erschweren. (Featherstone et al. 2021, S. 998)

Der **Einbezug der Angehörigen** stellt eine bedeutsame Ressource dar, auf diese auch nachts zurückgegriffen werden kann. Die DGKP beschrieben den Einbezug der Angehörigen als Ressource, wenn eine intakte Beziehung zur/m Patient*in besteht. Dennoch ist anzumerken, dass die eingeschränkte Kommunikation und Wahrnehmung des Leidensdrucks, für Angehörige belastend empfunden wird (Featherstone et al. 2021, S. 999). Letzen Endes wird hier sichtbar, dass die Früherkennung des Delirs in der Sterbephase dazu beiträgt, dass auch Angehörige adäquat betreut werden und eine entsprechende Aufklärung zu möglichen Symptomen und Verlauf erhalten, um die Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase adäquat begleiten zu können und den Belastungen entgegenzuwirken.

Primäres Ziel der **pharmakologischen Interventionen** ist die **Linderung des Leidens** und **Erhaltung der Lebensqualität** in der letzten Lebensphase. Pharmakologische Interventionen werden hauptsächlich eingesetzt, um hyperaktive Symptome und das Leid der Patient*innen zu lindern, um letzten Endes einen friedlichen Tod zu ermöglichen (Featherstone et al. 2021, S. 998). Es lässt sich anhand der Ergebnisse erkennen, dass bei **zunehmenden Leidensdruck ein erhöhter Handlungsdruck besteht, medikamentös zu intervenieren**. Ob medikamentöse Interventionen zur Symptomkontrolle eingesetzt werden, ist abhängig vom Leid der Patient*innen, deren Angehörigen und schlussendlich des Personals, sowie deren zeitlichen und personellen Ressourcen abhängig (Featherstone et al. 2021, S. 999). Anhand der Ergebnisse ließ sich ebenfalls erkennen, dass mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen, Einfluss auf die Auswahl der Interventionen haben, und dementsprechend pharmakologische Interventionen bevorzugt werden.

Eine Möglichkeit, um therapierefraktäre Symptome und das Leid der Patient*innen zu lindern, ist die Palliative Sedierung. Bei der Entscheidungsfindung sollten neben der Abklärung der vorgegebenen Voraussetzungen zur Anwendung der Palliativen Sedierung, auch alle möglichen Expertisen miteinfließen (Weixler et al. 2017). In der S3 Leitlinie der Palliativmedizin wird im Rahmen des Entscheidungsprozesses über den Beginn, Fortsetzung und Beendigung medizinischer Interventionen, die aktive Beteiligung der Patient*innen im Sinne von „**shared decision making**“ empfohlen. Die Partizipation reicht damit über die informierte Einwilligung hinaus. Gleichzeitig kann es aber auch bedeuten, dass die Entscheidungsfindung, beruhend auf einem Vertrauensverhältnis, den Ärzt*innen übertragen wird, die dem autonomen Handeln und Denken der Patient*innen entspricht. (AWMF online 2021, S. 123).

Von einigen DGKP wird der richtige Zeitpunkt des Beginns kontrovers diskutiert. Nachgewiesen werden konnte, dass der Einsatz der Palliativen Sedierung auch rechtliche und ethische Bedanken bei den DGKP hervorruft, wenn Patient*innen vorab nicht aufgeklärt und eindeutig eingewilligt haben. Diese ethischen Bedenken wurden auch in der Studie von Featherstone et al. (2021) beschrieben (S. 998). Ist der/die Patient*in nicht mehr entscheidungsfähig, obliegt Entscheidung, beruhend auf dem Patient*innenwillen, bei der vertretenden Person (Weixler et al. 2017, S. 9) .

Entscheidungen über **therapeutische Vorgehensweisen sollten vorweg getroffen und dokumentiert werden** (AWMF online 2021, S. 124). Anhand der Interviews ist jedoch hervorgegangen, dass die Dokumentation zur Aufklärung und folgend Festhaltens des Patient*innenwillens zur Palliativen Sedierung, teilweise für die DGKP, schwer nachvollziehbar ist. Das lässt darauf schließen, dass sich die Bedenken, bezüglich der Anwendung der Palliativen Sedierung, vorab durch eine **sichtbare und eindeutige Dokumentation** des Patient*innenwillens, sich möglicherweise verhindern ließen.

