

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in palliativ Situationen Betreuung am Lebensende Mit besonderem Fokus auf die Thematik: Migrationshintergrund

Vortrag, R. Madörin, Studientag Altersseelsorge von Migrantinnen und Migranten
Bern, 18. September 2012

1. Begrüssung

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich begrüsse Sie auch meinerseits zu Ihrem Studientag
Es ist mir eine grosse Ehre, bei Ihnen zu sein und Ihnen von unserer praktischen Arbeit zu berichten.
Ich habe den Schwerpunkt meines Vortrages auf die praktische Arbeit gelegt.
Ich hoffe Ihnen damit viele Inputs für Ihre eigenen Tätigkeiten mitzugeben. In palliativen Situationen ist die Sensibilität für die interdisziplinäre Zusammenarbeit unersetzlich.

Meine Inputs und meine Erfahrungen entnehme ich der langjährigen Arbeit im Spitexbereich, im Sonderschulbereich und vor allem der Führungsarbeit im Bereich der stationären Betreuung von Frauen und ihren Kindern.

Diese Klienten haben häusliche Gewalt, schwere mehrfache Traumatisierungen diverser Art und Migrationserfahrungen erlebt. Sie waren teilweise in die Prostitution gezwungen worden. Unsere Aufgabe war es, sie in eine eigenverantwortliche selbstgestaltete und für sie positive Lebensgestaltung zu begleiten.

Das gelang nur, wenn wir sie dazu motivieren konnten, ihre eigenen oft brachliegenden und verschütteten Ressourcen und Fähigkeiten zu nutzen.

Spezifische Kenntnisse sowie praktische Erfahrungen entnehme ich dem Bereich der sozialpsychiatrischen Betreuung.

Über psychoonkologische Erfahrungen verfüge ich aus der psychosozialen Beratung und Betreuung der Krebsliga beider Basel.

Ich leite das Team der psychosozialen Beratung. Wir arbeiten mit dem System der Bezugsarbeit und der interdisziplinären Prozessbegleitung. Wir bieten damit eine verlässliche Beziehung durch mehrere Lebensphasen. Im Team arbeiten Sozialarbeiter, medizinische und psychiatrische Pflegefachleute.

Der Bereich unserer Beratung erstreckt sich von der Zeit der Erstdiagnose bis hin zu palliativen Situationen. Wir begleiten Angehörige und Kinder der Betroffenen in den nachfolgenden Trauerprozessen und in den Lebensabschnitten der Neuorientierung.

Wir werden von den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und Fachstellen beauftragt. Wir pflegen regelmässigen Austausch mit den Erstkontaktstellen, wo Klienten mit der Diagnose Krebs konfrontiert werden.

So bin ich als **In Take Verantwortliche** in regelmässigem Austausch mit dem Onkologie Ambulatorium, der Rehabilitationsstation und dem Hospizaufnahmebüro.

Sie können sich bestimmt vorstellen, dass mit unseren differenzierten Beratungen einerseits die Verarbeitung und die Folgen der schockierenden Diagnose, andererseits die Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihre Tätigkeiten zu bearbeiten sind.

Sie können sich bestimmt auch vorstellen, dass die vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung dieser Thematik sehr stark vom sozialen Hintergrund, von der sozialen Begebenheit, von finanziellen Möglichkeiten und von der kulturellen Prägung abhängig sind.

Ich habe meinen Vortrag in folgende Themen unterteilt. Sie erhalten Praxisbeiträge, selbstverständlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Bitte verstehen Sie alle Informationen als Anregungen für Ihre weitere Tätigkeit und ihre Zusammenarbeit im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende.

Für Details, regionale Fragen und/oder persönliche Auskünfte erreichen sie uns jederzeit.

Themen:

- 2 **Palliativsituationen**
- 3 **spezielle Themen: Migrationshintergrund**
- 4 **Sensibilisierung für diese Themen**
- 5 **Ziel der Beratungen**
- 6 **Angebote rund um die Thematik Palliativsituationen**
- 7 **Anforderungen an die Begleitung**
- 8 **Zusammenarbeit in der Begleitung**
- 9 **Beispiele von Begleitungen im Alltag der Psychoonkolog. Beratung klbb**

2. Palliativsituationen allgemein

Wir reden von Palliativsituationen, wenn der Schwerpunkt der kurativen Behandlung in den Schwerpunkt der Schmerzbehandlung und in die Erhaltungstherapie übergeht.

In dieser Phase spielt die Lebensqualität zugunsten der Lebensquantität eine viel wichtigere Rolle. Mit der palliativen Pflege und Behandlung hat das Umsorgen, das Pflegen und Hegen den grösseren Stellenwert als die Behandlung einer Krankheit. Der ganze Mensch mit seinen Bedürfnissen, seiner Biografie, seinem sozialen Hintergrund und seinen Fragen zum Sein und zum Sinn eines menschlichen Lebens, rückt in den Mittelpunkt. Die Hektik und die Eile der Massnahmen, die vielen technischen Informationen und die differenzierten mechanischen Behandlungstätigkeiten verlieren ihren Schwerpunkt. Sie werden aber nicht zum Tag X einfach unmittelbar beendet. Sie können sogar sehr wohl noch angezeigt sein. Allerdings unter dem Vorzeichen, Schmerzen zu lindern, Beschwerden zu senken, Erleichterung zu verschaffen und dem vorhandenen Leben mehr Qualität zu geben. Und Sie sehen auch hier schon die Spannung zwischen der Hoffnung des Betroffenen, die bis am Ende eines Lebens bleibt und dem Annehmen des Unerlässlichen, dass ein Leben seinen Kreis vollendet.

