

Qualitätsmanagement in einem Palliativkonsiliardienst

Abschlussarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care

Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II

Name: Astrid Tschürtz

Betreuerin: Angelika Feichtner, MSc

Abgabedatum: 15. Oktober 2011

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Projektarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung war.

Unterschrift der Verfasserin

Datum

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
1.1. Hintergrund.....	4
1.2. Was ist Qualität im Kontext von Palliative Care?.....	5
1.3. Zielsetzung der Arbeit.....	7
2. Der Palliativkonsiliardienst in den Landeskliniken Wiener Neustadt und Neunkirchen...	8
2.1. Räumliche Ausstattung.....	8
2.2. Technische Ausstattung.....	9
2.3. Personelle Ausstattung.....	9
2.4. Leistungsangebot/Schwerpunkte des Palliativkonsiliardienstes.....	10
2.5. Auszüge aus der Datenbank des Palliativkonsiliardienstes für das Jahr 2010.....	11
3. Qualitätsmanagement in der Organisation Krankenhaus.....	13
3.1. Qualität und Ethik in Organisationen.....	13
3.2. Qualitätsmanagementsystem EFQM.....	15
3.3. Qualitätsmanagement in Palliative Care und Hospizarbeit.....	15
3.4. Entwicklung eines Qualitätshandbuchs.....	16
3.4.1. Dimensionen der Qualität.....	17
3.4.2. Strukturqualität.....	17
3.4.3. Prozessqualität.....	18
3.4.4. Ergebnisqualität.....	18
3.4.5. Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.....	19
4. Leitfaden für ausgewählte Prozesse im PKD.....	20
4.1. Aufnahme eines Patienten/einer Patientin - Prozessbeschreibung	21
4.2. Begleitung/Vernetzung.....	23
4.3. Teamorganisation.....	25
5. Ausblick.....	27
6. Kritik.....	29
Literaturverzeichnis.....	31
Tabellenverzeichnis.....	34
Anhang.....	35

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der „Pionierphase“ eines Palliativkonsiliardienstes (PKD) in einem Schwerpunktkrankenhaus.

Auf Basis eines Reformpoolprojekts für Hospiz- und Palliativversorgung der Landesklinikenholding Niederösterreich nahm im August 2008 im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt (im Folgenden als LK bezeichnet) ein PKD seine Tätigkeit auf. Das Team besteht aus drei Vollzeit beschäftigten diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS), einer DGKS, teilszeitbeschäftigt 20 Wochenstunden und zwei Teilzeit beschäftigten Ärztinnen, insgesamt 40 Wochenstunden. Außerdem ist eine Planstelle für Sozialarbeit im Umfang von zehn Wochenstunden ausgeschrieben. Seit Juni 2009 ist der PKD auch im Landeskrankenhaus Neunkirchen an zwei Tagen in der Woche tätig. Hinsichtlich Personalausstattung/Personalqualifikation, technischer und räumlicher Ausstattung bzw. Leistungsangebot dienen die Qualitätskriterien des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) als Grundlage.¹

Zu Beginn waren zwei Pflegepersonen für die Umsetzung des Palliative-Care-Projekts verantwortlich. In der Anfangsphase stand im Mittelpunkt, die Anforderungen der Krankenhausleitung bestmöglich umzusetzen bzw. eine Strategie für den optimalen Einsatz des PKD – in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen - zu entwickeln. Es gab Treffen mit den Zuständigen, außerdem fanden Startveranstaltungen und Fortbildungskurse zu Palliative Care statt. Der Prozess vom Konzept bis zur breiten Akzeptanz innerhalb des LK dauerte ca. zwei Jahre.

In diesen zwei Jahren entwickelte sich auch das Team stetig weiter, formierte sich durch Personalwechsel neu, um schließlich als Einheit aufzutreten. Im Moment ist diese Gruppe „Gleichgesinnter“ sehr stabil, somit fällt es auch leichter, neue Projekte zu erarbeiten und umzusetzen.

¹ Vgl. ÖBIG, 2004, S. 24

Von Anfang an war Transparenz eine grundlegende Prämisse für die Arbeit des PKD. Dank umfangreicher Vorgespräche mit der IT-Abteilung des Hauses war es rasch möglich, Stellungnahmen und fortlaufende Berichte über PatientInnen, die für die Stations- und Ambulanzteams (PrimärbetreuerInnen) relevant sind, ins Dokumentationssystem „MPA“ des Krankenhauses einzugeben. Parallel dazu wurde eine Palliativ-Datenbank erstellt, die nur für das PKD-Team einzusehen ist.

Als gemeinsames Ziel für das Jahr 2011 hat das PKD-Team im Rahmen eines „Coaching-Tages“ die Erstellung eines Leitfadens für Tätigkeiten im Palliativkonsiliardienst beschlossen. Im Zuge dessen wurde ein Leitsatz definiert, der auch als „Werbung“ für unser Unterstützungsangebot dienen soll: Er lautet „Leben im Hier und Jetzt“ und soll mit den Kontaktdaten als A4-Plakat in allen Abteilungen der LK ausgehängt werden. Darüber hinaus wird momentan aktiv an einem Leitbild für den PKD-Dienst gearbeitet.

Der nächste Schritt ist es, Prozesse in einem Leitfaden aufzuzeigen. Damit soll nicht nur mehr Transparenz geschaffen werden, sondern auch die Qualität der PKD-Arbeit ständig weiterentwickelt werden. Als Zielgruppe wurden Stations- und Ambulanzteams in den Landeskliniken Wiener Neustadt und Neunkirchen, SchülerInnen, PraktikantInnen, sowie andere Interessierte definiert.

1.2. Was ist Qualität im Kontext von Palliative Care?

Der Begriff Qualität hat seine Wurzeln im Lateinischen, das Wort „qualitas“ bedeutet Beschaffenheit, Güte, Sorte.² Es ist meist positiv besetzt, aber auch schlechte Qualität ist eine Qualität. Deshalb ist es wichtig, den Begriff für die weiteren Überlegungen neutral zu betrachten. Folgende Definition (Unterlagen während der Weiterbildung Onkologische Pflege; „Richtlinien für pflegerisches Handeln“ von Hladik Regina) erscheint am sinnvollsten, da sie alle an der Pflege und Behandlung Beteiligten miteinschließt.

² Bertelsmann, 1996, S 766

„Qualität ist die möglichst optimale Erfüllung der Bedürfnisse der Interessenspartner, unter Berücksichtigung des effizienten Einsatzes der vorhandenen Ressourcen und unter Anwendung des gegenwärtig anerkannten Standes des Fachwissens.“³

In Bezug auf den Pflegeprozess zeichnet sich „gute“ Qualität z. B. dadurch aus, wenn ein Ziel erreicht wurde. Auch positive Rückmeldungen von PatientInnen, Angehörigen oder KollegInnen sind ein Kriterium für Qualität.