- **Herausforderungen im Alltag und Umgang**

Das Auftreten des Delirs ist mit einer Belastung aller Beteiligten verbunden (Schmitt et al. 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass DGKP vor emotionale Belastungen gestellt sind, gerade wenn hyperaktive Symptome präsent sind und ein zunehmender Leidensdruck der Patient*innen wahrgenommen wird. Die Belastung der DGKP im palliativen Setting findet in zahlreichen Studien jedoch nicht ausreichend Beachtung. Es wird eher von einer multidimensionalen Belastung für alle Beteiligten gesprochen. Um die klinischen Alltagsbedingungen, gerade in diesen herausfordernden Situationen anzupassen, ist es wichtig, die Perspektive der DGKP tiefgründiger zu verstehen.

Deutlich wurde, dass das Auftreten des Delirs in der Sterbephase für die DGKP, mit Herausforderungen im Alltag, sowie Umgang verbunden ist. Anhand der Ergebnisse ließ sich ableiten, dass die strukturellen Vorgaben der Organisation, Einfluss auf die Herausforderungen, die von den DGKP angegeben wurden, nehmen. Das Auftreten von **Stürzen, Aggression und Gewalt** wurden im Zusammenhang mit hyperaktiven Symptomen, als Herausforderung im Umgang genannt. Im vorherigen Abschnitt wurde bereits erwähnt, dass das Auftreten von hyperaktiven Symptomen mit Belastungen für die DGKP verbunden sind.

Aufgrund der erhöhten **Observanz und Präsenz**, die Palliativpatient*innen mit einem Delir in der Sterbephase benötigen, wurden von den DGKP alltagsbedingte Herausforderungen beschrieben. Von den DGKP wurde erwähnt, dass auch wenn der Personalschlüssel höher als auf anderen Stationen ist, die zeitlichen Ressourcen begrenzt sind.

Es wird von den DGKP angemerkt, dass beim Auftreten des Delirs eine **Eins-zu-eins-Betreuung** oder sogar die **Präsenz mehrerer Kolleg*innen** notwendig ist, gerade wenn hyperaktive Symptome wahrgenommen werden und die Präsenz das Mittel der Wahl wäre. Die Ergebnisse von Schmitt et al. (2019) zeigen auf, dass DGKP sich **schuldig fühlen**, nicht genügend Zeit beim Patient*innen mit einem Delir verbracht zu haben. Weiters gaben die Pflegepersonen an, sich während dem Auftreten des Delirs hilflos und frustriert zu fühlen, da keine Maßnahmen zu helfen scheinen (Schmitt et al. 2019, S. 333). Die Studie bezog sich jedoch auf den gerontologischen Bereich. Die DGKP beschrieben ebenfalls diese Hilflosigkeit, da das Delir mit seinen Symptomen akut auftritt, fluktuiert und sich persönlichkeitsabhängig präsentiert. Tagesabläufe müssen daher abrupt angepasst werden.

Hervorgehoben wurde, dass das **Auftreten des Delirs in der Nacht eine Herausforderung** darstellt, da weniger Personal zur Verfügung steht und die örtliche ärztliche Präsenz mit palliativer Expertise, fehlt. Hervorgegangen ist, dass die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** zur Versorgung der Palliativpatient*innen von Nöten ist, um diese mit dem multidimensionalen Leid adäquat begleiten zu können. Von der WHO wird angeführt, dass es ein Unterstützungssystem am Lebensende, unter Einbezug aller möglicher Professionen, benötigt (WHO 2020). Daraus resultierte, dass DGKP das Gefühl äußerten, andere Patient*innen zu vernachlässigen und mit ihrem Leid alleine zu lassen, da Palliativpatient*innen mit einem Delir plötzlich die volle Aufmerksamkeit benötigten. Unter anderem sind die DGKP aufgrund der fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen, wie bereits angemerkt, verleitet pharmakologische Interventionen anzuwenden, um primär hyperaktive Symptome und das damit verbundene Leid zu lindern. Durch eine Früherkennung kann das Delir zwar in den meisten Fällen nicht verhindert, jedoch mögliche Ursachen identifiziert und Interventionen frühzeitig modifiziert werden.

