

Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Palliativversorgung

Eveline Degen Jermann
Brigitte Liebig

Konzept

In der Palliativversorgung gilt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen als Königsweg. Aktuell scheitert sie (noch) zu oft an organisatorischen Hürden oder Zeitmangel. Das Konzept für interprofessionelle Qualitätszirkel im Bereich «Palliative Care» setzt an hausärztlichen Qualitätszirkeln an und öffnet diese für weitere Professionen.

Interprofessionalität wird heute im Gesundheitswesen umfassend gefördert: vielfach verbessert sie nicht nur die Versorgungsleistung und Patientensicherheit, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der

INHALT

Konzept

- Interprofessionelle Qualitätszirkel
- «Good Practices»

Agenda

- Moderation & Organisation
- Fallbeispiele

Leistungserbringenden (vgl. Eicher & Berchtold 2018). Patienten und ihre Familien fühlen sich gut betreut und sicher, wenn das interprofessionelle Zusammenspiel gut funktioniert (Hirsmueller & Schröer 2019). Der Erfolg interprofessioneller Kooperation hängt allerdings auch davon ab, inwieweit die Versorger/innen dazu befähigt werden, innerhalb der Gesundheitseinrichtungen und darüber hinaus effektiv und mit Fokus auf das Patientenwohl zusammenzuarbeiten. Qualitätszirkel werden im Folgenden als ein Mittel der Wahl dargestellt, um Interprofessionalität im beruflichen Alltag der Palliativversorgung zu stärken.

Interprofessionelle Qualitätszirkel

Menschen bringen in unterschiedlichem Masse die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ein (Gurtner & Wettstein 2019). Interprofessionalität kann aber dennoch erlernt werden. Das Fundament dazu wird oft bereits in der Grundausbildung der Gesundheitsberufe gelegt und kann später im Rahmen berufs begleitender Schulungen aktualisiert und weiterentwickelt werden (Atzeni, Schmitz & Berchtold 2017).

Qualitätszirkel stellen grundsätzlich eine erprobte und bewährte Methode dar, um neben klinischen und organisatorischen Fähigkeiten auch kommunikative und kooperative Kompetenzen von Gesundheitsfachleuten zu schulen und zu verbessern. In der beruflichen Praxis tragen sie zur Stärkung des Miteinander bei und unterstützen bei der Bewältigung schwieriger und komplexer Versorgungssituationen, indem sie (Frei-)Raum für die erfahrungs- und theoriebasierte Reflexion bzw. Aufarbeitung von Ereignissen und Herausforderungen bieten.

Interprofessionelle Qualitätszirkel bieten in besonderer Weise eine Möglichkeit, die Grenzen der eigenen beruflichen Praxis bzw. des institutionellen Umfeldes zu überwinden und im Erfahrungsaustausch mit gleichgesinnten Fachleuten aus unterschiedlichsten Berufsfeldern dazuzulernen. Im interprofessionellen Austausch gewonnene Erkenntnisse und Einsichten können anschliessend im Berufsalltag erprobt und angewendet werden. Oft leisten sie einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung (Rohrbasser, Kirk & Arvidsson 2019). Schliesslich bieten interprofessionelle Qualitätszirkel auch eine gute Plattform für das Erarbeiten und Prüfen von konsensbasierten Standards und Tools für die Zusammenarbeit, indem neue Instrumente von Fachleuten unterschiedlicher Profession im Arbeitsalltag angewendet und validiert werden.

Trotz ihrer Relevanz stellen interprofessionelle Qualitätszirkel heute noch eine Ausnahme dar – abgesehen von stationären Versorgungsbereichen, wo interprofessionelle Fallbesprechungen zu komplexen Krankheitsverläufen durchaus existieren. Mehrheitlich treffen in der beruflichen Fortbildung erst wenige Professionen, z.B. Hausärzte und -ärztinnen, Fachleute aus der Chiropraxis oder Physiotherapie im Qualitätszirkel zusammen. Dabei hält bereits eine Moderatoren Umfrage der SGAIM im Jahr 2002 fest, dass für Hausärztinnen und Hausärzte die Öffnung von Qualitätszirkeln für andere Berufsgruppen ein wichtiges Thema darstellt (Zoller & Dahinden 2004). Dies gilt besonders für die Palliativversorgung: Im interprofessionellen Zusammenhang können Fallbeispiele aus der Palliative Care über Berufsgrenzen hinweg gemeinsam erörtert und diskutiert werden, wird Vertrauen und gemeinsame Praxis zwischen den Professionen aufgebaut.