Qualitätsmanagementsysteme haben über den Weg der Industrialisierung in den Achtzigerjahren auch im Dienstleistungssektor Einzug gehalten, in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden Instrumente zur Qualitätssicherung etabliert. Kurz beschrieben wird unter anderem der IST- Stand von Prozessen festgehalten, durch interne und externe PrüferInnen Fehlerquellen festgestellt, Verbesserungen angeregt und unter Einbeziehung der Leitungen werden Ziele definiert und umgesetzt.

Wie eine Literaturrecherche ergeben hat, u.a. im Karlsruher Virtuellen Katalog und in den Katalogen der führenden US-amerikanischen Bibliotheken (Library of Congress, National Library of Medicine), scheint das Thema Qualität und Palliative Care im deutschsprachigen Raum noch nicht so erforscht zu sein, wie etwa im angelsächsischen Raum. Das erklärt sich unter anderem aus dem früheren Entwicklungs- und Forschungsbeginn der Hospizversorgung in Großbritannien in den sechziger Jahren. Cicely Saunders übernahm dabei eine Vorreiterrolle und gründete 1967 das St. Christopher`s Hospice in London. Erst zwanzig Jahre später begannen in Österreich Ausbildungen zum Thema „Sterbebegleitung“, hauptsächlich von engagierten Pflegenden, SozialarbeiterInnen und ehrenamtliche MitarbeiterInnen initiiert. Schlüsselwörter für die Recherche waren: Qualitätsmanagementsysteme in der Hospiz- und Palliativversorgung, Qualitätsforschung in Palliative Care, quantitative und qualitative Forschung in Palliative Care, Qualitätshandbuch für Hospize. Aus Deutschland konnte als Richtlinie für den Leitfaden eines PKD das Qualitätshandbuch für stationäre Hospize „Sorgsam“ herangezogen werden.⁴

³ Vgl. Hladik, 2002

⁴ Vgl. „Sorgsam“, 2004

In den vergangenen Jahren haben die Anstrengungen, Qualitätsmanagement auch im Hospiz- und Palliativbereich zu etablieren, merklich zugenommen. Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) arbeitet zum Beispiel an einem Qualitätshandbuch. Dazu wurden 40 Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich eingeladen, ihre IST-Analyse von Prozessen und Projekten darzustellen. Anhand dieser Prozesse werden nun ausgewählte SOLL-Prozesse entwickelt. Dazu gehören „Aufnahme“, „Begleitung/Betreuung/Behandlung“, usw.⁵ Die Fertigstellung dieser ersten Musterprozesse ist für Herbst 2011 geplant.

1.3. Zielsetzung der Arbeit

„Was macht ihr eigentlich?“ - Diese Frage wurde dem PKD-Team zu Beginn sehr häufig gestellt. Viele setzten palliative Arbeit mit Sterbebegleitung gleich. Aufgabe des PKD-Teams war es daher, Aufklärungsarbeit zu leisten, Fortbildungsprogramme anzubieten, auf den Stationen Präsenz zu zeigen und an den interdisziplinären Sitzungen der verschiedenen interdisziplinären Teams (Ernährungsteam, Schmerzteam, usw.) teilzunehmen. Auf der anderen Seite erschien es notwendig, durch eigene Projekte auf sich aufmerksam zu machen und Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Künftig soll die Arbeit des PKD mit einem Leitfaden noch transparenter gemacht und ein Qualitätsmanagement etabliert werden.

Im Anschluss sollen die ausgewählten Prozesse auf der Infoplattform der LK für interessierte MitarbeiterInnen zugänglich sein. Diese Prozesse sollen einem „roten Faden“ folgen, Unsicherheiten minimiert werden, kurz: jedes Teammitglied soll wissen, was zu tun ist. Die individuelle Begleitung der Betroffenen bleibt vorrangiges Ziel, die Herangehensweise bei den unterschiedlichsten Fragestellungen führt mit methodischen „Schlüsselwörtern“ zu mehr Klarheit und Sicherheit.

Im Vorfeld ist es notwendig, alle Teammitglieder über Sinn und Zweck eines Qualitätsmanagements zu informieren und die notwendigen Schritte mit einem Zeitplan

⁵ Vgl. ÖBIG, 2009

festzulegen. Ebenso müssen Aufgaben delegiert und Ziele festgelegt werden. Optimalerweise soll die Leitung eines Projekts von einer Mitarbeiterin mit Erfahrung auf diesem Gebiet übernommen werden. Die vorliegende Arbeit soll bei der Umsetzung der Ziele hilfreich sein.

Um den Leitfaden auf seine Praxistauglichkeit zu überprüfen, soll die angesprochene Zielgruppe befragt werden, um dadurch Inputs für die Weiterentwicklung des PKD zu erhalten, was Thema eines weiteren Projekts sein soll.

Ziel ist die Bewertung des Leitfadens von Qualitätsmanagementbeauftragten, um die notwendige Anerkennung zu erhalten, weiters um Handlungsabläufe zu optimieren, in weiterer Folge PatientInnen-, Angehörigen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit durch strukturierte Befragungen zu eruieren und darauf zu reagieren.

2. Der Palliativkonsiliardienst in den Landeskliniken Wiener Neustadt und Neunkirchen

Im folgenden Kapitel werden die vorgegebenen Strukturqualitätskriterien für einen PKD laut ÖBIG beschrieben.

2.1. Räumliche Ausstattung

Für den PKD im LK stehen zwei Arbeitszimmer und ein Vorraum zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit, dort ungestört Gespräche mit MitarbeiterInnen, Betroffenen und Angehörigen zu führen. Ein Raum wird hauptsächlich von der Pflege genutzt und bietet drei Schreibtische, zwei davon mit Computern ausgestattet. Im zweiten Raum befinden sich zwei Schreibtische und ein Computer für die Ärztinnen. In diesem Raum finden auch die täglichen Dienstbesprechungen und die interdisziplinäre Wochenbesprechung statt. Der Vorraum dient als kleine Küche und Pausenraum.

Im Landeskrankenhaus Neunkirchen stehen dem PKD-Team ein Computer-Platz und einige Ablagefächer zur Verfügung. Weiters kann ein Besprechungsraum genutzt werden.

2.2. Technische Ausstattung

3 Schmerzpumpen
1 Standtelefon mit mobiler Einheit
5 Diensthandys
1 Fax- und Kopiergerät
3 Computer
3 Diktiergeräte und 1 Diktierabhörgerät

2.3. Personelle Ausstattung

Multidisziplinäre Teamzusammensetzung und die Basisausbildung Palliative Care zählen zu wichtigen Voraussetzungen, um ein adäquates Unterstützungsangebot als PKD anbieten zu können.