Die alltagsbedingten Herausforderungen lassen sich nur begrenzt auf anderen Stationen übertragen. Demnach ist es sinnvoll, die alltagsbedingten Herausforderungen auf den einzelnen Palliativstationen zu erheben, die von strukturellen Vorgaben der Organisation beeinflusst werden, um ihnen entgegenzuwirken.

4.1 Limitation

Im folgenden Abschnitt möchte ich darauf eingehen, welche Begrenzungen die Arbeit aufweist. Die Auswahl der Studienteilnehmer*innen erfolgte zufällig von Stationsleitungen. Demnach kann die Zufallsstichprobe, durch bestimmte Erfahrungswerte der Personen beeinflusst worden sein, dass sich anhand der hohen Altersspanne (Ø 49 ,5 Jahre) und gesamten Berufserfahrung (Ø 10 Jahren) vermuten lässt. Jüngere Personen oder Berufseinsteiger*innen zu befragen, mit einem möglicherweise abweichenden Ausgangspunkt auf der Palliativstation, kann wichtige Erkenntnisse zu den Herausforderungen liefern, da DGKP beim Erkennen des Delirs von der Erfahrung profitieren.

Zusätzlich handelte es sich um ein kleines Sample. Die Ergebnisse sind daher nur begrenzt auf andere Palliativstationen übertragbar und gelten nur für Österreich. Zudem wurden zwei unterschiedliche Organisationen miteinbezogen. Einen möglichen Einfluss stellen auch die Leitbilder der Organisationen dar, die unterschiedliche Ansätze aufweisen und möglicherweise beim Therapieansatz eine Rolle spielen.

Weiters erfolgte die Codierung des Textes ausschließlich durch die Forscherin. Kuckartz und Rädiker (2022) empfehlen aber im Rahmen der inhaltlichen strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, zur Sicherung der Qualität des Codierprozesses, dass der Text von zwei Codierenden bearbeitet wird (S. 136).

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass das Delir in der Sterbephase ein komplexes Phänomen auf der Palliativstation darstellt und mit diversen Herausforderungen für die DGKP verbunden ist. Es wurde aufgezeigt, dass das Delir in der Sterbephase erkannt wird.

Das akute und fluktuierende Auftreten des Delirs in der Sterbephase verlangt von den DGKP eine rasche, kontinuierliche Aufassungsgabe und regelmäßige Evaluierung des Ist-Zustandes der Patient*innen. Strukturelle Bedingungen, wie etwa begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen erschweren die Umsetzung von nicht medikamentösen Maßnahmen, beispielsweise der kontinuierlichen Präsenz. Das Gefühl zu haben, anderen Patient*innen nicht gerecht zu werden, trägt zur Belastung bei. Auch das Auftreten des Delirs in den Nachtdiensten, in denen DGKP oft alleinverantwortlich agieren, wird als belastend empfunden. Akute Herausforderungen im Umgang mit den Patient*innen stellen vor allem Stürze, Aggression und Gewalt dar.

Das Erkennen des Delirs in der Sterbephase führt dazu, dass nicht pharmakologische Interventionen verzögert eingesetzt werden und der Leidensdruck möglicherweise zunimmt. Folgend werden aufgrund des erhöhten Leidensdrucks medikamentöse Interventionen angewandt. Der Anwendung der Palliativen Sedierung stehen die DGKP ambivalent gegenüber. Ethische Bedenken werden insbesondere dann geäußert, wenn keine Patient*inneneinwilligung vorhanden ist und eine patientenzentrierte Entscheidung getroffen werden muss. Gleichzeitig kommt es bei der Anwendung der Palliativen Sedierung zu einer Verminderung der emotionalen Belastung aller Beteiligten, da therapieresistente Symptome reduziert werden und der Leidensdruck der Patient*innen abnimmt. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine Früherkennung notwendig ist, um Symptome und Leid abzufangen.

