

Palliative Care im Kontext Hierarchie und Onkologie

EINE KONSENSSUCHE FÜR DAS KLINIKUM WELS- GRIESKIRCHEN

Projektarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care
Fachspezifische Vertiefung Palliativpflege

PMU Salzburg 2011

Eingereicht bei
Meike Schwermann

von

Roswitha Porinski
Emsenhuber Straße 8
4541 Adlwang

Wels, im Oktober 2011

Abstract

Titel: Palliative Care im Kontext Hierarchie und Onkologie

Eine Konsenssuche für das Klinikum Wels - Grieskirchen

Datum: 03. Oktober 2011

Kurs: Universitätslehrgang Palliative Care, Fachspezifische Vertiefung Palliative Pflege

Lektoren: Meike Schwermann

Autor: Roswitha Porinski

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, die Herausforderungen der Interprofessionellen Zusammenarbeit zu analysieren. In weiterer Folge sollen Bedürfnisse der beteiligten Berufsgruppen eruiert werden um darauf aufbauend Lösungsmöglichkeiten für die Förderung der Zusammenarbeit zu entwickeln.

Methode: Im Zusammenhang mit dieser Arbeit wurde als Forschungsmethode die Kontextanalyse ausgewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten und die Ziele die in Verbindung damit stehen, zu erreichen.

Fazit/Ausblick: Panta Rhei – alles fließt – ein beständiger Wandel, auch im Klinikum Wels- Grieskirchen. Mit den personellen Veränderungen in der Pflegedirektion und in der Geschäftsführung ist ein positiv steigendes Interesse an Palliative Care zu erkennen. Dies gibt Anlass zur Hoffnung auf konstruktive Gespräche, um unterschiedliche Herausforderungen in der täglichen Arbeit meistern zu können, unterstützt durch Verantwortliche der Führungsebene.

Inhaltsverzeichnis

2. Einleitung.....	1
3. Geplante Methode	2
3.1. Im Rahmen einer Kontextanalyse werden folgende Fragen bearbeitet:.....	2
3.2. Kontextanalyse.....	2
3.2.1. Definition Kontext	2
3.2.2. Definition Kontextanalyse	2
4. Palliative Care	3
4.1. Definition	3
4.2. Bedeutung.....	4
5. Palliative Care im Kontext Hierarchie und Onkologie	5
5.1. Palliative Care im Klinikum Wels- Grieskirchen.....	5
5.2. Palliativstation am Klinikum Wels- Grieskirchen	5
6. Welche Spannungsfelder gibt es in der Zusammenarbeit Palliative Care, deren Hierarchien und der Onkologie?	6
6.1. Hierarchie.....	7
6.1.2. Definition	7
6.1.3. Hierarchien in Organisationen und Einrichtungen	7
6.1.4. Ethik in der Hierarchie	8
6.2. Onkologie.....	9
6.2.1. Definition	9
6.2.2. Ethik in der Onkologie	9
6.2.3. Bedeutung	9
7. Was braucht die Führungsebene?.....	10
7.1. Klarheit.....	10

7.1.1 Organigramm Palliative Care im Klinikum Wels	10
7.1.2. Entwurf aktualisierte Stellenbeschreibung Palliative Care	12
8. Welche Möglichkeiten gibt es, einen gemeinsamen Konsens zu finden und somit die Zusammenarbeit zu fördern?.....	15
9. Diskussion	15
10. Persönliche Stellungnahme	16
Literaturverzeichnis	18

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm, eigene Darstellung 11

2. Einleitung

Unsere moderne Krebsmedizin erlaubt ein immer größeres Behandlungsspektrum und ermöglicht dadurch eine längere Überlebenszeit von PatientInnen trotz schwerer oft unheilbarer Erkrankung. Die Onkologie konnte in den vergangenen Jahren immer wieder Erfolge verbuchen.

Durch diese längere Behandlungszeit mit oft sehr aggressiven Therapieformen und deren Nebenwirkungen, werden die symptomatischen Beschwerden für PatientInnen immer komplexer. Die Hoffnung auf ein längeres Leben lässt Krebskranke und schwerstkranke Menschen sehr vieles in Kauf nehmen. Der Preis dafür ist nicht selten hoch. Bei einer Aussicht auf eine noch andere, vielleicht sogar lebensverlängernde Therapiemöglichkeit wird eine palliative Situation von Seiten der Medizin gegenüber Betroffenen selten oder nur zögerlich thematisiert.

Palliative Beratung und Begleitung sollte jedoch frühzeitig in den Krankheitsverlauf einfließen, wenn das Sterben selbst noch nicht im Vordergrund steht. Angst, Unsicherheit, Sorge um Angehörige und Familie, Ernährung, Schmerzen, Schwäche, Hilfsmittel, Pflegegeld, Versorgungsmöglichkeiten zu Hause....vieles gibt es zu bedenken, quälende Fragen gilt es zu klären.

Hier entsteht häufig ein Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege. Wobei interprofessionelle Zusammenarbeit in Palliative Care von größter Bedeutung ist, um eine häufig wechselnde körperliche, psychische, soziale und/oder spirituelle Symptomatik adäquat einschätzen und entsprechend reagieren zu können.

