

Bachelorarbeit

Die Rolle der Pflege im interdisziplinären Palliativteam

eingereicht von
Marcel Skerget

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Mag. theol. Dr. med. univ. Erwin-Horst Pilgram

I. Eidesstaatliche Erklärung

„Ich, Marcel Skerget, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Ort/Datum: Graz am 30.03.2015

Unterschrift: Marcel Skerget, eh.

II. Inhaltsverzeichnis

I Eidesstaatliche Erklärung.....	2
II Inhaltsverzeichnis & Abbildungsverzeichnis.....	3
III Zusammenfassung Deutsch – Englisch.....	5
1. Einleitung.....	7
1.1 Definition.....	7
1.2 Allgemeines.....	7
1.3 Entwicklung in Österreich.....	8
1.4 der multidisziplinäre Ansatz.....	9
1.5 die Aufgaben der Pflege.....	11
1.6 Ziel und Forschungsfrage.....	12
2. Methode.....	13
2.1 Flowchart.....	14
3. Ergebnisse.....	15
3.1 The effect of multidisciplinary team care on cancer management.....	15
3.2 Palliative radiotherapie with or without additional care by a multidisziplinäre palliative care team in patients with newly diagnosed cancer: a retrospective matched pairs comparison.....	18
3.3 Kommunikation im Team und Burn-Out, eine Befragung von intensiv- und palliativmedizinischen Pflegekräften und Ärzten zu Therapiebeschränkung am Lebensende.....	20
3.4 Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland.....	23
3.5 Kommunikation im Palliativen Konsiliarteam mit Hilfe von transaktionsanalytischer Modelle.....	25
3.6 The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study.....	27
3.6.1 In der Rolle der Pflege im Übergang in die Palliativpflege.....	28
3.6.2 Die emotionale Unterstützung und der effektive Übergang.....	28

3.6.3 Die aufgabenorientierten Pflege und die Unterstützung der Patientin, des Patienten bei der Übergabe.....	28
3.6.4 Die Last bzw. die Verarbeitung des Übergangs in die Palliativpflege..	29
3.7 Integrating Palliative Care in the ICU: The nurse in a leading role.....	30
3.7.1 Lessons from the catheter-related bloodstream infection initiativ.....	30
3.7.2 Practical Applications for ICU Palliative Care Integration.....	31
3.7.3 The Interdisciplinary Family Meeting.....	31
4. Schlussfolgerung.....	33
5. Diskussion.....	35
5.1. Ausblick.....	38
IV Referenzen.....	39
V Anhang.....	41

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Flowchart.....	14
------------------------	----

III. Zusammenfassung

Einleitung: Die Einrichtung eines multidisziplinären Teams hat sowohl innerhalb des Teams als auch gegenüber der Patientin oder dem Patienten in der Palliativpflege einen positiven Effekt. Heruntergebrochen auf die einzelnen Berufsgruppen bekommt die Pflege im Team eine besondere Bedeutung und Rolle zugeschrieben. Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, welche Effekte das multidisziplinäre Arbeiten hat und welche Rolle die Pflege im gesamten Team einnimmt.

Methode: Für die vorliegende Arbeit wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank PubMed im Zeitraum von Jänner 2015 bis Mitte März 2015 durchgeführt. Neben der Recherche über die Datenbank fanden parallel dazu Inputs über E-Mail-Verkehr durch deutschsprachige Expertinnen und Experten statt.

Ergebnisse: Zahlreiche Studien, darunter Opeyemi Abdulrahman Jnr. 2011 zeigen, dass es einen positiven Effekt auf die Betreuungsqualität hat, wenn ein multidisziplinäres Team eingesetzt wird. Die Innenwirkung eines geschlossenen Teams kann zudem vor spezifischen Berufsbelastungen schützen. Ein Limit der Effektivität besteht dennoch bei der Verlängerung der Lebensdauer. Hierbei konnte keine signifikante Verlängerung festgestellt werden. Die Pflege als Berufsgruppe im Team nimmt mehrere Rollen ein. Sie kann unter anderem im Management von Transferierungen, in der Organisation und bei Durchführung von Family-Meetings tätig sein. Die Evaluierung und Durchführung von evidenz-basierten Innovationen ist eine weitere mögliche Rolle.

Schlussfolgerung: Für die Zukunft sollte es für die Forschung und Praxis ein wesentliches Ziel sein, die Pflege im palliativen Setting besser zu beschreiben und für sie Aufgaben zu definieren, die trotz der Vielfalt der Teams Anhaltspunkte darstellen.

Diskussion: Die Idee von Cicely Saunders, die Palliative Care als multidisziplinäres Instrument zu sehen, wurde eindeutig belegt. Sowohl Expertinnen und Experten als auch neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zeigten diese Wirkung. Trotz der in Österreich gesetzlich festgelegten Aufgabe der Pflege im interdisziplinären Setting konnte dennoch keine spezifische Aufgabenzuteilung gesichtet werden.

Abstract

Introduction: The implementation of a multidisciplinary team has two positive aspects. On one side inside of team and on the other side you can provide advantages to the patients needs. Broken down by all professional groups the Nursing has an important role attributed. The aim of this study is to find out what effects the multidisciplinary teamwork has and which role the Nurse Practitioner takes in.

Methods: For this study, a literature review via PubMed was performed in the period of January 2015 till Mid-March 2015. In addition to the research on the database inputs via german-speaking Experts took place.

Results: Different Studies, including Opeyemi Abdulrahman 2011, has shown that it has a positive effect on the quality of care, if a multidisciplinary Team is included. The intern effect of a compact team can also protect against specific work load. Nevertheless a limit of the effectiveness is, that the multidisciplinary team has no significant Influence of a life prolongation. The Nurse Practitioner as a profession of the team takes more than one specific role. They may operate in the management of transition, in conduct of family-meetings and in the implementation of evidence-based innovations.

Conclusion: In the future it should be a major topic and goal für the research and also for the practice to describe the Nursing Role in the palliative setting. Better definitions about their tasks are necessary for the quality.

Discussion: The idea of Cicely Saunder, who saw palliative care as a multidisciplinary instrument was clearly proved. Both experts and the latest scientific findings showed this effect. In spite of the statutory laws in Austria, no specific allocation of tasks are spotted.

1. Einleitung

1.1 Definition

Nach Definition der WHO und dem Zusatz von 2002 hat die Palliativmedizin folgenden Zugang: *„(...) ist Palliativmedizin ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch das Vorbeugen und Lindern von Leiden, die frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“* (Feichtner & Nagele 2012, S. 16)

1.2 Allgemeines

Den Ursprung der Palliativmedizin lässt sich im Mittelalter ergründen. Hospize (vom lat. Wort hospitium = Gastfreundschaft) als Unterkunftsstätten für Pilgerinnen und Pilger boten Schutz und Hilfe. Auch die Pflege von erkrankten Menschen fand dort statt. Die weiterführende Versorgung von schwersterkrankten und sterbender Personen wurde in Hospitälern durchgeführt, die meist eine Abteilung von Klöstern waren. (Anneser 2013, S. 3) Das Wort Palliativ stützt sich auf das lateinische Wort pallium und bedeutet so viel wie Mantel oder jemandem den schützenden Mantel umhängen. Im Gegensatz zum medizinischen Grundbegriff „curara = heilen“, weist das Wort deshalb auf die Lebensqualität und das Wohlergehen als oberste Prämisse hin. Ursprünglich und hauptsächlich für Karzinom-Patientinnen und -Patienten entwickelt gilt der palliative Ansatz weitgehend auch für alle Erkrankungen die einen unmittelbaren oder irreversiblen Tod verursachen. Der Tod wird im Gegensatz zu den restlichen Anwendungsgebieten der Medizin nicht als vermeidbar angesehen sondern in der Betreuung des zu Pflegenden als Teil des Lebens wahr genommen. (Radbruch, Nauck & Aulbert 2012, S. 1)

Die Arbeit mit an Krebs erkrankten Menschen, die Einbindung des Umfeldes des Sterbenden, die Hochachtung der Selbstständigkeit und die Würde von palliativen Patientinnen und Patienten als Hospizansatz wurde erst in den späten 1960er Jahren von Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders wiederentdeckt und entscheidend geprägt. 1967 wurde von der gelernten Krankenschwester Saunders das St. Christopher's Hospice, das erste Hospiz der Neuzeit, in Großbritannien eröffnet. (Husebø & Klaschik 2009, S. 2) Unter Palliative Care versteht die Fachwelt keinen eindeutigen Begriff, sondern ein Konzept welches sowohl die Palliativmedizin als auch die -pflege umfasst. (Schmid & Seeger 2014, S. 166-167)

1.3 Entwicklung in Österreich

In Österreich wurde im Jahr 1991 das erste Hospiz gegründet. Ein Jahr darauf entstand die erste Palliativstation in Wien. Bis zum Jahr 2007 gab es in Österreich 30 stationäre Einrichtungen (davon 24 Palliativstationen und 6 Hospizhäuser) und 196 mobile Dienste (darunter mobile Palliativteams, Hospizteams und Konsiliardienste). Weiters gab es zu dieser Zeit 2 Tageshospize. Vorreiter in Österreich ist das Bundesland Steiermark, das bereits früh die Hospiz- und Palliativversorgung in die allgemeine geregelte Struktur übernahm und diese auch aus- und weiterentwickelt. (Husebø & Klaschik, S. 16-18)

Dass die Pflege in der palliativen Versorgung eine wesentliche Rolle spielt erkennt man am Vorantreiben der Palliativen Idee in Österreich. Mitte der 1980er Jahre war es Sr. Hildegard Teuschl aus Wien, die gemeinsam mit einer Gruppe aus weiteren Männern und Frauen die Hospizidee etablierte. Im Jahr 1992 wurde die erste Hospizeinrichtung Österreichs, das Hospiz St. Raphael im Krankenhaus „Göttlicher Heiland“, in Wien errichtet.

In Graz befinden sich seit 1998 befinden sich im Krankenhaus der Elisabethinen die ersten Palliativbetten.