Neben der fachlichen Expertise, sind strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen notwendig, um das Delir frühzeitig zu erkennen und adäquate Versorgung zu gewährleisten.

Schlussendlich wird verdeutlicht, dass es Assessment- und Screening-Instrumente auf den Palliativstationen braucht, wie beispielsweise die CAM, die von den DGKP auch angewandt werden, um das Delir frühzeitig zu erkennen. Auch wenn hyperaktive Symptome präsenter scheinen und mit diversen Herausforderungen im Umgang und

Alltag verbunden sind, tritt dennoch das hypoaktive Delir häufiger auf. Trotz allem ist klar, dass das Delir mit seinen vielseitigen Symptomen, von den DGKP erkannt wird. DGKP sind sich dieses Unkenntnis bewusst und würden es bevorzugen, mehr Wissen und Aufklärung zum Phänomen „Delir“ im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen zu erlangen, um vorausschauender handeln zu können.

Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen die Aussage, dass Erfahrung und der interdisziplinäre, sowie kollegiale Austausch, wie sie primär auf den Palliativstationen eingesetzt werden, alleine nicht ausreichend sind, um das Delir zu erkennen und es eine Anwendung des Assessment- und Screening-Instruments braucht. Denn nur so können rechtzeitig Symptome wahrgenommen und das Delir frühzeitig diagnostiziert werden. Zudem kann der Leidensdruck verringert und folgend adäquate Interventionen gesetzt werden, die letzten Endes zur Aufrechterhaltung oder gar Verbesserung der Lebensqualität der Palliativpatient*innen in der Sterbephase beitragen.

Damit die Organisationen mehr Sichtbarkeit zu Leistungen erlangen, die von den DGKP während des Delirs in der Sterbephase durchgeführt werden, stellt die Erfassung durch Assessment- und Screening-Instrumente eine sinnvolle Maßnahme dar. Eine erhöhte Sichtbarkeit und Anerkennung der Leistungen während dem Auftreten des Delirs in der Sterbephase können schlussendlich dazu führen, dass bestehende Strukturen hinterfragt und angepasst werden, um den bestehenden Herausforderungen entgegenzuwirken.

Es ist unerlässlich, dass in der zukünftigen Forschung die Perspektive der Pflege einbezogen wird, indem die Aufmerksamkeit auf die Belastungen der DGKP während des Auftretens des Delirs gerichtet wird. Es bedarf der Erfassung der Belastungen, um die vorhandenen Strukturen kontinuierlich zu verbessern und an die Alltagsbedingungen anzupassen. Weiters ist wichtig, die Selbstsorge und Resilienz der DGKP im Umgang mit dem Delir in der Sterbephase zu stärken und um damit auch langfristig eine adäquate Versorgung auf der Palliativstation zu erzielen.

6 Literaturverzeichnis

- AWMF online (Hg.) (2021): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung im Leitlinienprogramm Onkologie. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2023.
- Baumgartner, Johann (2020/21): Sterbeorte Österreich Erwachsene. Auswertung Österreich und Bundesländer, Alle Diagnosen. Online verfügbar unter https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/02/Sterbeorte_Alle_18_2019.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2023.
- Bickel, Horst (2007): Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines Delirs. In: *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 1 (3), S. 224–228. DOI: 10.1007/s11800-007-0041-9.
- Böhmendorfer, Mag. Birgit; Fühwald, Thomas; Iglseder, Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard; Jagsch, Prim. Christian; Lorenzl, Univ.-Prof. Stefan; Weissenberger-Leduc, DDr. Mag. Monique (2017): Delir. Ein häufiges Syndrom im Alter - eine interdisziplinäre Herausforderung. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Facultas.
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022): ICD-10 BMSGPK 2022 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - BMSGPK-Version 2022+. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), zuletzt geprüft am 05.11.2023.
- Cicely Saunders: The Evolution of Palliative Care. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* (94), S. 430–432.
- Dachverband HOSPIZ Österreich (DVHÖ) (2023): Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/>, zuletzt geprüft am 29.11.2023.