Der Palliativkonsiliardienst für die Landeskliniken Wiener Neustadt und Neunkirchen steht für 1228 Belagsbetten zur Verfügung. Dementsprechend besteht das Team aus vier vollzeitäquivalenten MitarbeiterInnen (drei DGKS, zwei Ärztinnen), die sich wie folgt zusammensetzen:

1 Ärztin, 20 Wochenstunden, Internistin, Haematoonkologin, Palliative Care Ausbildung, Psychoonkologin
1 Ärztin, 20 Wochenstunden, praktische Ärztin, Palliative Care Ausbildung
1 DGKS, 40 Wochenstunden, Weiterbildung „Onkologische Pflege“, Palliative Care Ausbildung, derzeit Vertiefungslehrgang
1 DGKS, 40 Wochenstunden, Palliative Care Ausbildung
1 DGKS, 40 Wochenstunden, Ausbildung folgt
1 DGKS, 20 Wochenstunden, Palliativexpertin
Diplomierter Sozialarbeiter/in, 10 Wochenstunden, die Stelle ist derzeit ausgeschrieben

Multiprofessionelles Arbeiten hat sich in den letzten drei Jahren bewährt, weil **eine** Profession nur **einen** Ausschnitt der Wirklichkeit sieht. Die ganzheitliche Betroffenorientierung funktioniert nur durch Zusammenschau der verschiedenen Blickwinkel, schwierige Betreuungssituationen kann unmöglich eine Berufsgruppe alleine lösen. Es gilt aber auch, den bettenführenden Abteilungen das interdisziplinäre Zusammenarbeiten beispielhaft vorzuleben. Gemeint ist nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin, sondern aller Berufsgruppen, die in der Organisation Krankenhaus miteinander zu tun haben. Vor allem, wenn es im Sinne der Orientierung an PatientInnen und der ganzheitlichen Betreuung geht.

2.4. Leistungsangebot/Schwerpunkte des Palliativkonsiliardienstes

Folgende Schwerpunkte zeigten sich in den vergangenen drei Jahren:

- Begleitung für PatientInnen und ihre Bezugspersonen in belastenden Lebenssituationen, z.B. bei Aufklärungsgesprächen über Diagnose, Prognose, Therapiezieländerung
- Unterstützung der Kommunikation im persönlichen Umfeld der PatientInnen (Familienkonferenz)
- Symptomkontrolle unter Zusammenschau der psychischen, physischen, psychosozialen und spirituellen Dimension
- „Bedside teaching“, z.B. Schmerzpumpeneinschulung für PatientInnen und ihre BetreuerInnen
- Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten
- Organisation von Pflegehilfsmitteln
- „Brücke“ zu sein zwischen Krankenhaus und dem Zuhause der PatientInnen
- Information der PatientInnen und Bezugspersonen im Vorfeld der Aufnahme in ein Hospiz oder eine Palliativstation
- Vernetzung mit ambulanten Diensten, mobilen Palliativ- und Hospizteams, HausärztInnen, Behörden, usw.
- Regelmäßige Treffen mit Psychologinnen, Diätologinnen, dem

Entlassungsmanagement, dem Seelsorger, Ergotherapeutinnen, Logopädinnen, Physiotherapeutinnen des Hauses und einer Mitarbeiterin der niederösterreichischen Krebshilfe.

- Teilnahme an wöchentlichen Tumorboardbesprechungen (ÄrztInnen der verschiedenen Fachrichtungen beraten über weitere Therapieoptionen bei onkologischen PatientInnen mit besonderen Problemstellungen)
- Teilnahme an Sitzungen des Ernährungs- und Schmerzteams
- Information über Vorsorgevollmacht und PatientInnenverfügung
- Sozialrechtliche Hilfestellungen
- Organisation der jährlichen Gedenkfeier für verstorbene PatientInnen
- Innerbetriebliche Fortbildungen
- Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit der Pressekoordination der Landeskliniken
- Jahresbericht an die kollegiale Führung

2.5. Auszüge aus der Datenbank des Palliativkonsiliardienstes für das Jahr 2010

Insgesamt wurden 322 PatientInnen im Jahr 2010 zugewiesen. Die häufigsten Zuweisungen kamen von der 1. Internen Abteilung (LK Wiener Neustadt) mit dem Schwerpunkt Hämatonkologie, gefolgt von den chirurgischen Abteilungen. Der Anteil der Zuweisungen war gegenüber dem Vorjahr steigend, nicht enthalten in dieser Zahl sind laufende Betreuungen. Es hat sich gezeigt, dass im Laufe der Zeit PatientInnen früher zugewiesen werden, was sich sehr positiv auf die Bildung eines Vertrauensverhältnisses und auf die Qualität der Begleitung ausgewirkt hat.

Das PKD-Team geht davon aus, dass die Veröffentlichung der Broschüre „Unterstützungsmöglichkeiten während einer medikamentösen Therapie“ Anfang 2011 den „Einstieg“ für die PrimärbetreuerInnen in eine rechtzeitige palliative Begleitung wesentlich erleichtert hat. Die Broschüre wird sehr gut vom Stationspersonal und den PatientInnen angenommen, wie mehrere Rückmeldungen an das PKD-Team gezeigt haben.

Auf der folgenden Seite werden weitere Daten aus dem Auswertungszeitraum Jänner bis Dezember 2010 dargestellt. Alle Zahlen stammen aus der Palliativ-Datenbank der LK.

Verteilung nach Geschlecht und Durchschnittsalter der begleiteten PatientInnen

Anzahl der Frauen	206
Ø-Alter der Frauen	70
Anzahl der Männer	203
Ø-Alter der Männer	67

Tabelle 1

Anzahl der zehn häufigsten Tumore

1. Lunge	49
2. Darm	48
3. Mamma	44
4. Blutbildung	36
5. Pankreas	32
6. HNO-Bereich	28
7. Gyn-Bereich	26
8. Gehirn	19
9. Magen	12
10. Prostata	10

Tabelle 2

3. Qualitätsmanagement in der Organisation Krankenhaus

Das Wort Management leitet sich vom Lateinischen „manus“ ab und bedeutet, jemanden an der Hand nehmen und sie/ihn zu führen oder zu leiten.⁶ Ein Qualitätsmanagementsystem wiederum ist jedes strukturierte Vorgehen, das angewendet wird, um Qualitätsmanagement zu betreiben. Für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen im deutschsprachigen Raum, die verpflichtet sind, Qualitätsmanagement zu etablieren, wird großteils eines der drei Konzepte angewendet; das European Foundation for Quality Management (EFQM) for Excellence System (wird in den LK Wiener Neustadt und Neunkirchen angewendet), das Modell Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) und die Zertifizierung nach dem deutschen Institut für Normung-Europa Norm- Internationale Standardorganisation (DIN EN ISO).

Ein Qualitätsmanagementsystem muss in einer Einrichtung wachsen und schrittweise begonnen werden. MitarbeiterInnen muss es häufig erst „schmackhaft“ gemacht werden, sie beklagen sich bei Einführung von neuen Prozessen oder Strukturen, dass Ihnen dadurch wertvolle Zeit mit den PatientInnen verloren geht. Erst im Laufe der Zeit wird sich zeigen, dass durch Fehlerminimierung, Personal- und Zeitmanagement Ressourcen für eine optimale Betreuung entstehen.