Der Klient und seine Angehörigen fragen manchmal tagtäglich;
Gibt es nicht doch noch etwas, das mir meine Krankheit wegwischt, sie bekämpft oder ist es wirklich so, dass sie meine Kräfte raubt und ich mit ihr mein Leben zu Ende führen werde.
Auffallend ist, dass gerade Familien mit Migrationshintergrund sehr oft der Meinung sind, der Betroffene müsse von negativen Informationen verschont werden. Der Patient und die Patientin dürfe nicht wissen, wie die Fachleute den gesundheitlichen Zustand einschätzen. Warum diese Reaktionen vorhanden sind, woher sie kommen möchte ich so stehen lassen.

Alle wichtigen Themen, die am Lebensende eines Menschen so wesentlich sind, können im speziellen bei Menschen mit Migrationshintergrund mit grosser Belastung verknüpft sein:

Ich erinnere mich sehr gut daran, wie meine eigene Mutter;
Sie hatte sich als junge Kriegs traumatisierte Frau sehr gut in der Schweiz integriert, sie hatte emotional bei ihrem Mann und in der Familie ihres schweizerischen Ehemannes Aufnahme gefunden, sie fühlte sich im Baselbiet heimisch und sprach im Baselbiet auch den Dialekt der Einheimischen,

.....diese meine Mutter begann in ihrer palliativ-Situation, in der ich sie begleitete, unter grossem Heimweh zu leiden. Sie sehnte sich nach ihrer Ursprungsfamilie, und sie träumte in ihren letzten Lebensstunden wieder in ihrer Muttersprache. Sie redete in ihrem Mutterdialekt. Ihre Gebete, die sie uns immer in breitem Baselbieterdialekt gelehrt hatte, hat sie in ihrem heimischen ursprünglichen Elsässerdeutsch gesprochen.

Menschen, die wir in der Beratung begleiten, haben neben einer eindrücklichen Lebenskraft grosse Ängste. Sie benötigen Menschen, zu denen sie Vertrauen haben können.
Sie erleben durch ihre Erkrankung das Loslassen des Gewohnten, das endgültige Abschiednehmen. Zuerst sind es Tätigkeiten und Dinge, die ihre Bedeutung verlieren, es sind Aufgaben und Handlungen, die sie nicht mehr ausführen können, dann sehr oft auch Beziehungen, die einschlafen oder weniger werden. Sie fragen:

wo kann ich Vertrauen haben
 wo bin ich zuhause und wo war ich zuhause, was ist zuhause sein
 wo kann ich mich aufgehoben fühlen, wo bin ich endgültig aufgehoben
 was ist Heimat
 was verliere ich jetzt und wo werde ich hingeführt
 wer steht mir bei und wer trägt mich
 was geschieht mit meinen Lieben, die nicht mit mir gehen können
 haben sie die Kraft und die Möglichkeiten mit meinem Weggang ihr Leben weiter zu führen
 wer hilft ihnen wenn ich nicht mehr da bin
 wer ist bei mir und hilft mir, wenn ich Schmerzen habe
 wer versteht mich
 wer kennt mich und wer weiss wer ich bin
 wem kann ich sagen, was ich mag und was ich nicht mag
 werden meine Bedürfnisse gehört und ernst genommen
 habe ich alles getan, was ich tun wollte und ordnen wollte

In der Betreuung und Beratung der psychoonkologischen Dienstleistungen der Krebsliga beider Basel erleben wir oft, dass Betroffene sehr früh auf dem Hintergrund einer vertrauensvollen Beratungsangebote diese Fragen einbringen.

Wir sind darauf sensibilisiert, diese Menschen mit denjenigen Fachleuten zu verknüpfen, die Ihnen Halt geben können oder in der Vergangenheit Halt gegeben haben. Gerade bei Menschen mit Migrations Hintergrund ist es sehr wichtig, prospektiv früh in der frühen Phase ihrer Erkrankung Kontakte wieder aufzunehmen, zu knüpfen und zu aktivieren, damit die Familiensysteme in Anbetracht der kommenden Ereignisse nicht allein sind. Die Hinterbliebenen finden dort oft Ressourcen, Halt und Sicherheiten um mit dem für sie schmerzlichen Verlust umzugehen und weiter zu leben.

3. spezielle Themen für Betroffene mit Migrationshintergrund

In der begleitenden Beratung achten wir darauf, dass nebst allen individuellen Themen auch soziale Faktoren und Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.

Palliativ Situationen sind vielfältige und mit zum Teil auch dramatischen Sequenzen verbunden. Vergessen wir dabei nicht, dass die Betroffenen in ihrer Biografie Dinge erlebt haben, die am Lebensende mit Nachdruck wieder auftauchen können.

Menschen mit Migrations Hintergrund, und da erzähle ich Ihnen bestimmt keine Neuigkeiten, haben erlebt, dass

- die Heimat bedroht ist
- die Heimat unzugänglich ist
- ihr Lebensmittelpunkt keine Sicherheit gibt
- ihr persönliches Leben der Gewalt, Bedrohung und der unermesslicher Ohnmacht ausgeliefert war
- sie persönlich oft unverarbeitete Verluste erlitten haben
- ihre Erfahrungen keine sichere Geborgenheit zuliess
- sie Vertrauensbrüche, Haltlosigkeit und existentielle Bedrohungen bewältigen mussten
- sie Hunger hatten
- sie Familien verloren haben
- ihre liebsten Menschen weit weg sind von ihnen
- sie nicht mehr in der Lage sind, diese Distanzen zu überwinden
- sie nur mit Hilfsmittel allenfalls noch Kontakt herstellen können
- diese Wege die menschliche Nähe niemals ersetzen
- Düfte, Wörter, Klänge Rituale und Betten fremd und nicht heimisch sind.

