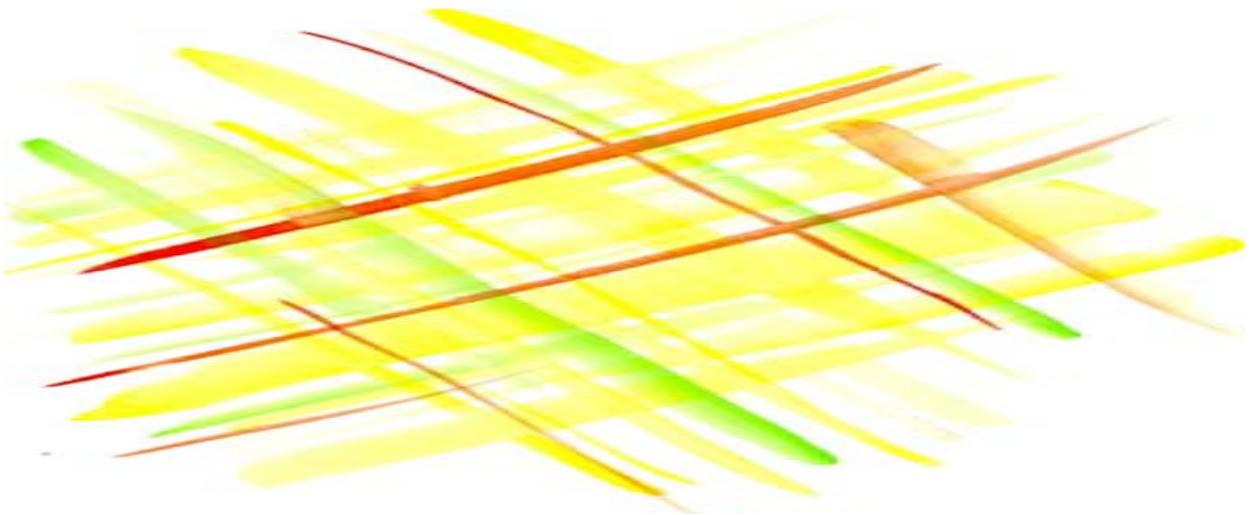


„Schnittstellenmanagement mit palliativen Ansatz“

Abschlussarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care

Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II 2011



Name: Tapfer Karin

Betreuerin: Feichtner Angelika

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Vorwort	4
2 Einleitung	4
3 Palliative Care	5
3.1 Palliative Care Definiton.....	5
3.2 Grundsätze der Palliative Care.....	5
3.3 Was erlebt die/der PatientIn und deren nahestehenden Personen im Verlauf einer fortschreitenden Krankheit ? (Vgl. J.Davy & S.Ellis,2007, 21)	6
3.4 Was muss berücksichtigt werden in der Pflege im palliativen Kontext?.....	7
3.4.1 Wichtige Gesichtspunkte der Palliativpflege (Vgl. M.Henkemann,2010, 45-57).....	8
4 Wie kann man eine patientenzentrierte Betreuungskontinuität im palliativen Sinne innerhalb der Organisation Krankenhaus ermöglichen?	10
4.1 Implementierung der palliativen Haltung im Krankenhaus.....	11
4.1.1 Wie reagiert die Organisation Krankenhaus beim Thema Sterben?	11
4.1.2 Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus	12
4.1.3 Wie lernt die Organisation Krankenhaus?	13
4.1.4 Wichtige Punkte für ein gute Zusammenarbeit.....	16
5 Was bringt Schnittstellenmanagement? Ein Beispiel aus der Praxis.....	17
6 Was ist nun zu beachten bei der Zusammenarbeit mit anderen Diensten?	20
7 Schlusswort	21
8 Literaturverzeichnis	22

Abstract

In dieser Arbeit wird mittels Literaturrecherche versucht zu erfassen welche Punkte zu beachten sind damit eine kontinuierliche Betreuung im palliativen Sinne in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Diensten ermöglicht wird. Dadurch sollen PatientInnen und deren Angehörige in dieser sehr belastenden Zeit eine für sie akzeptable Lebensqualität ermöglicht werden.

Es erfordert ein Verständnis von Palliative Care und eine palliative Haltung um die Notwendigkeit einer veränderten Betreuung zu erkennen. Die Haltung alleine reicht aber nicht aus, sondern es muss sich die Organisation insgesamt verändern. Diese Veränderung muss von den verschiedenen Ebenen innerhalb der Organisationen (Krankenhaus, ambulante Dienste, Pflegeheime...) mitgetragen werden. So wird die Notwendigkeit von Ressourcen (zeitliche, finanzielle, personelle) und die Vorteile von Kostenminderung in der Betreuung erkannt. Durch eine gute Zusammenarbeit werden unnötige Wiederaufnahmen (Drehtüreneffekt) im Krankenhaus vermieden, die Belastung des Personals wird vermindert durch ein gemeinsames Erarbeiten der Zielsetzungen und durch eine klare Rollendefinierung und angepasste Handlungsabläufe.

1 Vorwort

Im Februar startete ein Projekt das die Zusammenarbeit zwischen onkologischer Ambulanz und Palliativstation im Krankenhaus Bozen von Seiten der Pflege verbessern soll. Der Vorschlag kam von Seiten der Pflegekoordinatorin der onkologischen Ambulanz und rannte damit bei uns offene Türen ein. Zur Zeit gibt es keinen kontinuierlichen Informationsfluss über die PatientInnen. Durch die bessere Zusammenarbeit erhofft man dass Versorgungseinbrüche vermieden werden, dass für PatientIn der Beginn palliativer Betreuung nicht als Überweisung in die „Sterbestation“ verstanden wird. Man will ein Übergabedokument erarbeiten wo die wichtigsten Informationen über die PatientInnen und ihren sozialen Umfeld enthalten sind. Als Fernziel möchte man auch die ärztliche Seite mit einbeziehen und ein früheres Einbringen des palliativen Ansatzes ermöglichen. Da ich Teil dieser Arbeitsgruppe bin wollte ich verstehen was erforderlich ist damit die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Diensten so funktioniert dass es den gesetzten Zielen gerecht wird.

