

# **Interprofessionelles Lernen on-the-job in einem Palliative Care Netzwerk**

## **Konzept zur Kompetenzerweiterung von Berufspersonen in kooperativen Strukturen**

Wissenschaftlicher Aufsatz als Kompetenznachweis im Vertiefungsmodul  
Wissenschaftliches Arbeiten (VMW)

Studiengang

Upgrade zum Master Adult and Professional Education

Verfasserin:

Heidi Abt-Graber  
Madiswilstrasse 14  
4917 Melchnau

Betreuer / Gutachter:

Dr. Robert Langen

Eingereicht am:

17. Juni 2011

an der

Pädagogischen Hochschule Luzern

Leistungsbereich Weiterbildung und Zusatzausbildungen

## Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Charakteristika von Palliative Care, Interprofessionalität Kooperation und Lernen on-the-job</b> .....	<b>4</b>
2.1. Palliative Care.....	4
2.1.1. Definitionen.....	4
2.1.2. Arbeitsfeld Palliative Care .....	5
2.2. Interprofessionalität .....	5
2.2.1. Diskussion von Interprofessionalität im Gesundheitswesen .....	5
2.2.2. Anforderungen an eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit .....	6
2.3. Kooperation .....	6
2.3.1. Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen .....	6
2.3.2. Definition von Kooperation und Kooperationsproblemen.....	7
2.3.3. Fördernde und hemmende Aspekte.....	7
2.3.4. Weiterbildung und Kooperation .....	7
2.4. Lernen on-the-job .....	8
<b>3. Lerntheoretische Ausrichtung von Lernen on-the-job</b> .....	<b>8</b>
3.1. Ansätze einer systemisch konstruktivistischen Didaktik .....	8
3.2. Mobile Palliative Dienste (MPD).....	9
3.2.1. Konzept Mobile Palliative Dienste (MPD) .....	9
3.2.2. Bezug zu Mentoring .....	10
<b>4. Folgerungen für ein Lernen on-the-job</b> .....	<b>11</b>
4.1. Kompetenzerweiterung in einem Netzwerk .....	11
4.2. Anforderungen an ein Konzept zur Kompetenzerweiterung .....	12
4.3. Mobile Palliative Dienste als Ausgangslage .....	13
<b>5. Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen</b> .....	<b>13</b>
5.1. Charakteristika des Konzeptes .....	13
5.2. Ablauf .....	14
5.3. Konzept im Überblick (Grafik) .....	15
<b>6. Fazit und weiterführende Aufgaben</b> .....	<b>16</b>
6.1. Einschränkungen und entsprechende Massnahmen.....	16
6.2. Weiterführende Arbeiten .....	17
<b>7. Eigenständigkeitserklärung</b> .....	<b>18</b>
<b>8. Quellen</b> .....	<b>19</b>
8.1. Literatur .....	19
8.2. Interview mit einer Expertin.....	20
8.3. Interne Dokumente .....	20
<b>9. Anhang</b> .....	<b>21</b>

## 1. Einleitung

Netzwerke zur Erbringung von Palliative Care sind neue Konstrukte und entsprechen der Nationalen Strategie für Palliative Care 2010-2012 die verlangt, dass in sämtlichen Regionen der Schweiz Angebote in Palliative Care aufgebaut und koordiniert und vernetzt erbracht werden (BAG, 2009, S. 55).

Auch in der Region Thun wird bis Mitte 2011 ein Netzwerk für Palliative Care aufgebaut. Der Netzwerkgedanke richtet sich nach den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen sowie ihrer Angehörigen, berücksichtigt aber auch wirtschaftliche Aspekte. Unter Netzwerk wird in der Folge ein „soziales System von im Kern autonomen Organisationen, die ihre Energie bündeln, um ein Ziel zu erreichen, das niemand von ihnen alleine erreichen kann“ (Grossmann & Lobning, 2004, S. 29, zit. nach Wegleitner, Schumann & Heller, 2009, S. 86) verstanden. Die Projektarbeiten orientieren sich an der Nationalen Strategie für Palliative Care 2010 – 2012 (BAG/GDK, 2009). Der Auftrag der Firma *bildungsmanagement heidi abt gmbh* besteht in der Begleitung dieses regionalen Projektes, dem von Kantonsseite Modellcharakter attestiert wird.

Palliative Care stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden. Fachpersonen aus verschiedenen Berufen sind nicht nur mit Sterben, Tod und Trauer konfrontiert. Von Ihnen werden auch Krisenmanagement, Interprofessionalität, Begleitung von Angehörigen, hochkomplexe technische Verrichtungen sowie Verantwortung für heikle Entscheidungen verlangt. In diesem fordernden Umfeld müssen ein wirkungsvolles Supportnetz und angepasste Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten sichergestellt werden. Im Projekt wurden bereits Konzepte für Support und Weiterbildung entwickelt. Letzteres integriert off-the-job Angebote in Form von Schulungsprogrammen und Kursen für Professionelle und Laien, Handlungsanleitungen (Best Practices) und Personalentwicklung in den einzelnen Institutionen. Der Bereich Lernen on-the-job ist noch nicht konzipiert. Hier wird ein Modell zur Förderung der Kompetenzen von professionellen Mitarbeitenden angestrebt.

Mit diesem Aufsatz wird deshalb der Frage nachgegangen, in welcher Form die kooperativen Strukturen eines Palliative Care Netzwerkes zur Kompetenzerweiterung genutzt werden können, Ziel ist die Entwicklung eines praxistauglichen Konzeptes. Dazu werden in Kapitel 2 die Charakteristika von Palliative Care, Interprofessionalität, Kooperation und Lernen on-the-job aus unterschiedlichen Blickwinkeln beschrieben. In Kapitel 3 wird herausgearbeitet, auf welchen lerntheoretischen und strukturellen Grundlagen ein neues Konzept basieren soll. Dazu werden Ansätze der systemisch konstruktivistischen Didaktik und des Mentorings

vorgestellt. Die Support-Funktion der Mobilien Palliativen Dienste<sup>1</sup> wird auf ihre Tauglichkeit als zentrales Element in einem neuen Konzept überprüft. In Kapitel 4 werden Folgerungen für ein Lernen on-the-job gezogen und in Kapitel 5 ein Konzept für interprofessionelles Lernen vorgestellt. Abschliessend werden Einschränkungen und weiterführende Arbeiten thematisiert.

## **2. Charakteristika von Palliative Care, Interprofessionalität Kooperation und Lernen on-the-job**

Kontinuierliche und abgestimmte Pflege und Betreuung in Palliative Care erfordert neue Kooperationsformen (Wegleitner et al., 2009) wie sie vor allem in interprofessioneller Teamarbeit zum Ausdruck kommen (Büche, 2011). Im Folgenden werden die obigen Bereiche kurz mit ihren jeweiligen Charakteristika insoweit ausgeführt, als sie für die Entwicklung eines Konzepts zur Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen berücksichtigt werden müssen.

### **2.1. Palliative Care**

#### **2.1.1. Definitionen**

«Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.» Soweit die Definition des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Die Netzwerkpartner der Region haben diese Definition wie folgt ergänzt:

Palliative Care setzt den kranken Menschen und sein Umfeld in den Mittelpunkt. Selbstbestimmung ist so zentral wie die Linderung belastender Symptome und das Berücksichtigen der individuellen Bedürfnisse. Von Palliative Care wird ein an den betroffenen Menschen orientiertes, interprofessionelles Handeln erwartet. Dies setzt Verantwortungsbewusstsein mit koordiniertem Handeln in einem Netzwerk und eine einfache Erreichbarkeit aller involvierten Anbieter voraus (Projektgruppe, 2010).

Definitionen zu Palliative Care sind geprägt von Wertvorstellungen und theoretischen Modellen der verschiedenen Fachdisziplinen. Knipping (2006) erwartet deshalb von Palliative Care eine „... [gemeinsame] Haltung von Personen und eine Orientierung in und zwischen

---

<sup>1</sup>Support durch Team der spezialisierten Palliative Care für Fachpersonal der Grundversorgung (Hausärzte, SPITEX, Langzeitinstitutionen und Spitälern)

Organisationen“ (S. 39) und fordert eine „radikale Betroffenenorientierung“ (S. 45). Sie verweist damit auf die zentrale Bedeutung von Interprofessionalität und Kooperation.