AGENDA

Wer? Fachpersonen aus der ambulanten (Spitex, APH) und stationären (Spitäler, Hospize) Pflege, Hausarztpraxen, ärztliche Fachspezialistinnen und -spezialisten (z.B. für Onkologie), Seelsorge, Physio-/Ergotherapie, Sozialer Arbeit und weitere unterstützende Dienste im Bereich Palliative Care innerhalb der gleichen Region.

Wo? Die interprofessionellen Qualitätszirkel werden an bestehende Qualitätszirkel von Hausärzten und -ärztinnen oder an andere berufliche Netzwerke und Fachgruppen angegliedert. Falls möglich finden die Treffen an wechselnden Orten und in verschiedenen Institutionen statt, damit die verschiedenen Professionen auch das Arbeitsumfeld der jeweils anderen Teilnehmenden kennenlernen.

Wie oft? Ca. 2x jährlich mit Vorstellung von zwei bis vier Fällen, Dauer: ca. 2 Stunden

In welcher Form? Aus dem Kreis der Anwesenden stellt eine Person einen Fall nach der SENS-Struktur (Eychmüller 2014) vor, inkl. Diagnosen, Medikamenten, Schwierigkeiten und Barrieren. Nach einer ersten Runde mit Verständnisfragen erfolgt eine moderierte Diskussion über Erfahrungen, Handlungsmöglichkeiten und evtl. Optionen zur Qualitätsverbesserung.

- Die **Art der Fallvorstellung** soll frei gewählt werden (z.B. freies Erzählen, Flipchart, Power Point)
- Zum Schluss erfolgt eine **schriftliche Zusammenfassung** (z.B. auf Flipchart) der Diskussionsinhalte durch die Moderation

«GOOD PRACTICES»

Inzwischen existieren erste Beispiele guter Praxis für Interprofessionelle Qualitätszirkel im Bereich Palliative Care:

In vielen Sektionen von palliative ch werden interprofessionelle Qualitätszirkel durchgeführt (meist als «Fallbesprechungen» bezeichnet).

So bietet beispielsweise die **Sektion zh & sh** seit 2006 interprofessionelle Fallbesprechungen in Spitälern und Pflegeinstitutionen an (incl. Leitfaden). Der Ansatz wurde inzwischen von Palliativstationen, Spitex-Organisationen sowie vielen Hausärztinnen und -ärzten übernommen.

Das **Universitätsspital Zürich (UZH)** bietet einen Qualitätszirkel für Palliative Care an, der für die Kommunikation zwischen Spital- und Hausärztinnen bzw. -ärzten ausgelegt ist und so die Versorgerinnen und Versorger an der Nahtstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliative Care zusammenführt (<http://www.palliativecare.usz.ch/Seiten/default.aspx>).

MODERATION & ORGANISATION

Moderation: Die Moderation ist von zentraler Bedeutung, um Qualitätszirkel als wirksame Methode für das Erlernen von Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu verankern. In Ausbildungskursen, wie sie beispielsweise von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) seit 1995 angeboten werden, können angehende Moderatoren/innen Kommunikationstechniken und Moderationsmethoden kennenlernen und werden befähigt, einen Qualitätszirkel zu strukturieren und zu lenken (vgl. <https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis/qualitaetszirkel/ausbildungskurse-fuer-moderator-innen.html>)

Interprofessionalität: Sie erfordert es, dass für Qualitätszirkel möglichst heterogene Gruppen gebildet werden, bestehend aus Fachpersonen aus der Hausarztpraxis, der ambulanten und stationären Pflege, aus Spitälern, Hospizen, Spezialpraxen (z.B. für Onkologie), aus Seelsorge, Physio-/Ergotherapie, Sozialer Arbeit und aus weiteren unterstützenden Diensten im Bereich Palliative Care.

Einbindung möglichst vieler Professionen: Sie wird verbessert, wenn interprofessionelle Qualitätszirkel an bestehende Formate des Austauschs unter Fachleuten anschliessen können, z.B. im hausärztlichen Bereich, in Ärztenetzwerken oder aber in stationären Bereich.

Regionale Verankerung: Regional verankerte Palliative Care-Netzwerke, Spitex-Vereinigungen in Gemeinden und Quartieren oder ambulante Palliative Care Dienste können ein Ausgangspunkt für interprofessionelle Qualitätszirkel sein. Hier kann auf erfolgreiche Beispiele für Zusammenarbeit zurückgegriffen oder die Frage geklärt werden: Wer kooperiert bereits erfolgreich mit wem?

Kontinuität: Qualitätszirkel sollten regelmässig angeboten werden. Der kontinuierliche Austausch fördert die fachliche Auseinandersetzung und bildet Ausgangspunkt für das nachhaltige Ausbilden von beruflichen Kontakten und Netzwerken zwischen Fachleuten.