Um die von Betroffenen selbst definierte Lebensqualität zu optimieren haben nicht nur Medizin und Pflege eine Verpflichtung, sondern auch soziale Einrichtungen, Organisationen, deren Hierarchien und die Politik. Sie sind Verantwortliche, müssen passende Rahmenbedingungen schaffen um eine sensible, patientenorientierte Sterbekultur in unserem hoch zivilisierten Land zu fördern. Hier gibt es immer wieder Konflikte zwischen „Schöngeredet“ und Realität.

Den Zusammenhang (Kontext) hinterfragen, ihn verstehen und somit qualitativ höchst anspruchsvolle Palliativpflege und Palliative Care im Klinikum Wels- Grieskirchen (Dienstgeber der Autorin) anbieten zu können, ist Kernaufgabe dieser Arbeit.

3. Geplante Methode

3.1. Im Rahmen einer Kontextanalyse werden folgende Fragen bearbeitet:

Welche Spannungsfelder gibt es in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hierarchie, Medizin und Pflege?

Was brauchen die Mitglieder der anderen Teams? - Was braucht die Pflege?

Welche Möglichkeiten gibt es einen gemeinsamen Konsens zu finden und somit die Zusammenarbeit zu fördern?

Um Missverständnisse zu vermeiden und das Ziel dieser Arbeit zu festigen werden grundsätzliche und wesentliche Begriffe definiert und wissenschaftlich begründet.

3.2. Kontextanalyse

3.2.1. Definition Kontext

(für „Zusammenhang“, Plural: Kontexte, von lat. Contexo „zusammenweben, zusammensetzen“ und contextus „verflochten, fortlaufend“) steht für:

Zusammenhang, der abstrakte Begriff der Beziehung (Relation) zwischen miteinander verbundenen Teilen

Bezugsrahmen, im allgemeinen Wortsinn auch für Kulisse, Paradigma, Hintergrund, Zusammenhang, Konnex, Nexus

(de.wikipedia.org)

3.2.2. Definition Kontextanalyse

(lat. + grch.), ein datenanalytisches Verfahren in den Sozialwissenschaften, mit dem die Abhängigkeit individuellen Wert- u. Einstellungsverhaltens von dem jeweiligen sozialen Umfeld untersucht wird. Solche Untersuchungen lassen sich nicht nur auf Personenebene sondern auch auf Organisations- oder Gesellschaftsebene durchführen (Bertelsmann, 1990, S. 265).

3.3. Bedeutung

Die Untersuchung der oben erwähnten Fragen enthalten folgende Bearbeitungspunkte

Welche Auslöser gibt es?

Wodurch ist die derzeitige Situation gekennzeichnet ?

In welchen Bereichen besteht Optimierungsbedarf?

Wie steht die Organisation zu dieser Arbeit?

Wie wirkt es sich in der Zukunft aus?

Sowie die zu untersuchenden Zusammenhänge:

Zeitlicher Kontext: was ist passiert? Was soll oder könnte passieren?

Sachlicher Kontext: welche sachlichen Einflussfaktoren (übergeordnete Strategien, rechtlicher Rahmen, bestehende Konzepte) sind zu beachten?

Sozialer Kontext: stakeholder Analyse: welche Personen und Anspruchsgruppen werden durch Palliative Care tangiert?

4. Palliative Care

4.1. Definition

Palliative- Care Definitionen finden sich im deutschsprachigen Raum sehr viele. Sabine Pleschberger und Katharina Heimerl sprechen in ihrem Buch „Palliativpflege“ (Pleschberger et al. 2002) von einem Verständnis als Grundlage für ihre Arbeit:

Der Begriff „Palliativ“ leitet sich vom Lateinischen „pallium“ - der Mantel ab. „Care“ kann in die deutsche Sprache am ehesten mit dem Terminus „Versorgung“ übersetzt werden. Palliativpflege und Palliativmedizin sind beides Teildisziplinen, deren Vertreter sich unter dem „umfassenden Dach“ Palliative Care versammeln (vgl. Heller 2000a, zitiert nach Pleschberger et al. 2002, S. 15).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care 2002 folgendermaßen:

“Palliative Care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” (WHO 2002)

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, die untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (Kratschmar et al. 2006, S. 9).

In Anlehnung an die WHO entwickelte die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) folgende Definition:

Palliativ Care ist die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliative Care schließt die Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten ein (Kratschmar et al. 2006, S. 9).

4.2. Bedeutung

Folgt man dem Definitionsverständnis der WHO von Palliative Care (2002) so handelt es sich um ein Versorgungskonzept, welches den Menschen als biopsychosoziale und spirituelle Einheit erkennt und anerkennt und deshalb von Anfang an eine biopsychosozial, spirituell und kulturell ausgerichtete Behandlung und Versorgungsgestaltung bedingt. Somit verteilen sich von Anfang an die Herausforderungen zur Behandlung, Pflege und Begleitung von Menschen und deren Familien in der letzten Lebensphase auf ein multiprofessionelles, sektoren- und organisationsübergreifendes Versorgungskonzept, das weder nur von einer Disziplin, noch nur von einem Versorgungskontext (z.B. Palliativstation, ambulante oder stationäre Hospize) in Dominanz übernommen werden kann und darf (Knipping 2007, S. 638).