### **2.1.2. Arbeitsfeld Palliative Care**

Nachfolgend wird das Arbeitsfeld Palliative Care anhand einer konkreten Patientensituation aufgezeigt. Das Fallbeispiel beruht auf einer Patientengeschichte, die nach dem Tod des Patienten durch die Projektgruppe rekonstruiert wurde. Die Situation wird in Kapitel 5 zur Illustration des Lernkonzeptes on-the-job wieder aufgegriffen.

Herr Bagine<sup>2</sup>, Jahrgang 49, Bahnarbeiter, leidet an einem bösartigen Tumor im Bereich der Speiseröhre. Der Patient wohnt mit seiner Ehefrau in einem Einfamilienhaus, die zwei Kinder leben im Ausland. Das Ehepaar lebt ziemlich zurückgezogen. Seit Wochen nimmt er keine feste Nahrung mehr zu sich, erbricht Blut und leidet unter grossen Schmerzen. Der Patient wurde durch seinen Hausarzt ins Spital eingewiesen. Nach der Diagnosestellung wird entschieden, dass eine kurative<sup>3</sup> Therapie aussichtslos ist. Nach einer medizinischen und psychischen Krisenintervention durch das Personal des Spitals, wird der Patient nach Hause entlassen und durch die SPITEX betreut. Sein Zustand verschlechtert sich, nach einer Woche wird Herr Bagine in das Pflegeheim des Quartiers verlegt. Eine normale Nahrungsaufnahme wird unmöglich, so wird der Patient mehrmals nach Bern transportiert, wo ihm wiederholt eine PEG-Sonde<sup>4</sup> eingelegt wird. Herr Bagine erhält hohe Dosen an Schmerzmitteln, die aber nicht viel nützen. Frau Bagine scheint an der Situation zu verzweifeln und bittet das Personal um Hilfe. Nach vier Monaten stirbt der Patient.

## **2.2. Interprofessionalität**

### **2.2.1. Diskussion von Interprofessionalität im Gesundheitswesen**

In diesem Aufsatz wird die Definition von Zwarenstein & Bryant (2000<sup>5</sup>) verwendet, wie sie auch bei Kesselring (2005) und Büche (2011) erscheint. Demnach bedeutet Interprofessionalität: „Verantwortung für gemeinsam abgeprochene Entscheidungen, sowie für die Behandlung und Betreuung, die daraus folgen, übernehmen und Informationen austauschen sowie Arbeiten koordinieren“.

Gemäss Büche (2011) hat sich allerdings der Begriff der Interprofessionalität noch nicht wirklich durchgesetzt. Im Gegensatz zu Kesselring (2005), die aus dem Pflegeberuf stammt, geht er nicht auf die einzelnen Professionen ein, erwähnt aber im Zusammenhang mit Palliative Care die Pflege und den ärztlichen Dienst. Mit Interprofessionalität im Gesundheitswesen scheinen die Professionen Pflege und Ärzteschaft als Hauptakteure,

---

<sup>2</sup> Name geändert

<sup>3</sup> Kurativ: Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation (Heimerl et al, 2005, in Knipping, 2006, S. 51)

<sup>4</sup> PEG-Sonde: Durch die Bauchhaut angelegte Ernährungssonde, die direkt in den Magen führt  
<http://www.medicoconsult.de/wiki/PEG-Sonde>, (besucht am 17.6.5.2011)

<sup>5</sup> Im Rahmen einer Cochrane Review Group (2002): Interventionen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten

angesprochen zu werden. Kesselring (2005) verweist in diesem Zusammenhang auf die unterschiedliche Entwicklung der beiden Professionen. Während die Ärzteschaft auf eine lange Tradition als eigenständige Profession zurückblickt, war die Pflege während langer Zeit hierarchisch der Medizin unterstellt und galt als medizinischer Hilfsberuf. Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG, Art. 25a69 Pflegeleistungen bei Krankheit) werden Pflegeleistungen auch heute aufgrund einer ärztlichen Anordnung erbracht. Schärer-Santschi (2011) verweist zudem auf den Umstand, dass die beiden Hauptakteure Probleme tendenziell anders angehen und fordert, dass beide Professionen von einander lernen. Sie fordert zudem, dass kognitive und emotionale Aspekte gezielt verbunden werden.

### **2.2.2. Anforderungen an eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit**

Schärer-Santschi (2011) sieht als Grundlage einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit ein selbstbewusstes, klares Berufsverständnis der betroffenen Professionen mit Definition von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung. Aus ihrer Sicht zeigt sich Interprofessionalität an Schnittstellen und an Tätigkeiten, die Gemeinsamkeit erfordern. Büche (2011) sieht in der gemeinsamen Entscheidungsfindung (vgl. Fallbeispiel 2.1.2, keine kurative Therapie) einen entscheidenden Aspekt der gelingenden Interprofessionalität. Entscheidungsfindung basiert immer auf Informationsaustausch zwischen den Professionen, Angehörigen und den kranken Menschen (Büche, 2011), wobei die beruflichen Expertisen der Professionen gegenseitig anerkannt und respektiert werden (Kesselring, 2005). Aus dieser gemeinsamen Entscheidung und einem geteilten Wissen resultieren schliesslich die Massnahmen. Dieser Prozess erfordert gegenseitigen Respekt, Vertrauen, den Willen sich zu verstehen und Evaluationsbereitschaft (Büche, 2011). Kesselring (2005) fordert, gemeinsam aus Fallstudien zu lernen und auch Schlüsse für die Zusammenarbeit zu ziehen.

## **2.3. Kooperation**

Anhand der Habilitationsschrift von Jochen Schweitzer (1998) werden nun die für das Netzwerk wichtigen Punkte von Kooperation aufgeführt.

### **2.3.1. Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen**

Schweitzer (1998) verweist auf den Umstand, dass verschiedene Probleme, wie Kostenexplosion, Schwierigkeiten mit Kunden und Kundinnen, Burn-Out beim Personal, etc., nicht auf Grund schlechter Arbeit der einzelnen Akteure entstehen. Er meint vielmehr, dass nicht kooperative Interaktionen unter verschiedenen kompetenten Dienstleistungssystemen und mit Klientinnen und Klienten, oft zu unerwünschten Ergebnissen führen.

Als „Nicht-Kooperation“ bezeichnet er den Umstand, dass: „häufig Profis am selben Patienten schaffen, ohne voneinander zu wissen, und dass sie damit interaktiv, aber ohne Bewusstheit ein gemeinsames Ergebnis produzieren“ (vgl. 1998, S. 26).

### **2.3.2. Definition von Kooperation und Kooperationsproblemen**

In Anlehnung an Schweitzer (1998) wird Kooperation als Handlung verstanden, die zwischen zwei oder mehreren Parteien, in einem Kontext professioneller Dienstleistungen erfolgt und ein gemeinsames Arbeitsergebnis zum Ziel hat. Mehrere Handlungen können gleichzeitig oder kurz nacheinander stattfinden. Als Kooperationsprobleme gelten Begleitumstände von Kooperationsprozessen, die von mindestens einer der beteiligten Personen für ein Problem gehalten werden und der Veränderung bedürfen (vgl. 1998, S. 27).

### **2.3.3. Fördernde und hemmende Aspekte**

Kooperation wird nicht: „...durch moralische Aspekte an ein abstraktes Gesamtinteresse gefördert. Kooperation findet statt, wenn sie sich für die beteiligten Parteien lohnt“ (vgl. 1998, S. 38). Dazu sind Anreize, zum Beispiel emotionaler oder finanzieller Art nötig. Zudem muss das Ergebnis „...in den internen Eigenwährungen der verschiedenen Akteure überhaupt einen Wert haben...“ (vgl. 1998, S. 38). Kooperation beinhaltet eine stete Suche nach Ausgewogenheit. Insbesondere muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Eigenständigkeit (berufliche Identität) und der Entwicklung einer gemeinsamen Identität mit klaren Verantwortlichkeiten gefunden werden. Schweitzer schlägt weiter eine konsequente Kundenorientierung zur Vermeidung von Kooperationsproblemen vor.

Die Kooperation wird schlecht funktionieren, wenn verschiedene Parteien um den gleichen Kuchen kämpfen oder sich beweisen wollen, wenn die Kompetenzen unklar oder überschneidend sind, die Verbindlichkeit der Kooperation gering ist, die Partner wenig voneinander wissen oder wenn die Fachsprachen unterschiedlich sind (vgl. 1998, S. 38).

