



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

**Das Calgary Modell nach Wright und Leahey als
Konzept der familienzentrierten Pflege in der
Palliative Care im Landkreis Vorpommern-
Greifswald**

–

**Planung und Durchführung einer Fortbildung mit
anschließender Evaluation**

M a s t e r a r b e i t

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M. Sc.)

Vorgelegt von: Friederike Diel

Elisa Kwiatek

Masterstudiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

Betreuerin: Prof. Dr. paed. Bedriská Bethke

Zweitbetreuer: Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

URN: *urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0116-0*

Tag der Einreichung: 10. Oktober 2019

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Masterthesis soll klären, wie eine Fortbildung zum Thema familienzentrierte Pflege aufgebaut werden kann und was bei der Entwicklung einer solchen zu beachten ist. Zudem sollen die Anwendbarkeit, der Nutzen und der Bedarf der Anwendung familienzentrierter Pflege betrachtet werden.

Es wurde eine strukturierte Literaturrecherche gemacht, auf deren Basis unter Anderem die Fortbildung geplant wurde. Diese wurde dann mit Hilfe eines Kooperationspartners und gemeinsam mit acht Teilnehmerinnen durchgeführt. Anschließend wurde in einem Evaluationsbogen die Qualität der Fortbildung untersucht. Mit einigen Wochen Abstand wurde in einem Reflexionsbogen der veränderte Klient*innenzugang, die Anwendbarkeit und der Nutzen des Calgary Modells sowie der Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege betrachtet.

Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmerinnen als sehr gut beurteilt. Die Teilnehmerinnen haben durch die Fortbildung einen etwas verbesserten Klient*innenzugang. Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmerinnen der Fortbildung anwendbar. Alle Befragten gaben an, sich durch die Fortbildung gut auf die Anwendung des Calgary Modells vorbereitet zu fühlen. Das Calgary Modell kann im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmerinnen hinsichtlich der Achtung der Wechselwirkung von Gesundheit, Krankheit und Familie von der Pflegefachkraft sowie durch die verbesserte Unterstützung des versorgten Menschen mit dem Einbezug der Familie von Nutzen sein. Die Teilnehmerinnen sehen einen Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege und des Calgary Modells.

Schlagwörter: familienzentrierte Pflege, Calgary Modell, Palliative Care, Fortbildung

Abstract

The master thesis at hand sets out to show how a further education programme on the topic of family-centered care could be created and what needs to be observed in its development. Furthermore, the applicability, the purpose and the demand for applying such family-centered care are considered.

A structured research of academic literature was carried out, based on which the further education programme was planned, among others. With the help of a cooperation partner, this programme was then conducted with eight participants. Subsequently, the quality of the further education programme was evaluated with a questionnaire. After several weeks time, another questionnaire was examined that reflected on the altered client access, the applicability and purpose of the Calgary Model, as well as the demand for applying a concept of family-centered care.

The participants rated the quality of the programme as being very good. The participants have a slightly better access to clients through the programme. The Calgary Model can now be applied by all participants of the programme in the everyday practice of palliative care. All participants stated they felt well-prepared by the programme to apply the Calgary Model. The Calgary Model can be of use for care professionals in the everyday practice of palliative care when it comes to considering the interdependence between health, illness and family, and also provides improved support of the patients by including the family. The participants see a demand for applying both family-centered care and the Calgary Model.

Keywords: family-centred care, Calgary Model, Palliative Care, further education

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	9
1.1 Ziele und Aufbau des Forschungsprojektes	11
1.2 Fragestellung und Hypothesen	12
1.3 Methoden	13
2 Hintergrund	16
2.1 Begriffsklärungen	16
2.2 Nutzen des Calgary Modells	24
2.3 zugrunde liegende Theorien des Calgary Modells	27
2.4 Phasen des Familienkontaktes nach dem Calgary Modell	31
2.5 Das Dokumentationssystem	37
2.6 Anwendung des Calgary Modells in der Palliative Care	45
2.7 Notwendige Kompetenzen der Pflegefachkraft	48
2.8 Studiengänge und strukturelle Bedingungen für familienzentrierte Pflege in Deutschland	54
2.9 Studienlage	61
3 Fortbildungskonzept	65
3.1 Begriffsklärung Fortbildung und Abgrenzung zum Begriff Weiterbildung	65
3.2 Gesetzliche Grundlagen	70
3.3 Entwicklung des eigenen Fortbildungskonzeptes	73
3.4 Fortbildungsablauf „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege“	77

4 Empirisches Vorgehen	86
4.1 Problemstellung und Zielformulierung	89
4.2 Forschungsfragen	90
4.3 Hypothesen	91
4.4 Stichprobenbeschreibung	93
4.5 Forschungsmethode	94
4.6 Instrumentenentwicklung	95
4.7 Pretest	98
4.8 Datenerhebung	99
4.9 Datenaufbereitung und Interpretation	100
5 Ergebnisse	100
5.1 Qualität der Fortbildung	101
5.2 veränderter Klient*innenzugang	109
5.3 Anwendbarkeit des Calgary Modells	112
5.4 Nutzen des Calgary Modells	116
5.5 Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege	120
6 Diskussion	122
7 Ausblick	132
8 Literaturverzeichnis	136
9 Anhang	143
9.1 Eidesstattliche Erklärungen	144
9.1.1 Eidesstattliche Erklärung von Friederike Diel	145
9.1.2 Eidesstattliche Erklärung von Elisa Kwiatek	146
9.2 Strukturierte Literaturrecherche	147
9.3 Dokumentationssystem	159

9.3.1 Symbole in einem Genogramm	160
9.3.2 Vorlage der Zusammenfassung eines Familien-Assessments	161
9.3.3 Belastungsthermometer	162
9.3.4 Knowledge-Map	163
9.3.5 Dokumentation des Gesprächsverlaufs	164
9.3.6 Dokumentation des Schlussberichts	165
9.4 Präsentationen der Schulung	166
9.4.1 Eine Einführung	167
9.4.2 Theorie	173
9.4.3 Kommunikation und Beratung	191
9.4.4 Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem	208
9.5 Einladung zur Fortbildungsveranstaltung	221
9.6 Fortbildungsabläufe	224
9.6.1 geplanter Fortbildungsablauf	225
9.6.2 tatsächlicher Fortbildungsablauf	226
9.7 standardisierte schriftliche Fragebögen	227
9.7.1 Evaluationsbogen	228
9.7.2 Reflexionsbogen	234
9.8 Dateneingabe in Microsoft Excel	242
9.8.1 Dateneingabe der Evaluationsbögen in Microsoft Excel	243
9.8.2 Dateneingabe der Reflexionsbögen in Microsoft Excel	245

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 eigene Darstellung eines Flussdiagramms der Literaturrecherche und -auswahl nach dem PRISMA-Statement	14
Abbildung 2 Baumdiagramm des CFAM (Wright/Leahey 2014, S. 296)	40
Abbildung 3 Musterbeispiel eines Genogramms (Wright/Leahey 2014, S. 94)	41
Abbildung 4 Musterbeispiel eines Ökogramms (Wright/Leahey 2014, S. 103)	42
Abbildung 5 Ebenenmodell in der beruflichen Fortbildung (Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S.25)	68
Abbildung 6 Familienverständnis der einzelnen Teilnehmerinnen auf Karteikarten	83
Abbildung 7 Ober- und Unterdimensionen zur Einschätzung der Qualität der Fortbildung durch die Teilnehmenden	95
Abbildung 8 Ober- und Unterdimensionen zum verbesserten Klient*innenzugang	96
Abbildung 9 Ober- und Unterdimensionen zur Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag	96
Abbildung 10 Ober- und Unterdimensionen zum Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag	97
Abbildung 11 Ober- und Unterdimensionen zur Einschätzung des Bedarfes der Anwendung familienzentrierter Pflege und des Calgary Modells	97
Abbildung 12 Darstellung der Qualität des Moduls „Theorie“ der Fortbildung nach den festgelegten Kriterien	103
Abbildung 13 Darstellung der Qualität des Moduls „Kommunikation und Beratung“ der Fortbildung nach den festgelegten Kriterien	104
Abbildung 14 Darstellung der Qualität des Fortbildungsmoduls „Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem“ nach den festgelegten Kriterien	105

Abbildung 15 Darstellung des veränderten Klient*innenzugangs zu den verschiedenen Phasen des Familienkontaktes nach den festgelegten Kriterien	110
Abbildung 16 Darstellung der Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag in verschiedenen Dimensionen	113
Abbildung 17 Darstellung vom Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag nach den verschiedenen Kriterien	118
Abbildung 18 Darstellung der Einschätzungen des Bedarfs zur Anwendung des Calgary Modells und familienzentrierter Pflege nach den verschiedenen Kriterien	121
Tabelle 1 Begrifflichkeiten mit verwendeter Definition für diese Thesis	18
Tabelle 2 Eigene Tabelle der Rollen und damit verbundene Aufgaben der „Neun-Sterne-Family Nurse“ nach Wright und Leahey 2014, S. 186	52
Tabelle 3 Darstellung der wesentlichen Ergebnisse der Studien zur familienzentrierten Pflege	65
Tabelle 4 Auswertung der Karteikarten zur Begriffsklärung „Familie“	84
Tabelle 5 Merkmale der Stichprobe	94
Tabelle 6 Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen zur Qualität der Fortbildung	107
Tabelle 7 Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen zur Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag zum Kompetenzzuwachs durch die Fortbildung und zu Unsicherheiten in der Arbeit mit dem Calgary Modell	115

1 Einleitung

„Die Familie ist für die häusliche Palliativversorgung von essentieller Bedeutung.“ (Diel/Kwiatek 2019, S. 136) Diese Grundannahme stellt die Basis dieser Arbeit dar und basiert auf einem vorangegangenen Forschungsprojekt dieser Arbeitsgruppe.

Die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie erkannten Wright und Leahey und entwickelten mit dem Calgary Modell ein Konzept zur familienzentrierten Pflege (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30). Sie sind Autorinnen des Buches „Familienzentrierte Pflege – Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen“, welches im deutschen Sprachraum von Barbara Preusse-Bleuler herausgegeben wurde. Dieses Modell zeigt auf, welche Rolle die Familie eines pflegebedürftigen Menschen spielt und wie die Familie in den Pflegprozess mit einbezogen werden kann. Die Anwendung des Modells hat das Ziel, durch die Herstellung des Gleichgewichts der Familie und durch die Unterstützung der Selbsthilfe- und Handlungsfähigkeit sowie durch Prävention und Gesundheitsförderung aller Familienmitglieder, den Pflegeprozess zu verbessern (vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 61). Das Calgary Modell kann in verschiedenen Bereichen Anwendung finden. Besonders in der palliativen Betreuung könnte das Modell hilfreich sein und einer ganzheitlichen Versorgung dienen (vgl. Ries-Gisler et al. 2014, S. 117). Aus diesem Grund bezieht sich diese Arbeitsgruppe auf den palliativen Versorgungsbereich.

Wright und Leahey stellten fest, dass die Familie derzeit nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit in der pflegerischen Versorgung steht, sondern der Pflegebedürftige (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30). In der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist dies vom Gesetzgeber auch so vorgesehen, denn laut dem GKV-Spitzenverband darf das „Maß des Notwendigen“ der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2012, S. 2). Dies ist einer der Gründe dafür, weshalb die Belange der Familie, nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen, wenig berücksichtigt werden können.

Aus dem vorangegangenen Forschungsprojekt ging hervor, dass die Familie in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald intuitiv einbezogen wird (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 130). Dies passiert in unterschiedlichen Formen. Aus Experteninterviews ging hervor, dass die interviewten Palliative Care-Fachkräfte durch Tätigkeiten wie Familienbeobachtung, Vorannahmen zur Familie bilden, Pflegeziele festlegen, Kapazitäten der Familie einschätzen und deren Entlastung sowie die Umgestaltung der Wohnung, Beratung und Motivation der Familie zur Pflege und das Nachgespräch ausübten. Teilweise sind diese Nennungen Bestandteil des Calgary Modells, was zeigt, dass familienzentrierte Pflege durch Erfahrungswissen intuitiv umgesetzt wird. Jedoch waren den Befragten der Experteninterviews die Begriffe „familienzentrierte Pflege“ und „Calgary Modell“ weitestgehend unbekannt (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 137).

Die Arbeitsgruppe konnte feststellen, dass die Familie in unterschiedlichen Ausprägungen bei fast allen Interviewteilnehmerinnen in den Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen behandelt wurde (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 137-138). Zudem kristallisierte sich heraus, dass alle Befragten Interesse an einer Fortbildung zum Thema „familienzentrierte Pflege“ haben. Zu Inhalten einer möglichen Fortbildung wurden verschiedene Vorstellungen geäußert, die aber jedoch keinen konkreten Schwerpunkt erkennen ließen (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 138).

Aus den vorangegangenen Erläuterungen zum Forschungsprojekt folgt die Planung und Durchführung einer Fortbildung zum Thema „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege“ mit anschließender Evaluation. Zudem soll die im Forschungsprojekt nicht abschließend geklärte Frage nach dem Bedarf der Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege beantwortet werden (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 139). Diese Themen werden zentrale Inhalte dieser Ausarbeitung darstellen.

Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gibt es das Palliativnetzwerk Vorpommern GmbH. Da sich die Begebenheiten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald im Vergleich zum

Forschungsprojekt verändert haben, mussten die Autorinnen den Rahmen des Projektes zur Masterthesis adaptieren. Der Pflegedienst „Ora Cura“, der im Forschungsprojekt die meisten Interviewteilnehmerinnen stellen konnte und Teil des SAPV-Teams war, war mittlerweile nicht mehr im SAPV-Team. Ein anderer Pflegedienst, der zuvor aus dem Palliativnetzwerk Vorpommern ausgetreten war, hat in der Zwischenzeit ein neues palliatives Versorgungsteam gegründet und kooperiert seit diesem Jahr mit dem „SAPV Team Peene Ost“. Der dritte Pflegedienst bot weiterhin eine Pflegefachkraft, die direkter Ansprechpartner des SAPV-Teams war. Durch die guten Beziehungen der Autorinnen zum Pflegedienst „Ora Cura“, wurde dieser als Kooperationspartner zur Durchführung der Fortbildung gewählt. Die beiden letzten genannten Pflegedienste konnten aus Zeitmangel und nicht näher genannten Gründen nicht an der Fortbildung teilnehmen.

Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dieser Thematik aus beruflichem Interesse, da sie selbst als Pflegefachkraft in diesem Bereich arbeiteten. Ein Mitglied der Arbeitsgruppe ist eine Palliative Care-Fachkraft. In ihrer Tätigkeit in diesem Arbeitsbereich stellten die Autorinnen fest, dass die Familie für die ambulante palliative Versorgung von sehr großer Bedeutung ist und in die Versorgung einbezogen wurde.

1.1 Ziele und Aufbau des Forschungsprojektes

Da dem Calgary Modell bisher in Deutschland wenig Beachtung zukommt, andere Länder jedoch damit gute Erfahrungen gemacht haben, untersucht dieses Projekt inwieweit von der Anwendung im palliativen Versorgungsbereich profitiert werden könnte.

Hierzu sollte eine Fortbildung im palliativen Versorgungsbereich den Teilnehmenden das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege nahebringen sowie die Familie in den Fokus der Betrachtung rücken. Darauf basierend soll erfasst werden, wie das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag anwendbar ist und welchen Nutzen dieses für die Anwendenden bereithält.

Zudem sollten neue Erfahrungen in der Versorgung mit verändertem Klient*innenzugang, durch den Einbezug der Familie, festgehalten werden. Darüber hinaus wurden Einschätzungen der Teilnehmenden zur Qualität der durchgeführten Fortbildung erhoben. Dies soll unter Anderem Schlüsse auf die Bedarfsermittlung zulassen.

Diese Ziele wurden mit zwei Herangehensweisen verfolgt. Zum Einen wurden Sachverhalte der familienzentrierten Pflege sowie des Erstellens eines Fortbildungskonzeptes mittels strukturierter Literaturrecherche geklärt. Diese Ausführungen sind in den Teilen zum Hintergrund und zur Fortbildung zu finden.

Zum Anderen werden spezifische Fragen im empirischen Teil in Bezug auf die Palliativversorgung in Hinsicht auf den Bedarf der Anwendung eines Konzeptes der familienzentrierten Pflege und dementsprechend auch von Fortbildungen beantwortet. Dies wird in den Teilen zur empirischen Vorgehensweise und in den Ergebnissen dargestellt. Die Ergebnisse der Arbeit werden am Ende diskutiert und es wird ein Ausblick mit Handlungsempfehlungen gegeben.

1.2 Fragestellungen

Die Autorinnen stellten sich zu Beginn des Projektes Hypothesen, die im Laufe ihrer Arbeit geklärt werden sollten. Es sollen zunächst mittels strukturierter Literaturrecherche und Informationssammlung folgende Fragen geklärt werden:

- ⇒ Welche theoretischen und gesetzlichen Grundlagen sind bei der Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes zu beachten?
- ⇒ Wie kann eine Fortbildung zum Thema Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege für die Teilnehmerinnen eingängig aufgebaut werden?

Im empirischen Teil sollten die geplante und durchgeführte Fortbildung evaluiert und reflektiert werden. Die Fortbildung sollte hierbei den Bezug zur palliativen Versorgung herstellen, da die Stichprobe, aus dem Arbeitsbereich der palliativen Versorgung kommen sollte.

Mittels standardisierten anonymen Fragebögen sollen folgende Fragen geklärt werden:

- ⇒ Wie wird die Qualität der Fortbildung von den Teilnehmenden eingeschätzt?
- ⇒ Haben die Teilnehmenden durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang?
- ⇒ Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden anwendbar?
- ⇒ Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen?
- ⇒ Sehen die Teilnehmenden einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells?

Im Laufe dieser Ausarbeitung wird auf diese Fragen an unterschiedlichen Stellen eingegangen und versucht sie zu beantworten.

1.3 Methoden

Zur Klärung der Problemstellung wurde auf die strukturierte Literaturrecherche zurückgegriffen. Die Theorie des Calgary Modells wird im Teil „Hintergrund“ behandelt und greift auf die genannte strukturierte Literaturrecherche zurück. Diese ist im Anhang zu finden. Zur Erfassung von Hintergrundinformationen wurde eine Informationssammlung erstellt.

Zunächst wurden Recherchekomponenten gebildet, die daraufhin als Suchformulierung in die verschiedenen Datenbanken eingegeben wurden. Es wurde mit folgenden Datenbanken gearbeitet: dem Katalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg, der SpringerLink Volltextdatenbank, Livivo, PubMed, Medline, der Google Webrecherche und Google Scholar.

Aus den identifizierten Ergebnissen wurde eine durch Screening der Titel und Zusammenfassungen Vorauswahl getroffen. Ausschlusskriterien waren keine Verfügbarkeit sowie Titel und Zusammenfassungen, deren Themen nicht

passend waren. Danach wurde der Volltext auf Eignung überprüft und Dopplungen wurden ausgeschlossen. Hierbei wurden Texte als nicht geeignet angesehen, bei denen festgestellt werden konnte, dass das Thema nicht passend war oder dass eine inhaltliche Dopplung zur Primärliteratur vorliegt. Daraus ergeben sich 69 Ergebnisse der Recherche. Die Literatur zur Ausarbeitung dieser Arbeit ist im Quellenverzeichnis zu finden. Die eingeschlossene Literatur umfasst 50 Werke für diese Masterthesis. Die wichtigste Primärliteratur für diese Arbeit stellt das Buch „Familienzentrierte Pflege“ von Wright und Leahey dar.

Zur Erläuterung der Literaturrecherche und -auswahl folgt eine Darstellung nach dem PRISMA-Statement.

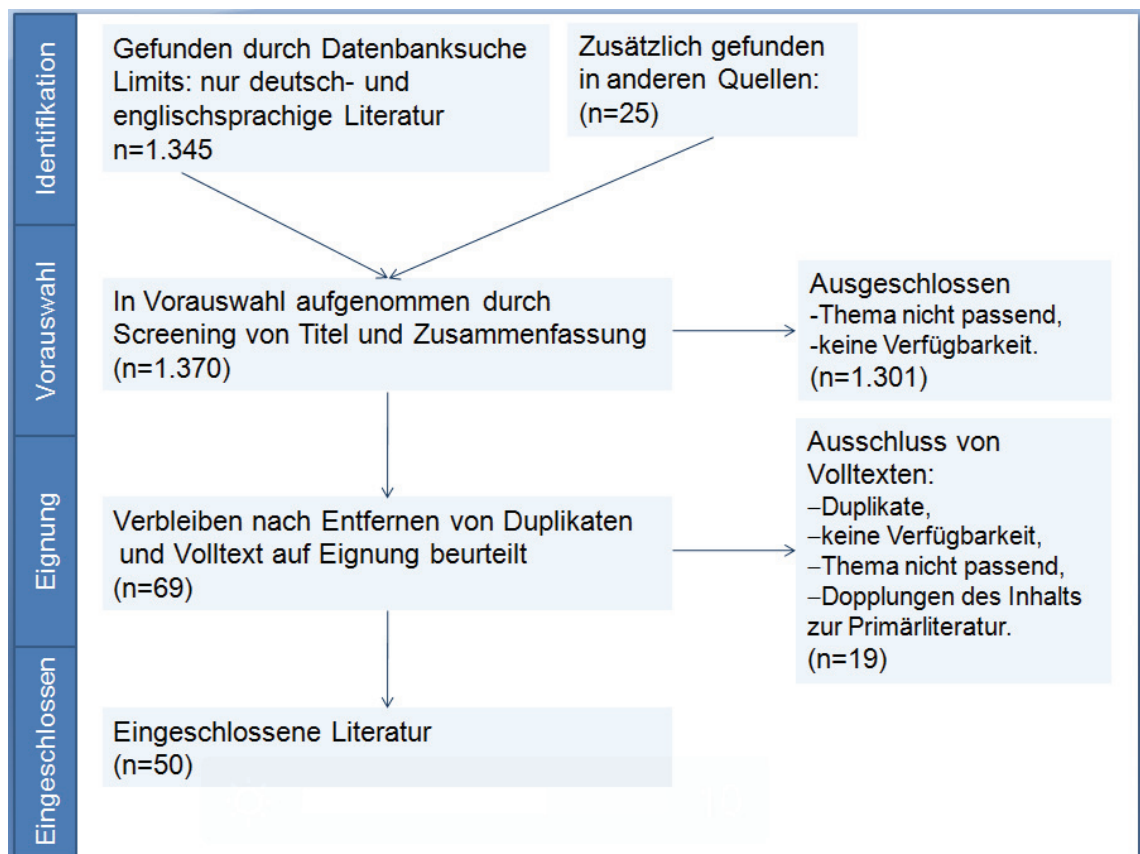


Abbildung 1 eigene Darstellung eines Flussdiagramms der Literaturrecherche und -auswahl nach dem PRISMA-Statement

Für die Planung und Durchführung der Fortbildung wurden diese Informationen benötigt. Zudem wurde abgeklärt, wie eine Fortbildung ausgestaltet werden kann und was bei deren Planung zu beachten ist. Für die Durchführung und Evaluation dieser Fortbildung wurde ein Kooperationspartner gesucht, mit dem eine Fortbildung gemeinsam gestaltet werden konnte. Die Teilnehmenden der Fortbildung sollten in ihrer Arbeit häufiger palliativ versorgen oder einen Palliative Care-Kurs besucht haben.

Für die empirisch zu klärenden Fragestellungen und Hypothesen greifen die Autorinnen auf quantitative Methoden zurück. Es wurden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten Fragebögen ausgeteilt, die von den Teilnehmenden der Fortbildung ausgefüllt werden sollten. Der Evaluationsbogen zur Fortbildung wurde direkt nach der Maßnahme ausgehändigt und von den Teilnehmenden ausgefüllt. Die Teilnehmenden erhielten nach der Fortbildung die Aufgabe, Teile des Calgary Modells anzuwenden. Ein Reflexionsbogen wurde sechs Wochen nach der Fortbildung ausgeteilt und von den Befragten per Briefpost zurückgesandt, um die Anonymität zu gewährleisten.

Im Prozess der Erstellung der Fragebögen stützten sich die Autorinnen auf Nicole Burzan. In Ihrem Buch „Quantitative Methoden kompakt“ werden die Forschungsschritte der quantitativen Sozialforschung erläutert. (vgl. Burzan 2015, S. 26) Zunächst wurde von den Autorinnen die Problemstellung definiert und Zielformulierungen gemacht mit daraus resultierenden Forschungsfragen. Begrifflichkeiten der Forschungsfragen wurden definiert und Hypothesen gebildet. Danach legten die Autorinnen die Stichprobe und die Forschungsmethode fest. Hieraus resultierten standardisierte anonyme Fragebögen. Die Fragen und Frageblöcke wurden über gebildete Ober- und Unterdimensionen erstellt. Dieser Prozess gewährleistete den Autorinnen keine der gestellten Forschungsfragen zu übergehen und alle zu berücksichtigen, um später daraus resultierende Ergebnisse zu erhalten. Die Fragebögen wurden mittels Microsoft Excel ausgewertet. Die Vorgehensweise wird im folgenden empirischen Teil dieser Ausarbeitung genauer erläutert.

2 Hintergrund

2.1 Begriffsklärungen

Für die verschiedenen Begrifflichkeiten lassen sich vielfältige Definitionen finden. Die Begriffe sind im Forschungskontext zu bestimmen. So kann sich der Forschungsprozess mit den einzelnen Forschungsschritten daran orientieren. Somit ist es in diesem Kontext wichtig, eine zweckmäßige Definition für die Problemstellung zu finden. Für das Finden von Definitionen müssen die Ziele des Projektes, der theoretische Hintergrund und der Forschungsstand in den Blick genommen werden (vgl. Burzan 2015, S. 36). Diese Aspekte finden sich in den folgenden Kapiteln. Tabellarisch werden nun die für diese Thesis verwendeten Begriffe mit den entsprechenden Definitionen vorgestellt. Für manche Definitionen wurde auf bestehende Begriffsklärungen von anderen Autoren zurückgegriffen. Andere wiederum wurden von der Arbeitsgruppe zweckmäßig für dieses Projekt geklärt.

Begriff	Definition für diese Thesis
Familie	„eine Gruppe von Individuen, die zusammengehalten werden durch starke emotionale Bande, ein Zugehörigkeitsgefühl und gegenseitige emotionale Anteilnahme an ihrem Leben.“ (Wright/Leahey 2014, S. 71)
familienzentrierte Pflege	Pflegekräfte unterstützen Betroffene und Angehörige „durch Begleitung und Beratung mit dem Ziel, die Handlungs- und Selbsthilfefähigkeit der Familie zu erhalten und auszubauen sowie gezielte Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten.“ (Zimansky et al. 2018, S. 332)
Calgary Modell	Konzept, welches die systematische Umsetzung von familienzentrierter Pflege ermöglicht.

Palliative Care „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Kränzle 2018a, S. 5, zit. nach: WHO 2002)

Kommunikation „Bestimmungsstücke von Kommunikation:

1. Es gibt TeilnehmerInnen.
2. Es gibt eine Nachricht.
3. Es gibt Mittel und Modalitäten zum Zweck der Kommunikation.
4. Kommunikation ist kontextgebunden und Teilnehmende üben verschiedene Aktivitäten aus.
5. Kommunikation ist interaktiv.
6. Kommunikation ist mehr oder minder intentional.“

(Röhner/Schütz 2012, S. 2+5)

Beratung Beratung ist „(...) eine Reihe direkter Kontakte mit dem Individuum, die darauf abzielen, ihm bei der Änderung seiner Einstellungen und seines Verhaltens zu helfen.“ (Rogers, Carl 1942, S.17)

Evaluation „Evaluation bezeichnet die Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden und spezifischer Evaluationskompetenzen zur Feststellung der Qualität und/oder dem Nutzen von Projekten, Programmen, Maßnahmen, [...] und anderen Gegenständen [...].“ (Hense 2019)

Reflexion	Reflexion meint in diesem Zusammenhang die Überlegungen, Sachverhalte zu beurteilen, um diese zu verbessern, verändern oder so zu belassen.
Qualität	In diesem Zusammenhang meint die Qualität die Beschaffenheit und die Gesamtheit von Eigenschaften eines Konstrukts.
Anwendbarkeit	Die Verwendung eines Modells gestaltet sich praktikabel und Effizient.
Nutzen	Der Nutzen meint in diesem Zusammenhang Vorteile, die sich durch die Verwendung des Calgary Modells ergeben.
Bedarf	Der Bedarf beschreibt in diesem Kontext das Benötigen der familienzentrierten Pflege für die palliative Versorgung oder das Bedürfnis aufgrund des festgestellten Effektes mit dem Calgary Modell zu arbeiten.

Tabelle 1 Begrifflichkeiten mit verwendeter Definition für diese Thesis

Um ein einheitliches Verständnis für die Begrifflichkeiten zu schaffen, werden an dieser Stelle nun die wesentlichen Begriffsklärungen im Kontext dieser Ausarbeitung gemacht. Einige Begriffe, die für das Verständnis von Familienzentrierter Pflege von wesentlicher Bedeutung sind, werden im Folgenden differenzierter betrachtet. Das Aufzeigen verschiedener Perspektiven dieser Begrifflichkeiten verdeutlicht deren Umfang ihres Verständnisses.

Familie

Für die „Familie“ gibt es ein vielfältiges Begriffsverständnis. Da dieser Begriff ganz wesentlich für diese Arbeit ist, wird er im Folgenden näher betrachtet und es werden verschiedene Perspektiven dargestellt. Wesentlich ist hierbei insbesondere das Begriffsverständnis von den kanadischen Vordenkerinnen des

Calgary Modells, Wright und Leahey, sowie von der Vertreterin im deutschsprachigen Raum, Preusse-Bleuler.

Preusse-Bleuler betrachtet die Familie als ein System, welches in weitere externe Systeme eingebettet ist, wie dem Arbeitsplatz, die Nachbarschaft oder das Gesundheitssystem. Für Preusse-Bleuler sind nicht nur die Verwandtschaftsgrade bezeichnend für die Familie, sondern enge Beziehungsverhältnisse (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 5). Sie sieht „die Familie als den Kreis nahestehender Menschen, den der Patient selber als seine Familie bezeichnet.“ (Preusse-Bleuler 2007, S. 11) So können ganz unterschiedliche und nicht zwingend verwandte Angehörige zur Familie gehören und für das Leben einer Person essentiell sein (vgl. Rohde 2018a, S. 236).

Der familienzentrierten Pflege liegt eine offene Familiendefinition zugrunde, welche auch nichtverwandte aber vertraute Menschen als Familienmitglieder sieht. Hierzu können Freunde, Nachbarn oder Arbeitskollegen gehören, welche zentrale und vertraute Unterstützungspersonen darstellen (vgl. Preusse-Bleuler 2018, S. 9).

Wright und Bell definieren den Begriff „Familie“ wie folgt: Die Familie ist „eine Gruppe von Individuen, die zusammengehalten werden durch starke emotionale Bande, ein Zugehörigkeitsgefühl und gegenseitige emotionale Anteilnahme an ihrem Leben.“ (Wright/Leahey 2014, S. 71)

Des Weiteren nennen sie noch fünf Haupteigenschaften, die für das Konzept der Familie kennzeichnend sind:

1. „Die Familie ist ein System oder eine Einheit.
2. Ihre Mitglieder können, müssen aber nicht miteinander verwandt sein und können, müssen aber nicht zusammenleben.
3. Zu der Einheit können Kinder gehören, müssen es aber nicht.
4. Die Einheit zeichnet sich aus durch Zugehörigkeit und Bindung zwischen den Mitgliedern, einschließlich zukünftiger Verpflichtungen.
5. Die Mitglieder der Einheit übernehmen füreinander Fürsorgefunktionen wie Schutz, Ernährung und Sozialisation.“ (Wright/Leahey 2014, S. 71)

McHugh et al. befasste sich mit Familiengesundheitspflege und betrachtet Familien ebenfalls als Systeme, welche sich durch die Zeit bewegen und sich prozesshaft im Familienlebenszyklus verändern (vgl. McHugh et al. 2000, S. 148).

Betroffene und ihre Angehörigen werden als Bestandteil eines Systems verstanden, in dem sie in ein Beziehungsgeflecht eingebunden sind und welches von verschiedenen Lebenskontexten geprägt ist. Hierzu können Generationenzugehörigkeit, soziale Schicht, Bildung, Identität, Kultur und Religion gehören (vgl. Naef 2015, S. 36).

Die Verwendung des Familienbegriffes wird einer Diversität gerecht, da unter ihm das umgebende soziale Netz einer Person verstanden wird. Hierbei sind die Menschen aus dem Netzwerk mit der Person verwandt oder frei gewählt. Merkmale dieser Familiennetzwerkangehörigen sind das Teilen häuslicher Alltäglichkeiten und dass die Beziehung auf gegenseitiger Verpflichtung, Engagement sowie Verantwortung basiert (vgl. Spirig 2001, S. 378).

Familienzentrierte Pflege

„Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit.“ (Preusse-Bleuler 2007, S. 12). Preusse-Bleuler trifft mit diesem Zitat den Kern der familienzentrierten Pflege. Diese Annahme basiert darauf, dass die Familie Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit ihrer Mitglieder beeinflusst. Das Versorgungsteam nimmt den Klienten somit als Teil der Familie wahr (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 29). Zwischen den eigenständigen und gleichzeitig voneinander abhängigen Familienmitgliedern gibt es Wechselwirkungsprozesse. So stellt die Familie mit den einzelnen Familienmitgliedern ein System dar. In der familienzentrierten Pflege wird dieses System betrachtet (vgl. Lütcher 2014, S. 6+17).

Essentielle Bestandteile in der Versorgung der Familie ist eine wertschätzende Haltung, welche durch Respekt, Offenheit, Vertrauen und Wohlwollen von der

Pflegefachkraft zum Ausdruck kommt. Die wertschätzende Haltung stellt die Basis für die Handlungen der Pflegenden dar (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 187).

Familienzentrierte Pflege bedeutet, dass Pflegekräfte Betroffene und Angehörige „durch Begleitung und Beratung unterstützen. Sie hat das Ziel, die Handlungs- und Selbsthilfefähigkeit der Familie zu erhalten und auszubauen sowie gezielte Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten.“ (Zimansky et al. 2018, S. 332)

Familienzentrierung meint Offenheit gegenüber dem, was für die Familienmitglieder von Bedeutung ist (vgl. Rohde 2018a, S. 236). Der Einbezug der Familie in den Pflegeprozess verbessert die Situationsverarbeitung und/oder die Gesundheit (vgl. Rohde 2018a, S. 235). Es gibt verschiedene Begrifflichkeiten, die pflegebezogene Auseinandersetzungen mit der Familie ausdrücken: Familienzentrierung, Familienorientierung, Familien- und Umweltbeziehung und Familiensensibilität. Sie kommen aus unterschiedlichen Theorien und Konzepten mit unterschiedlicher Reichweite (vgl. Rohde 2018a, S. 235).

Calgary Modell

Das Calgary Modell dient der Umsetzung von familienzentrierter Pflege. Es stellt ein Konzept dar, welches die systematische Umsetzung von familienzentrierter Pflege ermöglicht. Das Calgary Modell beinhaltet das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) und das Calgary Familien-Interventions-Modell (CFIM). (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S.5).

Das Modell wurde von Wright und Leahey in einem langjährigen Praxis- und Forschungsprozess entwickelt. Es dient der Entwicklung von Gesprächsleitfäden für Familien-Assessments und zur Dokumentation von Familieninformationen (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S.5).

Das CFAM ist ein multidimensionales Modell, welches ein umfassendes Assessment erlaubt und dem Versorgungsteam ein Verständnis der

Familiensituation bieten kann. Aus dem CFAM lassen sich Interventionen für die Familie herleiten (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S.5).

Das CFAM ist eine Weiterentwicklung vom ursprünglichen Familien-Assessment-Modell von Tom und Sanders aus dem Jahr 1983. Es wurde fortlaufend von Wright und Leahey verbessert und optimiert (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 32). Seit der Veröffentlichung im Jahr 1984 wurde das Konzept mehrfach überarbeitet und über die Jahre wurde das Thema der familienzentrierten Pflege global verbreitet. Das CFAM ist Bestandteil von Ausbildungsprogrammen in Australien, Nordamerika, Brasilien, Schweden, Finnland und vielen anderen Ländern (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 21-22). Das Calgary Familien-Assessment Modell besteht aus drei Hauptkategorien, welche sich wiederum in weitere Subkategorien unterteilen:

- Struktur
- Entwicklung
- Funktion (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 69).

Die Pflegenden entscheiden beim Assessment selbstständig, welche Subkategorien zu bestimmten Zeitpunkten von der Familie relevant sind und erfasst werden sollten. Demnach werden nicht alle Kategorien erfasst. Überprüfen die Pflegenden jedoch zu wenige Subkategorien, wird ein ungenaues Bild von den Stärken und Problemen der Familiensituation dargestellt (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 69).

„Das CFIM ist ein strukturierter Rahmen zur Konzeptualisierung der Beziehung zwischen Familien und Pflegenden, der die Voraussetzungen für die Veränderung und Heilung schafft.“ (Wright/Leahey 2014, S. 41) Das Calgary Familien-Interventions-Modell stellt das Pendant des Calgary Familien-Assessment-Modells dar. Nach Abschluss des Assessments müssen die Pflegenden überlegen welcher Interventionen es für die Familie bedarf, um Veränderungen zu bewirken (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 161). Das CFIM soll die effektiven Funktionen der Familie fördern, verbessern und aufrechterhalten (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S.120).

Palliative Care

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Kränzle 2018a, S. 5, zit. nach: WHO 2002)

Palliative Care betrachtet das Leben und das Sterben als einen normalen Prozess, der zum Kreislauf des Lebens dazugehört. Sie will den Tod weder beschleunigen, noch verzögern und unterstützt die Klient*innen in einem möglichst aktiven Leben bis zum Tod. Palliative Care möchte Schmerzen und andere belastende Beschwerden lindern, integriert aber auch psychische und spirituelle Aspekte und steht der Familie während und nach dem Tod zur Seite. So versucht Palliative Care die Lebensqualität zu verbessern und einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf zu nehmen. Um diese Ziele zu erreichen, ist die Arbeitsweise multi- und interdisziplinär (vgl. Kränzle 2018a, S. 5, zit. nach: WHO 2002).

Betrachtet man die Grundsätze der WHO zur Palliative Care, so ist diese hauptsächlich auf drei Säulen aufgebaut: Autonomie, Würde und Lebensqualität (vgl. Tschopp 2012, S. 7). Jede Säule ist wichtig in der Versorgung und deren Stabilität ist von den Strukturen und Rahmenbedingungen abhängig (vgl. Tschopp 2012, S. 8). Die bestmögliche Lebensqualität sollte hierbei ausschließlich von dem betroffenen Menschen definiert werden (vgl. Tschopp 2012, S. 10). Der unheilbar kranke Mensch soll in seiner Ganzheit als eigenständiges autonomes Individuum gesehen werden. Er sollte im Kontext seines Umfeldes gesehen werden, da das Umfeld ein Teil seiner Person ist (vgl. Tschopp 2012, S. 8). Palliative Care hat einen ganzheitlichen Anspruch in der Versorgung und möchte physische, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigen (vgl. Kreyer 2014, S. 307).

Palliative Care kann direkt nach dem Mitteilen der Diagnose in Anspruch genommen werden. Das gesamte Familiensystem sollte zu diesem Zeitpunkt unterstützt werden und es sollte auf Beratungsstellen, Seelsorger und klinische Psychologie aufmerksam gemacht werden. Bei Beendigung oder Abbruch der Therapie mit kurativem Ziel, beginnt ein weiterer Abschnitt für die Patient*innen und seine Familie. Es geht in der Palliative Care nicht mehr um Heilung oder Hinauszögern der Erkrankung, sondern darum, die verbleibende Zeit so angenehm wie möglich für die Patient*innen zu machen (vgl. Kränzle 2018b, S. 27). Die palliative Versorgung sollte flexibel und individuell auf die Situation angepasst werden. Die Betroffenen und deren Angehörigen sollten dazu „befähigt“ werden, so gut wie möglich für die Patient*innen zu handeln (vgl. Schmid 2018a, S. 150).

2.2 Nutzen des Calgary Modells

Pflegende Angehörige sind in ihrem Alltag hohen Belastungen ausgesetzt. Hierunter fallen unter Anderem die hohen Präsenzzeiten beim kranken Familienmitglied. Meist ist dieser Aspekt mit dem Aufgeben wichtiger Aktivitäten verbunden. Es besteht die Gefahr, dass diese starke Belastung vom sozialen Umfeld kaum wahrgenommen wird (vgl. Küttel et al. 2015, S. 116). Pflegende Angehörige können verschiedene Unsicherheiten im Alltag begegnen. Hierzu zählt die Unsicherheit darüber, wie sie im Notfall reagieren müssen und wie sie Hilfsmittel und Unterstützungsmöglichkeiten finden und nutzen (vgl. Küttel et al. 2015, S. 117). Pflegende Angehörige laufen Gefahr unter den großen Belastungen selbst psychisch oder physisch zu erkranken (vgl. Küttel et al. 2015, S. 112). Durch hohe Belastungen von pflegenden Angehörigen besteht die Gefahr, dass sie durch die Betreuung eines Familienmitglieds selbst erkranken und dass das familiäre Unterstützungssystem der Betreuung nicht mehr gewährleistet ist. Dies steigert das Risiko unnötiger Rehospitalationen (vgl. Preusse-Bleuler 2018, S. 9).

In der familienzentrierten Pflege wird die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie geachtet. Die Arbeit mit dem Calgary Modell soll ein systematisches Gleichgewicht der Familie herstellen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30). Der Einbezug des Lebensumfeldes unterstützt die Genese. Durch fachkompetente Begleitung und Beratung soll die Selbsthilfefähigkeit und die Handlungsfähigkeit der Familie erhalten oder verbessert werden. Zudem agiert die Pflegefachkraft präventiv und gesundheitsfördernd mit der Familie (Preusse-Bleuler 2007, S. 61).

Das Wohlbefinden der Familienmitglieder verbessert sich durch familienzentrierte Pflege, während sich die Belastung verringert (vgl. Naef 2015, S. 36). Familienzentrierte Pflege kann Familien in herausfordernden Situationen begleiten. Es lassen sich individuelle und gemeinsame Bedürfnisse von den Familienmitgliedern erfassen und die Beziehungen können gestärkt werden. Missverständnisse, mögliche Konflikte und Unzufriedenheiten lassen sich durch das Anhören diverser Sichtweisen und Beweggründe vorbeugen (vgl. Naef 2015, S. 37).

In Gesprächen sollten Familienmitglieder in die Betreuung einbezogen werden. Diese Gespräche stellen eine Unterstützung in der Behandlung dar und können Gefühlen Ausdruck verleihen. Zudem können Betroffene und deren Familienmitglieder verschiedene Möglichkeiten abwägen und weitere Schritte mitbestimmen (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 117). Hierbei ist es besonders wichtig, der Familie möglichst viele Informationen zu geben und Ihnen die Situation verständlich zu machen.

Durch systematische Kommunikationsinterventionen lässt sich ressourcen- und lösungsorientierter vorgehen. Die Familie fühlt sich durch familienzentrierte Pflege in ihrer Handlungsfähigkeit unterstützt und für den Alltag mit der Erkrankung gestärkt. Zudem fühlen sie sich durch eine familienzentrierte Pflege ernst genommen und im Umgang mit der Erkrankung unterstützt. Pflegefachkräfte können ihre professionelle Handlungsfähigkeit durch die Einschätzungen zum Unterstützungsbedarf gestärkt sehen. Die Prozessstruktur

nach Wright und Leahey gibt Pflegefachkräften einen Orientierungsrahmen für wirksame Gespräche (vgl. Preusse-Bleuler 2018, S. 12).

Durch eine stärkere psycho-soziale Kompetenzentwicklung der Pflegefachkräfte lassen sich Konflikte vermeiden. Zudem werden ein wertschätzendes Miteinander und die Zufriedenheit auf beiden Seiten der Versorgung gefördert (vgl. Keller 2018, S. 28). Durch ein verbessertes Verständnis gegenüber den Betroffenen und Angehörigen, kann die Pflegefachkraft die Einstellung zur Erkrankung, die Aufgaben- und Rollenverteilung der Familienmitglieder und die Unterstützungsbereitschaft von Angehörigen besser einschätzen. Zudem helfen systematische Fragetechniken den Pflegefachkräften bestimmte Sachverhalte anzusprechen und schwierige Gesprächssituationen besser zu bewältigen. Die Beziehung von der Pflegefachkraft zur Familie lässt sich schneller und intensiver aufbauen (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 335).

Durch familienzentrierte Pflege lassen sich Ressourcen und Probleme einer Familie erkennen. Im Krisenfall kann dann besser reagiert werden. Es wurde die Identifikation von Angehörigen möglich, die Unterstützung bieten können. Grafische Darstellungen der Familie ermöglichen für das Behandlungsteam einen unmittelbaren Einblick in die Familienkonstellation, was adäquates Eingehen auf die Bedürfnisse der Familie ermöglicht (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 334).

Durch die grafischen Darstellungen der Familienkonstellation, die in der familienzentrierten Pflege verwendet werden, können die Pflegenden von einem übersichtlichen Konzept profitieren. Die Daten können gebündelt und gesammelt werden. Daraus resultiert, dass die Stärken und die Probleme einer Familie schnell identifiziert werden können und eine zielführende Pflegeplanung erarbeitet werden kann. Um ergebnisorientiert mit der familienzentrierten Pflege zu arbeiten, braucht es für Pflegenden Leitlinien (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 32). Durch familienzentrierte Pflege wird vorausschauendes, ressourcenorientiertes und zielgerichtetes Arbeiten ermöglicht. Hieraus wird für die Familie eine Qualitätssteigerung erzielt (vgl. Preusse-Bleuler 2007).

Um eine bestmögliche gesundheitsbezogene Situation für die Familie zu schaffen, wird durch die familienzentrierte Pflege die Adhärenz der Beteiligten verbessert. Formen des Austauschs, Integration und Empowerment sind für hierfür von besonderer Bedeutung (vgl. Rohde 2018a, S. 237).

2.3 Zugrunde liegende Theorien des Calgary Modells

Modelle können nicht für sich alleine existieren, weshalb sie auf verschiedenen Denkmustern, Überzeugungen, Prämissen und Annahmen basieren. Die zugrunde liegenden Theorien des Calgary Modells nach Wright und Leahey sind vielfältig, da sich die Autorinnen auf gleich mehrere Theorien beziehen. Wright und Leahey gehen von folgenden Denkmustern aus: Postmoderne, Systemtheorie, Kybernetik, Kommunikationswissenschaft, Veränderungstheorie und Erkenntnistheorie (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 45). Diese Theorien sollen im Folgenden kurz beleuchtet werden, um einen Einblick in das Grundgerüst des Calgary Modells zu bieten.

Postmoderne

Die Postmoderne ist das erste von Wright und Leahey erwähnte Denkmuster, welches auf den Konzepten des Pluralismus und der Diskussion über Wissen basiert. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie für das Ende einer uniformen Weltansicht steht und für die Absage eindimensionaler Erklärungen. Der wichtigste Grundgedanke der Postmoderne ist der Pluralismus. Der Pluralismus steht für die Huldigung der Vielfalt. Er sagt aus, dass es genauso viele Möglichkeiten gibt die Welt zu sehen und zu erfahren, wie die Anzahl an existierenden Menschen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 46). „Auf die familienzentrierte Pflegepraxis übertragen heißt dies, es gibt genauso viele Möglichkeiten, Krankheit zu betrachten und zu erleben, wie es Familien gibt, die von Krankheit betroffen sind.“ (Wright/Leahey 2014, S. 46) Es wird sich nicht mehr nur an medizinischen Berichten orientiert, sondern auch an den Berichten von Erfahrungen der

einzelnen von Krankheit Betroffenen und deren Familienmitglieder. Aus der Würdigung der Erzählungen von Familien resultieren für die Pflegepraxis die Zusammenarbeit und die Beratung von Pflegenden und Familien. Hierfür werden Wissen und Erfahrungen von Familien und Pflegenden gleichermaßen anerkannt (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 46).

Systemtheorie

Die Systemtheorie stellt die zweite zugrunde liegende Theorie des Calgary Modells dar. Hier wird die Familie als System betrachtet, welches Teil größerer Suprasysteme ist und sich aus vielen Subsystemen zusammensetzt. Das System Familie setzt sich aus verschiedenen Familienmitgliedern als Subsysteme zusammen, welche sich wechselseitig beeinflussen. Daraus resultiert, dass die Familie als Ganzes größer ist als die Summe ihrer Teile. Veränderungen eines Familienmitglieds beeinflussen alle anderen Mitglieder auch. Es ist möglich für die Familie eine Balance zwischen Veränderung und Stabilität herzustellen, da die Familienmitglieder in einem System agieren. Das Verhalten von Familienmitgliedern lässt sich durch zirkuläre Kausalität erklären (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 47-51).

Kybernetik

Die Kybernetik stellt eine wissenschaftliche Forschungsrichtung dar, welche die Gesetzmäßigkeiten im Ablauf von Steuerungs- und Regelungsvorgängen untersucht. Für die Familienzentrierte Pflege bedeutet dies, dass Familiensysteme die Fähigkeit zur Selbstregulation haben. Es können bei Familien Rückkopplungsprozesse auf mehreren Systemebenen gleichzeitig stattfinden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 53).

Kommunikationstheorie

Eine weitere wichtige Theorie auf der das Calgary Modell basiert, ist die Kommunikationstheorie. Innerhalb der Kommunikationstheorie beziehen sich Wright und Leahey hauptsächlich auf Watzlawick und seine Axiome. Ein wichtiges Konzept der von Wright und Leahey zugrunde gelegten Kommunikationstheorie besagt, dass jede nonverbale Kommunikation bedeutungsvoll ist. Zudem hat Kommunikation immer zwei Transmissionskanäle: einen digitalen und einen analogen Transmissionskanal. Der digitale Transmissionskanal beschreibt die verbale Kommunikation, während der analoge Transmissionskanal nonverbale Kommunikation sowie Musik, Dichtkunst und Malerei meint. Neben den zwei Transmissionskanälen hat Kommunikation auch immer zwei Ebenen. Diese bestehen aus der inhaltlichen Ebene und der Beziehungsebene. In einem weiteren wichtigen Konzept werden Beziehungen in symmetrische und komplementäre Beziehungen unterteilt. In einer symmetrischen Beziehung verhalten sich Personen so, als ob deren Statur gleich sei. In komplementären Beziehungen hingegen gibt eine Person, während die andere nimmt. Gute Beispiele hierfür sind eine Mutter und ihr Säugling oder ein Sterbender und sein pflegendes Familienmitglied (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 54-55).