Heller geht davon aus: (...) dass Palliative Care das Dach ist, unter dem sich verschiedene Disziplinen und Professionen unterschiedlichster Versorgungskontexte,

Laien und Professionelle versammeln. Um der ganzheitlichen Betreuung der Menschen willen, wird die Ergänzungsbedürftigkeit der eigenen Sichtweise zum Ausgangspunkt des Denkens und Handelns. Die Dominanz der Medizin und ihrer Behandlungslogik ist zu Gunsten neuer systemischer Kooperationsformen und Kommunikationen zwischen den Disziplinen, Professionen und Organisationen zu relativieren (Heller et al. 2000, S. 14 in: Knipping, 2007, S. 638)

5. Palliative Care im Kontext Hierarchie und Onkologie

Mit 1.328 systemisierten Betten ist das Klinikum Wels- Grieskirchen das fünftgrößte Krankenhaus in Österreich und eines der größten Ordensspitäler Europas. Pro Jahr können mehr als 83.000 Patienten versorgt und betreut werden. (klinikum-wegr.at)

5.1. Palliative Care im Klinikum Wels- Grieskirchen

2005 wurde die Stelle „Palliative Care“ eingerichtet. Dies entwickelte sich aus dem historischen Hintergrund heraus auf der Basis der Überleitungspflege und ist dem heutigen Entlassungsmanagement angeschlossen. Die Stelle ist wie zu Anfangszeiten mit einer Palliativpflegeperson (0,5 PE VZÄ) besetzt.

Der Aufgabenbereich von Palliative Care hat sich in den letzten sechs Jahren stark verändert und absolut positiv entwickelt. Die Zahl der zugewiesenen PatientInnen steigt kontinuierlich. Diese sehr fordernde, radikal patientenorientierte Tätigkeit ist in der bewährten Qualität kaum noch aufrecht zuhalten. Pflegedirektion und Geschäftsführung sind seit geraumer Zeit über diesen Notstand informiert.

5.2. Palliativstation am Klinikum Wels- Grieskirchen

Im April 2009 wurde die Palliativstation nach einer sehr kurzen Planungs- u. Organisationsphase im Klinikum Wels- Grieskirchen eröffnet. Für das Personal blieb wenig Zeit sich zu finden, Regeln, Ziele oder Leitsätze wurden sehr schnell definiert und zu Papier gebracht. Vor allem die Pflege ging mit viel Euphorie an die neue Herausforderung heran.

Beide Einrichtungen, die „Palliative Care“- Stelle und die Palliativstation unterstehen dem ärztlichen Leiter der Abteilung für Innere Medizin IV, mit den Schwerpunkten Hämatologie und internistische Onkologie, Nephrologie und Dialyse, Palliativmedizin und Remobilisation/Nachsorge, die Palliativpflege Untersteht auch der Pflegedienstleitung. Sie hat somit in der Führungsebene zwei vorgesetzte Stellen denen sie gerecht werden muss.

6. Welche Spannungsfelder gibt es in der Zusammenarbeit Palliative Care, deren Hierarchien und der Onkologie?

Die Aufbauarbeit und Pionierzeit von Palliative Care ist vorbei, der Einsatz vieler Menschen, manchmal aber auch Einzelkämpfer über viele Jahre, hat sich bewährt. Statistische Zahlen, erhoben durch den Dachverband Hospiz Österreich (vgl. hospiz.at) sprechen für sich. Die Hürde sich einer Hospiz- od. Palliativbetreuung anzuvertrauen sinkt mit dem steigenden Bekanntheitsgrad dieser Organisationen und Einrichtungen. Das Thema Palliative Care/ Palliative Versorgung führt dadurch immer häufiger zu wirtschaftlichen und sozialpolitischen Diskussionen.

Die Palliativpflege hat sich auf Grund bester Aus- u. Fortbildungsangebote rasch den Anforderungen gestellt und sich bedarfsorientiert entwickelt. Dadurch hat sie sich ein fundamentales Wissen und Fertigkeiten angeeignet und möchte ihr Können auch in ihrer täglichen Arbeit einbringen. Pflegende die sich der Palliative Care verschrieben haben arbeiten mit einer überzeugenden inneren Haltung und setzen diese auch im Dienst am Menschen um, aus einem (Selbst)- Verständnis heraus, es ist die Palliativpflege, die personell und zeitlich den größten Teil in der interprofessionellen Zusammenarbeit inne hat.

Trotzdem wird diese spezialisierte Berufsgruppe in Betreuungs- u. Behandlungsfragen kaum gehört oder in ethische Entscheidungsprozesse mit einbezogen. Von vorgesetzter Stelle gibt es zu diesem Thema keine Unterstützung.

Selbst bei öffentlichen Stellungnahmen, in Interviews, Reportagen und Berichten werden am häufigsten die Medizin, die Politik und manchmal noch die Seelsorge als die Palliativ-Spezialisten dargestellt. Spannungen und Unzufriedenheit sind die Folge.