.....und in Palliativsituation erleben sie wiederum Ähnliches!

In ihrer Lebensgestaltung haben sie Vieles bewältigt, was unvorstellbare Kräfte von ihnen beansprucht hat.

.....Stressoren aus der ganzen Migrationsthematik!

Sie kennen

- lebenslange Erwartungen der Herkunftsfamilien
- finanzielle Nöte
- sozialer Abstieg
- Konfrontation mit fremden Kulturen
- Integrationsbemühungen
- neue Netzwerke aufbauen, alte Netzwerke verlieren
- Genderaspekte, die in der Fremde nicht beachtet werden
- Rituale und Bräuche beschränkt auf den privaten Raum
- Bildung, Sprache und Ausdrucksfähigkeiten die anders sind
- Fehlender Halt und fehlendes Eingebettet-Sein im erweiterten Familiengefüge

... und in der palliativ Situation treten diese Erfahrungen belastend zutage!

4. Sensibilisierung für diese Themen National

Ich darf aber darauf hinweisen, dass diesen Fragen in der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung ein Stellenwert gegeben wird. Sie finden wertvolle Hinweise beim Bundesamt für Gesundheit und deren Programme.

Eine wertvolle Broschüre vom roten Kreuz ist das Heft
Migration und älter werden
Die wir auch in unserer praktischen Arbeit verwenden werden.

Praktische Beispiele für die Umsetzung sind:

- Mediterran-Gruppen in Alters- und Pflegeheimen
- spezifische kulturelle Pflegegruppen mit Personal / Sprache und Essen aus den Herkunftsländern der Klienten

5. Ziel der Begleitungen

In der Begleitung von Menschen in Palliativ-Situationen ist es wünschenswert, dass alle Beteiligten Fachleute, private Helfer und ehrenamtliche Helfer in einem gemeinsamen Helfersystem ein von Geborgenheit und Vertrauen geprägtes Netz errichten.

Angehörige und Betroffene sollen erleben, dass sie mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden und unterstützt werden.

Betroffene sollen erleben, dass sie durch dieses interdisziplinäre Zusammenwirken in einer Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit getragen werden. Sie sollen ihren Lebenskreis selbst bestimmt und verantwortlich schliessen dürfen.

Sie tun dies mit ihrer individuellen Ausdrucksfähigkeit und mit ihrer Geschichte. Die Selbstbestimmung des Betroffenen, die ganzheitliche Versorgung und die Machbarkeit des Systems ergeben ein Ganzes.

Dem Patienten zugewandte verlässliche Personen, Menschen, die ihm Verständnis für seine Situation, seine unterschiedlichen und differenzierten Bedürfnisse, seinen persönlichen Hintergrund entgegenbringen sind unerlässlich.

So können sich unsere Patienten in einer ihnen fremden Umgebung den Pflegenden, den Fachleuten und ihren Angehörigen anvertrauen.

Sie benötigen von uns Informationen in einer einfachen Sprache, die sie auch verstehen. Sie sind darauf angewiesen, dass wir ihnen Erklärungen zu ihrer Situation geben. Sie benötigen klare

Aussagen, was die Fachleute für sie tun können. Ihre Angehörigen müssen darüber informiert sein, was ihnen, ihrer Familie und ihrem Patienten zur Verfügung steht und was nicht machbar ist. Sie müssen unbedingt erleben, dass sie auch nach ihren persönlichen Gepflogenheiten, den Vorlieben des Patienten, seinen Wünschen und seinen Gewohnheiten befragt werden. Sie können uns sagen, was in ihrer Heimat üblicherweise zur Verfügung steht. Wir können mit ihnen zusammen schauen, was in der neuen Umgebung umsetzbar ist.

6. Angebote rund um die Thematik Palliativsituationen

Finden wir bei unseren Erstkontakten eine palliativ Situation vor, ist es unerlässlich, die Betroffenen über alle regionalen Angebote zu informieren, damit sie auf Grund ihrer Ressourcen und ihrer Belastbarkeit, das für sie stimmige Angebot nutzen können.

Stationärer Bereich:

Akutspitäler haben die Möglichkeit, vereinzelt, unabhängig von der Krankenkassenversicherung, palliativ-Betten in Einzelzimmern, anzubieten.

Kleinere Spitäler haben auch **Palliativstationen**. Vergessen wir nicht, dass viele unserer Patienten mit Migrationshintergrund den Arzt und die Pflegenden dann als Fachleute wahrnehmen, wenn sie in der entsprechenden Umgebung, sprich Spital, und in der entsprechenden Kleidung auftreten.

Ihren Familiengefügen muss Raum und Zeit bei ihrem Patienten geschaffen werden. Das ist eine hohe Anforderung an die Toleranz auf beiden Seiten. Handelt es sich bei Spitälern doch um hochkomplexe Organisationen mit differenzierten Abläufen und vernetzten Strukturen.

Wohl aber möglich und umsetzbar.

Ich möchte gerne bei meinen praktischen Beispielen auf verschiedene Angebote exemplarisch eingehen.