Ein Jahr darauf, seit also mittlerweile mehr als 15 Jahren, wurde im österreichischen Krankenhausplan Palliativmedizin im Gesundheitswesen implementiert. Dadurch entstanden aufgrund der Regelfinanzierung erste Palliativstationen. (Feichtner & Nagele 2012, S. 23) Im Jahr 2011 gab es in Österreich 265 Betten im Akutbereich, darunter 37 in der Steiermark. (Feichtner & Nagele 2012, S. 28)

Die Palliative Care, die der englischen Übersetzung nach Versorgung am Lebensende bedeutet, wurde in Anlehnung an die WHO-Definition in Österreich vom Bundesinstitut für Gesundheit beschrieben. Wesentliche Punkte daraus sind, dass Angehörige in die Betreuung eingebunden werden und dass der Bedarf und die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen im Mittelpunkt des Handelns stehen. Des Weiteren wurde festgesetzt, dass neben der vorrangigen hauptamtlichen Tätigkeit auch die ehrenamtliche Betreuung über Hospizvereine einen Platz haben sollte. Die Aufgaben der tätigen Personen der Palliativen Einrichtungen geht auch nach dem Tod der Patientin, des Patienten hinaus und umfasst den Beistand der Angehörigen durch Beratungen bezüglich Bestattung und des Angebots des Gespräches. (Feichtner & Nagele 2012, S. 17-18)

1.4 Der multidisziplinäre Ansatz

Der Definition nach kann man Zusammenarbeit oder interdisziplinäre Teamarbeit damit erklären, dass ein gemeinsames Ziel am Ende eines Prozesses steht, welches auf Grundlage des Vertrauens untereinander erarbeitet werden kann (Feichtner & Nagele 2012, S. 32) Bereits am Beginn der neuen Hospizbewegung unter Dame Saunders wurden jegliche Ein-Disziplinen-Ansprüche verworfen. Saunders selbst, die neben ihrer Ausbildung zur Krankenschwester auch Medizinerin und Sozialarbeiterin war, legte selbst den Grundstein für eine multidisziplinäre Herangehensweise in der damals noch jungen medizinisch-pflegerischen Fachrichtung. Im Mittelpunkt des disziplinären Pools stehen neben der Medizin, der Pflege und der Sozialarbeit auch die Seelsorge zu der „Lady Almoner“ (Almosenpflegerin) auch einen großen Bezug hatte. (Pleschberger 2007, S. 25) Durch die Entwicklung von Saunders gab es in der palliativmedizinischen Versorgung immer ein breit aufgestelltes Team von mehreren Professionen. Die multiprofessionelle Arbeit ist der entscheidende Teil, der zum Wohle und zur Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten beiträgt. Besprechungen und Supervisionen sind wichtige Inhalte in dieser Arbeit. Gesprächsbereitschaft sowie Kompromisse eingehen zu können sind essentielle Grundpfeiler einer gut funktionierenden Gruppe und Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit. (Anneser 2013, S. 8-9)

„Durch medizinisch-pflegerische und kommunikative Fertigkeiten und zielgerichtetes Handeln kann Sicherheit hergestellt, Krisensituationen vermieden bzw. reduziert und die max. Selbstbeständigkeit des Patienten gestützt werden.“

(Nauck, Fittkau-Tönnemann & Kern 2012, S. 1275)

Die Supervision als prozessbegleitendes Reflektieren versucht belastende Situationen in der Ausübung des Berufes, aber auch Spannungen im Team zu vermeiden bzw. zu beheben. (Anneser 2013, S.10) Professionelle Beratung in Form einer Supervision bieten dem Team die Möglichkeit, Erfahrungen und Ereignisse durch eine externe Supervisorin bzw. durch einen externen Supervisor zu besprechen. Regelmäßig stattfindende Treffen, bei denen alle Partizipantinnen und Partizipanten des Teams teilnehmen, gewährleisten, dass die ausgeführte Praxis gespiegelt wird und dadurch Veränderungen durchgeführt werden können. Über dies Hinaus können psychische Einschnitte, die im Zusammenhang mit der Arbeit in der palliativen Station auftreten können, verhindert werden. (Feichtner & Nagele 2012, S. 115)

Jede Profession sieht gewisse Dinge aus einem speziellen Blickwinkel. Je nach Erfahrungsschatz ist dieser breiter oder schmaler aufgebaut. Nur die gesamte Bandbreite an Blickwinkeln ergibt ein gesamtes Bild der Situation und somit ein ganzheitliches Erscheinungsbild der Patientin oder des Patienten. (Müller & Kern 2012, S. 77-90)

In einem Team bestehend aus mehreren Professionen können bestehende Rollenbilder verschwimmen. Aufgrund des gemeinsamen Zieles und der flacheren hierarchischen Struktur kann ein unscharfes Berufsbild zugunsten des übergeordneten Zieles der Patientenbetreuung entstehen. Je nachdem welche Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten im Vordergrund stehen, ist entweder die eine oder die andere Profession vorrangig. (Feichtner & Nagele 2012, S.33)

Ein selbstbewusstes Rollenbild ist Grundvoraussetzung für jede einzelne Disziplin in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Pflege muss sich im Team bewusst sein, welche Aufgaben, rechtlichen Pflichten und Verantwortung sie im Umgang mit der Patientin und dem Patienten, aber auch gegenüber dem Kollegium hat. Die eigenen Kompetenzen und Fertigkeiten müssen erkannt werden, um danach ohne Konflikt mit anderen Professionen zu bestehen. Im Rahmen der Ablaufprozesse ist es wichtig, dies zu erkennen, um auch Delegationen und Weitergaben von Interventionen durchführen zu können. Wichtig dabei ist auch das Wissen der anderen Profession über ihre Möglichkeiten. (Feichtner & Nagele 2012, S.35) Da viele verschiedene Rollen innerhalb eines solchen Teams vertreten sind, kann es zusätzlich zu Missverständnissen aufgrund anders definierter Rollenbilder kommen. Das Verhalten in der eigenen Rolle ergibt sich meist aus den Erwartungen der Anderen. Die Beziehungen zwischen den Rollen spielen ebenso eine große Bedeutung. Je nachdem wie die Person ihre Rolle sieht und wie selbstbestimmt sie diese vertritt, wird sie auch wahr- und für voll genommen. Durch diverse Erfahrungen und Erlebnisse kann eine Patientin bzw. ein Patient eine Ärztin bzw. einen Arzt anders wahr nehmen als sie oder er sich selber sieht. (Müller & Kern 2012, S. 77-90)

Eine gewisse Selbstlosigkeit im Team sollte von jeder Berufsgruppe bestehen, um bei Problemen in der Gruppe jeden Blickwinkel gleichwertig betrachten zu können. Um die Gesamtsituation ins Auge fassen zu können, bedarf es dieser Blickwinkel, damit Lösungen für die Patientin oder den Patienten im palliativen Stadium erarbeitet werden können. (Feichtner & Nagele 2012, S. 36)

Rahmenbedingungen sind trotz der offen gestalteten Hierarchien im palliativen Bereich notwendig. Gewisse Regeln sollten von allen Beteiligten akzeptiert und gelebt werden. Ein wichtiges Instrument dafür ist die Kommunikation. Es sollte bei der Erstellung des

Tagesplans und der Einberufung von Teambesprechungen darauf geachtet werden, dass sämtliche Berufsgruppen die Möglichkeit haben daran teilzunehmen. (Feichtner & Nagele 2012, S. 37) Regelmäßige Besprechungen im Team haben sich im Laufe der Disziplinen-Entwicklung als dienlich herausgestellt um aufgetretene Fragen zu beantworten.

Eine besondere Auseinandersetzung bedarf es mit etwaigen Fehlern. Da diese in der Regel nicht mit Absicht getätigt werden, sollte man die Kritik dazu sachlich formulieren. Die Analyse, wie es zu diesem Fehler gekommen ist und wie dieser für die Zukunft vermieden werden kann, sollte auch ein gemeinsames Ziel des Teams sein. (Feichtner & Nagele 2012, S. 39) Da die Palliativpflege ein herausfordernder und menschlicher Arbeitsplatz ist, können bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Grenzen auftreten. Diese zu besprechen, den Kolleginnen und Kollegen anzuvertrauen weckt das Verständnis über den eigenen Berufsstand. Gegenseitiges Stützen und Entlasten braucht ein ständig mit dem Tod konfrontiertes Team. (Feichtner & Nagele 2012, S. 110)

1.5 Die Aufgaben der Pflege

Die Aufgaben der Pflege sind gesetzlich festgeschrieben im § 16 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Bundeskanzleramt 1997). Vor allem in der Palliativpflege ist die interdisziplinäre Arbeit von enormer Wichtigkeit.

In der terminalen Lebensphase des Sterbens fungiert die Pflege in mehreren Hinblicken im Team. Neben aufmerksamen Symptom-Beobachtungen, Dokumentationen und die Aufwandseinschätzung von der Patientin oder des Patienten sowie von deren Angehörigen ist auch die Rahmenschaffung eine essentielle Aufgabe. Zwischen fürsorglichem Verhalten und der Autonomie der Patientin oder des Patienten zu wandern bedarf Fingerspitzengefühl und viel Erfahrung.

Im Gegensatz zur Pflege im Akutbereich geht es bei der palliativen Pflege um keinen Verbesserungseffekt des Gesundheitszustandes des Patientengutes. Grundlegende Agenda ist die Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Angepasst an die Umstände der aktuellen Situation ist entweder eine medizinische oder eine pflegerische Intervention nötig. Des Weiteren ist im Unterschied zum akutem Setting der Schwerpunkt nicht auf medizinischen Tätigkeiten gelegt. Der Aspekt der Angehörigenbetreuung oder auch der Unterstützung der Bezugspersonen ist ein wesentliches Charakteristikum.

Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten einer Station oder eines Hauses wird meist auch der Tagesablauf vorgegeben. Im palliativen Setting sollte versucht werden den

Umkehrschluss zu folgen und die Einrichtung auf die Notwendigkeiten des Patientengutes abzustimmen.

Gesamt gesehen ist die Palliativpflege eine besondere Herausforderung für die Pflege, die Fertigkeiten erfordert. Eine erhöht ausgeprägte soziale Kompetenz und darüber hinaus ein breites Fachwissen sind Fähigkeiten die in diesem Rahmen wichtig sind. (Feichtner & Nagele 2012, S. 19)

Der intensive Kontakt bei der Körperpflege, sowie bei sonstigen Lebensaktivitäten und auch die Betreuung der Angehörigen decken einige wichtige Bereiche in der Versorgung ab, die im interdisziplinären Team als Informationen von hoher Wichtigkeit sind. Die Linderung der Leiden ist durch Pflegemaßnahmen zudem eine Säule der Arbeit. (Seeger 2014, S. 184) Aufgrund der durchgehenden pflegerischen Betreuung werden neben körperlichen Beschwerden auch seelische Probleme zuerst an die Pflege weitergegeben. Dies erfordert eine wesentliche Auseinandersetzung mit dem Berufsbild und spezielle Palliative-Care-Weiterbildungen. Zu den möglichen Weiterbildungsinhalten gehören Lagerungstechniken, Wundmanagement und Einreibetechniken. Trotz progredienter Erkrankung soll die Selbstständigkeit der Patientin, des Patienten erhalten bleiben. Der Umgang mit besonderen medizinischen Notwendigkeiten, wie PEG-Sonden oder Stoma, gehören ebenso zur Aufgabe der Pflege. (Anneser 2013, S. 8-9)

1.6 Ziel und Forschungsfrage

Aus diesen Inputs und Wissensständen ergibt sich zu allererst die Frage nach der Wirksamkeit eines multidisziplinären Teams. Sowohl nach Außen, gegenüber den Patientinnen und Patienten als auch innerhalb der Gruppe. Kann die Lebensqualität oder das Leben an sich durch die Einrichtung eines multidisziplinären Teams verbessert und verlängert werden? Beugt ein gutes Team Berufskrankheiten vor?