3.1. Qualität und Ethik in Organisationen

Als Synonyme für Ethik gelten Moral, Pflichtbewusstsein, Pflichtgefühl, Sittlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Verantwortungsgefühl.⁷ Ethik und Qualität stehen in einer Wechselwirkung zueinander, das äußert sich vor allem in einer angenehmen Arbeitsatmosphäre, einer gemeinsamen Wertorientierung („Wir-Gefühl“) und einer gemeinsamen Mitverantwortung für das „Ganze“. Die positiven Effekte sind genaue Dokumentation, adäquate Pflege und Therapie, eine Dialog-Kultur, zufriedene MitarbeiterInnen, geringe Fluktation, wenig Krankenstände, geringe Fehlerhäufigkeit,

⁶ Vgl. Schmidt S., 2010, S. 23

⁷ Vgl: duden.de

wenig Komplikationen, und v.a. zufriedene PatientInnen und Erfolge für die Kliniken .⁸

Die Entwicklung der Bevölkerungspyramide zeigt, dass Menschen immer länger leben und das entweder alleine oder in einem kleinen Familienverband. Wegen zunehmender Hilfsbedürftigkeit infolge von Erkrankungen verbringen sie den letzten Abschnitt ihres Lebens in Organisationen, wie einem Pflegeheim oder Krankenhaus, d.h. sie sterben auch in einer der Institutionen. Wie die Organisationen auf die kommenden Anforderungen reagieren und sich darauf vorbereiten, hängt zu einem großen Teil von den gelebten Werten und Anschauungen der MitarbeiterInnen ab. Die verschiedenen Berufsgruppen müssen miteinander kooperieren, naturgemäß führt das auch zu Konflikten. Wie diese bearbeitet und gelöst werden, bestimmt die Kommunikationskultur einer Organisation. Das Zusammenarbeiten der unterschiedlichen Abteilungen, sogenanntes Schnittstellenmanagement, kann nur gelingen, wenn die Bereitschaft zu kommunizieren und zu kooperieren da ist und die Abläufe in Prozessen festgehalten werden.

Als neue Herausforderung in der Organisation Krankenhaus, weil diese zum Großteil auf die kurative Medizin ausgerichtet ist, stellt sich Palliative Care dar. Der rasanten Technologieentwicklung auf dem Gebiet der kurativen Medizin steht die Implementierung von palliativen Angeboten gegenüber. Wie die Organisation mit diesen Gegensätzen umgeht, das eine wie das andere unterstützt, prägt auch die MitarbeiterInnen und beeinflusst ihr Handeln.⁹

Die Entwicklung von palliativer Kultur hat sich für PatientInnen in dieser besonderen Lebenslage z.B. durch ein seit zwei Jahrzehnten bestehendes Angebot an Fortbildungen zum Thema Lebens- und Sterbebegleitung positiv entwickelt. Die große Nachfrage der Pflegenden an dieser Fortbildung lässt großes Interesse vermuten. Sie wollen Menschen in der letzten Lebensphase gut begleiten, das bisherige Handeln hinterfragen und verbessern. Zudem werden Palliative-Care-Ausbildungen nach Bedarf ermöglicht.

Die Arbeit des Palliativkonsiliardienstes wurde großteils von Anfang an geschätzt, die Frage nach dem rechtzeitigen Beginn einer palliativen Begleitung wird heute immer weniger gestellt, was auf gute Information über das Angebot eines PKD schließen lässt.

⁸ Vgl: Rabe M., 2011

⁹ Wild M., Kerschbaum W., 2002, S.192-204

Konflikte zwischen „kurativer“ und „palliativer“ Anschauung entstehen aus den verschiedenen Wertvorstellungen, aber es gilt auch hier der Grundsatz „etwas, was nicht ausgesprochen ist, kann auch nicht verhandelt werden.“¹⁰ Gespräche mit PatientInnen, Angehörigen und den BetreuerTeams über ihre Wünsche und Vorstellungen von palliativer Begleitung sind unverzichtbar. Ständiger Austausch ist eine der Grundvoraussetzungen für das Gelingen von „Palliativprozessen“ und weiterer Qualitätsentwicklung.

3.2. Qualitätsmanagementsystem EFQM

Im Jahr 2009 startete im LK Wiener Neustadt ein „European Foundation for Quality Management (EFQM)“-Projekt mit Selbstbewertung. Das „EFQM for Excellence“-Modell beschreibt das (Befähiger)-Kriterium „Prozesse“ folgendermaßen: „Wie die Organisation ihre Prozesse gestaltet, managt und verbessert, um ihre Politik und Strategie zu unterstützen und ihre Kunden und andere Interessensgruppen zufrieden zu stellen und die Wertschöpfung für diese zu steigern.“¹¹ Das heißt, die Organisation ist um ein positives Image in der Bevölkerung bemüht und setzt dabei Öffentlichkeitsarbeit ein, sie bemüht sich auch um gute Zusammenarbeit mit Behörden, der Politik, der Gewerkschaft, Berufsverbänden, usw.

Die Selbstbewertung einer Organisation erfolgt durch PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen mit standardisierten Fragebögen. Sie werden ausgewertet und auf das Ergebnis reagiert. Z. B. war es der Wunsch vieler PatientInnen, das Mittag- und Abendessen im Krankenhaus später zu erhalten, was erfolgreich umgesetzt wurde. Anhand der Befragung ist es der Wunsch vieler MitarbeiterInnen, ausreichend Lob, Anerkennung und Wertschätzung von ihren Vorgesetzten zu bekommen.

3.3. Qualitätsmanagement in Palliative Care und Hospizarbeit

Die Einführung eines Prozessgedankens und prozessorientierter Managementsysteme kommen in der Hospiz- und Palliativarbeit nur schwer in Gang, weil es zum einen an

¹⁰ Heimerl K., 2008, S. 51

¹¹ Blonski H., Stausberg M., 2003, S. 15

Wissen fehlt, auf der anderen Seite wird vorausgesetzt, dass Leitungsaufgaben nebenbei erledigt werden können. Immer wieder herrscht auch Unklarheit darüber, wie es nach dem Projekt mit den Teams weitergehen wird.

Um die in Österreich gesetzlichen Rahmenbedingungen und den tatsächlichen Stand der Entwicklung zu veranschaulichen werden die Begriffe Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität näher erläutert und anhand ausgewählter Tätigkeiten wie Aufnahme, Begleitung/ Vernetzung und Teamorganisation des PKD in den LK veranschaulicht.

Die kreativen Talente von PatientInnen, Angehörigen, externen PartnerInnen und MitarbeiterInnen, die Verbesserungen anregen, sollen identifiziert, priorisiert und mit geeigneten Methoden umgesetzt werden. Eine dieser Methoden ist es, Prozesse zu beschreiben oder Checklisten anzulegen, um gezielt Probleme zu erkennen.

Um MitarbeiterInnen zu Beginn nicht zu überfordern und folglich zu demotivieren, ist es notwendig, Informationen über Qualitätsmanagementsysteme zu sammeln und praktische Anwendungsbeispiele in der Gruppe zu diskutieren. Dadurch soll ermöglicht werden, Transparenz zu gewährleisten, interdisziplinäre Tätigkeiten anzupassen, zu vereinheitlichen und zu vereinfachen. Weitere Qualitätsentwicklung durch quantitative und/oder qualitative Messverfahren, wie PatientInnen-, Angehörigen-, oder MitarbeiterInnenbefragungen, Einbezug von externen Prüfverfahren oder eine Zertifizierung (z.B. nach DIN EN ISO 9001) anzustreben, sollen Nachfolgeprojekte sein. Besonderes Augenmerk ist dabei immer auf die sensible Stellung von PalliativpatientInnen und deren Angehörigen zu legen.