2 Einleitung

Meine Fragestellung dieser Abschlussarbeit ist welche Kriterien braucht es damit das Schnittstellenmanagement dem palliativen Betreuungsansatz gerecht wird.

Zuerst wird kurz Palliative Care definiert, deren Grundsätze, was es für die Betroffenen bedeutet sich mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontieren müssen. Es wird auch speziell auf die Pflege in diesem Kontext eingegangen.

Bei der Betreuung von PatientInnen und deren Angehörige arbeiten viele verschiedene Professionen/ Dienste in verschiedenen Organisationen (Krankenhaus , ambulante Dienste, Pflegeheime etc.). daraus ergeben sich viele Schnittstellen. Verfolgt man einen palliativen Ansatz der in sein Interessenszentrum die PatientInnen und deren Angehörige mit ihren Wünschen, Bedürfnissen, Werten setzt, ist es wichtig dass es an diesen Schnittstellen eine gute Überleitung der Informationen gibt. Dies kann Veränderungen in der Zusammenarbeit bedeuten die auch eine Veränderung in der Organisation voraussetzen. Darum wird beschrieben wie Veränderungen in einer Organisation möglich sind, welche Punkte zu beachten sind. Hierbei geht es auch um die Implementierung des Palliativen Gedanken. Zum Schluss möchte ich ein Projekt zur Implementierung von „palliative care NETZWERK ZÜRICH“ zitieren wo die Relevanz eines guten Schnittstellenmanagements für Palliative Care aufgezeigt wird.

3 Palliative Care

In diesem Kapitel werden wichtige Punkte im Konzept Palliative Care benannt, die auf die Art der Zusammenarbeit Einfluss haben.

3.1 Palliative Care Definiton

Wie man sich in seiner Profession versteht hängt immer von der eigenen Haltung ab. Sie beeinflusst unser Handeln. In der Definition der WHO heisst es:

„Palliative Care entspricht einer Haltung (Attitude) und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.(WHO 2002)“

3.2 Grundsätze der Palliative Care

Cicely Saunders formulierte 1977 die Grundsätze der Palliative Care (vgl. C. Bausewein, 2007, 4):

- Die Behandlung des Patienten erfolgt in der Umgebung seiner Wahl (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim o. a.).
- Die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam werden beachtet (ganzheitlicher Ansatz).
- Es gilt der Grundsatz „High person, low technology“, d. h. das Menschliche tritt in den Vordergrund, das medizinisch mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund. Ziel der Therapie ist die Lebensqualität des Patienten.
- Individuelle Behandlung jedes Patienten erfolgt durch ein multidisziplinäres Team
- Offenheit und Wahrhaftigkeit sind Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten.
- Die Symptomkontrolle (Schmerzen, Durst, Luftnot u. a. Symptome) erfolgt durch Spezialisten.
- Fachliche Pflege durch speziell geschulte Pflegekräfte.
- Ehrenamtliche werden in die Behandlung integriert.
- Das Behandlungsteam wird zentral koordiniert.
- Kontinuierliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen dauert an bis zum Tod bzw. in die Trauerzeit.

- Bejahung des Lebens, Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse.
- Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen.

3.3 ***Was erlebt die/der PatientIn und deren nahestehenden Personen im Verlauf einer fortschreitenden Krankheit ? (Vgl. J.Davy & S.Ellis,2007, 21)***

Um jemanden gut zu betreuen muss man verstehen wo sie/er steht, was sie/er durchlebt, was ihr/ ihm wichtig ist. Erst dann kann man die Betreuung auf die/der Betroffenen abstimmen und ständig anpassen..

„...Es gibt jedoch vier grosse Probleme oder Ängste , die in irgendeiner Form wohl jeder hat, der mit einer so dramatischen und tragischen Erfahrung wie einer lebensbedrohenden Krankheit konfrontiert wird. Es handelt sich um allgemeine menschliche „existentielle Probleme, denen wir im Leben immer wieder begegnen können, die wir aber gerne verdrängen, solange wir gesund und glücklich sind.....Krankheit und Ungewissheit bringen diese Probleme oft schonungslos ans Tageslicht..“ (J.Davy & S.Ellis,2007, 21)

Es handelt sich hierbei um **Isolation, Sinnverlust, Wahlmöglichkeit und Tod.**

Isolation wird erfahren durch *Entfremdung*: die Krankheit und deren Behandlung wird für die Patienten zentrales Lebensthema , sie bestimmen Abläufe im Alltag. Es können nicht mehr die gewohnten Kontakte zu Freunden und Bekannten gepflegt werden. *Konkret* erfahren wird Isolation durch das Abbrechen der sozialen Kontakte aus Scheu des Umfelds vor Krankheit, Leid, Sterben , und wenn die/der PatientIn verstirbt.

Sinnverlust wird erlebt da durch die Krankheit Autonomie in Entscheidungen und für die Person wichtige Aktivitäten stark beeinträchtigt werden. Der Gedanke bald zu sterben erschwert es für PatientIn und deren nahestehenden Personen noch Sinn und Ziele im Leben zu finden.

Wahlmöglichkeiten können den Leidensdruck dahingehend erhöhen da die einem zu Verfügung stehende Zeit immer kürzer wird aufgrund der Krankheit. Die Entscheidung ist dann oft entgültig und man hat nicht später nochmal die Möglichkeit „etwas gutzumachen oder zu korrigieren“

„In diesem Kontext haben viele „Wahlmöglichkeiten“ eine hohe emotionale Ladung und weitreichende Konsequenzen, und sie nötigen dem Patienten Entscheidungen im Angesicht großer Unsicherheit ab.“ (J.Davy & S.Ellis,2007, 21).

Tod wird für die/den PatientIn und deren nahestehenden Personen, die sich in einer palliativen Betreuungsphase befinden, ein sehr präsent Thema, mit dem man sich unausweichlich auseinandersetzt. Wie kann man sich dieses einmalige Ereignis vorstellen, sich darauf vorbereiten oder damit „aussöhnen“ ?

Es spielen dann noch folgende Faktoren eine wichtige Rolle: die Art und das Stadium der Krankheit; die Beziehungen und Ressourcen innerhalb der Familie, der Lebenszyklus in der die/der PatientIn und deren Familie sich befinden, die Ressourcen des Betreuungsnetzwerkes (Krankenhaus, Ambulante Betreuungsdienste, Sozialdienst...) und deren Haltung in der Betreuung.