Zum Anderen erkennt die Palliativpflege dass nicht immer und überall palliativ gelebt und gearbeitet wird, wenn es auch „draufsteht“. Diese Spannungsfelder spürt die Palliativpflege in der täglichen Arbeit.

Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sind eine Grundvoraussetzung in der palliativen Patientenbetreuung. Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie, Psychotherapie...alle diese Berufsgruppen stellen den kranken Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns. Ethische Fragestellungen und Entscheidungsprozesse prägen den Alltag. Gerade in dieser Situation ist die innere Haltung, der palliative Ansatz, von größter Bedeutung:

- er bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess;
- er beabsichtigt den Tod weder zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern;
- er verschafft Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen;
- er reduziert diagnostische Maßnahmen auf das Notwendigste...(Heller at all. vgl. WHO 2002 in Steffen- Bürgi 2007 S. 31; vgl. WHO 2000, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2008 S.14)

6.1. Hierarchie

6.1.2. Definition

Hierarchie (hie-; die; grch., "hl. Herrschaft"), 1. Allg.: die auf Über- u. Unterordnung (Rangstufen) aufgebaute Organisation in allen sozialen Bereichen, anzutreffen als politische H., betriebliche H., berufliche H., kirchliche H. u. a., in der Soziologie Bez. für die Struktur der horizontalen u. vertikalen Gliederung der Position in der Organisation, wobei der idealtypische Fall der pyramidenhafte Aufbau einnimmt, in dem jeder Funktionsträger zugleich Vorgesetzter und Untergebener ist. Die streng vertikale H. eignet sich besonders als Herrschaftsinstrument u. begünstigt die Entwicklung der autoritären Persönlichkeit; im modernen arbeitsteiligen und kooperativen Wirtschaftsleben zeigt sie jedoch Funktionsmängel. (Mayntz,1968, in Bertelsmann 1990 S. 359)

6.1.3. Hierarchien in Organisationen und Einrichtungen

Seit Beginn der 90er-Jahre haben sich in der sozialwissenschaftlichen, systemischen Management- und Führungsliteratur einige Grundeinsichten herausgeschält, die in gewisser Weise einen Konsens im Verständnis von Leitung in komplexen Organisationen darstellen. Organisationen sind – wie Personen – lebende Systeme und keine toten Automaten oder „triviale Maschinen“. Was bedeutet das? Organisationen sind nicht berechenbar, nicht linearisierbar, sie reagieren nicht einfach vorhersehbar.

Dieser mehrdeutige und unbestimmte Charakter von lebenden Systemen bedeutet, dass sie sich nicht „in den Griff bekommen“ oder linear kontrollieren lassen. Es bleibt zu lernen mit ihnen in der Alltagsarbeit umzugehen.

Die Aufgabe des Leitens besteht im wesentlichen darin, diese Entwicklung, die Prozesse in Gang zu setzen und zu halten, förderlich Bedingungen zu schaffen, unter

denen die Möglichkeiten und Ressourcen der handelnden und beteiligten Personen lösungsorientiert und erweitert werden- insbesondere durch rechtzeitige und situationsgemäße Entscheidungen. Leiten heißt damit im Wesentlichen: Kommunizieren und Entscheiden. Entscheidungen sind aber immer ein Ergebnis und vor allem ein Prozess. Wie Entscheidungen prozessiert werden, wie Kommunikation entsteht, wodurch sachgerechtes und sozialverträgliches Entscheiden ermöglicht wird, ist die zentrale Aufgabe einer Führungsperson, ist die organisationsethische Kompetenz von Leitung (Heller & Manzeschke 2010 S. 54-55).

Leiten ist eine komplexe Aufgabe. Nicht jede Leitung kann alle Aufgaben wahrnehmen. Leitung sorgt aber dafür, dass sie wahrgenommen werden. (...) Leiten heißt kommunizieren. Nicht allein unter vier Augen, sondern Kommunikation in und durch soziale Kontexte. Und Leiten heißt schließlich, kollektiv heute schon das Morgen kommunizieren, Bilder zu entwerfen, wie die Zukunft aussehen kann (Heller & Manzeschke 2010 S. 55).

6.1.4. Ethik in der Hierarchie

Angesichts aktueller Herausforderungen auf dem sog. Sozialmarkt nimmt das Dissenspotential in sozialen Unternehmen erheblich zu (Heller et al. 2010 S. 713a). Ulf Liedke beschreibt vor diesem Hintergrund eine ethische Reflexion von Entscheidungsprozessen mit hohem Konfliktrisiko im Zusammenhang des Change-Managements. Er plädiert für die Integration eines ethischen Dissensmanagements in das Qualitätsmanagement eines sozialen Unternehmens (Heller et al. 2010 S. 713b).

Nach Wilhelm Vossenkühl ist die Ethik eine Konfliktwissenschaft, die normative Konflikte aller Art, lösbare und nicht lösbare, bearbeitet. „Ziel der Ethik als Konfliktwissenschaft ist es herauszufinden, wie ein gutes Leben in einem sozialen Ganzen trotz der vielfältigen Konflikte möglich ist“ (Vossenkühl 2006 S. 18, in Heller et al. 2010 S. 714).