3.4. Entwicklung eines Qualitätshandbuchs

Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und die österreichische Palliativgesellschaft (OPG) starteten ein Kooperationsprojekt mit der Entwicklung eines Handbuchs für die Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich. 40 Einrichtungen aus diesem Bereich wurden eingeladen, ihre Prozesse und Projekte anhand des IST-Standes zu beschreiben. Daraus wurden

Kernprozesse, wie z.B. „Aufnahme auf eine Palliativstation“ entwickelt. Ziel des Handbuchs ist es, die Versorgung in Österreich gleichwertig zu machen.

Welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um optimale Qualität sicherzustellen wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

3.4.1. Dimensionen der Qualität

Fast alle Versuche, Pflegequalität zu beschreiben, gehen auf Donabedian zurück, er entwickelte die drei Rahmenbedingungen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Informationen und Rückschlüsse zur Qualität liefern. Wie die folgenden Abschnitte zeigen, sind die verschiedenen Dimensionen notwendig, um Prozesse transparent und unterscheidbar zu machen.¹²

3.4.2. Strukturqualität

Strukturqualität bezieht sich auf Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um Leistungen anbieten zu können, dazu gehören:

- Materielle Ressourcen wie Einrichtungen und Ausstattungen
- Human Resources, wird im Deutschen auch Humankapital genannt und bedeutet die Anzahl, Vielfalt (Multiprofessionalität), die Qualifikationen von professionellem wie auch von unterstützendem Personal
- Organisatorische Bedingungen, wie die Organisation des medizinischen und pflegerischen Personals, die Anwesenheit von Lehr- und Forschungstätigkeiten,
- Arten der Steuerung und Erfolgskontrolle, Methoden der Finanzierung, etc.

Pflegepersonen sind in der Regel qualifiziert, Qualitätsmanagement zu betreiben. Allerdings ist es ihnen nicht immer bewusst, dass sie es tagtäglich anhand des Pflegeprozesses tun: Nach dem Assessment wird die Pflege geplant, die geplanten Maßnahmen durchgeführt und nach einem Zeitplan werden die Pflegeergebnisse

¹²Vgl. Gaulhofer C., 2010, S. 18-20

evaluiert. Die Konsequenz daraus erfordert ein Beibehalten oder eine Änderung der Maßnahme.

3.4.3. Prozessqualität

Die Organisation Krankenhaus befasst sich laufend mit Anpassung und Verbesserung von Prozessabläufen - einerseits um PatientInnenbedürfnisse zu erfüllen, andererseits um wettbewerbsfähig zu sein.

Prozesse sind Tätigkeiten, die sich wiederholen oder regelmäßig ausgeführt werden; wie

- Diagnose, Behandlung, Rehabilitation, Prävention und PatientInnenschulung, -beratung gehören zu den Kernprozessen
- Administration; z.B. Anlegen der PatientInnenakte, Pflegeprozess als Unterstützungsprozess
- Führungsaufgaben, wie Weiterentwicklung des Personals durch MitarbeiterInnengespräche, Angebot an Fort- und Ausbildungen, usw.

In der Hospiz- und Palliativversorgung liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf Linderung von belastenden Symptomen. Diagnostische Verfahren werden in Absprache mit den Betroffenen und ihren Angehörigen nur zur Symptomkontrolle eingesetzt, präventive Maßnahmen dienen ebenfalls dazu, die Lebensqualität zu steigern. So gibt es zahlreiche Präventivmaßnahmen in der palliativen Betreuung, z. B. Die Schmerzmittelverabreichung bevor der Schmerz auftritt oder auch die Obstipationsprophylaxe bei der Einnahme von Morphinen.

3.4.4. Ergebnisqualität

Medizinische und pflegerische Behandlungen sollen zu einem optimalen Ergebnis führen. Dazu ist es notwendig, z.B. Pflegeziele zu evaluieren, Pflegedokumentationen zu überprüfen und PatientInnen zu befragen. Ergebnisqualität bezieht sich auf:

- Veränderungen, den Gesundheitsstatus betreffend

- Veränderungen des Wissensstandes von PatientInnen oder Angehörigen, welche in Zukunft die Gesundheit beeinflussen könnten
- Veränderungen des Verhaltens von PatientInnen oder Angehörigen, welche in Zukunft die Gesundheit beeinflussen könnten
- Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege und deren Ergebnisse von PatientInnen und deren Angehörigen.¹³

Der oft gebrauchte Ausdruck „nicht mehr heilbar“ in Zusammenhang mit PalliativpatientInnen ist in der Regel irreführend ; es werden bei PalliativpatientInnen sehr wohl Anstrengungen unternommen, physische Leiden, wie etwa einen Harnwegsinfekt kurativ zu behandeln.

Die gesunden Anteile der PatientInnen zu fördern und zu stärken ist eine der Hauptaufgaben der Pflege. Auch der/die sterbende Patient/in hat gesunde Anteile, er/sie hört und spürt z. B. Unruhe im Zimmer, er/sie nimmt seine/ihre Umgebung wahr.

3.4.5. Zusammenhänge zwischen Struktur-. Prozess- und Ergebnisqualität

Die drei Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig, d.h. wie die Struktur einer Organisation auf das beschäftigte Personal Einfluss nimmt, wirkt sich auf die Betreuung/Behandlung/Begleitung und in weiterer Folge auf die Ergebnisqualität aus. Je besser das Personal ausgebildet und spezialisiert ist, umso mehr kann es auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingehen, Behandlungen sicherer durchführen, usw. Demzufolge reicht es nicht immer aus, genug Pflegepersonal zur Verfügung zu haben.

Die Qualifikation des Personals, Haltung und vorgelebte positive Arbeitsweise der Leitung müssen ebenfalls berücksichtigt werden, um ein optimales (Pflege-)Ergebnis zu erzielen. Die Dimension (Pflege-)Prozess beeinflusst das Ergebnis, d.h., ob ein Pflegeziel erreicht wurde oder nicht. Nicht herauslesen kann man jedoch, wie die Beziehung zwischen den am Prozess beteiligten Personen war. Die gute oder schlechte Beziehung wirkt sich aber direkt auf die Lebensqualität der PatientInnen aus.

¹³ Vgl. Gaulhofer, C., 2010, S.18-20

Um diese Beziehung näher zu beleuchten, ist es notwendig, PatientInnenzufriedenheit zu erheben, unter anderem mit dem Instrument der standardisierten Befragungen.

Vorrangig ist nun, ausgewählte Prozesse des PKD in den Landeskliniken Wiener Neustadt und Neunkirchen in einem Leitfaden festzuhalten, damit zu arbeiten und nach einem festgelegten Zeitraum zu evaluieren. Die Bezeichnung „Leitfaden“ ist eine Entscheidung des PKD; das Qualitätshandbuch, das sich in der Endphase seiner Entwicklung befindet, soll als übergeordnete Leitlinie und Unterstützung für die Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich und damit auch für den PKD stehen.