Darum hier eine Auflistung von weiteren Angeboten:

Im Raum Basel haben wir **zwei Hospize** mit der Aufgabe, den Schwerpunkt der Pflege auf die umsorgende und schmerzlindernde, auf die stabilisierende und Erleichterung verschaffende Pflege zu legen. Ein spezifisches Angebot hat das **light house** für Langzeiterkrankte und / oder Aidserkrankte, die rund um die Uhr eine intensive Pflege benötigen.

In der **Komplementärmedizin** gibt es in den entsprechenden Spitälern ebenfalls palliativ Betten für Patienten.

In allen Institutionen wird die zusätzliche Begleitung der Familienangehörigen geduldet. Die Angehörigen werden in die Abläufe mit einbezogen.

Im ambulanten Bereich, wenn ein sozial tragendes Netz vorhanden ist, gibt es eine grosse Anzahl unterstützender Dienste. Es ist oft das Resultat einer langen Fallführung und Prozessbegleitung, wenn der Patient mit einem komplexen Pflegesystem zuhause begleitet werden kann.

Ambulanter Bereich:

Im ambulanten Bereich kennen wir die **Spitexdienste** für Behandlungspflegeverrichtungen,

die **Onkospitex** und die **Palliativpflegegruppen** für spezielle Behandlungen,

die **Dienste des Schweizerischen roten Kreuzes** mit einem breiten und differenzierten Angebot

die **Fahrdienste**

die **Haushaltdienste** der Spitex für die Unterstützung im Alltag und bei der Bewältigung der Tätigkeiten im Haushalt,

die **Dienstleistungen der Pro Senectute von treuhänderischen Leistungen bis hin zu Gartenarbeiten, Umzugsdiensten, Essenslieferungen, Nachtdiensten und Besuchsdiensten.**

Freiwillige Helfer leisten flankierende Entlastungsdienste, Nachtwache, Kinderhütendienste oder Putzdienste.

Zu betonen ist, dass die ambulante Betreuung ein Netz von Helfern benötigt. Die Familien öffnen ihren Wohnraum für viele fremde Helfer.

Das Helfersystem ist mit Kosten verbunden. Die Krankenkassen übernehmen einen kleineren Teil davon, der grössere Teil obliegt den Familien und den Patienten.

Die Überwachung der ganzen Organisation und die Koordination des Pflege Setting sind unabdinglich. Die Angehörigen schätzen es, wenn klar ist, wer die ganze Situation managt und Ansprechpartner für sie ist.

Eine effiziente Organisation sichert das System, damit es in der ungewissen Zeitspanne des Einsatzes nicht einbricht.

In solchen Situation leisten die nächsten Angehörigen den grössten Teil der Arbeit kostenlos und rund um die Uhr.

Wie lange solche Situationen andauern, kann nur mit Vorsicht vorausgesagt werden.

Gerade Familien mit Migrationshintergrund wünschen sich da oft mehr Klarheit. Sie halten Ungewissheiten und offene Situationen schlecht aus.

Alle Patienten wollen, egal aus welchem kulturellen Hintergrund, genau wissen, wie der Verlauf und der Ausgang ihrer Erkrankung sind .

Angehörige von Migranten sind oftmals der Meinung, wie schon erwähnt, dass der Patient vor schlechten Nachrichten verschont werden müsse oder dass von schlechten Dingen vor dem Patienten nicht geredet werden dürfe.

Eine Studie, die in Australien durchgeführt worden ist, hat deutlich gezeigt, dass im Hinblick auf den Umgang mit den Diagnosen und Prognosen keine signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund oder ohne Migrationshintergrund gibt. Deutlich unterschiedlich waren die Aussagen der Familien und Angehörigen. Die Frage dahinter bleibt offen, warum die Angehörigen von Migranten die klare Sachlage nicht ertragen.

Die Vermutung bleibt offen, ob die Angehörigen ihre Lebensumstände erneut bedroht wissen, wenn ein Mitglied ihres Systems wegbricht.

Wenn wir an die Rahmenbedingungen von Migrationsfamilien denken, ist ein erschwerender Faktor in Palliativsituationen, dass diese Familien und Gruppen sehr oft von kleinen Verdiensten leben. Sie verfügen über enge Wohnverhältnisse, mehrere Familienmitglieder sind berufstätig, die Arbeitsplätze sind bei Fehlzeiten rasch gefährdet, das Verständnis für ihre persönlichen Situationen lässt zu wünschen übrig.

Die intellektuellen Fähigkeiten haben manchmal Grenzen. Die Kenntnisse über das Versorgungssystem und die Angebote fehlen immer noch.

Eine Vermittlungsfunktion, wie wir sie im Rahmen Krebsliga beider Basel in den Funktionen der **psychosozialen Dienstleistungen** kennen, kann unterstützend mitwirken.

Die Berater besprechen mit den Betroffenen und ihren Angehörigen, welche flankierenden unterstützenden Hilfen ihnen am meisten dienen könnten.

So können individuell angepasste kreative Lösungen mit den vorhandenen Angeboten gefunden werden, die den Betroffenen erlauben sich auf ihre persönlichen Aufgaben zu konzentrieren. Sie sind so freigestellt sich mit den aktuellen Themen und Fragen auseinander zu setzen und sich aktiv an der ausserordentlichen Situation einzubringen.

Familienangehörige von Migranten sind in ausserordentlichem Mass bereit Hilfen zu erbringen und lange Zeiten Hilfestellungen zu bieten.

Seien Sie versichert, dass mit solchen individuellen Lösungen auch die spirituellen Bereiche beachtet werden. Die Familien und die Patienten selbst bringen ihre persönlichen Erfahrungen mit ein.