3.4 Was muss berücksichtigt werden in der Pflege im palliativen Kontext?

Aufgrund der hohen Belastung der PatientInnen und Angehörige ausgesetzt sind ,wie oben beschrieben, wird klar wie wichtig eine kontinuierliche Begleitung herrscht. Alle an der Betreuung beteiligten sollten über PatientIn und Angehörige Bescheid wissen. Sonst heisst es für die Betreuten bei jedem Wechsel von Professionist/Betreuungsort von vorne zu beginnen, Informationen können verloren gehen, auf Aspekte die nicht die physische Dimension betreffen wird nicht näher eingegangen, eine gemeinsame Zielformulierung in der Betreuung wird fast unmöglich.

3.4.1 Wichtige Gesichtspunkte der Palliativpflege (Vgl. M.Henkemann,2010, 45-57)

Martina Henkelmann hat in ihrem Buch „ Palliative Pflegeüberleitung“ 8 Gesichtspunkte herausgearbeitet die für die Pflege wichtig sind wenn man im palliativen Bereich arbeitet

1. Der High – Person – Low – Technology -Ansatz

M. Henkelmann weist auf den unterschiedlichen Personalschlüssel hin der z.B. auf einer Palliativstation so angepasst ist dass man eine individuelle Betreuung ermöglicht, hingegen auf Allgemeinstationen aufgrund des niederen Personalschlüssels eine optimale Betreuung von PalliativpatientInnen oft nicht möglich ist. Im ambulanten Bereich sieht es nicht anders aus. Auch hier braucht es einen für die Betreuung von PalliativpatientInnen angepassten Personalschlüssel.

2. Symptomkontrolle

Dabei meint sie die fachlich fundierte Erfassung der Symptome (Schmerz, Atemnot, Angst, Übelkeit/Erbrechen, Obstipation, Fatigue....)“...*sie beinhaltet nicht nur die zeitnahe Dokumentation und Meldung, sondern auch die Vernetzung und Rückkoppelung mit weiteren Diensten*“ (M.Henkemann,2010, 45) Sie berichtet vom Ergebnis einer Umfrage unter den Pflegekräften der Sozialstationen im Rahmen einer Fortbildung zur Schmerztherapie über wie wichtig Schmerztherapie sei. Sie kommt zur Schlussfolgerung dass bei nicht speziell palliativ tätigen Pflegenden kein einheitliches Selbstverständnis in Bezug auf ihre Rolle und Verantwortung bei der Schmerzkontrolle besteht. Für einige war es ein sehr präsent Thema für andere weniger da sie es als alleinige Aufgabe des Arztes sahen. Bei erfahrenen palliativ Pflegenden ist das Erfassen des Symptomes gezielter und man kann sich auf eventuelle Verschlechterungen, Notfallsituationen besser vorbereiten. Dies setzt einerseits spezifisches Wissen voraus aber erfordert auch mehr Zeit. Bei allgemeinen Pflegediensten sind Zeitressourcen sehr stark noch an technischen Tätigkeiten gebunden und knapp bemessen.

3.Lebensqualität

„*In der Palliativpflege steht die Umsetzung von Haltungen und Handlungen, die die Lebensqualität der Patienten fördern, im Vordergrund.die meisten Pflegenden sind in einem Umfeld sozialisiert, in dem die Lebensqualität von Patienten weder in medizinischen noch in pflegerischen Kontext Priorität hatte*“ (M.Henkemann,2010, 48). Sie verdeutlicht in einem Beispiel, wo es darum geht das in Kauf nehmen eines Dekubitus damit die Patientin in terminaler Lebensphase die ihr einzig erträgliche Position einbehalten kann wohl wissend über die Gefahr eines Druckgeschwür,

wie wichtig es sei diese Entscheidung und deren Konsequenzen mit Patientin, Angehörigen und im Team abzusprechen und gut dokumentiert. Es ist für Pflegende schwer eine solche Entscheidung zu fällen, wenn nicht ein interdisziplinärer Ansatz besteht und kein aktives Miteinbeziehen des Patienten in der Entscheidung besteht.

...An der Schnittstelle der Überleitung von einem Setting in ein anderes bedürfen die Aspekte der Lebensqualität und ihre Umsetzung in der Pflege einer besonderen sensiblen und feinen Darstellung in der Übergabe.....Die letzte Zeit im Leben eines schwer kranken Menschen ist für ihn nicht einfach nur die Terminalphase einer unheilbaren Krankheit, sondern eine sehr entscheidende Zeit seines Lebens. Sie bedeutet endgültiges Abschiednehmen und weggehen von dieser Welt, von seinem Leben (M.Henkemann , 2010, 50)

4.Psychosoziale Faktoren

Sie spielen eine wichtige Rolle in der palliativen Betreuung. Dabei ist immer relevant was den PatientInnen wichtig ist wie z.B. der Umgang mit den eigenen Gefühlen, Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie oder welche Personen sind den PatientInnen wichtig, welche sozialen Ereignisse wie der Hochzeitstag , die Geburt eines Enkelkinds möchte er noch erleben. In der Pflegeüberleitung sind genau diese Aspekte weiterzuleiten die den PatientInnen wichtig sind auch in der weiteren Betreuung.

5.Die spirituelle Dimension

Dabei meint M. Henkelmann *...alles, was dem einzelnen Menschen hilft, sich mit Sinn und den seelischen, inneren Belangen auseinanderzusetzen(M. Henkelmann , 2010,51)*. Häufig sind von Bedeutung die Bereiche: Lebensbilanz; Krankheit, Leid und Tod aus spiritueller Sicht; Vorstellung über ein Leben nach dem Tod. Die Rolle der Pflegenden besteht oft darin bei Bedarf den Kontakt mit einer spirituellen/religiösen Begeleitung frühzeitig zu ermöglichen und wenn nötig diesen Aspekt in der Pflegeüberleitung rechtzeitig anzubringen. Dabei auch zu achten wie stark die spirituelle Komponente Symptome beeinflusst. Mittels Ritualen kann dem Abschied Ausdruck verliehen werden und damit unterstützen.