### **2.3.4. Weiterbildung und Kooperation**

Schweitzer kommt mit seinen Untersuchungen zum Schluss, dass Weiterbildung kooperationsfördernd wirken kann. Dieser positive Effekt entsteht vor allem durch die Zusammenführung von verschiedenen Berufsgruppen und Arbeitsfeldern und durch den damit verbundenen Erwerb von Kontextklärungs- und Verhandlungskompetenzen (1998, S. 216). Hier entsteht allerdings ein Dilemma, weil gemischte Kurse eher weniger zu individuellen Karrieren von Fachleuten beitragen (vgl. 1998, S. 63)

## 2.4. Lernen on-the-job

Arnold, Krämer-Stürzl und Siebert verweisen bereits 1999 auf die Bedeutung von Lernen am Arbeitsplatz als nicht zu unterschätzende Form der beruflichen Kompetenzentwicklung und fordern, dass sich Lernen und Arbeiten zunehmend verbinden sollen.

In der Literatur zu Personalentwicklung wird explizit auf die Bedeutung des Humankapitals mit Talenten und Kompetenzen verwiesen. Kobi (2002) führt aus, dass der eigentliche Wettbewerb immer mehr um die besten Arbeitskräfte stattfinden wird. Er empfiehlt deshalb, die interne Potentialentwicklung bewusst zu fördern sowie als Human Resources Marketing zu nutzen und verweist auf die Kostenvorteile für ein Unternehmen. Er fordert weiter eine breite Palette von Entwicklungsmöglichkeiten, die nebst Schulungen und Kursen ausserhalb des Arbeitsplatzes (off-the-job) vor allem Angebote on-the-job berücksichtigen. Letztere teilt er in drei Bereiche ein, die hier mit je einem Beispiel aufgeführt werden: 1. Beratung und Betreuung – Mentoring, 2. Förderung im Rahmen der bisherigen Funktion – Training on-the-job, 3. Förderung durch Übertragen neuer Funktionen – Job Rotation.

## 3. Lerntheoretische Ausrichtung von Lernen on-the-job

In diesem komplexen Umfeld stellt sich die Frage, auf welchen theoretischen und strukturellen Grundlagen ein Konzept zur Kompetenzerweiterung aufgebaut werden soll. Im Folgenden werden konstruktivistische Ansätze sowie das bereits entwickelte Konzept „Mobile Palliative Dienste (MPD)“ kurz beschrieben. Letzteres wird anschliessend in Kapitel 4 auf seine Integration in das angestrebte Lernkonzept überprüft.

### 3.1. Ansätze einer systemisch konstruktivistischen Didaktik

Lernen on-the-job entspricht einer grundlegenden Forderung konstruktivistischer Lerntheorien, wie sie von Arnold (2007) als: „Situierung von Lernen“ zum Ausdruck gebracht wird (vgl. S. 65). Lernen an und in der Situation ermöglicht, neue Informationen mit Vorwissen und eigenen Erfahrungen zu verknüpfen und zu interpretieren. Diese aktive Konstruktion von Wissen befähigt schliesslich zur Handlung in konkreten Situationen. Neues Wissen muss demnach brauchbar, stimmig, logisch und konsensfähig sein. Denn: „Wirklichkeitskonstrukte sind nur viabel<sup>6</sup>, wenn sie von einer Verständigungsgemeinschaft getragen werden“ (vgl. Arnold, 2007, S. 79)

---

<sup>6</sup> Es geht nicht um „richtig“ oder „falsch“, sondern um „gangbar“ (viabel) oder „nicht gangbar“... (Arnold, (2007), S. 69)



In diesem Zusammenhang sei auf die Bedeutung von Wissensmanagement in kooperativen Bezügen hingewiesen: Wenn Lernen in den Anwendungskontext eingebunden wird, können sich die Lernenden aktiv beteiligen, indem sie ihre Erfahrungen, Fragestellungen und Einsichten in die Problemlösung einbringen. So korrespondieren individuelles und organisationales Lernen (Arnold, 2007) in bester Art.

### **Erfahrungslernen**

Gemäss Arnold (2007) sind Erfahrungen „Komplexe Muster des Denkens und Fühlens, mit denen wir uns in Situationen orientieren und unser Handeln begründen“. Diese Muster entlasten „... von der überfordernden Aufgabe, Komplexität immer wieder neu zu reduzieren, um angemessen reagieren zu können“ (2007, S. 106). Arnold bezeichnet Erfahrung als Anknüpfungspunkt und Material, Dank dem sich Menschen Neues einverleiben können. Bezüglich der Frage, wann Menschen lernen, legt er die Vermutung nahe, dass dies dann erfolgt, wenn sie nicht mehr zurechtkommen, wenn Wissen und Können sich nicht mehr als gangbar erweisen.

## **3.2. Mobile Palliative Dienste (MPD)**

Aufgrund der Ausführungen in den Kapiteln 2 und 3 kann vermutet werden, dass sich die MPD als strukturelle Grundlage für das angestrebte Lernkonzept eignen. Das Konzept, wie es mittels Rekonstruktion einer realen Patientengeschichte erarbeitet wurde (Projektgruppe, 2010), steht in Übereinstimmung mit den nationalen Grundlagen: „Nationale Strategie Palliative Care“ (BAG/GDK, 2009), „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ (Dokument zur Vernehmlassung (2010), BAG/GDK) und „Nationale Leitlinien Palliative Care“ (BAG/GDK, 2010).

### **3.2.1. Konzept Mobile Palliative Dienste (MPD)**

Unter dem Begriff „Mobile Palliative Dienste“ werden

„... Angebote der spezialisierten Palliative Care für Pflege und ärztlichen Dienst zusammengefasst. Die Angebote stehen dem Fachpersonal der Grundversorgung (Hausärzte, SPITEX, Langzeitinstitutionen und Spitälern) rund um die Uhr zur Verfügung. Unter „Mobil“ ist nicht zwingend ein Einsatz vor Ort zu verstehen. Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden in den Mobilien Diensten sind wenn immer möglich auf die Befähigung der Grundversorger ausgerichtet. Kompetenzsteigerung in den Institutionen des Netzwerks ist ein zentrales Element der Betreuungsqualität, dient dem Erhalt von qualifiziertem Personal und der Kostenoptimierung. ...“ (Projektgruppe, 2010).

Der Dienst ist zuständig für eine adäquate Beratung am Telefon oder per Mail und leistet bei Bedarf Einsätze vor Ort. Diese beinhalten folgende Aufgaben: Demonstration von Pflege- und Behandlungsmethoden, Anleitung der Mitarbeitenden aus der Grundversorgung, Ausführen von spezifischen Verrichtungen und Behandlungen.

### **3.2.2. Bezug zu Mentoring**

Indem erfahrene Personen (Mentorin/Mentor) ihre Erfahrungen anderen Personen (Mentee) weitergeben nimmt das Konzept MPD den Grundgedanken von Mentoring auf. In seiner Ausrichtung trägt es die Merkmale des Cross-Mentorings mit dem Vorteil, dass „es zu keinem Vorgesetztenverhältnis zwischen MentorIn und Mentee kommt“ (vgl. Rotersteinberg in Stöger, Ziegler, Schimke, 2009, S. 44). Damit entsteht eine [im Gegensatz zu Mentoring-Programmen, nur kurzfristige] Beziehung zwischen Personen, die auf gegenseitigem Vertrauen und Wohlwollen basiert und das Vorankommen der Mentees zum Ziel hat (Ziegler in Stöger et al., 2009). Die Mitarbeitenden von MPD sind durch ihre Qualifikationen und Erfahrungen durchaus in der Lage, die Mitarbeitenden der Grundversorgung zu instruieren, Informationen weiterzugeben, bestimmte Handlungen vorzuführen und zu erkennen, ob eine Handlung zielführend ist. Sie sind zudem aufgefordert, Mentees zu beraten, ihnen bei Bedarf als Rollenmodell zur Verfügung zu stehen (Ziegler in Stöger et al., 2009) und eine klare Haltung von Palliative Care vorzuleben. Rotersteinberg verweist auch auf die Interview-Studie von Koremann (2005), die den positiven Aspekt von Mentoring zur Netzwerkbildung und als Schutzschild gegenüber drohenden Krisen und Problemen hervorhebt (Stöger et al., 2009).

Es ist nicht das Ziel der MPD, die Anforderungen eines Mentoring-Programms zu erfüllen. Die Dienstleistung MPD dient primär der Soforthilfe in kritischen Situationen und muss insbesondere auch kranke Menschen, Angehörige, Qualitätssicherung im Netzwerk, einen hektischen Betreuungsalltag und wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen. In Kapitel 4 wird geprüft, ob MPD als Ausgangslage für ein Konzept zur Kompetenzerweiterung im Netzwerk genutzt werden soll. Im Folgenden werden deshalb weitere Bereiche des Mentorings, kurz beleuchtet, sofern sie für die Entwicklung eines Lernkonzeptes relevant sind.