Konflikte entstehen vor dem Hintergrund von Differenz. Aber nicht jede Differenz ist ein Konflikt. Sie kann es aber dann werden, wenn sich in einer Interaktion (mindestens) eine Person bei der Verwirklichung dessen was sie denkt, fühlt oder will, durch (mindestens) eine andere Person als beeinträchtigt erlebt (Glasl 2004 S. 629, in Heller et al. 2010 S. 714).

6.2. Onkologie

6.2.1. Definition

Onkologie (grch.) Geschwulstlehre, Geschwulstforschung, die Wissenschaft und Lehre von den Geschwülsten (Tumoren).

Im engeren Sinn ist Onkologie der Zweig der Medizin, der sich der Prävention (Vorbeugung), Diagnostik, Therapie und Nachsorge von malignen (bösartigen) Erkrankungen widmet. (de.wikipedia.org)

6.2.2. Ethik in der Onkologie

Ethik (griech.: ethos = Sitte) ist, verstanden als Sittenlehre, der grundlegende Teil der praktischen Philosophie, der das rechte Handeln zu bestimmen sucht. Die Frage nach dem sinnhaften, richtigen Handeln stellt sich besonders in existentiellen Grenzsituationen, wie sie in der Onkologie deutlich hervortreten. Aus der Tatsache, dass viele Patienten an ihrer malignen Erkrankung sterben, leitet sich die ärztliche und moralische Verpflichtung ab, sie während des gesamten Krankheitsverlaufs und damit ggf. bis zum Tod zu begleiten (Hiddemann et al. 2003, S. 115).

6.2.3. Bedeutung

Der ärztliche Auftrag ist in der Onkologie daher weit gefasst und schließt sowohl die Durchführung einer potenziell kurativen Therapie als auch einer palliativen Betreuung ein. Damit kommt den Fragen nach dem richtigen, der jeweiligen Situation angepassten Handeln ein besonderer Stellenwert zu, der in anderen Fachgebieten der Medizin in der Regel nicht in gleicher Ausprägung besteht. Dennoch muss betont werden, dass sich die ethischen Fragen und Probleme in der Onkologie nicht grundsätzlich von denen in anderen Fachgebieten unterscheiden (Hiddemann et al. 2003, S. 115).

Weil die offene und im besten Fall sinngiebende Auseinandersetzung mit der zum Tode führenden Krankheit viel vom Patienten und vom Arzt verlangt und der Klinikalltag dafür keinen Raum lässt, vermeiden häufig beide Seiten diese Auseinandersetzung. Statt ein direktes Gespräch zu führen scheint es leichter, indirekte Rückschlüsse auf die Wertvorstellungen des Patienten aus dessen Bemerkungen oder dessen Verhalten zu ziehen. Gerade im fortgeschrittenen Stadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung, wenn nicht mehr Heilung und Ausweitung der Therapie, sondern die Symptomkontrolle im Vordergrund steht, reicht dieses Vermutungswissen nicht aus, um Entscheidungen

zur Therapiebegrenzung zu treffen, die mit den Wünschen des Patienten konsistent sind. (Hiddemann et al. 2003, S.122)

7. Was braucht die Führungsebene?

7.1. Klarheit

Für die Pflegedienstleitung und die Geschäftsführung sind die Positionierung und der Inhalt von Palliative Care im Klinikum nicht klar definiert. Der Auftrag ein Organigramm mit Definition und spezielle Aufgabenfelder zu erstellen, die Stellenbeschreibung „Palliative Care“ zu aktualisieren und den Infolder „Palliative Care“ dementsprechend anzupassen zeugt vom beginnenden Interesse Klarheit zu bekommen.

7.1.1 Organigramm Palliative Care im Klinikum Wels

Wie bereits erwähnt ist die Stelle „Palliative Care“ wie auch die Klinische Sozialarbeit an die Überleitungspflege/ Entlassungsmanagement angeschlossen. Für die Mitarbeiter in diesen Bereichen ist schon seit längerer Zeit klar, dass es zwar Berührungspunkte gibt, jede Disziplin aber völlig andere Inhalte und Ziele verfolgt. Eine Darstellung in Form eines Organigramms und die Berührungspunkte in „Pflege- u. Sozialberatung“ als eigenständige Abteilung/Institution zu benennen wird bereits mit der Pflegedirektion diskutiert und bearbeitet.