6. Angehörigenarbeit

Angehörige spielen eine wichtige Rolle. Bei der Begleitung in einer solchen existenziellen Situation müssen sie Abschied nehmen, sie trauern und brauchen Unterstützung zur Aussprache, es kommen alte Konflikte hoch oder der Betreute ändert radikal seine Einstellung zu Themen die beiden Partnern wichtig sind (z.B. Glaube...). Innerhalb der Familie kann es zu einer neuen

Rollenverteilung kommen wenn ein Mitglied erkrankt und nach dessen Versterben muss diese neue Rolle weiter getragen werden. Dies kann zu Überforderung führen. Angehörige ermöglichen erst oft eine Betreuung zu Hause und es ist sehr darauf zu achten sie so gut wie möglich vorzubereiten und auch Entlastungsmöglichkeiten anzubieten.

7. Tod, Trauer und Themen rund um die Bestattung einbeziehen

Für PatientInnen kann es wichtig sein zu wissen was nach ihrem Tod geschieht, sie bereiten ihre Bestattung vor wo und wie sie geschehen soll. Auch können Abschiedsrituale hilfreich für Angehörige sein

M. Henkelmann weißt darauf hin das Trauer auch bei PatientInnen vorkommt. Er ist mit ständigen Verlusten konfrontiert: das verlieren von Kraft, Selbstständigkeit, der gewohnten sozialen Rolle, Sprechfähigkeit, Appetit... Manchmal können Aspekte der Trauer sich in Schuldzuweisungen an die Medizin oder Pflege zeigen. Es gilt sie zu erkennen, Raum zu geben und auch dies in der Pflegeüberleitung ansprechen.

8. Kinder und Jugendliche als Angehörige schwerkranker und sterbender Menschen

Sie brauchen die Einbeziehung in das Krankheitsgeschehen, aber sind von Pflegeverpflichtungen abzuhalten. Sie sollten einen Ansprechpartner haben, der sie ernst nimmt und es sollte der Kontakt zu Gleichaltrigen nicht abbrechen. Es ist wichtig dass sie klare Erklärungen bekommen damit sie eine Beziehung zur Situation aufbauen können und eine offene Atmosphäre wo sie Fragen stellen können erleichtert die Situation. Man vermeidet dass das Kind /Jugendlicher Fantasien entwickelt die nicht hilfreich sind um sich die Situation zu erklären. In der Trauer ist es wichtig dass sie Kind/Jugendlicher bleiben können.

4 Wie kann man eine patientenzentrierte Betreuungskontinuität im palliativen Sinne innerhalb der Organisation Krankenhaus ermöglichen?

Die /der PatientIn und nahestehenden Personen ist schon sehr belastet mit dem Erleben der Krankheit. Sie sollten daher in der Betreuung sich nicht verlassen fühlen, nicht ständigem Hin- und Herreichen zwischen den verschiedenen Spezialisten ausgesetzt sein sondern einen „Ansprechpartner“ haben der sie in diesem Lebensabschnitt begleitet und die Betreuungskontinuität und die optimale Betreuung ermöglicht. Die Zeit der/des Betroffenen und seiner „Familie“ ist zu kostbar und knapp bemessen als das sie wegen organisatorischer Defizite verloren geht.

4.1 Implementierung der palliativen Haltung im Krankenhaus

Es wird immer darauf hingewiesen damit man Palliative Care im Krankenhaus lebt die Haltung der Professionisten Voraussetzung ist. Es bedeutet ein Überdenken seines Verständnisses vom eigenen Beruf (nicht nur des medizinisch, pflegerischen) und der bestehenden organisatorischen Handlungsabläufen und –strukturen.

4.1.1 Wie reagiert die Organisation Krankenhaus beim Thema Sterben?

In Palliative Care stellt die/der PatientIn und deren nahestehenden Personen ins Zentrum der Betreuung und begleitet sie bis zum Versterben der/des Betreuten. Die/der PatientIn ist wegweisend in welche Richtung der Weg gehen soll. Danach stellt sich auch der organisatorische Ablauf des betreuenden Teams ein. „Das Krankenhaus ist als Organisation nicht am Sterben, sondern an Gesundheit, Rehabilitation und maximaler Lebensverlängerung orientiert.“ (Grossmann, 2000)“ (Knipping et al,2007, 53).

Andreas Heller weist im Kapitel „Berufsübergreifende Herausforderungen des Umgangs mit Sterbenden in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens“, (A.Heller et al,2000,106) auf die Gründe für die Schwierigkeiten in der Betreuung von schwerkranken, sterbenden Menschen hin. Einerseits sieht die Organisation Krankenhaus als ihrer obersten Zielsetzung die Heilung an und blendet das Sterben aus. Sterben bedeutet versagt zu haben. Dadurch dass Sterben kein Thema sein soll werden auch keine Organisationsabläufe entwickelt die ein berufsbezogenes und berufsübergreifendes, kein institutionsübergreifendes koordiniertes Handeln ermöglicht, es kann keine Ausdifferenzierung der einzelnen Rollen geschehen. Es bedeutet auch dass es zu einer hohen individuellen Betroffenheit und Belastung der einzelnen Professionisten kommt. Genau in der Situation der Betreuung von Schwerstkranken, Sterbenden wo die Rollenausdifferenzierung und Handlungsspielräume klar definiert sein sollten, kommt es zu einer „Rollendiffusion“.

„Die Rolle ist die Naht- und Schlüsselstelle zwischen der Person und der Organisation Zuständig ist oft derjenige, der sich gerade zuständig macht.“ (A.Heller, 2000, 110)

Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender wird eher zu einer Frage der eigenen persönlichen Werteorientierung, der individuellen ethischen Haltung. A. Heller spricht vom *perimortalen Omnikompetenzsyndrom* das vor allem bei Pflegenden aufgrund ihrer berufsbedingten Flexibilität und grossen Nähe zum Betreuten zu beobachten ist. Das Krankenhaus hat für die Betreuung von Schwerstkranker, Sterbenden kaum durchdachte, berufsübergreifende Routine. Alle beteiligten Professionisten bleiben in ihren eigenen spezifischen Handlungsmustern und Standards verpflichtet. Es besteht kein Blick für die professionelle Ergänzungsmöglichkeit und man sieht nicht den eigenen Unterstützungsbedarf. Heller spricht von der *“perimortalen Labilität“* in den Handlungen die von persönlicher Betroffenheit und das psychosoziale Involviertsein der Handelnden gekennzeichnet sind.