4. Leitfaden für ausgewählte Prozesse im PKD

Die folgenden Prozesse wurden im Team nach einer Analyse des IST-Standes überarbeitet, Probleme besprochen und neue Maßnahmen geplant. Schwierigkeiten bestanden in der Informationsweitergabe; Wer macht was, wann? Ebenso wurden Zeiten festgelegt für Dienstübergaben, administrative Tätigkeiten, usw.

Diskussionen gab es beim Festlegen der Dauer von PatientInnen und Angehörigengesprächen. Es ist notwendig, diesen einen Rahmen zu geben, um Ressourcen für „unerwartete“ Ereignisse zu haben. Diese Neuerungen müssen jetzt im Alltag erprobt werden, im festgesetzten Plan evaluiert und angepasst werden.

Die gemeinsame Erarbeitung der Prozesse hat sich sehr positiv auf die Teamentwicklung ausgewirkt; jeder fühlt sich als gleichwertiges Teammitglied, Selbstgestaltetes kann auch besser in die Praxis umgesetzt werden.

4.1. Aufnahme eines Patienten/einer Patientin - Prozessbeschreibung

Die Zuweisung erfolgt telefonisch oder elektronisch (in der „To Do“ Liste im MPA) mittels vorgefertigter Zuweisung.

Aufnahmekriterien: PatientInnen mit einer fortgeschrittenen onkologischen Erkrankung, einer neurologischen Erkrankung mit infauster Prognose (wie ALS), einer fortgeschrittener Lungen- oder Nierenerkrankung, multimorbide, geriatrische PatientInnen, AIDS.

Voraussetzung für den Beginn der Begleitung vom PKD ist es, dass der/die Patient/Patientin über seine Erkrankung aufgeklärt ist und der Primärbetreuer/in eine Vorinformation über das Angebot eines PKD gegeben hat.

Wer weist zu: Arzt/Ärztin, Pflege, bei Anfrage von externen Partnern wie mobilem Palliativteam (MPT), mobilem Hospizteam (MHT), HausärztInnen, usw. Abklärung mit PrimärbetreuerInnen, ob Unterstützung erwünscht und notwendig ist.

Fragestellung: z.B. Symptomkontrolle, Entlassungsplanung, psychosoziale Hilfestellungen.

Bei der Fragestellung der Symptomkontrolle ist ein interdisziplinäres Gespräch (Arzt/Ärztin, Pflege) zu planen.

Eine Arzt-/Ärztinnenvisite ist nicht bei jedem PatientInnenkontakt möglich, im Team ist zu besprechen, wann diese notwendig ist.

So fern es möglich ist, wird die Palliativärztin bei belastenden Symptomen sofort hinzugezogen, in jedem Fall erfolgt Austausch mit den behandelnden Ärzten/ ÄrztInnen.

Um u.a. gemeinsame Visiten zu planen, sind auch regelmäßige PatientInnenfallbesprechungen einmal wöchentlich (=interdisziplinäre Wochenbesprechung, IWB) etabliert.

Eine DGKS des PKD nimmt mit der Stationsleitung Kontakt auf, um erste Informationen über den/die Patienten/ Patientin, wie physische und psychische Komponenten, soziale und spirituelle Ressourcen, zu erhalten. Weiters, ob beim ersten Gespräch eine Bezugsperson des/der Patienten/in anwesend sein soll. Falls ja - Termin vereinbaren. Falls nein - Kontaktaufnahme mit PatientIn; Das Erstgespräch dient zur Klärung der gegenseitigen Erwartungen. Es ist für eine ruhige Atmosphäre zu sorgen, durch gute Vorbereitung ist Sicherheit zu vermitteln.

Vertrauensbildende Maßnahmen sind u.a. aktives Zuhören, wertschätzender, respektvoller

Umgang. Z.B. Fragen über den bisherigen Krankheitsverlauf, Therapieverlauf, Erfahrungen im Krankenhaus, die Wünsche an die weitere Betreuung sind ebenfalls zu ermitteln. Bewährt hat sich die Frage „Was wollen Sie nicht?“

Im Lauf der Begleitung ist gemeinsam mit den Betroffenen vorausschauend zu planen; was wird notwendig sein, um eine Betreuung zu Hause zu organisieren? Spätestens beim zweiten PatientInnenengespräch sollten Angehörige miteinbezogen werden. Der PatientInnenwille ist in jedem Fall zu beachten!

MitarbeiterInnen des Palliativkonsiliardienstes sollen regelmäßig (1-2 mal jährlich) an Kommunikationsschulungen teilnehmen. Bei Unsicherheiten wird Unterstützung im Team durch eine ausgebildete Psychoonkologin gewährleistet.

Prozessziel

- Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern oder zu erhalten
- Seine/ihre Ressourcen zu fördern, damit er/sie Eigenständigkeit bewahrt
- Seine/ihre Würde zu wahren
- Angehörige frühzeitig miteinzubeziehen
- Die PrimärbetreuerInnen (Stations- und Ambulanzteams) in belastenden Situationen zu unterstützen
- Gute Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Strukturkriterien

- Qualifiziertes Personal
- Geeignete Räumlichkeiten
- Ausreichend Zeit für ein Erstgespräch
- Flexibler Einsatzplan, Kontinuität der Begleitung gewährleisten

Ergebniskriterien

- Positive Reaktionen und Rückmeldungen der PatientInnen, der Angehörigen und des Behandlungsteams
- Weitere Begleitung ist erwünscht
- In weitere Folge PatientInnen und Angehörigenbefragungen

Checkliste

- Datenblatt anlegen
- Dokumentation des Gesprächs in der Pallitivdatenbank
- Anlegen der PKD Kartei (im MPA), vermerken der für die Station relevanten Informationen.

Um eine Doppeldokumentation zu vermeiden, sind Abschnitte zu kopieren und einzufügen. Die Dokumentation sollte neutral, wertfrei, nachvollziehbar erfolgen.

4.2. Begleitung/Vernetzung

Während des Krankenhausaufenthalts kooperieren wir von Beginn an mit den anderen Berufsgruppen, um Betroffene und Angehörige zu unterstützen. Das sind PsychologInnen, DiätologInnen, PharmazeutInnen, der Seelsorger, Physio- und ErgotherapeutInnen, eine Mitarbeiterin der niederösterreichischen Krebshilfe, Sanitätsfachgeschäfte, SozialarbeiterInnen, Behörden und Ämter.

Der Patient/die Patientin äußert den Wunsch, nach Hause zu gehen. Die Angehörigen können sich vorstellen, die Betreuung zu Hause zu gewährleisten und wollen bei Pflegehandlungen, usw. integriert und eingeschult werden. Professionelle und ehrenamtliche HelferInnen werden hinzugezogen um eine Überforderung der PatientInnen

und der Angehörigen zu vermeiden. Es erfolgt eine Beratung über die erforderlichen Pflegehilfsmittel, gegebenenfalls die Organisation.