Wir können in keinem Fall sagen, wer zuerst involviert ist und Kenntnis von schwierigen Situationen hat. Sehr wichtig scheint mir, dass uns allen bewusst ist, dass nur im gemeinsamen Zusammenwirken von vielen Hilfsdiensten, Fachkräften und Helfern die umfassende Begleitung zum Wohl des Betroffenen und deren Angehörigen gewährleistet werden kann.

Sei dies im häuslichen Rahmen am Wohnort oder in einer dafür geeigneten Institution.

7. Anforderungen an die Begleitung

Was sind Anforderungen an Menschen, die mit Menschen in Notsituationen in Kontakt kommen?
Ich gebe Ihnen dazu das Bild eines verantwortlichen Reisebegleiters.

Die wichtigste Fähigkeit an einen solchen Begleiter ist:

Verlässliches vorausschauendes fachliches und professionelles Begleiten mit der Grundhaltung, dass jeder Reisende mit Ressourcen, mit persönlichen Fähigkeiten und mit der selbstwirksamen aktiven Teilnahme am Geschehen selbst unterwegs ist. Dies auch in äusserst schwierigen und herausfordernden Reisephasen.

Weitere Fähigkeiten und Anforderungen sind:

- die Bereitschaft zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit,
- die Bereitschaft kulturelle und soziale Rahmenbedingungen mit einzubeziehen,,
- die Selbstverständlichkeit der gegenseitigen Information über biografische, kulturelle und soziale Begebenheiten
- die Bereitschaft zu akzeptieren, dass die Betroffenen kompetent und selbstverantwortlich mitbestimmen auf Grund ihrer Ressourcen, ihrer Gepflogenheiten und ihrer Wahrnehmung,
- die Bereitschaft der Betroffenen, die aktuellen Begebenheiten und Rahmenbedingungen in ihr selbstwirksames Handeln mit einzubeziehen,
- die Kreativität der involvierten Fachpersonen ungewöhnliche Lösungswege zu beschreiten zum Wohl des Betroffenen.

8. Zusammenarbeit in der Begleitung

Eine ideale Begleitung ist dem harmonischen Zusammenspiel von Orchestermusikern zu vergleichen. Je nach aktueller Situation oder Stimmung hat der eine oder andere Musiker den Solopart und fügt sich gleichwohl in den Klang der anderen Musiker ein.

In einer palliativen Situation können sich Themen in rascher Abfolge abwechseln oder gleichzeitig vorhanden sein. Es bedingt hohen Respekt voreinander, wenn zum Wohl des Patienten diese Themen angesprochen, bearbeitet oder verarbeitet werden sollen. Der Bogen der Interventionen spannt sich von den praktischen Handlungen, von Informationen an die Angehörigen, von emotionaler Begleitung bis zu Kriseninterventionen, von vorausschauenden Massnahmen bis zu klärenden Schritten und zu philosophisch ethischen und spirituellen Begleitungen und Gesprächen.

Es ist selbstredend, dass dieser Katalog nicht in einer Person abgehandelt werden kann.

9. Beispiele aus dem Alltag

Zu Ihrer Illustration gebe ich Ihnen gerne ein paar Beispiele aus der Begleitung der psychosozialen Dienste der Krebsliga beider Basel.

Es sind Beispiele von Menschen mit Migrationshintergrund.

Sie werden die spezifischen Thematiken dabei erkennen.

Es handelt sich bei allen Beispielen um Palliativsituationen.

Familie E / Herr E 47 Jahre alt / Hirntumor

Herr E, damals 28-jährig, kam vor 20 Jahren nach Basel. Er wäre heute 48 Jahre alt geworden. Verstorben im 47. Altersjahr.

Er ist politischer Flüchtling. Sein Heimatland ist Kolumbien. Er hat ein abgeschlossenes Jurastudium. In seinem Heimatland war er bedroht. Auf Anraten eines befreundeten Anwaltes entkam er in letzter Not. In Basel findet er vielfältige Hilfe und vor allem auch persönlichen Anschluss in der katholischen Kirchgemeinde. Auf einem langen und mühsamen Weg schafft er die Integration in die Arbeitswelt. Damit verbunden ist ein grosser sozialer Abstieg. dieser Umstand hat ihn zeitlebens gekränkt.

Er lebt sein politisches Engagement in der Quartiersgemeinde, wo er viele Gleichgesinnte findet.

Herr E heiratet eine um 9 Jahre jüngere Frau aus seiner Heimat, ebenfalls Politischer Flüchtling mit Studium. Die Familie hat drei kleine Knaben. Herr E ist sehr stolz auf sie. Er arbeitet mehr als das vertragliche Pensum. Er will sich unter allen Umständen seine Anstellung sichern.

Er hat beruflichen Erfolg. Er wird Teamleiter der EDV Abteilung.

Die Familie lebt in bescheidenen Verhältnissen in einer Klein-Basler Liegenschaft. Die kolumbianische Gemeinde ist in diesem Quartier führend bei Migrationsveranstaltungen. Es finden viele kulturelle Anlässe statt, die mit zeitaufwendigem ehrenamtlichem Engagement von den Migranten bestritten werden.

Als der jüngste Sohn der Familie seinen dritten Geburtstag feiert, erleidet Herr E einen Anfall; Diagnose Tumor am Hirnstamm, nicht operierbar und schlechter Verlauf. Die Familie muss sich auf den Verlust des Ehemannes und Vaters der Kinder einstellen. Die Angehörigen in Kolumbien werden unverzüglich benachrichtigt. Sie können aus finanziellen Gründen nicht kommen. Der Vater der drei Kinder wird unverzüglich stationär palliativ behandelt. Die Familie erwägt eine Behandlung im Heimatland, die ihnen eventuell bessere Erfolge und Resultate verspricht. Die Behandlung in der Schweiz erscheint ihnen plötzlich suspekt und als zu wenig Erfolg versprechend.