Fall- bzw. Patientenorientierung: Für ein strukturiertes Vorgehen im Qualitätszirkel bietet sich eine fallorientierte Herangehensweise, z.B. in Anlehnung an die SENS-Struktur (vgl. Kasten) (inkl. Diagnosen, Medikamenten, Schwierigkeiten und Barrieren) an. Die Art der Falldarstellung kann frei gewählt werden (freies Erzählen, Flipchart, Power Point). Im Anschluss können Fragen geklärt und im Rahmen einer moderierten Diskussion kann ein Wissens- und Erfahrungsaustausch stattfinden.

Das SENS-Modell (Symptom-Management, Entscheidungsfindung, Netzwerk und Support) stellt eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care dar. Das strukturierte Vorgehen nach SENS ist ein Schritt hin zu einem problem- und weniger diagnosegesteuerten Gesundheitswesen und eröffnet auch Wege zu einer kompetenzorientierten interprofessionellen Teamarbeit (vgl. Eychemüller 2014).

Weitergabe von Wissen: Zusammenfassungen der Diskussionsinhalte bzw. des Erlebten (z.B. mittels Flipcharts oder kurzen Videobeiträgen) können allen Fachpersonen im Qualitätszirkel wichtige Informationen und Erfahrungswissen vermitteln, an das später wiederholt angeknüpft werden kann.

Lösungsansätze: Interprofessionelle Qualitätszirkel bieten wertvolle Lösungsansätze für die Praxis, bei deren Umsetzung weitere Professionen und Versorgungsbereiche miteinbezogen werden können.

INTERPROFESSIONELLE QUALITÄTSZIRKEL GESTALTEN

I. Kick-Off: Einführung in die Methodik (ca. 45-60 min)

1 Kurze Vorstellungsrunde zum gegenseitigen Kennenlernen und für einen Austausch über die individuellen Erfahrungshintergründe der Teilnehmenden im Bereich Palliativversorgung. Erfragt werden auch Erwartungen und Befürchtungen zum interprofessionellen Qualitätszirkel.

NOTIZEN ZU ERWARTUNGEN + BEFÜRCHTUNGEN

Die Ergebnisse der Diskussionsrunde zu Erwartungen und Befürchtungen werden auf einem Plakat dokumentiert und am Ende des Qualitätszirkels noch einmal aufgegriffen.

2 Regeln für die Arbeit im Qualitätszirkel werden vereinbart: Alle Anwesenden begegnen sich auf Augenhöhe und folgen den Leitlinien für Qualitätszirkel (vgl. z.B. SGAIM 2005). Geklärt wird, was persönlich wichtig erscheint für und in der Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis. Die Ergebnisse werden dokumentiert und alle verpflichten sich, die getroffenen Vereinbarungen einzuhalten.

KURZVORTRÄGE + NOTIZEN

Alle Anwesenden sollen sich nach Möglichkeit beteiligen können: eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit im Qualitätszirkel. Die Ergebnisse sollten anschaulich dokumentiert und ggf. bei weiteren Sitzungen wieder aufgerufen werden.

- Die Anwesenden haben sich gegenseitig kennengelernt.
- Alle sind mit den Modalitäten der Arbeit im Qualitätszirkel vertraut.
- Die Regeln der Zusammenarbeit im Qualitätszirkel sind vereinbart und von allen akzeptiert.
- Die Anwesenden haben einen Eindruck von den Erfahrungen und Vorkenntnissen der anderen und deren Gründen für die Teilnahme am Qualitätszirkel gewonnen

II. Fallbeispiel & Diskussion (ca. 60 min)

1 Präsentation des anonymisierten Fallbeispiels durch die Moderatorin/den Moderator oder Teilnehmende. Das Fallbeispiel kann verschiedenste Themenbereiche aufgreifen, wie z.B. Symptombekämpfung, spirituelle Fragen, geteilte Entscheidungsfindung. Es schliesst auch eine Darstellung der interprofessionellen Kooperation innerhalb oder zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung ein.