Veränderungstheorie

Die Veränderungstheorie basiert darauf, dass Beziehungssysteme die Tendenz haben, sich progressiv zu verändern. Veränderungen sind Neuordnungen von der Familienstruktur, die Störungen kompensieren und darauf abzielen, Struktur und Stabilität aufrechtzuerhalten. Sie sind von der Wahrnehmung des Problems abhängig. Veränderungen werden von der Struktur des Individuums bestimmt und sind vom ihrem Kontext abhängig. Die Reaktionen auf Veränderungen können bei allen Familienmitgliedern unterschiedlich sein. Um Veränderungen innerhalb einer Familie zu bewirken, ist das Verständnis der Pflegefachkraft wichtig. Verständnis führt aber nicht allein zu Veränderungen, sondern die

Familie braucht mit der Pflegefachkraft gemeinsam entwickelte Behandlungsziele. Zudem ist es Aufgabe der Pflegefachkraft Rahmenbedingungen zu schaffen, die Veränderungen ermöglichen. Veränderungen finden statt, wenn die angebotenen pflegerischen Interventionen und die biopsychosozial-geistigen Strukturen der Familienmitglieder zusammenpassen. Die Gründe, warum Veränderungen stattfinden sollten, sind vielfältig und individuell (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 56-64).

Biologie der Erkenntnistheorie

Die Biologie der Erkenntnistheorie hat zur Grundlage, dass Menschen Erfahrungen und Ereignisse in ihrem Leben aus unterschiedlicher Sicht betrachten. Somit bestimmt die Art und Weise der Pflegefachkraft die Realität zu betrachten, wie sie Menschen, ihre Funktionen, Beziehungen und Krankheiten einschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass ein verbindlicher Referenzbereich zur Erklärung der Welt existiert und dass Dinge unabhängig vom Beobachter existieren. So kann, durch Produkte der objektiven Wahrnehmung der Realität, die Welt erklärt werden. Das Gegenstück dazu und eine andere Möglichkeit die Welt zu erklären ist die Annahme, dass Menschen ihre Wirklichkeiten durch sprachliche Interaktion erschaffen. Diese sprachlichen Interaktionen können mit der Welt, mit sich selbst oder mit anderen stattfinden und die Realität des Einzelnen beeinflussen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 64-65).

Diese vorgestellten Theorien stellen die Basis für das Calgary Modell dar (vgl. Wright et al. 2014, S. 45). Deren kurze Betrachtung und jeweiligen Erläuterungen sollen für diese Arbeit ein Verständnis für das Calgary Modell nach Wright und Leahey hervorbringen.

2.4 Phasen des Familienkontaktes

Der Familienkontakt in der familienzentrierten Pflege hat einen prozesshaften Ablauf. Der Kontakt lässt sich in vier Phasen unterteilen: den Beziehungsaufbau, das Assessment, die Interventionen und den Abschluss der Beziehung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 187). Die Phasen des Familienkontaktes werden im Folgenden näher beleuchtet.

Beziehungsaufbau und Hypothesenbildung

Für den Einstieg in die Beziehung können verschiedene Settings gewählt werden. Das erste Familiengespräch kann in der häuslichen Umgebung, in einem Krankenhaus oder in öffentlichen Einrichtungen stattfinden. Die richtige Umgebung sollte gemeinsam mit der Familie gewählt werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 206). Der erste Kontakt mit der Familie ist für den Beziehungsaufbau entscheidend. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Familie ist für den Erfolg der therapeutischen Kontaktaufnahme maßgebend. Empathie und Bescheidenheit sind für den Beziehungsaufbau von besonderer Bedeutung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 211). Vor dem Erstgespräch sollten sich gegebenenfalls Informationen aus der Krankendokumentation herangezogen werden, um sich ein Bild von der Krankengeschichte zu machen (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 119, zit. nach: Wright & Leahey, 2009).

Die erste Phase des Familienkontaktes ist der Beziehungsaufbau. „Der Beziehungsaufbau ist die Phase des Gesprächs, in welcher der Kontext für Veränderungen geschaffen wird und welche die Basis für den weiteren therapeutischen Prozess bildet.“ (Wright/Leahey 2014, S.230, zit. nach: Wright/Bell 2009) Der Erstkontakt erfolgt meist telefonisch. Hierbei wird ein Gesprächstermin ausgemacht und von der Familie entschieden, wer an dem Gespräch teilnehmen soll. Es werden erste aufschlussreiche Informationen ausgetauscht. Der Erstkontakt am Telefon ist der Beginn des Aufbaus einer partnerschaftlichen Beziehung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 212). Sobald der

Termin zum Familiengespräch geplant ist, wird das Gespräch von der Pflegenden gut vorbereitet.

„Vor dem Familiengespräch muss die Pflegende:

- klären, welchen Zweck und welchen Nutzen das Familiengespräch aus der Sicht der Familie hat
- darlegen, welchen Nutzen die Familie von diesem Gespräch hat
- feststellen, welches Familienmitglied der Meinung ist, dass es ein Problem gibt, und wer bereit ist, an einem Familiengespräch teilzunehmen
- gemeinsam mit der Familie vereinbaren, wann und wo die Sitzung stattfinden soll [...]
- sich in der Literatur Informationen über die Arbeit mit Familien beschaffen, die ähnliche Gesundheitsprobleme haben, um die Probleme, Sorgen und gelebten Erfahrungen dieser Patientenpopulation besser verstehen zu können
- mit der Entwicklung von Hypothesen beginnen (Erklärungen über das Verhalten der Familie, die einen Zusammenhang zwischen dem Familiensystem und dem aktuellen Problem herstellen)
- Lineare und zirkuläre Fragen formulieren, die relevante Daten über die Struktur, Entwicklung und Funktion der Familie ergeben [...].“
(Wright/Leahey 2014, S.223, zit. nach: Levac et al., 2002)

Pflegende sollten sich vor den Familiengesprächen bewusst machen, was das Ziel des Gesprächs ist. Hierzu sollten sie Hypothesen aufstellen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 199). Das Ziel des Gesprächs bestimmt die Art der Fragen und den Ablauf des Gesprächs. Hypothesen sind Vorannahmen, die die Pflegenden vor den Familiengesprächen treffen. Sie beruhen auf Informationen der Familie, auf Wahrnehmungen von Kollegen oder auf während der Besuchszeit entstandenen Eindrücken. Hypothesen können auch durch früher gemachte Erfahrungen oder Erkenntnisse von den Pflegenden gebildet werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 200-202). In den Hypothesen können auch Attribute, wie Charakterstärke, Großherzigkeit, Zusammenhalt, intensive Fürsorge und Engagement eingebunden werden. Diese machen Ressourcen

besser erkenntlich, auf die zu einem späteren Zeitpunkt zurückgegriffen werden kann. Vor jedem Gespräch sollten sich die Pflegenden mit ihren aufgestellten Hypothesen auseinandersetzen. Hypothesen können nach dem Familiengespräch verworfen, korrigiert oder bestätigt werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 202-204). Hypothesen helfen der Pflegenden dabei, die Familie zu verstehen und zeigen ressourcenorientierte Lösungen auf (vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 35).

Nach dem ersten Familienkontakt am Telefon und der Vorbereitung auf das Erstgespräch sowie das damit verbundene Formulieren von Hypothesen folgt das Erstgespräch am mit der Familie vereinbarten Ort. Im Gespräch mit der Familie werden zunächst die Anwesenden begrüßt, sich vorgestellt und der Zweck des Gesprächs erläutert. Der Familie wird während der Familiengespräche mit wohlwollender Neugierde begegnet. Es soll Vertrauen zwischen der Pflegefachperson und der Familie aufgebaut werden, da Vertrauen essenziell für eine gelingende Arbeit ist (vgl. Preusse-Bleuler 2018, S. 10).

„Das Erstgespräch umfasst in der Regel folgende Phasen:

1. Phase des Beziehungsaufbaus: Die Pflegende begrüßt die Familie und sorgt für eine angenehme Atmosphäre.
2. Phase des Assessments:
 - a. «Problemidentifizierung»: Die Pflegende ermittelt die aktuellen Anliegen und/oder Probleme der Familie.
 - b. «Zusammenhang zwischen Familieninteraktionen und Gesundheitsproblem»: Die Pflegende erkundet die typischen Reaktionen der Familie auf das Gesundheitsproblem und in welcher Art das Gesundheitsproblem das Familienleben und die Beziehungen der Familienmitglieder beeinflusst.
 - c. «Lösungsversuche»: Die Familie und die Pflegende sprechen über bereits versuchte Lösungswege und deren Auswirkungen auf die aktuelle Thematik.
 - d. «Diskussion über die Ziele»: Die Pflegende bündelt die Informationen, und die Familie benennt die von ihr gewünschten Ziele,

Veränderungen oder Ereignisse. (Anmerkung: Wenn die Familienmitglieder unter den Auswirkungen einer Krankheit leiden, ist zu klären, ob sie eine Verbesserung im emotionalen, körperlichen und/oder spirituellen Bereich wünschen.)

3. Phase der Interventionen: Die Pflegende und die Familie versuchen gemeinsam, Veränderungen in bestimmten Bereichen herbeizuführen.
4. Phase des Abschlusses: Die Pflegende und die Familie schließen das Gespräch ab.“ (Wright/Leahey 2014, S. 225)

Calgary Familien-Assessment Modell

Die zweite Phase des Familienkontaktes ist das Assessment. Das Assessment wird im Calgary Modell mit dem Calgary Familien-Assessment Modell (CFAM) durchgeführt. Dieses ist ein multidimensionales Konzept, welches in drei Hauptkategorien unterteilt ist: Struktur, Entwicklung und Funktion. Die theoretischen Grundlagen für dieses Modell bilden die Systemtheorie, die Kybernetik, die Kommunikationswissenschaft und die Veränderungstheorie (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 32). Jede Hauptkategorie wird in Subkategorien unterteilt. Die Pflegenden entscheiden, welche Kategorien relevant sind und erfasst werden müssen. Dies hat zur Folge, dass nicht alle Kategorien zu einer Familie erfasst und abgefragt werden. Werden zu viele Kategorien und Informationen erfasst, wird die Pflegende von der Datenfülle überschwemmt. Werden zu wenige Kategorien erfasst, bekommt die Pflegende ein ungenaues Bild der Familie und ihren Stärken und Problemen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 69). Das CFAM ist ein umfassendes Modell, welches durch das Anfertigen und die Verwendung von „grafischen Darstellungen der Familie“ erleichtert wird. Das CFAM hilft dabei die Probleme und die Stärken einer Familie zu erörtern. Das Assessment kann je nach Selbstvertrauen und Kompetenz der Pflegefachperson verfeinert und angepasst werden. Die Pflegefachperson fasst am Ende alle relevanten Informationen in einem Gesamt-Assessment zusammen. Hierbei werden Informationen gebündelt und die Datenfülle strukturiert (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 135).

Innerhalb der familienzentrierten Aufnahmegespräche werden Schwerpunktlegung des Gesprächs, gesundheitsbezogene Handlungsweisen, Familienstrukturen und gesundheitsbezogene Belastungen erfragt (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 332). Gesprächsthemen des Assessments aktuelle Ereignisse der Behandlung, Informationsstand, Ängste, Sorgen, Erwartungen und Wünsche sein. Innerhalb des ersten Assessments werden Geno- und Ökogramm erstellt. Die Pflegefachperson begegnet der Familie dabei stets mit Wertschätzung und Anerkennung. Die Pflegende erfragt zudem Erfahrungen, Ressourcen und Fähigkeiten mit dem Gesund- und Kranksein. Die Lebensgeschichte, die Einstellung und der Glaube werden genauso wie Zukunftsvisionen und die Austrittsplanung thematisiert. Es werden die Bereiche der alltäglichen Lebensaktivitäten abgefragt, um zu erkennen in welchen Unterstützungsbedarf existiert. Während des Abschlusses des Gesprächs werden offene Fragen geklärt und um ein Feedback der Familie gebeten (vgl. Gfeller/Küng 2016, S. 49). Das Assessment mit seinen Methoden wird in Punkt 2.5 genauer thematisiert.

Calgary Familien-Interventions Modell

Auf der Basis des Assessments werden Interventionen für die Familie ausgewählt. Zunächst werden die Interventionen konzeptualisiert und danach durchgeführt (vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 36).

Konzeptualisiert werden kann mit Hilfe der Methode des Reflecting Teams. In Fallbesprechungen werden Fälle vorgestellt und in einer Gruppe gemeinsam reflektiert. Um die Fälle verständlich darzulegen, wird sich des Assessments bedient. Insbesondere mit dem Geno- und dem Ökogramm können sich die Anwesenden einen schnellen Überblick verschaffen (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 333).

Nach der Konzeptualisierung werden die festgelegten Interventionen durchgeführt. Die Interventionen können auf den kognitiven, den affektiven oder den verhaltensbezogenen Bereich der Familie abzielen. Für den kognitiven

Bereich der Familie sollte dieser immer mit Anerkennung und Wertschätzung entgegen getreten werden. Zudem sollten die Stärken der Familie und der einzelnen Familienmitglieder anerkannt werden. Die Pflegefachperson sollte der Familie Informationen und Meinungen anbieten (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 169). Auf den affektiven Bereich zielen Interventionen wie das Verbalisieren und das Normalisieren von emotionalen Reaktionen ab (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 170). Familienmitglieder können ermutigt werden, ihre Krankheitsgeschichte zu erzählen. Es kann auch Unterstützung durch die Familie von der Pflegefachperson mobilisiert werden, damit diese pflegerischen Aufgaben oder andere Tätigkeiten in der Versorgung übernehmen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 171). Auf den verhaltensbezogenen Bereich zielen Maßnahmen wie das Ermutigen der Familienmitglieder, die Rolle des pflegenden Angehörigen zu übernehmen, ab. Die Pflegefachkraft sollte der Familie zudem Unterstützung anbieten, um die Familie zu entlasten. Die Familienmitglieder werden durch die Pflegefachperson dazu ermutigt, sich Erholungspausen zu gönnen. So achtet die Pflegefachperson auf die Gesundheit der gesamten Familie und kann, wenn nötig, präventiv agieren (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 172). Die Pflegefachperson kann auch dabei helfen Rituale für die Familie zu entwickeln. Diese können ebenfalls die Gesundheit der Familie fördern und den Zusammenhalt der Familienmitglieder stärken (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 173).

Abschluss der Beziehung

Als letzte Phase des Familienkontaktes identifizieren Wright und Leahey den Abschluss der Beziehung. Hierbei muss von der Pflegefachperson beachtet werden, dass der Austritt aus der Beziehung schon beim Eintritt beginnt. Der Abschluss der Beziehung ist also von Beginn an geplant (vgl. Preusse-Bleuler 2007). Die Beziehung mit der Familie kann abgeschlossen werden, wenn die Pflegefachperson dauerhafte Veränderungen in der Familie feststellen kann (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 251). Die Familie sollte beim Beziehungsabschluss dazu in der Lage sein Probleme zukünftig selbst lösen zu können (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 188). Es werden der Familie Beratungsstellen empfohlen, wenn Bedarf

besteht. Zum Schluss werden die Ergebnisse mit der Familie gefestigt und es wird ein Abschlussgespräch geführt. Die Pflegefachkraft schließt die Versorgung mit der Evaluation des Prozesses ab (vgl. Preusse-Bleuler 2007).

Das Gespräch kann mit einer bewusst moderierten Phase des Abschlusses an Qualität gewinnen und die Ergebnisse besser sichern. „Dies gelingt, wenn die folgenden Schritte beachtet werden:

- Vorausschauend Gesprächszeit für diese Phase reservieren
- Besprochene Inhalte zusammenfassen
- Wertschätzung und Anerkennung aussprechen
- Festhalten, welche Fragen noch offen sind und weiterbearbeitet werden sollen
- Nachfragen, ob und wie sich Patient und Familie verstanden fühlen und ggf. Missverständnisse gleich klären
- Orientierung bezüglich der nächsten Schritte geben.“ (Preusse-Bleuler 2018, S. 12)

Die Dokumentation des Abschlusses der Beziehung wird im Kapitel zum Dokumentationssystem aufgegriffen. Hierzu bieten Wright und Leahey einen Vordruck zur Verwendung an.

2.5 Das Dokumentationssystem

Die Fülle an Informationen, die durch das Assessment und während des gesamten Pflegeprozesses erhoben werden, sollten verarbeitet werden. Sie sollten stets abrufbar sein und Datenverlust vermieden werden. Die Dokumentation von den erhobenen Daten ist eine Notwendigkeit und bildet die Grundlage für die Versorgung. Ein Dokumentationssystem, welches von Wright und Leahey angeboten wird, kann beim Aufbereiten der Informationen hilfreich sein.

Eine Dokumentation in Klient*innenakten ist handschriftlich oder computergestützt möglich. In der Klient*innenakte sollten alle relevanten

Informationen erfasst werden, aus denen ein Aktionsplan entwickelt wird. Durch die Dokumentation sollte sich ein Gesamtbild ergeben, das alle Informationen schnell erfass- und nutzbar macht. Dieses Gesamtbild kann Defizite und Lücken in den Daten aufzeigen. Das Dokumentationssystem sollte in der Gesprächsführungspraxis unterstützen und leicht handhabbar sein. Wright und Leahey stellen in ihrem Buch ein Dokumentationssystem vor, welches aufgrund seiner Kompaktheit von verschiedenen Institutionen und Krankenhäusern gut umsetzbar ist (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 294).

„Das System besteht aus sechs Teilen:

1. CFAM
2. Liste der Stärken und Probleme
3. Zusammenfassung des Familien-Assessments
4. CFIM
5. Verlaufsdarstellungen
6. Zusammenfassung des Entlassungsberichts.“ (Wright/Leahey 2014, S. 294)

Das CFAM ist ein multidimensionales Konzept, welches eine „Landkarte der Familie“ darstellt. Es besteht aus den drei Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion, welche sich jeweils in weitere Subkategorien unterteilen. Die Hauptkategorien mit den diversen Subkategorien lassen sich über ein Baumdiagramm konzeptualisieren und gut visualisieren. Pflegende sammeln beim Assessment laufend Daten, indem sie die drei Hauptkategorien mit den jeweils auf der rechten Seite gelegenen Subkategorien überprüfen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 295). Die Pflegenden sollten während der Überprüfung der Kategorien nicht zu viele detailreiche Daten sammeln, da die Fülle an Daten dann möglicherweise nicht mehr zu bewältigen ist und zu viele irrelevante Informationen erfasst werden, die für Unübersichtlichkeit sorgen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 298).

Während des Erstgesprächs mit der Familie wird das Geno- und Ökogramm als Teil des strukturellen Assessments erstellt. Mit diesen Darstellungen kann das individuelle Gefüge der Familie konzeptualisiert werden (vgl. Wright/Leahey

2014, S. 295). „Das Genogramm ist eine grafische Darstellung der Familienkonstellation. Das Ökogramm hingegen stellt die Kontakte der Familie zu anderen Personen außerhalb der Familie grafisch dar und zeigt die wichtigen Kontakte zwischen Familie und Außenwelt im Überblick.“ (Wright/Leahey 2014, S.90) Das Geno- und das Ökogramm entstehen während des Familiengesprächs und können direkt von den Familienmitgliedern korrigiert werden. Zudem können sie Informationen ergänzen oder Zusammenhänge erläutern (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 8). Für das Anfertigen von Geno- und Ökogramm benötigt man lediglich einen Stift und ein Blatt Papier. Im Jahr 2000 entwickelten Duhamel und Champagna einen Genograf, der wie ein Computerprogramm genutzt werden kann (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 90).

Durch das Genogramm wird die gesamte Familie in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. Dies ist besonders für den Aufbau der Beziehung förderlich. Den Pflegenden wird mit der Erfassung des Genogramms eine Fülle von Informationen bereitgestellt. Es werden etwa drei Generationen erfasst. Die Familienmitglieder und deren Beziehungen zueinander werden mit unterschiedlichen Symbolen dargestellt. Ehepaare, Geschiedene, Lebenspartnerschaften, Todesfälle, Nachwuchs und vieles anderes lässt sich mit dem Genogramm darstellen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 92-93). Für eine bessere Vorstellung und Verständlichkeit für die Leser, folgt ein Beispiel eines Genogramms nach Wright und Leahey. Im Anhang unter 9.3.1 ist eine Legende zu finden, mit der die verschiedenen Symbole gedeutet werden können.

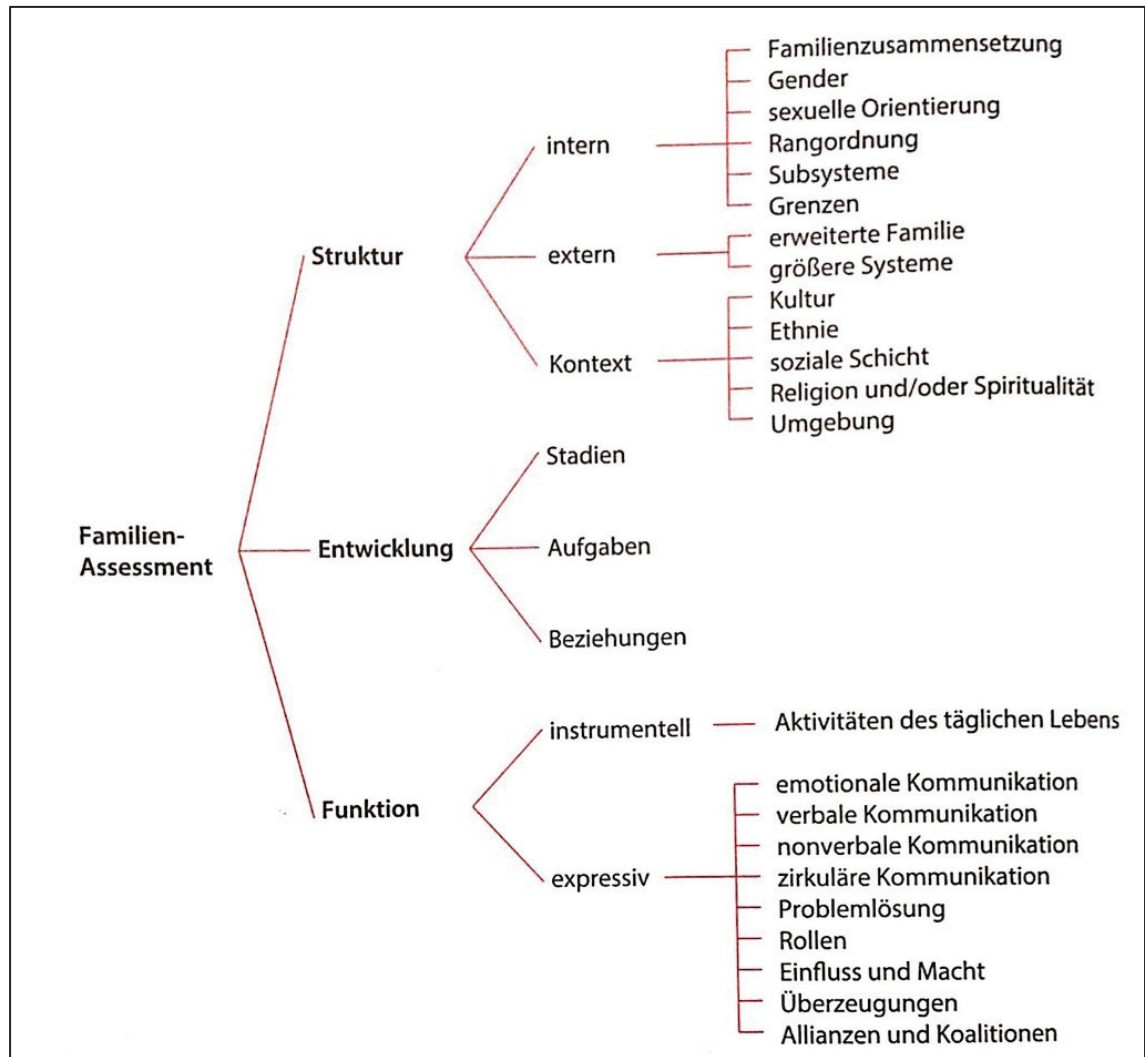


Abbildung 2 Baumdiagramm des CFAM (Wright/Leahey 2014, S. 296)

Das Ökogramm bietet ähnliche Vorteile wie das Genogramm: es ist sehr übersichtlich, leicht zu verstehen und bildet wichtige sowie konfliktträchtige Beziehungen ab. Durch das Ökogramm wird aufgezeigt, wo Konflikte geschlichtet werden müssten und wo Ressourcen ausfindig gemacht werden können. Es bildet wechselseitige Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und öffentlichen Institutionen ab. Das Ökogramm zeigt in der Mitte den Haushalt und in äußeren Kreisen werden wichtige Menschen, Einrichtungen oder Institutionen abgebildet. Zwischen den Kreisen zeigen Linien die jeweilige Beschaffenheit der Beziehung auf. Durchgezogene Linien bedeuten, dass die Familienmitglieder oder der Haushalt eine enge Beziehung zu den anderen Menschen oder der Einrichtungen haben. Unterbrochene Linien zeigen eine lose

Beziehung auf und Schrägstrichlinien eine belastete. Mit Pfeilen neben den Linien wird der Fluss von Energien und Ressourcen dargestellt und je breiter die Linie ist, desto stärker ist auch die Beziehung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 102-104). Es folgt ein Beispiel, um das Ökogramm für die Leser besser vorstellbar und verständlich zu machen.

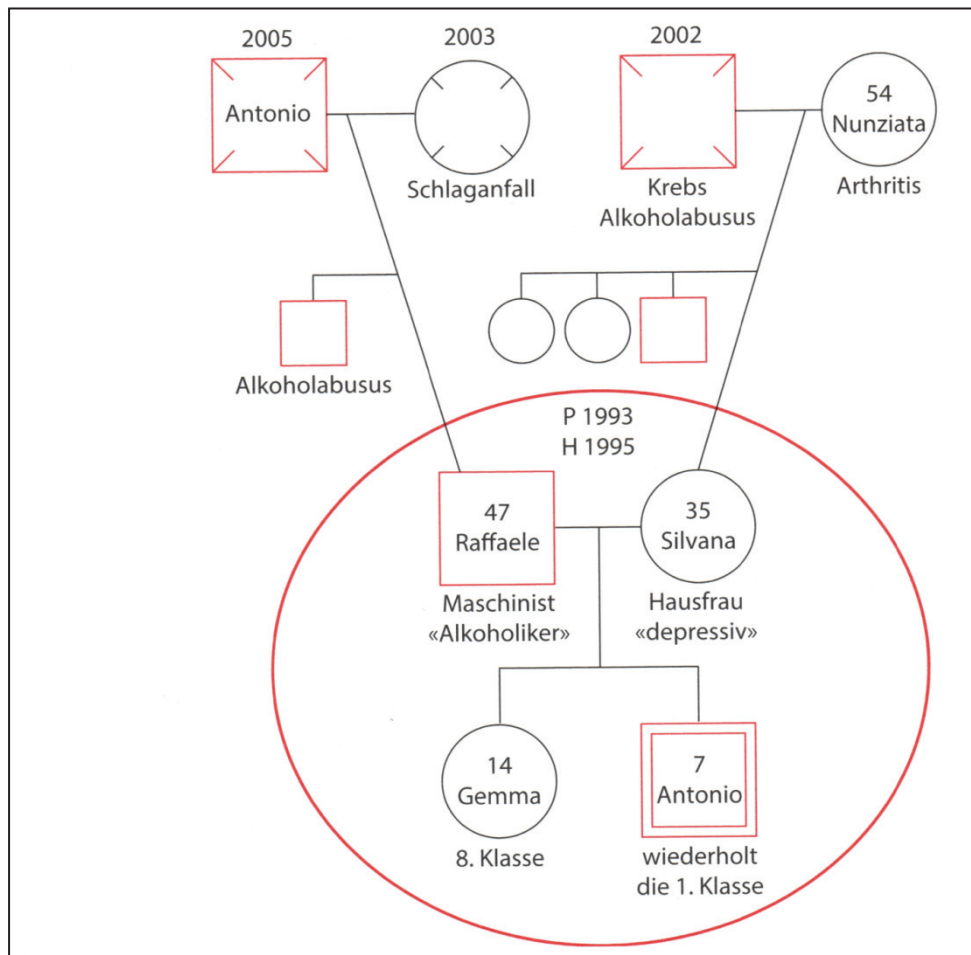


Abbildung 3 Musterbeispiel eines Genogramms (Wright/Leahey 2014, S. 94)

Ein weiteres Instrument, welches beim Assessment der Familie verwendet werden kann, ist das Belastungsthermometer. Dieses ist nicht Bestandteil des Calgary Modells, kann aber ergänzend zu dessen Assessment-Methoden verwendet werden. Das Belastungsthermometer wurde in den USA vom National Comprehensive Cancer Network entwickelt und besteht aus einer Visuellen Analogskala (VAS) und einer Problemliste mit 34 Items. Mit dem Thermometer kann die Belastung einer Familie zu verschiedenen Zeitpunkten gemessen und immer wieder neu beurteilt werden. So lässt sich ein Verlauf der Belastung der

Familie im Versorgungsprozess erkennen und überprüfen, ob Interventionen Effekte haben. Ein Wert größer oder gleich fünf weist auf eine auffällige Belastung hin, welche eine psychoonkologische Betreuung oder eine Unterstützung durch einen Sozialdienst indiziert. Das Belastungsthermometer wurde in verschiedenen Studien im onkologischen Bereich validiert (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 120).

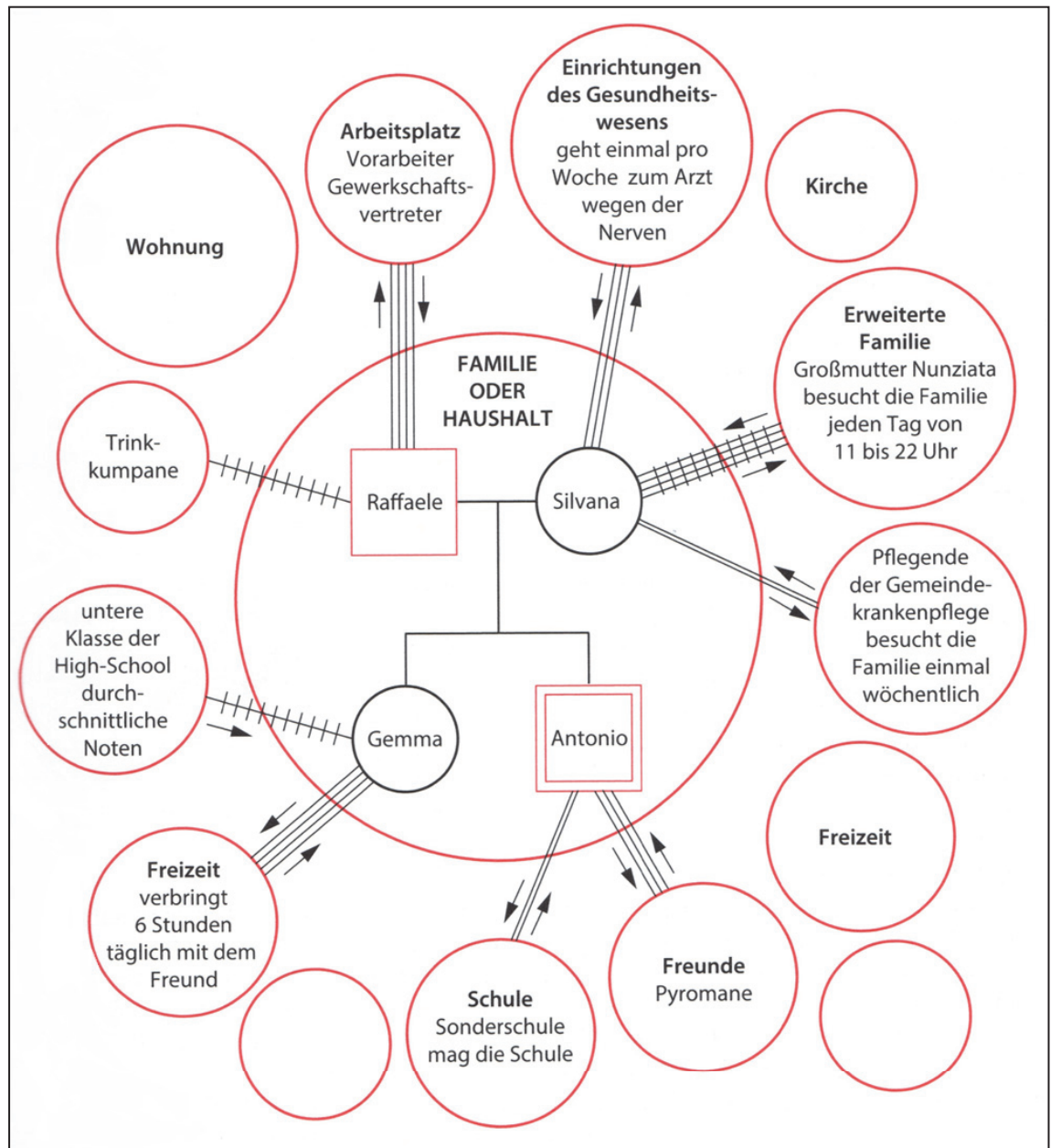


Abbildung 4 Musterbeispiel eines Ökogramms (Wright/Leahey 2014, S. 103)

Neben dem Belastungsthermometer kann für das Assessment auch das Knowledge-Mapping verwendet werden. Dieses stellt ebenfalls eine ergänzende Methode zum Calgary Modell dar. Das Knowledge-Mapping ist eine zusammenfassende und strukturierte Analysemethode, welche eine regelgeleitete Auswertung erlaubt. Neues Wissen kann mit dieser Technik, die im Gespräch erhaltenen Informationen, grafisch darstellen. Die Informationen werden anhand der Fragestellung strukturiert. Zentrale Begriffe werden in Form von Konzepten als Knotenpunkte in einem Netz dargestellt und Beziehungen zwischen diesen Konzepten werden mittels Verbindungslinien dargestellt (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 121).

Nach dem Überprüfen der Kategorien im Familiengespräch werden Stärken und Probleme der Assessmentkategorien ermittelt. Diese werden dann aufgelistet und Fragen in der Systemebene benannt. Die Stärken aufzulisten ist wichtig, da durch sie Ressourcen für Problemlösungen in der Familie ermittelt werden können. Die Familie sollte beim Erfassen von Stärken aktiv eingebunden werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 299). Abschließend wird das CFAM zusammengefasst. Wright und Leahey stellen hierfür eine Vorlage bereit. Diese ist im Anhang unter Punkt 9.3.2 zu finden. Alle Informationen werden in dieser Zusammenfassung zu einem Gesamtbild zusammengefügt (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 302).

Die Zusammenfassung des Assessments kann nun als Basis zur Entwicklung eines Interventionsplans verwendet werden. In der Praxis haben sich „drei Schritte bei der Entwicklung von Interventionsplänen als sinnvoll erwiesen:

1. die dringlichsten Probleme identifizieren
2. Orientierung am CFIM
3. Interventionen auswählen.“ (Wright/Leahey 2014, S. 302)

Die Pflegenden identifizieren mit der Familie die wichtigsten Probleme. Die Pflegenden müssen im Familiengespräch herausfinden, welche Probleme die größten Sorgen oder Bedrohungen darstellen. Bei Problemen, die nicht gelöst werden können, müssen Pflegende der Familie dabei helfen mit ihnen umgehen

zu lernen. Interventionen müssen genau auf die Familie abgestimmt werden und es sollen Veränderungen mit möglichst weitreichenden Auswirkungen in die Wege geleitet werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 307). Um die richtigen Interventionen herauszufiltern, kann folgende Frage helfen: „Welche Intervention ist am besten geeignet, bei diesem speziellen Problem dieser speziellen Familien zu diesem speziellen Zeitpunkt eine Veränderung zu bewirken und Heilung zu ermöglichen?“ (Wright/Leahey 2014, S. 308) Aus einer zuvor gestellten Hypothese ergibt sich eine Intervention, die zum zugehörigen festgestellten Problem passt, um etwas bei der Familie zu verändern. Bei der Auswahl der Interventionen, sollten die Stärken der Familie beachtet werden. Auf den Problemen, Hypothesen und Stärken der Familie basierend wird ein Interventionsplan erstellt (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 308-309).

Für die einzelnen Familiengespräche bieten Wright und Leahey einen Vordruck für die Dokumentation eines Gesprächsverlaufs an. Auf diesem werden die Hypothesen, der Zusammenhang zwischen Assessment und den Interventionen und der Verlauf der Arbeit mit der Familie festgehalten. Diese Dokumentation kann zusammen mit der Familie oder von der Familie getrennt erfolgen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 310).

Der Abschluss der Beziehung auf einem Schlussbericht dokumentiert, für den Wright und Leahey ebenfalls einen Vordruck anbieten. In diesem lässt sich die Arbeit zusammenfassend darstellen. Das Erstellen des Schlussberichts kann für die Familie und die Pflegende eine wichtige Erfahrung sein. Er bietet die Möglichkeit, den Pflegeprozess zu evaluieren. Für einen erfolgreichen Abschluss der Beziehung kann ein Brief an die Familie gesendet werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 312-313). Die Vordrucke zur Dokumentation des Schlussberichts und des Gesprächsverlaufs sind im Anhang zu finden.

Pflegende können mit Hilfe des Calgary Modells Probleme und Stärken der Familie zusammenfassen und sichtbar machen. Pflegende entscheiden dann mit der Familie, welche Probleme wichtig sind und bearbeitet werden müssen. Auf dieser Basis wird ein Interventionsplan erstellt. Alle Gesprächsverläufe werden

protokolliert und in einem Schlussbericht wird der Pflegeprozess zusammengefasst (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 316-317).

2.6 Anwendung des Calgary Modells in der Palliative Care

„Die familienzentrierte Pflege in der ambulanten Palliative Care gesteht Betroffenen und ihren Angehörigen Expertenstatus für ihre Situation zu und schätzt andere Professionen und Disziplinen als wichtige Partner. Damit wird die Voraussetzung geschaffen für eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den Menschen am Lebensende, den Angehörigen, den verschiedenen Fachpersonen und den freiwillig Helfenden.“ (Lütscher 2014, S.52) Um eine möglichst umfassende palliative Versorgung zu ermöglichen, sollten möglichst alle Behandelnden angeregt werden. Im multiprofessionellen Team, bestehend aus Neurologen, Hausärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und/oder Anderen, sollte sich miteinander ausgetauscht werden, da Palliative Care nur in diesem Ansatz gut gelingen kann (vgl. Woerdehoff 2014, S. 70).

Informelle Helfer sind für die palliative Betreuung, insbesondere wenn diese in der Häuslichkeit stattfindet, von besonderer Bedeutung. In der palliativen Versorgung übernehmen Angehörige aus verschiedenen Motiven Aufgaben in der Versorgung. Emotionale Reziprozität, materielle Reziprozität, soziale Verpflichtung, eine helfende Persönlichkeit sowie Freundschaft und Nächstenliebe können Menschen motivieren Pflege am Lebensende zu übernehmen (vgl. Pleschberger et al. 2014, S. 26-30). Hierbei können die Aufgaben, wie die Unterstützung im Alltag, das Klären von finanziellen Angelegenheiten, die Hilfe bei der Körperpflege, Koordinationstätigkeiten, 24-Stunden-Betreuung, die Sterbebegleitung und organisatorische Aufgaben nach dem Tod sehr umfassend sein (vgl. Pleschberger et al. 2014, S. 34-41). Auch Symptommanagement kann durch die Versorgung durch Angehörige übernommen werden. Zudem sind Angehörige für die emotionale Unterstützung von Bedeutung. Die Familie ist somit wichtig für das Gelingen der häuslichen palliativen Versorgung (vgl. Kreyer 2014, S. 308). Somit ist für schwerstkranke

Menschen im ambulanten Bereich deren Umgebung besonders entscheidend. In einzelnen Fällen kann ein Betroffener auch ohne die Unterstützung seiner Angehörigen bis ans Lebensende versorgt werden (vgl. Lütcher 2014, S. 4).

Die von Familienmitgliedern übernommenen Aufgaben können Belastungen für sie darstellen, die körperlich, psychisch und/oder sozial die Gesundheit eines Menschen gefährden. Eine umfassende Auseinandersetzung damit, wie sich die Lebenssituation der Familie darstellt, kann die Grundlage für eine gezielte Unterstützung der Familie bieten (vgl. Kreyer 2014, S. 308).

Vor während und nach dem Sterben der betroffenen Person gilt es, die Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen zu berücksichtigen (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 117). Pflegende Angehörige wünschen sich von Pflegefachpersonen Unterstützung in verschiedener Hinsicht. Sie wünschen sich Informationen und Aufklärung zur Versorgungssituation sowie emotionale Begleitung. Angehörige erwarten bei der Behandlung der Symptome von dem erkrankten Familienmitglied Unterstützung vom Pflegepersonal (vgl. Gfeller/Küng 2016, S. 27). Zudem sollten Pflegefachpersonen eine angepasste Sprache in der Kommunikation verwenden und eine sensible sowie einfühlsame Art haben. Auf eine Kontinuität im Betreuungsteam wird von der Familie ebenfalls Wert gelegt (vgl. Gfeller/Küng 2016, S. 28-29).

Die Pflegefachperson kann diese Wünsche der Angehörigen am besten aufgreifen, wenn sie die individuellen Ressourcen, das Selbstverständnis der erkrankten Person und seines psychosozialen Umfeldes in Erfahrung bringt. So werden die Neuorientierung der Familiensituation und die Wahrung der Würde des betroffenen Menschen möglich. Zum ganzheitlichen Verständnis der Palliative Care gehört die Berücksichtigung dieser Aspekte (vgl. Woerdehoff 2014, S. 71).

Im Assessment nach dem Calgary Modell können durch das narrative Erzählen der Familie subjektive Belastungen erfasst werden. Pflegende können dadurch einschätzen, ob fachliche Informationen zur Krankheit, Anleitung, praktische Entlastungsmöglichkeiten oder die Anerkennung der Leistung der pflegenden

Angehörigen für die Unterstützung der Familie förderlich sind und sie somit entlasten können (vgl. Lütcher 2014, S. 30).

Die Palliative Care-Kräfte sind gefordert, die speziellen Bedürfnisse der Familie zu erkennen und geeignete Unterstützung anbieten zu können. Hierzu benötigen die Mitarbeitenden vertieftes Wissen (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 5). Von den Fachpersonen der Palliative Care werden fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich spezifischer Aufgaben der Versorgung am Lebensende verlangt. Zusätzlich sollten sie aber auch über Kompetenzen verfügen, um die Begleitung der gesamten Familie sicherzustellen (vgl. Lütcher 2014, S. 4).

Durch das Assessment mit dem Calgary Modell erhalten Pflegende in der palliativen Versorgungssituation einen Einblick in die Organisation der Familie und sie erfahren deren Wissensstand zur Krankheit. Innerhalb der Familie schafft das Gespräch mit der Pflegenden für die einzelnen Familienmitglieder Verständnis für die verschiedenen Perspektiven, Sorgen und Wünsche (vgl. Lütcher 2014, S.23-24).

Durch die grafische Darstellung des Assessments mit dem Geno- und Ökogramm lässt sich das Wohlbefinden der Familie fördern. Betroffene und Angehörige fühlen sich verstanden und ernst genommen. Die grafische Darstellung fördert jedoch auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es lässt sich feststellen, welche Unterstützung die Familie im Moment braucht. So ist das Assessment die gemeinsame Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Pflorgeteam und Familie (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 9).

Der Prozess dem die Palliative Care folgt, ist mit der familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey gut vereinbar. In dem Erstkontakt, der meist telefonisch hergestellt wird, wird besprochen welche Familienmitglieder an einem ersten Treffen teilnehmen, wo das Treffen stattfindet und wann. Bei dem ersten Kontakt und nach der Vorstellung der Pflegefachperson wird der Bedarf durch ein Assessmentgespräch mit dem Geno- und Ökogramm ermittelt. Innerhalb eines Reflecting Teams werden dann Hypothesen erstellt. Im Anschluss hieran werden mit der Familie Interventionen erarbeitet, welche durchgeführt werden. Der Tod

der betroffenen Person gibt meist den Zeitpunkt für den Abschluss der Beziehung vor. Durch die 24-Stunden-Rufbereitschaft kann die Familie, wenn dies erwünscht ist, von der Pflegefachperson während der Sterbestunden unterstützt werden. Den Abschluss der Versorgung kann ein letzter Besuch der Familie darstellen, bei dem letzte Fragen gestellt und beantwortet werden. Dieser letzte Besuch sollte nach der Hektik und bei Einkehr von Ruhe in den Alltag erfolgen (vgl. Lütcher 2014, S. 70-74).

Es ist festzustellen, dass das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege besonders geeignet für den Kontext der palliativen Versorgung ist. Da der Sterbeprozess für die Familie eine sehr intime Erfahrung ist, ist es besonders wichtig, eine tragfähige Beziehung zwischen der Familie mit der betroffenen Person und dem Pflorgeteam aufzubauen.

2.7 Notwendige Kompetenzen der Pflegefachkraft

Für die Anwendung familienzentrierter Pflege im Kontext palliativer Versorgung und insbesondere für die Verwendung des Calgary Modells bedarf es bestimmter Kompetenzen, die Pflegende mit sich bringen sollten. Diese werden im Folgenden näher betrachtet.

Durch den Kontakt zu unterschiedlichen Bereichen gestaltet sich die Arbeit von Pflegefachkräften sehr vielfältig. Sie haben direkten Kontakt zur betreuten Person, zu den Angehörigen, zum interprofessionellen Versorgungsteam und zur Umwelt der betreuten Person. Im direkten Kontakt mit der betreuten Person ist die Pflegefachkraft Ansprechpartnerin für gesundheits- und krankheitsbezogenes Erleben. Sie soll die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der betreuten Person stärken und sie Mitverantwortung für präventive Aufgaben tragen lassen. Zudem sichert die Pflegefachkraft die Ernährung, die Körperpflege und die Kommunikation ab. Sie ist die Ansprechpartnerin für aktuelle Sorgen und in einem gewissen Rahmen für das biografische Erleben. Im Kontakt mit den Angehörigen ist es die Aufgabe der Pflegefachkraft Bedarfe, Grenzen und Verantwortungen im Sinne der betreuten

Person zu klären. Sie hat die Möglichkeit die Angehörigen zu begleiten und mit ihnen die Versorgung abzustimmen. Zudem sollte die Pflegefachkraft die Kommunikation fördern und effektivieren. Im Kontakt mit dem interprofessionellen Versorgungsteam ist es die Aufgabe der Pflege die betreute Person zu stärken und zu vertreten. Bedarfe, Grenzen und Verantwortungen sollte die Pflegefachkraft im Sinne der betreuten Person klären. Zusätzlich sollte sie die Möglichkeiten der Begleitung und Versorgung im interprofessionellen Versorgungsteam abstimmen sowie die Therapien begleiten. Hinzu kommt, dass die Pflegefachkraft die Tätigkeit übernehmen sollte, die Kommunikation zwischen der betreuten Person und anderen Professionen zu fördern und zu effektivieren. Die Pflegefachkraft sollte auf die Umwelt der betreuten Person Einfluss nehmen, indem sie gegebenenfalls unterstützende oder vertretende Kommunikation mit Angehörigen, Ämtern oder ähnlichem übernimmt. Zudem sollte sie Unterstützungsbedarfe an andere Berufs- oder Personengruppen weiterleiten. Die Pflegefachkraft kann für die betreute Person eine Verbindung zur Außenwelt sein, indem sie über Tagesgeschehen berichtet und Zugang zu beispielsweise Selbsthilfegruppen verschafft (vgl. Rohde 2018a, S. 242).

Die Pflegefachkraft mit prozessverantwortlichen Aufgaben sollte über Kompetenzen in der familienzentrierten Pflege verfügen (vgl. Naef 2015, S. 37). Die Orientierung auf die Familie kann jedoch nur ein Aspekt des pflegerischen Handelns sein. Die Familie sollte von den jeweiligen Pflegenden mit wissenschaftsorientierten und erfahrungsorientierten Erkenntnissen und Herangehensweisen in Bezug gesetzt werden. Die Pflegenden entscheiden mit, inwieweit Familienmitglieder einbezogen werden, da sie den Pflegeprozess aktiv gestalten (vgl. Rohde 2018b, S. 260).

Zur Durchführung einer familienzentrierten Pflege bedarf es spezifischen Wissens der Pflegefachkraft. Das Stellen von systematischen Fragen und eine zielgerichtete Gesprächsführung stellen dabei wesentliche Kompetenzen für Pflegenden dar. Für das Assessment verwendete Instrumente müssen verstanden und angewandt werden können. Zudem sollten sie Hypothesen aus dem

Assessmentgespräch ableiten und daraus resultierende Interventionen festlegen können (vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S.125-126).

Wright und Leahey identifizierten drei Arten von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die jede Phase des Familienkontaktes (Aufbau der Beziehung, Assessment, Interventionen, Abschluss der Beziehung) kennzeichnen: perzeptive, konzeptuelle und exekutive (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 188). Unter perzeptiven Fähigkeiten und Fertigkeiten werden wahrnehmende Kenntnisse verstanden. Pflegende sollten sich demnach durch das Vermögen auszeichnen, relevante Beobachtungen zu machen, die von Faktoren wie Alter, Kultur, Ethnie, Gender, sexueller Orientierung und sozialer Schicht beeinflusst werden. In einem Familiengespräch müssen Pflegende verschiedene Interaktionen und Beziehungen gleichzeitig beobachten, weshalb sich die Kompetenzen der familienzentriert Pflegenden in diesem Punkt stark von denen der Pflegenden einer Einzelperson unterscheiden. Konzeptuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten meinen das Vermögen den gemachten Beobachtungen eine Bedeutung zuzuschreiben und diese auf die Familie als System zu formulieren. Die den Beobachtungen zugeschriebenen Bedeutungen sollten jedoch nicht als die einzige Wahrheit über die Familie gesehen werden. Die Bedeutungen stellen einen Versuch dar, die Beobachtungen zu verstehen. Wright und Leahey glauben, dass Neueinsteiger in der Pflege über perzeptive sowie über konzeptuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, diese jedoch lediglich intuitiv angewandt werden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 189). In der Ausbildung der familienzentriert Pflegenden, hat die Entwicklung von perzeptiven und konzeptuellen Fähig- und Fertigkeiten höchste Priorität, da diese die Grundlagen für die exekutiven Fähigkeiten und Fertigkeiten bilden (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 190). Die exekutiven Fähigkeiten und Fertigkeiten sind die wahrnehmbaren pflegerischen Interventionen. Diese Interventionen finden während des Gesprächs mit der Familie statt (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 189). Ziel dieser Interventionen ist es, Reaktionen der Familienmitglieder hervorzurufen, welche die Grundlage für weitere Beobachtungen und Konzeptualisierungen bilden. Dieses zirkuläre Phänomen zwischen Pflegenden und Familie stellt ein pflegetherapeutisches Gespräch dar, welches nachhaltige Veränderungen in der

Familie hervorrufen soll. Die Auswahl der Interventionen ist von Fachkompetenz und Erfahrungswissen abhängig (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 190).

Pflegende sollten ein vertieftes Wissen für die Bedürfnisse der Familie haben, um diese erfassen und nachvollziehen zu können. Diese Eigenschaft ist für die Unterstützung von Familien von besonderer Bedeutung (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 5). In ihrem Buch beschreiben Wright und Leahey die Pflegenden der familienzentrierten Pflege als „Neun-Sterne-Family Nurse“. Der „Neun-Sterne-Family Nurse“ wohnen verschiedene Rollen inne, die sie je nach den Bedürfnissen der Familie einnehmen sollte. Die Rollen sind vielfältig und stecken einen großen Kompetenzbereich ab:

- Gesundheitsförderin
- Anbieterin von verschiedenen Leistungen und Supervisorin
- Fürsprecherin der Familie
- Epidemiologin
- Forscherin
- Managerin und Koordinatorin
- Beraterin (counselor)
- Beraterin (consultant)
- Beraterin für Wohnraumanpassung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 186).