Organigramm der Abteilung Pflege- u. Sozialberatung

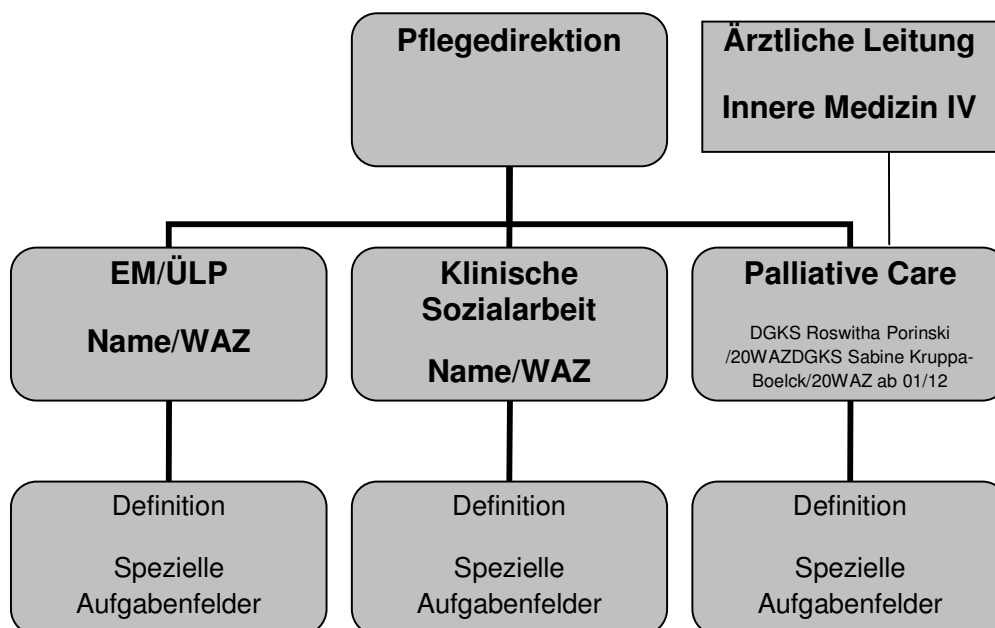


Abbildung 1: Organigramm, eigene Darstellung

Definition für obiges Organigramm:

Palliative Care

gilt für Menschen mit schwerwiegender, unheilbarer Erkrankung und deren BetreuerInnen. Die Behandlung und Linderung von krankheitsbedingten Beschwerden und das Wohlbefinden der PatientInnen in allen Bereichen (physisch, psychisch, sozial und spirituell) stehen im Mittelpunkt. Ziel ist die bestmögliche, individuell definierte Lebensqualität für PatientInnen und deren Bezugspersonen. Die Bezugspersonen werden immer mitbetreut, auch über den Tod hinaus.

Palliative Care wird bereits früh in den Krankheitsverlauf eingebunden, auch wenn PatientInnen noch krankheitsspezifische Therapien erhalten.

Aufgabenbereich:

- Erstellen eines Betreuungskonzeptes in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team
- Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen, erstellen einer Palliativ Care – Expertise (Schmerztherapie, Symptomkontrolle..)
- Psycho- soziale Betreuung von PatientInnen und deren Bezugspersonen
- Miteinbeziehen anderer Berufsgruppen (Physiotherapie, Psychotherapie, Seelsorge, Diätberatung...)
- Indikationsstellung für eine Übernahme in eine Palliativstation
- Kontinuierliche Weiterbetreuung während des gesamten stationären Aufenthalts, auch bei stationären Wiederaufnahmen
- Koordination und Organisation eines reibungslosen Überganges vom stationären in den ambulanten Bereich, vor allem in enger Zusammenarbeit mit der

Hospizbewegung und den HausärztInnen, bei Bedarf Einbeziehung anderer mobiler Dienste

- Hilfestellung bei Pflegegeldanträgen, Antrag auf Familienhospizkarenz und sonst. Anträge, bei Bed. Einbeziehung der klinischen Sozialarbeit
- Organisation von Verordnungsscheinen, Rezepten, Hilfsmitteln, Schmerzpumpen, parenteraler Ernährung, Port A Cath Versorgung und Schulungen für den extramuralen Bereich
- Hilfestellung bei terminalen Situationen
- Gesprächsführung mit Hinterbliebenen, Evaluierung, Vermittlung von Trauerbegleitung, Trauergruppen, Selbsthilfegruppen...
- Kontinuierliche Verlaufsdokumentation und führen verschiedener Statistiken

Für den Entwurf verantwortlich: DGKS Roswitha Porinski

7.1.2. Entwurf aktualisierte Stellenbeschreibung Palliative Care

1. Stellung in der Gesamtorganisation:

Vorgesetzte Stellen:

disziplinarisch und fachlich –pflegerisch: Pflegedirektion

fachlich-medizinisch: Abteilungsvorstand Innere Medizin IV

2. Zielsetzung der Stelle:

- 2.1. PatientInnen erhalten eine ganzheitliche und professionelle Beratung und Begleitung nach Leitsätzen der Organisation und der Definition von Palliative Care der WHO
- 2.2. Die Autonomie und Individualität der PatientInnen und deren sozialen Umfeld wird unterstützt und gefördert
- 2.3. Interdisziplinäre u. -professionelle Zusammenarbeit im intra- u. extramuralen Bereich

- 2.4. Schulung und Beratung von MitarbeiterInnen verschiedener Stationen und Abteilungen

3. Anforderungen an den/die StelleninhaberIn

- 3.1. Diplom des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- u. Krankenpflege
- 3.2. Interdisziplinärer Basislehrgang Palliativ Care
- 3.3. patientenorientierte, gefestigte palliative Haltung
- 3.4. Kommunikations- u. Kontaktfähigkeit
- 3.5. physische, psychische und geistige Stabilität