Die Wohnungsverhältnisse und die familiäre Struktur lassen eine ambulante Versorgung nicht zu.

Mit der Hilfe von Freunden, Angehörigen und Bekannten in Basel versucht die Ehefrau zwischen Spitalbesuchen, Kinderhüte Aufgaben und Haushaltaufgaben zu meandrieren.

Der drohende Verlust macht sie handlungsunfähig, alte Traumatisierungen wachen auf. Bedrohung, Verlust und Tod sind sehr belastende und sehr schmerzliche Erfahrungen, die beide Gatten aus ihrer Biografie im Heimatland kennen.

Die Ehefrau dekompenziert und muss kurzfristig stationär betreut werden.

Der Informationsfluss zwischen behandelnden Ärzten, Fachstellen und Arbeitgeber ist harzig und komplex.

Die psychosozialen Dienste der Krebsliga beider Basel werden mit dem Auftrag zugezogen, der Familie unterstützend in der aktuellen Situation und in dem kommenden Krankheitsverlauf beizustehen. Die gesamte Begleitung der psychosozialen Dienste der Krebsliga beider Basel dauert inklusive Nachsorge der Familie ein Jahr und sechs Monate. In dieser Zeit umfasst die Prozessbegleitung, case management, folgende Elemente:

Situationsklärung mit den Betroffenen

regelmässige Beratungsgespräche

Massnahmen zur Entlastung der Ehefrau

Installation einer stabilisierenden Familienbegleitung für die Kinder

Hilfestellungen bei administrativen Belangen wie IV-Anmeldung

Begleitung zu Informationsgesprächen mit den behandelnden Stellen

Verhandlung mit Arbeitgeber

Klärung der Taggeldzahlungen

Anleitung der Ehefrau bei administrativen Schritten

Koordination von Hilfsdiensten wie Nachtwache für die Kinder, (Hüte Dienste, Abholdienste), finanzielle Unterstützungen

Organisation von finanziellen Beihilfen

Unterstützung bei der Zukunftsplanung

emotionale Begleitung der Ehefrau

Zusammenarbeit mit Seelsorge, Schule, Angehörigen

differenzierte Begleitung der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Patienten

Die Ehefrau, Witwe, von Herrn E gestaltet heute ihr Familienleben selbständig in einem ihr anfänglich fremden Land. Sie nutzt die installierten flankierenden Massnahmen weiter und hat eine enge Verbindung zu den Quartiervereinen. Sie holt sich nach Bedarf Unterstützung in der Kirchgemeinde des Quartiers. Sie ist festes Mitglied im Chor, im Kulturverein und im Mutter-Kind-Zentrum.

Frau J / 43 Jahre alt / Brustkrebs

Frau J ist Afrikanischer Herkunft. Ihren Vater kennt sie nicht. Ihre Mutter ist in zweiter Ehe mit einem Schweizer verheiratet. Der Ehemann adoptiert beide Kinder aus erster Ehe. Die Familie wohnt im Kanton Aargau. Frau J. schliesst die Lehre als Pflegehelferin erfolgreich ab.

Sie heiratet einen italienischen Staatsangehörigen. Die Ehe bleibt kinderlos. Sie ist von langjähriger häuslicher Gewalt geprägt. Frau J schafft mit Hilfe von Fachleuten die Beendigung der von Abhängigkeiten geprägten Beziehung.

Ihre Mutter und deren schweizerischer Ehemann sind unterdessen nach Afrika zurück gekehrt. Der Adoptivvater ist seit Jahren Alkoholabhängig und leidet unterdessen an Diabetes.

Frau J macht mit Unterstützung der Frauenhausmitarbeiterin eine zweite Ausbildung als Masseurin und schafft den Weg in eine autonome Lebensgestaltung.

Sie ist 43 Jahre alt, Sie hat eine eigene Wohnung in Baselland und eine Teilzeitanstellung in einem Alters- und Pflegeheim zu 80%. Sie hat ein enges und vertrautes soziales Netz im beruflichen Umfeld. Ihre engste Bezugsperson ist der um zwei Jahre ältere Bruder. Dieser lebt in Biel. Er ist Sprachlehrer am Gymnasium. Als alleinerziehender Vater von zwei kleinen Kindern schätzt er den engen Kontakt zu der Schwester. Die Schwester bietet nebst ihrer beruflichen Tätigkeit in ihrer spärlichen Freizeit erzieherische praktische Hilfestellungen für die Nichte und den Neffen.

Im Alter von 41 Jahren entdeckt sie einen grossen Tumor auf der Brust. Sie verheimlicht ihn lange Zeit. Sie misst ihm keine Bedeutung zu. Sie hat Angst davor die Stelle zu verlieren, wenn sie längere Zeit arbeitsunfähig wäre. Sie holt sich Trost in einer kirchlichen Gemeinde und betete in dieser Zeit sehr viel. Sie hofft lange Zeit der Tumor würde wieder verschwinden.

Der Tumor war fortgeschritten, er konnte operativ nicht entfernt werden, die Behandlung musste statt kurativ palliativ angesetzt werden. In der nächsten Umgebung hat die Patientin kein soziales Netz, die Beziehungen beschränkten sich auf Arbeitsbeziehungen. Die Patientin wohnt alleine in einem Mehrfamilienhaus. Das Haus ist ein Zentrum für Migranten verschiedener Herkunftsländer.