- Dai, Yunyun; Walpole, Grace; Ding, Jinfeng; Scanlon, Cian; Ho, Luke; Khoo, Ru Hui et al. (2022): Symptom trajectories for palliative care inpatients with and without hyperactive delirium in the last week of life. In: *Journal of advanced nursing* 78 (1), S. 142–153. DOI: 10.1111/jan.14966.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (2016): Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf>, zuletzt geprüft am 24.11.2023.
- Dunphy, Janet (2020): Kommunikation mit Sterbenden. Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Featherstone, Imogen; Hosie, Annmarie; Siddiqi, Najma; Grassau, Pamela; Bush, Shirley H.; Taylor, Johanna et al. (2021): The experience of delirium in palliative care settings for patients, family, clinicians and volunteers: A qualitative systematic review and thematic synthesis. In: *Palliative medicine* 35 (6), S. 988–1004. DOI: 10.1177/02692163211006313.
- Feichtner, Angelika (2014): Lehrbuch der Palliativpflege. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas.
- Feichtner, Angelika (2022): Palliativpflege in der Praxis. Wissen und Anwendungen. 3. Aufl. Wien: Facultas.
- Feichtner, Angelika; Pußwald, Bettina (2020): Angehörige in der Palliative Care. Unterstützung, Begleitung und Beratung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas (Pflegepraxis).
- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Heller, Andreas (2014): Das perimortale Omnikompetenz-Syndrom. Anspruch als Belastungsfaktor. In: Monika Müller und David Pfister (Hg.): Wie viel Tod verträgt das Team. Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. 3. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG, S. 68–79.

- Heller, Andreas (2018): Schmerz und Leiden: Zugänge zu einer spirituellen Wahrnehmung. In: Birgit Heller und Andreas Heller (Hg.): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. 2. Bern: Hogrefe, S. 181–207.
- Hosie, Annmarie; Agar, Meera; Lobb, Elizabeth; Davidson, Patricia M.; Phillips, Jane (2014): Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: a qualitative study using critical incident technique. In: *International journal of nursing studies* 51 (10), S. 1353–1365. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.005.
- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Mayer, Hanna (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: facultas.wuv - Maudrich.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2023): Hospiz- und Palliativversorgung. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/palliativ-hospizversorgung/hospiz-palliativ-einrichtungen.html#was-ist-eine-palliativstation>, zuletzt geprüft am 22.10.2023.
- Österreichische Palliativgesellschaft (2018): Kontakte & Adressen. Wien. Online verfügbar unter <https://www.palliativ.at/services/kontakte-adressen>, zuletzt geprüft am 03.12.2023.
- Österreichische Palliativgesellschaft (2024): Assessment Tools. Online verfügbar unter <https://www.palliativ.at/aktuelles/assessment-tools>, zuletzt aktualisiert am 21.08.2024, zuletzt geprüft am 23.03.2025.
- Schmitt, Eva M.; Gallagher, Jacqueline; Albuquerque, Asha; Tabloski, Patricia; Lee, Hyo Jung; Gleason, Lauren et al. (2019): Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. In: *The Gerontologist* 59 (2), S. 327–337. DOI: 10.1093/geront/gnx153.