4. Aufgaben

- 4.1. Organisatorische Aufgaben
 - 4.1.1. Organisation und Koordination der Palliativbetreuung sowohl im medizinisch pflegerischen als auch im spirituellen, psychologischen und sozialen Bereich
 - 4.1.2. Kontaktaufnahme mit HausärztInnen und anderen sozialen Diensten im Falle einer Entlassung in den extramuralen Bereich
 - 4.1.3. Weiterentwicklung und Führung einer effizienten Patientendokumentation, EDV - Erfassung
 - 4.1.4. Erstellen diverser Statistiken und Auswertungen, auch im Rahmen von Projekten
 - 4.1.5. Kontaktpflege mit Stationsleitungen und vorgesetzten Stellen
- 4.2. PatientInnenbetreuung
 - 4.2.1. Stuserhebung mit behandelndem und pflegendem Stationspersonal
 - 4.2.2. Durchführung eines Erstgespräches mit PatientInnen und wenn möglich mit deren Bezugspersonen
 - 4.2.3. Unterstützung, Beratung und Hilfestellung der PatientInnen sowie deren Bezugspersonen
 - 4.2.4. Kontinuierliche Weiterbetreuung während des gesamten stationären Aufenthaltes
 - 4.2.5. Bei geplanter Entlassung Organisation eines reibungslosen Übergangs in den

häuslichen oder sonstig vorbereiteten Wohnbereich in Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement und der Klinischen Sozialarbeit

- 4.3.1. Entwicklung einer gezielten Qualitätssicherung unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (und allfälliger Richtlinien des ÖBIG und des Dachverbandes Hospiz Österreich)
- 4.3.2. Ausarbeitung von Konzepten und Vorschlägen zur Entwicklung von Palliative Care im Klinikum
- 4.3.3. Schulung und Beratung von MitarbeiterInnen die immer wieder mit palliativen Situationen konfrontiert sind

5. Sonstige Aufgaben und Kompetenzen

- 5.1. Interdisziplinäre Tätigkeit (GuKG §16), Vorschlagsrecht und Mitentscheidung für Maßnahmen die zur Aufgabenerfüllung notwendig sind
- 5.2. Schulung im Bereich von Palliative Care
- 5.3. Zusammenarbeit mit den Aus- u. Weiterbildungsbereichen des Klinikums

6. Besondere Verpflichtungen

- 6.1. Fort- u. Weiterbildung
- 6.2. Weitergabe von pflegerelevanten und betriebsbezogenen Informationen
- 6.3. eigenständige Dienst – und Urlaubsplanung in Rücksprache mit den vorgesetzten Stellen

Grundlage der Stellenbeschreibung:

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Für den Entwurf verantwortlich: DGKS Roswitha Porinski

8. Welche Möglichkeiten gibt es, einen gemeinsamen Konsens zu finden und somit die Zusammenarbeit zu fördern?

Nichts funktioniert selbstverständlich und ohne Rückfragen. Die Kultur von (offenen und wechselseitigen) Fragen schafft Klärung und verknüpft vorhandene Wissensbestände. (Pleschberger et al. 2002, S. 305)

Der Organisation von interdisziplinärer Kooperation kommt bei der palliativen Versorgung besondere Bedeutung zu. Kooperation kann weder von Seiten des Managements der verschiedenen Versorgungsinstanzen verordnet werden, noch wird sie von selbst entstehen, sondern erfordert die Etablierung geeigneter Kommunikationsstrukturen. Durch diese Strukturen soll eine Art Netzwerk der verschiedenen Professionen entstehen, wobei eine gemeinsame Zielsetzung hinsichtlich der Betreuung der PatientInnen diskutiert und erarbeitet wird. Auf diese Weise wird es möglich – auf der Basis einer gemeinsamen Philosophie – je nach individuellem Bedarf der PatientInnen, die geeigneten professionellen ExpertInnen – sei es aus dem Bereich von Pflege, Medizin oder anderer Gesundheitsberufe – hinzuzuziehen und die Betreuung im Sinne der PatientInnen optimal zu koordinieren (Thielhorn 1999 in Pleschberger et al. 2002, S. 63).

9. Diskussion

Vieles in der Palliativversorgung im Klinikum hat sich über die Jahre bewährt und etabliert, einiges blieb auf der Strecke oder gibt es zu optimieren. Die vielen positiven Rückmeldungen Betroffener stärken jedoch alle BetreuerInnen und geben wertvolle Kraft für die täglichen Herausforderungen.

Jetzt, nach 2 ½ jährigem Bestehen der Palliativstation und über sechs Jahre Erfahrung in Palliative Care wäre es an der Zeit MitarbeiterInnen im Palliativ Bereich zu befragen wie die Arbeit bisher erlebt wurde, Positives und Negatives zu evaluieren und über Zukünftiges zu diskutieren.

Vertreter und Sprecher einzelner „stake holder“ und interdisziplinärer Berufsgruppen wertfrei Stellung nehmen zu lassen, könnte ein großer Gewinn für die Zukunft von Palliative Care im Klinikum sein.

Grundsätzlich sollten gemeinsame Ziele, gemeinsame Leitlinien, zugeschnitten für das Klinikum Wels- Grieskirchen neu diskutiert und überdacht werden, im Rahmen einer palliativen, interdisziplinären Interessensgruppe, wenn die Führungsebene dies befürwortet.