Den MPD fehlen insbesondere die pädagogische Perspektive und eine damit zusammenhängende Definition von Rollen und Aufgaben der beteiligten Personen.

**Pädagogische Perspektive:** Eine einfache Beschäftigung mit Sachverhalten bringt meist keinen relevanten Lernzuwachs. Lernschritte sollten auf die Mentees zugeschnitten sein und die Fortschritte mittels geeigneten Feedbacks reflektiert werden. Zudem bedürfen erfolgreiche Lernschritte der Einübung und Festigung (vgl. Ziegler in Stöger et al., 2009, S. 14).

**Rollen und Aufgaben der beteiligten Personen:** Dieser Abschnitt orientiert sich an den Ausführungen von Rotering-Steinberg (Stöger et al., 2009). Die Rolle der Mentees ist initiativ, aktiv und offen für Unterstützung und Anregungen seitens der Mentorin oder des Mentors. Mentees sind verantwortlich für ihren weiteren Weg und bereit, mit ihrem Engagement die Situation zu verbessern. Bezüglich Aufgaben haben sie den aktiven Teil zu erfüllen, setzen gemeinsam Erarbeitetes um und geben Feedback.

Der Mentor oder die Mentorin kann sich in die Lage der Mentees versetzen und ist bestrebt, deren Sichtweisen zu verstehen. Er oder sie ist offen für Probleme und Fragestellungen der Mentees und gibt gerne fachliche, mentale und emotionale Unterstützung. Der Mentor oder die Mentorin hat die Aufgabe, Mentees bei Erfahrungen und dem Wissenserwerb zu unterstützen, ist Vorbild und gibt Hilfestellung bei Analysen und der Entwicklung von Zielen.

Stöger et al. (2009) bezeichnen eine angepasste Schulung der Mentorinnen und Mentoren als wichtigen Erfolgsfaktor von Mentoring. Dies kann in Form von Kursen zur Förderung der Beratungskompetenz und weiteren Basiskompetenzen, Supervision, Intervision, etc. erfolgen.

## **4. Folgerungen für ein Lernen on-the-job**

Im Folgenden werden aus den Kapiteln 1-3 die Herausforderungen für ein Konzept zur Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen abgeleitet. Die Arbeitsgruppe „SwissEduc“ der schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung bezeichnet Kompetenzen als: „Zusammenspiel von kognitiven, affektiven und psychomotorischen Funktionen“, oder schlicht: „Wissen, Haltungen und Fertigkeiten“ (Pereira, Porchet, Schröter, Gamondi Palmesino, Pautex, Zaugg, Bucher, Waldmann, 2007) sowie (Epstein, 2002 in Pereira et al. 2007).

### **4.1. Kompetenzerweiterung in einem Netzwerk**

Welche Kompetenzen sollen im Berufsalltag eines Palliative Care Netzwerkes gefördert werden? Aufgrund der Ausführungen in den Kapiteln 2 und 3 wird von den Mitarbeitenden in einem Palliative Care Netzwerk Folgendes erwartet: Profunde Fachkenntnisse ihrer Profession, Kenntnisse in Palliative Care, die Fähigkeiten zur Ausführung komplexer technischer Verrichtungen sowie zur Erstellung evidenzbasierter beruflicher Expertisen als Grundlagen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Zudem müssen sie in der Lage sein, Verantwortung für heikle Entscheidungen zu übernehmen, Laien und Angehörige zu

instruieren und zu begleiten, in Krisen korrekt zu intervenieren und ihre Handlungen stets am kranken Menschen auszurichten. Das alles in Kooperation mit kranken Menschen und anderen Berufsgruppen. Dazu kommt ein Umfeld, das zunehmend von ökonomischen Forderungen geprägt wird und die Zeit für Zuwendung zu den kranken Menschen immer knapper werden lässt (Heller & Manzeschke, 2010).

Die Ziele von Palliative Care können nur erreicht werden, wenn die Professionen eine gemeinsame Haltung und gemeinsame Ziele, die allen verständlich und sinnvoll erscheinen, verfolgen. Dies wiederum bedingt Empathie, Respekt, Vertrauen, Evaluationsbereitschaft und den Willen sich gegenseitig zu verstehen.

Kompetenzerweiterung in einem Netzwerk muss demnach fachliche und kooperative Komponenten gleichwertig berücksichtigen.

## **4.2. Anforderungen an ein Konzept zur Kompetenzerweiterung**

Wissen und Fertigkeiten in Palliative Care sollen off-the-job, gemäss den Ausbildungsniveaus nach SwissEduc (Pereira et al. 2007) erworben werden. Ein Konzept zur Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen wird das Zusammenspiel von Wissen, Haltungen und Fertigkeiten auf allen Ebenen fördern, sich gezielt aber an den Anforderungen bezüglich Kooperation und interprofessioneller Zusammenarbeit orientieren. Das Konzept muss derart aufgebaut werden, dass:

- der Zugang grundsätzlich für alle involvierten Professionen gesichert ist und an deren Lern- und Berufserfahrung anknüpft.
- sich die verschiedenen Professionen näher kommen, Hierarchien, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung klären oder neu definieren.
- gemeinsam aus realen Fällen gelernt wird, die Zusammenarbeit reflektiert und allfällige Kooperations- oder Schnittstellenprobleme erfasst und bearbeitet werden.
- ein situierendes Lernen unter Einbezug der Erfahrungen, Fragen und Einssichten der Mitarbeitenden stattfindet und die Ergebnisse in angepasster Form dem Netzwerk zugänglich gemacht werden.
- es flexibel, aktuell und verbindlich ist, in einen hektischen, unregelmässigen Berufsalltag integriert werden kann und ökonomische Interessen berücksichtigt.
- es letztlich zu einer globalen Kompetenzsteigerung im Netzwerk führt und einen wesentlichen Teil an die Qualitätssicherung leistet.

### **4.3. Mobile Palliative Dienste als Ausgangslage**

Die Dienstleitung der MPD setzt exakt dort an, wo die Mitarbeitenden der Palliativen Grundversorgung nicht mehr zurechtkommen, wo ihr aktuelles Wissen und ihre Erfahrung nicht mehr gangbar sind (Arnold, 2007) und Betreuungs- oder Behandlungsqualität nicht mehr gesichert sind. Ein Lernkonzept, das dies aufnimmt, ist grundsätzlich, situativ, real, aktuell und für das Netzwerk von Bedeutung. Es ist anzunehmen, dass die Situationen auch interprofessionell sind. Durch die Aufnahme wesentlicher Elemente des Mentorings kann von einer Förderung der Mitarbeitenden in der Grundversorgung ausgegangen werden. Dies wird höchstwahrscheinlich zu einer globalen Kompetenzsteigerung im Netzwerk führen. Es ist anzunehmen, dass sich die Professionen näher kommen, durch die MPD aber vorwiegend fachliche Belange abgedeckt werden.

Das MPD-Konzept ist als Ausgangspunkt für ein interprofessionelles Lernen on-the-job grundsätzlich geeignet. Ein weiterführendes Lernkonzept muss jedoch garantieren, dass auch die Zusammenarbeit im Netzwerk reflektiert wird und allfällige Kooperations- oder Schnittstellenprobleme erfasst werden. Die Mitarbeitenden der MPD müssen adäquat geschult und auf ihre neue Aufgabe vorbereitet werden.

## **5. Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen**

Im diesem Kapitel wird ein Konzept zur Kompetenzerweiterung von Berufspersonen in kooperativen Strukturen vorgestellt. Dieses verbindet Aspekte des Mentorings mit denen des situativen Lernens und soll zu einer globalen Kompetenzsteigerung im Netzwerk führen.

### **5.1. Charakteristika des Konzeptes**

Davon ausgehend, dass in akuten (Problem-) Situationen die (MPD) Support leisten, sind die daraus resultierenden Lerngegenstände aktuell und praxisnah. Durch den Einbezug verschiedener Professionen und Organisationen des Netzwerkes entfaltet das Konzept eine breite Wirkung. Mittels einer geeigneten Nachbereitung, durch interprofessionelle Fallbesprechungen und Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) im geschützten Bereich der Netzwerk-Website, profitiert das gesamte Netzwerk als Verständigungsgemeinschaft (Arnold, 2007). Zusätzlich wird im Netzwerk eine Fehler- und Feedbackkultur aufgebaut. Die Einsätze der MPD zeichnen sich durch Nachhaltigkeit aus, erfüllen damit ökonomische Forderungen und dienen der Qualitätssicherung im Netzwerk.