- Seiler, Annina; Meyer, Rafael; Boettger, Soenke (2021): Delirmanagement in der Palliative Care. In: *Praxis* 110 (15), S. 872–878. DOI: 10.1024/1661-8157/a003782.
- Statistik Austria (2023a): Krebsinzidenz und Krebsmortalität nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht, Jahresdurchschnitt 2018 bis 2020, Absolutzahlen. Unter Mitarbeit von Österreichisches Krebsregister und Todesursachen. Anzahl maligner invasiver Tumore inkl. DCO-Fälle. Online verfügbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen>, zuletzt aktualisiert am 18.01.2023, zuletzt geprüft am 24.11.2023.
- Statistik Austria (2023b): Sterbefälle bleiben 2022 auf Niveau der beiden Vorjahre. Lebenserwartung der Männer geringfügig gestiegen, unverändert für Frauen. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/02/20230126Sterbefaell_e2022.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2023.
- Watt, Christine L.; Momoli, Franco; Ansari, Mohammed T.; Sikora, Lindsey; Bush, Shirley H.; Hosie, Annmarie et al. (2019): The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. In: *Palliative medicine* 33 (8), S. 865–877. DOI: 10.1177/0269216319854944.
- Weixler, Dietmar; Roider-Schur, Sophie; Likar, Rudolf; Bozzaro, Claudia; Daniczek, Thomas; Feichtner, Angelika et al. (2017): Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion) : Ergebnisse eines Delphiprozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). In: *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)* 167 (1-2), S. 1–20. DOI: 10.1007/s10354-016-0533-3.
- WHO (2020): Palliative Care - Key facts. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, zuletzt aktualisiert am 05.08.2020, zuletzt geprüft am 25.10.2023.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Artikel Art. 22. Online verfügbar unter <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>, zuletzt geprüft am 24.11.2023.

Anhang

Anhang 1: Informationsschreiben und Einwilligung

Informationsschreiben und Einwilligung

Delir in der Sterbephase

Erfahrungen von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Delir in der Sterbephase

Erfahrungen von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Das Delir in der Sterbephase ist ein häufig auftretendes Phänomen auf Palliativstationen und verdeutlicht die Wichtigkeit einer adäquaten Versorgung der Palliativpatient*innen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen nehmen eine essentielle Säule bei der Früherkennung, Behandlung und im Umgang mit Palliativpatient*innen mit einem Delir in der Sterbephase ein. Aufgrund ihrer ständigen Interaktion und Präsenz können schnell Veränderungen wahrgenommen werden. Jedoch gestaltet sich eine differenzialdiagnostische Ursachenabklärung und bedarfsgerechte Versorgung im klinischen Alltag aufgrund der Komplexität des Delirs als schwierig. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sind daher vor komplexe Herausforderungen im Umgang gestellt, die unter anderem belastend sein können.

Ich möchte mich daher mit der Frage befassen, welche Erfahrungen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen auf der Palliativstation mit dem Delir in der Sterbephase machen. Dazu werden Interviews auf zwei verschiedenen Palliativstationen durchgeführt. Ziel ist es, ein vertiefendes Verständnis zum Phänomen „Delir“ speziell in der Sterbephase aus der bisher wenig erforschten Perspektive der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen zu erlangen. Die Studie wird im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien durchgeführt. Die Masterarbeit wird durch Assoz. Prof. Dr. ⁱⁿ Katharina Heimerl begleitet.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Daten werden anhand von qualitativen Interviews auf den jeweiligen Palliativstationen erhoben. Das Interview wird in ruhiger und ungestörter Umgebung des Krankenhauses durchgeführt. Die Dauer der Interviews beläuft sich auf etwa 30 Minuten. Der Leitfaden enthält eine Einstiegssequenz, sodass die Interviewpartner*innen besser in die Thematik eingeführt werden.

Anschließend werden offene Fragen gestellt, bei denen die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen frei ihre Erfahrungen einfließen lassen können.

Wie wird mit den Daten umgegangen?

Die Aufzeichnung der Interviews erfolgt mittels digitalen Audio-Aufnahmegerät. Die Transkription wird unter durch unter Anwendung der Software MAXQDA durchgeführt. Die Daten werden personen- und ortsbezogen anonymisiert und folgend das inhaltsanalytische Verfahren nach Kuckartz angewandt. Es werden Personen und Palliativstationen anonymisiert, das heißt es sind keine Rückschlüsse auf Sie als Interviewpartner*in möglich.

In der Masterarbeit und eventuellen Veröffentlichungen daraus werden wörtliche anonymisierte Zitate aus den Interviews verwendet. Die Daten werden ausschließlich zum wissenschaftlichen Zweck im Rahmen der Masterarbeit verwendet, die Tonaufnahmen werden nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht. Die Forscher*in ist zur Einhaltung der Datenschutzbestimmung, sowie der Verschwiegenheit verpflichtet.