Kernfrage der vorliegenden Arbeit ist nach Beantwortung der oben erwähnten Themen, die Ergründung der Rolle der Pflege im multidisziplinären Palliativen Team. Welche Aufgaben kann und muss die Pflege im Team aber auch gegenüber den zu betreuenden Menschen einnehmen?

2. Methode

Um entsprechende Literatur zu finden wurde zuerst eine Literaturrecherche in PubMed im Zeitraum von Jänner 2015 bis Mitte März 2015 durchgeführt.

Limitiert war die Suche auf englisch- oder deutschsprachige Studien, die in den letzten fünf Jahren publiziert wurden. Ausgeschlossen wurden zudem pädiatrische und psychiatrische Inhalte. Aufgrund des nicht eingeschränkten Settings wurden sämtlichen Ergebnisse aus der Datenbank durchsucht. Durch die Operatoren AND bzw. OR sowie den Keywords: interdisciplinary, multidisciplinary, nursing, palliative care, nurse`s role. Die Keywords wurden neben der direkten Bedeutung auch als MeshTerms verwendet. Aufgrund der anschließenden Handsuche, die mittels Referenzliste erfolgt ist, wurden 533 Studien gefunden wovon 131 Studien frei verfügbar waren. Nach einer Titel und Abstract Durchsicht, sowie einer kritischen Bewertung, verblieben fünf Studien zur Behandlung in der Auswahl (siehe Abb.1).

Parallel dazu laufend gab es einen regen E-Mailverkehr mit diversen Expertinnen und Experten aus dem deutschsprachigen Raum, wodurch zusätzliche Studien lukriert wurden (n=25). Diese schieden aber bis auf eine Pilotstudie aufgrund nicht passenden Profils aus. Die kritische Bewertung der Studien (n=6) wurde mit Hilfe der Bewertungsbögen von Davis & Logan 2008 durchgeführt, da diese sowohl bekannt als auch frei zugänglich waren.

Unter Punkt 3.7 befindet sich ein Manuskript von amerikanischen Forscherinnen und Forschern, die über best-practice Projekte berichten. Zum Zweck der breiteren Beantwortung der Forschungsfrage wurde dieses Manuskript in den Ergebnisteil integriert, da es sich um Ergebnisse von Studien und evidenz-basierten Erfahrungen handelt.

2.1 Flowchart

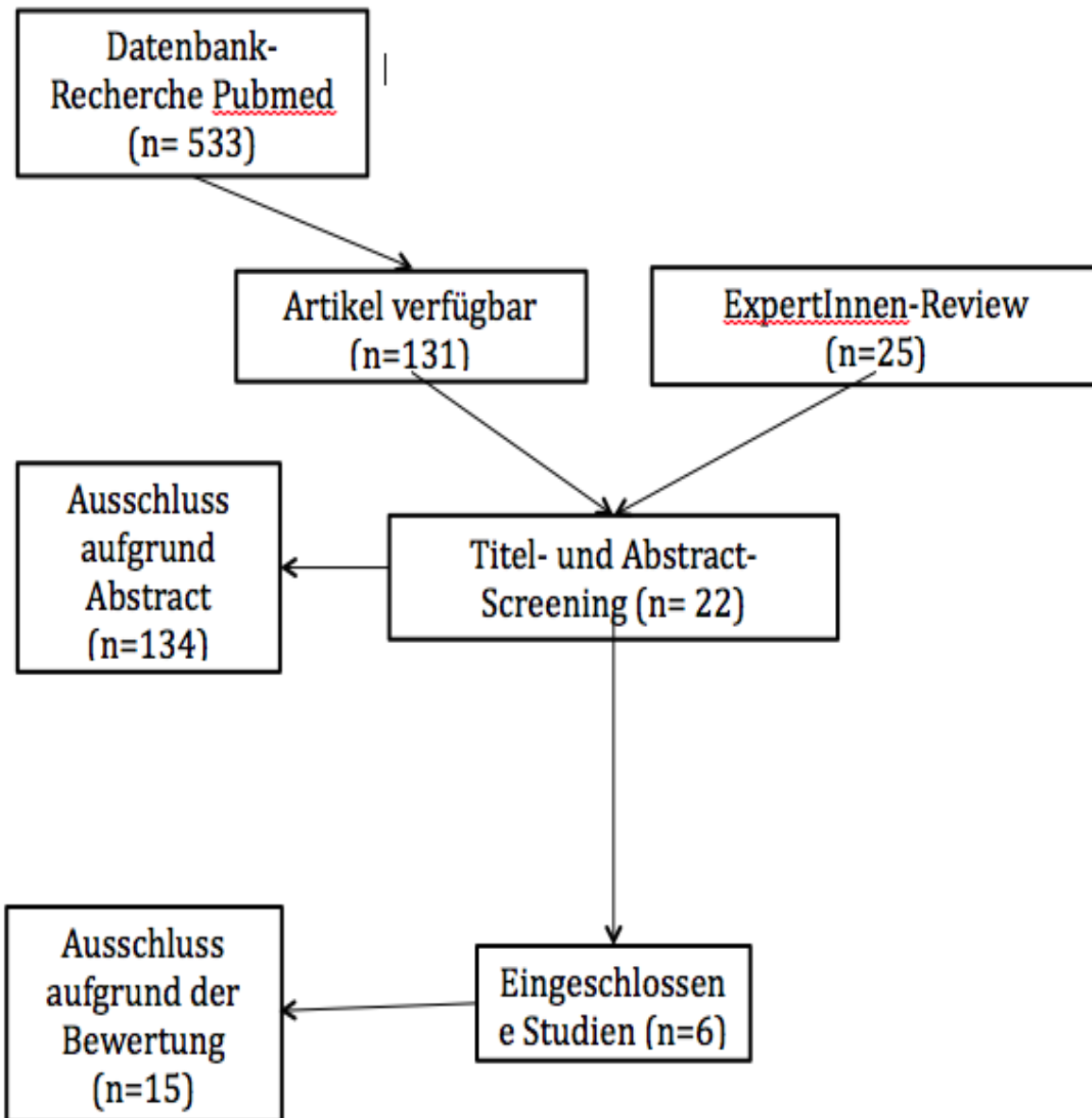


Abb. 1

3. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die inkludierten und bewerteten Studien präsentiert. Beginnend von allgemeinen Forschungen der Wirksamkeit von multidisziplinären Teams bis hin zu spezifischen Rollen der Pflege im palliativen Kontext.

Einleitung, Ziel, Methode sowie Ergebnisse werden der Vergleichbarkeit wegen vorgestellt.

3.1 The effect of multidisciplinary team care on cancer management (Opeyemi Abdulrahman Jnr. 2011)

Einleitung

Die beste Versorgung der Patienten oder des Patienten steht im Vordergrund des multidisziplinären Teams (MDT) der Arbeit.

Seit 1995 wurden in England und Wales derartige Teams zusammengestellt, die nach dem National Health Service Wales (NHS Wales) folgende Berufe beinhalten: eine leitende Klinikerin, einen leitenden Kliniker; eine Teamkoordinatorin, einen Teamkoordinator; eine Chirurgin, einen Chirurgen; eine Radiologin, einen Radiologen; eine Histo-Pathologin, einen Histo-Pathologen; eine spezielle klinische Pflegekraft bzw. eine Pflegekraft mit Zusatzausbildung Palliative Care.

Ziel

Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, wie effektiv ein multidisziplinäres Team-Management im Umgang mit Krebs Patientinnen und Patienten ist.

Methode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Literature Review. Mittels Keywords: „multidisciplinary team“, „effectiveness of MDM“ und „multidisciplinäre team management of cancer“ wurde in den Datenbanken PubMed, Medline und in der Suchmaschine Google nach Ergebnissen gesucht. Studien zum Thema Evaluierung der Teamwork Effektivität im Management von Krebs Patientinnen und Patienten wurden inkludiert.

Ergebnisse

Eine gefundene Kohorten-Studie beleuchtete in den Vereinigten Staaten von Amerika 269 Patientinnen und Patienten, die einen urologischen Krebs diagnostiziert bekommen haben und daraufhin einem Tumor-Board vorgestellt wurden. Aufgrund der folgenden Besprechungen des MDT wurden Diagnosen in 23% der Blasenkrebs- und 17% der Nierenkrebsfälle geändert. Ebenso wurden die Behandlungen in 44% der Blasenkrebs- und in 36% der Nierenkrebsvorfälle revidiert. Dies beweist die Wichtigkeit einer überprofessionellen Entscheidung in der Diagnostik und Behandlung von urologischen malignen Erkrankungen.

In einer anderen Studie wurde bei ähnlich großer Stichprobe (n=310) über kolorektale Krebserkrankungen geforscht. Dabei wurde die Bereitschaft sich einer adjuvanten Chemotherapie zu unterziehen vor der Installierung eines MDT überprüft und mit einer Gruppe von nicht MDT betreuten Personen verglichen. 58% der Gruppe vor Einsatz des MDT und 66% nach dem Einsatz eines MDT unterzogen sich einer Therapie. Dieses Ergebnis zeigt, dass eine signifikant höhere Zahl an Personen sich auf Rat und Beratung des Teams einer Therapie unterziehen und somit die 3-Jahre-Überlebensrate von kolorektalen Krebspatientinnen und -patienten stieg.

In einem Glasgower Krankenhaus wurden 243 Patientinnen und Patienten mit einem nicht operablen Lungenkrebs vor und nach der Einrichtung eines MDT untersucht. 23% der von MDT betreuten Personen wurden einer Chemotherapie zugeführt. Im Gegensatz dazu wurden in der Vergleichsgruppe (vor der Installierung) nur 7% dieser zugeführt. Dadurch verlängerte sich die Überlebensrate von 3.2 auf 6.6 Monate.

Weiters wurde eine Studie aus Michigan (USA) erhoben, die sich mit der Kostenfrage und der Effizienz beschäftigten. Zwei Einrichtungen wurden dabei erhoben und miteinander verglichen. Durch den Einsatz eines MDT wurden pro Patientin, pro Patient 1600\$ eingespart.