In dem Buch von Wright und Leahey verwendet die Herausgeberin des deutschsprachigen Raumes die weibliche Form. Es ist davon auszugehen, dass auch männliche oder diverse Personen diese Eigenschaften als „Neun-Sterne-Family Nurse“ benötigen. In der folgenden Tabelle werden in Anlehnung an Preusse-Bleuler als Herausgeberin ebenfalls die weiblichen Formen verwendet.

Rolle	Aufgaben
Gesundheitsförderin	Beratung von Familien zum Thema Gesundheit und Krankheit und Bereitstellen gesundheitsbezogener Informationen
Anbieterin von pflegerischen Leistungen und Supervisorin	direkte Pflege und Überwachung der Pflege anderer (z.B. Familienmitglieder, Pflegeassistenten)
Fürsprecherin der Familie	Unterstützung von Familien und Vertretung derer Interessen (z.B. bei Themen wie Sicherheit und Zugang von Diensten)
Epidemiologin	Entdeckung und Beobachtung von Krankheiten sowie deren Überwachung und Kontrolle
Forscherin	Problemidentifikation und Suche nach Antworten und Lösungen durch wissenschaftliche Untersuchungen (alleine oder mit anderen)
Managerin und Koordinatorin	Verbesserung des Zugangs zu pflegerischen Leistungen durch Management, Kooperation und Kontaktaufnahme zu Familienmitgliedern, Sozial- und Gesundheitsdiensten u.A.
Beraterin (counselor)	Übernehmen einer therapeutischen Rolle durch Problembewältigung und Ressourcenaufdeckung
Beraterin (consultant)	Beratung von Familien und Einrichtungen zum Zugang finden und zum Nutzen von Ressourcen
Beraterin für Wohnraumanpassung	Veränderung der häuslichen Umgebung für verbesserte Mobilität und Versorgung

Tabelle 2 Eigene Tabelle der Rollen und damit verbundene Aufgaben der „Neun-Sterne-Family Nurse“ nach Wright und Leahey 2014, S. 186

Zur Aufdeckung gesundheitsbezogener Risiken, Probleme oder Bedürfnisse übt die „Neun-Sterne-Family Nurse“ mehrere dieser Rollen aus. Sie versucht die Situation zu verändern, indem sie partnerschaftlich mit den verschiedenen Netzwerkakteuren zusammenarbeitet. Spezifische Kernkompetenzen für die

familienzentrierte Pflege festzulegen stellt sich als schwierig dar, da eine konkrete Abgrenzung allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten zur Versorgung von Klienten schwer von den spezifischen und hoch entwickelten Kompetenzen der Familienpflege nur schwer möglich ist (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 186). Die familienzentrierte Pflege sollte auch im Kontext des Versorgungsbereiches gesehen werden, in dem sie Anwendung findet. Im Bereich der Palliative Care gibt es explizite Kernkompetenzen, die Pflegende mitbringen sollten. Somit wird das erforderliche „Know-how“ noch umfangreicher.

In der Palliativmedizin existiert eine Leitlinie, welche durch den Lenkungsausschuss des Leitlinienprogramms Onkologie beschlossen und vorgegeben wurde. Diese Leitlinie identifiziert sieben Themenbereiche als evidenzbasiert relevant:

1. Versorgungsstrukturen,
2. Kommunikation,
3. Dyspnoe,
4. Obstipation,
5. Schmerz,
6. Depression und
7. Sterbephasen (vgl. Stiel 2015, S. 29).

Diese sieben Themenbereiche sind nicht nur Bestandteil der Palliativmedizin, sondern auch von größter Bedeutung in der Palliative Care. Pflegende sollten diese Bereiche in den Fokus ihrer Betrachtung setzen und Kompetenzen im Umgang mit diesen mitbringen. Erkennbar ist, dass die Pflegenden im Pflegeprozess in der palliativen Versorgung ein großes Aufgabenspektrum haben und damit alleine in diesem Versorgungsbereich umfangreiche Kompetenzen erforderlich sind.

Für die Anwendung wissenschaftlicher Grundlagen und Methoden bilden Studiengänge die Grundlage, da Absolventen sich wissenschaftsbasierte Interventionen erarbeiten und diese gezielt evaluieren können. So können Studienabgänger und Studienabgängerinnen Forschungsergebnisse für die Praxis aufarbeiten und verwenden (vgl. Rhode 2018b, S. 260).

Familienbezogene Pflege in den Lehrplänen pflegerischer Studiengänge ermöglicht ein familienorientiertes und systematisches Denken, um den Empfangenden der Pflege und deren Familien sensibilisiert zu begegnen (vgl. Rohde 2018b, 261).

2.8 Studiengänge und strukturelle Bedingungen für familienzentrierte Pflege in Deutschland

Betrachtet man die Rahmenbedingungen für die Palliative Care in Deutschland, kann festgestellt werden, ob auch die Bedingungen ausreichen, um das Calgary Modell in Deutschland zu etablieren. Die Palliative Care gliedert sich in mehrere Versorgungsformen. Die Versorgung durch:

- ambulante Hospizdienste sowie die Versorgung durch stationäre Hospize, Tageshospize und Kinderhospize,
- Krankenhäuser und Palliativstationen,
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen,
- ambulante allgemeine Palliativpflege (AAPV),
- spezialisierte ambulante Palliativpflege (SAPV) (vgl. AOK Nordost a (ohne Jahr)).

Hospizgruppen und ambulante Hospizdienste schließen sich aus Initiativen und Gruppen von ehrenamtlichen Personen zusammen, mit dem Ziel sowohl schwer kranke und sterbende Menschen als auch ihre Angehörigen zu begleiten. Sie betreuen alle Altersgruppen zu Hause, im Krankenhaus und in stationären Einrichtungen. Die ambulanten Hospizdienste richten sich nach den allgemeinen Leitlinien der Hospizarbeit und deren Begleitung ist kostenfrei und erfolgt unabhängig von Konfession, Alter und Erkrankung. Ehrenamtliche begleiten die Erkrankten und unterstützen deren Angehörige. Sie sind lediglich als Begleiter gedacht und ersetzen weder Pflegepersonal noch die Zuwendung der Angehörigen und Freunde (vgl. Seeger 2018a, S. 129). Hospizgruppen arbeiten ehrenamtlich. Ihre Kosten werden durch Spenden und Zuschüsse gedeckt.

Hierbei entstehen den Angehörigen und Erkrankten keine Kosten (vgl. Seeger 2018a, S. 131). Stationäre Hospize bieten wiederum die Möglichkeit den Kranken in einer heimischen Atmosphäre stationär zu unterstützen. Ihnen stehen ausgebildetes Pflegepersonal, Ärzte und Ehrenamtliche rund um die Uhr zur Verfügung. Fast alle stationären Hospize bieten neben Physiotherapie andere therapeutische Maßnahmen, wie zum Beispiel Atem- und Musiktherapie, Homöopathie, Aromatherapie u.v.m. (vgl. Kränzle 2018c, S. 135-136). Ein Tageshospiz bietet die Möglichkeit, den Palliativpatienten über den Tag an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen. Hierbei können schwerkranke Menschen von einem Fahrdienst begleitet werden. Das Angebot der Tageshospize besteht sowohl an einzelnen, als auch an mehreren Tagen. Das Tageshospiz ist häufig an ein stationäres Hospiz gebunden. Beide Unterkünfte können jedoch getrennt genutzt werden. Die Finanzierung erfolgt hier ebenfalls über Spenden und sonstige Zuwendungen (vgl. Seeger 2018b, S. 138-139). 1990 wurde in Deutschland der erste Hospizverein für Kinder gegründet. Das Hauptaugenmerk der Kinderhospizarbeit ist die Begleitung der Eltern und Geschwister zu Hause (vgl. Schmid 2018b, S. 139). Stationäre Kinderhospize bieten „Respite-Care“ an. Das bedeutet, dass Eltern und Geschwisterkinder durch die Übernahme der Pflege des kranken Kindes entlastet werden. Im Krankenhaus wird dem Schwerstkranken eine palliativmedizinische, ganzheitlich Behandlung angeboten. In der stationären Einrichtung wird die ganzheitliche Versorgung von professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern ausgeführt. Palliativpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt meist durch ein SAPV-Team oder zusammen mit der Betreuung von ambulanten Hospizdiensten (vgl. AOK Nordost a (ohne Jahr)). Seit dem Pflegeversicherungsgesetz aus dem Jahr 1995, wurde es möglich, dass Menschen trotz ihrer Erkrankung zu Hause leben können und durch professionelle Pflegekräfte pflegerisch unterstützt werden. Somit wurde der Weg geebnet für Palliativpatienten zu Hause zu sterben. Für die Versorgung zu Hause gibt es mehrere Formen, den schwerstkranken Menschen und deren Angehörigen zu versorgen und zu unterstützen. Die Hospizdienste dienen der Entlastung, sind jedoch nicht zu vergleichen mit professionelle Pflegekräften, die die Erkrankten bei den täglichen

Verrichtungen unterstützen. Die ambulante, allgemeine Palliativversorgung (AAPV) hat das Ziel einen fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Behandlung von sterbenden Patienten zu gewährleisten. Diese Leistungen sollen durch ambulante Dienstleister übernommen werden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterscheidet sich von der AAPV in der Form, dass spezielle Palliative-Care-Teams ergänzend in die ambulante Pflege eingebunden werden. Sie betreuen Palliativpatienten, mit einem besonders schwierigem Versorgungsbedarf und deren Angehörige. Hierbei beraten und schulen sie gleichzeitig die involvierte Pflegeperson (vgl. Schmid 2018c, S.141). Das Team von SAPV besteht aus speziell ausgebildeten Ärzten, speziell ausgebildeten Pflegekräften und anderen Mitgliedern, wie zum Beispiel Physio- und Ergotherapeuten, die im interprofessionellen Team zusammenarbeiten. Das Team ist 24 Stunden und 7 Tage die Woche erreichbar. Die Leistungen der SAPV können nur von Pflegekräften und Ärzten abgerechnet werden, wenn diese eine Palliative Care-Weiterbildung besitzen (vgl. AOK Nordost a (ohne Jahr)).

All diese Leistungen können erst seit kurzem in Anspruch genommen werden. Jedoch holt die Palliativpflege, durch den rasant wachsenden Bedarf, immer schneller auf. 2002 wurde § 39 a SGB V durch den 2. Absatz ergänzt. Gemäß Absatz 2, muss die Krankenkasse die ambulante Hospizarbeit bezuschussen, um eine psychosoziale Begleitung der Schwerkranken durch Freiwillige sicherzustellen. Durch die Gesundheitsreform vom 01.04.2007 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat jeder Versicherte das Recht auf SAPV. 2008 brachten die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung von SAPV heraus. Im selben Jahr beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss seine Richtlinien für SAPV. 2013 wurden erstmalig ärztliche Leistungen der AAPV aufgenommen, sodass diese nun abgerechnet werden können, wenn nicht eine SAPV Vollversorgung verordnet ist. (vgl. Schmid 2018c, 141-142) Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 soll die ambulante Palliativversorgung zukünftig, durch die Einführung zusätzlich vergüteter Leistungen, verbessern. Diese Leistungen sollen zunächst von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Zudem sieht das Gesetz eine bessere Förderung für die SAPV in ländlichen Gebieten vor. Stationäre Hospize

sollen mehr Gelder zur Verfügung gestellt bekommen, um ihre Versorgung zu stärken. Um sich über die entsprechend richtige Versorgungsform informieren zu können, sollen die Betroffenen und Angehörigen einen leichteren Zugang zu Beratungs- und Hilfestellen bekommen. Durch die neuen Gesetze und die immer wiederkehrenden Reformationen, soll die Palliativversorgung ein Teil der Regelversorgung werden (vgl. PalliativPortal (ohne Jahr)).

Die verschiedenen Versorgungsformen von Palliative Care wurden kurz dargestellt. Alle sind durch Gesetze geregelt. Die Versorgung von Schwerstkranken kann durch die Versorgungsformen immer individueller gestaltet werden, sodass auf ihre und die Wünsche der Angehörigen eingegangen werden kann. Da immer mehr Leistungen von Palliative Care, insbesondere im häuslichen Bereich, vergütet werden sollen, hätte man die Möglichkeit ein neues Assessment für die familienzentrierte Pflege einzuführen.

Im Rahmen der Masterthesis wollten wir recherchieren, wie die familienzentrierte Pflege in anderen Ländern Europas vergütet wird und ob es gesetzliche Rahmenbedingungen gibt. Die Recherche ergab keine Ergebnisse. Es konnte nicht herausgefunden werden, unter welchen Bedingungen die familienzentrierte Pflege und das Calgary umgesetzt werden.

Seit 2017 wird das Projekt „Community Health Nursing“ durch die Agnes-Karll-Gesellschaft in Kooperation mit dem DBfK und mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführt. In der ersten Phase des Projektes „Community Health Nursing“ wurde ein Konzept für das Aufgaben- und Leistungsprofil von Community Health Nurses in Deutschland entwickelt (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft 2018, S. 4).

In der zweiten Phase wurden Qualifikationsanforderungen abgeleitet und eine Erfassung bestehender Bildungsangebote zu Community Health Nursing vorgenommen. Die Sichtung hat gezeigt, dass die in Deutschland vorhandenen hochschulischen Qualifizierungsmöglichkeiten zur Community Health Nurse noch weiterentwickelt werden müssen, weil sie noch nicht alle Voraussetzungen einer familienzentrierten Pflege erfüllen. Durch den Einsatz von Community

Health Nurses kommt es zu einer Erweiterung der Leistungen in der Primärversorgung und zu einer Aufgabenumverteilung. Diese Erweiterung soll z.B. zur Entlastung der Ärzte beitragen (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft 2018, S. 4). In Skandinavien, England, den USA und Kanada werden die Community Health Nurses in der gesundheitlichen Primärversorgung eingesetzt. Es handelt sich um Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung erste Ansprechpartner sind (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft 2018, S. 6). Weitere Kernaufgaben der Community Health Nurse sind die erweiterte Gesundheitsförderung, Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen, eigenverantwortliche Behandlungen von z.B. Erkältungskrankheiten, Monitoring und Management von chronischen Erkrankungen, Selbstmanagement der Patienten durch Beratung und Anleitung sowie die integrierte Versorgung durch Kooperation vom ambulanten und stationären Sektor (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft 2018, S. 13). Die Community Health Nurse erwirbt in den Studiengängen Kompetenzen in den Bereichen:

- Behandlung und Medikamentenmanagement
- Triagieren
- Körperliche Untersuchungen
- Assessment und Epidemiologie
- Systemische Betrachtung
- Strategisches Vorgehen
- Ressourcen und Risiken erkennen
- Technologien
- Qualitätsmanagement
- Kommunikation und Beratung
- Anwendung Community-Health geprägter Konzepte
- Mitgestaltung kommunaler Gesundheitspolitik
- Erkennen von Grenzen und Handlungsspielräumen (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft 2018, S. 19-20).

Ab 2020 können die Pflegefachpersonen Community Health Nursing (CHN) als Masterstudiengang an der philosophisch-theologische Hochschule Vallendar,

katholische Stiftungshochschule München und an der Universität Witten/Herdecke studieren (vgl. DBfK (ohne Jahr a)).

Es wurde kurz darauf eingegangen, wie der Studiengang der Community Health Nurse aufgebaut ist und welche Kompetenzen gefördert werden soll. In diesem Studiengang wird mehr Bezug auf die Primärversorgung und einen großen Wert auf Public Health gelegt. Bezug zu familienpflegerischen Konzepten, wie z. B. das Calgary Modell, findet man bisher jedoch nicht.

Deutschland zeigt zurzeit keine Bestrebungen den Rahmen für die familienzentrierte Pflege zu schaffen. Lediglich vom DBfK in Berlin gibt es eine umfassende Weiterbildung in diesem Bereich. Von 2005 bis 2008 wurde vom DBfK ein Pilotprojekt zur Praktikabilität der Familiengesundheitspflege in Deutschland durchgeführt. Das Pilotprojekt orientierte sich hierbei an dem Curriculum der Family Health Nurse der WHO und an die deutschen Versorgungsstrukturen. Daraus resultierte eine zweijährige Weiterbildung, die die familienzentrierte Pflege thematisierte. Die Weiterbildung dauert von 2005 bis 2007 und wurde bundesweit an zwei Instituten, zum einen in Essen und anderen in München vorgenommen. Das Pilotprojekt wurde von der Robert-Bosch-Stiftung und von dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die Studie wurde als Longitudinalstudie mit mehrmaligen Befragungen aller Beteiligten ausgelegt (vgl. Eberl/ Schnepf 2008, S. 2-3).

In der ersten Untersuchungsphase wurde evaluiert, ob das Curriculum und die Weiterbildung an den Bedarf und die Gegebenheiten der deutschen Gesundheitsversorgung passen. In der zweiten Phase wurden die möglichen Auswirkungen und der Verbleib der Absolventen analysiert und bewertet. Die erste Phase belegte, dass das Curriculum angepasst wurde. Die zweite Phase bestätigte, dass ein Bedarf für das Handlungsfeld der familienzentrierten Pflege vorhanden ist (vgl. Eberl/ Schnepf 2008, S. 2-3). Nach der Definition der WHO kann die Family Health Nurse „dem einzelnen Menschen und ganzen Familien helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zurechtzukommen, indem sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Zuhause der Patienten und mit deren Familie verbringt.“ „... Sie

können die gesundheitlichen Probleme der Familie schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden.“ Sie können „die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, ... als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.“ (WHO 1999, S. 169-170 in Eberl/Schnepf 2008, S. 9)

Im Abschlussbericht ist umfassend dargestellt, in welchem Modul, welche Inhalte und bei welchem Weiterbildungsinstitut gelehrt wurden. Modul 3 „Arbeit mit Familien“ beinhaltet im Weiterbildungsinstitut Essen Inhalte, in denen das Calgary Assessment von Wright und Leahey sowie die dazu gehörigen Assessmentinstrumente behandelt werden (vgl. Eberl/ Schnepf 2008, S. 56).

Die Schlussbetrachtung des Projektes ergibt, dass das Curriculum und die Weiterbildung einen Bedarf in Deutschland decken würde (vgl. Eberl/ Schnepf 2008, S. 160). Daraus folgte eine zweijährige Weiterbildung, die aus einem theoretischen und praktischen Teil besteht. Die Weiterbildung ist berufsbegleitend angelegt und der theoretische Teil umfasst 720 Stunden mit acht Modulen und der praktische Teil umfasst 120 Stunden, der in einer übergeordneten Einrichtung des Gesundheitswesens und in einer Gesundheitsberatungsstellen absolviert werden muss. Weitere 720 Stunden sind als Selbststudium eingeplant. Die Weiterbildung wird vom DBfK angeboten und findet in Berlin statt (vgl. DBfK (ohne Jahr b)).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Pflege in Deutschland dem Thema „Familienzentrierte Pflege“ bisher zu wenig gewidmet hat. Auch der neue Masterstudiengang „Community Health Nurse“ scheint sich anderen Themen mehr zu widmen. Studien zum Thema „Familienzentrierte Pflege“ und deren Ergebnisse werden im Punkt 2.9 weiter erläutert.

2.9 Studienlage

Dieses Kapitel widmet sich der Beschreibung von Studien, die es derzeit zur Thematik der familienzentrierten Pflege im deutschsprachigen Raum gibt. Innerhalb Deutschlands gibt es nur sehr wenige Studien zu dieser Thematik, weshalb auch Erkenntnisse aus anderen deutschsprachigen Ländern herangezogen werden.

Das Ostschweizer Kinderspital führte auf Basis der Bezugspflege und Nanda-gestützten Pflegediagnosen die Arbeit mit dem Geno-/ Ökogramm ein (vgl. Buschor/Schwizer 2008, S. 22). Es wurden hierzu hausinterne Weiterbildungen zum Thema familienzentrierte Pflege und zum Erstellen des Geno-/ Ökogramms gegeben. Zusätzlich wurden Fallbesprechungen durchgeführt, welche sich als nützlich zur Erkennung und zum Nutzen von Ressourcen der Familie herausstellten. Sie stellen ebenfalls eine Möglichkeit dar, das pflegerische Handeln zu reflektieren (vgl. Buschor/Schwizer 2008, S. 23). Die Arbeit mit dem Geno-/ Ökogramm stellte sich als gut umsetzbar heraus. Es konnte festgestellt werden, dass Informationen zu Ressourcen, Problemen und zum Unterstützungsbedarf der Familie schnell erfasst werden können. Ein erhöhter Zeitaufwand durch die Arbeit mit dem Geno-/ Ökogramm konnte nicht bestätigt werden. Insgesamt konnte der Beziehungsaufbau zu den Familien verbessert werden (vgl. Buschor/Schwizer 2008, S. 24).

Anhand eines Fallbeispiels aus dem HIV-Bereich stellen Unger und Spirig das Konzept des Calgary Modells dar. Sie verzichteten auf eine systematische Literaturübersicht und fokussierten sich auf relevante Literatur und die Fallgeschichte. Mittels dieser Vorgehensweisen wurde die Evidenz im Kontext des Fallbeispiels analysiert (vgl. Unger et al. 2006, S. 20). Für dieses Fallbeispiel stellte sich das Calgary Modell als praktikabel und effizient heraus, dessen Systematik die Versorgung trotzdem individuell bleiben ließ. Unger und Spirig stellten fest, dass palliative Pflege häufig Familienpflege bedeutet (vgl. Unger et al. 2006, S. 22-23).

Spirig arbeitete in einer anderen Fallstudie zu einem späteren Zeitpunkt zum Thema Calgary Modell ebenfalls mit. Ries-Gisler und Spirig aus dem Institut für klinische Pflegewissenschaft in Zürich führten eine instrumentelle Fallstudie durch. In dem Artikel „Und plötzlich habe ich einen Tumor“ wird die Situation von Frau S. und ihrer Familie vorgestellt, die nach dem Calgary Modell versorgt wurden. Es wurde sich für die Studie die Frage nach der gewünschten Unterstützung in der palliativen Betreuung und über den Tod hinaus gestellt. Zusätzlich fragten sich die Autorinnen, welche die wichtigen Elemente eines würdigen Sterbeprozesses sind. Die Fragen wurden ausschließlich auf das Fallbeispiel bezogen (vgl. Ries-Gisler 2014, S. 118). Es konnte festgestellt werden, dass Interventionen den kognitiven und emotionalen Bereich fokussierten. Im Ergebnis wurde weiterhin festgehalten, dass Pflegende durch ein Familienpflegemodell systematisch geleitet bei der Versorgung der Familie vorgehen (vgl. Ries-Gisler 2014, S. 117). In der Fallstudie eigneten sich die Instrumente des Calgary Modells zur Anwendung in der Praxis für die familienzentrierte Pflege (vgl. Ries-Gisler 2014, S. 126).

Unter Begleitung von Barbara Preusse führte Lütcher 2014 ein Projekt durch, in welchem die familienzentrierte Pflege in der SPITEX Region Thun in der Schweiz eingeführt und umgesetzt wurde. Lütcher hielt die Ergebnisse im Bericht „FAMILIENZENTRIERT PFLEGEN IM AMBULANTEN PALLIATIVE CARE TEAM“ fest. Es stellte sich heraus, dass in der Palliative Care die implementierten Instrumente der familienzentrierten Pflege verwendet wurden. Laut Einschätzungen der Teammitglieder konnten unnötige Rehospitalisationen vermieden werden. Zusätzlich wurde der Stellenwert der Familien als Ganzes im Pflegeprozess durch die Pflegefachpersonen als wichtiger eingeschätzt und die Arbeitszufriedenheit wurde erhöht (vgl. Lütcher et al. 2014, S. 78).

Zimansky et al. stellten erstmals Ergebnisse aus einem Modellversuch mit familienzentrierter Pflege in der Onkologie in Deutschland in dem Artikel „Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie“ vor. Dieser erschien 2018 und ist somit sehr aktuell. In diesem Projekt sollte der Implementierungsprozess systematisch erfasst, hemmende und

fördernde Faktoren aufgedeckt sowie die Übertragbarkeit auf andere onkologische Stationen herausgefunden werden. Durch Gruppeninterviews mit Pflegekräften, Interviews mit anderen Mitgliedern des Behandlungsteams und durch Beobachtungen familienbezogener Fallbesprechungen wurde der Prozess der Implementierung überprüft (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 331). Es konnten folgende Ergebnisse festgehalten werden:

Familienzentrierte Pflege konnte in einer modifizierten Form implementiert werden. Hemmende Faktoren für die vollständige Implementierung der familienzentrierten Pflege stellten fehlende professionelle Beratungskompetenzen der Pflegekräfte, Organisationsprinzipien der Bereichspflege und Zeitmangel dar (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 331).

Der Beziehungsaufbau mit der Familie konnte durch die familienzentrierte Pflege verbessert werden. Es ließen sich durch Beratungsgespräche Bedarfe der gesamten Familie ermitteln (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 336).

Aus dem Projekt geht hervor, dass die Implementierung der familienzentrierten Pflege auf anderen onkologischen Stationen unter veränderten Vorbedingungen empfohlen wird (vgl. Zimansky et al. 2018, S. 331).

Kreyer und Pleschberger aus dem Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie stellten Ergebnisse ihrer Studie „«Um Normalität in einer instabilen Situation ringen» - Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause – eine Metasynthese“ vor. Aus diesen ging hervor, dass die Familie als System im Umgang mit der Gesundheitssituation gestärkt werden sollen und Wissen, Kompetenzen und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten erhalten. Diese sollen Selbstmanagementaktivitäten der Familie fördern (vgl. Kreyer/Pleschberger 2014, S. 321).

Es wurden sechs Selbstmanagementstrategien der Familie identifiziert: das Anerkennen der Situation, die Restrukturierung des Alltags, die Aufrechterhaltung der Balance in den familiären Beziehungen, die Übernahme von Verantwortung, das Nutzen sozialer Unterstützung und der Erwerb von Kompetenzen für Pflege und Betreuung. Diese Selbstmanagementstrategien

stellen wertvolle Ansätze für die Unterstützung von Angehörigen in der palliativen Versorgungssituation dar (vgl. Kreyer/Pleschberger 2014, S. 307). Diese sollten in der familienzentrierten Pflege von Familien in der palliativen Versorgungssituation berücksichtigt werden.

Es folgen die wichtigsten Studienergebnisse in tabellarischer Darstellung:

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4
Titel	Palliative Pflege bedeutet häufig Familienpflege. Darstellung des Konzeptes Familienpflege anhand eines Fallbeispiels aus dem HIV-Bereich.	„Und plötzlich habe ich einen Tumor“ - die Situation von Frau S. und ihrer Familie.	„FAMILIENZENTRIERT PFLEGEN IM AMBULANTEN PALLIATIVE CARE TEAM“	„Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie“
Autor (Jahr)	Unger und Spirig (2006)	Ries-Gisler und Spirig (2014)	Lütscher et al. (2014)	Zimansky et al. 2018
Herkunftsland	Schweiz	Schweiz	Schweiz	Deutschland
Interventionsbereich	HIV-Bereich	ambulante Palliativversorgung	ambulante Palliativversorgung	Onkologie

Ergebnisse	Modell erwies sich als praktikabel und effizient	Interventionen fokussieren kognitiven und emotionalen Bereich, Ermöglichung einer systematischen Versorgung, Eignung der Instrumente	Instrumente wurden regelmäßig genutzt, Vermeidung unnötiger Rehospitalisationen, Stellenwert der Familie wurde als wichtiger eingeschätzt, Erhöhung der Arbeitszufriedenheit	modifiziertes Modell wurde implementiert (Zeitmangel, Bereichspflege, fehlende Beratungskompetenzen), verbesserter Beziehungsaufbau, Ermittlung der Bedürfnisse der gesamten Familie
-------------------	--	--	--	--

Tabelle 3 Darstellung der wesentlichen Ergebnisse der Studien zur familienzentrierten Pflege

Aus der Studienlage geht hervor, dass die Verwendung des Calgary Modells verschiedene Vorteile mit sich bringen kann. Diese Arbeitsgruppe möchte prüfen, ob es in den Ergebnissen aus der gewählten Stichprobe dieses Projektes und den vorangegangenen Studien Überschneidungen gibt.

3 Fortbildungskonzept

3.1 Begriffsklärung Fortbildung und Abgrenzung zum Begriff

Weiterbildung

Die Pflegestudie aus dem Jahr 2017 der Hochschule Niederrhein untersuchte, wie bisher Fort- und Weiterbildungen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten organisiert wurden, ob das Budget als ausreichend empfunden wird sowie die aktuellen Trends der Trägerschaften. Für die Studie wurden 140 Krankenhäuser, 319 Pflegeheime und 286 ambulante Pflegedienste unter Verwendung eines eigens erstellten Fragebogens von Januar bis Februar 2017 online befragt (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 11). Interessant für unsere

Ausführung sind die Ergebnisse, dass in Krankenhäusern 7% der Pflegekräfte Fortbildungen zum Thema Sterbebegleitung wahrnehmen sowie 6% in Pflegeheimen und 10% in der ambulanten Pflege. Weiterbildungen im Bereich der Palliativ- und Hospizpflege nehmen 8% der im Krankenhaus tätigen Pflegekräfte wahr. Im stationären Bereich nehmen 18% der Pflegekräfte an Weiterbildungsmaßnahmen der Palliativ- und Hospizpflege teil und 14% der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege zur Spezialisierung im pflegerischen Aufgabenfeld (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 19-20). In stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten hat das Weiterbildungsthema Palliativ Care die größte Priorität (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 25).

In der Pflegestudie aus dem Jahr 2017 der Hochschule Niederrhein wird bewusst zwischen Fort- und Weiterbildungen unterschieden. Die Autoren definieren Fortbildung als „berufsbegleitendes Lernen zur Auffrischung und Vertiefung der in der Aus- und Weiterbildung gewonnenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse mit dem Ziel, die Mitarbeiter auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu halten, [...]. Durch eine Fortbildung wird (im Gegensatz zur Weiterbildung) kein zusätzlicher Abschluss erworben.“ (Timmreck et al. 2017, S. 4). Weiterbildung wird hingegen als berufliche Weiterentwicklung definiert und mit einer staatlich anerkannten Prüfung und neuen Berufsbezeichnung beendet (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 4). Darüber hinaus wird dem Begriff „Weiterbildung“ drei verschiedene Oberbegriffe zugeordnet:

- „Weiterbildungen zum beruflichen Aufstieg
 - Weiterbildungen zur Erweiterung des beruflichen Aufgabenfeldes
 - Weiterbildung zur Spezialisierung im pflegerischen Aufgabenfeld.“
- (Timmreck et al. 2017, S. 19)

Im Gegensatz dazu wird in § 1 Abs. 4 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) Fortbildung differenziert definiert: „Die berufliche Fortbildung soll es ermöglichen, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erhalten und anzupassen oder zu erweitern und beruflich aufzusteigen.“

Vorausgesetzt wird eine abgeschlossene Berufsausbildung und/oder eine einschlägige Berufspraxis. Zudem wird zwischen der Anpassungsfortbildung und der Aufstiegsfortbildung unterschieden. Die Anpassungsfortbildung soll die berufliche Handlungsfähigkeit erhalten, beziehungsweise anpassen um den aktuellen beruflichen Anforderungen zu genügen. In der Regel handelt es sich hierbei um kurzzeitige Maßnahmen. Die Aufstiegsfortbildung soll Gelegenheit bieten, die berufliche Handlungsfähigkeit auszubauen um beruflich aufzusteigen und einen höheren Verantwortungsbereich zu erlangen und diesen zu bewältigen. In §53 BBiG und §42 der Handwerksordnung (HwO) wird die berufliche Fortbildung im Sinne der Aufstiegsfortbildung gesetzlich geregelt und durch die Zertifizierung feststehend (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 9-10).

In § 53 BBiG Abs. 2 hat die Fortbildungsordnung zu bestimmen:

1. „die Bezeichnung des Fortbildungsabschlusses,
2. das Ziel, den Inhalt und die Anforderung der Prüfung,
3. die Zulassungsvoraussetzungen sowie
4. das Prüfungsverfahren.“

Nach § 54 BBiG kann die jeweilig zuständige Stelle Fortbildungsprüfungsregelungen erlassen sowie die Bezeichnung des Fortbildungsabschlusses, Ziele, Inhalte und Anforderungen der Prüfung, Zulassungsvoraussetzungen und Prüfungsverfahren planen und erstellen.

Die Maßnahmen der Aufstiegsfortbildung sind daran angelegt auf die Prüfung der beruflichen Höherqualifizierung vorzubereiten, um den Prüfungserfolg zu akkreditieren (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 10).

Weiterbildung ist der Sammelbegriff für die berufliche, wissenschaftliche und allgemeine Weiterbildung. Unter die berufliche Weiterbildung ordnete sich die Fortbildung ein, die sich dann in die zwei Arten der Fortbildung unterteilt (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S.12).

Im BBiG und in der HwO wird die berufliche Fortbildung nicht in verschiedenen Ebenen strukturiert. Jedoch stellt das folgende Ebenenmodell einen Ausgangspunkt für den Gewinn von Transparenz und Durchlässigkeit dar. In der Abbildung werden die verschiedenen Ebenen der beruflichen Fortbildung dargestellt. Die Ebenen bauen aufeinander auf und können ohne die vorherige Stufe nicht erreicht werden (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 24-25).

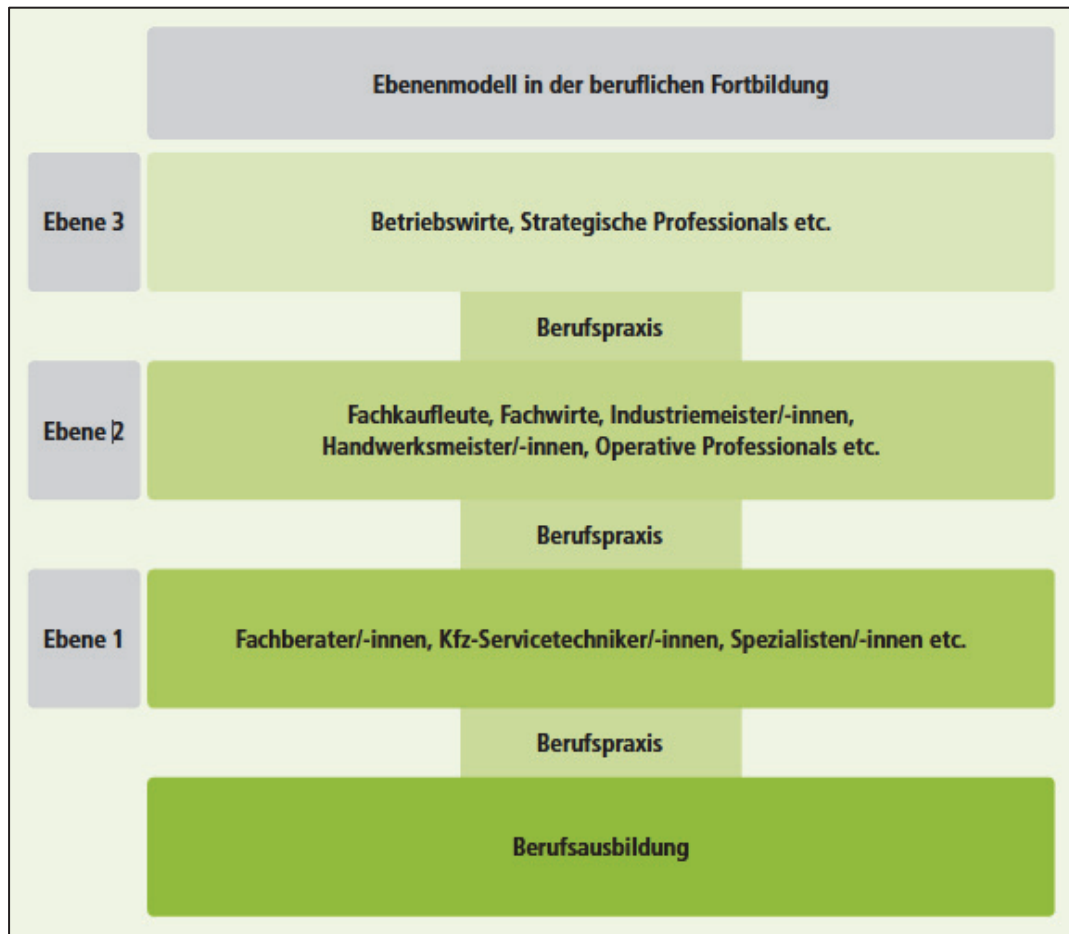


Abbildung 5 Ebenenmodell in der beruflichen Fortbildung (Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S.25)

Aufstiegsfortbildungen der Ebene 1 umfassen sowohl öffentlich-rechtlich als auch privatrechtlich geregelte Fortbildungsabschlüsse. Die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen und Inhalte werden erweitert, vertieft und neue Themen vermittelt. Die Qualifikationen können nicht mit einer abgeschlossenen Ausbildung erreicht werden. Das Stundenvolumen beträgt mindestens 200 Stunden. Prüfungsleistungen der Ebene 1 können für Prüfungen der Ebene 2 angerechnet werden (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 25).

Aufstiegsfortbildungen der Ebene 2 regeln

- „die Übernahme beruflicher Positionen die dem Nachwuchs aus der betrieblichen Praxis für die mittlere Führungsebene in den Unternehmen durch Berufspraktiker dienen, zielen oder
- auf die Wahrnehmung von Funktionen vorbereiten, die gegenüber Funktionen der Ebene 1 einen deutlich erweiterten Verantwortungsbereich umfassen.“

(Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 26)

Auf dieser Ebene werden Qualifikationen vermittelt, um Führungsfunktionen fachkundig und verantwortlich wahrzunehmen. Die Unterrichtseinheiten betragen 500 bis 600 Stunden, damit ein entsprechendes Qualifikationsniveau erreicht werden kann. Im Gegenzug zum Studium soll sich in dieser Ebene an der Praxis orientiert werden (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 26-27).

In der Aufstiegsfortbildungen der dritten Ebene qualifizieren sich berufserfahrene als Führungskräfte in Tätigkeitsfeldern, denen überwiegend Akademiker vorbehalten sind. Zulassungsvoraussetzung ist ein Abschluss auf der zweiten Ebene. Die Aufstiegsfortbildung der Ebene 3

- „richtet sich an eine Zielgruppe, die aus unterschiedlichen Gründen von der Möglichkeit eines akademischen Studiums nicht oder nicht mehr Gebrauch machen kann oder will, und
- ist ausgerichtet auf Personen mit solchen Funktionen, die eine praxisnahe Qualifizierung ihrer Funktionsträger erforderlich machen.“ (Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 28)

Die dritte Ebene stellt eine Alternativmöglichkeit zu Hochschulabschlüssen und zu wissenschaftlichen Weiterbildungen dar und kann auch von Akademiker*innen anvisiert werden (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013, S. 28).

Somit wird der Begriff „Weiterbildung“ im Berufsbildungsgesetz als alle möglichen Formen von Bildung definiert. Jedoch wird der Begriff „Fortbildung“ dort in der

beruflichen Ebene verwendet. Weiterbilden kann man sich auch ohne einen Bezug zu vorheriger beruflicher Tätigkeit. Es ist wichtig die Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung im Beruf voneinander abzugrenzen. Unser Konzept ist nach der Definition der Pflegestudie aus dem Jahr 2017 als Fortbildung und nach der Definition des Berufsbildungsgesetz als Anpassungsfortbildung einzuordnen. Das Berufsbildungsgesetz liefert allgemeine Definitionen für jeden Berufszweig. Die Pflegestudie aus dem Jahr 2017 spezialisiert sich bei den Definitionen auf den Bereich Pflege, weshalb wir uns an diese Definition für unser Fortbildungskonzept orientieren. Die teilnehmenden Pflegekräfte erreichten nach dem Fortbildungstag lediglich einen Wissenszuwachs innerhalb des Tätigkeitsbereichs.

3.2 Gesetzliche Grundlagen

Das Thema Fort- und Weiterbildung wird in Deutschland unzureichend geregelt. Fort- und Weiterbildungen sollen das Arbeiten nach wissenschaftlich, evidenzbasierten Grundsätzen ermöglichen und die Qualität im Beruf verbessern (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 3).

Im elften Sozialgesetzbuch sind mehrere Paragraphen zu finden, die von den Trägerschaften einen aktuellen Wissensstand ihrer Pflegekräfte fordern. In § 11 SGB XI Abs. 1 steht: „Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.“

In § 135 a Abs. 1 SGB XI steht: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Beide Paragraphen seien hier exemplarisch genannt. Sie beschreiben klar und deutlich, dass die pflegerische Qualität nach den neusten wissenschaftlichen

Erkenntnissen erfolgen soll. Jedoch sind keinerlei Vorgaben und Strukturen vorgegeben, die zeigen, inwiefern und in welchen Abständen, die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse nahegebracht werden sollen.

Zudem gilt für Gesundheits- und Krankenpfleger*innen eine Richtlinie des europäischen Parlaments, die die Mitgliedstaaten zu einer angemessenen Fortbildung der Pflegekräfte verpflichtet (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 3-4).

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung muss der Pflegedienst mit den Landesverbänden der Pflegekassen u.v.m. einen Rahmenvertrag schließen, um pflegerische Leistungen abrechnen zu können. Dieser Rahmenvertrag ist gemäß §75 SGB XI und regelt sowohl Rechte als auch Pflichten der Pflegedienste (vgl. AOK b (ohne Jahr)). Die häusliche Krankenpflege wird durch die Rahmenverträge gemäß §§ 132 und 132 a SGBV geregelt (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. 2019). Trotzdem ist jeder Rahmenvertrag individuell, da jeder Pflegedienst seine eigenen Leistungen mit den Pflege- und Krankenkassen vereinbart. So steht zum Beispiel im § 18 Abs. 1 des Rahmenvertrags zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten durch ambulante Pflegeeinrichtungen gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 3: „Die personelle Ausstattung ambulanter Pflegeeinrichtungen muß eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten.“

Leider haben die vielen Gesetzestexte große Schwachpunkte aufzuweisen, da ihrer Abstraktheit eine Möglichkeit zur weitreichenden Interpretation bietet. Man findet keine genauen Angaben, wie häufig an Fort- und Weiterbildungen teilgenommen werden soll und welche Themen behandelt werden sollen. Es bestehen keine gesetzlichen Regelungen zur inhaltlichen und zeitlichen Ausarbeitung der Fortbildungsangebote. Diese kann jeder Anbieter eigenverantwortlich planen, wodurch es qualitative Unterschiede zwischen den Anbietern geben kann (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 4).

Seit 2011 werden Pflegeheime und ambulante Pflegedienste im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen einmal jährlich, gemäß §§ 114 ff. SGB XI, auf ihre Qualität geprüft. 90 % der Qualitätsprüfungen erfolgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (vgl. MDS 2019, S. 1). Zu den Prüfinhalten gehört auch die Überprüfung der Pflegequalität nach aktuellem Wissensstand (vgl. MDS 2017a, S. 22). Der Prüfpunkt 3.1.b gibt vor, dass ein vorausschauender Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorgelegt werden muss, der eine Regelung vorsieht, die die Einbeziehung aller in der Grund-und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter an Fortbildungen berücksichtigt. Jedoch steht in der Ausfüllanleitung des Prüfpunktes keine weiteren Vorgaben, wie die Fortbildung inhaltlich gestaltet werden muss oder die zeitlichen Dimensionen (vgl. MDS 2017b, S.19).

Die Pflegestudie aus dem Jahr 2017 der Hochschule Niederrhein bestätigt, dass das bisherige Fort- und Weiterbildungsangebot intransparent ist und inhaltlich qualitätsgesichert werden muss. Um die inhaltliche Qualität zu sichern, fordert die Enquetekommission eine einheitliche Vorgabe auf Bundesebene. Hier fehlen jedoch gesetzliche Regelungen, die die inhaltliche Qualität der Fort- und Weiterbildung sichern. Ein einheitliches Curriculum wäre bundesweit notwendig um eine erfolgsversprechende Qualitätssicherung zu gewährleisten (vgl. Timmreck et al. 2017, S. 41).

In diesem Punkt wurde dargestellt, dass die inhaltliche Gestaltung von Fort- und Weiterbildung erhebliche Schwächen besitzt, weil die gesetzlichen Vorgaben kaum vorhanden oder intransparent sind. Da vorwiegend? die Länder die Gesetzgebungskompetenz innehaben, werden die Fachweiterbildungen lediglich auf Landesebene geregelt, wie zum Beispiel die Intensivpflegeweiterbildung. Beispielhaft sei hier § 5 der Weiterbildungsverordnung (WPrVO-IAA) des Landes Mecklenburg-Vorpommern genannt, nach dem Module vorgegeben werden, die jedoch ihrem Inhalt nach offen sind. Dies führt zu einer unterschiedlichen Qualität von Pflegeleistungen im gesamten Bundesgebiet. Zwar hat eine föderale Struktur den Vorteil, dass jedes Bundesland einen bestimmten Weg gehen kann und man somit verschiedene Modelle gleichzeitig probieren kann. Ziel sollte es jedoch sein,

langfristig das beste System zu wählen und bundesweit umzusetzen. Gerade in der heutigen Pflegesituation ist der Vorschlag eines bundeseinheitlichen Lehrplans unerlässlich. Insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel und die Anwerbung von Pflegefachkräften aus anderen Ländern. Vorteile eines bundeseinheitlichen Lehrplans wären gebündelte Ressourcen, die zielgerichtet an den notwendigen Stellen eingesetzt werden können.

3.3 Entwicklung des eigenen Fortbildungskonzeptes

Zu Beginn der Ausarbeitungsphase stellten sich die Dozentinnen verschiedene Fragen: Was wollen wir vermitteln und in welchem Zeitraum wäre das möglich? Wie viel Zeit können die Pflegefachkräfte hierfür aufbringen? Die Dozentinnen waren sich einig, dass sie theoretisches Wissen vermitteln möchten, um dieses im Anschluss mit einer praktischen Übung zu festigen.

Da sie jedoch noch keinerlei Erfahrung mit der Gestaltung einer Fortbildung hatten und ihnen die passenden Räumlichkeiten fehlten, kam die Idee auf mit einem Pflegedienst zu kooperieren, der bereits bei den Experteninterviews im Forschungsprojekt „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald – Eine Bedarfsanalyse“ Palliative Care Fachkräfte zur Verfügung gestellt hatte. Dieses Vorgehen sollte den Zweck haben Informationen zum Interesse zur Teilnahme an einer Fortbildung zum Calgary Modell zu erfassen.

Die Dozentinnen trafen sich mit der Geschäftsführerin des Pflegedienstes „Ora Cura“, Jessica Mendle. Dieser Pflegedienst eignete sich besonders, da dort die meisten Experteninterviews für das Forschungsprojekt stattgefunden haben. Frau Mendle ist Pflegefachkraft und besitzt die Weiterbildung zur Palliative Care-Fachkraft. Sie hat Erfahrungen in der Pflege und der Leitung eines eigenen Pflegedienstes, insbesondere in dem Bereich der internen Fortbildung. Das Treffen fand in der „Pflegelandschaft Behrenhoff“ statt. Hierbei stellten die Dozentinnen ihre Idee bezüglich der Fortbildung Frau Mendle vor. Die Idee eines

Reflexionstreffens kam durch Frau Mendle. Die Dozentinnen hatten ursprünglich die Idee, eine zweitägige Fortbildung durchzuführen. Jedoch ließ sich diese durch die fortgeschrittene Personalplanung in dem Pflegedienst zeitlich nicht umsetzen.

Die Teilnehmenden sollten einen Arbeitsauftrag mit auf den Weg bekommen, um sich selbst auszuprobieren und danach zu reflektieren, ob das vermittelte Wissen gut umgesetzt werden konnte. Das Reflexionstreffen war für eine Zeit von 2-3 Stunden geplant. Die Dozentinnen und Frau Mendle einigten sich auf zwei Intervallveranstaltungen.

Ziel war es die Pflegefachkräfte einzuladen, die bereits am Experteninterview zum Forschungsprojekt teilgenommen hatten, da diese auch angegeben hatten, an einer Weiterbildung zu diesem Thema teilnehmen zu wollen. Die Geschäftsführung des Pflegedienstes wurde informiert, wollte jedoch zunächst prüfen, ob es die Personalplanung zulässt. Die Beteiligten einigten sich darauf, dass die Geschäftsführung des Pflegedienstes interne Mitarbeiter für die Fortbildung einplant und die Dozentinnen externen Mitarbeiter von anderen Pflegediensten, die am Experteninterview teilgenommen hatten, zu der Fortbildung einladen. Die Einladung ist dem Anhang beigelegt.

Der Kooperationspartner gab, im Einklang mit der Personalplanung, den zeitlichen Rahmen vor. Die Fortbildung sollte einen Arbeitstag gehen. Somit maximal eine Dauer von acht Stunden haben. Es bestanden Bedenken, ob es nicht eventuell zu viel für die Teilnehmenden gewesen wäre, die stoffliche Menge zu verarbeiten und das Interesse über die gesamte Fortbildung aufrecht zu halten. Für die Fortbildung konnten die internen Räumlichkeiten des Pflegedienstes „Ora Cura“ genutzt werden. Diese sind technisch ausreichend ausgestattet und für alle Teilnehmenden gut erreichbar gewesen.

Im Anschluss an die Planung, musste das Weiterbildungskonzept inhaltlich gestaltet werden. Die Dozentinnen fragten sich an dieser Stelle: Welche theoretische Wissensvermittlung muss erfolgen, um die praktische Übung und die Übung im Pflegealltag alleine ausführen zu können? Den Dozentinnen war

es wichtig Feedback über die eigene Qualität der Präsentationstechnik zu erhalten. Hierfür wurde der Evaluations- und Reflexionsbogen für das Reflexionstreffen erstellt. Der Evaluationsbogen wurde nach den Modulen gegliedert, um Stärken und Schwächen bei jeder einzelnen Dozentin herauszufiltern.

Die Fortbildung hatte das Oberthema „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege“ und bestand aus 3 Modulen. Die ersten beiden Module sollten der reinen theoretischen Wissensvermittlung dienen. Das dritte Modul diente der praktischen Übung und um das zuvor erhaltene Wissen praktisch umzusetzen. Die Module wurden optisch mit PowerPoint Präsentationen unterstützt. Um die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden durch Abwechslungen aufrecht zu halten, wurden weitere Lehrmethoden herangezogen, die aus Gruppendiskussionen, Übungen und Fragen bestanden. Der Wissensbedarf sollte, mit Fokus auf die wichtigen Informationen, vollständig gedeckt werden.

Die Dozentinnen segmentierten die Module auf und arbeiteten diese selbständig aus. Die Aufteilung der Module erfolgte nach den persönlichen Stärken und Interessen der Dozentinnen. Vor der Fortbildung fand eine gemeinsame Kontrolle und Sichtung der Materialien statt.