Die Informationsweitergabe an mobile Palliativ- und Hospizteams, extramurale Dienste und HausärztInnen erfolgt mit Einverständnis der PatientInnen zeitgerecht vor der geplanten Entlassung. Fällt die Entscheidung für einen Pflegeheim- oder Hospizantrag, informiert der PKD über die Einrichtungen mit einer Fotomappe, Foldern und Informationsgesprächen. Mit der Hospizstation im Landespflegeheim Wiener Neustadt ist der PKD in engem Kontakt, die Dringlichkeit einer Aufnahme kann so gut besprochen werden.

Prozessziele

- Lebensqualität erhalten und verbessern
- Patient/in äußert Wohlbefinden, verbal oder nonverbal
- Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege oder Langzeitpflege angenehm gestalten.
- Informationsverlust vermeiden
- Angehörige sind in die Begleitung involviert

Strukturkriterien

- Dokumentation der medizinischen Anordnungen, des Pflegeprozesses, des Schmerzprotokolls
- Kenntnisse über das Angebot extramuraler Dienste
- Kenntnisse über PatientInnenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Kenntnisse über das Antragswesen, Behörden
- Kenntnisse über die Organisation von Schmerzpumpen, Einschulung der Betreuerteams, PatientInnen und Angehörigen
- Kenntnisse über die Organisation/ Verordnung parenteraler Ernährung für zu Hause
- Einschulung der PatientInnen und Angehörigen organisieren (Home Care Service)

- Organisation von Heim- Sauerstoff, Pflegehilfsmitteln
- Verstirbt der/ die Patient/in, gibt es ein Angebot der Trauerbegleitung/ Trauercafe

Ergebniskriterien

- Positive Rückmeldung der PatientInnen und der Angehörigen
- PatientInnen und Angehörige fühlen sich sicher
- Gute Zusammenarbeit mit den extramuralen Diensten und Einrichtungen

Checkliste

- Arzt/Ärztinnenbrief, Pflegeüberleitungsbericht
- Kontaktdaten der extramuralen Dienste für Patient/in
- Verordnungsscheine für Pflegehilfsmittel
- Schmerzpumpenprotokoll/ - ausweis
- Kondolenz schriftlich oder persönlich bei Tod des/ der Patienten/in
- Organisation einer Gedenkfeier 1 mal jährlich

4.3. Teamorganisation

Der Projektstart „Qualitätsmanagement“ erfordert die Information und Einbeziehung aller MitarbeiterInnen. Planungsgespräche werden geführt, Zielvereinbarungen getroffen. Die gute fachliche und menschliche Zusammenarbeit ist dabei primäres Ziel. Stolpersteine sollen offen angesprochen werden und Lösungen erarbeitet werden. Wertschätzende Kommunikation und gegenseitiger Respekt fördern die Teambildung und wirken sich auch positiv auf die Umweltbeziehungen aus.

Prozessziele

- Effektive und effiziente Arbeitsweise des Teams
- Kontinuierliche Begleitung wird gewährleistet
- Transparenz der Arbeit

- Qualitätsentwicklung

Strukturkriterien

- Stellenbeschreibungen für Medizin, Pflege und Sozialarbeit in einem PKD
- Koordinatorin delegiert neue PatientInnenzuweisungen im Team
- Koordinatorin regelt Bestellwesen
- Dienstplangestaltung nach vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen
- Bereitstellung der erforderlichen Arbeitsmittel
- Namensliste mit Handzeichen der Teammitglieder
- MitarbeiterInnenorientierungsgespräche
- Regelung der Dokumentationserfassung, -weitergabe unter Einhaltung des Datenschutzes
- Gesetzliche Regelung über die Aufbewahrung von Dokumenten in Papierform (Krankengeschichten)
- Dienstübergabegespräche täglich (Wer macht was?), Dauer 30 Minuten
- Interdisziplinäre Wochenbesprechung des Palliativteams, Dauer 120 Minuten
- Leitungsbesprechungen 6-mal jährlich
- Teamsupervision, 5-mal jährlich, bei sehr belastenden Begleitungen Einzelsupervision anfordern
- Coachingtag 1-mal jährlich
- Bezirksarbeitskreissitzungen Palliative Care und Hospiz, 4-mal jährlich
- Interdisziplinäre Besprechungen im LK, 6-mal jährlich
- Anonymisierte Datenübermittlung, 4-mal jährlich an die Palliative Care Beauftragten des NÖGUS
- Information über Fortbildungsangebot, Teilnahme Kriterien
- Vereinbarung über Zeitbudget der Administration, Koordination

Ergebniskriterien

- Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit Kommunikation und Arbeitsweise
- Positive Wirkung des Teams auf die Umwelt
- Nachvollziehbarkeit des Dokumentationssystems
- Gleicher Informationsstand aller MitarbeiterInnen

5. Ausblick

Eine der entscheidenden Fragen ist, wie man in der Hospiz- und Palliativversorgung am besten das Wohlbefinden der PatientInnen und Angehörigen misst. In den LK Wiener Neustadt und Neunkirchen werden zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit quantitative Instrumente, wie ein standardisierter Fragebogen, eingesetzt. Ziel ist die Erfassung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Prozessqualität, Servicequalität, Informationsmanagement, medizinischem und pflegerischem Personal. Wie in der Studie von Klindworth et al. beschrieben, wirkt sich die notwendige hohe Fallzahl limitierend auf die quantitative Erhebung aus, dem gegenüber steht eine geringe Rücklaufquote.¹⁴ Eine Anzahl von PatientInnen sieht sich oftmals gezwungen, den Bogen auszufüllen. Sie empfinden es als unpersönlich, weil während des Ausfüllens kein persönlicher Kontakt zwischen Befragtem und den Stationsteams stattfindet, der auch ein Nachfragen ermöglichen würde. So bleiben die Ursachen für Beschwerden oft unerkannt. Die Vorteile dieser quantitativen Erhebungen sind die hohe Anzahl an Daten, die man erhält und die niedrigen Kosten.

PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen befinden sich in einer besonders sensiblen Situation. Es soll ihnen keine wertvolle Zeit gestohlen werden, die Befragung darf keine zusätzliche Belastung darstellen. Für die Erhebung der Zufriedenheit, des Wohlbefindens,

¹⁴ Vgl. Klindworth, 2010, S.185

der Art der Versorgung und der zwischenmenschlichen Beziehungen bietet sich die Methode der qualitativen Interviews an. Bevorzugt werden sie auf Palliativ- und Hospizstationen eingesetzt, sie sollen auch beispielgebend für andere Strukturen sein. Voraussetzung dafür ist eine geübte Interviewerin, die die ethischen Grundlagen beachtet. Das Interview soll im Versorgungsprozess „eingebettet“ sein. Die Gefahr, den Betroffenen in ihrer Situation psychischen Schaden zuzufügen ist groß, nicht zu vergessen ist aber der Schaden, der entstehen würde, wenn die Bedürfnisse nicht erfragt werden.¹⁵

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führt derzeit eine Evaluationsstudie von Teilaspekten des NÖGUS- Reformpoolprojektes zur Integrierten Hospiz- und Palliativversorgung durch. Fragen zum laufenden Projekt, die durch die Studie beantwortet werden sollen, sind zum Beispiel: Was leistet das Projekt? Was fehlt noch zu einer gelungenen Versorgung? Was ist/war nützlich? Die Studie wird bei der Frage helfen, wie es nach Projektende weitergeht und soll zur Fortsetzung des Projekts beitragen. Ein ethisches Clearing wurde bereits verfasst und wird die Grundlage bei der Durchführung der Studie sein. Es werden Gespräche mit PatientInnen und Angehörigen geführt, ebenso erfolgte eine Gruppendiskussion mit leitenden Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen von Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

Nach Berichten der Palliativ- und Hospizteams möchten Betroffene in Befragungen miteinbezogen werden, um damit einen Beitrag zu leisten, die Versorgung weiter auszubauen, zu verbessern und zu sichern.

Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit ist die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen in den Stations- und Ambulanzteams mit dem Angebot eines PKD. Zu bearbeitende Fragen wären z.B.: Wie beurteilen Sie die Unterstützung von einem PKD? Wie ist die Zusammenarbeit? Ist der Leitfaden für Sie hilfreich?

Um den Leitfaden des PKD zu evaluieren bieten sich Nachfolgeprojekte an; Befragungen des ärztlichen und pflegerischen Personals anhand von quantitativen Methoden in Verbindung mit qualitativen Interviews. Offene Kommunikationsformen sollen dabei zum

¹⁵ Vgl. Klindworth, 2010, S.187

Tragen kommen und neue Perspektiven der Begleitung aufzeigen.

6. Kritik

Qualitätsmanagement in der Palliativversorgung ist sinnvoll, wenn man es auch kritisch betrachtet und die Prozesse der Aufnahme, Begleitung, u.a. nicht nur anhand von Checklisten bearbeitet werden.

Gibt es qualitativ gutes Sterben?

Es muss Zeit und Raum ohne Bürokratie geben, wie soll eine Beziehung sonst gelingen?

Die Zahlen und Daten sind notwendig, um eine Regelfinanzierung der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich zu erreichen und die Qualität der Versorgung auszubauen und zu verbessern. Diese Qualität definiert sich über Art und Weise der Kommunikation, Würde, Respekt und Autonomie der Betroffenen.

Menschen sind mit ihrer eigenen Geschichte nicht in Zahlen fassbar, der Versuchung „Sterbestandards“ überzustülpen, muss man widerstehen. Das Zwischenmenschliche, Individuelle und Lebensqualität lassen sich schwer messen.

Ist es auch zulässig, zweifelnd, mit Angst, mit Schmerzen und nicht sediert Abschied zu nehmen?¹⁶ Wenn es eine Entscheidung der PatientInnen ist, ja.

¹⁶ Vgl: Gronemeyer R., Heller, A., 2007, S. 576-585

Dank

Mein Dank geht an die Lehrgangsleitung des Vertiefungslehrgangs Palliativpflege für die Organisation und die Hilfestellungen während der Abschlussarbeit.

Meiner Familie und meinen Kolleginnen danke ich für ihre Geduld und Unterstützung.

Nicht unerwähnt bleiben soll der Dank an die Nö. Landeskliniken-Holding, die diese Ausbildung finanziert, vor allem aber Frau Dr. Evelyn Fürtinger, Pflegedirektorin im LK Wiener Neustadt, die für die Anliegen des PKD Teams immer ein offenes Ohr hat.

LITERATURVERZEICHNIS

BASHSHUR, Rashid/ DONABEDIAN, Avedis: An introduction to quality assurance in health care, Oxford University Press, 2003, zugegriffen am 16.9.2011

<http://books.google.de/books?id=fDSriunx6UEC&dq=donabedian&hl=de&ei=sNF0TvS8B4X44QsOGUDQ&sa=X&oi=bookresult&ct=result&resnum=3&ved=0CDYQ6AEwAg>

BLONSKI, Harald/ STAUSBERG, Michael: Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, S 15, Schlütersche GmbH u. Co. KG, Hannover, 2003

GAULHOFER, Christine: Qualitätsmanagement in der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich, S 18-19, Masterthesis, Graz, 2010

GÖTZE, Lutz/ HELLER, Klaus: Die neue deutsche Rechtsschreibung, S 766, Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH, Gütersloh, 1996

GRONEMEYER, Reimer/ HELLER, Andres: Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg?, S. 576-585 in: HEIMERL, Katharina/ HELLER, Andreas/ HUSEBO, Stein: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, 3. Aufl., Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2007

HEIMERL, Katharina: Orte zum Leben - Orte zum Sterben, Palliative Care in Organisationen umsetzen, S. 51, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008

HELLER, Andreas: Sterben muss jeder allein, aber allein geht gar nichts. Die Intimität menschenwürdigen Sterbens als Aufgabe der Organisationen, S 128-148 in: HEIMERL, Katharina/ HELLER, Andreas/ METZ, Christian: Kultur des Sterbens, 2. Aufl., Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2000

HLADIK, Regina: (Unterlagen zum Vortrag „Rahmenstandards für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege im Unternehmen Wiener Krankenanstaltenverbund“, Version vom 27. November 2002)

KERSCHBAUM, Werner/ WILD, Monika: Palliative Care und Organisationales Lernen/ Umsetzung von Palliative Care in Organisationen, S 192-204 in: HEIMERL, Katharina/ HELLER, Andreas/ HUSEBO, Stein/ METZ, Christian: Balsam für Leib und Seele, Lambertus-Verlag, Freiburg im Bresgau, 2002

KLINDWORTH, Katharina et al.: Qualitätsmanagement auf einer Palliativstation- Welchen Beitrag können qualitative Interviews mit Patienten und ihren Angehörigen leisten?, S. 180- 187 in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2010

NEMETH, Claudia: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, S. 24, 2004, zugegriffen am 20. Juni 2011

www.bmg.gv.at/.../bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf

ÖBIG 2009a, Hospiz- und Palliativversorgung-Umsetzung Tätigkeiten 2009, Wien

PELTARI, Lena/ PISSAREK, Anna: Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen Österreich, Tätigkeitsbericht, 2009, zugegriffen am 30. Juni 2011

www.hospiz.at/pdf_dl/Jahresbericht_2009.pdf.

RABE, Marianne: Ethische Aspekte von Qualität- Wo beginnt der Etikettenschwindel?, o.J., zugegriffen am 30. Juni 2011

http://www.heilberufe-online.de/kongress/rueckblick/...Rabe_Praesentation.pdf?....

SCHMIDT, Simone: Das QM - Handbuch, Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege, 2. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2010

„SORGSAM“, Qualitätshandbuch für stationäre Hospize, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Deutscher Caritasverbund, 2004

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1..... S.12
Tabelle 2..... S.12

ANHANG

Flussdiagramm Aufnahme im PKD

Flussdiagramm Begleitung/Vernetzung