Wer kann auf die Daten zugreifen?

Der Zugriff auf personenbezogene Daten ist ausschließlich der Forscher*in vorbehalten. Die Daten werden vertraulich auf einer externen Festplatte aufbewahrt.

Widerruflichkeit der erteilten Einwilligungserklärung

Sie können Ihre Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen bis zu zwei Wochen nach dem Interview zurückziehen. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Ihre Daten zum Zweck der Auswertung anonymisiert werden. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind hier nicht mehr möglich.

Bei Fragen zum Forschungsprojekt/ Interview kontaktieren Sie mich bitte unter:

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin

(Druckbuchstaben):

Hiermit erkläre ich, dass ich vollständig über das Forschungsprojekt „Delir in der Sterbephase“ informiert wurde und das Informationsschreiben gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit diesbezüglich Fragen zu stellen. Ich bin mir über den Nutzen, sowie Risiken des Forschungsvorhabens bewusst. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Verwendung der personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückgezogen werden kann.

Ich bin mit der Aufzeichnung und der anschließenden Verwendung der anonymisierten Daten im Rahmen der Masterarbeit einverstanden.

Eine Kopie des Informationsschreibens und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

.....

Ort, Datum und Unterschrift der Studienteilnehmer*in

.....

Ort, Datum und Unterschrift der Forscher*in

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Interviewleitfaden/ Kurzfragebogen/ Postskript

Delir in der Sterbephase Erfahrungen von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Begrüßung und Kennenlernen



- Begrüßung
- Schaffen einer angenehmen, ruhigen Atmosphäre
- Dank für die Teilnahme aussprechen

Herzlichen Dank, dass sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen und mit mir Ihre wertvollen Erfahrungen teilen.

- Kurze Vorstellung zur eigenen Person

Vorstellung des Projektes: Worum geht es?

Ich führe im Rahmen meiner Masterarbeit, des Studiums Pflegewissenschaft, eine Forschung zum Thema „Delir in der Sterbephase“ durch. Diese Forschungsarbeit befasst sich damit, wie Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen des Auftretens des Delirs in der Sterbephase, im stationären palliativen Setting, erleben. Zentral wird diese Perspektive eingefangen, da diese oft als erste Kontaktperson anwesend sind und eine entscheidende Rolle bei der Versorgung und im Umgang mit den Palliativpatient*innen haben. Ziel ist es, herauszuarbeiten, wie das Delir wahrgenommen, erkannt und welche Interventionen gesetzt werden. Folglich werden mögliche Belastungen im Umgang mit Patient*innen aufgezeigt und schlussendlich Erkenntnisse erlangt, um herauszufiltern welche Unterstützungsmaßnahmen es benötigt, damit Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen kompetent und bestärkt in ihrem klinischen Alltag handeln können.

Einverständniserklärung: Wurde alles gelesen und verstanden?

Vorab haben Sie bereits das Informationsschreiben und die Einwilligungserklärung gelesen. Haben Sie dazu oder zum Forschungsprojekt noch Fragen?

Das Interview wird aufgezeichnet, anschließend anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse zu Ihrer Person und auch nicht auf den Krankenhausträger möglich sind. Die Daten sind ausschließlich der Forscherin vorbehalten und eine Verschwiegenheitspflicht wird garantiert.

Rahmen unseres Gespräches:

Ich werde während des Interviews für eine ruhige und angenehme Atmosphäre sorgen. Das Gespräch wird in etwa 30 Minuten dauern und mittels Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zu Beginn gibt es eine kurze Einstiegspassage, damit Sie sich näher in das Thema hineinversetzen können. Danach folgen weitere Fragen, bei denen Sie frei erzählen können. Wenn es für Sie in Ordnung ist, starte ich jetzt mit der Tonaufnahme.

....**Tonaufnahme wird gestartet....**

Gesprächseinstieg

Das Delir in der Sterbephase ist ein häufig auftretendes Phänomen, mit hyperaktiven und/oder hypoaktiven Phasen, das vielseitige Symptome hervorbringen kann.