## 5.2. Ablauf

Der vorgesehene Ablauf wird nun anhand der Patientensituation aus Kapitel 2 geschildert:

### a) Problemerkennung

Die Fachpersonen der Grundversorgung (Pflegeheim) aus Pflege und ärztlichem Dienst erkennen, dass die Schmerzmedikation bei Herrn Bagine nicht die gewünschte Wirkung entfaltet. Sie gelangen deshalb mit einer Supportanfrage an die MPD. Das diensthabende Team (Fachärztin und Pflegefachmann) nimmt gemeinsam eine Problemprüfung vor und eröffnet das Verfahren (vgl. Prozessbeschreibung im Anhang dieses Aufsatzes).

### b) Support

Der Support beginnt mit einer Beratung am Telefon: Das MPD-Team macht die Mitarbeitenden des Pflegeheimes auf die Best Practice zum Thema Schmerz aufmerksam, gibt Empfehlungen bezüglich Medikation ab und rät zum Einsatz einer Schmerzpumpe. Sie verweisen weiter auf die Möglichkeiten von nicht-pharmakologischen Massnahmen. Im Laufe des Gesprächs wird klar, dass das Personal des Pflegeheimes über viel Erfahrung in alternativer Schmerzbehandlung verfügt, aber nicht in der Lage ist, eine Schmerzpumpe zu setzen und zu unterhalten. Gemeinsam wird entschieden, den Support mit Demonstration und Anleitung vor Ort zu ergänzen: Eine Person des MPD-Teams begibt sich in das Pflegeheim, installiert die Schmerzpumpe am Patienten und instruiert die Fachleute vor Ort über Unterhalt und Pflege. Der Support endet mit den nötigen Eintragungen in der Patientendokumentation.

### c) Nachbereitung

Die betroffene Fachperson der Grundversorgung reflektiert die Situation mittels eines standardisierten Formulars. Insbesondere dokumentiert sie ihren Kompetenzzuwachs und allgemein gültige Erkenntnisse, formuliert weiterführende Fragen und zeigt auf, wie sie das Gelernte üben und festigen wird. Dies kann durch eine Nachbesprechung mit der MPD oder durch eine Übungssequenz in der Lernwerkstatt des Spitals erfolgen.

### d) Aufbereitung der Unterlagen

Die Dokumente und Formulare werden nun durch eine unabhängige Fachperson mit pädagogischer Ausbildung, Erfahrung im Bereich Supervision und Grundkenntnissen in Palliative Care analysiert. Bei Fachfragen kann diese die MPD oder einen Palliative Care Master zuziehen. Geeignete Ergebnisse werden als FAQ (Häufig gestellte Fragen und Antworten) in den geschützten Bereich auf die Website des Netzwerkes gestellt. Zusätzlich

erfolgt eine didaktische Aufbereitung der anonymisierten Inhalte für interprofessionelle, themenzentrierte Fallbesprechungen. Im aktuellen Fall drängt sich eine Reflexion des Umstandes auf, dass der sterbende Patient mehrmals nach Bern transportiert wird, damit ihm eine PEG-Sonde eingelegt werden kann. In diesem Zusammenhang geht es um Netzwerkthemen wie gemeinsame Entscheidungsfindung und Schnittstellenmanagement, aber auch um die Fachdiskussion nach möglichen Alternativen zur PEG-Sonde.

### e) Interprofessionelle Fallbesprechung

Einmal pro Monat findet eine geleitete Fallbesprechung statt, weitere können bei Bedarf organisiert werden. Die Betriebe der Grundversorgung melden sich im Voraus für mindestens eine Teilnahme im Jahr an. Für die Bearbeitung des Falles Bagine sind zusätzlich die Fachpersonen aus dem Pflegeheim und wenn möglich eine Vertretung der MPD anwesend. Bei Bedarf werden weitere Professionen wie Seelsorge oder Soziale Arbeit zugezogen.

### f) Veränderungen im Netzwerk einleiten und kontrollieren

Die Sitzungen werden von der Fachperson (vgl. Ziffer d) derart moderiert, dass möglichst konkrete Ergebnisse erzielt werden, die im Netzwerk umgesetzt werden können.

## 5.3. Konzept im Überblick (Grafik)

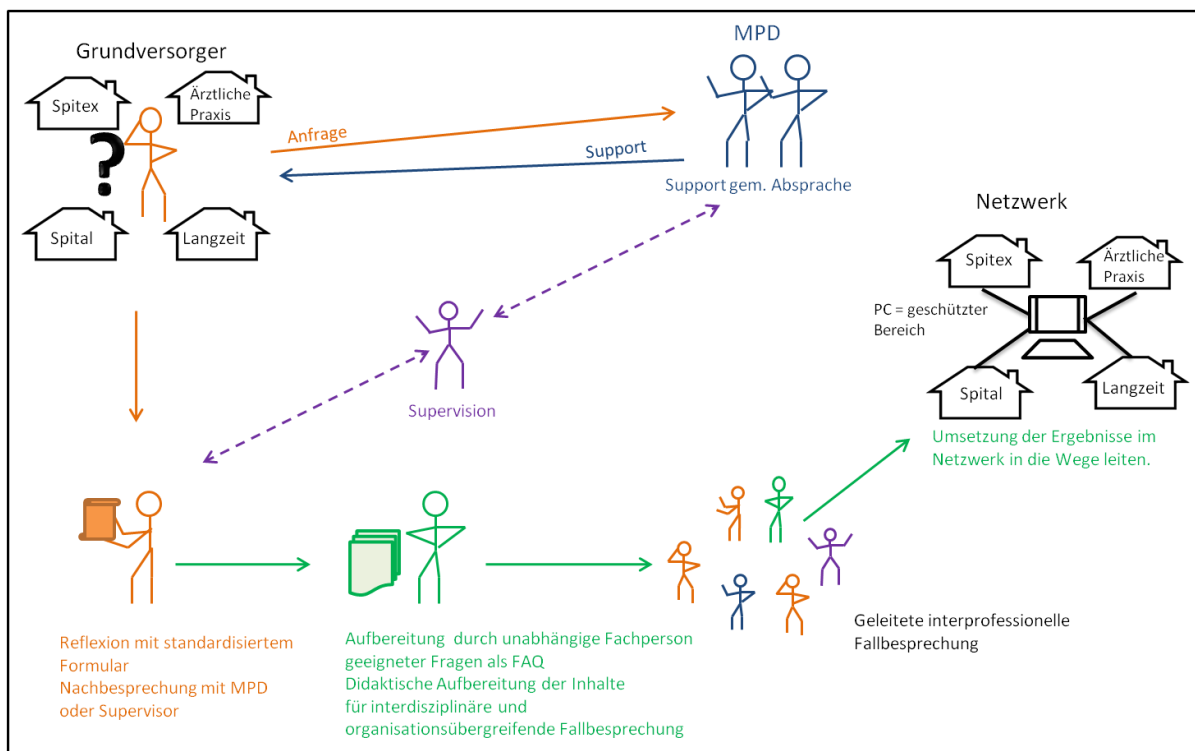


Abb. 1: Konzept Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen

## 6. Fazit und weiterführende Aufgaben

Wenn kooperative Strukturen den gewünschten Erfolg bringen sollen, müssen die Akteure eine gemeinsame Haltung entwickeln und ihre Dienstleistung an den Betroffenen ausrichten (Knipping, 2006). Zudem ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen einer eigenständigen beruflichen Identität und einer gemeinsamen Identität mit klaren Verantwortlichkeiten zu finden (Schweitzer, 1998). Weiter müssen die Beteiligten Verantwortung für gemeinsam abgesprochene Entscheidungen und deren Folgen übernehmen (Büche, 2011), gemeinsam aus Fallstudien lernen und daraus Schlüsse für die Zusammenarbeit ziehen (Kesselring, 2005). Dies erfordert, dass sich die Personen der verschiedenen Professionen kennen, verstehen, respektieren und vertrauen. Kompetenzerweiterung in einem Netzwerk muss fachliche und kooperative Komponenten gleichwertig berücksichtigen und fördern.