Die einzelnen Familien sind mit eigenen Problemen stark belastet. Sie haben wenig Kontakt untereinander. Die meisten Erwachsenen sind berufstätig.

Das Spital empfiehlt ihr den Kontakt zu den psychosozialen Diensten der Krebsliga beider Basel.

Frau J. leidet sehr unter Einsamkeit seit sie nicht mehr berufstätig sein kann. Wenn es ihr Gesundheitszustand erlaubt, nimmt sie an kirchlichen Veranstaltungen am Abend teil. Sie hat von diesen Gemeindemitgliedern auch Besuche oder bekommt von ihnen kleinere Dienstleistungen wie Einkaufshilfen, Begleitung zu Arztbesuchen, zu Behandlungen oder materielle Zuwendungen (Strickwaren, Kleider).

Die intensive Begleitung und Beratung der Krebsliga Mitarbeiterin umfasst einerseits den vertrauensvollen Aufbau einer Beziehung zu der Klientin, die Verhandlungen mit dem Arbeitgeber und den Sozialversicherungen, die Installation von Alltagshilfen, die Bereinigung der finanziellen Situation und die Sicherung der Existenz der Klientin, die Begleitung zu Informativen Gesprächen und die unterstützende Planung der nahen Zukunft. Der gesundheitliche Zustand der Klientin wird zunehmend schlechter, sie wird stationär im Akutspital betreut. Die persönliche Begleitung wird von kirchlichen ehrenamtlichen Gemeindevertreterinnen ergänzt, die sie intensiv in den letzten Tagen betreuen.

Da die Klientin rund um die Uhr versorgt werden musste, keine nahen Verwandten im gleichen Haushalt lebten, und ihre Ängste zunahmen, wenn sie alleine in der Wohnung war, wählte die Klientin das Palliativbett im Akutspital. Das Hospiz lehnte sie ab.

Die Klientin ist, von einem freiwilligen Helfernetz liebevoll umsorgt, im Spital im Alter von 43 Jahren verstorben. Sie hat sich die Kontakte zu den Freiwilligen in der Zeit ihrer Erkrankung, als sie keine medizinische Hilfe wollte, gesichert.

Die administrativen Aufgaben nach ihrem Ableben müssen mit den Fachstellen und den Hinterbliebenen koordiniert werden, was einige klärende Telefonate und Gespräche betreffend Zuständigkeit und Aufgabenteilung bedingt.

Die Nachsorge der Krebsliga beider Basel konzentrierte sich nach ihrem Ableben nochmals auf die Beratung der Familienangehörigen. Diese hatten das Bedürfnis die erlebten Ereignisse der vergangenen paar Wochen aufzuarbeiten. Sie hatten viele Fragen und wollten die Zusammenhänge nochmals besprechen.

Die Nichte und der Neffe haben ihrer verstorbenen Tante zum Abschied Rituale vorbereitet, die sie mit Unterstützung der Erwachsenen Familienmitglieder, die aus Afrika angereist waren, in den Abschiedsgottesdienst einbringen konnten.

Die Trauerfeier wurde mit vielen afrikanischen Ritualen und Beigaben ergänzt. Die Klientin hat eine Erdbestattung an ihrem letzten Wohn- und Arbeitsort gewünscht, wo sie sich erstmals heimisch gefühlt hat.

Herr B 56 Jahre alt /Leberkarzinom

Herr B, einer alevitischen Glaubensgemeinschaft angehörig, bosnischer Abstammung, verheiratet, flüchtete mit seiner jungen Ehefrau vor Jahren in die Schweiz. Das Paar lebt im Asylzentrum.

Mit vielen Anstrengungen und aktiver Mitarbeit integrieren sich Beide in einer ländlichen Dorfgemeinschaft. Sie haben gemeinsam drei Kinder, das Mittlere verstirbt im Alter von einem Jahr am plötzlichen Kindstod.

Die junge Ehefrau leidet bei der Geburt des dritten Kindes an einer Kindbettdepression mit psychotischen Episoden. Sie hat aus ihrer eigenen Kindheit sehr starke Verbrennungen an den Extremitäten. Die Frau kann über diesen Vorfall keine Auskünfte geben. Sie berichtet von wiederholten Gewaltanwendungen und Schlägen durch die Stiefmutter, Sie lebte bis zu ihrer Heirat in der Familie der Stiefmutter, ihren Vater und ihren Grossvater hat sie nie gesehen.

Der Ehemann, Patient, arbeitet im Schichtbetrieb bei der SBB als Gramper. Er hat grosses Heimweh nach seinem Bergdorf. Das Baselbieterdorf ist ihm mehr ein ständig lebendiges Mahnmal an das, was er verloren hat als wie neue Heimat. Die Familie mit ihren zwei kleinen Kindern wird von den Gemeindeangehörigen der örtlichen Kirchgemeinde liebevoll aufgenommen und betreut, die Ehefrau geniesst die Zuwendung und die "Ersatzmütter" in der Gemeinde, der Ehemann hat Mühe die sozialen Kontakte zu pflegen. Bei der Arbeit findet er Kollegen aus seinem Kulturkreis.

Die psychiatrische Diagnose und die psychische Einschränkung seiner Ehefrau belasten den jungen Familienvater. Er hat grosse Schamgefühle seinen Kollegen das seltsame Verhalten seiner Gattin zu erklären. Er kooperiert mit den involvierten Fachleuten, die Betreuung seiner Kinder wird zeitweise von Nachbarinnen übernommen, wenn es der Ehefrau nicht gut geht. Er ist dafür auch sehr dankbar.