Abhängig von dem jeweiligen Modul, teilten die Dozentinnen Informationsmaterial zum Mitarbeiten aus. Hierbei entschieden die Dozentinnen vorab, ob das Material vor oder nach dem jeweiligen Modell ausgeteilt werden sollte. Neben kurzen Skripten zu den jeweiligen Themen, bestand das Informationsmaterial aus Vorlagen, um ein Geno- und Ökogramm zu gestalten.

Die Dozentinnen planten immer wieder kleine Pausen ein, um das Gehörte zu verarbeiten und um das Niveau der Aufmerksamkeit zu halten. Die Mittagspause wurde großzügig gestaltet, um die Aufmerksamkeit für die praktische Übung zu steigern.

Die Fortbildung begann mit einer kleinen Vorstellungsrunde, damit sich alle kennenlernen und sich in den jeweiligen Arbeitsbereichen zuordnen konnten. Die

Dozentinnen führten in das Thema ein und erklärten den Anlass für die Fortbildung. Hierbei wurde der Forschungsbericht und die Ergebnisse vorgestellt, um die Relevanz der Thematik transparent zu machen.

Danach begann die Fortbildung mit dem ersten Modul „Theorie“. Ziel war es den Teilnehmenden das Calgary Modell theoretisch näherzubringen und Hintergrundwissen zu vermitteln. Zu Beginn des Moduls fand das praktische Herleiten des Begriffs „Familie“, anhand von Karteikarten, statt um alle Teilnehmenden von Anfang an mit einzubeziehen. Als Ergebnis der praktischen Übung konnte eine gemeinsame Definition für den Begriff „Familie“ gefunden werden. Zum Ende des Moduls wurde zur Diskussion angeregt. Die Dozentinnen erhielten hierbei einen ersten Eindruck davon, ob die Wissensvermittlung ausgereicht hatte und wo bisher Stärken und Schwächen bestanden.

Das zweite Modul „Kommunikation und Beratung“ sollte den Teilnehmenden kommunikative und beratende Fähigkeiten vermitteln, damit das Calgary Modell und deren Assessmentmethoden angewendet werden konnten. Die Kommunikationstechniken müssen beherrscht werden, um Informationen von Klienten zu erfahren und das Assessment durchführen zu können. Durch Wissensfragen und Beispiele konnten die Informationen verdeutlicht und die Teilnehmenden eingebunden werden.

Das dritte Modul „Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem“ sollte verschiedene Assessment-Methoden und zwei Dokumentationsprogramme für den Computer erläutern. Im Anschluss erklärten die Dozentinnen die Handhabung sowie die Symbole des Geno- und Ökogramms. Diese wurden durch Beispiele vertieft. Danach fand eine große Übung statt. Die Teilnehmenden haben selbständig in Zweiergruppen ein Fallbeispiel bearbeitet und dazu ein Geno- und Ökogramm erstellt. Hierbei fiel den Dozentinnen ein reger Austausch der Gruppenteilnehmenden auf. Aus diesem Grund verlängerten sie die Bearbeitungszeit. Die Fallbeispiele stammen aus dem Buch „Familienzentrierte Pflege“ von Wright und Leahey und aus dem Artikel „Und plötzlich habe ich einen Tumor. Die Situation von Frau S. und ihrer Familie“ von Ries-Gisler und Spirig. Für eine optimale Übung wurden die

Fallbespiele für die Fortbildung geändert oder ergänzt. Nach der Bearbeitungszeit scannten die Dozentinnen das Geno- und Ökogramm der jeweiligen Gruppen zur Veranschaulichung und gemeinsamen Kontrolle ein. Zum einen konnten die Teilnehmenden und Dozentinnen von den Schwächen und Stärken der anderen Gruppen lernen und zum anderen konnte aufgrund der Mitarbeit die Aufmerksamkeit der anderen Teilnehmenden aufrechterhalten werden.

Danach erfolgte eine Auswertung und Feedbackrunde, die mit dem Evaluationsbogen erweitert wurde. Die Dozentinnen schlossen die Fortbildung mit Dank und Klärung eventueller Fragen. Sie bestimmten mit Frau Mendle ein Termin für das Reflexionstreffen. Die Teilnehmenden erhielten den Arbeitsauftrag ein Assessmentgespräch nach Wright und Leahey samt Geno- und Ökogramm von einem Klienten anzufertigen, um so die Praktikabilität des Calgary Modells zu testen. Ziel war es zu überprüfen, ob das Modell praktisch umsetzbar ist und die Fortbildung die Teilnehmenden ausreichend vorbereitet hat.

3.4 Fortbildungsablauf „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege“

Die Fortbildung war in einem zeitlichen Rahmen von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr geplant. Sie fand in den Räumlichkeiten von „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst GmbH“ statt. Der Raum war mit Beamer, Leinwand, Flipchart und Lautsprecherboxen ausgestattet. Ein großer Tisch, an den zwölf Stühle passen befand sich in der Mitte des Raums. Zwei Stühle davon befanden sich sehr dicht an der Leinwand und die Rückenlehnen waren dieser zugeneigt. Aus diesem Grund konnten Teilnehmende dort nicht aufmerksam der Fortbildung folgen. Die acht Teilnehmenden saßen nicht an diesen Sitzplätzen, sondern dort, wo sie der Fortbildung aufmerksam folgen konnten. Die Dozierenden saßen am Kopf des Tisches, um der Fortbildung eine entspannte Atmosphäre zu verleihen. Der Tisch

war sehr groß und bot genügend Arbeitsfläche. Es wurden Brötchen und Kaffee angeboten.

Eine der Dozierenden arbeitet im Controlling des ambulanten Bereichs bei „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst GmbH“, die andere Dozierende war dort bis vor etwas mehr als einem Jahr als Pflegefachkraft in geringfügiger Beschäftigung angestellt. Die Unternehmensphilosophie, welche möglichst flache Hierarchien und das Duzen über alle Ebenen beinhaltet, war den Dozierenden bekannt.

Damit mit allen Teilnehmerinnen gleichzeitig begonnen werden konnte, wurden leichte Verspätungen, Begrüßungen unter den Kollegen und das Vorbereiten von Schreibutensilien eingeplant. Um 8:10 Uhr war der tatsächliche Beginn der Fortbildung. Für den Einstieg erfolgte eine Vorstellungsrunde, in der sich die Dozierenden und die Teilnehmenden kurz vorstellten. Hier wurde die Anrede geklärt, wobei sich auf das „Du“ geeinigt werden konnte. Innerhalb der Vorstellungsrunde wurden der Zeitplan und die Module kurz erläutert. Eine Tabelle zur Teilnahme an der Fortbildung in der sich die Teilnehmerinnen eintrugen, wurde herumgereicht.

Um 8:15 Uhr gab Friederike Diel eine Einführung in die Fortbildung. Es wurden Ergebnisse des vorangegangenen Forschungsprojektes vorgestellt, damit die Teilnehmerinnen den Hintergrund der Fortbildung einordnen konnten. Zudem wurde die Situation der Familien in palliativen Versorgungssituationen dargestellt und Belastungen und Wünsche der Angehörigen erläutert. Nach der Einführung erfolgte um 8:40 Uhr eine zehnminütige Pause.

Um 8:50 Uhr begann das Modul „Theorie“. Dozentin dieses Moduls war Elisa Kwiatek. Zu Beginn des Moduls wurde das Handout ausgegeben, damit die Teilnehmerinnen die Möglichkeit hatten, sich Notizen zu machen. Diese Möglichkeit nahmen alle Teilnehmerinnen wahr, insbesondere wenn es um neue Begrifflichkeiten ging. Zunächst wurde der Aufbau des Moduls erläutert. Innerhalb des theoretischen Moduls wurden die Begriffe „Familie“ und „familienzentrierte Pflege“ gemeinsam mit den Teilnehmerinnen geklärt. Was die Teilnehmerinnen unter „Familie“ verstehen, schrieben sie auf bunte

Karteikarten auf, welche mit Magneten an die Flipchart gehängt und sortiert wurden. Es wurde sich auf ein Familienverständnis nach dem Calgary Modell für diese Fortbildung geeinigt. Die Begriffsklärung „Familie“ und die Darstellung der Karteikarten erfolgt am Ende dieses Kapitels. Der Begriff „familienzentrierte Pflege“ wurde mündlich geklärt, wobei direkt zu Beginn der Meinungsäußerungen hierzu eine korrekte und umfassende Begriffsklärung genannt wurde, was andere Teilnehmerinnen einschüchterte ihr Verständnis zu nennen. Auf die wesentlichen Begriffsklärungen für dieses Modul folgten Erläuterungen zum theoretischen Nutzen des Calgary Modells, zu den Phasen des Familienkontaktes, zum Dokumentationssystem, zu den Kompetenzen der Fachkraft, zur Anwendung des Calgary Modells in der Palliative Care sowie zur Studienlage. Nach dieser theoretischen Vorstellung des Calgary Modells wurde eine kleine Diskussionsrunde gebildet in der folgende Frage gestellt wurde: Kann das Calgary Modell, nach dem derzeitigen Wissensstand, in der Palliativpflege angewendet werden? Zu dieser Frage wurde kurz diskutiert und das Modul „Theorie“ wurde beendet. Nach dem theoretischen Modul erfolgte um 9:45 Uhr eine fünfzehnminütige Pause.

Um 10:05 Uhr begann das Modul „Kommunikation“. Dozentin dieses Moduls war Elisa Kwiatek. Zu Beginn des Moduls wurde das entsprechende Handout ausgegeben, damit die Teilnehmerinnen die Möglichkeit hatten, sich Notizen zu machen. Diese Möglichkeit nahmen alle Teilnehmerinnen wahr. Zunächst wurde erläutert, warum sich in der Fortbildung zum Calgary Modell ein Modul zur Kommunikation befindet. Hierbei wurde auf das vorangegangene Forschungsprojekt, auf die Bedeutung der Kommunikation für Wright und Leahey und auf die Studienlage Bezug genommen. Danach wurde der Aufbau des Moduls geklärt. Mit den Teilnehmerinnen wurden in Diskussionsrunden die Begriffe „Kommunikation“ und „Beratung“ geklärt. Danach wurden Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey erklärt. Es wurden zu den einzelnen Konzepten jeweils Beispiele gebracht, die von Friederike Diel vorgelesen wurden, um etwas Abwechslung in das theoretische Modul einfließen zu lassen. Nach den Konzepten des Calgary Modells wurden die klassischen Kommunikationsmodelle von Watzlawick, Schulz von Thun und Rogers

angebracht. Auf Watzlawick und Rogers wurde besonders eingegangen, während Schulz von Thun relativ kurz erwähnt wurde. Zum Kommunikationsmodell von Rogers werden die Teilnehmerinnen wieder aktiv einbezogen, indem in einer Diskussion geklärt wurde, wie die Pflegefachkraft die Kommunikation begünstigend beeinflussen kann. Zu Rogers tat sich bei einer Teilnehmerin die Frage nach der Abgrenzung zwischen Verbalisieren und Paraphrasieren auf, welche durch die Dozierende nicht genügend geklärt werden könnte. Durch Erklärungen und sehr einfache Beispiele konnte sie keine klare und für die Teilnehmende verständliche Abgrenzung schaffen. Eine kurze Internetrecherche innerhalb der Pause nach guten Beispielen ergab nicht viel, so dass der Teilnehmenden nur mit einer theoretischen Erklärung eine Abgrenzung nahe gebracht werden konnte. Diese war jedoch nicht Inhalt ihrer Frage. Deshalb sprechen die Autorinnen hier die Empfehlung aus, für eine erneute Fortbildung zu dem Thema klare Beispiele zur Abgrenzung von Paraphrasieren und Verbalisieren zu bieten. Das Modul „Kommunikation“ wurde beendet. Nach diesem Modul erfolgte um 11:00 Uhr eine einstündige Mittagspause.

Um 12:05 Uhr begann das Modul „Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem“. Dozentin dieses Moduls war Friederike Diel. Zu Beginn des Moduls wurde das entsprechende Handout ausgegeben, damit die Teilnehmerinnen die Möglichkeit hatten, sich Notizen zu machen. Zunächst wurde der Aufbau des Moduls erläutert. Danach folgte die Vorstellung von verschiedenen Assessment-Methoden, die das Geno- und das Ökogramm, das Belastungsthermometer sowie das Knowledge-Mapping einschlossen. Darauffolgend wurden die Vorteile dieser Assessment-Methoden genannt. Das eigene Fallbeispiel der Dozierenden wurde mit Fallvorstellung, Video, Geno- und Ökogramm angebracht. Am Ende des theoretischen Anteils zu diesem Modul wurden computergestützte Dokumentationssysteme vorgestellt und ein Bezug zum System der Palliativversorgung von „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst GmbH“ gebracht. Innerhalb des Moduls „Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem“ wurde um 13:15 Uhr eine fünfundzwanzigminütige Pause gemacht. Ab 13:40 Uhr wurden ausgedruckte fiktive Fallbeispiele durch die Teilnehmenden bearbeitet.

Es sollten jeweils ein Geno- und ein Ökogramm angefertigt werden. Es wurden vier Gruppen á zwei Teilnehmerinnen gebildet. Zwei Gruppen erhielten Fallbeispiel 1, eine Gruppe erhielt Fallbeispiel 2 und eine Gruppe erhielt Fallbeispiel 3. Die Teilnehmerinnen hatten hierfür eine Bearbeitungszeit von 50 Minuten. Nach der Bearbeitung der Fallbeispiele sollten die Teilnehmerinnen von jeder Gruppe ein Geno- und ein Ökogramm auswählen, welches zur Auswertung vorgestellt werden sollte. Diese wurden durch die Dozierenden eingesammelt und sortiert. Es folgte um 14:30 Uhr eine fünfzehnminütige Pause, in der die ausgearbeiteten Fallbeispiele durch die Dozentin eingescannt wurden. Um 14:45 Uhr erfolgte die Auswertung der bearbeiteten Fallbeispiele bis um 15:15 Uhr, welche an der Leinwand optisch für alle Teilnehmenden dargestellt wurden. Es konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmerinnen das Erstellen der Geno- und Ökogramme bis auf ein paar kleine Fehler sehr gut meisterten. Eine der Teilnehmerinnen musste die Fortbildungsveranstaltung aus terminlichen Gründen zum Ende des Moduls verlassen. Ihr wurde deshalb der Evaluationsfragebogen früher ausgehändigt. Sie legte diesen verdeckt auf den Tisch und später wurde der Bogen mit den anderen Befragungen vermischt.

Um 15:15 Uhr fand nahtlos zur Auswertung des vorangegangenen Moduls der Abschluss der Fortbildungsveranstaltung statt. Dieser wurde durch die Dozierenden gemeinsam gestaltet. Sie sprachen den Teilnehmerinnen ihren Dank aus und ließen Platz für Fragen und Diskussionen. Innerhalb dieser Diskussionen wurde über mögliche Anwendungsbereiche sowie über Vor- und Nachteile der Arbeit mit dem Calgary Modell gesprochen. Die Diskussion gestaltete sich angeregt und auch die Dozierenden wurden nach ihrer persönlichen Meinung gefragt. Den Teilnehmerinnen wurde zum Abschluss die Aufgabe mitgegeben, das Calgary Modell und insbesondere die Arbeit mit den Assessment-Instrumenten zu erproben. Die Teilnehmerinnen wurden darüber aufgeklärt, dass sich in einem folgenden Reflexionstreffen über die damit gemachten Erfahrungen ausgetauscht werden soll. Hierfür wurde direkt ein Termin mit den Teilnehmerinnen gemacht, wobei die Initiative hierzu insbesondere von einer Teilnehmerin ergriffen wurde. Für das Treffen wurde die gleiche Räumlichkeit von dieser Teilnehmerin reserviert, in der auch die

Fortbildung stattfand. Danach wurde der Evaluationsbogen ausgeteilt und von den Teilnehmerinnen ausgefüllt. Die Dozierenden waren dabei im Raum, distanzieren sich jedoch von den Teilnehmerinnen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in der Mitte des Tisches gesammelt und vermischt. Danach wurde den Teilnehmerinnen nochmals gedankt und sie wurden durch beide Dozentinnen verabschiedet.

Begriffsklärung „Familie“

Den Teilnehmerinnen wurde folgende Fragen gestellt: Wie würdet ihr den Begriff „Familie“ definieren und was bedeutet der Begriff „Familie“ für euch? Ihre Antworten sollten alle Teilnehmerinnen auf einer bunten Karteikarte festhalten. Jede Teilnehmerin hatte hierzu ein paar Minuten Zeit. Danach wurden die Karteikarten gemeinsam ausgewertet und an die Flipchart gepinnt.

Als Antwort kam bei allen Teilnehmerinnen ein erweitertes Familienverständnis zutage, wobei sich die meisten eher auf Eigenschaften die eine Familie hat, bezogen. Drei bezogen sich in der Klärung des Begriffes auf Personengruppen. Auf einer Karte wurden sowohl die Eigenschaften wie auch die Personengruppe genannt. Beide Herangehensweisen waren im Vorfeld von den Dozierenden nicht ausgeschlossen.

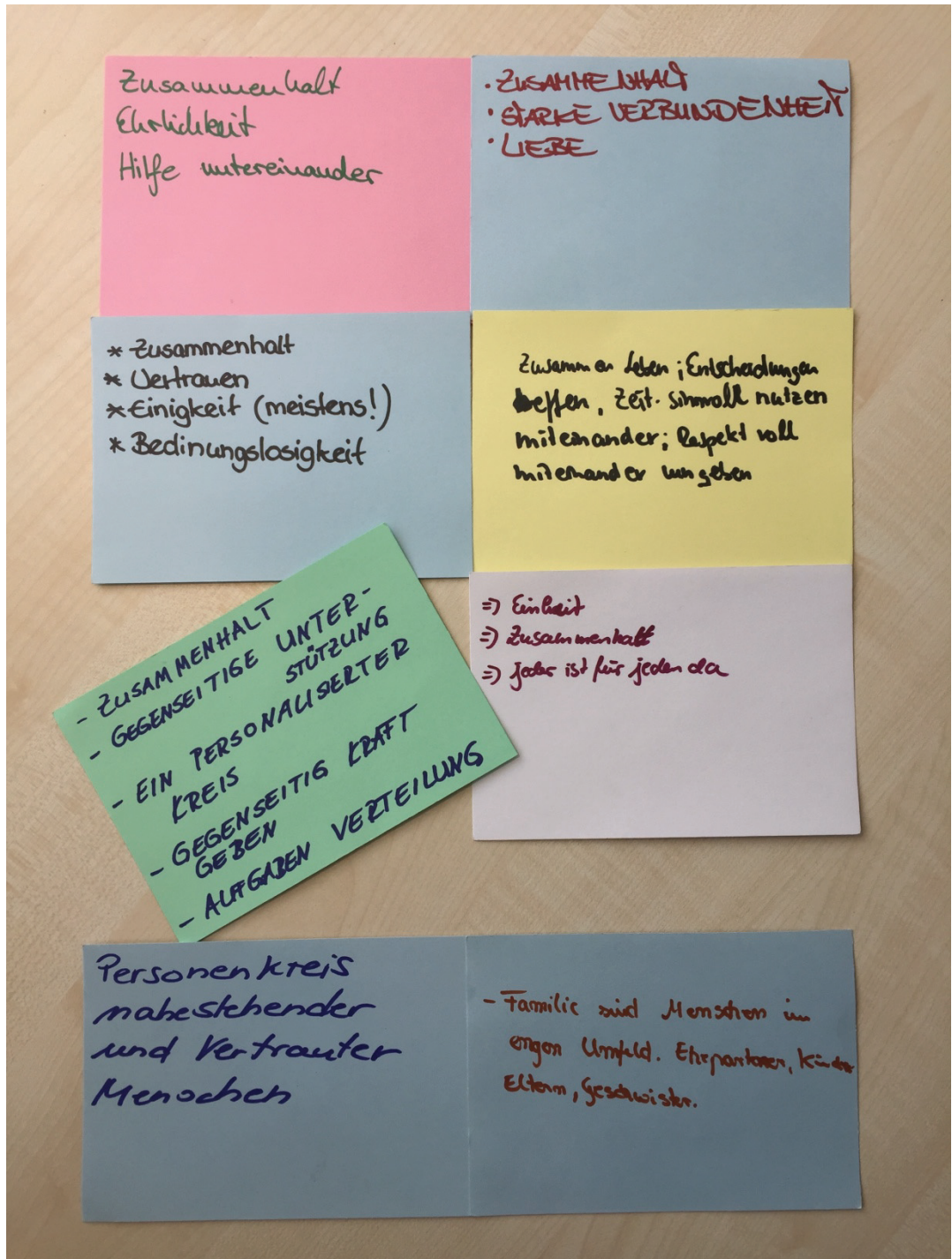


Abbildung 6 Familienverständnis der einzelnen Teilnehmerinnen auf Karteikarten

Teilnehmerin	Bezug auf der Familie zugehörige Personengruppe	Bezug auf Eigenschaften der Familie
1	X	
2	X	
3	X	X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X

Tabelle 4 Auswertung der Karteikarten zur Begriffsklärung „Familie“

Sechs der acht Teilnehmerinnen schrieben auf Ihre selbst gewählten bunten Karteikarten Eigenschaften, die einer Familie in ihrem Familienverständnis innewohnen. Hierbei kam dem Zusammenhalt eine besondere Bedeutung zu, der von sechs Teilnehmerinnen als Eigenschaft der Familie aufgeschrieben wurde. Eine Auflistung der Eigenschaften zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Familienbegriffs, wobei fast ausschließlich positiv assoziierte Schlagworte aufgeschrieben wurden:

|||| Zusammenhalt, zusammen leben

|||| Hilfe untereinander, gegenseitige Unterstützung, Jeder ist für Jeden da, Aufgabenverteilung

||| Einigkeit (meistens!), Einheit, Entscheidungen treffen

|| Ehrlichkeit, Vertrauen

|| Bedingungslosigkeit, starke Verbundenheit

- I Gegenseitig Kraft geben
- I Zeit sinnvoll nutzen miteinander
- I Respektvoll miteinander umgehen
- I Liebe.

Die Anzahl der Nennungen wird mit vorangehenden Strichen gezählt.

Drei der acht Teilnehmerinnen schrieben auf Ihre selbst gewählten bunten Karteikarten Personenkreise, über die sie das Familienverständnis benennen. Hierbei ist zu erkennen, dass der Personenkreis sich bei zwei Teilnehmerinnen nicht ausschließlich auf eine genetische Verwandtschaft bezieht, sondern sie dies offen lassen. Eine dritte Karteikarte zeigt, dass für Menschen im engen Umfeld genetische oder rechtliche Verwandtschaften genannt werden. Ob diese ausschließlich diese Verwandtschaftsgrade zur Familie zählen, bleibt offen. Eine Auflistung der Nennungen zu den Personenkreisen zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Familienbegriffs:

- I Ein personalisierter Kreis
- I Personenkreis nahestehender und vertrauter Menschen
- I Familie sind Menschen im engen Umfeld. Ehepartner, Kinder, Eltern, Geschwister.

Nach der Auswertung der Karteikarten, auf denen das Familienverständnis der Teilnehmerinnen festgehalten wurde, wurden die Definitionen von Familie von Preusse-Bleuler sowie Wright und Leahey genannt.

Das Familienverständnis der Teilnehmerinnen deckt sich zum großen Teil mit dem des Calgary Modells. Es wurden folgende zwei Definitionen für die Teilnehmerinnen festgehalten:

- ⇒ „Wir sehen die Familie als den Kreis nahe stehender Menschen, den der Patient selber als seine Familie bezeichnet.“ (Preusse-Bleuler 2007, S. 11)
- ⇒ Die Familie ist „eine Gruppe von Individuen, die zusammengehalten werden durch starke emotionale Bande, ein Zugehörigkeitsgefühl und gegenseitige emotionale Anteilnahme an ihrem Leben.“ (Wright/Leahey 2014, S. 71)

Teilnehmende und Dozierende konnten sich für die Fortbildung auf das gleiche Familienverständnis einigen, welches dem Calgary Modell innewohnt.

4 Empirisches Vorgehen

Ausgangslage

In dem vorangegangenen Forschungsprojekt wurde festgestellt, dass die Familie von essentieller Bedeutung für die häusliche Palliativversorgung ist (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 136). Die Begrifflichkeiten familienzentrierte Pflege und Calgary Modell sind den Befragten des Forschungsprojektes jedoch weitestgehend unbekannt (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 137). In dem Forschungsprojekt gaben alle Befragten an, dass sie Interesse an einer Fortbildungsmaßnahme zum Thema familienzentrierte Pflege haben (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 133). Es konnte in den Äußerungen zu den Wünschen jedoch kein besonderer inhaltlicher Schwerpunkt für bestimmte Themen erkannt werden (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 133). Somit konnte festgestellt werden, dass sich für die befragten Pflegefachkräfte des Forschungsprojektes eine Fortbildung zum Thema familienzentrierte Pflege anbietet (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 139).

Für die Durchführung der Fortbildung wurde ein Kooperationspartner gesucht. Aufgrund der veränderten Bedingungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald musste die

Forschungsgruppe den Forschungsprozess sehr offen gestalten. Die Organisation der Fortbildung hielt für die Forschungsgruppe einige Hürden bereit, die es zu überwinden galt. Ein Pflegedienst, der zu Zeiten des Forschungsprojektes ein wichtiger Kooperationspartner des SAPV-Teams war, war aus der Versorgung ausgetreten. Ein anderer Pflegedienst, der vorher kurzzeitig ausgetreten war, versorgte wieder im Kontext der SAPV. Der dritte Pflegedienst war wie gehabt Bestandteil des Teams. Dieser kam mit einer Ansprechpartnerin für das SAPV-Team nicht in Frage. Zudem gab es mit diesem Pflegedienst Schwierigkeiten in der Kommunikation. Ein Pflegedienst, der nach dem Forschungsprojekt nun wieder Bestandteil des SAPV-Teams war, antwortete leider nicht auf die Anfrage für eine Kooperation. In einem Telefonat stellte sich heraus, dass die Geschäftsführung aus Zeitgründen nicht antworten konnte. Aus diesem Grund entfiel auch eine Kooperation mit diesem Pflegedienst.

Der Pflegedienst, der nun nicht mehr Bestandteil des SAPV-Teams war, hatte für die Interviews des Forschungsprojektes die meisten Interviewteilnehmerinnen und Ansprechpartnerinnen des SAPV-Teams gestellt. Einer Kooperation mit dieser Arbeitsgruppe stimmte die Geschäftsführung nach Anfrage zu. Deswegen fiel die Wahl für die Durchführung der Fortbildung zur familienzentrierten Pflege auf diesen Pflegedienst.

Der Ablauf für die Planung und die Durchführung der Fortbildung ist im vorangegangenen Kapitel zu lesen. Dieses Kapitel befasst sich mit dem Aufbau der Evaluation und Reflexion der Fortbildung. Im Gegensatz zum Forschungsprojekt wurden diese Daten quantitativ erhoben. Die Wahl auf eine quantitative Herangehensweise fiel aufgrund der möglichen Anonymität zur Erhebung der Daten. Die Gefahr bei Interviews durch die Forschungsgruppe war, dass die daraus resultierenden Einschätzungen nicht offen und ehrlich aus Rücksicht auf Gefühle und Emotionen der Autorinnen sind. Die Erhebung und auch damit verbundene Auswertung der Daten hätte anonymisiert durch externe Interviewer durchgeführt werden können. Dies war für die Forschungsgruppe mangels finanzieller Kapazitäten nicht möglich. Aus diesem Grund fiel die Wahl

auf ein quantitatives Forschungsdesign. Dieses schätzte die Forschungsgruppe als ebenso gutes Mittel ein, die Fortbildung anonym zu evaluieren und zu reflektieren.

Methodenwahl

Für den quantitativen Forschungsprozess richtete sich diese Forschungsgruppe nach Burzan 2015. Diese Autorin bot der Forschungsgruppe einen guten Leitfaden für ein quantitatives Design. Ihre Ausführungen stellten sich als gut verständlich und umsetzbar heraus. Zudem war Ihre Prozessdarstellung für die Forschungsgruppe schlüssig.

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich der Forschungsprozess nach Burzan darstellt. Nach der Festlegung des Themas, wird die Thematik präzisiert. Dies beinhaltet das Sammeln und Systematisieren wichtiger Dimensionen, das Definieren von Begriffen im Forschungszusammenhang sowie das Bilden von Hypothesen und das Stellen von Forschungsfragen. Die Übersetzung in Erhebungsprozeduren, die Verbindung von Hypothesen und Forschungsfragen sowie Beobachtungsaussagen sind Bestandteile der Operationalisierung. In diesem Schritt erfolgt die Auswahl der Methode, das Bilden von Indikatoren, das Verfeinern des Instruments, worunter auch das Entwerfen eines Fragebogens fällt, und das Treffen von Entscheidungen zum Auswahlverfahren und zur Erhebungssituation. Hierbei sollte sich nach den Fragestellungen gerichtet werden. Nach dem Entwerfen des Instruments erfolgt der Pretest, in welchem die Operationalisierung hinsichtlich der Eindeutigkeit der Begrifflichkeiten und der Praktikabilität der Durchführung überprüft wird. Im nächsten Schritt erfolgt die Datenerhebung. Darauffolgend werden die Daten aufbereitet und interpretiert. Hierbei werden die Hypothesen geprüft und Folgerungen zum Erkenntnisgewinn gezogen. Im letzten Schritt werden die Ergebnisse laut Burzel veröffentlicht und gegebenenfalls praktisch umgesetzt (vgl. Burzan 2015, S. 26). Der letzte Schritt wird nicht mehr Bestandteil der Masterthesis sein, sondern würde ein neues Projekt erfordern.

4.1 Problemstellung und Zielformulierung

Zunächst sollen die Problemstellungen erläutert und die Ziele formuliert werden. Die Problemstellung stellt die Grundlage für dieses Projekt dar. Basierend auf der Problemstellung wurden dann Ziele für diese Arbeit festgelegt.

Ein vorangegangenes Forschungsprojekt bereitete diese Arbeit vor. In diesem Projekt war unter anderem ein wichtiges Ergebnis, dass die Familie in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald intuitiv einbezogen wird. Dies passiert nicht nach einem Konzept und in keiner festgelegten Struktur (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 130). Somit wurde von den Befragten erkannt, dass die Familie in der palliativen Versorgung eine entscheidende Rolle spielt. In Studien konnten verschiedene positive Effekte in der Anwendung systematischer familienzentrierter Pflege festgestellt werden. Jedoch ist in Deutschland deren Anwendung nicht weit verbreitet. Dies könnte daran liegen, dass die Strukturen in Deutschland derzeit nicht für familienzentrierte Pflege ausgelegt sind (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 138).

Wright und Leahey stellten in Ihren Ausführungen zum Calgary Modell fest, dass das Wohlergehen der Familie nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit der Versorgung steht. Derzeit ist die Versorgung auf den Klienten ausgerichtet. Dieser steht im Zentrum der Betrachtung (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30). Da die Autorinnen aus Kanada stammen, ist nicht klar, ob sie sich auf die Situation in diesem Land beziehen. Jedoch ist der Gegenstand, dass der oder die Klient*in im Zentrum der Versorgung steht, auch auf die Versorgungssituation im Gesundheitswesen in Deutschland übertragbar.

Für dieses Projekt resultierten aus der Problemstellung einige Zielformulierungen. Diese konnten in zwei Bereiche unterteilt werden: der Beurteilung der Fortbildung und der des Calgary Modells.

Beurteilung der Fortbildung:

⇒ Einschätzungen der Qualität der Fortbildung durch die Teilnehmenden.

Beurteilung des Calgary Modells:

- ⇒ Neue Erfahrungen mit dem veränderten Klient*innenzugang durch das Calgary Modells im palliativen Pflegealltag der Teilnehmenden.
- ⇒ Die Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag der Teilnehmenden.
- ⇒ Der Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag der Teilnehmenden.
- ⇒ Die Bedarfsermittlung zur Anwendung eines Konzeptes der familienzentrierten Pflege.

4.2 Forschungsfragen

Die Formulierung der Forschungsfragen basiert auf den Zielformulierungen. Die Forschungsfragen werden gestellt, um aufzuzeigen, welche Daten erhoben werden sollen. Sie bilden für die Autorinnen einen roten Faden im Forschungsprozess. Die Begrifflichkeiten der Forschungsfragen werden nach deren Vorstellung geklärt.

A. Wie wird die Qualität der Fortbildung von den Teilnehmenden eingeschätzt?

→ Definition Qualität: In diesem Zusammenhang meint die Qualität die Beschaffenheit und die Gesamtheit von Eigenschaften eines Konstrukts.

B. Haben die Teilnehmenden durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang?

→ Definition verbesserter Klient*innenzugang: Ein positives Wechselseitiges Verhältnis zum versorgten Individuum kann durch die Pflegefachkraft schneller und einfacher hergestellt werden.

C. Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden anwendbar?

→ Definition Anwendbarkeit: Für die Teilnehmenden gestaltet sich das Calgary Modell in der Verwendung praktikabel und effizient. Voraussetzung für die Verwendung ist, dass die Teilnehmenden mit dem Modell umgehen können.

D. Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen?

→ Definition Nutzen: Der Nutzen meint in diesem Zusammenhang Vorteile, die sich durch die Verwendung des Calgary Modells ergeben.

E. Sehen die Teilnehmenden einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells?

→ Definition Bedarf: Der Bedarf beschreibt in diesem Kontext das Benötigen der familienzentrierten Pflege für die palliative Versorgung oder das Bedürfnis aufgrund des festgestellten Effektes mit dem Calgary Modell zu arbeiten.

Auf diesen Fragestellungen basieren die folgenden Arbeitsschritte. Zudem stellen sie die Grundlage für die Hypothesen und die Instrumentenentwicklung dar. Sie sind maßgeblich für die Daten, die gewonnen werden.

4.3 Hypothesen

Im Folgenden werden Hypothesen formuliert, welche Unterschiede in der Wahrnehmung der Teilnehmenden darstellen. Diese wurden nach den Forschungsfragen erstellt. H_1 beschreibt hierbei die „innovative“ Aussage, während mit H_0 die Nullhypothese gemeint ist.

A. H_{1A}: Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden als ausreichend oder besser bewertet.

H_{0A}: Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden als mangelhaft oder ungenügend bewertet.

B. H_{1B}: Die Teilnehmenden haben durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang.

H_{0B}: Der Klient*innenzugang der Teilnehmenden hat sich durch die Fortbildung nicht verändert.

C. H_{1C}: Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden anwendbar.

H_{0C}: Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden nicht anwendbar.

D. H_{1D}: Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen.

H_{0D}: Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden nicht von Nutzen.

E. H_{1E}: Die Teilnehmenden sehen einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells.

H_{0E}: Die Teilnehmenden sehen keinen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells.

Die Hypothesen sollen durch die Auswertung der Daten, die durch das Instrument erhoben wurden, verifiziert oder falsifiziert werden.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe für dieses Projekt ist nicht zufällig entstanden. Durch die Wahl des Kooperationspartners wurde eine Vorauswahl an möglichen Teilnehmenden festgelegt. Die Geschäftsführung legte die Stichprobe bei Ihrer Planung endgültig fest. Durch Krankheit konnte eine geplante Teilnehmerin nicht an der Fortbildung und demnach auch nicht an der Befragung teilnehmen. Aus Zeitmangel konnte eine zweite geplante Teilnehmerin nicht teilnehmen. Diese beiden waren Befragte im vorangegangenen Forschungsprojekt. Insgesamt waren drei der Befragten aus dem Forschungsprojekt für die Teilnahme an der Fortbildung und der Beantwortung der Fragebögen geplant. Somit konnte nur eine aus der Stichprobe des Forschungsprojektes an der Fortbildung und der Beantwortung des Fragebogens teilnehmen. Für die Teilnahme an der Fortbildung waren Pflegeexpertinnen mit und ohne Palliative Care-Weiterbildungen geplant.

In der Stichprobe werden Palliative Care-Pflegefachkräfte und interessierte Pflegefachkräfte aus Pflegediensten, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung des Forschungsprojektes Kooperationspartner des Palliativnetzwerks Vorpommern Greifswald waren, erfasst. Da aus zeitlichen und gesundheitlichen Gründen Teilnehmerinnen des vorangegangenen Forschungsprojektes ausfielen, konnte nur eine von ihnen an der Fortbildung teilnehmen. Der Pflegedienst, der seit kurzem wieder Mitglied ist sagte eine Teilnahme ab. Ebenso sagte der Pflegedienst, der die ganze Zeit Teil des SAPV-Teams war, die Teilnahme an der Fortbildung ab.

Alle Fortbildungsteilnehmerinnen haben Erfahrungen in der palliativen Versorgung und durch ihren Arbeitgeber, der Kooperationspartner dieser Arbeitsgruppe ist, pflegerischen Kontakt zu dieser Klientengruppe. „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst“ versorgt häufig Klienten am Lebensende und dies in allen Bereichen des Unternehmens.

Beschreibung der Fortbildungsteilnehmerinnen		
Anzahl	8	
Alter	32-39 (2 ohne Angabe)	
Berufe	Altenpflegerin	5
	Gesundheits- und Krankenpflegerin	2
	ohne Angabe	1
Palliative Care- Weiterbildung	4 von 8 haben diese Weiterbildung	

Tabelle 5 Merkmale der Stichprobe

4.5 Forschungsmethode

Nach dem Abstecken der Stichprobe wird die Forschungsmethode festgelegt. Die empirische Methode wird auf die vorher erörterten Aspekte abgestimmt. Eine quantitative Herangehensweise wurde diskutiert, jedoch aber von ihr abgesehen. Um die ehrlichen Meinungen der Befragten zu erhalten und die Aussagekraft der Daten zu gewährleisten, müssen die Daten anonym erhoben werden. Um Daten mit quantitativen Methoden anonym zu erheben und auszuwerten, dürften die Mitarbeitenden dieser Forschungsgruppe nicht die Befragten befragen und die Daten ebenfalls nicht analysieren. Die Durchführung und Auswertung der Interviews durch Dritte würden die finanziellen Mittel dieser Forschungsgruppe überschreiten.

Daraufhin wurden quantitative Methoden betrachtet. Die Anonymität könnte bei der Datenerhebung und Auswertung gewährleistet bleiben. Die Durchführung der Datenerhebung und -auswertung konnte deshalb durch die Forschungsgruppe

erfolgen. Die Art der gewünschten Daten ließ eine quantitative Herangehensweise zu. Zudem ließen sich die Daten auf diese Weise gut miteinander vergleichen. Somit fiel die Wahl dieser Arbeitsgruppe auf ein quantitatives Studiendesign. Innerhalb der quantitativen Methoden wurde sich auf schriftliche standardisierte Fragebögen geeinigt. Diese lassen sich anonym ausfüllen. Die Aussagen der Befragten werden so nicht durch die Arbeitsgruppe beeinflusst. Die gesammelten Daten lassen sich gut auswerten und Bezüge zu einander herstellen.

4.6 Instrumentenentwicklung

Zur Entwicklung des Instruments wurden Ober- und Unterdimensionen zu den Fragestellungen erstellt. Diese differenzieren die Themenbereiche und geben ein genaues Bild. Auf diese Weise lassen sich die Fragestellungen gut operationalisieren (vgl. Burzan 2015, S. 26). Es folgen die Dimensionen nach den Forschungsfragen unterteilt in schematischer Darstellung:

A. Wie wird die Qualität der Fortbildung von den Teilnehmenden eingeschätzt?

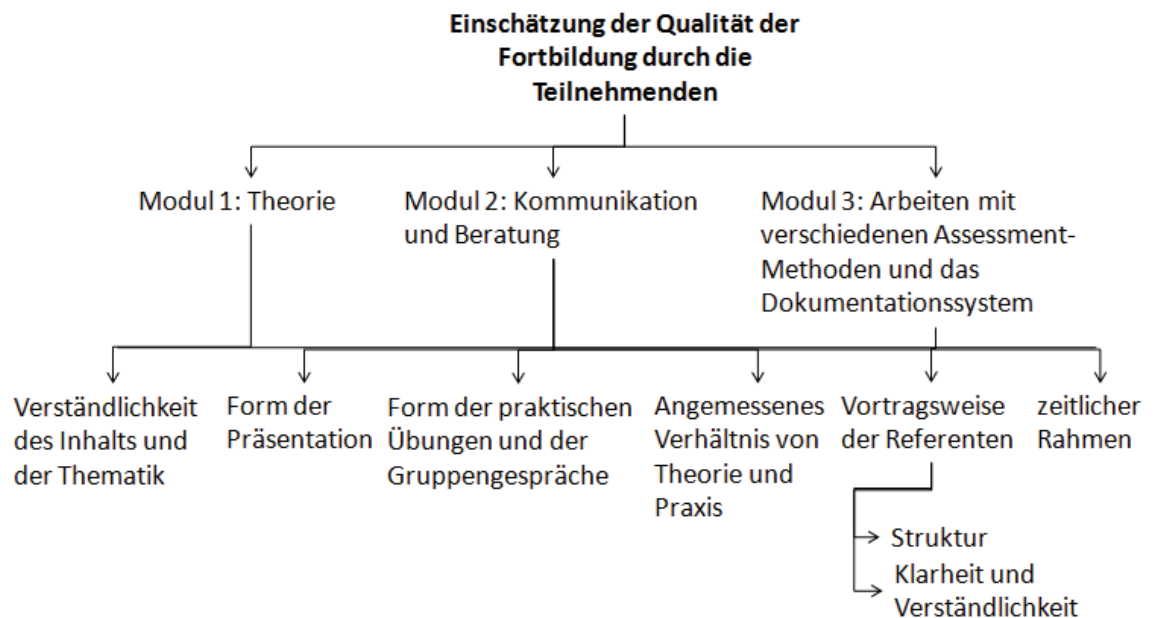


Abbildung 7 Ober- und Unterdimensionen zur Einschätzung der Qualität der Fortbildung durch die Teilnehmenden

B. Haben die Teilnehmenden durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang?

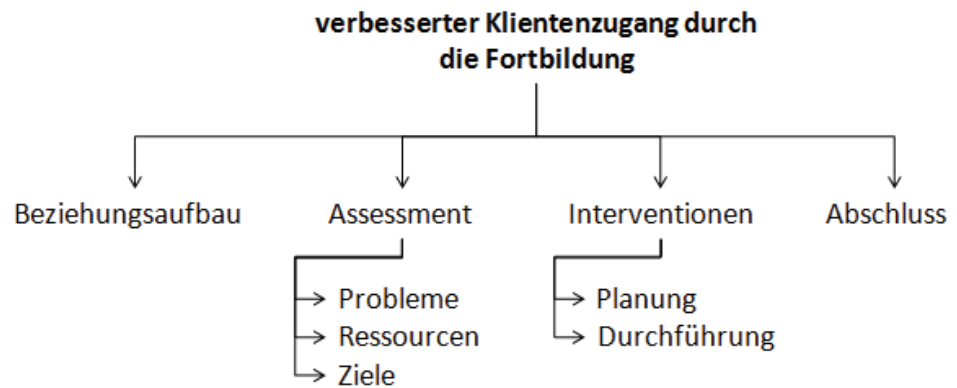


Abbildung 8 Ober- und Unterdimensionen zum verbesserten Klient*innenzugang

C. Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden anwendbar?

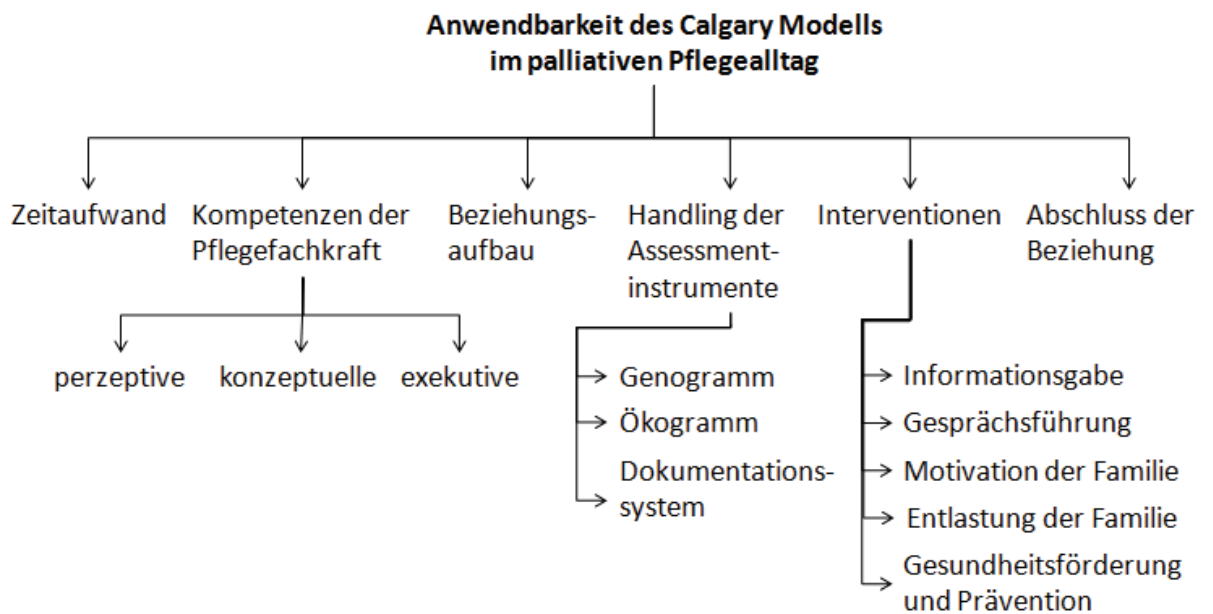


Abbildung 9 Ober- und Unterdimensionen zur Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag

D. Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen?

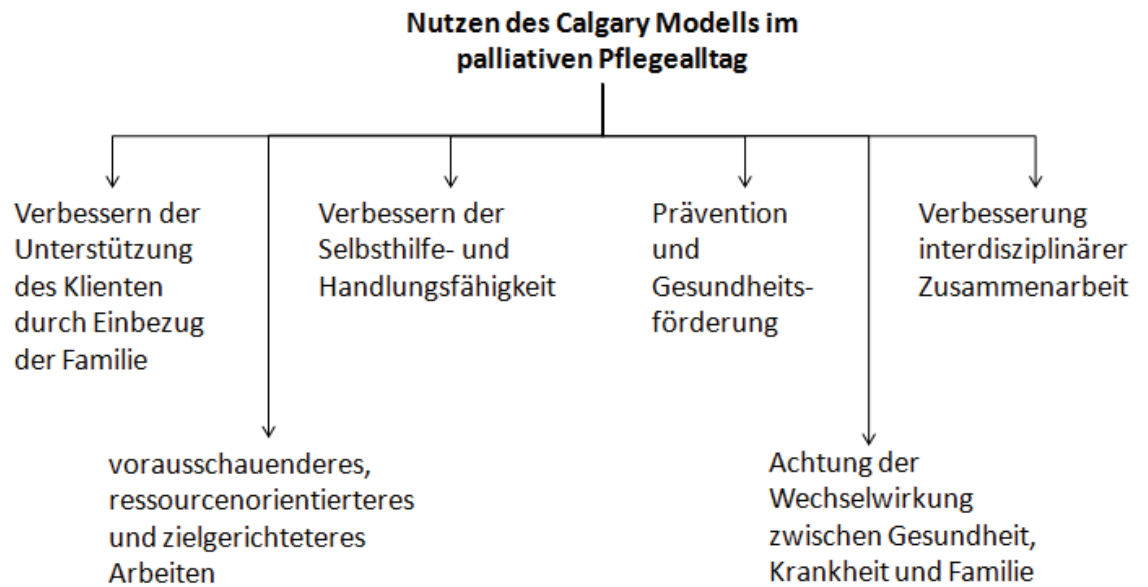


Abbildung 10 Ober- und Unterdimensionen zum Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag

E. Sehen die Teilnehmenden einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells?

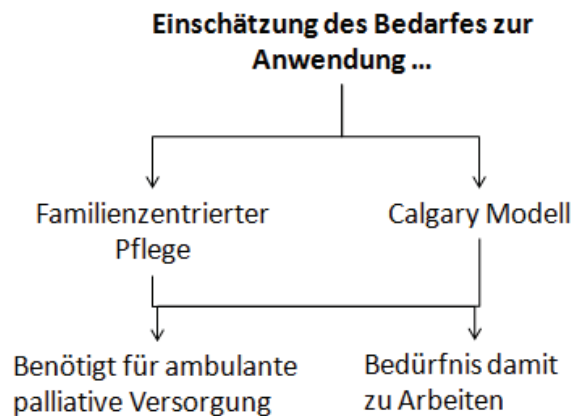


Abbildung 11 Ober- und Unterdimensionen zur Einschätzung des Bedarfes der Anwendung familienzentrierter Pflege und des Calgary Modells

Zu den Ober- und Unterdimensionen wurden Fragestellungen formuliert. Über die Forschungsfragen und somit auch über die Oberdimensionen wurden Frageblöcke erstellt. Zu den jeweiligen Unterdimensionen wurden Fragestellungen formuliert. Die Fragestellungen wurden in Frageblöcken zusammengestellt und optisch voneinander getrennt. Für fast alle Fragen wurden Auswahlmöglichkeiten für die Antwort gegeben. Ein kleiner Teil an Fragen wurde offen gestellt.

Zur Forschungsfrage A wurde der Evaluationsbogen erstellt. Dieser soll die Qualität der Fortbildung darstellen. Zu den Forschungsfragen B-E wurde ein Reflexionsbogen erstellt. Dieser soll messen, welche Effekte die Verwendung des Calgary Modells für die Befragten hat.

4.7 Pretest

Sowohl der Reflexionsbogen als auch der Evaluationsbogen wurden einem Pretest unterzogen. Dieser fand an zwei Versuchspersonen statt und wurde jeweils von einem Mitglied dieser Arbeitsgruppe betreut. Eine Versuchsperson ist Altenpflegerin und hat eine Palliative Care-Weiterbildung, während die andere Versuchsperson Gesundheits- und Krankenpflegerin ist und sich im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft und -management befindet.

Der Pretest dient der Überprüfung der Operationalisierung. Er soll darstellen, ob die Begrifflichkeiten und Fragestellungen eindeutig sind. Zudem soll der Pretest aufzeigen, ob die Durchführung des Tests, also in diesem Fall das Ausfüllen des Fragebogens praktikabel ist (vgl. Burzan 2015, S. 26).

Auf diese Weise konnten noch vorhandene Rechtschreibfehler aufgedeckt und behoben werden. Für den Reflexionsbogen konnten zudem zwei offene Fragen ergänzt werden, die die Möglichkeit boten am Ende des Fragebogens besonders positive und besonders negative Aspekte der Fortbildung hervorzuheben. Die Zeitangaben zur Dauer des Ausfüllens der Fragebögen konnten so genauer bestimmt werden. Im Reflexionsbogen wurde eine Antwortmöglichkeit

überarbeitet, die vorher kaum Unterschied zu einer anderen Antwortmöglichkeit aufwies. Einige wenige Fragen in verschiedenen Frageblöcken des Reflexionsbogens wurden besser operationalisiert, nachdem die Pretest-Versuchspersonen Schwierigkeiten damit aufzeigten. Die Neuerungen wurden innerhalb der Arbeitsgruppe und auch mit den Versuchspersonen besprochen.