VORTRAG, FLIPCHART

2 Das Fallbeispiel wird diskutiert, z.B. anhand einer Gegenüberstellung von Zielen und der Realität im Alltag. Die Ursachen für das Verhalten im interprofessionellen Kontext wird reflektiert. Leitlinien zu Palliative Care werden ausgetauscht und konsensbasiert vereinheitlicht. Alle Anwesenden sollten sich beteiligen können. Bei Kleingruppenarbeiten werden die Ergebnisse anschaulich dokumentiert und anschliessen im Plenum vorgestellt

MODERIERTE DISKUSSION, KLEINGRUPPENARBEIT

- Akzeptanz und Bereitschaft zur Implementierung und Vereinheitlichung von evidenzbasierten und organisationsübergreifenden Leitlinien im Bereich der Palliativversorgung sind erhöht.
- Die Relevanz und der Nutzen einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich Palliative Care sind für alle Teilnehmenden ersichtlich.
- Die Motivation für Veränderungen zur vermehrten interprofessionellen Kooperation im beruflichen Alltag ist erzeugt; Vertrauen in die Kompetenzen der anderen ist entstanden.
- Es ist die Basis für eine vermehrte Kommunikation und nachhaltige berufliche Vernetzung zwischen Fachleuten in der Region gelegt.

Fallbeispiel Herr R.

Diese Fallbeispiele können einen Ausgangspunkt für die Bearbeitung relevanter Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit im Palliativbereich bilden.

Insbesondere bei den ersten Treffen können sie als Einstiegshilfe dienen.

Kooperation entlang des Patientenpfades und an den Schnittstellen

Herr R., ein 59-jähriger Patient, erleidet in Folge einer suboptimalen nächtlichen Reanimation durch seine Partnerin einen schweren Hirnschaden. Ein langer Spitalaufenthalt folgt, aber trotz einer anschließenden stationären Rehabilitation können kaum neurologische Fortschritte erzielt werden. Herr R. wird mittels Sonde ernährt und leidet unter einer Aphasie. Die Familie (Partnerin und 2 Kinder) möchte den Patienten Zuhause weiter betreuen. Dieses Vorhaben stösst stationär auf starken Widerstand. Insbesondere die Stationsärzte/innen raten aufgrund des zu erwartenden pflegerischen Aufwands und der potentiellen Überforderung der Familie (Ernährungssituation mit Sonde) dringend von diesem Vorhaben ab. Der Hausarzt allerdings unterstützt die Familie in ihrem Wunsch nach einer Entlassung und bei der Organisation eines Betreuungsteams.

Die Familie wohnt in einer stark ländlich geprägten Region auf einem Bauernhof mit Pferdestall. Das Betreuungsteam besteht aus der **regionaler Spitex**, aus dem **mobilen Palliative Care Team** und aus **Physio- und Ergotherapie**. Zudem ist ein **Orthopädietechniker** involviert. Die **Partnerin** kann zudem auf die Unterstützung einer bezahlten Hilfskraft zählen, die mit der Familie im Haus lebt und der Partnerin weiterhin eine Teilzeitarbeit und die Pferdehaltung ermöglicht.

Das Betreuungsteam erstellt zunächst einen Betreuungsplan mit Hilfe eines Rundtischgesprächs. Zudem einigen sich alle Beteiligten inklusive der Familie auf die Benutzung der PalliaCare APP.

Der Patient verstirbt Zuhause in seinem Garten auf dem Liegestuhl unter Anwesenheit der Kinder und der Partnerin, nachdem er wenige Tage zuvor einen Hirnschlag erlitten hatte.

Zentralen Aspekt dieses Fallbeispiels stellt die Kooperation zwischen den beteiligten Betreuungspersonen dar. Unter diesem Gesichtspunkt stellen sich folgende Fragen:

- Wer, wie und wann soll vor der Entlassung aus dem Spital kontaktiert werden? Von wem?
- Wie erfolgt die Kommunikation unter den Professionen und mit der Familie?
- Sind die Kontaktdaten aller Beteiligten bekannt? (Tel. Nr.; E-Mail; evt. Interprof. digitale Plattform)
- Braucht es ein Rundtischgespräch? Wann? Wie oft? In welchen Situationen besonders?
- Sind die Wünsche, Hoffnungen und Sorgen des Patienten bekannt? Welche Ziele (Wünsche des Patienten und der Angehörige / medizinisch) sollen verfolgt werden?
- Welche medizinischen und organisatorischen Voraussetzungen (z.B. Sauerstoff, Pflegebett, Sondenkost, etc.) müssen für eine Entlassung gewährleistet sein?
- Wer koordiniert die für die Entlassung notwendigen Aktivitäten?
- Wer kommt für die Betreuung in Frage (Professionen, Hilfskräfte)?
- Welche Kompetenzen wären in der Familie wünschenswert?
- Gibt es einen gemeinsamen Behandlungsplan, der auf Konsens beruht? Gibt es einen Notfallplan?
- Welche weiteren Professionen werden beigezogen?
- Wer spricht den Patienten/die Familie auf eine allfällige seelsorgerische Unterstützung an?
- Welche Fragen in der Entscheidungsfindung müssen geklärt werden (REA, erneute Hospitalisierung etc.)?