### 6.1. Einschränkungen und entsprechende Massnahmen

Das in Kapitel 5 vorgestellte Konzept erfüllt diese Bedingungen weitgehend und wurde von der Projektgruppe für tauglich befunden. Damit ist das eingangs formulierte Ziel der Entwicklung eines praxistauglichen Konzeptes erfüllt. Das Konzept weist aber auch Einschränkungen auf. Erfahrungen in der Region zeigen nur, dass die reine Supportfunktion, wie sie bisher durch Mitarbeitende der Onkologie angeboten wurde, bei kranken Menschen und ihren Angehörigen zu hoher Akzeptanz und Zufriedenheit führt. Eine nachhaltige Instruktion am Krankenbett aber könnte die konsequente Ausrichtung von Palliative Care an den betroffenen Menschen stören. Die beteiligten Personen der Grundversorgung werden sich in der aktuellen Situation auf Beobachtung und Reflexion konzentrieren müssen. Durch den Umstand, dass der MPD-Dienst in den normalen Arbeitseinsatz im Spital integriert wird, sind der Mentorentätigkeit der MPD zusätzliche Grenzen gesetzt. Es kann sein, dass die Zeit für wichtige Bausteine des Mentorings (Ziegler in Stöger et al., 2009), wie individuelle Beratung oder Festigen einer Handlung durch Üben, Reflexion und Feedback, kurzfristig nicht zur Verfügung steht. Die oben aufgeführten Einschränkungen werden im dargestellten Konzept durch folgende Massnahmen kompensiert: Die Person der Grundversorgung ist aufgerufen, die Situation mittels standardisierten Formulars nachzubereiten und weiterführende Fragen zu formulieren. Für die zusätzliche Besprechung mit Reflexion und Festlegung weiterer Ziele, stehen ihr neben den MPD auch eine Supervisorin oder ein Supervisor zur Verfügung.

Der Erfolg des Konzeptes hängt massgeblich vom Engagement aller Grundversorger und ihrer Bereitschaft zur Reflexion ab. Hier muss grosses Gewicht auf Bewusstseinsbildung der Netzwerkpartner gelegt werden. Allen muss klar sein, dass eine Supportanfrage an die MPD



nicht mit Versagen oder Unfähigkeit gleichzusetzen ist. Vielmehr ist die Einsicht zu fördern, dass bei sorgfältiger Nachbereitung Vorteile für alle Betroffenen resultieren: Patientinnen, Patienten, Angehörige, Berufspersonen, Praxen, Institutionen und das Netzwerk.

## **6.2. Weiterführende Arbeiten**

Die Schulung der Mitarbeitenden der MPD ist ein zentraler Erfolgsfaktoren von Mentoring (Ziegler in Stöger et al., 2009) und wird separat angegangen. Es ist anzunehmen, dass die Mitarbeitenden aus Pflege und ärztlichem Dienst ausgewiesene Fachkenntnisse in Onkologie mitbringen und technisch auf dem neusten Stand sind. Wie ausgeprägt die Kompetenzen in Palliative Care und Beratung sind, muss abgeklärt werden. Ziel ist schliesslich der Aufbau eines Schulungskonzeptes in Baukastenform, das auch Rollen und Aufgaben von Mentorinnen und Mentoren berücksichtigt und mit einem Kompetenznachweis abgeschlossen wird. Die Supervision ist bereits Bestandteil des vorgestellten Konzeptes zur Kompetenzerweiterung (vgl. Abb. 1).

Die Ergebnisse der interdisziplinären Fallbesprechungen müssen im Netzwerk implementiert und deren Umsetzung kontrolliert werden. Dieser Prozess mit der entsprechenden Zuordnung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung, muss noch erarbeitet werden. Es ist vorgesehen, diese Arbeit zusammen mit dem Aufbau einer Geschäftsstelle anzugehen.

Zur Überprüfung der angestrebten Resultate ist ein Evaluationsplan zu entwickeln, der zusätzlich mit einem adäquaten Netzwerkcontrolling koordiniert wird. Change International (2010) empfiehlt, die Evaluation von Personalentwicklungsmassnahmen bereits mit ihrer Konzeptionisierung auf sechs Ebenen zu planen: Statistische Daten, Zufriedenheitserfolg, Lernerfolg (Prozessevaluation) sowie Transfererfolg, Ergebnisse, Return-on-investment (Ergebnisevaluation).

Zum Abschluss sei noch vermerkt, dass ein attraktives Weiterbildungsangebot mit umfassenden on-the-job Angeboten im Wettbewerb um qualifiziertes Personal durchaus Vorteile bringen kann. Entscheidend ist aber, wie die Institutionen des Netzwerkes ihre Personalressourcen gewichten, erfassen und entwickeln. Um mit Kobi zu enden: „Wenn Wissen und Können zu entscheidenden Faktoren werden, rückt der einzelne Mitarbeiter als Erfolgs- und Leistungsfaktor vor“ (2002, S. 25).

## 7. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (inkl. Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Diese Arbeit ist in dieser oder einer ähnlichen Form nicht zu einem früheren Zeitpunkt zu einer Prüfung vorgelegt worden.



## 8. Quellen

### 8.1. Literatur

- Arbeitsgruppe Indikationskriterien, Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit BAG (2010). *Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (Version 21.10.2010 zur Vernehmlassung)*
- Arnold, R. (2007). *Ich lerne, also bin ich. Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik (1. Auflage)*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Arnold, R.; Krämer-Stürzl, A.; Siebert, Horst. (1999), *Dozentenleitfaden (1. Auflage)*. Berlin: Cornelsen Verlag
- Binder, J. & Wartburg, L. (2009). *Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012*. Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK
- Binder, J. & Wartburg, L. (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. BAG & GDK
- Büche, D. (2011). Fachartikel Interprofessionalität. In palliativ-ch (Hrsg.), 2011(1) *Vernetzte Versorgung* (S. 34 – 36).
- Change International Ltd. Consulting & Training. (2010). *PE-Controlling als Erfolgsfaktor*. Studienunterlagen, CAS Moderne Personal- und Organisationsentwicklung Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Epstein, R. M. & Hundert, R. M. (2002). *Defining and assessing professional competence*. JAMA 2002, 287(2), 226 – 235 in Pereira et al. (2007).
- Grossmann, R. & Lobning, R. (2004) o. A. 29 in Wegleitner et. Al. (2009, S. 86)
- Heimerl, K.; Heller, A. & Pleschbergs S. (2005). *Das Lernen von Organisationen*. In Knipping (2006)
- Heller, A. & Manzeschke, A. (2010). *Der Preis des Helfens. Menschlichkeit + Wirtschaftlichkeit*. Das Jahreshaft 2010 von Praxis Palliative Care. Hannover: Vincentz Network GmbH & Co. KG
- Kesselring, A. (2005). *Editorial Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege* [Elektronische Version]. In Pflege 2005 (Hrsg.), (S. 143 – 145).
- Knipping, C. (2006). *Lehrbuch Palliative Care (1. Auflage)*. Bern: Hans Huber Verlag
- Kobi, J-M. (2002). *Personalrisikomanagement (2. Auflage)*. Wiesbaden: Dr. Th. Gabler GmbH
- Koremann, L. (2005). Mentoring und soziale Netzwerke – Theorie und Praxis. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36. 45-60 in Stöger et al., 2009)
- KVG Krankenversicherungsgesetz. **Art. 25a69** *Pflegeleistungen bei Krankheit*. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf> (besucht am 26.04.2011)

- Pereira, J.; Porchet, F.; Schröter, C.; Gamondi Palmesino, C.; Pautex, S.; Zaugg, K.; Bucher, B. & Waldmann E. (2007). *Kompetenzen und Bildungsstufen für Palliative Care in der Schweiz: Fortsetzung der Arbeiten in der Arbeitsgruppe „SwissEduc“*. [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_2\\_5\\_dt\\_Publikation\\_Kompetenzen\\_02\\_2007.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_2_5_dt_Publikation_Kompetenzen_02_2007.pdf) (besucht am 19.05.2011)
- Schweitzer, J. (1998). *Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Stöger, H.; Ziegler, A. & Schimke, D. (2009). *Mentoring: Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen*. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Wegleitner, K.; Schumann, F. & Heller, A. (2009). *Projektbericht Hamburg am Lebensende. Kommunikations- und Kooperationskultur in der transdisziplinären Hospiz – und Palliativversorgung*. <http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/inhalt/267.htm> (besucht am 16.4.2011). IFF Wien: Eigenverlag

## 8.2. Interview mit einer Expertin

Frau Erika Schärer-Santschi, Palliative Care Master, IFF, Wien

## 8.3. Interne Dokumente

- Projektgruppe Palliative Care-Netzwerk Region Thun (2010). *Verständnis von Palliative Care Region Thun*. Thun: Projektresultate
- Projektgruppe Palliative Care-Netzwerk Region Thun (2010). *Konzept Mobile Palliative Dienste*. Thun: Projektresultate

## 9. Anhang

### Konzept Mobile Palliative Dienste (MPD) im Netzwerk

Version vom Dez. 2011

Das vorliegende Konzept, wie es von der Projektgruppe mittels Rekonstruktion einer realen Patientengeschichte erarbeitet wurde, steht in Übereinstimmung mit nationalen Grundlagen: „Nationale Strategie Palliative Care“ (BAG/GDK, 2009), „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ (Dokument zur Vernehmlassung (2010), BAG/GDK) und „Nationale Leitlinien Palliative Care“ (BAG/GDK, 2010).