In einer anderen Studie wurde bei Brustkrebspatientinnen die Dauer verglichen, bis wann sie einer Behandlung mittels Operation zustimmten. Durch die multidisziplinäre Beratung und den Einbezug von Freunden und Verwandten wurde diese Zeit von 42,2 auf 29,6 Tage verringert.

Es hat sich in den gefundenen Studien außerdem gezeigt, dass MDT Meetings sehr effektiv sind. Einer Studie nach empfinden auch 96.4% der Chirurgeninnen und Chirurgen, sowie des Pflegepersonals, welche im kolorektalen Bereich arbeiten die Einrichtung eines MDT als sinnvoll und effektiv.

Um sämtliche Vorteile aus den multidisziplinären Teams rauszuholen bedarf es der Überwindung von Barrieren. Diese können einer Studie nach unzureichende Infrastruktur, knappe Zeitressourcen und schlechte interprofessionelle Beziehungen sein. Auch wurde herausgefunden, dass es in kleinen Krankenhäusern nicht möglich ist ein großes Team zusammenzustellen, da man die personellen Ressourcen dazu nicht hat.

3.2 Palliative radiotherapie with or without additional care by a multidisziplinäre palliative care team in patients with newly diagnosed cancer: a retrospective matched pairs comparison (Nieder et al. 2015)

Einleitung

Patientinnen und Patienten leiden häufig an Schmerzen, neurologischen Defiziten oder auch an eingeschränkter Beweglichkeit nach einer palliativen Strahlentherapie. Neben der gesteigerten Lebensqualität, der Symptomkontrolle aber auch der Nebenwirkungsüberwachung, die in vorangegangenen Studien nach Implementierung eines multidisziplinären Palliativteams (MPT) erhoben wurden, wollten die Forscherinnen und Forscher Einblicke über die Überlebensrate der Patientinnen und Patienten bekommen.

Ziel

Hat die Implementierung eines multidisziplinären Palliativteams (MPT) einen Einfluss auf die Überlebensdauer von Patientinnen und Patienten die eine palliative Strahlentherapie erhalten?

Methode

Retrospektive Analyse von Daten aller Patientinnen und Patienten in einem norwegischen Krankenhaus die einer palliativen Strahlentherapie unterzogen wurden. Die Periode der Untersuchung war von 20. Juni 2007 bis 31. Dezember 2012. Eingeschlossen waren 148 Personen die innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung einer Therapie unterzogen wurden. Um die Gruppen einteilen zu können wurde über das Krankenhaus-interne System erhoben, welche Personen keine Betreuung durch das MPT erhielten und welche schon. Zudem wurden auch Personen inkludiert die zum Therapiestart zeitgleich dem MPT vorgestellt wurden. 20% (n=29) haben eine Betreuung des MPT erfahren. Dazu wurden 29 Personen verglichen, die keine Betreuung erhielten. Die Forscherinnen und Forscher, welche die Zuteilung vorgenommen haben, waren verblindet in ihrer Auswahlmöglichkeit. Während dieser Erhebung starben sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die vorliegende Studie wurde nach Genehmigung des Regionalen Ethik-Komitees durchgeführt.

Ergebnisse

Zwischen den beiden erhobenen Gruppen gab es keinen signifikanten Unterschied. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lag zwischen 65 und 67 Jahren. Auch weitere demografische Unterschiede konnten zwischen den beiden Gruppen nicht festgestellt werden. Die Überlebensrate bei von MPT betreuten Personen lag bei 94 Tagen und 155 Tagen bei nicht betreuten Menschen. Die Signifikanz liegt hier bei $p=0,35$ und ist deshalb nicht eindeutig aussagekräftig. Auch die Raten, ob im letzten Lebensmonat überhaupt noch eine Strahlentherapie eingesetzt wurde, lagen bei 28% (ohne MPT) bzw. 21% (mit MPT). Es zeigt sich, dass die Überlebensrate bei Implementierung eines MPT keinen signifikanten Unterschied ausmacht.

3.3 Kommunikation im Team und Burn-Out, eine Befragung von intensiv- und palliativmedizinischen Pflegekräften und Ärzten zu Therapiebeschränkung am Lebensende (Schwarzkopf et al. 2012)

Einleitung

Therapiebeschränkungen am Ende des Lebens oder einer Leidensgeschichte sind nicht nur für Angehörige und Familien von betroffenen Menschen schwer zu akzeptieren. Auch das Krankenhauspersonal versetzt die Tatsache, dass der kurative Aspekt in der Behandlung wegfällt, unter Stress. Auf Stationen, die überdurchschnittlich viel mit dem Tod zu tun haben, ist Kommunikation ein wesentlicher Faktor gegen Burn-Out und psychische Überbelastung. In der vorliegenden Studie wurden Intensivstationen mit einer Palliativstation verglichen.

Ziel

Aspekte der Kommunikation aufzuzeigen im Zusammenhang mit Therapiebeschränkungen und Burn-Out.

Methode

Im Herbst 2011 wurden 4 Intensivstationen mit 72 Betten im Vergleich zu einer Palliativstation mit 12 Betten (400 Patientinnen und Patienten pro Jahr) gesetzt. Ort der Erhebung war das Universitätskrankenhaus in Jena, Deutschland. Auf den Intensivstationen wurde eine Mortalitätsrate von 9,4% bei 5500 Patientinnen und Patienten pro Jahr festgestellt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und die Durchführung wurde durch die Ethikkommission der Uni-Klinik Jena bestätigt.

Von den 296 ausgeschickten Fragebögen, wurden 174 retourniert. Die Teilnahmequote der Intensivstationen betrug 58,7% und die der Palliativstation 80,9%.

Der Fragebogen umfasste neben den demografischen Daten, einen Burn-Out Test nach MBI sowie 40 selbst erstellte Fragen die zur Beantwortung der Forschungsfrage entwickelt wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an potentiell teilnehmenden Personen wurde ein Propensity-Score-Matching angewandt. Dadurch ergab sich ein Verhältnis von 1:2, also eine Person aus dem Palliativbereich zu zwei Personen aus dem intensiven Bereich. Die daraus resultierende Stichprobengröße lag bei n=29 aus den Intensivstationen und n=15 aus der Palliativstation. Zwei Personen der Palliativstation

mussten aufgrund des Alters ausgeschlossen werden, da es keine geeigneten Matching-Personen im Intensivbereich gab.

Ergebnisse

Beide Testgruppen gaben eine hohe allgemeine Belastung in ihrer Arbeit an. Arbeitsmenge, Zeitdruck und Störungen während der Arbeit wurden hierbei genannt. Die Belastung durch die Therapiebeschränkung (TB) und den Kontakt mit Angehörigen wurden als mittelmäßig beanspruchend eingestuft. Im Vergleich zur TB wurden die Konfrontation mit Trauer oder Verzweiflung von Angehörigen als belastender angesehen.

Signifikante Unterschiede zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Intensivstationen (ITS) zur Palliativstation (PS) bei der die ITS schlechter abschnitten waren:

Die Bewertung der Interaktion im Team. Pflegekräfte fühlten sich in Entscheidungen zur TB nicht einbezogen. Die Einbindung in die Kommunikation mit Familien und Angehörigen, aber auch eine offene Diskussion zur Entscheidung der Therapieänderung fand aus der Sicht der Pflege nicht statt.

Das Gespräch mit den Angehörigen hat auf den ITS keinen Platz. Durch die hohe Arbeitsbelastung gab es kein Zeitfenster, um mit den betroffenen Verwandten und Bekannten über die Entscheidung zu sprechen.

Die Unterstützung emotionaler Natur durch Gespräche mit anderen Kolleginnen und Kollegen fand in den ITS-Teams nicht statt. Die teilnehmenden Personen hatten nicht das Gefühl über ihre Erlebnisse sprechen zu können.

Bei den Fragebogen-Items „ausreichende Kenntnis bezüglich des medizinischen Status“, „Sichtweise der mitbehandelnden Ärzte und Pflegekräfte“ und „Kenntnisse über den Verlauf der Angehörigengespräche“ gaben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ITS eine wesentlich schlechtere Bewertung ab als die Kolleginnen und Kollegen der Palliativstation.

Die Zufriedenheit mit der Kommunikation im Team der Intensivstationen lag bei 42,5%. Im Gegensatz dazu gaben sich 80% im Palliativen Bereich zufrieden. Aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen waren es vor allem Pflegekräfte (11,1%) der ITS die unglücklich über die

Situation sind. Dagegen fanden 66,7% der Ärztinnen und Ärzte, dass die Kommunikation gut funktioniert.

Im palliativen Setting gab sowohl medizinisches als auch pflegerisches Personal Zufriedenheit über die kommunikative Situation an (beide Gruppen über 80%). Dies liegt vor allem daran, dass eine Psychologin hauptamtlich mitarbeitet und Teamsitzungen ein fester Bestandteil im Alltag sind.

Der Zusammenhang zwischen der Kommunikation und der Gefahr eines Burn-Outs ist laut dieser Studie also gegeben. Ausgehend von den Ergebnissen der Studie zeigt sich durch eine hohe Rollenklarheit im beruflichen Handeln und Mitentscheiden und eine gute emotionale Stütze durch das Team eine höheren persönlichen Erfüllung, sowie einhergehend eine geringere emotionale Erschöpfung.

3.4 Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. (Müller M., Pfister D., Markett S. & Jaspers 2010)

Einleitung

Die Bedeutung der Palliativen Pflege nimmt in Deutschland seit den 1990er Jahren deutlich zu. Das Begreifen, dass auch die behandelnden Personen, also die Pflegenden und Begleitenden, einer hohen Belastung ausgesetzt sind rückt in den Fokus. Vorlaufende angloamerikanische Studien haben gezeigt, dass Personen in palliativen und Hospiz-Einrichtungen weniger häufig an Burn-Out leiden als zum Beispiel auf Intensivstationen. Trotzdem ist die Behandlung von Stress-Themen, wie die Verarbeitung von Tod, sowie dessen Häufigkeit auf Palliativstationen in Deutschland wichtig präventiv ansetzen zu können und psychische Folgeschäden zu verhindern.

Ziel

Die belastenden Faktoren und Symptome sowie Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod auf Palliativstationen erfassen und präventive Maßnahmen setzen.