Somit lässt sich festhalten, dass der Pretest Verbesserungsmöglichkeiten für den ursprünglichen Fragebogen hervorbrachte. Diese Möglichkeiten zur Verbesserung wurden von der Forschungsgruppe genutzt. Der endgültige Evaluations- und Reflexionsbogen ist im Anhang zu finden.

4.8 Datenerhebung

Die Datenerhebung mittels der Fragebögen geschah zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Die Qualität der Fortbildung wurde mittels Evaluationsbogen direkt nach der Fortbildung erhoben. Dies geschah im gleichen Raum, in dem die Fortbildung statt fand. So waren die Erinnerungen der Befragten noch sehr präsent während sie den Fragebogen beantworteten. Die Arbeitsgruppe nahm dabei etwas Abstand von den Befragten, um diese nicht zu bedrängen und ein Gefühl der „Kontrolle“ zu geben. Nach der Fortbildung wurden die Teilnehmenden ebendieser mit einer Aufgabe aus der Fortbildung entlassen. Sie sollten die Anwendung des Calgary Familien-Assessment Modells in ihrem Arbeitsleben erproben.

Der Reflexionsbogen wurde deswegen einige Wochen nach der Fortbildung verteilt. Ursprünglich war ein Reflexionstreffen geplant, welches die Teilnehmerinnen der Fortbildung miteinander in Austausch und Diskussion bringen sollte. Dieses musste einige Tage vor dem Stattfinden des Treffens abgesagt werden. Personelle Probleme durch Urlaub und Krankheit machten das Treffen nicht möglich. Da die Arbeitszeit für diese Ausarbeitung begrenzt ist, entschied sich die Arbeitsgruppe dazu das Reflexionstreffen nicht stattfinden zu lassen. Die ausgedruckten Reflexionsbögen wurden mit frankierten Briefumschlägen und mit versehener Empfängeradresse in den jeweiligen

Örtlichkeiten des Pflegedienstes verteilt. So war der Zugang allen Teilnehmerinnen der Fortbildung leicht möglich, die Bögen konnten einfach per Post verschickt werden und die Anonymität wurde gewährleistet.

4.9 Datenaufbereitung und Interpretation

In der Datenaufbereitung und der Dateninterpretation sollen Hypothesen geprüft werden und Folgerungen zu Erkenntnisgewinn gezogen werden (vgl. Burzan 2015, S. 26). Diese Prüfungen und Schlussfolgerungen werden in den Ergebnissen vorgestellt. Die mittels Fragebögen erhobenen Daten wurden mit Microsoft Excel ausgewertet. Da die Stichprobe mit acht Teilnehmerinnen der Fortbildung sehr klein ist, lassen sich die Ergebnisse der Fragebögen nur deskriptiv auswerten. Die deskriptive Auswertung erfolgt mittels absoluten und relativen Zahlen sowie mit Diagrammen. Zusammenhänge und Korrelationen herzustellen wäre bei einer so kleinen Stichprobe nicht zielführend. Für solche Schlussfolgerungen müssten sich nachfolgende Untersuchungen anschließen. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt, diskutiert und kurz zusammengefasst.

5 Ergebnisse

Die Ausführungen zu den Ergebnissen werden nach den Forschungsfragen gegliedert. Die Hypothesen, die zu Beginn der Arbeit gemacht wurden, werden im Folgenden überprüft und die Ergebnisse dargestellt. Die Ergebnisse resultieren aus zwei Fragebögen: einem Evaluationsbogen und einem Reflexionsbogen. Der Evaluationsbogen sollte die Qualität der Fortbildung erfassen und wurde direkt nach der Fortbildung ausgehändigt und von den Teilnehmerinnen ausgefüllt. Der Reflexionsbogen wurde im Abstand von einigen Wochen in den verschiedenen beruflichen Standorten der Teilnehmerinnen der Fortbildung ausgeteilt und sollte das Ausprobieren des Calgary Modells erfassen.

Durch die verschiedenen Zeitpunkte des Ausfüllens der beiden Fragebögen ergaben sich unterschiedliche Rücklaufquoten. Mit dem Ausfüllen der Evaluationsbögen im Anschluss der Fortbildung konnte ein Rücklauf von 100 % erreicht werden. Der Rücklauf der Reflexionsbögen liegt durch den Zeitraum von einigen Wochen dazwischen bei 50 %. Dies könnte an der geforderten Eigeninitiative liegen, die sich unter anderem aus dem selbstständigen Aufsuchen eines Briefkastens ergibt. Zudem wurde die Aufgabe gestellt, das Calgary Modell in der Praxis auszuprobieren, was die Voraussetzung zum Ausfüllen des Fragebogens darstellt. Dies könnte die noch größere Hürde sein, da der Versuch der Umsetzung Zeit kostet und großer Motivation bedarf. Der Arbeitsalltag der Teilnehmerinnen könnte dem Ausprobieren des CFAM im Weg gestanden haben und dies möglicherweise nicht zugelassen haben. Zudem könnte die Compliance der Patienten für die Durchführung eine zusätzliche Hürde darstellen. Durch die Anonymität der Fragebögen, ist das persönliche Verantwortungsgefühl für den Versuch der Umsetzung der von den Referenten mitgegebenen Aufgabe und das Ausfüllen des Reflexionsbogens möglicherweise geringer.

In den folgenden Ausführungen werden die Ergebnisse der Befragungen dargestellt. Diese gliedern sich durch die Forschungsfragen in fünf Unterpunkte, wobei sich das Kapitel „Qualität der Fortbildung“ auf die Auswertung der Evaluationsbögen bezieht und die weiteren vier Punkte auf die Auswertung der Reflexionsbögen.

5.1 Qualität der Fortbildung

Zu Beginn der Arbeit stellte sich diese Arbeitsgruppe verschiedene Forschungsfragen. Die erste Forschungsfrage lautete: Wie wird die Qualität der Fortbildung von den Teilnehmenden eingeschätzt? Die Qualität wurde im Kontext dieser Arbeit als die Beschaffenheit und die Gesamtheit von Eigenschaften eines Konstrukts definiert. Das Konstrukt ist in diesem Zusammenhang die Fortbildung. Die Beschaffenheit wurde über einige Eigenschaften definiert, die

operationalisiert und im Evaluationsbogen in Frageblöcken zu den jeweiligen Modulen zusammengefasst wurden. Es wurden folgende Eigenschaften als Qualitätsindikatoren von den Autorinnen ausgemacht: Verständlichkeit des Inhalts der Thematik, Form der Präsentation, aktiver Einbezug der Teilnehmenden und dessen Verhältnis zum theoretischen Anteil des Moduls sowie, in Bezug auf den Vortragenden, der Aufbau, die Verständlichkeit des Referenten und der zeitliche Rahmen.

Die Darstellung der Qualität der Fortbildung kann im Folgenden in den einzelnen Modulen erfolgen. So können konkrete Empfehlungen für einzelne Module von zukünftigen Fortbildungen zum Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege gegeben werden.

Eingangs wurden zu der Forschungsfrage nach der Qualität der Fortbildung Hypothesen aufgestellt:

H_{1A} : Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden als ausreichend oder besser bewertet.

H_{0A} : Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden als mangelhaft oder ungenügend bewertet.

Diese Hypothesen werden mit der Darstellung der Ergebnisse der Qualität der Fortbildung verifiziert beziehungsweise falsifiziert.

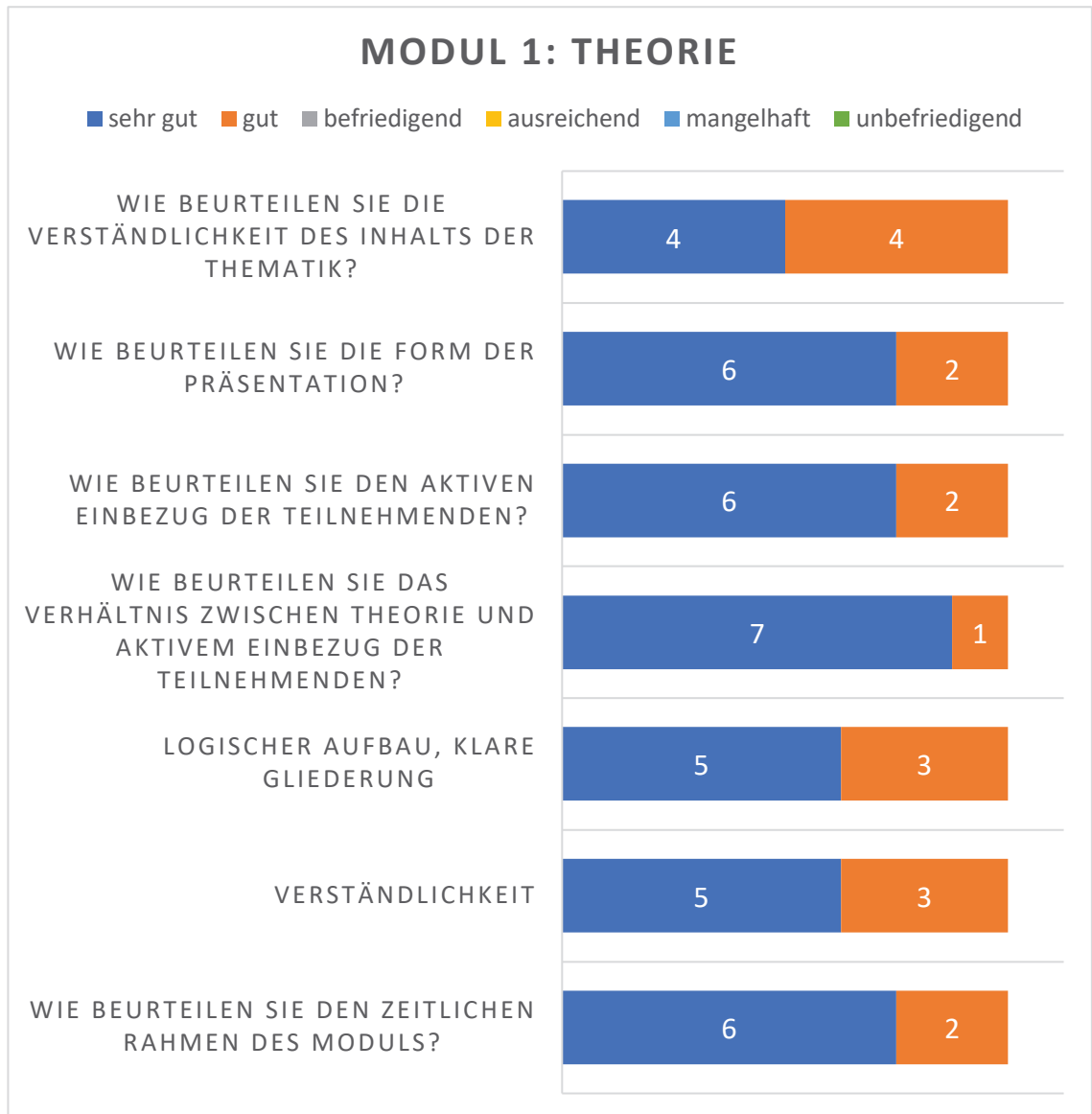


Abbildung 12 Darstellung der Qualität des Moduls „Theorie“ der Fortbildung nach den festgelegten Kriterien

Das Modul „Theorie“ wurde nach dem Schulnotensystem insgesamt mit 1,3 bewertet. Dieser Mittelwert bildet sich aus allen abgefragten Kriterien. Die Bewertungen der Teilnehmerinnen fielen ähnlich aus. Es wurden nur die Noten „1“ und „2“ vergeben. Der Inhalt der Thematik war gut bis sehr gut verständlich. Die Form der Präsentation, der aktive Einbezug der Teilnehmerinnen und das Verhältnis des aktiven Einbezugs der Teilnehmerinnen zum theoretischen Anteil des Moduls wurden vorwiegend mit „sehr gut“ bewertet. Die Gliederung und der zeitliche Rahmen der Vortragenden sowie deren Verständlichkeit wurden ebenfalls meist mit der Note „sehr gut“ bewertet.

MODUL 2: KOMMUNIKATION UND BERATUNG

■ sehr gut
 ■ gut
 ■ befriedigend
 ■ ausreichend
 ■ mangelhaft
 ■ unbefriedigend

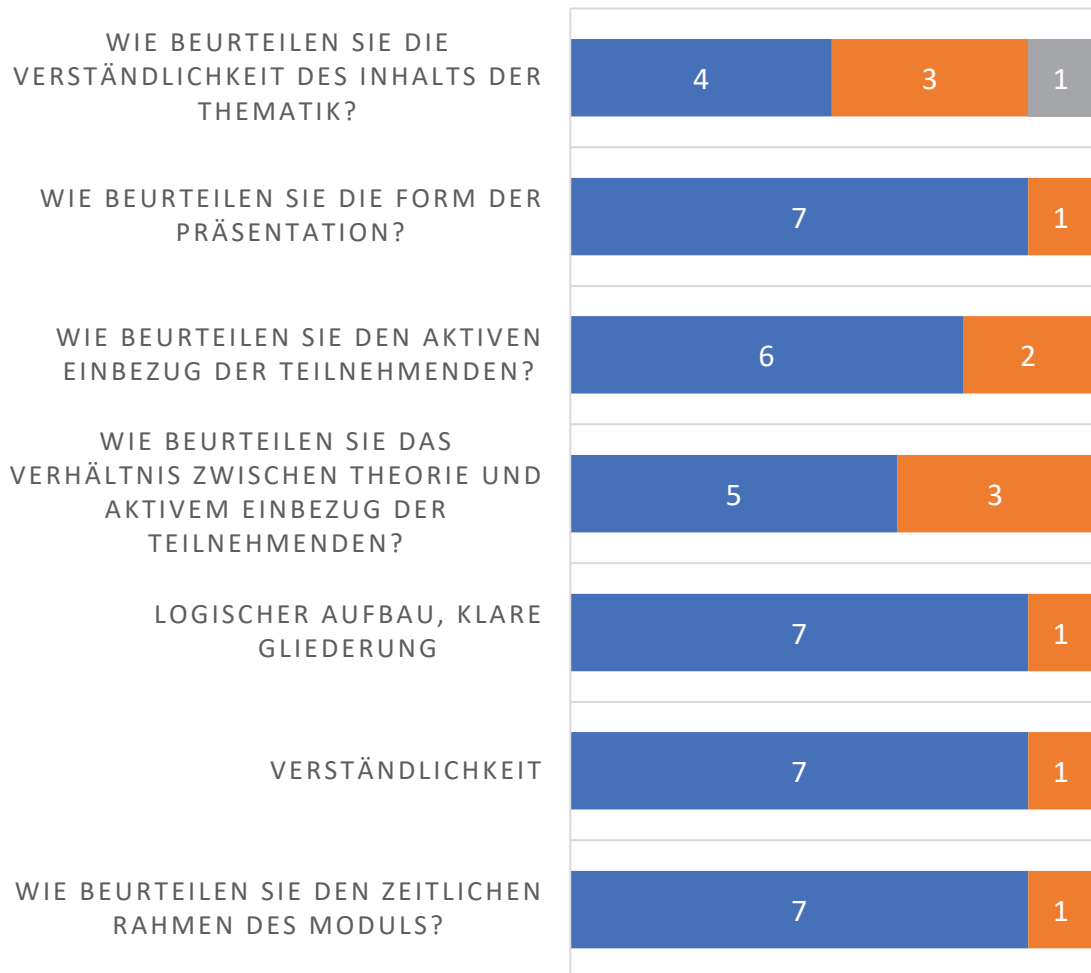


Abbildung 13 Darstellung der Qualität des Moduls „Kommunikation und Beratung“ der Fortbildung nach den festgelegten Kriterien

Nach dem Schulnotensystem wurde das Modul „Kommunikation und Beratung“ insgesamt mit 1,25 bewertet. Die Bewertungen der Teilnehmerinnen fielen ähnlich aus, wobei eine Bewertung mit einer „3“ auffällt. Es wurden nur die Noten 1-3 vergeben. Der Inhalt der Thematik war gut verständlich. Hierzu wurde schriftlich angegeben, dass sich mehr Beispiele zu den verschiedenen Techniken der Kommunikation gewünscht wurden. In der Fortbildung konnten die Begrifflichkeiten „paraphrasieren“ und „verbalisieren“ nicht vollends für die Teilnehmerinnen verständlich voneinander abgegrenzt werden. Die Form der

Präsentation, der aktive Einbezug der Teilnehmerinnen und das Verhältnis des aktiven Einbezugs der Teilnehmerinnen zum theoretischen Anteil des Moduls wurden vorwiegend mit „sehr gut“ bewertet. Die Gliederung und der zeitliche Rahmen der Vortragenden sowie deren Verständlichkeit wurden ebenfalls überwiegend mit der Note „sehr gut“ bewertet.

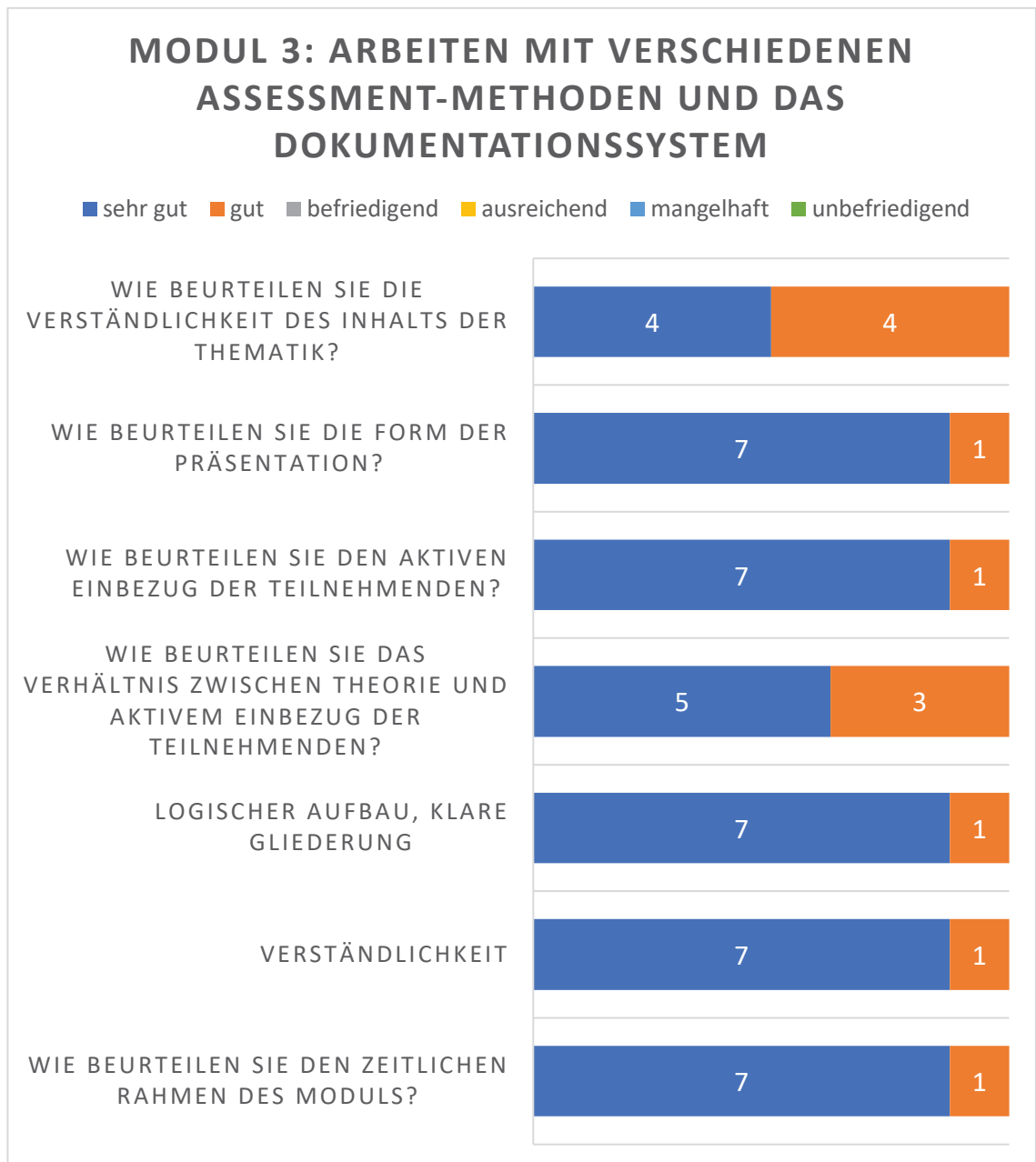


Abbildung 14 Darstellung der Qualität des Fortbildungsmoduls „Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem“ nach den festgelegten Kriterien

Nach dem Schulnotensystem wurde das Modul „Kommunikation und Beratung“ insgesamt mit 1,2 bewertet. Die Bewertungen der Teilnehmerinnen fielen ähnlich aus. Es wurden nur die Noten 1-2 vergeben. Der Inhalt der Thematik war gut bis sehr gut verständlich. Die Form der Präsentation, der aktive Einbezug der Teilnehmerinnen und das Verhältnis des aktiven Einbezugs der Teilnehmerinnen zum theoretischen Anteil des Moduls wurden vorwiegend mit „sehr gut“ bewertet. Die Gliederung und der zeitliche Rahmen der Vortragenden sowie deren Verständlichkeit wurden ebenfalls überwiegend mit der Note „sehr gut“ bewertet.

In der offenen Frage, was den Teilnehmerinnen an der Fortbildung am besten gefiel, nannten drei der Teilnehmerinnen, dass die Anteile von Praxis und Theorie gut aufgeteilt waren. Die Verständlichkeit der Thematik wurde von zwei Teilnehmerinnen als positiv hervorgehoben. Dass sich andere Perspektiven beziehungsweise neues Wissen für die Teilnehmerinnen öffnen, nannten ebenfalls drei Befragte als vorteilhaft. Zudem wurde an der Fortbildung das Verteilen der Handouts, die Umsetzbarkeit der Thematik und die Anschaulichkeit als besonders gut bewertet. Die Authentizität durch die Darstellung des eigenen Beispiels der Referentinnen und die „lockere“ Atmosphäre wurden ebenfalls als positiv hervorgehoben.

Sieben der acht Befragten beantworteten die Frage nach dem, was an der Fortbildung nicht gefallen würde, nicht. Eine Befragte gab an, dass mehr Beispiele zu den Kommunikationstechniken wünschenswert wären. Zudem gab Sie an, dass sie gerne ein Genogramm ihrer eigenen Familie im Rahmen dieser Veranstaltung angefertigt hätte.

	A.4.1 Was gefällt Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut?	A.4.2 Was gefällt Ihnen an der Veranstaltung nicht gut?
Befragte 1	"Alles!"	-
Befragte 2	"Einbezug der Teilnehmenden, praktischen und theoretischen Teil, Kopievorlagen"	-
Befragte 3	"den Einbezug der Teilnehmer, sehr viel Wissenswertes erhalten"	-
Befragte 4	"Das man einen neuen Blickwinkel für Erstgespräche, Dokumentation, Stammdatensammlung bekommt."	-
Befragte 5	"das neue interessante Themen, Aspekte für die Pflege in Erfahrung gebracht werden konnten, ein wichtiges Thema das sich gut umsetzen lässt"	-
Befragte 6	"klarer und verständlicher Aufbau aller Elemente, auch der praktische Teil war anschaulich und interessant"	-
Befragte 7	"es war locker und sehr verständlich, die Teilnehmer wurden sehr gut mit einbezogen, Fragen wurden sehr gut beantwortet, man hat dadurch Motivation vermittelt bekommen, Theorie und Praxis war gut gemischt"	-
Befragte 8	"logische Gliederung, Versuch theoretischen Teil interessant und so knapp wie möglich zu handhaben, ausgeglichener Anteil beider Referenten am Vortrag, besonders "schön": Interview und praktisch gezeigt, wie erstes Genogramm bei Friedi war - wirkt dadurch sehr authentisch, "ehrlich""	"mehr Beispiele zu Kommunikationstechniken wünschenswert, eigenes Genogramm zu zeichnen wäre interessant gewesen, 1 Beispiel in Praxis machen und reflektieren, ob anwendbar → kommt ja noch im Auswertungsgespräch, Das wird interessant zu diskutieren, ob es in der Praxis bei uns in der Firma ein Zugewinn ist und weiter umgesetzt wird von den PK's."

Tabelle 6 Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen zur Qualität der Fortbildung

Es ist festzuhalten, dass alle drei Module ähnlich gut bewertet wurden. Sowohl die Vortragsweisen der beiden Referentinnen als auch die Inhalte der Module wurden ähnlich positiv bewertet. Es wurden von allen Teilnehmerinnen der Fortbildung fast nur mit den Noten „1“ und „2“ bewertet. Eine Bewertung, die mit „befriedigend“ vorgenommen wurde, fällt bei den guten bis sehr guten Bewertungen auf. Diese Bewertung lag vermutlich daran, dass keine klare Abgrenzung von „paraphrasieren“ und „verbalisieren“ durch die Referenten vermittelt werden konnte. Beispiele wären hierbei hilfreich gewesen. Zudem hätte sich eine Teilnehmerin gewünscht das eigene Genogramm zu malen. Dies könnte für das Verständnis der Thematik zusätzlich förderlich sein.

Zwischen den Bewertungen der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und den Bewertungen der Altenpflegerinnen sind Unterschiede zu erkennen. Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bewerten in allen Fragen zu jedem Modul etwas schlechter als die Altenpflegerinnen. Altenpflegerinnen bewerteten die Fortbildung durchschnittlich mit 1,17, während die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen diese mit 1,52 bewerteten. Zudem gibt es Bewertungsunterschiede zwischen den Befragten mit Palliative Care-Weiterbildung und ohne. Bis auf eine Frage wurden alle Fragestellungen von den Befragten mit Palliative Care-Weiterbildung etwas weniger gut bewertet. Die Befragten ohne Palliative Care-Weiterbildung bewerteten nur die Verständlichkeit der Referentin in dem Modul der Theorie etwas weniger gut. Die durchschnittliche Bewertung aller Module der Fortbildung von den Befragten mit Palliative Care-Weiterbildung liegt bei 1,46 und die der Befragten ohne Palliative Care-Weiterbildung liegt bei 1,14. Eine Befragte, die Gesundheits- und Krankenpflegerin ist und zudem eine Palliative Care-Weiterbildung hat, bewertet durchschnittlich mit 2,05. Dieser Umstand beeinflusst den Vergleich der vorherigen Gruppen sehr stark, da die Stichprobe sehr klein ist. Dadurch kann man aus den Unterschieden zwischen den Gruppen vermutlich keine Schlüsse ziehen.

Die anfangs gestellte Hypothese H_{0A} kann verworfen und H_{1A} kann angenommen werden. Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden als

ausreichend oder besser bewertet. Hierbei ist auszumachen, dass die Bewertung mit Benotungen von 1-3 deutlich besser war als ausreichend. Bildet man den Mittelwert aller Benotungen, liegt die Bewertung bei 1,25 und liegt somit deutlich über der Note „4“ als ausreichend.

5.2 veränderter Klient*innenzugang

Die Arbeitsgruppe stellte sich zu Beginn der Arbeit eine weitere Forschungsfrage: Haben die Teilnehmenden durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang? Für diese Fragestellung sollten Daten im Reflexionsbogen erhoben werden. Der verbesserte Klient*innenzugang definiert sich für diese Ausarbeitung als ein positives wechselseitiges Verhältnis zum versorgten Individuum, welches durch die Pflegefachkraft schneller und einfacher hergestellt werden kann.

Der verbesserte Klient*innenzugang sollte sich in den verschiedenen Phasen des Familienkontaktes abzeichnen. So wurde der verbesserte Klient*innenzugang nach diesen Phasen operationalisiert. Es konnten der Beziehungsaufbau, die Erfassung von Problemen, Ressourcen und Zielen, die Planung und die Durchführung von Interventionen sowie der Abschluss der Beziehung als maßgebliche Faktoren für den verbesserten Klient*innenzugang erkannt werden.

Für die Forschungsfrage nach dem verbesserten Klient*innenzugang wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{1B}: Die Teilnehmenden haben durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang.

H_{0B}: Der Klient*innenzugang der Teilnehmenden hat sich durch die Fortbildung nicht verändert.

In diesem Kapitel werden die Hypothesen zum verbesserten Klient*innenzugang verifiziert und falsifiziert.

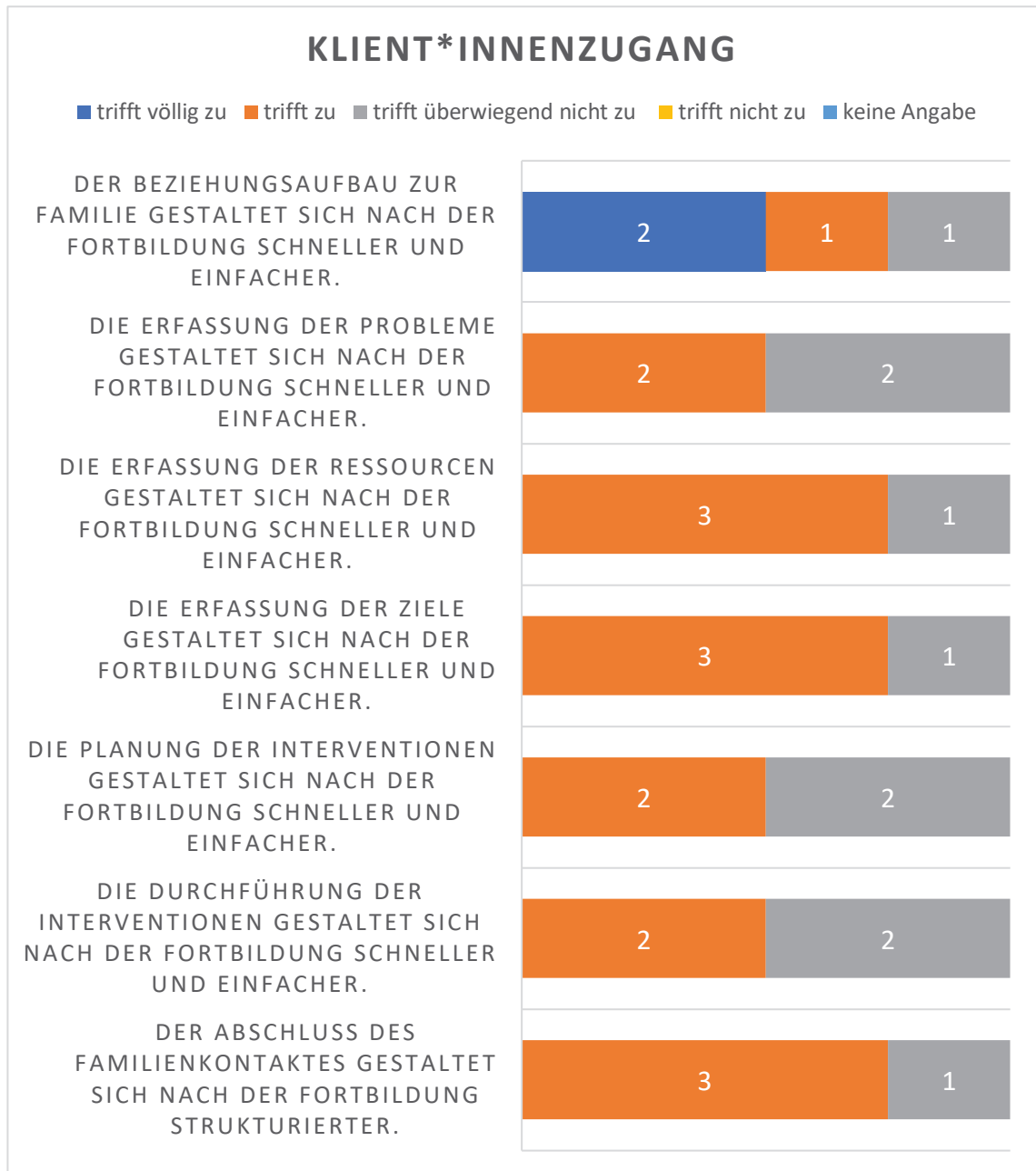


Abbildung 15 Darstellung des veränderten Klient*innenzugangs zu den verschiedenen Phasen des Familienkontaktes nach den festgelegten Kriterien

In fünf Antwortkategorien, wovon eine Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ ist, konnten die Befragten auf den Klient*innenzugang zutreffendes ankreuzen. Die Bewertungen waren in vier Möglichkeiten abgestuft. Die Bewertungen der Teilnehmerinnen zu den Aspekten des Klient*innenzugangs fielen unterschiedlich aus.

Aus drei der vier Fragebögen war zu erkennen, dass sich der Aufbau der Beziehung zur Familie einfacher und schneller mit der Anwendung des Calgary

Modells gestaltet. Vom Assessment bis zum Abschluss der Beziehungen wird das Calgary Modell als mehr oder weniger hilfreich angesehen. Die Erfassung von Problemen, Ressourcen und Zielen gestaltet sich laut zwei beziehungsweise drei Befragten schneller und einfacher. Die Planung und Durchführung von Interventionen sind, laut zwei Befragten, nach der Fortbildung und mit der Arbeit mit dem Calgary Modell schneller und einfacher. Die anderen beiden Befragten sehen kaum Unterschied beim Planen und Durchführen von Interventionen mit dem Calgary Modell. Drei der vier Befragten geben an, dass sich nach der Fortbildung mit dem Calgary Modell der Abschluss der Beziehung strukturierter gestalten lässt.

Somit ist festzustellen, dass die Befragten insbesondere Vorteile im Beziehungsaufbau erkennen konnten. Zudem konnte durch die Befragten festgestellt werden, dass das Assessment tendenziell schneller und einfacher geht. Bei der Planung und Durchführung von Interventionen konnten jedoch nur zwei von vier Befragten eine Verbesserung feststellen und die anderen beiden nicht. Der Abschluss der Beziehung gestaltet sich laut den Befragten tendenziell strukturierter.

In Bezug auf die vorher aufgestellten Hypothesen bedeutet dies, dass die Hypothese H_{0B} verworfen und H_{1B} angenommen werden kann. Die Teilnehmenden haben durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang. Dies lässt sich insbesondere beim Aufbau der Beziehung erkennen. Das Erfassen der Probleme, Ressourcen und Ziele geht tendenziell schneller und einfacher. Zudem lässt sich die Beziehung tendenziell leichter abschließen. Für die Planung und Durchführung von Interventionen sind die Befragten geteilter Meinung.

5.3 Anwendbarkeit des Calgary Modells

Eine weitere Forschungsfrage, die sich zu Beginn dieser Arbeit gestellt wurde, war Folgende: Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden der Fortbildung anwendbar? Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Daten im Reflexionsbogen erhoben. Die Anwendbarkeit wurde von der Arbeitsgruppe zweckmäßig für dieses Projekt definiert. Die Anwendbarkeit bedeutet im Kontext dieser Ausarbeitung, dass sich die Verwendung des Calgary Modells praktikabel und effizient gestaltet. Voraussetzung für die Verwendung ist, dass die Teilnehmenden mit dem Modell umgehen können. Aus diesem Grund wurden zu diesen Frageblock zwei offene Fragen nach dem Kompetenzzuwachs und Unsicherheiten in der Arbeit mit dem Calgary Modell ergänzt.

Die Unterdimensionen der Anwendbarkeit stellten sich vielschichtig dar, weshalb dieser Frageblock umfangreicher als die anderen Blöcke ausfiel. Die von der Arbeitsgruppe festgelegten Unterdimensionen sind: Zeitaufwand, Kompetenzen der Pflegefachkraft, Beziehungsaufbau, Handling der Assessmentinstrumente, Interventionen und der Abschluss der Beziehung. Die Kompetenzen der Pflegefachkraft, das Handling der Assessmentinstrumente und die Interventionen untergliedern sich wiederum in weitere Unterdimensionen.

Zur Untersuchung der Anwendbarkeit wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{1C} : Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden anwendbar.

H_{0C} : Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden nicht anwendbar.

In diesem Kapitel werden die Hypothesen zur Anwendbarkeit des Calgary Modells verifiziert und falsifiziert.

ANWENDBARKEIT DES CALGARY MODELLS IM PALLIATIVEN PFLEGEALLTAG

■ trifft völlig zu
 ■ trifft zu
 ■ trifft überwiegend nicht zu
 ■ trifft nicht zu
 ■ keine Angabe

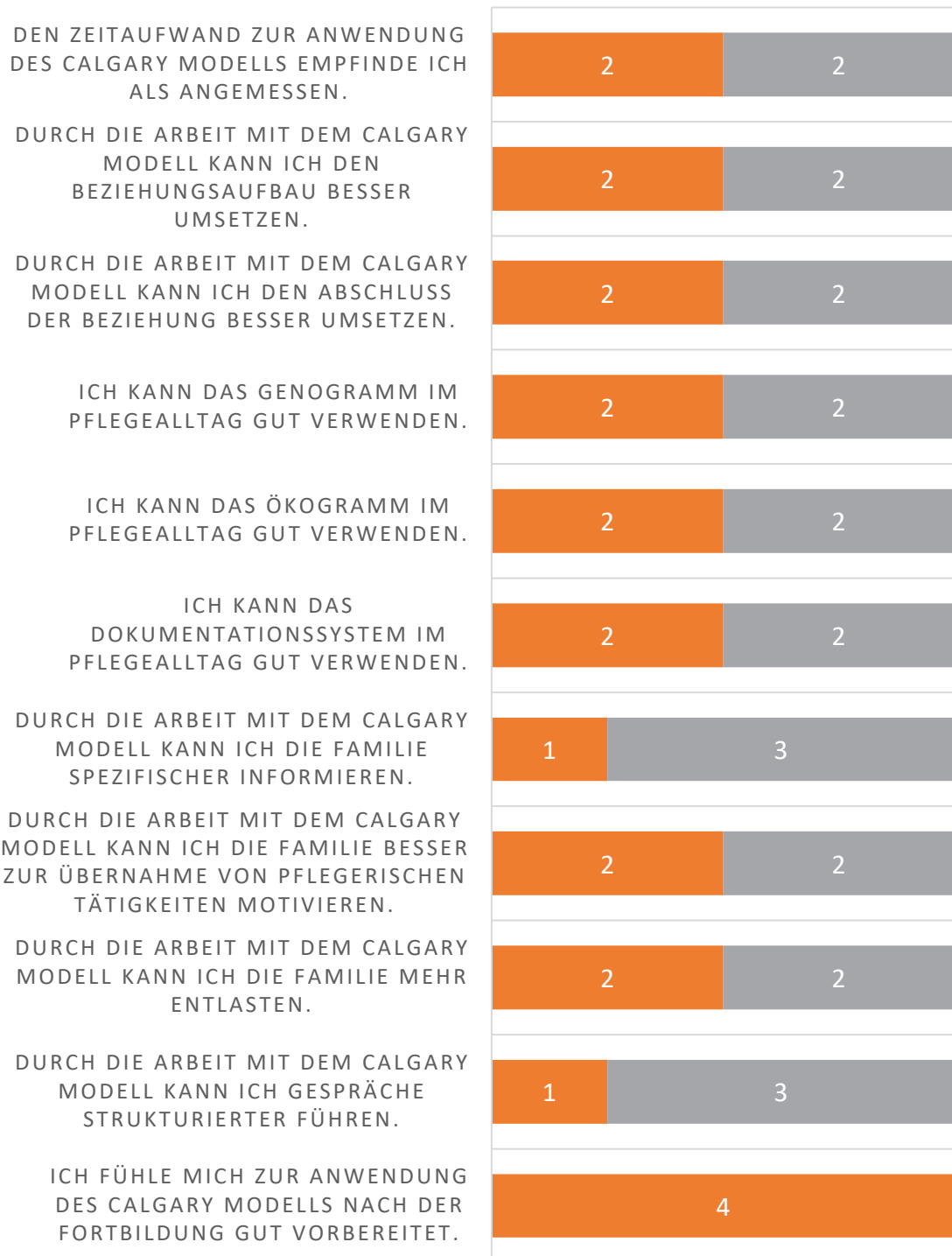


Abbildung 16 Darstellung der Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag in verschiedenen Dimensionen

In fünf Antwortkategorien, wovon eine Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ ist, konnten die Befragten auf die Anwendbarkeit zutreffendes ankreuzen. Die Bewertungen waren in vier Möglichkeiten abgestuft. Die Bewertungen der Teilnehmerinnen zu den Dimensionen der Anwendbarkeit fielen unterschiedlich aus.

Zwei der vier Antworten aus den Fragebögen sehen den Zeitaufwand für die Verwendung des Calgary Modells als angemessen an. Die anderen beiden Antworten sehen den Zeitaufwand überwiegend nicht als angemessen an. Für die bessere Umsetzbarkeit des Beziehungsaufbaus und des Abschlusses der Beziehung liegt die Antwortverteilung genauso. Das Genogramm, das Ökogramm und das Dokumentationssystem können von zwei der vier Befragungsteilnehmerinnen gut im Pflegealltag verwendet werden. Die anderen beiden können diese Instrumente nicht gut im Pflegealltag verwenden. Die Antwortverteilung ist ebenso bei den Dimensionen der besseren Möglichkeit die Familie zu entlasten und sie zu pflegerischen Tätigkeiten zu motivieren. Eine von vier Antworten gibt an durch das Calgary Modell die verbesserte Fähigkeit zu haben der Familie spezifische Informationen zu geben und Gespräche strukturierter führen zu können. Die drei anderen Antworten sehen diese Fähigkeiten als überwiegend nicht verbessert an. Es sehen sich alle Befragten, die den Fragebogen beantwortet haben, durch die Fortbildung gut auf die Arbeit mit dem Calgary Modell vorbereitet.

Von den vier Teilnehmerinnen der Fortbildung, die den Reflexionsbogen ausgefüllt haben, antworteten zwei auf die offene Frage zum Kompetenzzuwachs durch die Fortbildung, dass das Arbeiten strukturierter möglich ist. Unsicherheiten in der Anwendung des Calgary Modells stellten diese beiden Befragten nicht fest. Eine weitere Befragte antwortete, dass sie familiäre Strukturen durch das Genogramm besser erkennen könne. Diese Befragte gibt bei der Frage nach Unsicherheiten an, dass die praktische Anwendung des Genogramms mehr Übung brauche, um diese zu festigen und im Pflegealltag verwenden zu können. Sie befürchtet jedoch, dass der Aufwand des Assessments, durch zu geringe Motivation, nicht von den Mitarbeitenden

geschätzt werden könnte. Dieses Problem sieht sie vor allem im ambulanten Bereich. Die Befragte könnte sich die Anwendung und größere Motivation für die Umsetzung im stationären Bereich eher vorstellen.

	C.12 Ich habe einen Kompetenzzuwachs in folgenden Bereichen gewonnen:	C.13 Während er Arbeit mit dem Calgary Modell stellte ich folgende Unsicherheiten bei mir fest:
Befragte 1	"Durch das Calgary Modell kann man in allen Bereichen strukturierter Arbeiten."	"keine"
Befragte 2	"Ich habe viele Dinge schon angewandt bevor ich dieses Modell kannte - durch das Calgary Modell kann man vieles strukturierter anwenden - danke dafür!"	"keine"
Befragte 3	"graphische Übung mit dem Genogramm hilft mir familiäre Strukturen visuell darzustellen und einfacher zu "durchschauen""	"fehlt mir noch an praktischer Anwendung um Genogramm weiter zu festigen, Genogramm müsste mir noch schneller und einfacher von der Hand gehen um es in meinen Pflegealltag einbauen zu können; Es wäre schön ein Genogramm bei komplexen palliativ betreuten Familien zu erstellen. Ich befürchte jedoch, dass der Aufwand (wenn ich so ein Genogramm erstellen würde), von den MA nicht geschätzt werden würde. Die ambulanten MA lesen sich teilweise nicht mal die Pflegeberichte durch. Ich denke, die Motivation sich dann noch mit einem Genogramm auseinander zu setzen, ist sehr gering. Im stationären Setting könnte ich mir das eher vorstellen."
Befragte 4	-	-

Tabelle 7 Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen zur Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag zum Kompetenzzuwachs durch die Fortbildung und zu Unsicherheiten in der Arbeit mit dem Calgary Modell

Es ist festzustellen, dass die Stichprobe hinsichtlich der Anwendbarkeit im zeitlichen Aspekt, im Beziehungsaufbau und im Assessment geteilter Meinung ist. Es scheint jedoch für die Hälfte der Befragten möglich zu sein, das Calgary Modell im Pflegealltag anzuwenden. Bei Interventionen, wie Informationsgabe, Gesprächsführung, Motivation der Familie zu pflegerischen Tätigkeiten sowie Gesundheitsförderung und Prävention, ist das Calgary Modell tendenziell weniger hilfreich. Die Teilnehmerinnen sehen sich jedoch alle befähigt nach der Fortbildung mit dem Calgary Modell zu arbeiten.

Für die vorher aufgestellten Hypothesen bedeutet dies, dass die Hypothese H_{0C} verworfen und H_{1C} angenommen werden kann. Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden der Fortbildung anwendbar. Jedoch ergeben sich zeitliche Hürden. Der Aufbau der Beziehung zur Familie und das Assessment können teilweise besser umgesetzt werden. Die Interventionen können tendenziell durch das Calgary Modell nicht besser umgesetzt werden. Jedoch empfinden alle Befragten, dass sie sich durch die Fortbildung gut auf die Anwendung des Calgary Modells vorbereitet fühlen.

5.4 Nutzen des Calgary Modells

Die nächste Forschungsfrage, die sich diese Arbeitsgruppe zu Beginn der Arbeit stellte war: Ist das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen? Für diese Fragestellung wurden ebenfalls Daten im Reflexionsbogen erhoben. Der Nutzen wurde von der Arbeitsgruppe im Zusammenhang mit dieser Ausarbeitung zweckmäßig definiert. Der Nutzen meint Vorteile, die sich durch die Arbeit mit dem Calgary Modell ergeben.

Um die Frage nach dem Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag zu beantworten, wurden ebenfalls Unterdimensionen festgelegt und operationalisiert. Die Arbeitsgruppe stützt den Frageblock zur Beantwortung dieser Thematik auf folgende Kriterien: das Verbessern der Unterstützung des Klienten durch Einbezug der Familie, das Verbessern der Selbsthilfe- und Handlungsfähigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung, Verbesserung

interdisziplinärer Zusammenarbeit, Achtung der Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie sowie vorausschauendes, ressourcenorientiertes und zielgerichtetes Arbeiten. Diese Kriterien sind innerhalb eines Frageblocks gebündelt.

Für die Forschungsfrage nach dem Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{1D} : Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen.

H_{0D} : Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden nicht von Nutzen.

In diesem Kapitel werden die Hypothesen Nutzen verifiziert und falsifiziert.

In fünf Antwortkategorien, wovon eine Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ ist, konnten die Befragten auf den Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag zutreffendes ankreuzen. Die Bewertungen waren in vier Möglichkeiten abgestuft.

NUTZEN DES CALGARY MODELLS IM PALLIATIVEN PFLEGEALLTAG

■ trifft völlig zu
 ■ trifft zu
 ■ trifft überwiegend nicht zu
 ■ trifft nicht zu
 ■ keine Angabe

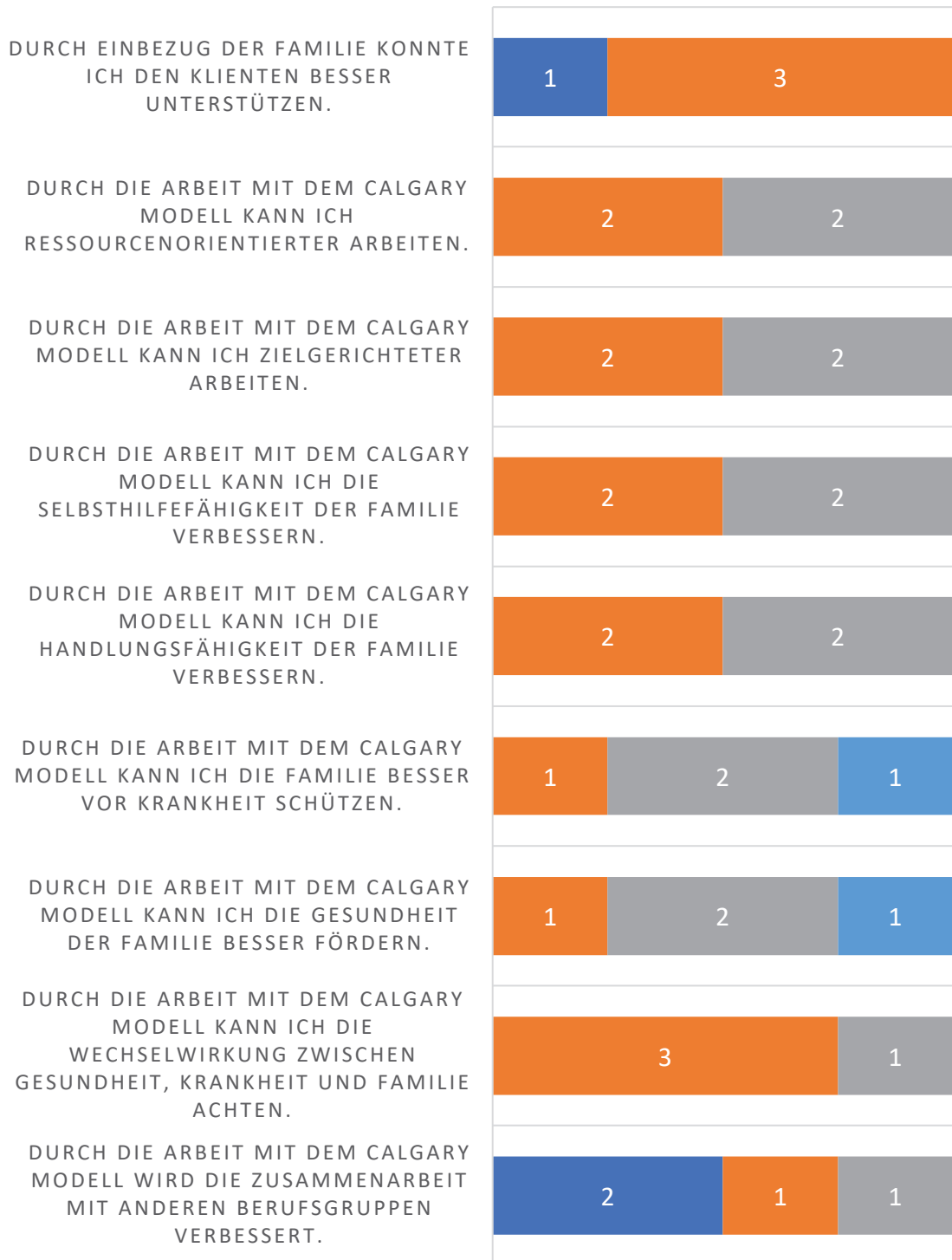


Abbildung 17 Darstellung vom Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag nach den verschiedenen Kriterien

Es lässt sich feststellen, dass sich der oder die Klientin durch die Befragten besser unterstützen lässt, wenn die Familie in die Versorgung einbezogen wird. Die Hälfte der Befragten sieht, dass man durch die Verwendung des Calgary Modells ressourcenorientierter und zielgerichteter Arbeiten kann. Sie sehen auch dass sich hierdurch die Selbsthilfe- und die Handlungsfähigkeit der Familie verbessern lässt. Somit ist es laut unserer Stichprobe zumindest möglich, durch die Arbeit mit dem Calgary Modell ressourcenorientierter und zielgerichteter zu arbeiten sowie die Handlungs- und die Selbsthilfefähigkeit der Familie zu stärken. Drei der vier Befragten können durch die Arbeit mit dem Calgary Modell die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie besser achten, was somit ein tatsächlicher Vorteil sein könnte. Jedoch gibt nur noch eine Befragte an, dass sie durch die Arbeit mit dem Calgary Modell die Familie besser vor Krankheit schützen und deren Gesundheit fördern kann. So stehen die drei Befragten, die die Wechselwirkung achten können dem entgegen, dass nur eine sich in der Lage fühlt die Familie besser vor Krankheit zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Das Calgary Modell scheint also in dieser Stichprobe überwiegend nicht bei der Förderung von Gesundheit und dem Schutz vor Krankheit zu helfen, jedoch lässt es die Wechselwirkung zwischen Familie, Gesundheit und Krankheit achten. Ein weiterer Vorteil der Verwendung des Calgary Modells scheint die verbesserte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu sein, da dies drei von vier Befragten so sehen.