4.1.2 *Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus*

(Vgl. C. Knipping, 2007, 53)

Um an ein Einstellen auf die Individualität der Patientin /des Patienten im letzten Lebensabschnitt in der Organisation Krankenhaus zu ermöglichen benötigt es eine palliative Kultur/Grundhaltung damit die Zielsetzungen in der Betreuung für alle nachvollziehbar sind.

Eduardo Bruera hat vier Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus definiert die auch gleichzeitig nebeneinander bestehen können:

Stadium 1 Ablehnung (Denial): es wird die Notwendigkeit von Palliative Care Programmen gesehen, da man der Ansicht ist das man schon immer auch palliativ betreut hat und es kein spezifisches Fachgebiet braucht.

Stadium 2 Palliphobie: durch das Einführen einer Palliativstation wird abgelehnt, da man Angst vor der Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben hat. Man sieht aber dass die Organisation ein Problem im Umgang mit diesem Thema hat.

Stadium 3 Pallilalie Monate und Jahre nach Einführen der Palliativstation ist Palliative Care ein grosses Thema. Es wird aber nur darüber geredet aber keine konkreten Maßnahmen getroffen damit die palliative Kultur in der gesamten Organisation Krankenhaus umgesetzt wird.

Stadium 4 Palliaktivität: Es werden aktiv Ressourcen von der Organisation Krankenhaus zur Verfügung gestellt um palliative Kultur zu leben. Patienten werden aktiv an palliative Organisationseinheiten überwiesen.

4.1.3 Wie lernt die Organisation Krankenhaus?

Um die Zusammenarbeit zwischen zwei Diensten im Sinne einer Betreuungskontinuität der Patienten ändern zu können müssen organisatorische Veränderungen stattfinden. Deshalb schneide ich s das Thema an wie die Organisation Krankenhaus lernt.

In „ *Kultur des Sterbens*“ beschreibt Andreas Heller im Kapitel „*Grenzen der informellen Kommunikation*“ (Vgl. A.Heller et al,2000,41) unter anderem den Unterschied zwischen dem Lernen einzelner Personen und dem Lernen einer Organisation , wie Organisationen Veränderungen wahrnehmen und wie sich solche entwickeln können:

...Personen lernen über Bewusstsein und Erfahrung, über Gefühle und deren Verarbeitung.....Organisationen haben bekanntlich keine Gefühle wie Personen und verfügen über kein Bewusstsein. Folgerichtig entwickeln sie sich nicht über Gefühlsartikulationen und Bewusstseinsbildung.....Die Bewusstseinsänderung von Personen führt nicht automatisch zu Veränderungen in Organisationen....Denn soziale Systeme entwickeln sich nur über formelle Verfahren der Kommunikation und Kooperation, über etablierte Handlungsstrukturen...(A.Heller,2000,41-42)

Ralph Grossmann beschreibt 5 Organisationsdimensionen in Bezug auf eine Organisationsentwicklung in Richtung humanes Sterben. Sie haben sich in Workshops und Supervisionen als zentral herausgestellt und lauten (Vgl.a.Heller et al,2000,85-105):

1. *Schwierige Entscheidungen interprofessionell treffen*

.. Der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden konfrontiert die Verantwortlichen im Krankenhaus regelmässig mit schwierigen Entscheidungen, die einen hohen Unsicherheitsgrad aufweisen und nicht widerspruchsfrei zu fällen sind...(R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,87).

Entscheidungen sind immer mit Konflikt verbunden *Entscheidungsprozesse sind so gesehen immer Konfliktmanagement* (R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,87) In Bezug auf Konfliktsituationen im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden wird oft deutlich dass die Situation durch ein Nicht-Entscheiden gelöst wird. Mit Zweifel der erst eine Entscheidungsfindung erfordert kann aber auch anders umgegangen werden. Es hilft ein kollegialer noch besser ein interprofessioneller Zugang der viele Perspektiven aufzeigen kann und in der Entscheidungsfindung mehr Sicherheit bietet.

Entscheidungen werden dann auch besser mitgetragen, wenn sie für alle transparent und nachvollziehbar sind. Jede Entscheidung die zur Bewältigung schwieriger Situationen getroffen wird hat immer eine soziale und psychologische Wirkung.

„Unklare Entscheidungen oder unterlassene Entscheidungen belasten alle, die mit dem Patienten oder den Angehörigen in Kontakt sind, und sie belasten die Kooperationsbeziehungen. Sie verschieben Unsicherheit, die in der Sache steckt, auf die Beziehung. Entweder muss das Team den Konflikt austragen oder die Unsicherheit taucht im Umgang mit Patienten und Besuchern wieder auf.“ (R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,88)

Eine Organisation kann sich über Entscheidungen entwickeln; eine endlose Entscheidungskette bestimmt den Alltag von Organisationen. Die Organisation Krankenhaus reagiert bei komplexeren Entscheidungsprozessen wo eine interdisziplinärer Zugang wie es bei Schwerkranken oder im Umgang mit Sterbenden, wo eine Widersprüchlichkeit besteht werden Entscheidungen nicht oder nur unklar getroffen. Es entscheidet sich irgendwie aber niemand entscheidet.