Fallbeispiel Frau C.

Definition von Fallverantwortung und Schlüsselrollen in der Betreuung zu Hause

Die 30-jährige Frau C. ist als Einzelkind aufgewachsen und lebt bei ihren Eltern. Ein nicht klassifizierbares somatisches Syndrom mit Kleinwuchs verbunden mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus sind der Ausgangspunkt einer langen und komplizierten Leidensgeschichte. Im Verlauf der Jahre ergab sich als Folge des Diabetes eine Niereninsuffizienz, welche eine regelmässige Hämodialyse-Behandlung nötig machte. Aufgrund von sporadischen Hypoglykämien und Nasenbluten war sowohl der Hausarzt involviert wie auch weitere Spezialisten (Endokrinologie und HNO).

Nach einem notfallmässigen Hausbesuch durch den Hausarzt aufgrund einer anämisierenden gastrointestinalen Blutung wurde die Einweisung ins Spital notwendig. Dort wurde die Ursache für die Blutung gesucht und schliesslich auch gefunden: ein wenig differenziertes Ösophaguskarzinom. Nach mehreren Besprechungen mit der Patientin, der Familie und den involvierten Gesundheitsfachpersonen (**Hausarzt, Dialyseteam, Spitalärzte**) wird ein Betreuungsplan erstellt. Die Patientin möchte unbedingt nach Hause und auch dortbleiben und die Eltern möchten der Patientin mit allen Mitteln diesen Weg ermöglichen. Die Spitex wird eingeschaltet und die Familie wird instruiert und informiert, was hinsichtlich der Schmerztherapie wichtig ist und im Falle eines drohenden Blutsturzes zu tun ist.

Die Dialyse wird schliesslich aufgrund zunehmender Schwäche, Bettlägerigkeit und Transportunfähigkeit abgebrochen.

Die Patientin verstirbt zuhause nach einem heftigen Blutsturz.

Involvierte Fachpersonen: Hausarzt, Nephrologen/innen, Pflegeteam Hämodialyse, Pflegeteam Spital, Spitalärzte/innen, Spitexteam, Spezialärzte/innen (z.B. für Endokrinologie und HNO)

Folgende Fragen stellen sich insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen:

- Wie und wie lange weiter mit der Dialyse? Ist der Dialyseabbruch eine Option? In welchem Fall, zu welchem Zeitpunkt?
- Welche medizinischen Probleme sind zu erwarten? Wer ist für welches Problem zuständig?
- Wer informiert/instruiert die Familie über das Verhalten bei Schluckstörungen, Erbrechen, Ileus, Aszites, (Bauch-) Schmerzen, Schwäche, Atemnot infolge eines Lungenödems?
- Wer involviert - falls notwendig - Ernährungsfachpersonen (z.B., wenn aufgrund von Schluckstörungen Ernährungsprobleme auftreten?)
- Wer ist die Schlüsselperson, wenn es um die Koordination der Aufgaben geht?

Fallbeispiel Herr G.

Zusammenarbeit in offiziellen bzw. informellen Netzwerken mit spezialisierten Care und unterstützenden Diensten

Bei Herrn G. handelt es sich um einen 60-jährigen erfolgreichen Geschäftsmann mit zwei erwachsenen Kindern. Er ist geschieden und lebt seit langem in einer neuen Partnerschaft. Seine Partnerin und er haben erst vor kurzem geheiratet und sie leben in einer grosszügigen Attikawohnung. In den ersten 60 Jahren seines Lebens war Herr G. stets gesund und sportlich sehr aktiv. Bisher hatte er keinen Hausarzt und auch nie einen gebraucht.

2012 treten bei Herrn G. persistierende Bauchschmerzen auf, welche schliesslich von einem Gastroenterologen abgeklärt werden. Die Diagnose ist niederschmetternd: Pankreaskarzinom.

Es erfolgt eine erfolgreiche Operation mit anschliessender Chemotherapie. Dennoch kommt es 2014 zu einem Rückfall mit massiven Bauchschmerzen. Die therapeutischen Optionen sind gemäss den Onkologen im behandelnden Spital ausgeschöpft, Metastasen haben sich bereits im ganzen Bauchraum gebildet. Herr G. setzt in der Folge grosse Hoffnungen in alternative Heilmethoden. Zu diesem Zeitpunkt sucht Herr G. über eine befreundete Pflegefachfrau mit Erfolg einen Hausarzt. In einer ersten Konsultation werden die Wünsche, Sorgen und Hoffnungen des Ehepaares ergründet und ein grober Behandlungsplan inkl. Patientenverfügung erstellt.