Methode

2006 wurde eine Pilotstudie an 4 Palliativstationen in Deutschland durchgeführt, um auf die wesentlichen Fragen des Fragebogens zu kommen. Der erstellte Fragebogen umfasst 10 Fragen. Des Weiteren gab es die Möglichkeit zur freien Äußerung. Die Umfrage wurde zwischen Dezember 2007 und April 2008 durchgeführt. Die Fragebögen wurden an 158 deutsche Palliativstationen verschickt. Ein Monat vor Ende der Studie wurden säumige Stationen nochmals daran erinnert. Der p-Wert für die Signifikanz wurde mit 0,05 festgelegt. Die Umfrage wurde anonym durchgeführt und keine Daten kamen an Dritte.

Ergebnisse

Der Fragebogen wurde von 95 Stationen, also 60%, ausgefüllt und retourniert. Insgesamt nahmen an der Studie 873 Personen teil, von denen 74,4% aus dem Pflegebereich kamen. Die genderspezifische Aufteilung lag bei 78,6% Frauen zu 21,4% Männern. Die durchschnittliche Arbeitsdauer der Personen lag bei 6,1 Jahren. Der größte Belastungsfaktor auf den Stationen war der nicht erfüllte Anspruch auf Palliativmedizin, also die zu kurze Verweildauer im spezifischen palliativen Bereich. Der zweite Faktor der

am häufigsten genannt wurde, war die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten. Besondere Gründe dabei war eine Nähe zum gepflegten Menschen oder auch das Alter. Bei Auswertung der Berufsgruppen zeigte sich, dass Ärztinnen und Ärzte signifikant stärker durch den Verantwortungsfaktor belastet sind als alle anderen Gruppen. Auf der anderen Seite der Skala rangiert die Sozialarbeit. Ärztinnen und Ärzte fühlen sich zudem durch Lebenskrisen und häufige Todesfälle auf der Station mehr belastet und befanden sich stärker in der Schuldrolle als die Pflege. Genderspezifisch konnte festgestellt werden, dass Frauen durch die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten gestresster sind als ihre männlichen Kollegen.

Ausgelöst durch die Häufung der Todesfälle wurde in den meisten Teams eine Redseligkeit ergründet. Darauf folgten Reizbarkeit, Spannung zwischen den Berufsgruppen und der Rückzug als Nennung. Vor allem die Ärztinnen- und Ärzteschaft hatte einen signifikant höheren Streitfaktor als Pflege, Sozialarbeit und Physiotherapie. In der Mann-Frau Gender-Thematik wurde zudem festgestellt, dass Männer häufiger eine Art Ablehnung, Streit sowie Vorwürfe suchen. Wesentliche Schutzfaktoren sind in erster Linie das Team, welches auch bei den Personen an erster Stelle stand, die sich über die Zukunftsfähigkeit der Station Gedanken machten. Darauf folgten der Humor im Team und das Privatleben außerhalb des Krankenhauses. Das medizinische Personal empfand zudem die Supervision im Team als wesentlich hilfreicher als im Vergleich dazu die Pflege.

Zur Befragung der kritischen Anzahl an Todesfällen konnten 4,4 (+- 2,4) Todesfälle pro Woche herausgefunden werden. Stressbelastete Personen gaben eine wesentlich geringere Anzahl an Todesfällen an, ebenso Personen die sich durch die Zeitdauer ihrer Beschäftigung belastet fühlten. Rückgezogene Personen gaben auch eine signifikant geringere Anzahl an kritischen Todesfällen an. Je weniger im Team gesprochen wurde, desto niedriger war auch diese Zahl. Bei Männern lag der Mittelwert um 0,5 Fälle pro Woche höher als bei Frauen. Aufeinanderfolgende Todesfälle wirkten sich signifikant belastender aus als verteilte Todesfälle bei gleicher Anzahl der Fälle. Der bereits erwähnte, nicht erfüllte belastende Faktor der Inanspruchnahme von Palliativmedizinischer Versorgung, war vor allem bei Personen signifikant höher welche länger auf den Stationen arbeiteten. Bei den Feldern der freien Äußerungen über Belastungsfaktoren war nicht die Quantität des Sterbens sondern die Qualität Kriterium (n=25). Ebenso der Personalmangel (n=20) der verhindert dass dem Patientengut eine gute Betreuung zu teil wird.

3.5 Projektstudie Kantonspital St. Gallen

Kommunikation im Palliativen Konsiliarteam mit Hilfe von transaktionsanalytischer Modelle. (Mettner M. 2013)

Einleitung

Das Palliative Konsiliarteam (PKT) des Kantonspitals St. Gallen ist eine interprofessionelle Gruppe von verschiedenen Berufsgruppen. Eine fehlende gemeinsame Gesprächskultur, eine unterschiedliche Arbeitsweise von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden sowie eine divergierende Einschätzung der Situation veranlassten Forscherinnen und Forscher rund um Mona Mettler, Leiterin des Palliativen Konsiliardiensts und diplomierte Pflegefachfrau, das transaktionsanalytische Modell (TA) zu implementieren. Dabei handelt es sich um eine von der Psychoanalyse abgeleitete Theorie, die von Eric Berne begründet wurde. Die Hypothese die aufgestellt wurde, dass durch eine gemeinsame Gesprächsgrundlage Aufträge besser geklärt und die Zufriedenheit Team intern verbessert werden können musste bewiesen werden.

Ziel

Ziel war die Verbesserung der Beratungsqualität, die Anpassung der Kommunikation und die Implementierung des transaktionistischen Modells. Dies soll die Zufriedenheit aller Beteiligten (Patientinnen und Patienten aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) gesteigert werden.

Methode

Es wurden 2 Fragebögen ausgegeben, 1 Fragebogen vor Implementierung des TA-Modells und einer danach. Der Forschungszeitraum lag zwischen Februar 2012 und Februar 2013. Die Studie wurde von Leiter des Palliativzentrums Dr. Daniel Büche genehmigt. Nach Abgabe des 1. Fragebogens wurde allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Grundkurs zum TA-Modell angeboten, der freiwillig und kostenlos war. Laufende Reflexionsrunden begleiteten den Implementierungsprozess. Im Februar 2013 wurde ein zweiter Fragebogen ausgegeben und mit den ersten Ergebnissen verglichen.

Ergebnisse

Es wurde eine hohe Anforderung an das Beratungsteam sichtbar. Durch die Implementierung zeigte sich aber auch eine Veränderung im Team sowie bei einzelnen Personen. Die Aufträge an das PKT konnten besser geklärt und bewältigt werden. Die Reflexion nach Einführung des TA-Konzeptes war mit der Zeit zwar rückläufig, aber der Teambuilding-Effekt war nach Informationen der Forscherinnen und Forscher sichtbar.

3.6 The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. (Kirby, Broom & Good 2014)

Einleitung

Der Übergang von lebensverlängernden Maßnahmen hin zur Palliativmedizin bzw. von zu Hause in eine palliative Einrichtung mit Hilfe von Palliativspezialistinnen und -spezialisten ist ein schwieriger Aspekt. Vor allem der Punkt des Überganges in die Palliativpflege gilt als besonders emotional und verlangt vieles von den Beteiligten ab.

Ziel

Die Erfahrungen von Pflegenden im Bezug auf den Übergang zur Palliativpflege zu erforschen und den möglichen Effekt der Pflegeperson in Hinblick dieser Transferierung zu ergründen.

Methode

Die vorliegende qualitative Studie wurde mit Hilfe von semi-strukturierten Interviews durchgeführt. 30 Pflegepersonen wurden nach Aufruf von „Nurse Unit Managers“ eingeladen und 20 davon schlussendlich interviewt. Diese Personen waren Teil von zwei Gesundheitsdiensten, sowohl privat als auch öffentlich, in einer größeren australischen Stadt. Als „transition“ wurde erläutert, dass dies der Übergang von der „normalen Pflege“ in die Obsorge der Palliativpflege ist. Das Sample beinhaltet sowohl junge als auch ältere Personen der Pflege. 18 Frauen und 2 Männer wurden den Interviews unterzogen, die nach einer schriftlichen Einwilligung mittels digitalem Tonband aufgenommen wurden. Setting der Befragung war ein privates Büro im Krankenhaus. 30 bis 60 Minuten dauerten die Befragungen. Die Datensättigung wurde dabei erreicht.

Ergebnisse

Es wurden 4 Überthemen gefunden. Diese sind: 3.6.1 In der Rolle der Pflege im Übergang in die Palliativpflege; 3.6.2 die emotionale Unterstützung und der effektiver Übergang; 3.6.3 die aufgabenorientierten Pflege und die Unterstützung der Patientin, des Patienten bei der Übergabe und 3.6.4 die Last bzw. die Verarbeitung des Übergangs in die Palliativpflege.

3.6.1 In der Rolle der Pflege im Übergang in die Palliativpflege

Der Kernpunkt in der Aufgabe der Pflege ist die ständige Observanz des zu Pflegenden. Dadurch ist sie auch in der Kommunikation ein wichtiges Element, um etwaige Veränderungen an die Ärztin, den Arzt oder andere Gesundheitsberufe weiterzuleiten. Diese Aufgabe hängt laut der Studie direkt mit dem Zustand der Patienten zusammen. Die Beziehung zwischen Pflege und den Patienten ist der Schlüssel für ein funktionierendes psychosoziales Wohlergehen. Diese Beziehung kompensiert die fragile Beziehung zwischen Patientin oder Patient und den Angehörigen. Dadurch werden Schwestern und Pfleger, im Gegensatz zu Ärztinnen und Ärzten, als stärkerer Halt für die Situation gesehen. Die Entwicklung einer positiven Beziehung bezieht sich laut den teilnehmenden Personen aufgrund dessen, dass die Pflege ständig am Bett steht.

3.6.2 Die emotionale Unterstützung und der effektive Übergang

Ausschlaggebender Punkt beim der Weitergabe in die Hände der Palliativpflege ist die Kommunikation. Die 18 Schwestern und 2 Pfleger berichteten, dass vor allem die Anwesenheit an der Bettkante entscheidend ist während die Transferierung von statten geht oder bevorsteht. Bei der Vorbereitung auf den Übergang in die Palliativpflege ist die Ansprache durch eine Pflegeperson und die Zeitspanne besonders wichtig. Diese kann mehrere Tage dauern. Vor allem für die Angehörigen stellt diese emotionale Stütze einen wichtigen Faktor dar.

3.6.3 Die aufgabenorientierten Pflege und die Unterstützung der Patientin, des Patienten bei der Übergabe

Der Großteil der Befragten gab an, dass der Alltag nicht leicht organisiert werden kann. Zeitdruck wurde hierbei besonders häufig erwähnt, welcher den emotionalen Support der Patientin oder des Patienten im Gegensatz zu anderen klinischen Aufgaben und der Bürokratie zweitrangig wirken lässt. Zudem behindert die mitverantwortliche Tätigkeit mit den Ärztinnen und Ärzten die Pflegepersonen in ihren Aufgaben. Im Team sollte deshalb versucht werden mit den medizinischen Fachkräften auf einer Seite zu stehen, um dadurch die besten Erfolge erzielen zu können und den Übergang schonend zu bewerkstelligen.