Die Familie ist sehr darum bemüht mit eigenen Kräften die finanziellen Mittel zu erbringen um den Lebensunterhalt selbständig und losgelöst von der öffentlichen Hand zu erbringen.

Materielle Zuwendungen verdanken alle Mitglieder mit freiwilliger Mitarbeit in der Freizeit auf den bäuerlichen Betrieben der Spender.

Die Woche der Familienmitglieder ist mit Arbeit, mit Alltagsbewältigung, mit Familienarbeit und mit wenig Freizeit gefüllt. Jahreszeitenfeste sind willkommene Abwechslungen in welcher sie den Kontakt zu ihrer ursprünglichen Glaubensgemeinschaft pflegen. Die Kinder erlernen das Musizieren mit heimischen Instrumenten.

Im Alter von 54 Jahren erkrankt der Ehemann an einem Leberkarzinom. Es ist sehr fortgeschritten, die Lunge und andere Organe sind bereits mit Metastasen befallen. Der Patient wird mit einer intensiven Schmerztherapie versorgt. Er wünscht ausdrücklich im Kreis seiner Familie zu verbleiben. Die Ehefrau möchte ihn, trotz der eigenen psychischen Einschränkung, zuhause pflegen.

Der 16 jährige ältere Sohn wendet sich an die Krebsliga weil er Hilfe für seine Eltern und seine Familie sucht. Er hat die Krebsliga durch das Internet gefunden.

Die Begleitung der psychosozialen Dienste der Krebsliga beider Basel organisiert ein koordiniertes Helfernetz für die ambulante Pflege. Die Beraterin stützt in regelmässigen Gesprächen die Ehefrau und den Patientin. Sie informiert die Klassenlehrer der Kinder über die häusliche Situation. Sie stützt die Kinder und informiert die Kinder über den Krankheitsverlauf und den zu erwartenden Prozess des Ablebens. Sie gestaltet mit den Kindern Rituale zusammen mit ihrem schwächer werdenden Vater. Der Patient hat seinen guten Platz in der Wohnstube der kleinen Familie.

Die Ehefrau, die noch nie mit administrativen Belangen vertraut war, erlernt unter Anleitung der Beraterin die notwendigen Schritte. Sie tastet sich in die Rolle des Familienoberhauptes vor und versucht sich in der neuen Rolle zurecht zu finden.

Bei der Pflege des rasch schwächer werdenden Patienten werden seine Freunde und sein älterer Sohn mit einbezogen. Sie übernehmen im Turnus pflegerische Handlungen und Hilfestellungen.

Der Patient schätzt die Besuche des alevitischen Seelsorgers, der regelmässig auf Initiative der Klbb vorbeikommt.

Die Familie regelt mit dem Seelsorger auch die letzten Wünsche des Patienten, der in seiner Heimat bestattet werden möchte. Die alevitische Gemeinde unterstützt die Familie mit einer Sammlung, damit sie sich finanziell nicht in unzumutbare grosse Unkosten stürzen.

Dank dem sozialen Netz der Ehefrau, die sich schneller als ihr Ehemann im Dorf integriert hat, bekommt die Familie immer wieder Unterstützungen in materieller und emotionaler Form.

Die Witwe kann sich in der Zeit der Trauer spontan an ihre Freunde und Nachbarinnen wenden. Sie wird von diesen gut gestützt.

Die Kinder werden in der Schule und vom Lehrbetrieb gefördert. Sie haben keine wesentlichen Leistungseinbrüche in dieser ausserordentlichen Phase ihres jungen Lebens. Sie haben Onkels und Tanten, die die Familie immer wieder besuchen oder einladen. Mit diesen können sie auch Ferien im Heimatland verbringen, wo sie das Grab ihres Vaters regelmässig besuchen.

Es war sehr berührend für mich selbst, als Beraterin der Familie, an ihren Ritualen teilnehmen zu dürfen. Ich habe gelernt, dass Trauergaben nicht in Form von Blumen, sondern mit Tee und Zucker zu erfolgen haben.

Der Kerzenweg, der hin zum in der Wohnung aufgebahrten Leichnam gestaltet wurde, war ein Geschenk an die Trauerfamilie von ihren Freunden aus der Wohngemeinde.

Zusammenfassend darf ich Ihnen versichern, dass die Themen rund um Gesundheit und Migration im Bundesamt für Gesundheit einen grossen Stellenwert haben. Sie finden praktische Anleitungen, Arbeiten zu der Transkulturellen Versorgung und Programme zu den Themen Gesundheit und Migration.

Es bestehen in allen grösseren Spitälern Programme zu diesen Themen.

Was aber nie vergessen werden darf und vielleicht ganz selbstverständlich ist, ohne eine vertrauensvolle Bezugsarbeit ist die Begleitung in palliativ Situationen niemals möglich.

Einen wesentlichen Anteil leisten die Übersetzer, die mithilfe Informationen über alle zur Verfügung stehenden Dienstleistungen an die Beteiligten zu überbringen und kulturelle Begebenheiten an die Fachleute zu vermitteln.

Die gute Kommunikation ist ein ausserordentlich wichtiges Element. Die Kosten dafür werden vermehrt den Migranten angelastet. Damit wird ihr ohnehin eng bemessenes Budgets nochmals strapaziert.

Gerade in palliativen Situationen sind Wörter als Träger von Inhalten und Bedeutungen die kostbarsten Elemente. Verschenken wir sie grosszügig!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.