Herr G. äussert den Wunsch, sich durch einen Heiler in Österreich behandeln zu lassen. Die Reise nach Österreich erfolgt, wird jedoch aufgrund einer akuten Verschlechterung abgebrochen und Herr G. durch die REGA in die Schweiz zurückgefliegen.

Die Betreuung von Herrn G. erfolgt auf seinen eigenen Wunsch zuhause durch den **Hausarzt**. Er ist in ein starkes, offizielles Palliativnetzwerk eingebunden und schaltet rasch und unkompliziert folgende weitere Fachbereiche ein: die regionale **Spitex**, das **Palliative Care Team** und wegen massiven Schmerzen zusätzlich ein **Schmerztherapeut** beigezogen. Die Situation ist extrem belastend für den Patienten wie auch für die **Partnerin** und die erwachsenen **Kinder**. Darum werden nach Rücksprache mit ihnen eine **Psychologin** und eine **Seelsorgerin** beigezogen, welche den **Patienten** und die **Angehörigen** bis zum Schluss begleiten.

In einer instabilen Situation (unkontrollierbare Schmerzsituation, zunehmende Überforderung der Partnerin) erfolgt die Einweisung in ein Spital mit spezialisierter Palliative Care Station. Angesichts der Komplexität der Gesamtsituation erweist sich eine Entlassung nach Hause als unrealistisch. Herr G wird mit seinem Einverständnis und auf Wunsch der Partnerin in ein Hospiz verlegt, welches bereits vom PC-Netzwerk vorinformiert war. Dort verstirbt er nach 14 Tagen.

Folgende Fragen stellen sich insbesondere hinsichtlich von offiziellen und inoffiziellen Netzwerken:

- Wie hätte der Krankheitsverlauf aussehen können, wenn lediglich ein inoffizielles (schwaches) Netzwerk vorhanden gewesen wäre?
- Wo hätten sich womöglich Schwierigkeiten, Unterbrüche in der Versorgung oder Hürden für die bereits Involvierten ergeben?
- Welche Berufsgruppen gibt es in Ihrem Netzwerk?
- Welche Berufsgruppen fehlen in Ihrem Netzwerk oder würden Sie sich zusätzlich wünschen?
- Aufgrund welcher Kriterien arbeiten Sie mit Ihren häufigsten Kontakten zusammen (gemeinsame Ausbildung, gemeinsame frühere Zusammenarbeit, Sympathie, etc.)

Fallbeispiel
Frau S.

Zusammenarbeit
mit unterstützenden
Diensten
(Seelsorge)

Die 70-jährige Frau S. ist eine offene, interessierte und lebhaft Patientin mit Ehemann und zwei erwachsenen Kindern. Bis zu ihrer Pensionierung war sie als Pflegefachfrau tätig und bis heute zudem in der Kirchgemeinde als freiwillige Sozialhelferin engagiert. Leider entwickelt sich bei Frau S. in relativ kurzer Zeit ein rasch progredientes dementielles Syndrom. Dank der engagierten und fürsorglichen Unterstützung des **Ehemannes** und der einen **Tochter**, welche ebenfalls Pflegefachfrau ist, kann Frau S. weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld bleiben. Die Familie wird vom Beginn der Erkrankung an seelsorgerisch begleitet durch den **Pfarrer** der Wohngemeinde. Zudem erfährt der Ehemann regelmässige Entlastung durch **Freunde und Bekannte** von Frau S., mit welchen sie in der Freiwilligenarbeit der Kirche tätig war. Die Situation spitzt sich zu, als es nach drei Monaten zu einer Verschlechterung des AZ kommt. Der Ehemann meldet sich telefonisch beim Hausarzt und äussert ihm gegenüber, dass bei seiner Frau Stuhlunregelmässigkeiten bestehen und er das Gefühl habe, sie leide unter Bauchschmerzen. Die (demente) Patientin hingegen bestreitet dies. Einen Arztbesuch lehnt Frau S. kategorisch ab. Als sich die Symptome schliesslich drastisch verschlimmern, wird Frau S. notfallmässig hospitalisiert. Abklärungen folgen und letztlich wird die Diagnose eines Rektum-Karzinoms gestellt.