„Entscheidungsprozesse brauchen geeignete Strukturen: Termine, Zeit, eine funktionale Zusammensetzung von Besprechungen, Kommunikation der Ergebnisse. Nicht kommunizierte Entscheidungen sind in der Wirkung fast so, wie wenn sie nicht getroffen worden wären...“
Organisationen entwickeln sich durch Kommunikation
Ideen und Motive alleine bewegen noch nicht soziale Systeme. Organisationsentwicklung ist immer ein doppelter Prozess. Personen müssen Ideen, Fähigkeiten, Engagement einbringen und es gilt, diese Intentionen in geeigneten Kommunikationsstrukturen zu übersetzen, in Zuständigkeitsregelungen, Aufgabenbeschreibung, Erfolgs- und Qualitätskriterien, einen sinnvollen Ressourceneinsatz und darauf bezogene Entscheidungen...
Organisationsentwicklung ist wesentlich auch Strukturentwicklung....(R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,89)

2. Soziale Unterstützung im Team organisieren

Aus der Stressforschung kommen die Erkenntnisse das in Bezug auf Krankheitsbewältigung oder belastenden Arbeitssituationen eine soziale Unterstützung z. B. sicherheitsspendende soziale Beziehungen, Hilfestellung durch Kollegen vor allem durch Vorgesetzte und die Möglichkeit aktiv die Gestaltung von belastende Situationen beeinflussen zu können, hilfreich sind. Dafür braucht es im Team geeignete Kommunikationsstrukturen, wie regelmässige Teambesprechungen wo ein offenes Gesprächsklima herrscht die ein Thematisieren von schwierigen Alltagssituationen zulässt. Es sollte an einer guten Teamkultur gearbeitet werden die auch Konflikte zulässt.

3. Regelungen für wichtige Funktionen schaffen

„Regeln entlasten schwierige Situationen und erleichtern die Abweichung von der Regel“

(R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,89)

Diese müssen klar formuliert und mehrheitlich akzeptiert sein. Dabei müssen die Handlungs- und Erwartungshaltungen der einzelnen kongruent mit den Regeln sein, sonst herrscht eine unklare Situation in der auf die Dauer schwer zu arbeiten ist.

4. Die Kontakte zu anderen Einrichtungen institutionalisieren

Die Kontaktfähigkeit von Organisationen nach aussen, zu wichtigen Umwelten hängt von der Entwicklung der internen Strukturen ab. Auch der Kontakt nach aussen ist immer eine interne Leistung. Der Kontakt des Krankenhauses zu ambulanten Einrichtungen erfordert auf der Ebene der Gesamtorganisation und der einzelnen Stationen entsprechende Strukturen: Entscheidungen, Zuständigkeiten, Ressourcen, Regelungen, Analoges gilt für die ambulanten Einrichtungen: Es braucht regelmässige Information über die Leistungen und die organisatorischen Rahmenbedingungen, es müssen Vereinbarungen geschlossen werden über die Art der Kooperation, es muss der Kontakt zwischen Patienten, ihren Angehörigen und den ambulanten Diensten hergestellt werden, die Fachkräfte des Krankenhauses müssen meistens an den Vereinbarungen zwischen den Angehörigen und den ambulanten Kräften, aus medizinischer und pflegerischer Sicht mitwirken. Es sind Regeln für die Übernahme der Patienten, in beide Richtungen zu formulieren. Unter Umständen sind mit Vorkehrungen für eine häusliche Betreuung zu schaffen.Organisationen können nur in organisierte Form kooperieren. (R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,100)

5. Die Rolle der Leitungskräfte differenzieren

Leiten heisst vor allem Strukturen zu setzen und Prozesse zu steuern. Führungskräfte sind nicht Problemlöser Nr. 1 sondern diejenigen, die die Initiative und die Verfahrensschritte für die Bearbeitung in die Wege leiten....Die mit der Leitungsarbeit verbundene Distanzierung vom direkten Kontakt mit dem einzelnen Patienten wird oft als Kälte und Entfremdung von der eigentlichen wertvollen Arbeit empfunden...Die Besprechung von Konflikten, die Erleichterung der Arbeit durch die Optimierung von Abläufen sind zentral für die Qualität der Arbeit und das Wohlbefinden von Patienten und Beschäftigten... Und Leitungskräfte brauchen selber Unterstützung und Entlastung. (R.Grossmann in A.Heller et al, 2000,102-103)

4.1.4 Wichtige Punkte für ein gute Zusammenarbeit

Im „Lehrbuch der Palliativpflege“ von S. Nagele und A. Feichtner werden die wesentliche Punkte für eine gute Zusammenarbeit beschrieben. Sie beziehen sich speziell auf das interdisziplinäre Team aber sind auch in der Zusammenarbeit verschiedener Dienste nach meiner Meinung gültig (Vgl S. Nagele & A. Feichtner, 2005, 29-31):

- Jede Berufsgruppe ist wichtig

Jede Berufsgruppe muss über den Wert der eigenen Profession bewusst sein, um sich zu anderen Berufsgruppen hin sinnvoll abzugrenzen und Verantwortungsbereiche festlegen zu können.

„...Es ist ein Merkmal guter interprofessioneller Zusammenarbeit, wenn es gelingt, solche oft unlösbaren Situationen gemeinsam auszuhalten, ohne die Notwendigkeit zu verspüren, dafür einen oder eine verantwortliche finden zu müssen“ (S. Nagele & A. Feichtner, 2005, 29)

Laut meiner Berufserfahrung sollten auch unterschiedliche Dienste sich über den eigenen Wert bewusst sein um zu wissen wo die Stärken liegen und wo andere Dienste besser agieren können. Wie auch bei der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen sind auch bei unterschiedlichen Diensten Hierarchiedenken sowie Vorurteile hinderlich.

- Wertschätzung und Anerkennung äussern

Es sollen die Leistungen eines jeden beachtet werden, Meinungen und Einschätzungen anderer erfahren und in Entscheidungen mit einbeziehen. Bestimmte Anlässe und Feste gemeinsam feiern

- Eigenverantwortlich Handeln

Ein jeder muss seine eigenen Kompetenz -und Aufgabenbereich erkennen und die dafür die Verantwortung übernehmen. Dies verschafft Handlungsspielraum. Der Informationsaustausch untereinander ist wichtig um den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden. Es muss die Bereitschaft bestehen andere an der Betreuung teilhaben zu lassen und über den jeweiligen Aufgabenbereich Bescheid zu wissen

- Jeder Blickwinkel ist richtig und wichtig

Die Sicht der anderen ist auch wichtig und ein positiver Umgang mit konstruktiver Kritik.