Denn auch die Beziehung zwischen behandelnder Ärztin, behandelnden Arzt zu den Patienten ist essentiell. Zusammenfassend, sind die Beziehungen zwischen der Pflege zwar um einiges intimer und tiefer, haben aber ohne die humanmedizinische Komponente eine Grenze.

3.6.4 Die Last bzw. die Verarbeitung des Übergangs in die Palliativpflege

Die Pflege spielt eine bedeutende Rolle bei der Transferierung in Richtung Palliativpflege. Durch den direkten Kontakt entstehen aber auch emotionale Hürden und Belastungen für die Pflege. Nicht nur Gefühle wie Traurigkeit, Frustration oder Müdigkeit haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer angegeben, sondern auch die viele Energie die in die Unterstützung der Angehörigen und der Familien gesteckt wurden haben Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden. Der Großteil der Schwestern und Pfleger hadert mit dem Ausmaß, mit dem man sich an die Patientin oder den Patienten nähert und Empathie zeigt.

3.7 Integrating Palliative Care in the ICU: The nurse in a leading role (Nelson et. al 2011)

Einleitung

Die Palliative Pflege wird immer stärker als integraler Teil in der Pflege von kritischen Patientinnen und Patienten gesehen. Die Schlüsselrolle der Palliativpflege vor allem in der Intensivmedizin und –pflege wird in der vorliegenden Studienzusammenfassung betrachtet. Ausgelöst wurde der Prozess durch die Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten die kritisch erkrankt sind palliative Unterstützung brauchen. Die Linderung von qualvollen Symptomen, eine effektive Kommunikation, Zielsetzungen, Transferierungsplanungen und nicht zuletzt die Ausrichtung der Therapie auf individuelle Werte und Bedürfnisse gehören dazu. Nicht nur Patientinnen und Patienten deren Angehörigen und Familien profitieren von dieser Einstellung und Betrachtungsweise, sondern auch die Intensivangestellten. Die Herausforderung ist die Implementierung dieser Ideen in den pflegerischen intensivmedizinischen Alltag.

Fragestellung

Kann die Pflege eine Schlüsselrolle spielen in der Implementierung der Palliative Care auf Intensivstationen?

Methode

Es wurden drei Projekte durch eine Expertinnen und Experten Review von Studien vorgestellt und verglichen. Dadurch entstand eine Pilotprojekt zur Integration von Palliative Care im Intensivbereich, genannt IPAL-ICU Project.

3.7.1 Lessons from the catheter-related bloodstream infection initiative

Die Sicherheits- und Qualitätsforschungsgruppe der Universität Johns Hopkins in den USA hat in einer vorangegangenen Studie über den Rückgang von Infektionen bei liegenden Kathetern berichtet. Dabei wurden Intensivstationen im Staat Michigan und anderer Teile des Landes verglichen. Die Forscherinnen und Forscher stellten fest, dass nicht die Einführung von neuen Untersuchungen, sondern der Erfolg einzig auf die Evidenz basierende Pflege zurückzuführen ist. Die Zusammenarbeit von Intensivmedizin und

Pflege funktionierte folgendermaßen: Die Schwester oder der Pfleger hatten ein selbst erstelltes Protokoll mit sämtlichen Schritten bei der Katheter-Setzung. Der Ablauf, durchgeführt von einer Ärztin oder einem Arzt, wurde von der Pflege überwacht und bei nicht Einhalten eines Schrittes konnte der Vorgang beendet bzw. ausgesetzt werden. Es hat sich gezeigt, dass zwar die Schritte den Medizinerinnen und Medizinern klar waren aber aufgrund der Observanz der Pflege deutliche Erfolge und ein Rückgang von Infektionen erzielt wurden.

3.7.2 Practical Applications for ICU Palliative Care Integration

Durch den direkten Kontakt zu den Patienten und das Wissen um deren Bedürfnisse ist die Pflege in einer führenden Rolle im Bezug auf Planungen von Verbesserungen. Vor allem in den Team-Meetings spielt die Pflege eine aktive, teilweise führende Rolle in der Planung. Diese Treffen sollten eine offene Diskussionsplattform darstellen in der Pflegepersonen und andere Berufsgruppen Ideen einbringen, Initiativen setzen und eine Kultur des Miteinanders entwickeln.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass nicht nur im direkten Patientinnen und Patienten-Kontakt, sondern auch in der Weitergabe von Wissen eine Schlüsselqualifikation, vor allem von Palliative Care Schwestern und Pflegern, besteht. Gesamt gesehen gibt es diese Entwicklungen in den USA bereits, es sollten jetzt einheitliche standardisierte Kriterien entwickelt werden um die Effektivität und Akzeptanz zu verbessern. Eine Folgestudie von Curtis et. al hat ergeben, dass der Einsatz einer Pflege-orientierten Praxis die Lebensqualität und auch die Dauer der Aufenthaltstage auf Intensivstationen verkürzt.

3.7.3 The Interdisciplinary Family Meeting

Keine der bis dato genannten Aktivitäten der Pflege sind ähnlich wichtig wie das Treffen mit der Familie und den Angehörigen. Dadurch können wichtige Pflegeziele erarbeitet werden. In diesen Meetings wird den Familien geholfen die Verfassung und die Prognosen zu verstehen. Fragen und Sorgen der Angehörigen können angesprochen werden. Im Gegenzug dazu erhalten sie emotionale und praktische Unterstützung. Folglich sind diese Treffen für die weitere Behandlung und Entscheidung starke Tools.

Die Schwestern oder Pfleger am Bett haben die aktuellsten Informationen über den Patientenzustand. Außerdem haben sie das beste Wissen um die familiäre Umgebung. Zudem ist die Pflege die Drehscheibe zwischen der Familie, den verschiedenen

medizinischen Fachkräften und anderen Berufsfeldern die auf einer Intensivstation vorkommen. Pflegepersonen der Palliative Care sind im Umgang mit derartigen Situationen und in der Kommunikation geschult. Schlussendlich sind es Pflegepersonen die Entscheidungen und Weisungen umsetzen müssen. Deshalb ist eine Einbeziehung in teaminternen Meetings mit dem Wissen über das Umfeld der Patientin oder des Patienten wichtig.

Trotzdem sei darauf hinzuweisen, dass die Pflege nicht vergessen darf, dass die Arbeit am Bett wichtig ist. In manchen Stationen, in denen man dieses System umgesetzt hat, ist man auf der Suche nach einem geeigneten Arbeitssystem, denn die Pflegeperson, die an solchen Meetings teilnimmt, ist nicht am Krankenbett aktiv. Deshalb werden die Familientreffen in den Intensivbereichen rechtzeitig geplant. Um diese Kultur der Einbeziehung der Familien zu etablieren braucht es die Fürsprecherinnen und Fürsprecher der Pflege. Diese sollen dem interdisziplinären Team mittels ihrer Fähigkeiten der Kommunikation vermitteln, dass die Angehörigen auch ein Teil des interdisziplinären Teams sind. Vor allem Palliativ-Expertinnen und –Experten sind dafür besonders geeignet.

4. Schlussfolgerung

Ausgehend von der ersten aufgestellten Überlegung, ob ein multidisziplinäres Team einen positiven Effekt erzielen kann muss man grundlegend 2 konträre Outcomes unterscheiden.

Die Verbesserung der Lebensqualität

Durch den multidisziplinären Ansatz können nicht nur Therapien schneller und effizienter eingeleitet werden, sondern auch Behandlungsmöglichkeiten in Absprache mit der Familie und dem betroffenen Menschen selbst stattfinden. Den überaus positiven Effekt kann man anhand der vorliegenden bewerteten Studien sehen. Regelmäßig stattfindende Meetings innerhalb des Teams aber auch mit Angehörigen stellen eine stärkere Beziehung zur behandelten Person auf und erzeugen dadurch ein größeres Wohlbefinden. Einzig und alleine deshalb ist die Implementierung des multidisziplinären Teams schon von Bedeutung. Neben der Lebensqualitätsverbesserung kann auch eine geeignetere Behandlung ergründet werden. Dies wirkt sich indirekt auch auf die finanzielle Situation aus. In Zeiten der knappen Kassen auch ein Argument für die Implementierung.

Die Verlängerung der Lebenszeit

Interdisziplinäres Arbeiten wird als das best-practice Beispiel in der Medizin angesehen und teilweise vom Palliativen Setting in andere Bereiche übernommen. Über die Vorteile in Hinblick Lebensqualität und der Symptomkontrolle bzw. –besprechung gibt es zahlreiche Studien, die dies eindeutig belegen. Andererseits hat sich aber gezeigt, dass die Inanspruchnahme des multidisziplinären Teams keine wesentliche Verlängerung der Lebenszeit mit sich bringt. Der einzige Faktor, der dem widerspricht ist der unmittelbare Behandlungsbeginn durch die Fallbesprechungen und die darauf folgenden Entscheidungen im Team. Dennoch hat sich gezeigt, dass auch ein gutes, kompetentes Team keinen direkten Einfluss auf die Überlebensdauer der Patientin oder des Patienten hat.

Eine weitere Hypothese, die Team-intern entscheidend ist, wurde als Zweites aufgestellt. Ob denn ein funktionierendes Team vor berufsspezifischen Belastungen und Situationen schützen kann?

Die Palliativ Care ist ein Arbeitsumfeld, welches vom Tod geprägt ist. Viele Menschen neigen dazu, dieses Faktum als überproportional belastend anzusehen. Trauer und Abschied sind Teil des Alltags. Dennoch hat sich gezeigt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur stressresistenter, sondern aufgrund der multidisziplinären Zusammenarbeit auch weniger gefährdet sind an Burnout zu erkranken. Aufgrund der hier gewonnenen Erkenntnisse, kann gesagt werden, dass ein geschlossenes Team, welches auf Augenhöhe miteinander agiert und Herausforderungen gemeinsam bewältigt, einen großen gesundheitsfördernden Ansatz hat. Besprechungen, Supervisionen, Team-Meetings, aber zum Teil auch die offene Gestaltung des Arbeitstages beugen Müdigkeit und Ausbrennen vor. Die flache Hierarchie von Palliativstationen, die offene Kommunikation und der professionelle Austausch von Wissen im Team können zum Beispiel Entscheidungen über eine Beendigung der Therapie oder nahe gehende Gespräche mit Angehörigen abfedern und erleichtern. Obgleich es auch Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und ihrer Verarbeitungsarten gibt konnte trotzdem festgestellt werden, dass die Kompaktheit eines Teams vor vielen Spätfolgen schützen kann. Deshalb sollten supervisorische Projekte von Anstaltsleitungen forciert werden.