#### 1. Ziele und Aufgaben

MPD ist ein Angebot der spezialisierten Palliative Care für Pflege und ärztlichen Dienst. Damit soll eine adäquate Versorgung aller Menschen in einer palliativen Situation und die Qualitätssicherung im Netz garantiert werden.

Unter „Mobil“ ist nicht zwingend ein Einsatz vor Ort zu verstehen. Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden in den Mobilien Diensten sind primär als Support der Grundversorger zu verstehen. Entsprechend sind die Einsätze der MPD ein zentraler Baustein des spezifischen Weiterbildungskonzeptes (Kompetenzerweiterung von Berufspersonen in kooperativen Strukturen) im Netzwerk Palliative Care Region Thun.

Die Einsätze der MPD erfolgen gemäss den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (Arbeitsgruppe Indikationskriterien, 2010). Als „Grundversorger“ gilt das Fachpersonal aus Spitälern, Langzeitinstitutionen und SPITEX sowie Hausärztinnen und Hausärzte im definierten Gebiet des Vereins Palliative Care Netzwerk Region Thun.

Ziel ist, dass Patientengruppe A weitgehend im Rahmen der Grundversorgung, wenn nötig mit Support der MPD, gut versorgt werden kann. Der 24 Stunden-Dienst mit Palliative Care in der Grundversorgung (PaCa) der SPITEX Region Thun bietet hier eine zusätzliche Unterstützung. Bei der zahlenmässig kleineren Patientengruppe B werden Übernahmen von Behandlungen und intensiver Support durch die MPD immer angezeigt sein. Dies phasenweise bei Übergängen oder während des ganzen Verlaufes.

#### 2. Organisatorische Eingliederung in das Netzwerk

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Mobilien Dienste erbringen im Auftrag des Vereins Palliative Care Netzwerk Region Thun definierte Dienstleistungen in spezialisierter Palliative Care zu Gunsten der Grundversorger in der Region Thun. Als vorgesetzte Stelle wird ein Vorstandsmitglied bestimmt. Als Arbeitgeber wird das Spital Thun bezeichnet. Die Versicherungsdeckung (Unfall, Krankheit, Haftpflichtversicherung etc. sowie die Lohnzahlung sind durch den Arbeitgeber gewährt und sichergestellt. Details werden in den Vereinsstatuten, Verträgen zwischen dem Verein und dem Spital Thun sowie in Stellenbeschreibung und Funktionendiagramm geregelt.

#### 3. Finanzierung und Fallführung

Die Leistungen der MPD werden von den Grundversorgern beim Verein eingekauft. Die Fallführung bleibt bei den Grundversorgern.

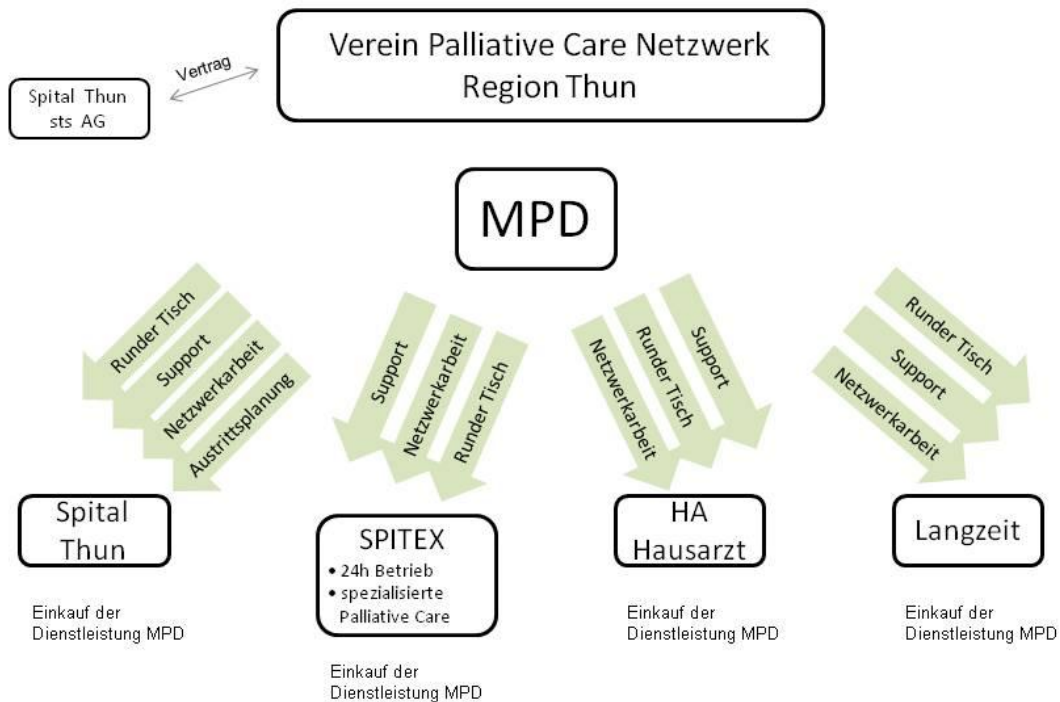


Abb. 1. Organisation und Kosten

#### 4. Anforderungen an die Mitarbeitenden MPD

- Grundausbildung in Pflege (Tertiärstufe oder Medizin)
- Zusatzausbildung in Palliative Care (Ausbildungsniveau B2, 280 Std. inkl. Selbststudium) **oder** Onkologie (Medizin: FMH Onkologie / Pflege: Höfa 1 in Onkologiepflege)
- hohe fachliche und technische Kompetenzen in Bezug auf Palliative Care, auf dem neusten Stand
- Kompetenzen in Mentoring, Instruktion, Beratung und Moderation

## Grafik Qualifikation und Schulungskonzept MPD

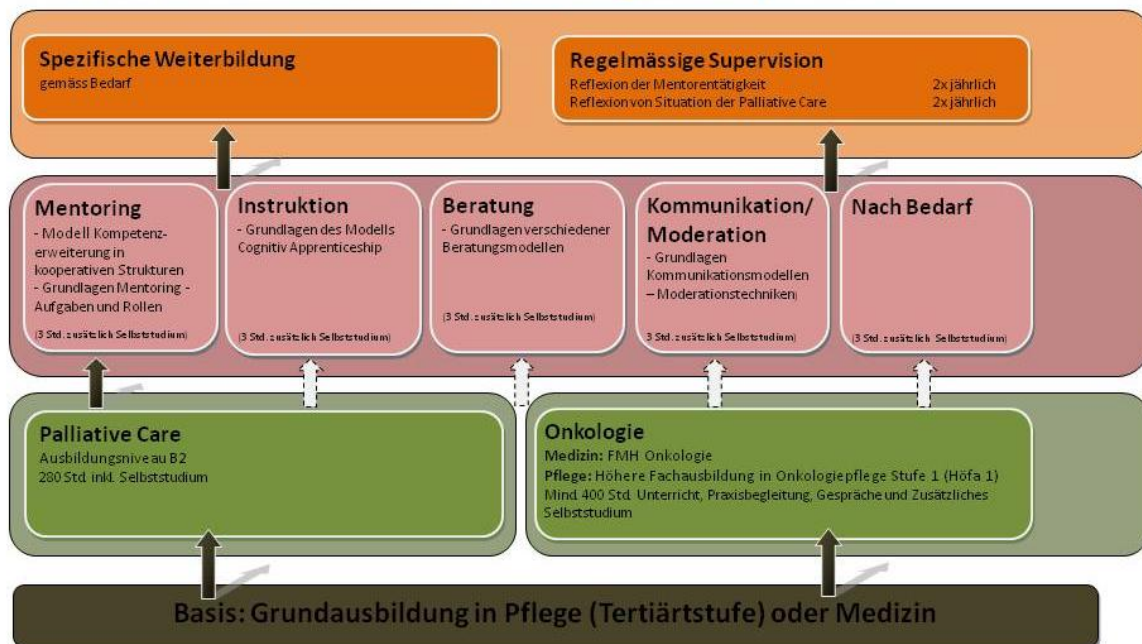


Abb. 2. Qualifikation und Schulung MPD

## 5. Aufgaben

Den Mitarbeitenden der MPD obliegen grundsätzlich folgende Aufgaben:

### 5.1 Support der Grundversorger

- Problemprüfung bei Anfragen der Grundversorger
- Angepasster Support gemäss Ablaufplan „Beizug MPD“
- Anleitung der Grundversorger und Demonstration gemäss den Modellen „Mentoring“ und „Instruktion“ (Cognitive Apprenticeship)
- Nachbesprechung der Intervention mit der zuständigen Person aus der Grundversorgung gemäss Konzept „Kompetenzerweiterung in kooperativen Strukturen“

### 5.2 Begleitung der Mitarbeitenden aus der Grundversorgung in komplexen Situationen

Zum Beispiel Unterstützung bei: schwieriger Entscheidungsfindung, ungelösten Fragen um Lebenssinn, Sterbewunsch, Sterbehilfe, Patientenverfügung, Antizipation von Komplikationen und Notfällen, etc.