„ Es schützt vor „blinden Flecken“ im eigenen Arbeitsbereich und bringt neue Chancen, sich mit den Handeln der eigenen Berufsgruppe immer wieder unter bestimmten Gesichtspunkten auseinander zu setzen es laufend auf seine Sinnhaftigkeit zu überprüfen.“ (S. Nagele & A.Feichtner,2005,30)

Es kann helfen die Gesamtsituation des Patienten besser zu verstehen. Es wird darauf hingewiesen dass eine horizontale Kommunikationsebene bestehen muss. Damit kann ein wirklicher Austausch erfolgen und trägt zur Entscheidungsfindung bei.

- Untereinander verständlich bleiben

Man braucht eine gemeinsame (Fach-)Sprache

- Gemeinsame Ziele festlegen

Die mit dem Patienten erarbeiteten Ziele müssen für alle klar und nachvollziehbar sein und wer welche Rolle dabei spielt.

- Auf gute Rahmenbedingungen und klare Regeln achten

Dabei geht es Zeit und Raum zu definieren für regelmässige Treffen um den Austausch zu ermöglichen „ Für eine gute Zusammenarbeit ist es auch wichtig, dass alle Beteiligten an die zuvor gemeinsamen Arbeitsregeln halten und verteilte Arbeitsaufträge verlässlich und zeitgerecht erfüllen“ (S .Nagele & A.Feichtner,2005,31)

5 Was bringt Schnittstellenmanagement? Ein Beispiel aus der Praxis

Im Rahmen des Umsetzungskonzept Palliative Care vom „palliative care NETZWERK ZH/SH“ wurde im Teilprojekt Koordination und Unterstützung verschiedene Verlaufsberichte analysiert. Aus der Zusammenfassung geht hervor (Vgl.A.Weber,2007,44-58; VglA.Weber, 2009, 22-24): Für die gute Zusammenarbeit der im Palliative Care tätigen Leistungserbringer ist ein gutes Schnittstellenmanagement unabdingbar.

Die an der Betreuung einer Patientin/eines Patienten Beteiligten müssen sich über die jeweiligen Kompetenzen und Rollen einigen: wer ist für was zuständig wenn PatientInnen von einem zum anderen Betreuungsort wechseln (als Kernprozesse definiert) und wie erfolgt die Dokumentation des Betreuungsverlauf(hier wurde Dokumentation und Onlinedokumentation erarbeitet.). Das Schnittstellenmanagement beinhaltet Vereinbarungen die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Organisationen mit eigenen Hierarchien implementiert.

Um die Handlungsabläufe im stationären wie ambulanten Bereich ersichtlich zu machen wurden Flussdiagramme erstellt. Es wurde festgestellt das unterschiedliche auf die Bedürfnisse nicht abgestimmte Dokumentation, erhebliche Mängel im Informationsfluss und Kommunikation die Abläufe im Schnittstellenmanagement erschwert.

Um den Informationsfluss an den Schnittstellen zu optimieren müssen Abläufe und Aufgaben klar geregelt und dokumentiert sein.

Es wird eine Stammdokumentation empfohlen die mit den PatientInnen geht; eine Einführung von Online- Dokumentation in der Palliativversorgung ermöglicht ein zeitnahes Aktualisieren und ein für alle Beteiligten ersichtlicher Blick auf die Gesamtsituation und es erspart PatientInnen ein ständiges wiederholen von Informationen und es kommt zu keinen Informationsverlust, Redundanz wird vermieden

Es wird auch auf die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen hingewiesen damit alle Beteiligten sich an die Abläufe und Vorgaben zu halten und das ermöglicht auch ein Reflektieren derselben und Verbesserungen.

Regelmässige Fallbesprechungen helfen beim Reflektieren der Handlungsabläufe und etwaige Verbesserungen in die Wege zu leiten, aber auch die Motivation zu fördern weiter diesen Weg zu gehen.

Das Management der Schnittstellen wird den dynamischen Prozess, wie es in Palliative Care vorausgesetzt wird, gerecht.

Es wurden Massnahmen festgelegt:

- frühzeitiges Erheben während des Krankenhausaufenthaltes der Bedürfnisse und Ziele der PatientInnen und Angehörigen in Gesprächen über die aktuelle Krankheitssituation und deren Prognose.

- Das frühzeitige Einschalten der des weiter betreuenden Dienstes um eine palliativ kompetente 24h - Versorgung zu organisieren, wobei auch ein Palliative Care Team als zusätzliche Unterstützung bereitstehen muss.
- Es muss mit allen Involvierten eine Notfallplanung erfolgen.
- Zusätzliche Dienste zur Unterstützung werden eingeschalten (Ehrenamtliche, Sozialdienste...)
- Es werden die ganzen Handlungsabläufe und Rollendefinierung schriftlich festgelegt und digital allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.
- Zweimonatliche Fallbesprechungen mit allen jeweils Beteiligten

Bisherige Erfahrungen

- Es wird noch im Klinikalltag eines Akutspitals auf die spezielle Betreuung am Lebende vergessen, darum konnten nicht alle Patienten die eine palliative Betreuung benötigen würden identifiziert werden.
- Es zeigt sich das es eine vertiefte Ausbildung in Palliative Care für Ärzte und Pflegepersonen notwendig ist, dafür müssen die organisatorischen Ressourcen bereitgestellt werden.
- Die Betreuung zu Hause benötigt eine noch genauere Beratung und Abklärung der finanziellen und sozialen Situation als die Entlassung in ein Pflegeheim.
- Das spezialisierte Palliativteam wird als Unterstützung empfunden. Je nachdem wie die Erstbetreuer mit der palliativen Thematik vertraut sind und wie die Zeitressourcen sind wird das spezialisierte Team unterschiedlich beigezogen.
- Die Zusammenarbeit und Informationsfluss hat sich laut allen Beteiligten wesentlich verbessert und die gemeinsamen festgesetzten Ziele konnten bis zu 90% umgesetzt werden.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass mit den genannten Massnahmen die Betreuung in der letzten Lebensphase bis zu 50% tiefere Kosten verursacht .(R.Brumley,2007in A.Weber,2009,24)

6 Was ist nun zu beachten bei der Zusammenarbeit mit anderen Diensten?

Um einen Patienten und deren Nächste in seinem Krankheitsverlauf gut begleiten zu können braucht es ein optimales Zusammenarbeiten der verschiedenen Professionisten und Dienste. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