- Woran denken Sie als Erstes, wenn Sie den Begriff „Delir“ im Zusammenhang mit der Sterbephase hören?
 - *Wie beschreiben Sie den Zustand in Form der mündlichen Übergabe? Und wie im Rahmen der schriftlichen Dokumentation?*
 - *Können Sie mir eine konkrete Situation erzählen, die Ihnen in Verbindung mit dem Auftreten eines Delirs in Erinnerung geblieben ist?*

Hauptphase

Der Leidensdruck der Patient*innen, wird persönlichkeitsabhängig präsentiert und von der äußeren Umgebung unterschiedlich wahrgenommen.

- *Wie zeigt sich das Delir in ihrem Alltag auf der Palliativstation?*
 - *Woran erkennen Sie, dass ein*e Patient*in im Delir in der Sterbephase ist?*
 - *Welche Instrumente verwenden Sie auf der Palliativstation, um das Delir zu erkennen?*
- *Wie gehen Sie als Pflegeperson mit dem Leidensdruck des/der Patient*in um?*
 - *Welche Interventionen wenden Sie an?*
 - *Wovon ist es abhängig, welche Interventionen Sie für ihre Patient*in wählen?*
 - *Welche Rolle spielen Angehörige/ Ärzt*innen/ Kolleg*innen bei der Auswahl der Interventionen?*
 - *Erzählen Sie mir, wie Sie zur Palliativen Sedierung während des Delirs in der Sterbephase stehen und wann diese angewendet wird? Gibt es dazu unterschiedliche Standpunkte ihrer Kolleg*innen?*
- *Welchen Einfluss hat das Auftreten des Delirs auf Ihren klinischen Arbeitsalltag?*
 - *Welche Herausforderungen ergeben sich in der Versorgung des Delirs?*

- *Welche der trägerspezifisch zur Verfügung gestellten Hilfsmittel zur Erkennung des Delirs verwenden Sie?*
- *An welche positiven Erfahrungen erinnern Sie sich gerne zurück? Würden Sie das wieder so machen?*
- *Was denken Sie ist am Ende Ihres Dienstes entscheidend?*

Abschlussphase

- *Was würden Sie persönlich brauchen, um noch besser mit dem Delir umgehen zu können?*
- *Was denken Sie würde dazu beitragen, die Versorgung des Delirs zu optimieren?*
- *Was würden Sie als palliative Expert*in für die allgemeine Versorgung/ Stationen empfehlen?*

.....Tonbandaufnahme beenden.....

Nach dem Interview

Nachbesprechung

- *Gibt es für Sie noch etwas zu besprechen oder zu klären?*
- *Hat Sie etwas besonders während des Interviews belastet?*

Allgemeine Information

Sollten noch Fragen im Nachhinein auftreten, bitte ich Sie mich unter folgender E-Mail-Adresse zu kontaktieren:

Herzlichen Dank für ihre Mitarbeit!

Kurzfragebogen zu soziodemografischen Daten

Daten zur Befragten Person	
Alter	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe
Ausbildung	☐ Studium (FH Gesundheits- und Krankenpflege) ☐ Kein Studium (Diplomausbildung Gesundheits- und Krankenpflege) ☐ Erster Bildungsweg ☐ Zweiter Bildungsweg
DGKP-Berufserfahrung (in Jahren)	
Arbeitspensum pro Woche	☐ 25 Stunden ☐ 30 Stunden ☐ 35 Stunden ☐ 40 Stunden ☐ Andere Angabe
Zusatzausbildung Palliative Care	☐ Ja ☐ Nein wann absolviert? ☐ Basisausbildung ☐ Erweitert

Postskript

Name Interviewer*in	
Datum.....	DauerMinuten
Räumlichkeit/ Ort	
Verständlichkeit des Leitfadens gegeben	☐ Ja ☐ Nein
Interviewsituation (Stimmung, besondere Vorkommnisse)	
Verhalten der Befragten während des Interviews	
Sonstige Auffälligkeiten während des Interviews	