Die Onkologen und Onkologinnen empfehlen der Patientin in Anwesenheit der Angehörigen eine intensive Therapie mit Operation, Bestrahlung und Chemotherapie. Die Patientin ist jedoch aufgrund ihrer Demenz nicht mehr in der Lage, diese Entscheidung zu treffen. Die Angehörigen sind sich uneinig, was getan werden soll: Der Ehemann möchte die Therapie wie von den Ärzten empfohlen durchführen, während die Töchter von Frau S. auf die körperliche und seelische Belastung hinweisen. Die Familie sucht in dieser Situation das intensive Gespräch mit dem Pfarrer. Im Gespräch mit der Familie stellt der Pfarrer fest, dass sehr unterschiedliche Wissen bezüglich der Therapie vorhanden ist und offensichtlich jedes Familienmitglied die Erklärungen der Ärzte anders verstanden hat. Der Pfarrer bittet darum um ein Gespräch mit den behandelnden Ärzten und der Familie. Diese kann nach einigen Tagen im Zimmer von Frau S. stattfinden. Die Ärzte informieren erneut über die Therapie und ihre möglichen Folgen und die Familie und Frau S. entscheiden sich in Anwesenheit des Pfarrers für die Operation und Therapie.

Nach einigen Monaten, die Frau S. zuhause verbringt, kommt es zu einer AZ-Verschlechterung und Pflegebedürftigkeit. Die Betreuung erfolgt weiterhin zuhause mit Hilfe der **SEOP** und der **Gemeindespitex**. Als es im Rahmen des dementiellen Syndroms wiederholt zu Phasen von starker Unruhe kommt, die eine intensive Betreuung der Patientin nötig machen, holt der Hausarzt eine konsiliarische Beratung bei der Chefärztin eines Palliativ-Hospizes ein. Als sich die Situation trotz dem Einsatz mehrerer Psychopharmaka nicht verbessert, wird Frau S. schliesslich ins Hospiz eingewiesen, wo sie nach 2 Tagen verstirbt.

Folgende Fragen stellen sich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Seelsorge im Speziellen und mit unterstützenden Diensten (Physio- und Ergotherapie, Psychologen/innen) im Allgemeinen:

- Wer fragt in der Regel die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen danach, ob sie seelsorgerische oder psychologische Unterstützung wünschen
- Zusammenarbeit mit unterstützenden Diensten: Erfolgt der Informationsaustausch meist gegenseitig oder eher nur von einer Seite zur anderen (z.B. Hausarzt/in → Seelsorge)? Falls er eher einseitig ausfällt: Erfahrungsgemäss eher 'Seelsorge → Ärzte/innen' oder 'Ärzte/innen → Seelsorge'?
- Aus welchen Gründen erfolgt der Austausch eher einseitig? Können diese Gründe eliminiert werden?
- Könnten Sie sich vorstellen, dass eine Zusammenarbeit mit der Seelsorge oder anderen unterstützenden Diensten die Arbeit des Hausarztes unterstützen kann oder allenfalls sogar entlastet? Falls ja: wie und mit wem?

Fallbeispiel Frau K.

Zusammenarbeit mit beratender Institution bzw. mit spezialisierter Palliative Care

Die 75jährige Frau K. ist eine distinguierte, zierliche Patientin. Sie lebte lange Jahre im Kanton Zürich und ist vor einigen Jahren ins Oberbaselbiet gezogen, da sie nach dem Tod ihres Ehemannes in der Nähe ihrer erwachsenen Kinder (zwei Söhne und eine Tochter) wohnen wollte.

Eines Tages sucht sie ihren Hausarzt in der Sprechstunde auf und berichtet über seltsame Empfindungen im Bereich der Zunge, was ihr bisweilen beim Kauen und Schlucken leichte Schwierigkeiten bereite. Klinisch finden sich keine Auffälligkeit, auch der konsiliarisch zugezogene HNO-Arzt kann sich die beschriebenen Symptome nicht erklären.

Die Beschwerden, insbesondere beim Schlucken, nehmen in der nachfolgenden Zeit zu, die Patienten beklagt ausserdem eine Veränderung ihrer Sprache hinsichtlich der Artikulationsfähigkeit. Schliesslich wird ein auf Muskelerkrankungen spezialisierter Neurologe beigezogen, der die Diagnose einer **ALS (Amyotrophe Lateralsklerose)** stellt.

Im Laufe der nachfolgenden Monate ist die Krankheit langsam progredient: Schlucken bereitet zunehmend Schwierigkeiten, die Nahrungsaufnahme nimmt immer mehr Zeit in Anspruch und kann den Energiebedarf nicht mehr decken. Wog die 160 cm grosse Patientin initial 50 kg, sind es mittlerweile nur noch 43.9 kg. Daneben ist die Sprache der sehr differenzierten und belesenen Patientin zunehmend verwachsen, schliesslich gar nicht mehr verständlich. Sie behilft sich mittels einer Schreibrtafel. Ausserdem nimmt die Kraft der Rumpfmuskulatur ab und die Patientin hat zunehmend eine vornüber geneigte Haltung.