- alle Beteiligten müssen eine palliative Haltung haben, die Zielsetzungen und Prinzipien der Palliativ Care kennen und auch verinnerlichen
- Die Haltung der Einzelnen reicht aber nicht aus sondern es müssen in der Organisation Handlungsabläufe den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst werden. Es braucht eine klare Rollendefinition der einzelnen Akteure und es müssen die verschiedenen Ebenen innerhalb der Organisation involviert werden.
- Grundlegend ist eine klare, respektvolle Kommunikation die auf gleicher Ebene stattfindet , Hierarchien werden abgeflacht; beachte die wesentlichen Punkte einer guten Zusammenarbeit.
- Eine verständliche leicht zugreifbare am besten mit den PatientInnen mitgehende Dokumentation erleichtert die Zusammenarbeit. Die Dokumentation sollte vereinheitlicht werden um Redundanzen und Informationsverlusten entgegenzuwirken
- Das Aufzeigen der Vorteile (z.B. Versorgungseinbrüche vermeiden durch besser koordinierte Verlegungen, verhindern des Drehtüreneffekts , Reduzierung der Belastung des Einzelnen die Entscheidungen werden gemeinsam getragen , Verringern der Kosten) ermutigen zur Umstellung

Ein gutes Schnittstellenmanagement ermöglicht Palliative Care, da die Patientin/ der Patient und deren Nächste als Zentrum des Handelns angesehen werden . Wie schon beschrieben ermöglicht das Festlegen von Regeln in der Zusammenarbeit erst einen Handlungsspielraum um sich eine Flexibilität erhalten zu können die es im palliativen Bereich braucht.

7 Schlusswort

Am Anfang hatte ich Schwierigkeiten in dieses Thema mich einzuarbeiten, da ich eigentlich keine genaue Vorstellung hatte was alles ins Thema Schnittstellenmanagement einfließt.

Um zu verstehen wie eine Schnittstelle funktionieren kann, ist es wichtig zu verstehen wie Organisationen arbeiten, welche Ziele sie verfolgen und wie Änderungen möglich sind. Da mehrere verschiedene Professionen und Dienste in einer Schnittstelle zusammenlaufen, wie es zum Beispiel bei der Pflegeüberleitung geschieht, ist Voraussetzung dass man sich mit Respekt und vor allem Wertschätzung begegnet. Dies sollte verinnerlicht werden, denn man ist schnell überzeugt dass man es eigentlich am besten und alleine schaffen kann. Eine solche Denkweise ist zum Scheitern verurteilt da es erstens nicht dem holistischen Betreuungsansatz gerecht wird und die PatientInnen während deren Betreuung verschiedene Dienste in Anspruch nimmt.

Es wird sehr deutlich wie grundlegend eine klare Kommunikation ist und eine gut nachvollziehbare Dokumentation ist.

Regelmässige Treffen der verschiedenen Professionisten ermöglicht ein Evaluieren der Handlungsabläufe und ein Kennenlernen der verschiedenen Arbeitsrealitäten.

Für das stationsübergreifende Projekt konnte ich mir gute Anregungen holen. Es gilt zu verstehen wie die einzelnen Dienste arbeiten, welche Ressourcen und Nachteile bestehen; ein Erstellen eines Flussdiagramms der verschiedenen Handlungsabläufen kann nützlich sein einen Überblick zu haben. Das Verständnis von Palliative Care bei den Beteiligten soll hinterfragt werden um eine gemeinsame „Sprache“ zu finden. Die Dokumentation sollte wo möglich vereinheitlicht werden und vor allem für alle schnell zugreifbar sein. Vorausschauende Planung bei der Überleitung ermöglicht ein schnelleres Greifen von Unterstützungsmassnahmen, die Notfallplanung verhindert unnötige Belastungen der Betroffenen. Regelmässige Treffen aller Beteiligten dienen -zur Verbesserung der Zusammenarbeit indem man sich besser kennenlernt und es dient zur Evaluation derselben. Was für mich auch klar wurde ist das eine Veränderung in der Zusammenarbeit auch einen realistischen längeren Zeitrahmen benötigt. Es braucht nicht nur ein Umdenken der einzelnen Professionisten, sondern auch angepasste Organisation. Darum freut es mich umso mehr das Veränderungen schon stattfinden auch bei uns im Krankenhaus Bozen, da die Anfrage auf Verbesserung der Zusammenarbeit von Seiten eines anderen Dienstes kam.

8 Literaturverzeichnis

- Bausewein Claudia, Roller Susanne, Raymond Voltz, 2007: „Leitfaden Palliativmedizin/Palliative Care“, 3.Auflage, München: Urban & Fischer Verlag
- Davy John, Ellis Susan,2007: „Palliativ pflegen – Sterbende verstehen, beraten und begleiten“, 2.Auflage, Bern: Hans Huber Verlag
- Heller Andreas, Heimerl Katharina, Metz Christian,2000: „ Kultur des Sterbens: Bedingungen für das Lebensende gestalten“, 2. Auflage , Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Henkelmann Martina, 2010: „Palliative Pflegeüberleitung- koordinierte Pflege von Menschen mit terminalen Erkrankungen“, 1.Auflage, Bern:Hans Huber Verlag
- Knipping Cornelia,2007: „Lehrbuch der Palliativ Care“,2.Auflage,Bern:Hans Huber Verlag.
- Nagele Susanne, Angelika Feichtner,2005: „ Lehrbuch der Palliativpflege“, Wien: Facultas Verlag
- Weber Andreas, 2009:“ Schwer krank aber gut betreut nach Hause- Bei palliativen Patienten ist das Schnittstellenmanagement entscheidend“ in Case Managment 2009,2,Nr.5,
[URL:www.fmc.ch/uploads/tx_userzarchiv/CM_047_09_Weberpdf](http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzarchiv/CM_047_09_Weberpdf)
- Weber Andreas et al, 2007: „Umsetzungskonzept Palliative Care- Teilprojekt Koordination und Unterstützung“ palliative care NETZWERK ZÜRICH,
[URL:www.schrittweise.ch/schritt08/images/schrittweise/pinwand/books/pdf/gd_projekt.pdf](http://www.schrittweise.ch/schritt08/images/schrittweise/pinwand/books/pdf/gd_projekt.pdf)