Beispiele wie ein Team, in welchem auch die Pflege eine wichtige Rolle spielt, gut funktioniert gibt es einige. Vor allem die Implementierung von Palliativen Spezialistinnen und Spezialisten auf Intensivstationen dürfte eine der vorrangigen Themen für die Zukunft sein. Hierbei soll und wird die Pflege eine führende Rolle einnehmen müssen. Sie vereint die Nähe zu den Patienten, mit dem Hintergrundwissen des Umfelds und die Expertise der Erfahrungen und ihrer Ausbildungen. Dennoch sollten weitere Studien durchgeführt werden, um herauszufinden, welche spezifische Rolle die Pflege neben der intensivmedizinischen Komponente im palliativen Team auf anderen Stationen einnehmen könnte. Der Einsatz von Fr. Mettler im Palliativen Konsiliarteam hat zudem gezeigt, dass es durchaus die Pflege sein kann, die als kommunikative Drehscheibe vor allem bei Meetings fungieren kann. Zusatzausbildungen in diesem Bereich, wären wünschenswert und sollten in Hinblick Spezialisierung und Fachkarrieremodell ins Auge gefasst werden. Welche Rolle die Pflege schlussendlich einnimmt ist von Team zu Team und Setting zu Setting unterschiedlich.

5. Diskussion

Die Grundlage der Palliativpflege ist ein funktionierendes multidisziplinäres Team, diese Erkenntnis ist in der grauen Theorie und durch zahlreiche Expertinnen und Experten belegt. Durch die ursprüngliche Wortbedeutung des Mantel Umlegens (Anneser 2013) steigert sich das Wohlbefinden der Patientin bzw. des Patienten. Opeyemi Abdulrahman Jrn. 2011 (3.1) hat mittels Literaturrecherche Rückschlüsse auf den Einfluss der multidisziplinären Arbeit auf diverse Krebserkrankungen und deren Auswirkungen gegeben. Ein Viertel der Blasenkrebs und ein Sechstel aller Nierenkrebs-Erkrankten konnten aufgrund der Besprechung unter den Disziplinen eine Diagnoseänderung erfahren. Wie Feichtner & Nagele 2012 feststellten sind regelmäßige Besprechungen dienlich, um Fehler zu vermeiden und die optimale Pflege zu gewährleisten. Sowohl Feichtner & Nagele 2012, als auch Seeger 2014 stellten fest, dass die Linderung durch Pflegemaßnahmen zwar zu einer Verbesserten Lebensqualität führen, aber das Limit dieses Ansatzes eben keinen Lebensverlängernden Charakter hat. Dies wurde von Nieder et al. 2015 (3.2) bestätigt. Einzig durch die frühere Diagnosestellung und den einsetzenden Behandlungsbeginn konnte eine Verlängerung des Lebens festgestellt werden, dies hängt dennoch nicht mit dem multidisziplinären Team zusammen und dem konnte auch keine Signifikanz nachgewiesen werden.

Nicht unwesentlich ist die Kosten-Nutzen Frage. Einer amerikanischen Studie zufolge, die Opeyemi Abdulrahman Jrn. 2011 einbezogen hat erspart sich in Michigan ein Krankenhaus pro Patienten 1600\$ durch die Implementierung eines multidisziplinären Teams.

Die Studie 3, unter Punkt 3.3, behandelt einen nicht unwesentlichen Faktor in einer schnelllebigen Welt: Den Ansatz, ob eine gelungene Kommunikation, Burnout und andere Berufsbelastungen entgegenwirken kann. Schwarzkopf Kolleginnen, sowie Kollegen 2012 verglichen hierfür Intensivstationen mit Palliativstationen und stellten fest, dass die Belastung trotz der in beiden Bereichen häufig auftretenden Todesfällen auf Palliativstationen geringer ist. Die Forscherinnen und Forscher führen dies auf die fix eingeplanten Team-Treffen und Supervisionen zurück. Das prozessbegleitende Spiegeln kann auch nach Anneser 2013 bestätigt werden. Dabei ist es möglich auf externe Supervisorinnen und Supervisoren zurückzugreifen oder wie das Beispiel Kantonspital St. Gallen zeigt, auch intern erzeugte Regelungen und kommunikative Modelle zu entwickeln.

Zudem war auf den Intensivstationen keine Zeit für Angehörigengespräche, die verglichen mit dem Manuskript (3.7) im interdisziplinären Bereich wesentlich sein sollten. Auch die Family-Meetings von Nelson et al. 2015 zeigen Wirkung, vor allem was die Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Verlauf betrifft. Ein für die Zukunft gangbarer Weg.

Ein weiteres Ergebnis aus der Studie, welches Relevanz besitzt ist die flache Hierarchie. Von dieser schon Feichtner & Nagele 2012 gesprochen haben. In palliativem Bereich hat sich nach Schwarzkopf 2012 gezeigt, dass die Zufriedenheit mit der Kommunikation bei Ärztinnen und Ärzten gleich hoch eingeschätzt wird wie bei Pflegepersonen. Daneben gibt es eine belegte Schiefelage im Intensivbereich. Pflegekräfte fühlen sich zu 11% in die Kommunikation und Entscheidungsfindung eingebunden. Dieses Problem sieht das medizinische Personal hingegen zu 66,7% nicht. Es könnte also interpretiert werden, dass eine flachere Hierarchie auch beruflichen Belastungen entgegenwirkt.

Stressbewältigung ist auch bei Studie 4 (3.4) ein Thema. Müller, Kolleginnen und Kollegen 2010 stellten sich die Frage: Wie viel Tod ein Team verträgt? Hierbei wurden ausschließlich Palliativstationen befragt. Dabei antworteten viele der befragten Personen, dass die Inanspruchnahme von Palliativmedizin und die Verweildauer wesentlich gegen den Stressfaktor wirken. Bedeutet, dass je länger eine Patientin bzw. ein Patient Palliativmedizin erfährt und je länger dadurch die Verweildauer ist, umso weniger Stress bereitet den Pflegepersonen ihre Arbeit.

Ein weiterer Faktor, der im Laufe der Studie erhoben wurde, ist das Verantwortungsbewusstsein. Das medizinische Personal, welches nicht nur in Deutschland sondern auch in Österreich die Hauptverantwortung für die Behandlung trägt weist auch diesbezüglich einen hohen Stressfaktor auf. Trotz gesetzlicher Festlegung, dass auch die Pflege einen mitverantwortlichen bzw. interdisziplinären Tätigkeitsbereich hat (Bundeskanzleramt 1997) ist hier der Faktor Verantwortung geringer.

Haupterkennnis dieser Studie ist jedoch folgender: Die Anzahl der belastenden Todesfälle ist zwar abhängig von der kritischen Anzahl (4,4 pro Woche +- 2,4) oder auch vom Alter des Verstorbenen, dennoch kann dies mit einem funktionierenden Team, dem Humor und durch die Verständigung im Team abgefangen werden. Dies zeigt, dass die Implementierung von multidisziplinären Team-Meetings, aber auch von begleiteten Besprechungen wichtig ist für die persönliche Gesundheitsförderung.

Aus der Projektstudie vom Kantonsspital St. Gallen von 2012 lässt sich feststellen, dass zwar eine Kommunikation wichtig ist, diese aber nach einem bestimmten Muster ablaufen sollte um divergierende Gesprächskulturen zu verhindern und das „Aneinander vorbei reden“ zu beseitigen. Deshalb wurde über ein Jahr hinweg ein Modell der Kommunikation eingeführt, welches dem Team eine gemeinsame Sprache gegeben hat. Nur wenn Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und andere teilhabende Berufsgruppen, die selbe Struktur in ihrer Kommunikation haben, kann man bessere Beratung anbieten und auch intern Reibereien verhindern.

Kirby, Broom und Good haben 2014 eine spezielle Rolle der Pflege im stationären Bereich erforscht. Die Transferierung auf eine Palliativstation bzw. die Begleitung von Angehörigen. Dies stellt eine große Herausforderung dar. 20 teilnehmende Pflegekräfte gaben ihre Erfahrungen preis. Diese konnten in 4 Überthemen zusammengefasst werden. Ergebnis daraus ist, dass die Pflege aufgrund der 24-stündigen (siehe Anneser 2013) Observanz und Präsenz den stärksten Kontakt zu den stationären Menschen hat. Dies kann bei schlechten Familienverhältnissen einen gewissen Halt geben, der für die gelungene Transferierung von kurativer zu palliativer Behandlung entscheidend sein kann. Durch die Anwesenheit und die Kommunikation an der Bettkante kann vor der Transferierung vieles an psychologischer Arbeit geleistet werden. Die Beratung und Begleitung bei der Transferierung ist trotz dieser Erkenntnis von starkem Zeitdruck geprägt. Dieser verhindert eine stärkere Zuwendung die, die Patienten brauchen würden.

Neben der Erklärung und Versorgung von PEG-Sonden, Stoma oder anderen medizinischen Notwendigkeiten am Ende des Lebens sind spezielle Weiterbildungen essentiell für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der palliativen Pflege. (Anneser 2013) Daneben haben Nelson et al. 2015 weitere Betätigungsfelder für die Pflege gefunden, die sich im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten aber meist nicht in den personellen Ressourcen durchführen lassen. Darunter ist die Überwachung von medizinischen Tätigkeiten, die sich vor allem im Intensivbereich abspielen und in den USA praktisch flächendeckend angewandt werden. Dabei ist die Pflege nach Erstellung von Checklisten, eine Art Kontrollorgan um Infektionen zu verhindern. Dies zeigt, dass eine multidisziplinäre Zusammenarbeit auch außerhalb der Palliativpflege eine Notwendigkeit hat.

5.1 Ausblick

Die Ergebnisse der Literaturrecherche ergeben ein breites Feld, in welchem die Pflege in Zukunft tätig sein kann. Ob sie im Management von Transferierungen in der Kommunikation zwischen den jeweiligen Beteiligten Gruppen fungiert oder ob sie neue Maßnahmen in der Patientinnen- und Patientenversorgung übernimmt und implementiert, es wird mit großer Wahrscheinlichkeit ein weites Feld von Aufgaben geben.

Es gibt zwar eine Reihe von Einsätzen und gelungenen Praxisbeispielen, jedoch sind in diesem weiten Feld keine Richtlinien, Guidelines oder Leitlinien erkennbar, die eine Zuteilung zu einer gewissen Rolle im Team ermöglicht. Die Erstellung von solchen Regelungen, unter Berücksichtigung der Vielfalt der Teams, könnte eine für die Pflegewissenschaft überlegte Richtung werden, um den viel zitierten State-of-the-Art gerecht zu werden.