In Bezug auf die vorher aufgestellten Hypothesen bedeutet dies, dass die Hypothese H_{0D} verworfen und H_{1D} angenommen werden kann. Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmenden von Nutzen. Dies lässt sich insbesondere bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, bei der Achtung der Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie und durch die bessere Unterstützung des Klienten oder der Klientin durch den Einbezug der Familie erkennen.

5.5 Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege

Die letzte Forschungsfrage, die sich diese Arbeitsgruppe zu Beginn dieser Arbeit stellte war folgende: Sehen die Teilnehmenden einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells? Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Frageblock im Reflexionsbogen eingefügt und an die Teilnehmerinnen der Fortbildung ausgeteilt. Der Bedarf wird von der Arbeitsgruppe zweckmäßig für dieses Projekt definiert. Der Bedarf beschreibt in diesem Kontext das Benötigen der familienzentrierten Pflege für die palliative Versorgung oder das Bedürfnis der Befragten aufgrund des festgestellten Effektes mit dem Calgary Modell zu arbeiten.

Von der Arbeitsgruppe wurden zwei Kriterien festgelegt, die jeweils in Bezug auf das Calgary Modell und auf die familienzentrierte Pflege den Bedarf beschreiben. Zum Einen das Benötigen für die ambulante palliative Versorgung und zum Anderen das Bedürfnis der Befragten damit zu arbeiten.

Für die Forschungsfrage nach dem Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{1E} : Die Teilnehmenden sehen einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells.

H_{0E} : Die Teilnehmenden sehen keinen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und/oder des Calgary Modells.

In diesem Kapitel werden die Hypothesen zum Bedarf verifiziert und falsifiziert.

In fünf Antwortkategorien, wovon eine Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ ist, konnten die Befragten auf den Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege zutreffendes ankreuzen. Die Bewertungen waren in vier Möglichkeiten abgestuft.

EINSCHÄTZUNG DES BEDARFS ZUR ANWENDUNG DES CALGARY MODELLS UND DER FAMILIENZENTRIERTEN PFLEGE

■ trifft völlig zu ■ trifft zu ■ trifft überwiegend nicht zu ■ trifft nicht zu ■ keine Angabe

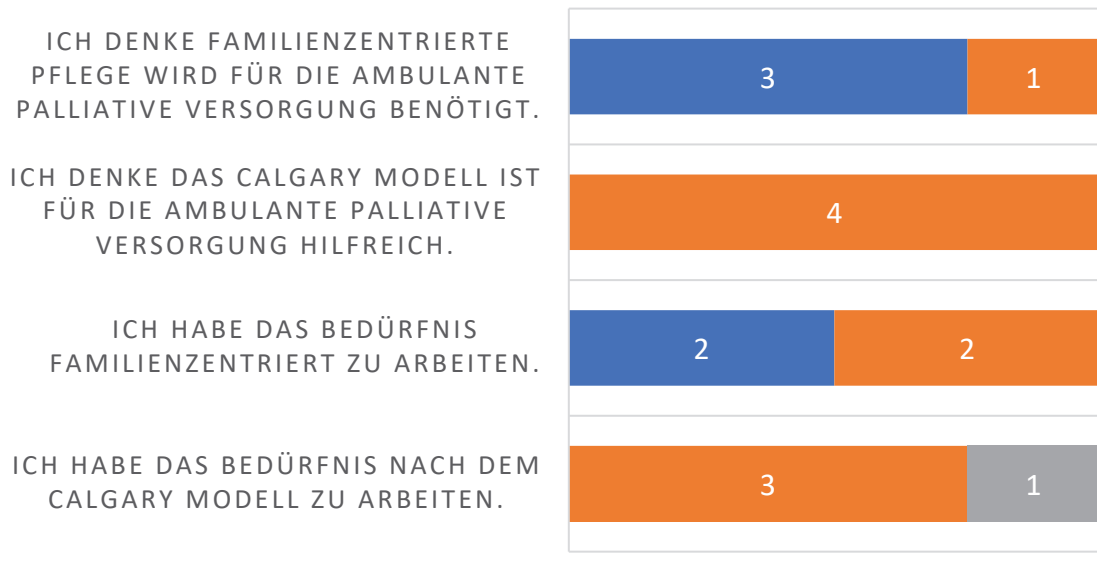


Abbildung 18 Darstellung der Einschätzungen des Bedarfs zur Anwendung des Calgary Modells und familienzentrierter Pflege nach den verschiedenen Kriterien

Der Bedarf zur Anwendung des Calgary Modells oder der familienzentrierten Pflege wird von den vier Befragten ähnlich eingeschätzt. Alle geben an, dass die familienzentrierte Pflege für die ambulante palliative Versorgung benötigt wird. Zudem denken auch alle, dass das Calgary Modell hierbei hilfreich wäre. Die vier Befragten geben an das Bedürfnis zu haben familienzentriert zu arbeiten, jedoch möchten dies nur drei mit dem Calgary Modell tun. Eine Befragte gibt an, dass sie überwiegend nicht das Bedürfnis hat, mit dem Calgary Modell zu arbeiten.

Mit diesem Ergebnis und dem Ergebnis des vorangegangenen Forschungsprojektes zu dieser Fragestellung (siehe Diel/Kwiatek 2019, S. 123) lässt sich ein Bedarf im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Anwendung von familienzentrierter Pflege und dem Calgary Modell erkennen.

In Bezug auf die vorher aufgestellten Hypothesen bedeutet dies, dass die Hypothese H_{0E} verworfen und H_{1E} angenommen werden kann. Die Teilnehmenden sehen einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur

familienzentrierten Pflege und des Calgary Modells. Bei der Beantwortung dieses Frageblocks waren sich die Befragten zumeist einig. Sie sehen eine Notwendigkeit der familienzentrierten Pflege und denken, dass das Calgary Modell für die ambulante palliative Versorgung hilfreich wäre. Zudem haben alle das Bedürfnis angegeben familienzentriert zu pflegen. Drei von vier Befragten gaben zudem an, gerne mit dem Calgary Modell arbeiten zu wollen.

Da nur zwei der vier Befragten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, die allgemeinen Informationen ausfüllten, können leider keine Vergleiche zwischen den Gruppen gemacht werden. Zwei Altenpflegerinnen, wovon eine die Palliative Care- Weiterbildung hat und die andere nicht, haben die allgemeinen Informationen ausgefüllt. Deshalb lassen sich weder die Berufsgruppen noch die Gruppen mit und ohne Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen miteinander vergleichen.

Die Stichprobe ist sehr klein, weshalb eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Jedoch können Sie einen Einblick geben, wie die Verwendung des Calgary Modells wirken könnte und zeigen, dass eine Fortbildung zu dieser Thematik interessiert angenommen wird. Im Weiteren werden die Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert und überprüft, ob die ursprünglichen Ziele dieser Arbeitsgruppe erreicht wurden.

6 Diskussion

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse vorgestellt, Einschränkungen und die Übertragbarkeit genannt sowie die Ergebnisse interpretiert. Ziel dieser Arbeit war eine Fortbildung zum Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Zudem sollte im Nachgang herausgefunden werden, ob sich der Klient*innenzugang der Teilnehmenden verbesserte, ob das Modell in der praktischen Arbeit anwendbar und nützlich ist sowie ob es einen Bedarf zu Anwendung eines Konzeptes der familienzentrierten Pflege gibt.

Nach der Ausarbeitung der Fortbildung wurde diese mit dem Kooperationspartner „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst“ durchgeführt. Es wurden den beiden Referentinnen und den acht Teilnehmerinnen Räumlichkeiten und Medien zur Verfügung gestellt. Innerhalb eines Tages wurden die wichtigsten Informationen zum Calgary Modell, die Kommunikationstheorie und die Anwendung von Instrumenten des Calgary Modells vermittelt. Mit einem Evaluationsbogen wurde direkt im Anschluss der Fortbildung die Qualität durch die Teilnehmerinnen beurteilt. So konnte ein Rücklauf von 100 % erzielt werden. In einem Reflexionsbogen wurden einige Wochen später die Anwendbarkeit, der Nutzen, der veränderte Klient*innenzugang und der Bedarf zur Anwendung dieses Konzeptes beurteilt. Hierbei wurde ein Rücklauf von 50 % erreicht. Durch den geringeren Rücklauf und durch die kleine Stichprobe von acht Personen sind die Ergebnisse nicht übertragbar. Sie decken sich jedoch zum Teil mit den Ergebnissen anderer Studien, die in dieser Ausarbeitung vorgestellt wurden.

Qualität der Fortbildung

Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmenden im Durchschnitt als sehr gut bewertet. Bildet man den Mittelwert aller Benotungen, liegt die Bewertung bei 1,25. Zwischen den Bewertungen der verschiedenen Berufsgruppen und zwischen den Teilnehmerinnen mit und ohne Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme gab es geringe Unterschiede. Hieraus lassen sich durch die kleine Stichprobe jedoch keine Schlüsse ziehen. Alle drei Module der Fortbildung wurden ähnlich positiv bewertet. Es wurden Noten von 1 bis 3 vergeben. Die Note „befriedigend“ wurde einmal für das Kommunikationsmodul vergeben. Dies lag vermutlich daran, dass die Referentinnen den Teilnehmerinnen keine klare Abgrenzung von „paraphrasieren“ und „verbalisieren“ vermitteln konnten. Mehr Beispiele zu dieser Thematik wären hilfreich gewesen. Zudem wurde der Verbesserungsvorschlag von einer Teilnehmerin gebracht, dass die Teilnehmerinnen ein Genogramm ihrer eigenen Familie hätten erstellen können. Diese Anregungen sollten für andere

Fortbildungen zu dieser Thematik berücksichtigt werden. Die Teilnehmerinnen nannten einige Aspekte, die ihnen an der Fortbildung besonders gut gefallen haben:

- ⇒ die gute Aufteilung von Praxis und Theorie,
- ⇒ die gute Verständlichkeit der Thematik,
- ⇒ andere Perspektiven und neues Wissen,
- ⇒ die gereichten Handouts,
- ⇒ die mögliche Umsetzbarkeit und Anschaulichkeit der Thematik,
- ⇒ die Authentizität der Referentinnen und
- ⇒ die „lockere“ Atmosphäre in der Fortbildung.

Da die Fortbildung sehr gut bewertet wurde, könnte man diese gegebenenfalls in andere Rahmen übertragen. Möglich wären hierbei Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen, da die Familie für die palliative häusliche Versorgung von so großer Bedeutung ist (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 136).

*veränderter Klient*innenzugang*

Die Teilnehmenden haben durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang. Die Befragung mit dem Reflexionsbogen ergab, dass sich nach der Fortbildung der Beziehungsaufbau mit der Familie schneller und einfacher gestalten kann. Zudem können Probleme, Ressourcen und Ziele tendenziell schneller und einfacher erkannt werden. Der Abschluss der Beziehung zur Familie gestaltet sich tendenziell strukturierter.

Anwendbarkeit des Calgary Modells

Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden der Fortbildung anwendbar. Hierfür ergeben sich jedoch laut den Befragten einige Hürden, denn nur die Hälfte der Befragten empfinden den Zeitaufwand als angemessen, sehen das Calgary Modell als hilfreich beim Beziehungsaufbau und beim Abschluss der Beziehung, können die Assessment-Instrumente gut

anwenden und können familien-spezifische Interventionen besser umsetzen. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass eine Fortbildung zur familienzentrierten Pflege innerhalb eines Tages zwar sehr viele Informationen auf einmal vermittelt und auch etwas Übung gewährleisten kann. Jedoch kann eine kurze Fortbildung nicht die Gesamtheit des Calgary Modells in all seinen Tiefen vermitteln. Zudem ist die Anwendung der Instrumente sehr komplex und bedarf Übung. Eine der Befragten reflektierte bei den offenen Fragen ebenfalls, dass sie mehr praktische Anwendung braucht, um das Genogramm zu festigen. Es geben in der Befragung jedoch alle an, dass sie sich auf die Anwendung des Calgary Modells durch die Fortbildung gut vorbereitet fühlen. Als Vorteil wird das strukturiertere Arbeiten mit der Familie gesehen, welches das Calgary Modell ermöglicht.

Eine Befragte gab zudem bei den offenen Fragen an, dass sie vieles schon vorher in ihrer pflegerischen Versorgung angewandt habe. Dies bestätigt ein Ergebnis des vorangegangenen Forschungsprojektes, in dem festgestellt wurde, dass die Befragten bereits intuitiv familienzentriert pflegen (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 132).

Nutzen des Calgary Modells

Durch die Befragung mit dem Reflexionsbogen stellte sich heraus, dass das Calgary Modell im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmerinnen von Nutzen sein kann. Die Befragten konnten durch den Einbezug der Familie den zu versorgenden Menschen besser unterstützen. Zudem war es ihnen zumeist möglich die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie besser zu achten. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kann mit der Arbeit mit dem Calgary Modell verbessert werden.

Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege

Die Teilnehmenden sehen einen Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes zur familienzentrierten Pflege und des Calgary Modells. Die Befragten waren sich in diesem Aspekt zumeist einig. Sie geben an, dass die familienzentrierte Pflege für die palliative häusliche Versorgung benötigt wird und finden das Calgary Modell für die Umsetzung hilfreich. Alle Befragten haben das Bedürfnis familienzentriert zu arbeiten und die meisten würden gerne mit dem Calgary Modell versorgen. Mit diesem Ergebnis und dem Ergebnis des vorangegangenen Forschungsprojektes zu dieser Fragestellung (siehe Diel/Kwiatek 2019, S. 123) lässt sich ein Bedarf im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Anwendung familienzentrierter Pflege und dem Calgary Modell erkennen.

Erreichen der Zielstellung

Zu Beginn der Arbeit hat sich die Arbeitsgruppe Zielstellungen formuliert. Es soll nun überprüft werden, ob diese mit diesem Projekt erreicht werden konnten. Es konnte eine Fortbildung zum Thema Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege durchgeführt werden. Hierzu hat die Arbeitsgruppe einen Kooperationspartner finden können. Die Qualität der Fortbildung wurde mittels Evaluationsbogen erfasst. Die Anwendung des Calgary Modells wurde mittels Reflexionsbogen beurteilt. Der veränderte Klient*innenzugang, die Anwendbarkeit und der Nutzen des Calgary Modells sowie der Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes der familienzentrierten Pflege konnten gemessen werden. Jedoch ist die Stichprobe sehr klein, weshalb eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Jedoch können Sie einen Einblick geben, wie die Verwendung des Calgary Modells wirken könnte und zeigen, dass eine Fortbildung zu dieser Thematik interessiert angenommen wird.

Die Ergebnisse dieser Arbeit könnten dabei helfen, Fortbildungskonzepte zum Thema das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege zu erarbeiten. Zudem können Sie aufzeigen, dass das Calgary Modell und die

familienzentrierte Pflege ein fester Bestandteil in Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen sein sollten.

kritische Auseinandersetzung mit der Fortbildung

Wie fängt man eine kritische Auseinandersetzung der ersten Fortbildung an? Indem man sich ehrlich selbst reflektiert. Man kann auf jeden Fall behaupten, dass die Dozentinnen Expertinnen in ihrem Thema geworden sind, da die Gestaltung einer Fortbildung komplex ist und es sonst nicht möglich gewesen wäre die Informationen in dem Umfang zu bündeln. Die Fortbildung wurde als Intervallveranstaltung gestaltet, da es für praktisch arbeitende Pflegekräfte sinnvoll erscheint, das Gelernte im Anschluss zu üben und sich auszuprobieren.

Mit einem Pflegedienst zu kooperieren hatte viele Vor- aber auch Nachteile. Die Dozentinnen konnten sich mit jemanden austauschen, der schon Erfahrungen mit dem Thema Fortbildung hat. Jedoch ist man immer abhängig von dem Gegenüber. Die Dozentinnen hatten gut ausgestattete Räumlichkeiten und an der Fortbildung nahmen viele Teilnehmende teil. Dies lag vor allem daran, dass die Geschäftsleitung ein persönliches Interesse an der Fortbildung hatte. Jedoch gestaltete sich die Kommunikation mit der Geschäftsleitung, aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens, ab und zu als schwierig. Der Termin wurde kurzfristig von der Geschäftsleitung bekannt gegeben, sodass die in Frage kommenden externen Teilnehmer erst spät eingeladen werden konnte. Dies könnte ein Grund dafür gewesen sein, dass kein externer Teilnehmer an der Fortbildung teilgenommen hat. Insbesondere wenn man berücksichtigt, dass Dienstpläne deutlich im Voraus geplant werden. Des Weiteren war die Kommunikation zwischen der Geschäftsführung und den Dozentinnen manchmal etwas beschwerlich, da sich die Geschäftsleitung erst nach ein paar Tagen meldete. Die Dozentinnen fühlten sich oftmals in der Schwebe.

Am Tag der Fortbildung waren die Dozentinnen pünktlich vor Ort und hatten alles gut vorbereitet. Die Materialien waren vollständig und vorbereitet für die Teilnehmenden. Der Zeitplan war großzügig gestaltet und ließ es zu, dass die

Dozentinnen flexibel auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden reagieren konnten, zum Beispiel wurde für die praktische Übung mehr Zeit benötigt als zuvor geplant. Diese konnte jedoch durch den großzügigen Zeitplan gewährleistet werden. Die Gesamtzeit konnte im Ergebnis aber eingehalten werden. Die Dozentinnen waren bei der Fortbildung konzentriert und konnten gut auf Fragen antworten. Lediglich bei dem zweiten Modul „Kommunikation und Beratung“ konnte auf die Frage einer Teilnehmenden keine genügende Antwort gegeben werden. Die Dozentin hat in mehreren Bestrebungen versucht ausreichend Antworten zu geben, diese waren der Teilnehmenden jedoch nicht verständlich genug. Alle anderen Teilnehmenden hatten keine Verständnisfrage. Dieser Frage könnte man in Zukunft entgegenwirken, indem man weitere Beispiele in die Präsentation mit aufnimmt.

Die verschiedenen didaktischen Mittel haben ihren Zweck erfüllt, sodass die Fortbildung zu keinem Zeitpunkt langweilig war und alle Teilnehmenden der Fortbildung durchgehend folgen konnten.

Die Dozentinnen empfanden die Informationsfülle für einen Tag als angemessen an und das Informationsmaterial war ausreichend für die Teilnehmenden. Die Pausen wurden dankend von den Teilnehmenden angenommen und als nicht zu viel empfunden.

Die Dozentinnen boten viel Raum für Diskussionen und Feedbackrunden. Die Teilnehmenden kritisierten, dass sie gerne mehr Zeit für die praktische Übung eingeplant hätten, um noch mehr zu üben und eventuell ein Geno- und Ökogramm ihrer eigenen Familie anfertigen zu können. Zudem vergas die Dozentin bei den Fallbeispielen für das Ökogramm die Beziehungsintensität deutlich zu machen, sodass die Teilnehmenden bei der Anfertigung des Ökogramms Schwierigkeiten hatten diese hervorzuheben. Dies sollte bei der nächsten Fortbildung geändert und der Wunsch der Teilnehmenden, ein Geno- und Ökogramm der eigenen Familie zu erstellen, berücksichtigt werden.

Der Evaluationsbogen wurde am Ende der Fortbildung ausgeteilt und konnte von den Teilnehmenden ohne Fragen und Schwierigkeiten ausgefüllt werden.

Einige Wochen nach der Fortbildung sollte das Reflexionstreffen stattfinden. Die Geschäftsleitung von „Ora Cura“ sagte das Treffen jedoch kurzfristig ab, da es die Personalplanung auf Grund von Urlaub und Krankheit nicht zuließ alle Teilnehmenden von der Fortbildung freizustellen. Ein weiterer Termin ließ sich nicht mehr finden. Um die Reflexionsbögen trotzdem ausfüllen zu lassen, wurden diese mit einem schon adressierten Briefumschlag und Briefmarke an die zuständigen Bereiche verteilt. Leider lag die Rücklaufquote nur bei 50 %. Die Ergebnisse der Evaluations- und Reflexionsbögen werden im Punkt 5 „Ergebnisse“ ausführlich dargestellt.

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Fortbildung zeitlich sowie inhaltlich gut geplant war. Verbesserungspotenzial besteht bei den Beispielen sowie der Veranschaulichung des Inhalts als auch der praktischen Übung. Der Zeitplan könnte minimal verändert werden. Die Zeit des praktischen Anteils könnte erhöht werden. An der Vortragsweise und den Inhalten sollte festgehalten werden, da die stoffliche Menge ausreichend für einen Tag Fortbildung gewesen ist. Um organisatorischen Schwachpunkten bezüglich der Terminfindung entgegenzuwirken, wäre es sinnvoller den Pflegediensten die Fortbildung anzubieten, jedoch nicht mit diesen zu kooperieren, da somit die Pflicht bestünde die besprochenen Termine einzuhalten.

Gütekriterien und Limitationen

In der quantitativen Sozialforschung gibt es Gütekriterien, die während des Forschungsprozesses und auch am Ende der Arbeit reflektiert werden sollten. Die Forschenden sollten so arbeiten, dass die erzielten Ergebnisse einer kritischen Überprüfung standhalten (vgl. Burzan 2015, S. 27). Geprüft werden sollten die Validität, die Reliabilität, die Objektivität und die Repräsentativität (vgl. Burzan 2015, S. 28-29).

Mit der Validität ist die Gültigkeit der Ergebnisse gemeint. Dies ist dann der Fall, wenn gemessen wurde, was tatsächlich gemessen werden sollte. Es sollten also angemessene Indikatoren verwendet werden, welche mit dem dafür richtigen

Instrument erhoben werden. Es sollte demnach das empirische Vorgehen hinterfragt werden (vgl. Burzan 2015, S. 28). Wie schon im Kapitel zum empirischen Vorgehen erwähnt, wurde sich für eine quantitative Vorgehensweise und einen schriftlichen standardisierten Fragebogen entschieden. Diese Herangehensweise hält die Arbeitsgruppe für geeignet. Um ehrliche und offene Meinungen der Befragten zu erhalten, wurde von einem qualitativen Forschungsdesign abgesehen. Die Forscherinnen wollten die Anonymität der Aussagen gewährleisten. Dies hätte auch über die Durchführung von Befragungen und deren Auswertungen von externen Forschenden erfolgen können. Die finanziellen und zeitlichen Ressourcen dieses Projektes ließen eine solche Herangehensweise jedoch nicht zu. Da die Forscherinnen die Anonymität der Befragungen in einem schriftlichen standardisierten Fragebogen gewährleisten sahen, wählten sie dieses Instrument. Der erste Fragebogen wurde so eingesammelt, dass keine Rückschlüsse auf die Personen möglich waren. Im zweiten Fragebogen blieb die Anonymität nach dem Austeilen der Bögen durch frankierte Briefumschläge zur Rücksendung gewahrt. Zudem stellte sich für die Forscherinnen heraus, dass die gewählten Indikatoren Rückschlüsse zur Beantwortung der Forschungsfragen zuließen. Zudem konnten mit den auf den Indikatoren basierenden, beantworteten Fragen des Fragebogens die Hypothesen verifiziert oder falsifiziert werden. Somit sehen die Forscherinnen die Validität gewährleistet.

Das zweite Gütekriterium ist die Reliabilität. Diese meint die Zuverlässigkeit eines Messkonzepts. So muss bei wiederholter Anwendung des Instruments das gleiche Ergebnis erzielt werden. Wenn die Ergebnisse reproduzierbar sind, ist die Messung somit zulässig (vgl. Burzan 2015, S. 28). Die Befragungen sind durch die standardisierten Fragebögen wiederholbar. Deren Ergebnisse sind unabhängig vom Zeitpunkt der Befragung und einer Person, die den Bogen verteilt. Jedoch sind die Ergebnisse der Fragebögen an eine Fortbildung gekoppelt. Ohne diese Fortbildung macht eine Datenerhebung keinen Sinn. Da das Gelingen einer Fortbildung vom pädagogischen Konzept und von der Art der Präsentation der Referenten abhängt, ist die Reliabilität etwas schwieriger zu beurteilen. Mit den gleichen Referenten der Fortbildung im Vorhinein und einer

ähnlichen Stichprobe könnten die Ergebnisse jedoch in ähnlicher Form messbar sein. Die Ergebnisse könnten jedoch variieren, bei unterschiedlichen Stichproben mit deutlich anderen gelebten Pflegeleitbildern in verschiedenen Pflegediensten. Zudem ist nicht auszuschließen, dass es regionale Unterschiede geben würde. Da jedoch die Ergebnisse in anderen Studien im deutschsprachigen Raum im weitesten Sinne ähnliche Messungen ergaben, könnte vermutet werden, dass die Ergebnisse mit sehr ähnlichen oder den gleichen Referenten der Fortbildung und einer ähnlichen Stichprobe reproduzierbar sein könnten.

Das dritte Gütekriterium, welches es zu betrachten gilt, ist die Objektivität beziehungsweise die Intersubjektivität. Unter diesem Kriterium versteht man die Unabhängigkeit von subjektiven Eigenschaften und Haltungen der Forschenden. Da es unmöglich ist einen Forschungsgegenstand vollständig objektiv wahrzunehmen und zu untersuchen, kann der Forschende den Gegenstand nicht vollständig unabhängig betrachten. Forschende sollten ihre Arbeit klar dokumentieren und ihre Forscherrolle immer reflektieren. So können sie ihre Arbeit für Dritte nachvollziehbar, kontrollierbar und kritisierbar zu machen (vgl. Burzan 2015, S. 29). Da die Objektivität für die Forschenden selbst schwer zu beurteilen ist, verzichten die Autorinnen an dieser Stelle darauf. Durch den intensiven Austausch der Mitglieder dieser Arbeitsgruppe, wurde sich regelmäßig miteinander reflektiert und Feedback ausgetauscht. Für den Lesenden oder die Lesende dieser Ausarbeitung sollte die Dokumentation der Methodik ausführlich genug aufgeführt sein, um die Ergebnisse nachvollziehen, kontrollieren und kritisieren zu können.

Als viertes und letztes Gütekriterium ist die Repräsentativität zu nennen. Diese richtet sich auf die Reichweite der Ergebnisse. Die Repräsentativität bedeutet, dass die Stichprobe ein verkleinertes Abbild der Grundgesamtheit und dass die Ergebnisse der Untersuchung der Stichprobe auf die Grundgesamtheit verallgemeinerbar sind. Mit der Grundgesamtheit sind alle Fälle gemeint, über die die Untersuchung Aussage treffen will. Die Repräsentativität der Ergebnisse hängt von der Größe der Stichprobe und vom Auswahlverfahren ab (vgl. Burzan 2015, S. 29). Die Grundgesamtheit, auf die diese Studie abzielt, sind in der

Palliativversorgung tätige Pflegefachkräfte im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Die Auswahl dieser Pflegefachkräfte erfolgte nicht zufällig, sondern zielte ursprünglich auf die gleiche Stichprobe, wie im vorangegangenen Forschungsprojekt ab. Durch die veränderten Bedingungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald, die bereits weiter oben erwähnt wurden, mussten die Forscherinnen mit der Auswahl der Stichprobe variabel sein. Die Auswahl eines Kooperationspartners machte die Wahl der Stichprobe zusätzlich nur bedingt zufällig. Zudem ist die Stichprobe mit 8 Teilnehmerinnen an der Fortbildung klein. Somit ist festzustellen, dass die Repräsentativität der Ergebnisse des Projektes nicht gegeben ist. Es müssten sich für die Aussagekraft weitere Untersuchungen anschließen.

Aus den dargestellten Gütekriterien ergeben sich Limitationen. Durch die Stichprobenauswahl, sind die Ergebnisse nur sehr bedingt übertragbar. Die Stichprobe war sehr klein, welche sich durch die durchgeführte Fortbildung auch nicht viel größer auswählen ließ. Zudem waren die Pflegefachkräfte alle Mitarbeiterinnen eines Pflegedienstes, was ebenfalls die Übertragbarkeit der Ergebnisse beeinflusst. Um an Aussagekraft zu gewinnen, müssten sich weitere Untersuchungen anschließen. Bei den Forscherinnen dieser Arbeitsgruppe bestanden keine Interessenkonflikte.

Der Forschungsprozess wurde mit der Betrachtung der Gütekriterien evaluiert und Limitationen wurden dargelegt. Somit wurde der gesamte Forschungsbericht transparent dargestellt.

7 Ausblick

„Die Familie ist für die häusliche Palliativversorgung von essentieller Bedeutung.“ (Diel/Kwiatek 2019, S. 136) Aufgrund dieser Erkenntnis wollten die Autorinnen dieser Arbeit eine Fortbildung zur familienzentrierten Pflege gestalten. Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege setzt nicht nur den Pflegebedürftigen selbst in das Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern die

gesamte Familie (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30). In der palliativen Betreuung könnte das Calgary Modell der ganzheitlichen Versorgung dienen (vgl. Ries-Gisler et al. 2014, S. 117).

Für die Familienmitglieder kann die Pflegesituation ein psychisches, physisches oder soziales Risiko für deren Gesundheit darstellen (vgl. Kreyer 2014, S. 308). Deswegen sind die Pflegefachkräfte gefordert die speziellen Bedürfnisse der Familie zu erkennen und geeignete Unterstützung anzubieten (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 5). Mit dem Calgary Modell erhalten Pflegende einen Einblick in die Organisation der Familie (vgl. Lütcher 2014, S.23-24).

In einem vorangegangenen Forschungsprojekt konnte festgestellt werden, dass die Fachkräfte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald die Familie intuitiv in die Betreuung einbeziehen (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 130). Trotzdem äußerten die Befragten des Projektes, dass sie alle Interesse daran haben eine Fortbildung zum Thema familienzentrierte Pflege zu besuchen (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 122). Daraus ergab sich für diese Arbeitsgruppe ein nachfolgendes Projekt, in dem eine Fortbildung zu dieser Thematik geplant, durchgeführt und evaluiert wurde. Diese Fortbildung sollte das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege vorstellen und die Familie in den Fokus der Betrachtung rücken.

Die Zielsetzungen, die sich die Arbeitsgruppe zu Beginn dieser Arbeit gemacht haben, konnten erfüllt werden. Die Qualität der Fortbildung wurde mittels Evaluationsbogen erfasst. Der veränderte Klient*innenzugang, die Anwendbarkeit und der Nutzen des Calgary Modells sowie der Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes der familienzentrierten Pflege konnte mit einem Reflexionsbogen gemessen werden. Mittels anonymer standardisierter Fragebögen wurde die Qualität der Fortbildung, der veränderte Klient*innenzugang durch die Arbeit mit dem Calgary Modell, die Anwendbarkeit und der Nutzen des Calgary Modells in der Pflegepraxis sowie der Bedarf familienzentrierter Pflege oder des Calgary Modells ermittelt.

Die Qualität der Fortbildung wird von den Teilnehmerinnen als sehr gut beurteilt. Alle drei Module der Fortbildung wurden positiv bewertet. Durch die sehr gute Bewertung der Fortbildung könnte diese in einen anderen Rahmen übertragen werden. Die Autorinnen denken hierbei vor allem an Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen, da die Familie für die palliative häusliche Versorgung von großer Bedeutung ist (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 136).

Die Teilnehmerinnen haben durch die Fortbildung einen verbesserten Klient*innenzugang. Sie geben in der Befragung an, dass sich nach der Fortbildung, der Beziehungsaufbau, das Assessment und der Abschluss der Beziehung der Familie besser gestalten können.

Das Calgary Modell ist im palliativen Pflegealltag durch die Teilnehmenden der Fortbildung anwendbar. Alle Befragten gaben an, sich durch die Fortbildung gut auf die Anwendung des Calgary Modells vorbereitet zu fühlen. Jedoch stellt sich das Modell als sehr komplex dar und um es in seiner Gesamtheit zu vermitteln bedarf es eventuell mehr als nur eine Fortbildung an einem Tag. Zudem wird, wie von einer Befragten herausgestellt, praktische Übung benötigt, um die Instrumente gut anwenden zu können. Eine andere Befragte bestätigte ein Ergebnis des vorangegangenen Forschungsprojektes (vgl. Diel/Kwiatek 2019, S. 132), da sie angab, viele Aspekte aus der Fortbildung schon vorher in ihrer pflegerischen Versorgung angewandt zu haben.

Das Calgary Modell kann im palliativen Pflegealltag für die Teilnehmerinnen von Nutzen sein. Alle Befragten konnten durch den Einbezug der Familie den zu versorgenden Menschen besser unterstützen und sie konnten die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie besser achten. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht auch hervor, dass die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen durch die Arbeit mit dem Calgary Modell verbessert werden kann.

Die Teilnehmerinnen sehen einen Bedarf zur Anwendung familienzentrierter Pflege und des Calgary Modells. Alle Befragten haben das Bedürfnis familienzentriert zu arbeiten und die meisten können sich vorstellen mit dem

Calgary Modell zu arbeiten. Mit diesem Ergebnis und dem Ergebnis des vorangegangenen Forschungsprojektes zu dieser Fragestellung (siehe Diel/Kwiatek 2019, S. 123) lässt sich ein Bedarf im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Anwendung familienzentrierter Pflege und dem Calgary Modell erkennen.

Da die Stichprobe sehr klein ist, kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht gewährleistet werden. Sie können aber andeuten, wie die Verwendung des Calgary Modells wirken könnte und zeigen, dass eine Fortbildung zu dieser Thematik interessiert angenommen werden kann. Es lassen sich mit der Anwendung des Calgary Modells einige gute Effekte erkennen. Mit einer Fortbildung lässt sich grundlegendes der familienzentrierten Pflege vermitteln und durch die Teilnehmerinnen dieser Fortbildung in die praktische Arbeit übertragen. Das Fortbildungskonzept dieser Arbeit könnte einen Rahmen für andere Fortbildungen geben. Aufgrund der großen Bedeutung der Familie im palliativen Versorgungskontext, könnte das Calgary Modell und die familienzentrierte Pflege ein fester Bestandteil in Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen sein.

8 Literaturverzeichnis

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V (Hrsg.) (2018): Community Health Nursingin Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Online im Internet: URL: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Konzept-Community-Health-Nursing_30-08-2019-Endversion-k.pdf Stand: 25.09.2019

AOK Nordost a (ohne Jahr): Palliativversorgung und Hospiz. Online im Internet: URL: <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/palliativversorgung/> Stand: 25.09.2019

AOK b (ohne Jahr): Ambulante Pflege. SGB XI. Online im Internet: URL: https://www.aok-gesundheitspartner.de/mv/pflege/ambulant_sgbxi/index.html#rv Stand: 23.09.2019

Bundesinstitut für Berufsbildung (2013): Fortbildungsordnungen und wie sie entstehen. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn

Buschor, Monika; Schwizer, Susanne (2008): Das Geno-Ökogramm als Türöffner. In: Krankenpflege - Soins infirmiers – Cure infirmieristiche, 04/2008, S. 22-25.

Burzan, Nicole (2015): Quantitative Methoden kompakt. UVK Verlagsgesellschaft mbH Konstanz und München, 1. Auflage

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (ohne Jahr a): Familiengesundheitspflege. Online im Internet: URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familiengesundheitspflege/Flyer-WB-FGP-2015-2017_web-2.pdf Stand: 25.09.2019

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (ohne Jahr b): Beruflich durchstarten!. Weiterbildung Familiengesundheitspflege für Pflegende und

Hebammen. Online im Internet: URL:

https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familiengesundheitspflege/Flyer-WB-FGP-2015-2017_web-2.pdf Stand: 03.10.2019

Diel, Friederike; Kwiatek, Elisa (2019): Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald – Eine Bedarfsanalyse.

Forschungsbericht zum Forschungsprojekt betreut von Bethke, Prof. Bedriska an der Hochschule Neubrandenburg

Eberl, I.; Schnepf, W. (2008): Abschlussbericht. Die Multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Online im Internet: URL:

<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familiengesundheitspflege/FHN-Abschlussbericht-Uni-Witten-2008-08-21.pdf> Stand: 03.10.2019

Gfeller, Bettina; Küng Carmen (2016): Pflegende Angehörige von onkologisch erkrankten Menschen im End of Life Stadium - Erwartungen von pflegenden Angehörigen an Pflegefachpersonen erfassen und evidenzbasierte pflegerische Interventionen erarbeiten. Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, begleitende Lehrperson: Preusse-Bleuler, Barbara

GKV-Spitzenverband (2012): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012. Online im Internet: URL:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf Stand: 19.02.2019

Hense, J. (2019): Was ist Evaluation?. In: evolution.de - Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen. Online im Internet: URL:

<http://www.evaluation.de/evaluation> Stand: 02.09.2019

Keller, C. (2018): Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit - Einführung in die familienzentrierte Pflege. Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung, Ausgabe 40, S. 26-28

Kränzle, S. (2018a): Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care. Geschichte und Selbstverständnis. Definition. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Kränzle, S. (2018b): Wenn nichts mehr zu machen ist – Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care. Sterbephasen. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Kränzle, S. (2018c): Organisationsformen von Palliative Care. Stationäres Hospiz. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Kreyer, Christiane; Pleschberger, Prof. Dr. Sabine (2014): «Um Normalität in einer instabilen Situation ringen» Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause - eine Metasynthese. In: Pflege, 27/5, S. 307 – 324, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Küttel, C. et al. (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger – Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen. Eine qualitative Studie. Pflege, Heft 2, S. 111-121

Lütscher, R.; Preusse, B. (2014): FAMILIENZENTRIERT PFLEGEN IM AMBULANTEN PALLIATIVE CARE TEAM – Die Einführung und Umsetzung der Familienzentrierten Pflege in der SPITEX Region Thun. Online im Internet: URL: https://www.palliativecare-thun.ch/files/JRBF5ON/2015_08_01_bfh_das_arbeit_public_extension_regula_luetscher.pdf, letzter Stand: 12.02.2019

McHugh, Matthew D.; Cotroneo, Margaret M. (2000): Die Familiengesundheitspflege in der Pflegewissenschaft. Pflege aktuell, Heft 3, S. 146-149

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2019): Qualitätsprüfung für Pflegeheime ab November 2019. Warum wird die MDK-Qualitätsprüfung reformiert?. Online im Internet: URL: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/F_A_Neue_QPR_ab_2019_Std_09_19.pdf Stand: 25.09.2019

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2017a): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114 SGBXI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien –QPR). Online im Internet: URL: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2017_11_27_QPR_Teil_1_amb_Pflege_mit_Anlagen.pdf Stand: 25.09.2019

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2017b): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114 SGBXI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien –QPR). Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114ff. SGBXI in der ambulanten Pflege. Online im Internet: URL: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2017_11_27_QPR_Teil_1_amb_Pflege_mit_Anlagen.pdf Stand: 25.09.2019

Naef, R (2015): Eine Familie bleibt auch im Heim eine Familie. Familienzentrierte Pflege von älteren Menschen im Heim. Curaviva, Heft 10, S. 34-37

PalliativPortal (Ohne Jahr): Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Online im Internet: URL: <https://www.palliativ-portal.de/hospiz-und-palliativgesetz-hpg-0> Stand: 25.09.2019

Pleschberger, Prof. Dr. Sabine et al. (2014): LEBENSQUALITÄT IM ALTER BIS „ZULETZT“ – Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonhaushalten. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien. Online im Internet: URL: <https://docplayer.org/19434660-Lebensqualitaet-im-alter-bis-zuletzt.html> Stand: 25.09.2019

Preusse-Bleuler, B. (2007): Familienzentrierte Pflege – Ein Hochschulvideo mit Handbuch (pdf) für Fachpersonen des Gesundheitswesens. Lindenhof Schule Bern

Preusse-Bleuler, B. (2011): Familienzentrierte Pflege. Pflegen: palliativ, Heft 10, S. 4-9

Preusse-Bleuler, Barbara (2018): Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell. Das Calgary Familien Modell und seine Instrumente. NOVAcura, Heft 5, S. 9-12

Ries-Gisler, T.; Spirig, R. (2014): „Und plötzlich habe ich einen Tumor“ - Die Situation von Frau S. und ihrer Familie. In: Pflege, 27/2, S. 117-128. Verlag Hans Huber, Bern.

Rogers, Carl (1942): Die nicht-direktive Beratung. 1. Aufl. Kindler Verlag GmbH München

Rohde, Katrin S. (2018a): Angehörigen- und Familienwirkung als Pflegebezugspunkt in Qualifikation und Berufspraxis - Individuums- und angehörigenbezogene Sorge und Pflegeinteraktionssysteme (IAPSIS). In: PADUA, 13 (4), 235–244, Hogrefe Verlag

Rohde, Katrin S. (2018b): Familienorientierung in der pflegerischen Grundqualifikation - Eine Betrachtung in Bezug auf das Studium Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin. In: PADUA, 13 (4), 259–266, Hogrefe Verlag

Röhner, Jessica; Schütz, Astrid (2012): Basiswissen Psychologie. 1. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Schiersmann, C. (2007): Berufliche Weiterbildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 1. Auflage

Schmid, U. (2018a): Organisationsformen von Palliative Care. Implementierung von Palliative Care. Definition. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Schmid, U. (2018b): Organisationsformen von Palliative Care. Kinderhospiz. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Schmid, U. (2018c): Organisationsformen von Palliative Care. Ambulante Pflege und Versorgung. Gesetzliche Verankerung palliativer Versorgungsangebote. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Seeger, C. (2018a): Organisationsformen von Palliative Care. Ambulante Hospizdienste. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Seeger, C. (2018b): Organisationsformen von Palliative Care. Tageshospiz. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Springer Verlag GmbH, Berlin, 6. Auflage

Spirig, R. (2001): HIV/Aids-Familienpflege in der Schweiz im Kontext des Schweigens. Pflege, Heft 6, S. 377-385

Stiel, Stephanie; Ostgathe, Christoph (2015): Palliativmedizinische Versorgung von Krebspatienten in Deutschland. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft 15/01, S. 23-30, Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK. Online im Internet: URL:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0115_stiel_ostgathe_0415.pdf Stand: 10.09.2019

Timmreck, C.; Gerngras, C.; Klauke, M.; Uth, Patricia (2017): Pflegestudie 2017. Zum Status Quo und der Zukunft von Fort- und Weiterbildungen in den Pflegeberufen. Online im Internet: URL: https://dpv-online.de/pdf/presse/Hochschule%20Niederrhein_Pflegestudie%202017.pdf Stand: 23.09.2019

Tschopp, A. (2012): Schlüsselbegriffe und Konzepte in der Palliative Care. Pflegen: palliativ, Heft 13, S. 7-10

Unger, M.; Spirig, R. (2006): Palliative Pflege bedeutet häufig Familienpflege. Darstellung des Konzeptes Familienpflege anhand eines Fallbeispiels aus dem HIV-Bereich. In: palliative-ch, 02/06, 19-23, Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Bern

Verband der Ersatzkassen e.V. (2019): Rahmenverträge. Online im Internet: URL: <https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag.html> Stand: 23.09.2019

Woerdehoff, D.; Bollig, G. et al. (2014): Palliativversorgung bei Schlaganfall. In: Neuro Geriatrie 11/2, S. 69-73, Hippocampus Verlag

Wright, Lorraine M.; Leahey, M. (2014): Familienzentrierte Pflege – Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Herausgeber: Preusse-Bleuler, Barbara, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Zimansky, M. et al. (2018): Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie. In: Pflege 31 / 6, S. 331-337, Hogrefe AG

9 Anhang

9.1 Eidesstattliche Erklärungen

Eidesstattliche Erklärung von Friederike Diel

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung von Elisa Kwiatek

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Strukturierte Literaturrecherche

Recherchekomponenten:

Recherchekomponente 1	Pflege
Recherchekomponente 2	Calgary Modell
Recherchekomponente 3	Familie
Recherchekomponente 4	SAPV
Recherchekomponente 5	Fortbildung
Recherchekomponente 6	Evaluation

Definition der Suchbegriffe:

Komponente 1: Pflege

Nursing

Care

Tabelle 1 Recherchekomponente: Pflege

Komponente 2: Calgary Modell

Familienassessment

Familienzentrierte Pflege

Tabelle 2 Recherchekomponente: Calgary Modell

Komponente 3: Familie

Angehörige

Bezugspersonen

Tabelle 3 Recherchekomponente: Familie

Komponente 4: SAPV

Palliativpflege

End-of-LifeCare

Tabelle 4 Recherchekomponente: SAPV

Komponente 5: Fortbildung

Schulung

Ausbildung

Tabelle 5 Recherchekomponente: Fortbildung

Komponente 6: Evaluation

Überprüfung

Validierung

Tabelle 6 Recherchekomponente: Evaluation

Recherche in Datenbanken:

Suchverlauf mit dem **Bibliothekskatalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg** am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse aus der erweiterten Suche im Bibliothekskatalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg am:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR FamilienzentriertePflege?)	3
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	3
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	0
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	0
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	0

Tabelle 7 SuchverlaufBibliothekskatalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg

Suchergebnisse Bibliothekskatalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg:

Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen

/ Lorraine M. Wright. - 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. - Bern : Huber, 2014

Familienzentrierte Pflege: ein Schulungsvideo mit Handbuch (pdf) für Fachpersonen des Gesundheitswesens; das Calgary Familien Modell umgesetzt in die Pflegepraxis

/ Barbara Preusse-Bleuler. - Bern : Lindenhof Schule, 2007

Suchverlauf mit **SpringerLink** Volltextdatenbank am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse aus der erweiterten Suche in der SpringerLink Volltextdatenbank:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?)	85
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	65
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	1
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	1
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	1

Tabelle 8 SuchverlaufSpringerLink Volltextdatenbank

Suchergebnisse Bibliothekskatalog der SpringerLink Volltextdatenbank:

Christian Schulz (2013): Der Patient am Lebensende – Gespräche zwischen Palliativpatienten und Medizinstudierenden am Lebensende: eine qualitative Untersuchung über Einblicke in die Erlebniswelt von Patienten, S. 43-146

Suchverlauf mit dem Suchportal **Livivo** am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse aus der „erweiterten Suche“ des Suchportals Livivo:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?)	22
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	10
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	0
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	0
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	0

Tabelle 9 Suchverlauf Suchportal Livivo

Suchergebnisse mit dem Suchportal Livivo:

Book:Familienzentrierte Pflege; Wright, Lorraine M. / Leahey, Maureen / Preusse-Bleuler, Barbara [Hrsg.]

Article:"Ein weiter Weg" : familienzentrierte Pflege; Lücke, Stephan / Latour, Jos M; Pflegen Intensiv; 2016 Volume 13, Issue 2, Page(s) 54–55

Article: „Angehörige sollten bei der Reanimation dabei sein dürfen“: familienzentrierte Pflege; Lücke, Stephan / Latour, Jos M; Pflegen Intensiv; 2013 Volume 10, Issue3,Page(s) 26-29

Article:Familienzentrierte Pflege : [das «Calgary Familien Assessment- und Investitionsmodell»]; Preusse-Bleuler, Barbara; Pflegen: palliativ; 2011 , Issue 10, Page(s) 4–9

Article:Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell : das Calgary Familien Modell und seine Instrumente.; Preusse-Bleuler, Barbara; NOVAcura; 2018 Volume 49, Issue 5, Page(s) 9–12

Article:Eine Familie bleibt auch im Heim
eine Familie : familienzentrierte Pflege von älteren Menschen im Heim.; Naef, Rahel; Curaviva (Deutsche Ausg.); 2015 Volume 86, Issue 10, Page(s) 34–37

Article:Familienzentrierte Pflege : "Die Familie ist bei Krankheiten eine enorm wichtige Ressource"; Ebnöther, Eva / Preusse-Bleuler, Barbara; Onkologiepflege; 2012 Volume 6, Issue 2, Page(s) 34–35

Article:Familienzentrierte Pflege. Die Angehörigen sind die Experten.; Lüthi, Urs; Krankenpflege. Soinsinfirmiers; 2004 Volume 97, Issue 4, Page(s) 10–2, 40–2, 62–4

Article:Familienzentrierte Pflegeanamnese als Schlüssel : herausfordernde Situationen bei Demenzerkrankten zu Hause.; SchilterWydler, Doris / Preusse-Bleuler, Barbara; Krankenpflege SBK; 2013 Volume 106, Issue 9, Page(s) 12–14

Suchverlauf mit **PubMed** am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse mit PubMed:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR FamilienzentriertePflege?)	773
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	0
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	0
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	0
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	0

Tabelle 10 SuchverlaufPubMed

Suchergebnisse mit PubMed:

Keine relevanten Suchergebnisse.