In dieser Situation spricht der Hausarzt die Möglichkeit der Einlage einer PEG-Sonde (Perkutane Enterogastrostomie) an. Die Patientin ist unschlüssig: Eine **PEG-Sonde** würde ihre nicht ausreichende Anstrengung bei der Nahrungsaufnahme entlasten; andererseits fragt sie sich, ob sie nicht durch eine weitere Reduktion der Nahrungsaufnahme einem Tod durch Ersticken zuvorkommen könne.

In dieser auch für die Angehörigen und den Hausarzt schwierigen Situation nimmt, nimmt der Hausarzt Kontakt mit einem Hospiz auf und schildert dem ärztlichen Dienst die Problematik. Daraufhin kommt eine **Palliative Care-Fachfrau aus dem Hospiz** zu Hilfe. Sie besucht die Patientin und bespricht mit ihr, der anwesenden Tochter und dem Hausarzt die Situation, die weiteren Behandlungsoptionen und deren mögliche Konsequenzen. Dieses Gespräch wird von allen Beteiligten als sehr hilfreich und entlastend erlebt. Frau K. entscheidet sich gegen eine PEG-Sonde. Einige Monate später muss sie wegen zunehmender Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim eingewiesen werden, wo sie nach kurzer Zeit verstirbt.

Folgende Fragen stellen sich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit beratenden Institutionen im Bereich der spezialisierten Palliative Care:

- Welche Faktoren wirken sich Ihrer Erfahrung nach förderlich aus auf die Zusammenarbeit mit beratenden Institutionen?
- Welche Faktoren wirken sich Ihrer Erfahrung nach hinderlich aus für die Zusammenarbeit mit beratenden Institutionen?
- Werden gemäss Ihrer Erfahrung beratende Unterstützung eher zu früh, zu spät oder gerade zum richtigen Zeitpunkt angefordert? Falls zu spät oder zu früh: Was denken Sie, warum das so ist?

Quellen

- Atzeni, G., Schmitz, Ch. & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW. *Swiss academics reports, Vol 12, Nr. 2*.
- Eicher, M. & Berchtold, P. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit: Die Grenzen der Öffnung oder die Öffnung der Grenzen? *SAMW Bulletin, 3*.
- Eychmüller, St. (2014). *SENS – eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care*. https://www.curaviva.ch/files/ET5ZE6J/sens_modell_fachartikel_eychmueller_2014.pdf [30.03.2020].
- Gurtner, S. & Wettstein, M. (2019). Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. Eine Studie im Auftrag des BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020. Berner Fachhochschule, Departement Wirtschaft.
- Hirsmueller, S. & Schröer, M. (2019). Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In M. W. Schnell & Ch. Schulz-Quach (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin. 3. Auflage* (S. 9-16). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rohrbasser, A., Kirk, U. B. & Arvidsson, E. (2019). Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries: an online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. DOI: 10.1080/02813432.2019.1639902.
- SGAIM (2005). *Kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Hausarztpraxis. Empfehlungen für medizinische Qualitätszirkel: Eine Neuorientierung der Empfehlungen für die medizinische Qualitätsarbeit in der Schweiz*. https://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/hausarzeschweiz/Kommissionen/Qualitaet/7c_2005-12-28_Empf_med_QZ_V41.pdf [06.04.2020].
- Zoller, M. & Dahinden, A. (2004). Qualitätszirkel in der Schweiz: Wohin geht die Entwicklung? *Primary Care, 4, Nr. 35-36*, 663–665.

Die **Fallbeispiele** wurden erstellt mit freundlicher Unterstützung von **Dr. med. Christoph Cina**, Facharzt für Innere Medizin und Entwickler der "Supply Chain in der Palliativmedizin" für die Region Berner Seeland, Bern und Thun, Bucheggberg/Aaare Nord im Kanton Solothurn sowie **Dr. med. Florian Suter**, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Geschäftsführer Ärztenetz Nordwest AG, Experte Managed Care

Kontakt:

Prof. Dr. Brigitte Liebig
Hochschule für Angewandte Psychologie
Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Louis-Giroud-Str. 26
4600 Olten
brigitte.liebig@fhnw.ch

Mit freundlicher Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds (SNF)
Nationales Forschungsprogramm 'Gesundheitsversorgung' (NFP 74)
Projekt No.16: «Kooperation und Koordination in der Allgemeinen Palliativversorgung der Schweiz»
© 2020