IV. Referenzen

Anneser J. 2013, „*Basics Palliativmedizin*“, Urban & Fischer Verlag, München.

Bundeskanzleramt Österreich 1997, österreichisches Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, „Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich“, Fassung vom: 01.09.1997, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12140587> (28.02.2015).

Feichtner A. & Nagele S. 2012, „*Lehrbuch der Palliativmedizin*“, 3. Überarbeitete Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Husebø S. & Klaschik E. 2009, „*Palliativmedizin*“ - Grundlagen und Praxis, 5. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg.

Kern M. & Müller M. 2012, „Kommunikation im Team, Teamarbeit in der Palliativmedizin“, in Radbruch L., Nauck F., & Aulbert E. (Hrsg.), „*Lehrbuch der Palliativmedizin*“, 3. Aktualisierte Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Kirby E., Broom A. & Good P. 2014, „*The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study*“, University of Queensland, Brisbane, Australien, <http://bmjopen.bmj.com/content/4/9/e006026.full.pdf+html> (23.02.2015).

Mettler M. 2013, „*Kommunikation im Palliativen Konsiliarteam mit Hilfe von transaktionsanalytischer Modelle*“, Kantonspital St. Gallen, Schweiz, siehe Anhang.

Müller M., Pfister D., Markett S. & Jaspers B. 2010, „*Wie viel Tod verträgt das Team?*“, ALPHA Rheinland, Bonn, Deutschland http://www.zukunft-pflegen.info/pflegezukunft/fileadmin/Downloads/Veranstaltungen/Abschlussstagung_6.11.13/Unterlagen_Workshop_2_Palliative_Care.pdf (15.01.2015).

Nauck F. 2013 in Sabatowski R., Ostgathe C. & Maier B. (Hrsg.), „*Palliativmedizin – 1000 Fragen*“, Thieme Verlag, Stuttgart.

Nauck F., Fittkau-Tönnemann B. & Kern M. 2012, „Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin, Ärzte, Pflegepersonal und psychosoziale Berufsgruppen“, in Radbruch L.,

Nauck F., & Aulbert E. (Hrsg.), „*Lehrbuch der Palliativmedizin*“, 3. Aktualisierte Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Nelson J., Cortez T., Curtis J., Lustbader D., Mosenthal A., Mulkerin C., Ray D., Bassett R., Boss R., Brasel K., Campbell M., Weisman D. & Puntillo K. 2011, „*Integration Palliative Care in the ICU: The Nurse in a Leading Role*“, Mount Sinai School of Medicine, New York, USA, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162372/pdf/nihms-309754.pdf> (14.03.2015).

Nieder C., Dalhaug A., Pawinski A., Haukland E., Mannsåker B. & Engljähringer K 2015, „*Palliative radiotherapy with or without additional care by a multidisciplinary palliative care team in patientes with newly diagnosed cancer: a retrospective matched pairs comparison*“, Department of Oncology and Palliative Medicine, Nordland Hospital, Norwegen, <http://www.ro-journal.com/content/pdf/s13014-015-0365-0.pdf> (14.03.2015).


Opeyemi Abdulrahman Jnr G. 2011, „*The effect of multidisciplinary team care on cancer management*“, Cardiff Universität Wales, College of Medicine, United Kingdom, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215542/pdf/PAMJ-09-20.pdf> (15.01.2015).

Pleschberger S. 2007, „*Lehrbuch Palliative Care*“, 2. Durchgesehene und überarbeitete korrigierte Auflage, Hans Huber Verlag, Berlin.

Radbruch L., Nauck F., & Aulbert E. 2012, „*Lehrbuch der Palliativmedizin*“, 3. Aktualisierte Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Schmid U. & Seeger C. 2014, in Krätzle S., Seeger C. & Schmid U. (Hrsg.), „*Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung*“, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Springer Verlag, Berlin.

V. Anhang

Projektvereinbarung		Projektnr.	Seite: 3	Kantonsspital St.Gallen 
Einführung von TA-Modellen als gemeinsame Kommunikations-Grundlage im palliativen Konsiliardienst		Verfasser/-in: Mona Mettler		Verteiler: Team intern Palliativ- zentrum
Studie:	<input type="checkbox"/> Vorstudie <input checked="" type="checkbox"/> Hauptstudie <input checked="" type="checkbox"/> Detailstudie <input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung			
Ausgangslage / Problemstellung:	<p>Als der Konsiliardienst des Palliativzentrum letztes Jahr zertifiziert wurde, mussten wir beschreiben, welche Modelle der Gesprächsführung und Beratung wir anwenden. Da die meisten Pflegenden als Grundlage Modelle der Transaktionsanalyse (=TA) kennen und die Pflegerische Leitung eine vertiefte Ausbildung in TA hat, gaben wir als die gemeinsame Grundlage die Transaktionsanalyse an. Unser Dienst tritt in der Regel interprofessionell auf. Die Ärzte kennen in der Regel die TA nicht und haben hier einen Nachholbedarf. Zudem ist es uns als Team ein Anliegen, gemeinsame Modelle der Gesprächsführung nutzen zu können, um die Qualität der Beratungen zu reflektieren und wenn nötig zu verbessern- zur Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen, der verschiedenen Teams, die uns rufen und von uns selber.</p> <p>Nutzen und Bedürfnis</p> <p>Eine TA- Schulung aller Mitarbeiter des Konsiliardienstes soll die Qualität der Beratungen steigern- dies zur besseren Unterstützung der schwerkranken Patienten und ihrer Angehörigen.</p> <p>Dem ganzen Team ist es ein Bedürfnis, gemeinsame Gesprächsgrundlagen zu nutzen, um schwierige Situationen zu reflektieren, zu meistern und wo notwendig zu verbessern. Ebenfalls ist die Auftragslage der verschiedenen Teams nicht immer klar, oder entspricht nicht den Bedürfnissen des Patienten. Eine gemeinsame Grundlage könnte uns helfen, Aufträge einfacher zu klären und wenn nötig dem Bedürfnis des Patienten und /oder der Angehörigen anzupassen.</p>			
Ziele: Phase I Mussziele:	Zielinhalt	Zielausmass	Zielzeit	
	1. Abmachungen und Unterstützungsvereinbarungen mit dem Leiter Palliativzentrum Dr. Daniel Büche	1 h	Januar 2012	
	2. Information und Klärung Vorgehen mit dem ganzen Team Konsiliardienst	1h	Februar 2012	
	3. Mona gibt allen den Fragebogen(1) zum ausfüllen ab; dieser soll bis Ende April an Mona zurück gegeben werden	3h	April/Mai 2012	
	4. TM melden sich nach eigenen Zeitressourcen für einen 101 Grundkurs TA an; der Grundkurs im KSSG wird bezahlt -> freiwillig!	-	-	
	5. Am 15. Mai bietet Mona einen Tag zur Einführung in ausgewählte TA Konzepte an, dabei legen wir gemeinsam fest, wie wir mit diesen Konzepten zusammen arbeiten. -> obligatorisch für alle MA vom Konsiliarteam.	9x 7h	Mai 2012	

Vorgehen Phase 2	1. . Coaching auf Anfrage an Mona; Mona fragt sporadisch selber nach. Wenn möglich 1x wöchentlich		
	2. Im August findet die erste Reflexionsrunde à 2h für alle statt und im Januar/Februar 2013 die zweite.		August 2012
Neue PV = Phase 3 Vorbe- reitung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Fragebogen(2) wird im Anschluss an die 2. Reflexionsrunde abgegeben. 2. Mona wertet die Fragebogen aus und macht eine schriftliche Auswertung. 3. Gemeinsam wird festgelegt, wie wir weiter verfahren in Bezug auf Kommunikations-training 		Februar 2013

Wunschziele übergeordnet	<p>1. Nutzen von Transaktionsanalytischen-Modellen als gemeinsame Grundlage für Beratungen im Konsiliardienst als Unterstützung für gelingende Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Teams. TA-Modelle als gemeinsame Reflexionsgrundlage und Förderung der Bewusstheit in der Gesprächsführung in der Zusammenarbeit.</p> <p>2. Förderung der Zufriedenheit (<i>auf den Stationen und</i>) im Beratungsteam</p> <p>3. Förderung der kommunikativen Kompetenzen im Konsiliarteam</p>		
Projekt- Vorgehen: (Grobbeschrei- bung)	<p>Anfang Jahr 2012: Vorstellen vom Projekt und Abmachungen* mit dem ganzen Konsiliarteam Befragung 1 mittels Fragebogen Im ersten Halbjahr 2012: 101- Grundkurs für alle MA Gemeinsam festlegen und klären, welche Modelle sich eignen und wie wir das jeweils gemeinsam reflektieren und nutzen wollen Ende Jahr 2012/ Anfang 2013: Befragung 2 mit dem gleichen Fragebogen, mit einer Zusatzfrage Auswertung durch mich, schriftlich und dann gemeinsam Erkenntnisse, neue Abmachungen und Abschluss</p>		
Projektleitung:	Name Vorname Mona Mettler	Klinik / Institut / Bereich Palliativzentrum	Zeitaufwand in Tagen
Projektmitarbei- tende:	Ganzes Team Konsiliar- dienst	Palliativteam	Noch nicht festgelegt In der Arbeitszeit
externe Bera- tung:	Grundlehner Jürg	Institut ASTA St.Gallen	
Total Anzahl Arbeitstage:			
Termine (Hauptstudie):	Start: Februar 2012	Ende: Frühling 2013	Zwischentermine: gemäss Terminplan
Budget:	Arbeitszeit; zum Teil Vorbereitung in der Freizeit Kosten für SV selber		
Rahmenbedin- gungen	Als Unterstützung erhält M. Mettler die Arbeitszeit vergütet.		
Besondere Kompetenzen:	- 2004 Abschluss der TA-Grundausbildung (3 Jahre) mit Erwerb der Praxis- kompetenz für Psychologische Beratung		

	- Seither im Fortgeschrittenen Training und unter Supervision - Erwachsenen Bildung: SVEB 1 und FA Ausbilderin
Information der Betroffenen:	Erfolgte im Februar 2012
Mitgeltende Dokumente:	<input type="checkbox"/> Funktionendiagramm <input type="checkbox"/> Ressourcenplanung <input type="checkbox"/> Zeit- und Meilensteinplan <input type="checkbox"/> Projektorganisation <input type="checkbox"/> Projektinformation <input type="checkbox"/> Projektcontrolling
Unterschriften:	Projektleiter: Mona Mettler Auftraggeber: Dr Daniel Büche: Leiter Palliativzentrum
Datum:	Mai 2012