Suchverlauf mit **CareLit** am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse mit CareLit:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? ODER Nursing? ODER Care?) UND (Calgary Modell? ODER Familienassessment? ODER Familienzentrierte Pflege?)	182
2	(Pflege? ODER Nursing? ODER Care?) UND (Calgary Modell? ODER Familienassessment? ODER Familienzentrierte Pflege?) UND (Familie? ODER Angehörige? ODER Bezugspersonen?)	162
3	(Pflege? ODER Nursing? ODER Care?) UND (Calgary Modell? ODER Familienassessment? ODER Familienzentrierte Pflege?) UND (Familie? ODER Angehörige? ODER Bezugspersonen?) UND (SAPV? ODER Palliativpflege? ODER End-of-life Care?)	26
4	(Pflege? ODER Nursing? ODER Care?) UND (Calgary Modell? ODER Familienassessment? ODER Familienzentrierte Pflege?) UND (Familie? ODER Angehörige? ODER Bezugspersonen?) UND (SAPV? ODER Palliativpflege? ODER End-of-life Care?) UND (Fortbildung? ODER Schulung? ODER Ausbildung?)	16
5	(Pflege? ODER Nursing? ODER Care?) UND (Calgary Modell? ODER Familienassessment? ODER Familienzentrierte Pflege?) UND (Familie? ODER Angehörige? ODER Bezugspersonen?) UND (SAPV? ODER Palliativpflege? ODER End-of-life Care?) UND (Fortbildung? ODER Schulung? ODER Ausbildung?) UND (Evaluation? ODER Überprüfung? ODER Validierung?)	5

Tabelle 11 SuchverlaufCareLit

Suchergebnisse mit CareLit:

Autor:PREUSSE-BLEULER, B.;Titel:Familienzentrierte Pflege;

Zeitschrift:pflegen: palliativ, Seele;

Jahrgang:3Heft:10Erschienen:01.05.2011Seite:4 bis 9

Autor:McHugh, M.; Cotroneo, M.; Titel:Die Familiengesundheitspflege in der Pflegewissenschaft; Zeitschrift:Pflege aktuell, Berlin;

Jahrgang:54Heft:3Erschienen:01.03.2000Seite:146 bis 149

Autor:Eberl, I.; Schnepf, W.; Titel:Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage; Zeitschrift:Pflege, Bern;

Jahrgang:19Heft:4Erschienen:01.08.2006Seite:234 bis 243

Autor:Geister, C.;Titel:Wichtige Bezugspersonen müssen stärker einbezogen werden; Zeitschrift:Die Schwester Der Pfleger, Melsungen; Jahrgang:47Heft:1Erschienen:01.01.2008Seite:36 bis 38

Autor:Galatsch, M.;Titel:FamilyHealth Nursing - eine Herausforderung für Aus- und Weiterbildung? Ergebnisse eines europäischen Projektes; Zeitschrift:Pflege, Bern; Jahrgang:27Heft:4Erschienen:01.08.2014Seite:269 bis 277

Remmers, H.; Feller, A.-C.; Franke, I.; Zimansky, M.; Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie**Jahrgang:31Heft:6Erschienen:01.12.2018Seite:331 bis 337**

Autor:Rohde, K. S.;Titel:Angehörigen- und Familienwirkung als Pflegebezugspunkt in Qualifikation und BerufspraxisZeitschrift:Padua Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Stuttgart**Jahrgang:13Heft:4Erschienen:01.12.2018Seite:235 bis 244**

Autor:Rohde, K. S.;Titel:Familienorientierung in der pflegerischen GrundqualifikationZeitschrift:Padua Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Stuttgart**Jahrgang:13Heft:4Erschienen:01.12.2018Seite:259 bis 266**

Autor:Preusse-Bleuler, B.;Titel:Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-ModellZeitschrift:Nova, Luzern**Jahrgang:49Heft:5Erschienen:01.05.2018Seite:9 bis 12**

Autor:KLIMSCH, C.;Titel:Auch Angehörige brauchen BegleitungZeitschrift:pflügen: palliativ, Seelze**Jahrgang:9Heft:36Erschienen:01.11.2017Seite:24 bis 26**

Autor:STEUDTER, E.;Titel:Krankheit Sterben Tod: ein FamiliennotfallZeitschrift:pflügen: palliativ, Seelze**Jahrgang:9Heft:35Erschienen:01.07.2017Seite:8 bis 11**

Autor:Naef, R.;Titel:Familien einen Raum zum Trauern eröffnenZeitschrift:Pflege, Bern**Jahrgang:30Heft:1Erschienen:01.01.2017Seite:5 bis 7**

Autor:Ries-Gisler, T.;Titel:Und plötzlich habe ich einen Tumor -Die Situation von Frau S. und ihrer FamilieZeitschrift:Pflege, Bern**Jahrgang:27Heft:2Erschienen:01.04.2014Seite:117 bis 128**

Autor:Preusse-Bleuler, B.; SchilterWydler, D.;Titel:Familienzentrierte Pflegeanamnese als SchlüsselZeitschrift:KrankenpflegeSoinsInfirmiers, Solothurn**Jahrgang:106Heft:9Erschienen:01.09.2013Seite:12 bis 14**

?Autor:Limberger, R.;Titel:FamilienzentriertePflegeZeitschrift:not,
Leimersheim?Jahrgang:Heft:4Erschienen:01.07.2013Seite:24 bis 25

Autor:PREUSSE-BLEULER, B.;Titel:FamilienzentriertePflegeZeitschrift:pflügen:
palliativ, SeelzeJahrgang:3Heft:10Erschienen:01.05.2011Seite:4 bis 9

?Autor:Conte, E.;Titel:Familienorientierte Pflege in der SpintexZeitschrift:Nova,
Luzern?Jahrgang:39Heft:9Erschienen:01.09.2009Seite:36 bis 39

Autor:Buschor, M.; Schwizer, S.;Titel:Geno-Ökogramm als
TüröffnerZeitschrift:KrankenpflegeSoinsInfirmiers,
SolothurJahrgang:101Heft:4Erschienen:01.04.2008Seite:22 bis 25

Autor:Eberl, I.; Schnepf, W.Titel:Familiengesundheitspflege in Deutschland:
Konsensfindung als GrundlageZeitschrift:Pflege,
BernJahrgang:19Heft:4Erschienen:01.08.2006Seite:234 bis 243

Autor:Persson, B.Titel:Der Weg zu einer familienzentrierten Pflege
Neonatologie in SchwedenZeitschrift:Heilberufe,
BerlinJahrgang:57Heft:1Erschienen:01.01.2005Seite:46 bis 47

Autor:LUTHI, U.Titel:Die Angehörigen sind die Experten - Familienzentrierte
PflegeZeitschrift:KrankenpflegeSoinsInfirmiers,
SolothurnJahrgang:97Heft:4Erschienen:01.04.2004Seite:10 bis 12

Autor:Spirig, R.Titel:HIV/Aids-Familienpflege in der Schweiz im Kontext des
SchweigensZeitschrift:Pflege,
BernJahrgang:14Heft:6Erschienen:01.12.2001Seite:377 bis 385

Autor:McHugh, M.; Cotroneo, M.Titel:Die Familiengesundheitspflege in der
PflgewissenschaftZeitschrift:Pflege aktuell,
BerlinJahrgang:54Heft:3Erschienen:01.03.2000Seite:146 bis 149

Autor:TSCHOPP, A.;Titel:Schlüsselbegriffe und Konzepte in der Palliative
CareZeitschrift:pflügen: palliativ,
SeelzeJahrgang:4Heft:13Erschienen:01.03.2012Seite:7 bis 10

Suchverlauf mit **Google Webrecherche** am 13.03.2019:

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse der Google

Webrecherche:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR FamilienzentriertePflege?)	229
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	124
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	5
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	5
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	5

Tabelle 12 Suchverlauf Google Webrecherche

Suchergebnisse der Google Webrecherche:

https://www.palliativecare-thun.ch/files/JRBF5ON/2015_08_01_bfh_das_arbeit_public_extension_regula_luetscher.pdf

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GW/wido_ggw_0115_stiel_ostgathe_0415.pdf

https://www.kwa.de/fileadmin/user_upload/unternehmen/downloads/THEMEN_UND_POSITIONEN_4_Palliative_Care.PDF

http://www.hippocampus.de/media/316/cms_54c65d693a5f7.pdf

https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Paper_Anforderungen_Palliativversorgung.pdf

<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>

Es folgen tabellarisch aufgestellt die Suchergebnisse mit **Google Scholar** am 13.03.2019:

Nr.	Suchformulierung	Treffer
1	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?)	51
2	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?)	36
3	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?)	0
4	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?)	0
5	(Pflege? OR Nursing? OR Care?) AND (Calgary Modell? OR Familienassessment? OR Familienzentrierte Pflege?) AND (Familie? OR Angehörige? OR Bezugspersonen?) AND (SAPV? OR Palliativpflege? OR End-of-life Care?) AND (Fortbildung? OR Schulung? OR Ausbildung?) AND (Evaluation? OR Überprüfung? OR Validierung?)	0

Tabelle 13 Suchverlauf Google Scholar

Suchergebnisse der Google Scholar:

<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000277>

<https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302/a000640?journalCode=pfl>

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/254/1/Foehn_Ramona_Schubiger_Nicole_PF11_BA.pdf

<https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1662-9027/a000019?journalCode=noc#page=48>

https://www.palliativecare-thun.ch/files/JRBF5ON/2015_08_01_bfh_das_arbeit_public_extension_regula_letscher.pdf

<https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1662-9027/a000080?journalCode=noc>

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/14245/1/Kaufmann_Judith_Schnyder_Lea_PFDipl16_BA.pdf

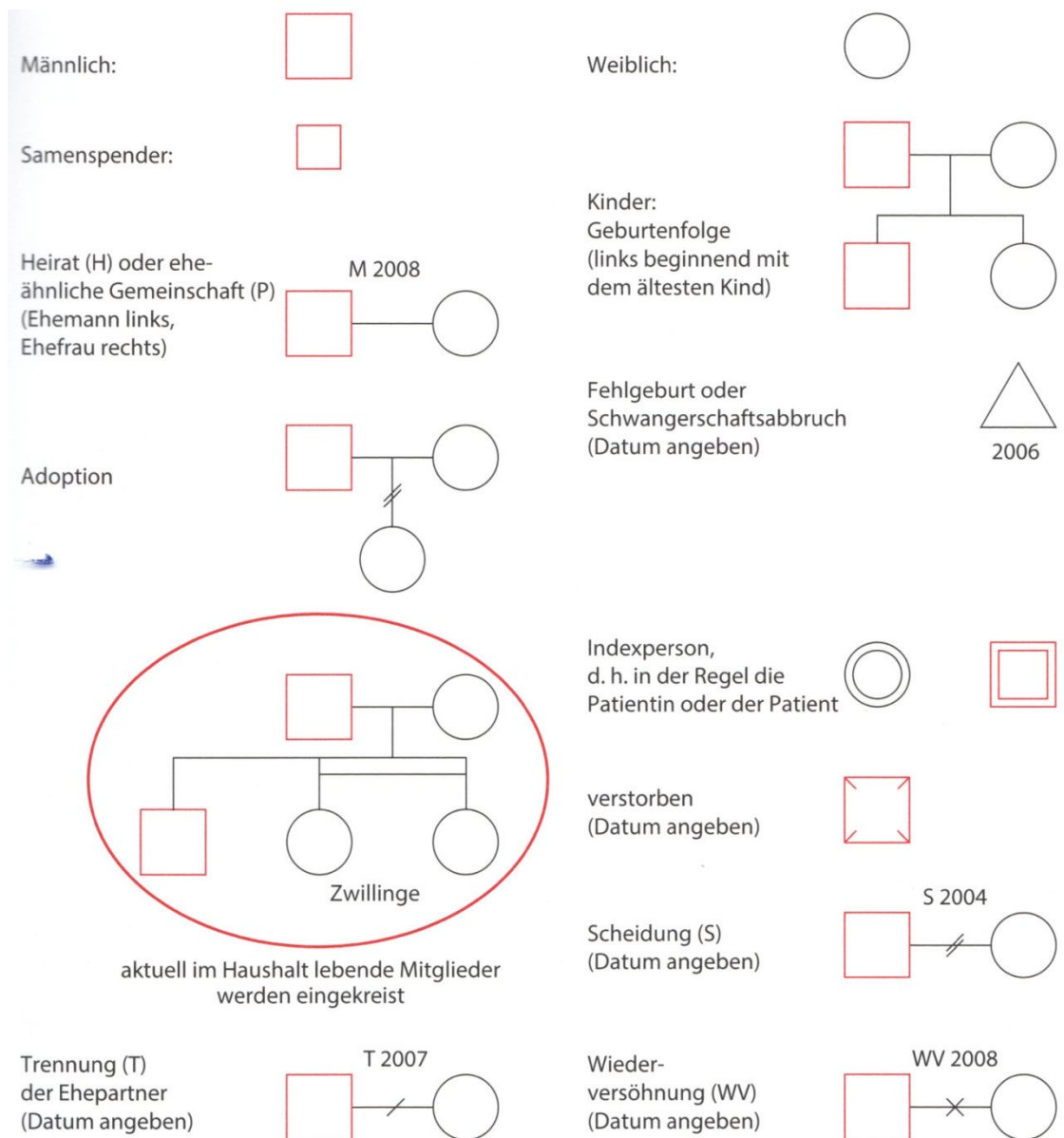
https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/1122/1/Gfeller_Bettina_Küng_Carmen_PF13_BA.pdf

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2006_02.pdf#page=19

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/11302/1/Bär_Cynthia_Comuzzo_Melina_PF15_BA.pdf

9.3 Dokumentationssystem

9.3.1 Symbole in einem Genogramm



Die Symbole in einem Genogramm (Wright/Leahey 2014, S. 93)

9.3.2 Vorlage der Zusammenfassung eines Familien-Assessments

Kasten 11-3

Vorlage für eine Zusammenfassung eines Familien-Assessments

Familienname: _____

Datum: _____

beim Gespräch anwesende Familienmitglieder:

Gesprächsmoderator: _____

Ort des Gesprächs: _____

I. **Überweisungsrouten und aktuelles Problem**

Nennen Sie in ein oder zwei Sätzen die zuweisende Institution/Person und den Grund für die Überweisung.

II. **Familienzusammensetzung**

Zeichnen Sie ein Genogramm und schreiben Sie neben jedes Familienmitglied den Namen, das Alter und den Beruf bzw. die Schulklasse. Zeichnen Sie einen Kreis um Familienmitglieder, die zu Hause leben.

III. **Bindungen innerhalb der Familie**

Stellen Sie die Bindungen grafisch dar. Geben Sie Intensität und Art der Bindungen an.

IV. **Vorgeschichte (sehr kurz und relevant für das aktuelle Problem)**

a. Chronologie der Ereignisse, die zu dem aktuellen Problem geführt haben. Notieren Sie auch frühere Lösungsversuche und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

b. Entwicklungsgeschichte der Familie einschließlich relevanter Informationen über die Herkunftsfamilien und wichtiger persönlicher, sozialer, beruflicher sowie gesundheitlicher/medizinischer Ereignisse.

V. **Stärken und Probleme**

Identifizieren Sie die Stärken der Familie. Listen Sie die Probleme der Familie (nach den Kategorien Struktur, Entwicklung und Funktion) und die individuellen Probleme (körperliche, psychische und soziale) auf den jeweiligen Systemebenen auf.

VI. **Hypothese/Zusammenfassung**

Fassen Sie die Verbindung zwischen der ersten Hypothese, den aktuellen Problemen, der Vorgeschichte und den Stärken der Familie zusammen. Falls nötig, korrigieren Sie die Hypothese, um Anleitungen für die Intervention zu geben.

VII. **Ziele und Pläne**

Nennen Sie die Pläne für die Intervention, Überweisung oder Entlassung. Beschreiben Sie die Reaktion der Familie und die Ergebnisse.

VIII. **Unterschrift**

Vorlage zur Zusammenfassung eines Familien-Assessments (Wright/Leahey 2014, S. 303)

9.3.3 Belastungsthermometer

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

Extrem belastet

Gar nicht belastet

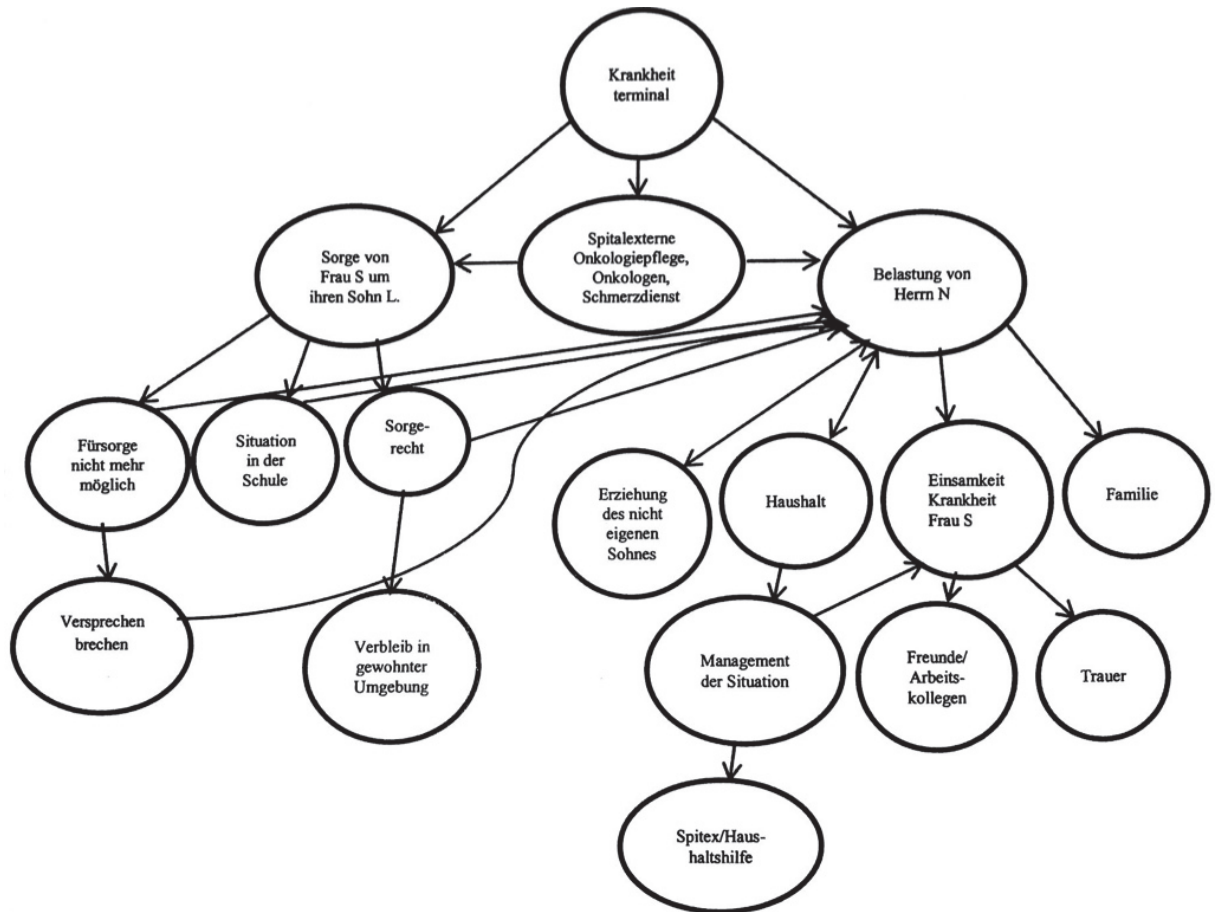
ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

Belastungsthermometer mit Items (Wössmer 2015)

9.3.4 Knowledge-Map



Knowledge-Mapping anhand der Familie S./N. (Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 124)

9.3.5 Dokumentation des Gesprächsverlaufs

Familienname: Datum:
Teilnehmer: Ort:
Name und Unterschrift des Gesprächsleiters:

Hypothese oder Plan vor dem Gespräch:

Neue Informationen:

Inhalt/Verlauf des Gesprächs
(einschließlich Interventionen und Reaktionen der Familie):

Neue Hypothese:

Plan für die nächste Sitzung:

Dokumentation des Gesprächsverlaufs (Wright/Leahey 2014, S. 310)

9.3.6 Dokumentation des Schlussberichts

Familienname:	Datum der ersten Sitzung:
Name der Pflegenden:	Datum der letzten Sitzung:
Unterschrift der Pflegenden:	Anzahl der Sitzungen:

Aktuelles Problem und Überweisungsrouten:

Interventionen und Ergebnis:

Prognose und Empfehlungen:

Dokumentation des Schlussberichts (Wright/Leahey 2014, S. 313)

9.4 Präsentationen der Schulung

9.4.1 Eine Einführung

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege *-Eine Einführung-*

Elisa Kwiatek & Friederike Diel

Vorstellung des Forschungsprojekts	Titel	Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald – Eine Bedarfsanalyse
	Berichterstellung	1. - 3. Semester
	Erhebungszeitraum	6. August – 5. September 2018
	Erhebungsmethode	Qualitative Experteninterviews
	Stichprobe	Sechs Expertinnen für SAPV im Pflegedienst Landkreis Vorpommern-Greifswald mit abgeschlossener Berufsausbildung im Pflegebereich
	Datenanalyse	MAXQDA

Tab. 1: Zusammenfassung des Forschungsberichts „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald – Eine Bedarfsanalyse“ ²

Ergebnisse des Forschungsprojekts	beruflicher Werdegang:	Fall A	Fall B	Fall C	Fall D	Fall E	Fall F
	Kinderkrankenschwester- ausbildung				X		
	Krankenschwester-/ GKP- Ausbildung	X	X	X		X	
	Altenpflegeausbildung						X
	Krippenerzieherausbildung				X		
	Palliative Care-Kurs	X	X	X	X	X	X
	Refresher-Kurs		X	X	X	X	
	Weiterbildung Wundversorgung			X	X		
	Intensivpflegeweiterbildung	X		X			
	Weiterbildung Schmerz				X		
	Gestaltung von Weiterbildungen			X			
	Leitung	X		X		X	X
	Selbständigkeit	X				X	

Tab. 2: Beruflicher Werdegang der Interviewteilernehmer/ -innen 3

Ergebnisse des Forschungsprojekts

	Familie wurde thematisiert	Familie war kein Thema	keine konkrete Aussage
Fall A	X		
Fall B	X		
Fall C			X
Fall D	X		
Fall E	X		
Fall F	X		

Tab. 3: Darstellung der Antworten der Befragten zur Thematisierung der Familie in Palliative- Care Weiterbildungsmaßnahmen

09.10.19 Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem 4

Ergebnisse des Forschungsprojekts

Fall	Bekanntheit familienzentrierte Pflege	familienzentrierte Pflege ist unbekannt	Vorstellung geäußert
Fall A	X		X
Fall B		X	
Fall C		X	
Fall D		X	
Fall E	X	(X)	X
Fall F		X	

Tab. 4: Bekanntheit und Unbekanntheit des Begriffes familienzentrierte Pflege bei den Interviewteilnehmer/-innen

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

5

Ergebnisse des Forschungsprojekts	gewünschter Inhalt:	Fall A	Fall B	Fall C	Fall D	Fall E	Fall F
	Netzwerkteilnehmer der Palliativversorgung			X			
	Pflegegrad			X			
	Umgang mit Familien			X			
	Einbeziehen der Familie				X		
	Angehörige bei der Weiterbildung				X		
	Erfahrungen und Input anderer Schwestern und Ärzte		X				
	Theorie und Vorstellung Calgary Modell		X			X	
	Information im multiprofessionellen Team	X					
	Nähe/Distanz	X					
	Kommunikation	X					X
	Krisenmanagement	X					X
	Umgang mit Kleinkindern und Jugendlichen						X

Tab. 5: Darstellung der Ergebnisse zu gewünschten Inhalten in Weiter- oder Fortbildungsmaßnahmen

6

Ergebnisse des Forschungsprojekts

Fall	Interesse an Fortbildung
Fall A	X
Fall B	X
Fall C	X
Fall D	X
Fall E	X
Fall F	X

Tab. 6: Darstellung des Interesses an einer Teilnahme zu einer Fortbildung der familienzentrierten Pflege mit den gewünschten Inhalten

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

7

Ergebnisse des Forschungsprojekts

Fall	keine konkrete Antwort	unentschlossen	Vorschläge zur Bedarfsdeckung	Bedarf ja
Fall A				X
Fall B				X
Fall C	X			
Fall D				X
Fall E		X		
Fall F			X	X

Tab. 7: Darstellung der Bedarfsermittlung zur Anwendung eines Modells zur familienzentrierten Pflege im Landkreis Vorpommern-Greifswald

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

8

Belastungen der Familie in der Palliative Care

„Die Gesundheit verschlechterte sich bei 50% aller Hinterbliebenen pflegenden Angehörigen nach dem Tod der Patientin, des Patienten wenig bis stark. Diese gaben an, nicht genügend Unterstützung erhalten zu haben (...).“

(Kaufmann/Schnyder 2018, S. 30)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

9

Belastungen der Familie in der Palliative Care

- Angehörige erfahren durch Betreuung und Pflege der Betroffenen erhebliche physische und psychosoziale Belastungen (vgl. Zimansky 2018, S. 331)
- häufigste gesundheitliche Probleme der pflegenden Angehörigen:
 - Gelenkbeschwerden,*
 - Bluthochdruck,*
 - Kopfschmerzen oder Migräne und*
 - psychische Beschwerden*
- häufiger Konsum von Schlaf- und andere Beruhigungsmittel (vgl. Küttel et al. 2015, S. 112)
- Aufgabe der Freizeitaktivitäten, fehlende Entlastungsmöglichkeiten (vgl. Küttel et al. 2015, S. 116, 118)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

10

9.4.2 Theorie

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege *-Theorie-*

Elisa Kwiatek & Friederike Diel

Gliederung

1 Einleitung

2 Theorie zum Calgary Modell

2.1 Begriffsklärung Familie und familienzentrierte Pflege

2.2 Nutzen des Calgary Modells

2.3 Phasen des Familienkontaktes nach dem Calgary Modell

2.3.1 Beziehungsaufbau und Hypothesenbildung

2.3.2 Calgary Familien-Assessment Modell

2.3.3 Calgary Familien-Interventions Modell

2.3.4 Abschluss der Beziehung

2.4 Das Dokumentationssystem

2.5 Kompetenzen der Pflegefachkraft

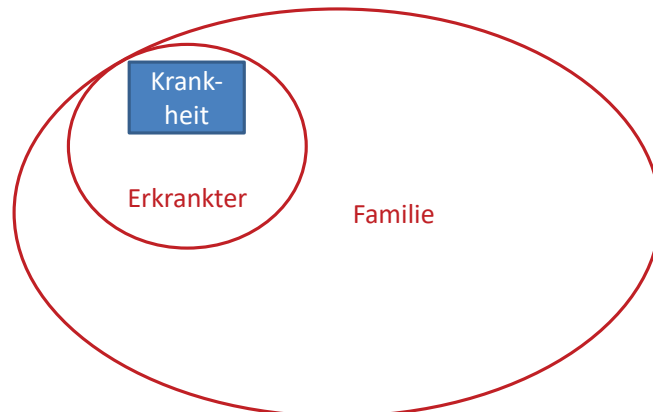
2.6 Anwendung des Calgary Modells in der Palliative Care

2.7 Studienlage

3 Quellenverzeichnis

1 Einleitung

„Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit“



Eigene Darstellung nach Preusse-Bleuler 2007, S. 12

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

3

Theorie zum Calgary Modell

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

4

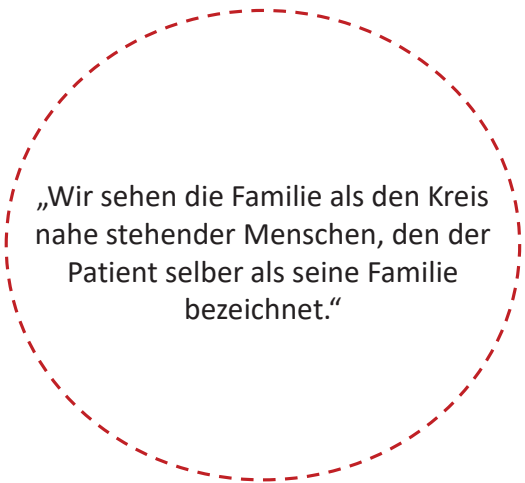
2.1 Begriffsklärung Familie

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

5

2.1 Begriffsklärung Familie



„Wir sehen die Familie als den Kreis
nahe stehender Menschen, den der
Patient selber als seine Familie
bezeichnet.“

(Preusse-Bleuler 2007, S. 11)

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

6

2.1 Begriffsklärung Familie

Familie = „eine Gruppe von Individuen, die zusammengehalten werden durch starke emotionale Bande, ein Zugehörigkeitsgefühl und gegenseitige emotionale Anteilnahme an ihrem Leben.“

(Wright/Leahey 2014, S. 71)

2.1 Begriffsklärung familienzentrierte Pflege

2.1 Begriffsklärung familienzentrierte Pflege

Familienzentrierte Pflege = Pflegekräfte unterstützen Betroffene und Angehörige „durch Begleitung und Beratung mit dem Ziel, die Handlungs- und Selbsthilfefähigkeit der Familie zu erhalten und auszubauen sowie gezielte Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten.“

(Zimansky et al. 2018, S. 332)

2.2 Nutzen des Calgary Modells

- Achtung der Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie
- Herstellung eines systematischen Gleichgewichts der Familie
- Selbsthilfefähigkeit und Handlungsfähigkeit unterstützen
- Unterstützung der Genese durch Einbezug des Lebensumfeldes
- Prävention und Gesundheitsförderung anderer Familienmitglieder

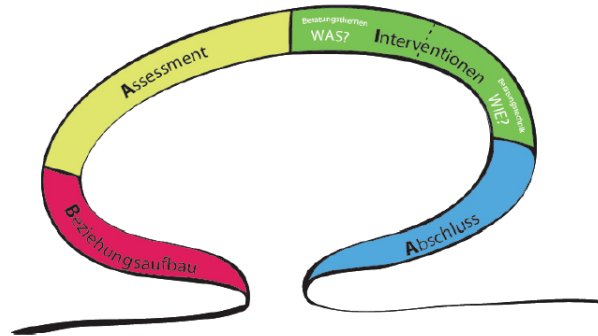
(Vgl. Wright/Leahey 2014, S. 30+37)

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 61)

2.3 Phasen des Familienkontaktes nach dem Calgary Modell

BAIA – Ein sicherer Hafen für Familien

Familien
Zentrierte
Pflege



© Barbara Preusse-Bleuler (2016)

09.10.19

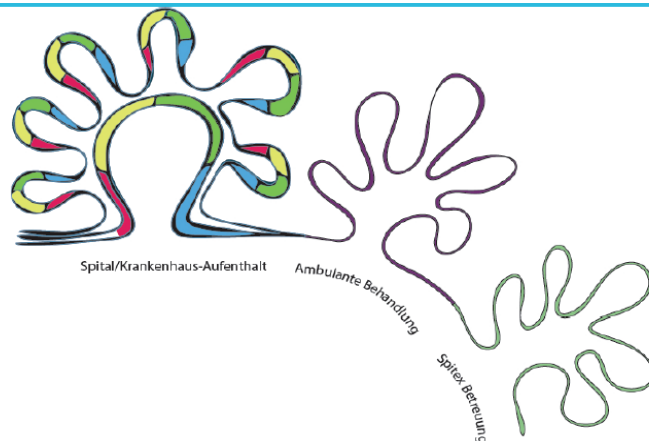
Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

11

2.3 Phasen des Familienkontaktes nach dem Calgary Modell

BAIA – Serie von Aufenthalten

Familien
Zentrierte
Pflege



© Barbara Preusse-Bleuler (2016)

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

12

2.3.1 Beziehungsaufbau

- Informationen über die Familie werden im Vorfeld herangezogen.
- Begrüßung und Vorstellung der Pflegefachkraft
- Der Familie wird mit Respekt, engagiertem Interesse und wohlwollender Neugier entgegengetreten.
- ggf. Informationsblatt

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

13

2.3.1 Hypothesenbildung

„Eine Hypothese ist eine vorläufige Annahme oder Ahnung, die die Ausgangsbasis für weitere Erklärungen darstellt.“

(Wright/Leahey 2014, S. 200)

VERSTÄNDNIS

Ressourcenorientierte Lösungen

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 35)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

14

2.3.2 Calgary Familien-Assessment Modell

„Das CFAM ist ein systematisches, umfassendes und multidimensionales Konzept, auf dessen Grundlage (...) ein Verständnis einer konkreten Familiensituation erarbeitet werden kann.“

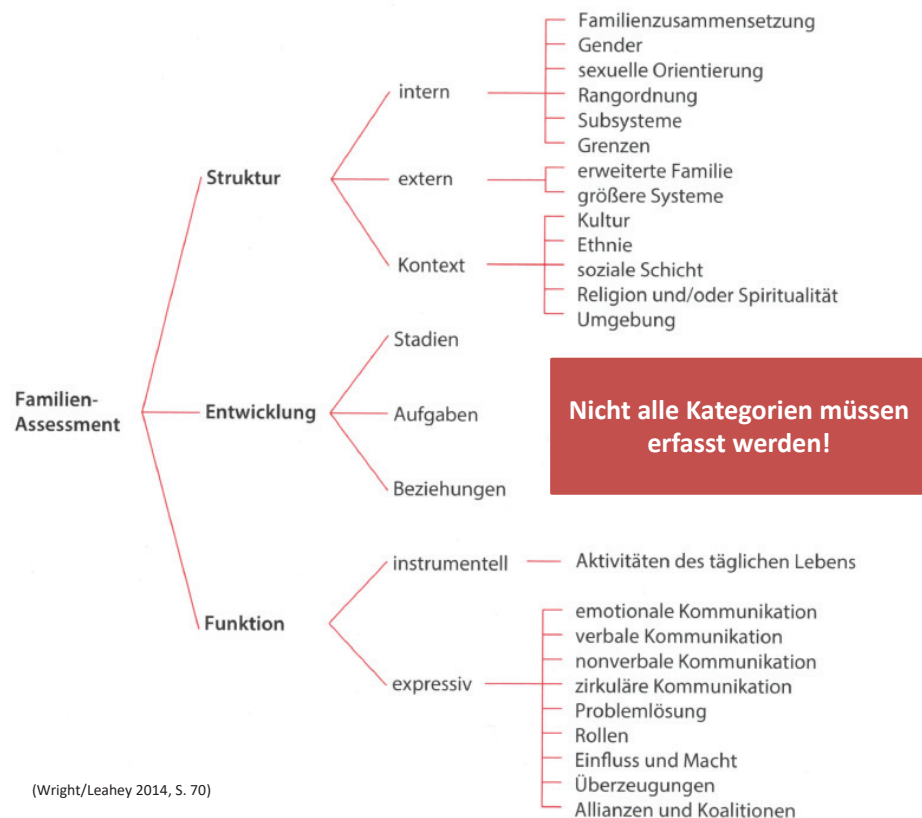
(Preusse-Bleuler 2011, S. 5)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

15



(Wright/Leahey 2014, S. 70)

2.3.2 Calgary Familien-Assessment Modell

Instrumente des Assessments:

Strukturelles Assessment:	Genogramm Ökogramm (Wright/Leahey 2014, S. 90)
Assessment der Entwicklung:	Stadien des Familienlebenszyklus (Wright/Leahey 2014, S. 110)
Funktionales Assessment:	Stadien von Gesundheit und Krankheit Neun Subkategorien der expressiven Funktion (Wright/Leahey 2014, S. 134-135)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

17

2.3.2 Calgary Familien-Assessment Modell

DAS GENOGRAMM

„Das Genogramm ist eine grafische Darstellung der Familienkonstellation.“

(Wright/Leahey 2014, S. 90)

→ erfasst die interne Struktur der Familie

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 21)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

18

2.3.2 Calgary Familien-Assessment Modell

ÖKOGRAMM

- Überblick über Kontakte der Familie zu anderen Personen außerhalb der Familie
- Zeigt die wichtigen Kontakte zwischen Familie und Außenwelt
(Wright/Leahey 2014, S. 90)

→ Ressourcen und Schwierigkeiten werden erfasst
(Vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 21-22)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

19

2.3.3 Calgary Familien-Interventions Modell

„Das CFIM ist ein strukturgebendes Konzept, das geeignet ist, die Schnittstelle zwischen einem bestimmten Bereich der Familienfunktion und der von der Pflegenden angebotenen Intervention konzeptualisieren.“

(Wright/Leahey 2014, S. 161)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

20

2.3.3 Calgary Familien-Interventions Modell

A) Konzeptualisierung

B) Durchführung von Interventionen

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 36)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

21

2.3.3 Calgary Familien-Interventions Modell

A) Konzeptualisierung durch ein Reflecting-Team

1. Einleitung
2. Fallskizzierung
3. Klärungsfragen
4. Reflektion der Pflegenden
5. Dokumentation

(Vgl. Preusse-Bleuler 2007)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

22

2.3.3 Calgary Familien-Interventions Modell

B) Durchführung von Interventionen

kognitiver Bereich	affektiver Bereich	verhaltensbezogener Bereich
die Stärken der Familie anerkennen	Emotionale Reaktionen validieren und normalisieren	Unterstützung anbieten
Anerkennung und Wertschätzung	Familie ermutigen, Krankheitsgeschichte zu erzählen	Familie ermutigen, die Rolle der pflegenden Angehörigen zu übernehmen
Informationen und Meinungen anbieten	Unterstützung durch die Familie mobilisieren	Erholungspausen anregen
Interventionsorientierte Fragen		Rituale entwickeln
(Wright/Leahey 2014, S. 163+167-170)	(Wright/Leahey 2014, S. 170-171)	(Wright/Leahey 2014, S. 172-173)



09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

23

2.3.4 Abschluss der Beziehung

- Der Austritt beginnt beim Eintritt. (Vgl. Preusse-Bleuler 2007)
→ Dauerhafte Veränderungen (Wright/Leahey 2014, S. 251)
- Familie soll Probleme zukünftig selbst lösen können (Wright/Leahey 2014, S. 188)
- Bei Bedarf werden Beratungsstellen empfohlen. (Vgl. Preusse-Bleuler 2007)
- Ergebnisse festigen (Vgl. Preusse-Bleuler 2007)
- Evaluation durch die Pflegefachkraft (Vgl. Preusse-Bleuler 2007)

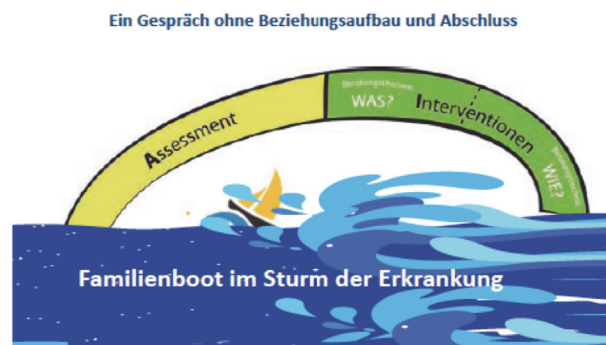


09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

24

2.3 Phasen des Familienkontaktes nach dem Calgary Modell



2.4 Das Dokumentationssystem

„Das System besteht aus sechs Teilen:

1. Calgary Familien-Assessment Modell
2. Liste der Stärken und Probleme
3. Zusammenfassung des Familien-Assessments
4. Calgary Familien-Interventions Modell
5. Verlaufsdarstellungen
6. Zusammenfassung des Entlassungsberichts.“

(Wright/Leahey 2014, S. 294)

2.5 Kompetenzen der Pflegefachkraft

- Gesundheitsförderin
- Anbieterin von verschiedenen Leistungen und Supervisorin
- Fürsprecherin der Familie
- Epidemiologin
- Forscherin
- Managerin und Koordinatorin
- Beraterin

(Vgl. Wright/Leyhey 2014, S. 186)

2.6 Anwendung des Calgary Modells in der Palliative Care

- Die Palliative-Care-Mitarbeitenden sind gefordert, mit ihrem vertieften Wissen die speziellen Bedürfnisse der Familie zu erkennen. (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 5)
- Mit der Erstellung des Geno- und Ökogramms erhalten die Pflegenden Einblick in die Organisation der Familie und deren Wissenstand zur Krankheit. Auch die Familie verschafft sich selbst einen Überblick über die Situation. (vgl. Lütcher 2014, S.23-24)
- Schnelle Erfassung umfangreicher Daten (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 9)
- Familie fühlt sich auf den gleichen Stand wie Pflgeteam (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 9)
- Im Assessmentgespräch mit den Angehörigen kommt durch das narrative Erzählen die subjektive Belastung ans Licht. (vgl. Lütcher 2014, S. 30)
→ Welche Unterstützungsmöglichkeiten müssen geboten werden?

2.7 Studienlage

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

29

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4
Titel	Palliative Pflege bedeutet häufig Familienpflege. Darstellung des Konzeptes Familienpflege anhand eines Fallbeispiels aus dem HIV-Bereich.	„Und plötzlich habe ich einen Tumor“ - die Situation von Frau S. und ihrer Familie.	„FAMILIENZENTRIERT PFLEGEN IM AMBULANTEN PALLIATIVE CARE TEAM“	„Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie“
Autor (Jahr)	Unger und Spirig (2006)	Ries-Gisler und Spirig (2014)	Lütscher et al. (2014)	Zimansky et al. (2018)
Herkunftsland	Schweiz	Schweiz	Schweiz	Deutschland
Interventionsbereich	HIV-Bereich	ambulante Palliativversorgung	ambulante Palliativversorgung	Onkologie
Ergebnisse	Modell erwies sich als praktikabel und effizient	Interventionen fokussieren kognitiven und emotionalen Bereich, Ermöglichung einer systematische Versorgung, Eignung der Instrumente	Instrumente wurden regelmäßig genutzt, Vermeidung unnötiger Rehospitalisationen, Stellenwert der Familie wurde als wichtiger eingeschätzt, Erhöhung der Arbeitszufriedenheit	modifiziertes Modell wurde implementiert (Zeitmangel, Bereichspflege, fehlende Beratungskompetenzen), verbesserter Beziehungsaufbau, Ermittlung der Bedürfnisse der gesamten Familie

Diskussion

Kann das Calgary Modell in der ambulanten palliativen Versorgung angewendet werden?

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

31

Literaturverzeichnis

- Bachl, M. (2007): Familienzentrierte Pflege ist keine Utopie. Krankenpflege, Heft 12, S. 20-21
- Eder, K (2012): Ist Beratung in der Pflege theoriegestützt? Beratungsmethoden in zwei unterschiedlichen Modellen als Beleg. Procare, Heft 8, S. 32-35
- Geister, C. (2008): Wichtige Bezugspersonen müssen stärker einbezogen werden. Die Schwester Der Pfleger, Heft 1, S.36-38
- Lütscher, R. (2014): FAMILIENZENTRIERT PFLEGEN IM AMBULANTEN PALLIATIVE CARE TEAM – Die Einführung und Umsetzung der Familienzentrierten Pflege in der SPITEX Region Thun. Online im Internet: URL: https://www.palliativecare-thun.ch/files/JRBF50N/2015_08_01_bfh_das_arbeit_public_extension_regula_luetscher.pdf, letzter Stand: 04.04.2019
- McHugh, M.; Cotroneo, M. (2000): Die Familiengesundheitspflege in der Pflegewissenschaft. Pflege aktuell, Heft 3, S. 146-149
- Preusse-Bleuler, Barbara (2012): <https://www.curaviva.ch/files/EEJ185U/Familienzentrierte-Pflege-in-Alters-und-Pflegeheimen.pdf> 03.01.2018 23:55 Uhr
- Preusse-Bleuler, Barbara (2012): https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/kongress/2012/Nr._11_Preusse-Bleuler.pdf 03.01.2018 23:49 Uhr
- Preusse-Bleuler, Barbara: <http://www.eurac.edu/de/services/meeting/events/Documents/Preusse-Bleuler.pdf> 04.01.2018 00:28 Uhr
- Preusse-Bleuler, B. (2018): Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell. Das Calgary Familien Modell und seine Instrumente. NOVAcura, Heft 5, S. 9-12
- Preusse-Bleuler, Barbara: Familienzentrierte Pflege – Ein Hochschulvideo mit Handbuch (pdf) für Fachpersonen des Gesundheitswesens; Lindenhof Schule Bern 2007
- Preusse-Bleuler, B. (2011): Familienzentrierte Pflege. Pflegen: palliativ, Heft 10, S. 4-9
- Ries-Gisler, T.; Spirig, R. (2014): Und plötzlich habe ich einen Tumor. Die Situation von Frau S. und ihrer Familie. Pflege, Heft 2, S. 117-128
- Spirig, Rebecca : http://www.congrex.ch/fileadmin/files/2012/careart2012/Spirig_Rebecca_Zusammenarbeit_mit_den_Angehorigen_Das_Calgary_Familienmodell.pdf 04.01.2018 00:49 Uhr
- Wright, Lorraine M.; Leahey, Maureen 2014: Familienzentrierte Pflege – Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. 2. Auflage Verlag Hans Huber, Bern.**
- Zimansky, Manuel et al. (2018): Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie. In: Pflege 31 / 6, S. 331-337. Hogrefe AG

09.10.19

Das Calgary Modell als Konzept der
familienzentrierten Pflege

32

„To think family!“

(Wright/Leahey 2005)

9.4.3 Kommunikation und Beratung

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege *-Kommunikation und Beratung-*

Elisa Kwiatek & Friederike Diel

gewünschter Inhalt:	Fall A	Fall B	Fall C	Fall D	Fall E	Fall F
Netzwerkteilnehmer der Palliativversorgung			X			
Pflegegrad			X			
Umgang mit Familien			X			
Einbeziehen der Familie				X		
Angehörige bei der Weiterbildung				X		
Erfahrungen und Input anderer Schwestern und Ärzte		X				
Theorie und Vorstellung Calgary Modell		X			X	
Information im multiprofessionellen Team	X					
Nähe/Distanz	X					
Kommunikation	X					X
Krisenmanagement	X					X
Umgang mit Kleinkindern und Jugendlichen						X



09.10.19

2

Kommunikation im Calgary Modell

Fähigkeiten und Fertigkeiten basieren auf den theoretischen Grundlagen:

Systemtheorie,

Kybernetik,

Kommunikationswissenschaft,

Erkenntnistheorie und

Veränderungstheorie.



(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 189)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

3

Gliederung

- 1 Einleitung
- 2 Begriffsklärung Kommunikation und Beratung
- 3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey
- 4 Klassische Kommunikationsmodelle
 - 4.1 Watzlawick
 - 4.2 Schulz von Thun
 - 4.3 Rogers
- 5 Der Klient als Experte
- 6 Quellenverzeichnis

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

4

2 Begriffsklärung Kommunikation

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

5

2 Begriffsklärung Kommunikation

lateinisch „communicatio“ = Mitteilung/Unterredung

„Bestimmungsstücke von Kommunikation:

- 1. Es gibt TeilnehmerInnen.*
- 2. Es gibt eine Nachricht.*
- 3. Es gibt Mittel und Modalitäten zum Zweck der Kommunikation.*
- 4. Kommunikation ist kontextgebunden und Teilnehmende üben verschiedene Aktivitäten aus.*
- 5. Kommunikation ist interaktiv.*
- 6. Kommunikation ist mehr oder minder intentional.“*

(Röhner/Schütz 2012, S. 2+5)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

6

2 Begriffsklärung Beratung

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

7

2 Begriffsklärung Beratung

„Beratung ist ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess, dessen Ziel eine individuelle **Problemlösung** ist.“

(Schewior-Popp, Susanne 2012, S.173)

Beratung ist „(...) eine Reihe direkter Kontakte mit dem Individuum, die darauf abzielen, ihm bei der **Änderung seiner Einstellungen und seines Verhaltens** zu helfen.“

(Rogers, Carl 1942, S.17)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

8

2 Begriffsklärung Beratung

Formen der Beratung:

- I. Laienhafte Beratung
- II. Semiprofessionelle Beratung
- III. Professionelle Beratung

(vgl. Elzer M. 2007, S.168)

2 Begriffsklärung Beratung

Direktive Beratung

- Berater definiert das Problem
- Im Mittelpunkt des Beratungsprozesses ist das Problem (Ursachen und Behandlung)

(vgl. Rogers, Carl 1997, S.110)

Non-direktive Beratung

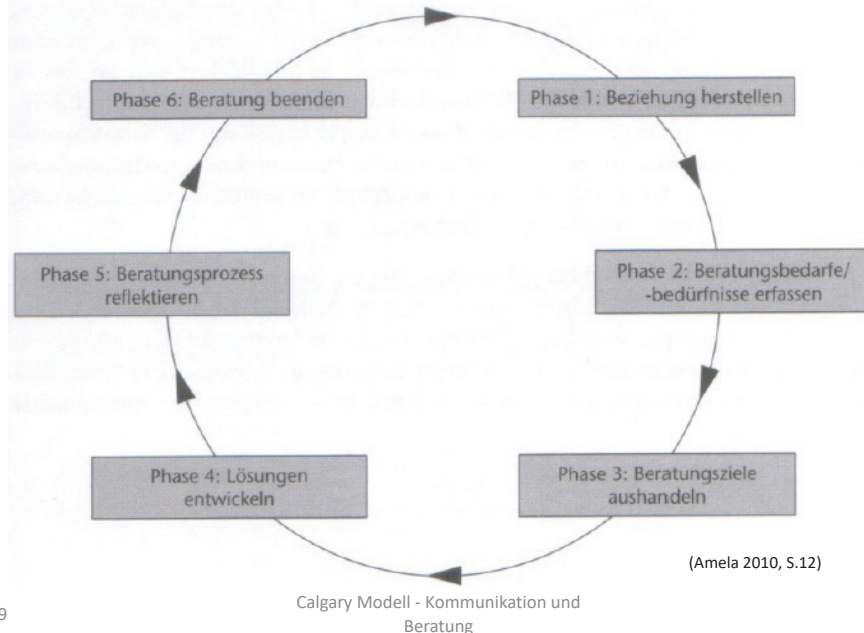
= personenzentrierte

Beratung (Rogers 1980, S.66)

- Individuum = Mittelpunkt der Beratung
- Wachstumsförderndes Klima

(vgl. Rogers 1997, S.36ff.)

2 Begriffsklärung Beratung



09.10.19

11

3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

Die Pflegefachkraft braucht
perzeptive,
konzeptuelle und
exekutive
Fähigkeiten und Fertigkeiten.

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 189)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

12

3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

KONZEPT 1 – *Jede nonverbale Kommunikation ist bedeutungsvoll*

- Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren, da nonverbale Kommunikation immer Botschaft beinhaltet (Watzlawick et al. 1967)
- Nonverbales Verhalten (Beobachter, der Schlussfolgerungen zieht) versus nonverbale Kommunikation (Person, die kommuniziert)
- Berücksichtigung des unmittelbaren Kontextes

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 54)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

13

3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

KONZEPT 2 – *Kommunikation hat immer zwei Transmissionskanäle – einen digitalen und einen analogen*

- Digitale Kommunikation=verbale Kommunikation
 - Analoge Kommunikation=nonverbale Kommunikation
- Stimmen analoge und digitale Kommunikation nicht überein, gilt die analoge Botschaft als relevanter für die beobachtende Pflegeperson.

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 54-55)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

14

3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

KONZEPT 3 – *Symmetrie und Komplementarität haben wechselnde Bedeutungen in einer dynamischen Beziehung*

- Komplementäre Beziehung = eine Person gibt und die andere nimmt, Status beider Personen ist ungleich
 - Symmetrische Beziehung = Status gleich, jede Person zeigt sie habe das Recht die Initiative zu ergreifen
- Paare müssen Symmetrie und Komplementarität entsprechend der Situation ausbalancieren.

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 55)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

15

3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

KONZEPT 4 – *Jede Kommunikation hat immer zwei Ebenen – Inhalt und Beziehung*

- Kommunikation besteht aus Informationen, die die Art der Beziehung zwischen den interagierenden Personen kennzeichnet.