Erste mögliche Inhalte:

Leitlinien nach Martina Kern, der Palliativpflege und der Einrichtung gemeinsam erarbeiten

dadurch besseres Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe entwickeln

respektvoller und wertschätzender Umgang nicht nur mit PatientInnen sondern auch im Umgang mit MitarbeiterInnen - das beginnt mit einem Gruß - und wenn möglich - mit einem Lächeln

Ein kommunaler Weg (Integrierte Palliativversorgung) in den extramuralen Bereich könnte gut gelingen, wenn Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen von Palliative Care klar definiert sind, wenn gemeinsam, Palliativpflege mit Vorgesetzten und Verantwortlichen an der Umsetzung gearbeitet wird.

10. Persönliche Stellungnahme

„Paternalismus“ und „Autonomie“ sind Begriffe, die mir in der Zeit des Schreibens dieser Arbeit immer wieder und sehr intensiv in den Sinn kamen.

Nicht nur in der Arzt - Patienten - Beziehung, auch auf der Arbeitgeber – Arbeitnehmer - Ebene. Die Begriffe stehen absolut im Widerspruch und sind auf diesen beiden Beziehungsebenen für sich alleine nicht von Vorteil.

Menschen mit Autorität, Rückgrat und einer humanen inneren Haltung können richtungsweisend und unterstützend sehr viel bewirken, vermögen andere Menschen in einer schwächeren oder geschwächten Lebenssituation zu fördern und zu motivieren und verlieren trotzdem nicht ihr Gesicht.

Mit Menschen von diesem Schlag zu arbeiten ist bereichernd und macht uns in der Zusammenarbeit zu MITMENSCHEN.

Führen und Leiten stellen sehr komplexe Aufgabenbereiche dar, Organisationen sind nicht linearisierbar und es bedarf enormen Geschicks, diesen lebenden Systemen gerecht zu werden.

Kommunikation und kontinuierlicher Austausch stärken eine Organisation wesentlich.

Leitlinien und Ziele müssen interdisziplinär ausgearbeitet und definiert werden, nicht nur für mich haben diese zu gelten, sondern sollten in allen Arbeitsbereichen bekannt sein, mit dem Ziel viele MitarbeiterInnen des Klinikums zu erreichen und in ihrer Haltung zu stärken.

Bewährtes gelten lassen, neue Herausforderungen annehmen, Veränderungen mitgestalten dürfen und zielführende Gespräche zum Thema Palliative Care bereiten mir immer wieder große Freude an meinem Beruf und meiner Berufung, Menschen bereichern mein Leben mit jedem Tag.

Danke an meine Vorgesetzten im Klinikum Wels - Grieskirchen für das entgegengebrachte Vertrauen!

Literaturverzeichnis

Bertelsmann, Lexikon 1990: Die große Bertelsmann Lexikothek, Band 8, Gütersloh, Bertelsmann Lexikothek Verlag

Bertelsmann, Lexikon 1990: Die große Bertelsmann Lexikothek, Band 6, Gütersloh, Bertelsmann Lexikothek Verlag

Bundespressdienst (Hrsg.) 2006: Kratschmar, Andreas; Teuschl, Hildegard : Hospiz- und Palliativführer Österreich. Wien:

Glasl, Friedrich 2004: Konflikte in Organisationen, in: Schryögg, Georg u.a. (Hrsg.): Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 4., völlig neu bearb. Aufl., Sp. 628-635, in Heller, Andreas; Krobath Thomas 2010: Ethik organisieren, Handbuch der Organisationsethik, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Heller, Andreas; Krobath Thomas 2010: Ethik organisieren, Handbuch der Organisationsethik, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Heller, Andreas; Manzeschke, Arne 2010: Praxis Palliative Care, das Jahressheft, der Preis des Helfens, Hannover: Vincentz Network

Hiddemann, Wolfgang; Lange, D.; Weiss, E.: Ethische Brennpunkte in der Onkologie. In: Der Onkologe (Hrsg.) Springer- Verlag 2003-9:115-127

Knipping, Cornelia 2007: Lehrbuch Palliative Care, Qualität in der Palliative Care, 2.durchgesehene und korrigierte Auflage, Bern: Hans Huber, Hogrefe AG

Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (Hrsg): Palliativpflege, Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas-Universität-Verlag, 2002

Thielhorn, Ulrike 1999: Zum Verhältnis von Pflege. Bestandsaufnahme und Handlungsalternativen. Stuttgart: Kohlhammer; in : Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika 2002: Palliativpflege, Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas- Universität- Verlag, S. 63

Vossenkuhl, Wilhelm 2006: Die Möglichkeit des Guten: Ethik im 21. Jahrhundert, München: Beck; in: Heller, Andreas; Krobath Thomas 2010: Ethik organisieren, Handbuch der Organisationsethik, Freiburg im Breisgau: Lambertus – Verlag, S.

<http://de.wikipedia.org/wiki/kontext> (2011-06-08)

<http://de.wikipedia.org/wiki/onkologie> (2011-06-08)

http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf (2011-06-25)

http://www.klinikum-wegr.at/klinikum/page/582127231698182011_0_598612728201421790.de.html

(2011-09-25)