### 5.3 Ausführen von anspruchsvollen Verrichtungen und Behandlungen.

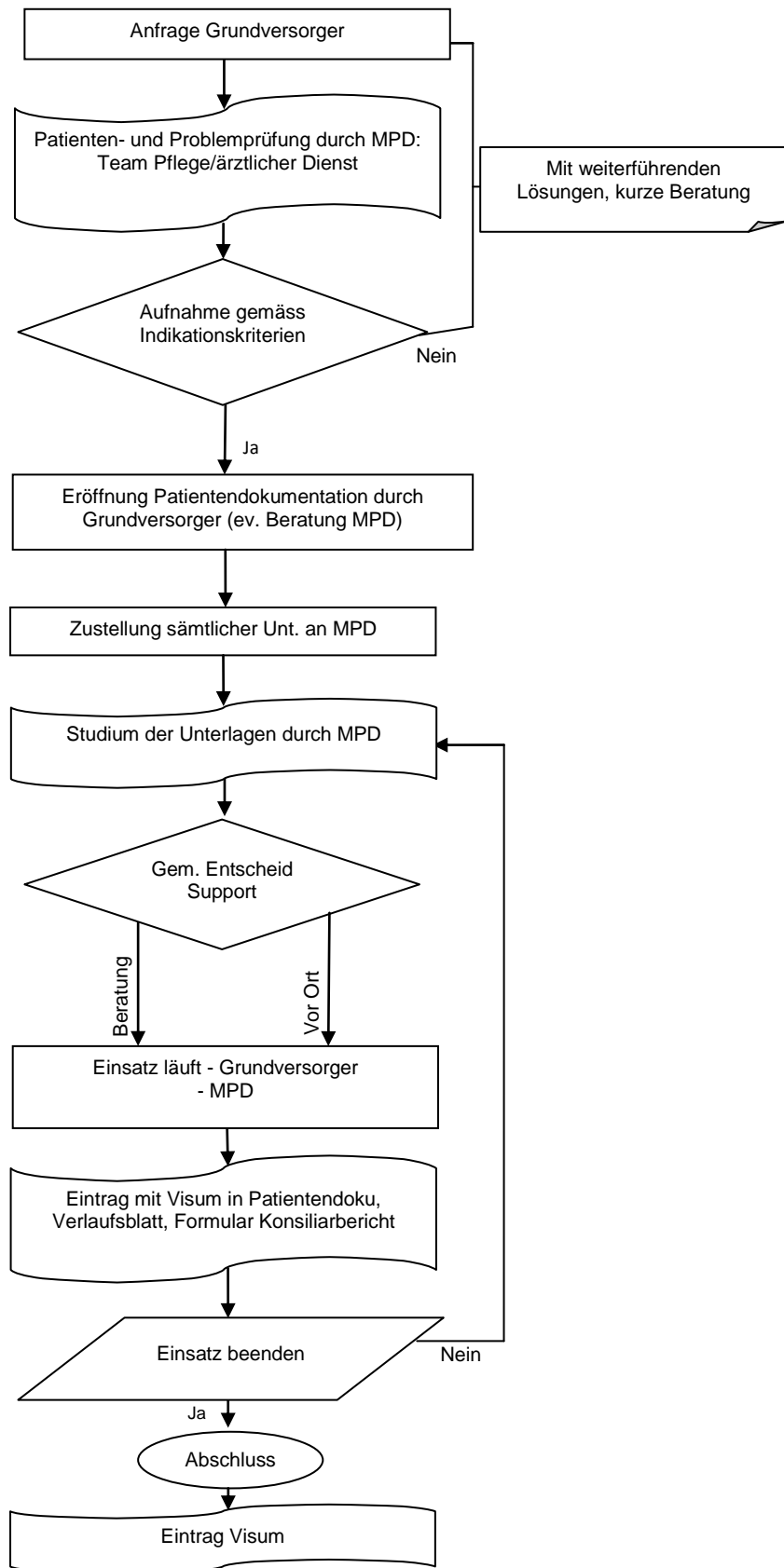
Zum Beispiel Kontrolle und Pflege insbesondere von Port-A-Cath- und Jugulariskatheter, Einrichten und Betreiben Schmerzpumpen, Palliativer Sedation, etc.

Die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung detailliert beschrieben.

## 6. Qualitätssicherung

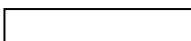
Erfolgt innerhalb des Qualitätsmanagements Palliative Care-Netzwerk Region Thun.

### 7. Beizug MPD – Prozessbeschreibung

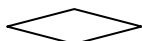


**Legende**

Aufgabe Grundversorger



Entscheidungen



Aufgaben MPD, bestehend aus Pflege / ärztlicher Dienst



Abschluss





## 8. Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

Die folgenden Abschnitte lehnen sich eng an die Berichte „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ (Dokument zur Vernehmlassung (2010), BAG/GDK, Seiten 5-8) und Generelle Kriterien für den Beizug von spezialisierter Palliative Care, hier Mobile Palliative Dienste: Es besteht eine hohe Komplexität aktueller Probleme in einem - oder gleichzeitig mehreren - der nachfolgend aufgeführten Bereiche:

### 8.1 Körperlich/Krankheitsbezogen:

- **Belastende und komplexe Symptome oder Symptomgruppen**, wie komplexe Schmerzen, Atemnot, invalidisierende Müdigkeit, Verwirrungszustand, Übelkeit und weitere (Diese Symptome sind oft mit einer Behandlung im Rahmen der Grundversorgung nicht kontrollierbar oder Komplikationen sind voraussehbar).
- **Verschlechterung oder Instabilität** eines bereits vorbestehend deutlich eingeschränkten **Allgemeinzustands** bei Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen.
- **Notwendigkeit der Schulung des Personals aus der Grundversorgung** bei besonderen Herausforderungen in der Behandlung. Oder bei aussergewöhnlichen behandlungstechnischen Massnahmen.

### 8.2 Psychisch/Geistig/Spirituell:

- **Schwierige Entscheidungsfindungen**: z.B. Sterbewunsch; Entscheid in Bezug auf lebensverlängernde Massnahmen; erschwerte Willensbekundung bei fehlender Patientenverfügung; Zielkonflikte zwischen Patient und familiärem Umfeld;
- **Psychische Verletzlichkeit**: Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte oder mit psychischen Störungen (Depression, Angststörungen, Anpassungsstörungen, ungenügende Coping-Mechanismen, Alkoholismus oder andere Suchtproblematik).
- **Ungelöste Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebensinn;**
- **Spezifische existenzielle oder spirituelle Bedürfnisse**

### 8.3 Sozial/familiär/organisatorische Fragen

- **Fehlende oder ungenügende Unterstützung** bei sozialer Isolation, Alleinstehenden, in prekärer Arbeitssituation, bei zerrütteten Beziehungen;
- Ungeklärte Fragen nach dem weiteren Lebensumfeld, insbesondere der **weiteren Versorgung** zu Hause oder in einem Pflegeheim; Fragen im Zusammenhang mit der Erarbeitung von Patientenverfügungen und Handlungsanweisungen im Notfall.
- Konflikte bezüglich den **Zielen therapeutischer Massnahmen** innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten sowie den Angehörigen.
- **Mehr als zwei Notfallhospitalisationen** innerhalb der letzten **sechs Monate** bei Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Leiden.