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 55-56)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

16

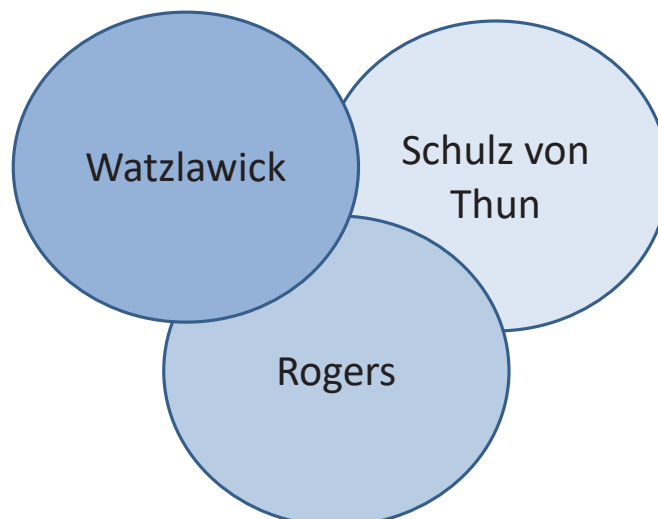
3 Konzepte der Kommunikation nach Wright und Leahey

Kommunikation verrät etwas über Struktur und Funktion der Beziehungen in der Familie:

- *Machtpositionen*
- *Entscheidungsfindungsprozesse*
- *Gefühle*
- *Vertrauen*
- *Koalitionen*

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 56)

4 Klassische Kommunikationsmodelle



4.1 Watzlawick

„Die Regeln menschlicher Kommunikation fasst Watzlawick in fünf Axiomen zusammen:

- 1. Axiom zur Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren**
- 2. Axiom zum Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation**
- 3. Axiom zur Interpunktion von Ereignisfolgen**
- 4. Axiom zu digitaler vs. analoger Kommunikation**
- 5. Axiom zu symmetrischer vs. komplementärer Kommunikation“**

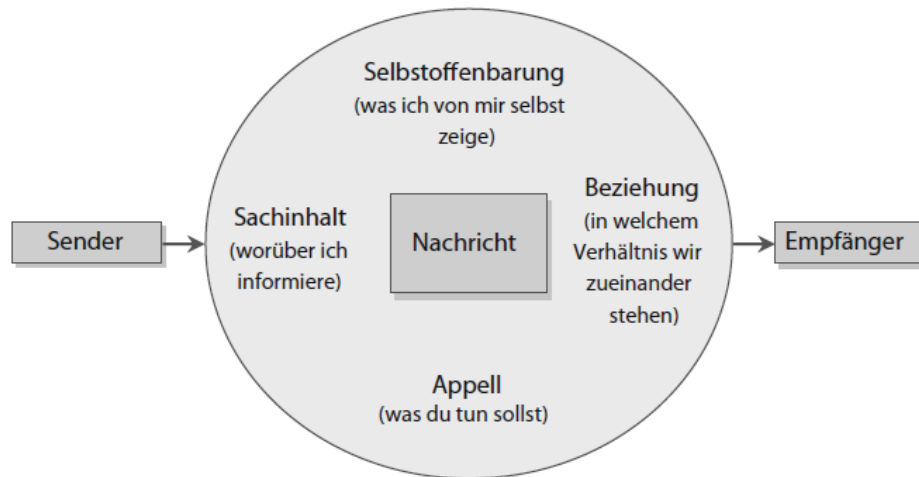
(Watzlawick 2000 zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 25)

4.1 Watzlawick

Störungen in der Kommunikation werden auf Verstöße gegen die Axiome zurückgeführt.

(Watzlawick 2000 zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 25)

4.2 Schulz von Thun



Modell der Kommunikation nach Schulz von Thun (Röhner/Schütz 2012, S. 19)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

21

4.2 Schulz von Thun

Entschlüsselung des/der EmpfängerIn maßgeblich
für die Kommunikationsqualität

Einseitige Empfangsgewohnheiten führen zu
Kommunikationsstörungen

(Schulz von Thun 2000 zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 20)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

22

4.2 Schulz von Thun

effektivere Kommunikation durch:

- Kurze Sätze und einfache Begriffe
- Mehrfachkodierung (z. B. als Text und Bild)

(Langer et al. (2003) und Ruppert (1999) zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 20)

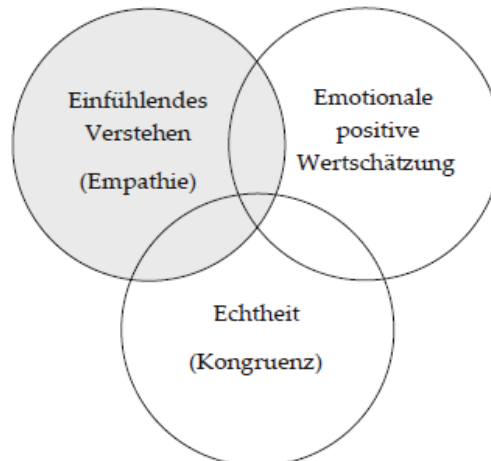
4.3 Rogers

„Rogers geht aus humanistischer Perspektive davon aus, dass jeder Mensch nach Autonomie und Selbstverwirklichung strebt.“

(Rogers (1991) zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 24)

4.3 Rogers

Die drei Komponenten der Verhaltensmerkmale von BeraterInnen/TherapeutInnen nach Rogers:



(Rogers (1991) zitiert von Röhner/Schütz 2012, S. 24)
Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

09.10.19

25

4.3 Rogers

Techniken:

- Aktives Zuhören
- Paraphrasieren
- Verbalisieren
- Offene Fragen

(vgl. Martin et al. 2017, S. 1026-1027)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

26

4.3 Rogers

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

27

4.3 Rogers

Techniken	begünstigende Faktoren	Funktion
Paraphrasieren	angenehmes Setting	Perspektivwechsel
Verbalisieren	Minimierung von Störquellen	öffnen des Gesprächspartners
offene Fragen	zugewandte Körperhaltung	Richtung und Tempo bestimmen
	Blickkontakt	Strukturierung von Inhalten
	bejahendes Nicken	Erweiterung von Wissen
	Pausen und Ausredenlassen	angenommen und verstanden fühlen des Pat.
	Nachfragen bei Unklarheiten	

(vgl. Martin et al. 2017, S. 1026-1027)

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

28

4.3 Rogers

Effekte des aktiven Zuhörens:

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit und der Anwendenden
- positiver Einfluss auf die Adhärenz der Patienten und Patientinnen
- Perspektivwechsel möglich
- verringern von Depressionen

(vgl. Martin et al. 2017, S. 1026)

Kommunikative Fähigkeiten sind erlernbar!

5 Der Klient als Experte



Abb.: Expertenwissen, eigene Darstellung

6 Literaturverzeichnis

- Elzer M. et al. 2007: kommunikative Kompetenzen in der Pflege, Bern
Röhner, Jessica; Schütz, Astrid (2012): Basiswissen Psychologie. 1. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Schewior-Popp, Susanne et al. 2012: Thiemes Pflege – Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, 12. Aufl. Georg Thieme Verlag Verlag Stuttgart
- Rogers, Carl 1980: Der neue Mensch, 9. Aufl. J.G. Cotta´sche Buchhandlung Nachfolger GmbH Stuttgart
- Rogers, Carl 1942: Die nicht-direktive Beratung, 1. Aufl. Kindler Verlag GmbH München
- Martin, O.; Rockenbauch, K.; Kleinert, E.; Stöbel-Richter, Y. (2017): Aktives Zuhören effektiv Vermitteln-Zwei Konzepte im Vergleich. Der Nervenarzt, Heft 9, S. 1026-1035.

09.10.19

Calgary Modell - Kommunikation und
Beratung

31

„To think family!“

(Wright/Leahey 2005)

9.4.4 Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege

*-Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem-*

Elisa Kwiatek & Friederike Diel

Gliederung

1 Verschiedene Assessmentmethoden

1.1 Genogramm

1.2 Ökogramm

1.3 Belastungsthermometer

1.4 Knowledge-Mapping

2 Vorteile der Assessmentmethoden

Gliederung

3 Darstellung des eigenen Beispiels

3.1 Fallvorstellung

3.2 Genogramm

3.3 Ökogramm

4 Das Dokumentationssystem

5 Fallbeispiele

6 Literaturverzeichnis

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

3

1 Verschiedene Assessmentmethoden

1.1 Genogramm

„Genogramm, [...] eine grafische Darstellung einer Familiensituation. Im Erstgespräch werden der Patient und seine Angehörigen eingeladen, auch von ihrer Familie zu berichten. Die Pflegende hält diese Informationen in Form einer Zeichnung fest.“

(Preusse-Bleuler 2011, S. 8)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

4

1.1 Genogramm

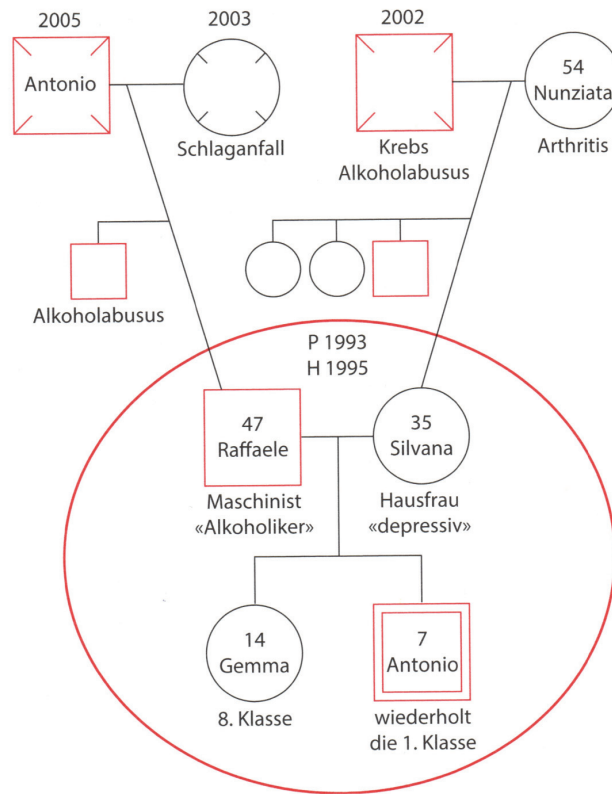


Abb. 1: Musterbeispiel eines Genogramms der Familie Lamensa (Wright/Leahey 2014, S. 94)

5

1.1 Genogramm

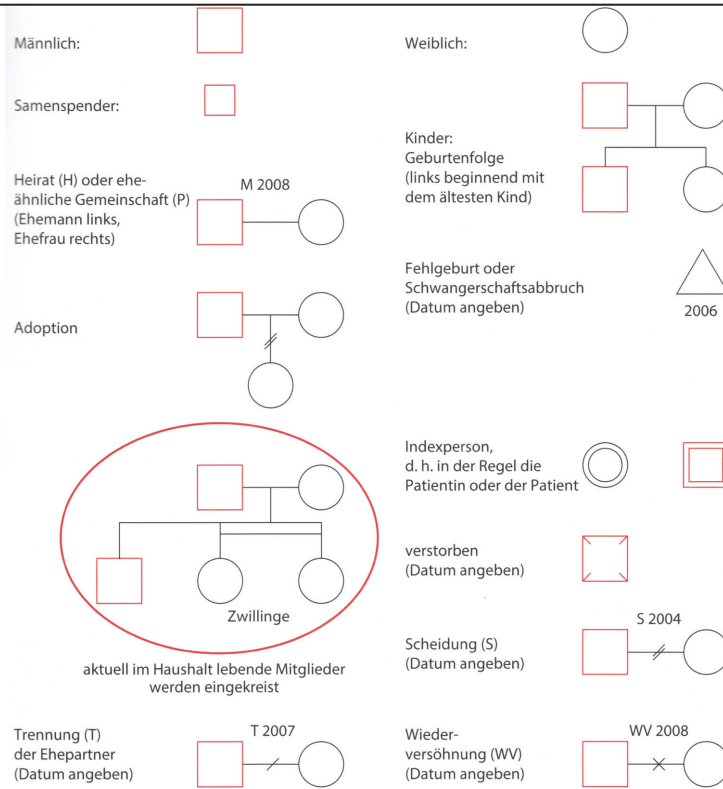


Abb. 2: Die Symbole in einem Genogramm (Wright/Leahey 2014, S. 93)

6

1 Verschiedene Assessmentmethoden

1.2 Ökogramm

„Das Ökogramm gibt einen Überblick über die Familie und ihre Situation; es bildet die wichtigen positiven oder konflikträchtigen Beziehungen zwischen der Familie und der Außenwelt ab.“

(Wright/Leahey 2014, S. 102)

→ stellt aktuelle Funktion der Familie und den umgebenden Kontext dar

(vgl. Wright/Leahey 2014, S. 102)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

7

1.2 Ökogramm

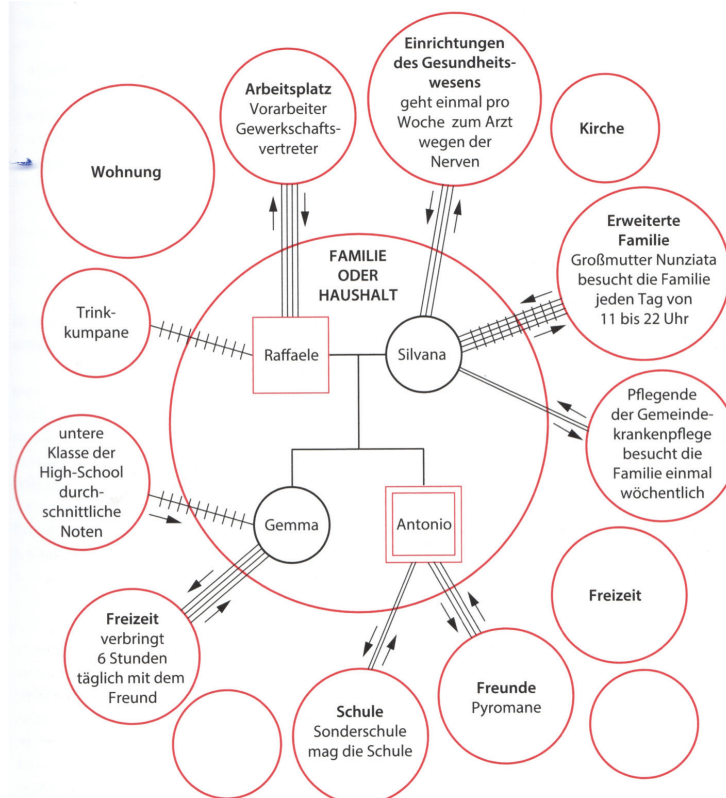


Abb. 3: Das Ökogramm der Familie Lamensa (Wright/Leahey 2014, S. 103)

8

1 Verschiedene Assessmentmethoden

1.3 Belastungsthermometer

- Entwickelt in den USA vom National Comprehensive Cancer Network
- besteht aus einer Visuellen Analogskala (VAS) und einer Problemliste mit 34 Items
- Belastung einer Familie kann gemessen und individuell immer wieder neu beurteilt werden
- Wert von ≥ 5 weist auf eine allfällige Belastung hin → eine psychoonkologische Betreuung oder Unterstützung durch einen Sozialdienst wird empfohlen
- Validiert wurde das Instrument in verschiedenen Studien im onkologischen Bereich

(vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 120)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

9

1.3 Belastungsthermometer

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Praktische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens			

Sonstige Probleme: _____

Abb. 4: Belastungsthermometer mit Items (Wössmer 2015)

10

1 Verschiedene Assessmentmethoden

1.4 Knowledge-Mapping

- zusammenfassende und strukturierende Analysemethode, welche eine regelgeleitete Auswertung erlaubt
- Mit dieser Technik kann neues Wissen und die im Gespräch erhaltene Informationen grafisch dargestellt werden.
- Beim Erstellen einer Knowledge-Map wird der Text anhand der Fragestellung strukturiert.
- zentrale Begriffe werden in Form von Konzepten als Knotenpunkte in einem Netz dargestellt
- Beziehungen zwischen diesen Konzepten werden mittels Verbindungslinien (Pfeile) dargestellt

(vgl. Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 121)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

11

1.4 Knowledge-Mapping

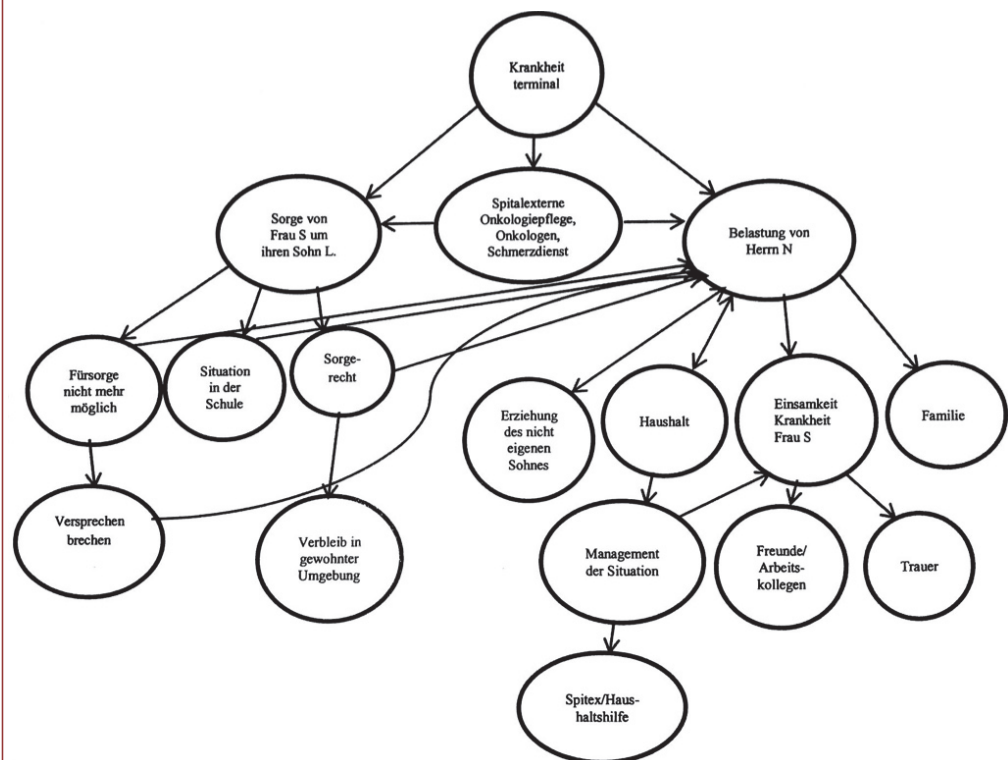


Abb. 5: Knowledge-Mapping anhand der Familie S./N. (Ries-Gisler/Spirig 2014, S. 124)

12

2 Vorteile der Assessmentmethoden

- Übersichtlichkeit
- Herausforderungen und Widrigkeiten können herausgearbeitet werden (vgl. Naef 2015, S. 37)
- gemeinsames Visualisieren aller Beteiligten wird angeregt, relevante Details zu erzählen, weiter zu denken und eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen (vgl. Preusse-Bleuler 2018, S. 11)
- kann für alle Beteiligten das Situationsverständnis verbessern oder intensivieren und Ausgangspunkt der Interventionen sein (vgl. Rohde 2018, S. 262)
- Genogramm und Ökogramm sind einfach zu handhaben → schnelle Dokumentation
- Momentaufnahme der aktuellen Situation
- erinnert die Pflegenden daran, die Familie in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen zu stellen (vgl. Wright/Leahey 2014, S. 90-91)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

13

2 Vorteile der Assessmentmethoden

- Vereinfachung des Informationsflusses und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch Einheitlichkeit
- Familienzentrierte Pflege ermöglicht vorausschauendes, ressourcenorientiertes und zielgerichtetes Arbeiten.
→ Qualitätssteigerung (vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 22)
- Selbsthilfefähigkeit und Handlungsfähigkeit unterstützen
- Prävention und Gesundheitsförderung anderer Familienmitglieder (vgl. Preusse-Bleuler 2007, S. 61)
- „Das gemeinsame Erstellen des Geno-, Öko- und Beziehungsdiagramm trägt in großem Maß zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung bei.“ (vgl. Preusse-Bleuler 2011, S. 8)

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-
Methoden und das Dokumentationssystem

14

3 Darstellung des eigenen Beispiels

3.1 Fallvorstellung

Die 79-jährige Frau E. und ihr Ehemann, 83 Jahre, leben zusammen in einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus. Zusammen haben sie zwei Kinder, die nicht mehr in der Häuslichkeit wohnen aber ortsnahe und jeweils schon selber Kinder haben. Im Mai 2015 wurde bei Frau E. ein mittelgradig differenziertes Adenokarzinom des Colon transversum diagnostiziert. 2016 trat ein Rezidiv mit peritonealen Metastasen auf. Daraufhin folgte eine Relaparatomie mit Adnexektomie beidseits im September 2016. Frau E. hat seither regelmäßig Chemotherapien bei ihrer Onkologin in der Praxis. Seither leidet Frau E. an immer wiederkehrenden, langanhaltenden Diarrhoe. Weshalb sie auch im April 2017 so stark exsikkiert war, dass sie ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Nach intravenöser Flüssigkeitssubstitution ging es Frau E. besser, es trat kein akuter Diarrhoe mehr auf und Frau E. konnte das Krankenhaus nach einer Woche wieder verlassen. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen. Seit der Erstdiagnose hat Frau E. einen Port implantiert und es erfolgt über diesen parenterale Ernährung. Diese wird täglich abends vorbereitet und angeschlossen. Frau E. wird von einem Pflegedienst betreut, der diese Aufgabe übernimmt und den Port wöchentlich wechselt. Frau E. hat den Pflegegrad 2 zugesprochen bekommen. Der Pflegedienst unterstützt sie bei Bedarf auch ebenfalls beim wöchentlichen Baden, aufgrund ihrer Sturzgefährdung, die auftritt wenn Frau E. wieder häufiger an Diarrhoe leidet und Schwach auf den Beinen ist. Frau E. leidet nicht an Schmerzen. Frau E. hat zu ihrer ganzen Familie guten bis sehr guten Kontakt, besonders zu ihrer Tochter und Enkeltochter hat sie ein enges Verhältnis. Sie fragt ihre Familie häufiger um Rat und diese werden auch in Therapieentscheidungen mit einbezogen. Viele Geschwister sind von Frau E. schon verstorben. Dies macht sie traurig und nachdenklich. Der Ehemann von Frau E. unterstützt sie, wo er kann. Zum Ausgleich fahren beide bei gutem Wetter in den Garten, der Ehemann sogar jeden Tag. Frau ist sich bewusst, dass sich ihr körperlicher Zustand jederzeit verschlechtern könnte. Ihr Mann ist in der Patientenverfügung als Bevollmächtigter eingetragen. Frau E. hat zu dem Pflegedienst und dessen Mitarbeitern eine enge Beziehung aufgebaut und vertraut sich diesen auch an.

15

3 Darstellung des eigenen Beispiels

3.2 Genogramm

3 Darstellung des eigenen Beispiels 3.2 Genogramm

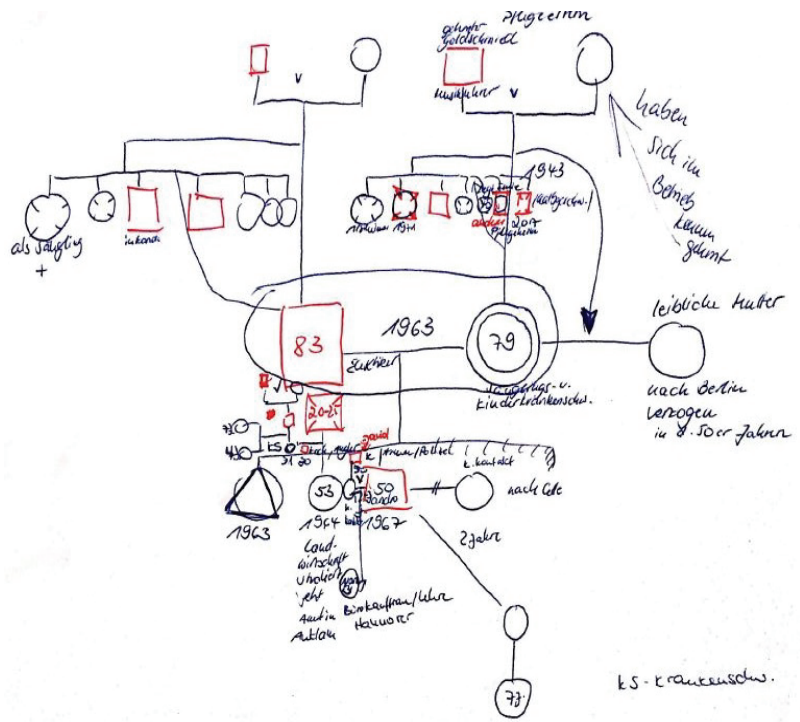


Abb. 6: Genogramm Familie Eichenwald

3 Darstellung des eigenen Beispiels 3.2 Genogramm

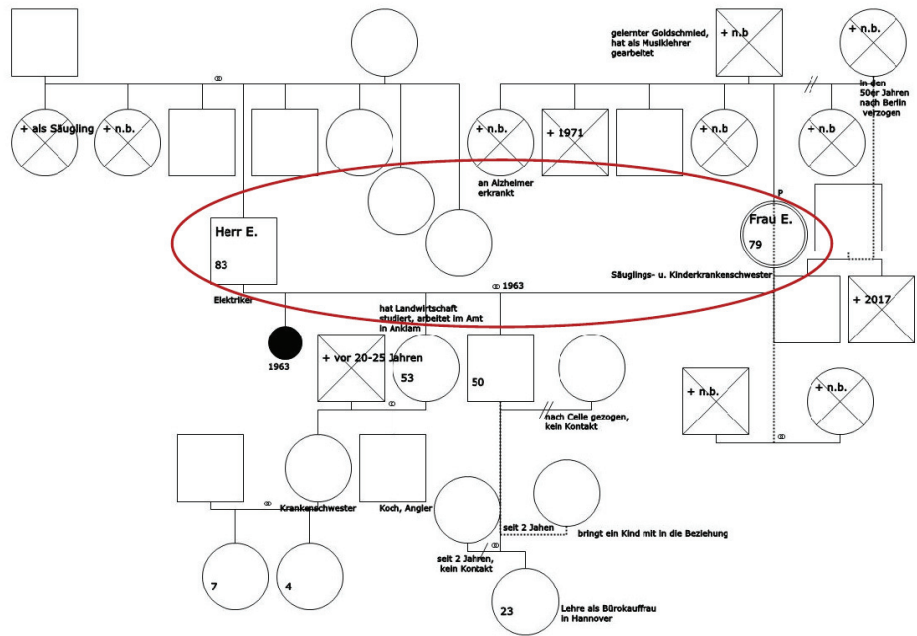


Abb. 7: Genogramm Familie Eichenwald mittels Computerprogramm Genopro

3 Darstellung des eigenen Beispiels

3.3 Ökogramm

09.10.19

Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

19

3 Darstellung des eigenen Beispiels

3.3 Ökogramm

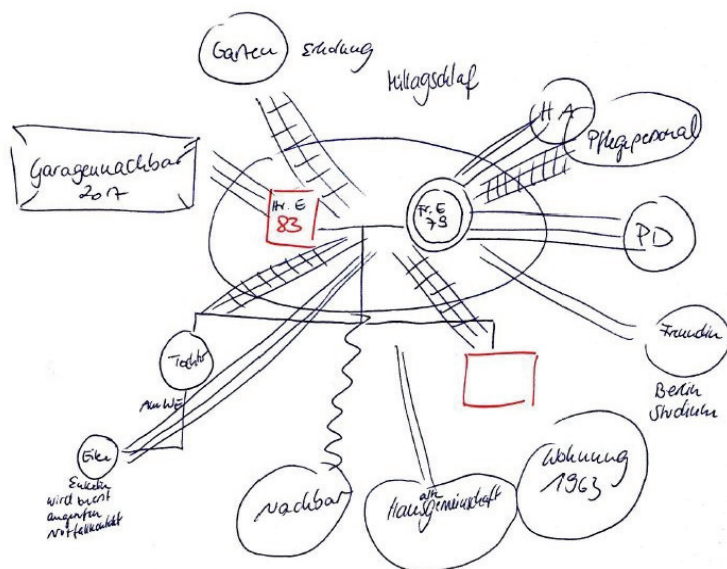


Abb. 8: Ökogramm Familie Eichenwald

20

3 Darstellung des eigenen Beispiels 3.3 Ökogramm

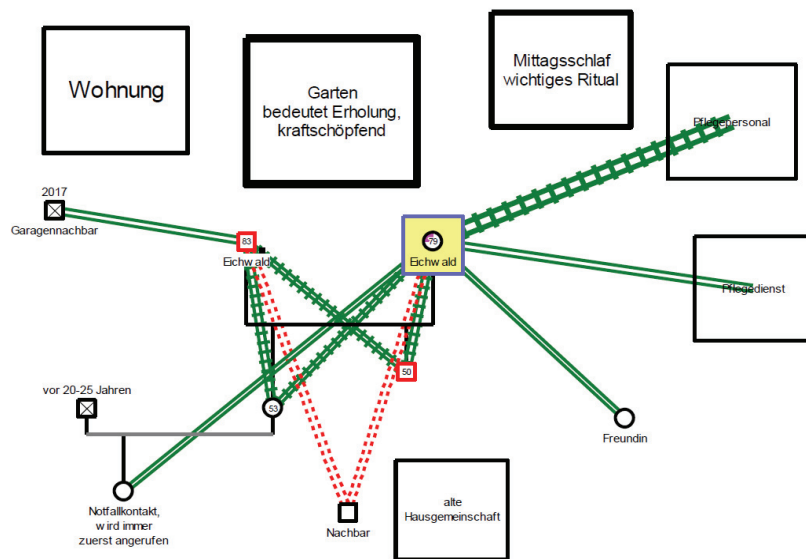


Abb. 9: Darstellung Ökogramm Familie Eichenwald mittels Computerprogramm Genopro

4 Das Dokumentationssystem

5 Fallbeispiele

6 Literaturverzeichnis

Naef, R. (2015): Eine Familie bleibt auch im Heim eine Familie. Familienzentrierte Pflege von älteren Menschen im Heim. Curaviva, Heft 10, S. 34-37

Preusse-Bleuler, B. (2018): Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell. Das Calgary Familien Modell und seine Instrumente. NOVAcara, Heft 5, S. 9-12

Preusse-Bleuler, B. (2011): Familienzentrierte Pflege. Pflegen: palliativ, Heft 10, S. 4-9

Preusse-Bleuler, B. (2007): Familienzentrierte Pflege – Ein Hochschulvideo mit Handbuch (pdf) für Fachpersonen des Gesundheitswesens; Lindenhof Schule Bern

Ries-Gisler, T.; Spirig, R. (2014): Und plötzlich habe ich einen Tumor. Die Situation von Frau S. und ihrer Familie. Pflege, Heft 2, S. 117-128

Rohde, Katrin S. (2018): Familienorientierung in der pflegerischen Grundqualifikation – Eine Betrachtung in Bezug auf das Studium Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin. Padua, Heft 4, S. 259-266

Wright, Lorraine M.; Leahey, M. (2014): Familienzentrierte Pflege – Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Herausgeber: Preusse-Bleuler, Barbara, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Wössmer, B. (2015): Einführung in die Psychoonkologie. Fortbildung Radio-Onkologie Schweiz. Vereinigung der Fachleute für med. tech. Radiologie. Online im Internet: URL: <https://docplayer.org/18082632-Einfuehrung-in-die-psychoonkologie.html> Stand: 10.04.2019

9.5 Einladung zur Fortbildungsveranstaltung

Die auf den nächsten beiden Seiten folgende Einladung zur Fortbildungsveranstaltung wurde an „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst“ versandt. Diese ist beispielhaft im Anhang aufgeführt. Es wurden auch zwei weitere Einladungsschreiben an „Ambulanter Pflegedienst Martina Baltz GmbH“ und „Pflegedienst Humboldt GmbH & co. KG“ versandt. Diese werden im Anhang nicht zusätzlich aufgeführt, da sich lediglich die Anrede verändert.

Einladung zur Fortbildungsveranstaltung

Sehr geehrte Schwester Jessica,
sehr geehrte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Ora Cura,

hiermit laden wir Sie herzlich zur Fortbildung zum Thema „**das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege**“ ein. Die Fortbildung baut auf dem vorangegangenen Forschungsprojekt zum Calgary Modell auf, in dem die Rolle der Familie in der ambulanten palliativen Versorgungssituation betrachtet wurde. Aus dem Projekt ging hervor, dass die Familie bereits intuitiv in die Versorgung miteinbezogen wird. Zudem gab die Mehrheit der Befragten an, an einer Fortbildung zur familienzentrierten Pflege teilnehmen zu wollen.

In der geplanten Fortbildung soll die Familie in den Fokus der Betrachtung gesetzt werden. Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege wird den Teilnehmenden in drei Modulen nahe gebracht:

- Theorie
- Kommunikation und Beratung
- Arbeiten mit den Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem.

Die Teilnahme ist **kostenfrei**, da die Fortbildung im Rahmen einer Masterarbeit erfolgt. Für die Teilnahme an der Fortbildung wird ein Zertifikat ausgegeben. Die Fortbildung wird am 22. Mai 2019 in den Räumlichkeiten unseres Kooperationspartners „Ora Cura – Intensiver Pflegedienst GmbH“ stattfinden.

Zeit: 22. Mai 2019, 8-16:00 Uhr
Ort: Am Koppelberg 14, 17489 Greifswald

Wir freuen uns insbesondere über die Teilnahme der Interviewteilnehmerinnen aus dem Forschungsprojekt, möchten aber auch andere Palliative Care-Kräfte oder interessierte Pflegefachkräfte Ihres Pflegedienstes einladen.

Wenn Sie an der Fortbildung teilnehmen möchten, füllen Sie den Anmeldebogen aus und schicken Sie diesen per E-Mail an elisakwiatek@web.de oder auf postalischem Weg an Elisa Kwiatek, Loitzer Landstraße 7d, 17489 Greifswald. Wir bitten um Anmeldung bis zum 17. Mai 2019.

Bei Rückfragen steht Ihnen Elisa Kwiatek unter der Rufnummer 0178 970 5600 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen,
Elisa Kwiatek und Friederike Diel

Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

Thema: „Das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege“

Referenten: Elisa Kwiatek (B.Sc.)
Friederike Diel (B.Sc.)

Zeit: 22. Mai 2019, 8-16:00 Uhr

Ort: Am Koppelberg 14, 17489 Greifswald

Rückantwort per Email: elisakwiatek@web.de
oder Rückantwort per Post: Elisa Kwiatek
 Loitzer Landstraße 7d
 17489 Greifswald

Bitte geben Sie folgende Daten für die Anmeldung an:

Name, Vorname:

Pflegedienst:

Beruf:

Email:

9.6 Fortbildungsabläufe

9.6.1 geplanter Fortbildungsablauf

08:15 Uhr	Vorstellungsrunde Eilsa & Friedi (Duzen) → evtl. Vorstellungsrunde unter den Teilnehmern → Zeitplan+Module vorstellen
08:30 Uhr	Einführung durch Friedi
09:00 – 09:15 Uhr	PAUSE
09:15 Uhr	Modul „Theorie“ durch Elisa
	→ Folie 5: Begriffsklärung Familie mit Teilnehmern → Folie 8: Was stellt man sich unter familienzentrierte Pflege vor? → Folie 31: kleine Diskussionsgruppe Kann das Calgary Modell, nach jetzigem Wissenstand, in der Palliativpflege angewendet werden?
10:15 – 10:30 Uhr	PAUSE
10:30 Uhr	Modul „Kommunikation“ durch Elisa
	→ Folie 3: Welche Kommunikationsmodelle sind bekannt? → Folie 5: Welche Merkmale hat Kommunikation? → Folie 7: Was ist Beratung? → Folie 14: nach Beispiel fragen, Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 15: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 16: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 17: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 28: Wie kann die Pflegende die Kommunikation begünstigend beeinflussen?
12:00 – 13:00 Uhr	MITTAGSPAUSE
13:00 Uhr	Modul „Anwendung“ durch Friedi
14:00 – 14:15 Uhr	PAUSE
14:15 – 14:45 Uhr	Fallbeispiele werden durch Teilnehmende bearbeitet
14:45 – 15:00 Uhr	PAUSE → Fallbeispiele einscannen
15:00 – 15:30 Uhr	Auswertung
15:30	Abschluss durch Elisa & Friedi → Dank → Fragen → Fragebogen

9.6.2 tatsächlicher Fortbildungsablauf

08:10 – 08:15 Uhr	Vorstellungsrunde Eilsa&Friedi (Dutzen) → evtl. Vorstellungsrunde unter den Teilnehmern → Zeitplan+Module vorstellen
08:15 – 8:40 Uhr	Einführung durch Friedi
08:40 – 08:50 Uhr	PAUSE
08:50 – 9:45 Uhr	Modul „Theorie“ durch Elisa → Folie 5: Begriffsklärung Familie mit Teilnehmern → Folie 8: Was stellt man sich unter familienzentrierte Pflege vor? → Folie 31: kleine Diskussionsgruppe Kann das Calgary Modell, nach jetzigem Wissenstand, in der Palliativpflege angewendet werden?
09:45 – 10:00 Uhr	PAUSE
10:05 – 11:00 Uhr	Modul „Kommunikation“ durch Elisa → Folie 3: Welche Kommunikationsmodelle sind bekannt? → Folie 5: Welche Merkmale hat Kommunikation? → Folie 7: Was ist Beratung? → Folie 14: nach Beispiel fragen, Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 15: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 16: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 17: Beispiel wird vorgelesen durch Friedi → Folie 28: Wie kann die Pflgende die Kommunikation begünstigend beeinflussen?
11:00 – 12:05 Uhr	MITTAGSPAUSE
12:05 – 13:15 Uhr	Modul „Anwendung“ durch Friedi
13:15 – 13:40 Uhr	PAUSE
13:40 – 14:30 Uhr	Fallbeispiele werden durch Teilnehmende bearbeitet
14:30 – 14:45 Uhr	PAUSE → Fallbeispiele einscannen
14:45 – 15:15 Uhr	Auswertung
15:15 – 15:35 Uhr	Abschluss durch Elisa & Friedi → Dank → Fragen → Fragebogen → Terminabsprache

9.7 standardisierte schriftliche Fragebögen

9.7.1 Evaluationsbogen



Evaluationsbogen zur Fortbildung zum Thema:

Das Calgary Modell nach Wright und Leahey als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Fragebogen – Teil A

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Palliative Care-Weiterbildung: Ja Nein

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die Beantwortung des Fragebogens „Teil A“ nimmt etwa 10 Minuten in Anspruch. Insgesamt werden die Befragten zu den drei Modulen der Fortbildung und zur Vortragsweise der Referenten in sechs Frageblöcken befragt. Die Fortbildung soll den Teilnehmenden das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege nahe bringen und die Familie in den Fokus der Betrachtung rücken. Der Fragebogen Teil A soll erfassen, wie die Teilnehmenden der Fortbildung diese bewerten. Die Qualität der Fortbildung wird über verschiedene Kriterien im Fragebogen erfasst. Das Forscherteam interessiert sich für die persönliche und individuelle Einstellung und Meinung der Teilnehmer. Daher gibt es in der Befragung keine richtigen und keine falschen Antworten. Es sollen möglichst alle Fragen beantwortet werden. Dazu kreuzen die Teilnehmenden jeweils die Auswahlmöglichkeit an, die ihrer persönlichen Meinung am nächsten kommt. Jede Frage sollte nur mit einer Auswahlmöglichkeit beantwortet werden. Die Daten der Befragung werden anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihr Mitwirken!

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Feld an und gehen Sie nach dem Schulnotensystem vor!

Modul 1: Theorie

	(1) sehr gut	(2) gut	(3) befriedigend	(4) ausreichend	(5) mangelhaft	(6) ungenügend
A.1.1 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit des Inhalts der Thematik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.1.2 Wie beurteilen Sie die Form der Präsentation? (eingesetzte Lehrmaterialien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.1.3 Wie beurteilen Sie den aktiven Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.1.4 Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Theorie und aktivem Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A.1.5 Wie beurteilen Sie die Vortragsweise der Referenten?

A.1.5.1 logischer Aufbau, klare Gliederung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.1.5.2 Verständlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.1.6 Wie beurteilen Sie den zeitlichen Rahmen des Moduls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 2: Kommunikation und Beratung

	(1) sehr gut	(2) gut	(3) befriedigend	(4) ausreichend	(5) mangelhaft	(6) ungenügend
A.2.1 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit des Inhalts der Thematik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.2.2 Wie beurteilen Sie die Form der Präsentation? (eingesetzte Lehrmaterialien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.2.3 Wie beurteilen Sie den aktiven Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.2.4 Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Theorie und aktivem Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A.2.5 Wie beurteilen Sie die Vortragsweise der Referenten?

A.2.5.1 logischer Aufbau, klare Gliederung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.2.5.2 Verständlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.2.6 Wie beurteilen Sie den zeitlichen Rahmen des Moduls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 3: Arbeiten mit verschiedenen Assessment-Methoden und das Dokumentationssystem

	(1) sehr gut	(2) gut	(3) befriedigend	(4) ausreichend	(5) mangelhaft	(6) ungenügend
A.3.1 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit des Inhalts der Thematik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.3.2 Wie beurteilen Sie die Form der Präsentation? (eingesetzte Lehrmaterialien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.3.3 Wie beurteilen Sie den aktiven Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.3.4 Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Theorie und aktivem Einbezug der Teilnehmenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A.3.5 Wie beurteilen Sie die Vortragsweise der Referenten?

A.3.5.1 logischer Aufbau, klare Gliederung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.3.5.2 Verständlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.3.6 Wie beurteilen Sie den zeitlichen Rahmen des Moduls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beantworten Sie die offenen Fragen!

Module 1-3

A.4.1 Was gefällt Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut?

A.4.2 Was gefällt Ihnen an der Veranstaltung nicht gut?

9.7.2 Reflexionsbogen



Reflexionsbogen zur Fortbildung zum Thema:

Das Calgary Modell nach Wright und Leahey als Konzept der familienzentrierten Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Fragebogen - Teil B

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Palliative Care-Weiterbildung: Ja Nein

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die Beantwortung des Fragebogens „Teil B“ nimmt etwa 20 Minuten in Anspruch. Insgesamt werden die Befragten zu vier Themenbereichen in vier Frageblöcken befragt. Die Fortbildung soll den Teilnehmenden das Calgary Modell als Konzept der familienzentrierten Pflege nahe bringen und die Familie in den Fokus der Betrachtung rücken. Im Fragebogen Teil B soll die Fortbildung evaluiert werden. Dieser soll die Anwendbarkeit und den Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag der Teilnehmenden, neue Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem veränderten Klient*innenzugang sowie den Bedarf zur Anwendung eines Konzeptes erfassen.

Das Forscherteam interessiert sich für die persönliche und individuelle Einstellung und Meinung der Teilnehmer. Daher gibt es in der Befragung keine richtigen und keine falschen Antworten. Es sollen möglichst alle Fragen beantwortet werden. Dazu kreuzen die Teilnehmenden jeweils die Auswahlmöglichkeit an, die ihrer persönlichen Meinung am nächsten kommt. Jede Frage sollte nur mit einer Auswahlmöglichkeit beantwortet werden. Die Daten der Befragung werden anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihr Mitwirken!

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Feld an!

Klient*innenzugang

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
B.1 Der Beziehungsaufbau zur Familie gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.2 Die Erfassung der Probleme gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.3 Die Erfassung der Ressourcen gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.4 Die Erfassung der Ziele gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.5 Die Planung der Interventionen gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.6 Die Durchführung der Interventionen gestaltet sich nach der Fortbildung schneller und einfacher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.7 Der Abschluss des Familienkontaktes gestaltet sich nach der Fortbildung strukturierter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
C.1 Den Zeitaufwand zur Anwendung des Calgary Modells empfinde ich als angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.2 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich den Beziehungsaufbau besser umsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.3 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich den Abschluss der Beziehung besser umsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.4 Ich kann das Genogramm im Pflegealltag gut verwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.5 Ich kann das Ökogramm im Pflegealltag gut verwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.6 Ich kann das Dokumentationssystem im Pflegealltag gut verwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.7 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Familie spezifischer informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
C.8 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Familie besser zur Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten motivieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.9 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Familie mehr entlasten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.10 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich Gespräche strukturierter führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.11 Ich fühle mich zur Anwendung des Calgary Modells nach der Fortbildung gut vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C.12 Ich habe einen Kompetenzzuwachs in folgenden Bereichen gewonnen:

C.13 Während der Arbeit mit dem Calgary Modell stellte ich folgende Unsicherheiten bei mir fest:

Nutzen des Calgary Modells im palliativen Pflegalltag

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
D.1 Durch Einbezug der Familie konnte ich den/die Klient*innen besser unterstützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.2 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich ressourcenorientierter arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.3 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich zielgerichteter arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.4 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Selbsthilfefähigkeit der Familie verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.5 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Handlungsfähigkeit der Familie verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.6 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Familie besser vor Krankheit schützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
D.7 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Gesundheit der Familie besser fördern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.8 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell kann ich die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Krankheit und Familie achten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.9 Durch die Arbeit mit dem Calgary Modell wird die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen verbessert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einschätzung des Bedarfs zur Anwendung des Calgary Modells und der familienzentrierten Pflege

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
E.1 Ich denke familienzentrierte Pflege wird für die ambulante palliative Versorgung benötigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E.2 Ich denke das Calgary Modell ist für die ambulante palliative Versorgung hilfreich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E.3 Ich habe das Bedürfnis familienzentriert zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E.4 Ich habe das Bedürfnis nach dem Calgary Modell zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.8 Dateneingabe in Microsoft Excel

9.8.1 Dateneingabe der Evaluationsbögen in Microsoft Excel

Befragte	Alter	Geschlecht	Beruf	Palliative Care-Weiterbildung	A.1.1	A.1.2	A.1.3	A.1.4	A.1.5.1	A.1.5.2	A.1.6
1	39	weiblich	Altenpflegerin	Ja	1	1	1	1	1	1	1
2	-	-	-	-	1	1	2	1	1	1	1
3	-	weiblich	Altenpflegerin	Ja	2	2	1	1	1	1	2
4	32	weiblich	Altenpflegerin	Nein	2	1	1	1	2	2	1
5	33	weiblich	Altenpflegerin	Nein	2	1	1	1	2	2	1
6	33	weiblich	Altenpflegerin	Nein	1	1	1	1	1	1	1
7	33	weiblich	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Nein	1	1	1	1	1	1	1
8	33	weiblich	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ja	2	2	2	2	2	2	2

Dateneingabe der Evaluationsbögen in Microsoft Excel des Frageblocks A.1

Befragte	A.2.1	A.2.2	A.2.3	A.2.4	A.2.5.1	A.2.5.2	A.2.6	A.3.1	A.3.2	A.3.3	A.3.4	A.3.5.1	A.3.5.2	A.3.6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
4	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
5	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Dateneingabe der Evaluationsbögen in Microsoft Excel des zweiten und der Frageblöcke A.2 und A.3

1= sehr gut	4= ausreichend
2= gut	5= mangelhaft
3= befriedigend	6= unbefriedigend

Legende zu den Frageblöcken A.1-A.3

	A.4.1 Was gefällt Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut?	A.4.2 Was gefällt Ihnen an der Veranstaltung nicht gut?
Befragte 1	"Alles!"	-
Befragte 2	"Einbezug der Teilnehmenden, praktischen und theoretischen Teil, Kopievorlagen"	-
Befragte 3	"den Einbezug der Teilnehmer, sehr viel Wissenswertes erhalten"	-
Befragte 4	"Das man einen neuen Blickwinkel für Erstgespräche, Dokumentation, Stammdatensammlung bekommt."	-
Befragte 5	"das neue interessante Themen, Aspekte für die Pflege in Erfahrung gebracht werden konnten, ein wichtiges Thema das sich gut umsetzen lässt"	-
Befragte 6	"klarer und verständlicher Aufbau aller Elemente, auch der praktische Teil war anschaulich und interessant"	-
Befragte 7	"es war locker und sehr verständlich, die Teilnehmer wurden sehr gut mit einbezogen, Fragen wurden sehr gut beantwortet, man hat dadurch Motivation vermittelt bekommen, Theorie und Praxis war gut gemischt"	-
Befragte 8	logische Gliederung, Versuch theoretischen Teil interessant und so knapp wie möglich zu handhaben, ausgeglichener Anteil beider Referenten am Vortrag, besonders "schön": Interview und praktisch gezeigt, wie erstes Genogramm bei Friedl war - wirkt dadurch sehr authentisch, "ehrlich"	"mehr Beispiele zu Kommunikationstechniken wünschenswert, eigenes Genogramm zu zeichnen wäre interessant gewesen, 1 Beispiel in Praxis machen und reflektieren, ob anwendbar --> kommt ja noch im Auswertungsgespräch, Das wird interessant zu diskutieren, ob es in der Praxis bei uns in der Firma ein Zugewinn ist und weiter umgesetzt wird von den PK's."

Antworten der offenen Fragen im Evaluationsbogen zu den Modulen 1-3

9.8.2 Dateneingabe der Reflexionsbögen in Microsoft Excel

Befragte	Alter	Geschlecht	Beruf	Palliative Care-Weiterbildung	B.1	B.2	B.3	B.4	B.5	B.6	B.7
1	39	weiblich	Altenpflegerin	Ja	1	2	2	2	2	2	2
2	33	weiblich	Altenpflegerin	Nein	1	2	2	2	2	2	2
3	-	-	-	-	3	3	3	3	3	3	3
4	-	-	-	-	2	3	2	2	3	3	2

Dateneingabe der Reflexionsbögen in Microsoft Excel des Frageblocks B

Befragte	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	C.8	C.9	C.10	C.11
1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2
2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2
3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2
4	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2

Dateneingabe der Reflexionsbögen in Microsoft Excel des Frageblocks C

D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	D.6	D.7	D.8	D.9	D.9	E.1	E.2	E.3	E.4
2	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2
2	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2
2	2	2	2	2	5	5	3	3	2	2	2	1	3

Dateneingabe der Reflexionsbögen in Microsoft Excel der Frageblöcke D und E

1= trifft völlig zu
2= trifft zu
3= trifft überwiegend nicht zu
4= trifft gar nicht zu
5= keine Angabe

Legende zu den Frageblöcken B-E

	C.12 Ich habe einen Kompetenzzuwachs in folgenden Bereichen gewonnen:	C.13 Während er Arbeit mit dem Calgary Modell stellte ich folgende Unsicherheiten bei mir fest:
Befragte 1	"Durch das Calgary Modell kann man in allen Bereichen strukturierter Arbeiten."	"keine"
Befragte 2	"Ich habe viele Dinge schon angewandt bevor ich dieses Modell kannte - durch das Calgary Modell kann man vieles strukturierter anwenden - danke dafür!"	"keine"
Befragte 3	"graphische Übung mit dem Genogramm hilft mir familielle Strukturen visuell darzustellen und einfacher zu "durchschauen""	"fehlt mir noch an praktischer Anwendung um Genogramm weiter zu festigen, Genogramm müsste mir noch schneller und einfacher von der Hand gehen um es in meinen Pflegealltag einbauen zu können; Es wäre schön ein Genogramm bei komplexen palliativ betreuten Familien zu erstellen. Ich befürchte jedoch, dass der Aufwand (wenn ich so ein Genogramm erstellen würde), von den MA nicht geschätzt werden würde. Die ambulanten MA lesen sich teilweise nicht mal die Pflegeberichte durch. Ich denke, die Motivation sich dann noch mit einem Genogramm auseinander zu setzen, ist sehr gering. Im stationären Setting könnte ich mir das eher vorstellen."
Befragte 4	-	-

tabellarische Darstellung der offenen Fragen zur „Anwendbarkeit des Calgary Modells im palliativen Pflegealltag“