

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Einführung

Während des Bigorio-Prozesses erarbeitet «palliative ch» jährlich Empfehlungen zu einem bestimmten Thema der Palliative Care. Anlässlich des Treffens von 2010 wurde das Thema der Selbst- und der Fürsorge der «Carer» vertieft. Das vorliegende Papier und die beigefügten Folien in Form einer Power-Point-Präsentation sind Verarbeitung sowie Zusammenfassung der in den Gruppen erstellten Unterlagen, sowie der Diskussionen im Plenum. Sie sollen als Arbeitsgrundlage dienen, die an die jeweilige Situation angepasst verwendet werden können. Die Empfehlungen richten sich primär an Mitarbeitende, an Teams, an Führungspersonen und Institutionen der Palliative Care. Sie sind aber auch in anderen Spital-Bereichen oder Betreuungssituationen anwendbar.

Was ist das Problem («WHAT?»)

Arbeitsbereich Palliative Care

Die Mitarbeitenden und die Teams der Palliative Care erleben Sinn, Tiefe und Freude in ihrem Arbeitsfeld. Gleichzeitig sind sie fortlaufend belastenden Situationen ausgesetzt. Die Einzelnen, das Team, sowie die Organisatoren müssen deshalb «kräftig und widerstandsfähig» sein.

Entsteht ein Missverhältnis zwischen Kraft und Last, werden die Carer und die Teams anfällig, krank und ineffizient. Die Arbeitsqualität verschlechtert sich, was die Belastung im Sinne eines Teufelskreises erhöht.



Was ist ein Team?

Ein Team ist mehr als eine Gruppe von Personen. Es hat ein eigenes Selbstbewusstsein und einen auf ein gemeinsames Ziel ausgerichteten Teamgeist. Es kann ihm als solches besser oder schlechter gehen. Dabei ist es «normal», dass es nicht immer ausschliesslich gut geht. Ein Team ist dann gesund, wenn alle Mitglieder in der Lage sind, gestörte Gleichgewichte zwischen Last und Kraft zu identifizieren und zu korrigieren.

Wie / Auf welcher Ebene entsteht das Problem («WHY?») und wo liegen mögliche Lösungsansätze («HOW?»)

Taucht ein Problem auf, müssen sich die Beteiligten überlegen, auf welcher Ebene das Problem entstanden ist und ob/wie diese Ebene dem Einflussbereich des Teams zugänglich ist.



So können Probleme wahrscheinlich teamintern gelöst werden, wenn sie auch teamintern entstanden sind, aber eher weniger, wenn sie durch gesellschaftspolitische Umstände gegeben sind.

Vielschichtigkeit der Themen und die Suche nach Modellen des Ordners

Im Folgenden werden die Ebenen der Problemstellung und -offenbarung schematisch dargestellt. Allen Ebenen werden mögliche Lösungsansätze zugeordnet. Die Aufteilung ist didaktisch gerechtfertigt, jedoch teilweise arbiträr. Die Übergänge zwischen der Entstehung und der Manifestation sind für das Problem selber, aber auch für dessen zeitlichen Verlauf in der Realität oft fließend. Dennoch bewährt sich eine Analyse und Zuordnung der Themen in das entsprechende Feld. Diese Erfahrung machte die Arbeitsgruppe in Bigorio ebenfalls. Die Vielschichtigkeit der in den Diskussionen und Arbeitsgruppen wahrgenommenen Themen löste genauso wie im Berufsalltag auch in der Expertenrunde in Bigorio, wechselnd lähmende Hilflosigkeit und ausuferndes Chaos aus. Diese Erfahrung erforderte die Suche nach Modellen des Zuordnens mit allgemein gültiger Struktur. Auch hier galt es zu erarbeiten, welche der vorgeschlagenen Modelle die Inhalte am klarsten ordnen könnten und gleichzeitig hinreichend Freiraum bieten, um die Besonderheit der jeweilig Beteiligten zu benennen. Das Modell der Resilienz und das Modell der «Zwiebel» kristallisierten sich zunehmend als hilfreich heraus. Das Redaktionsteam nahm die engere Verknüpfung dieser beiden Modelle als Hausaufgabe mit.

Zwei Modelle der Analyse und des Zuordnens als erster Schritt einer Problemlösung

1. Das Resilienzmodell

Resilienz bedeutet die Fähigkeit, bzw. die Ressource eines Individuums, trotz Risiken oder Traumata die gesunde Entwicklung und Funktionsfähigkeit aufrecht zu erhalten oder wieder herstellen zu können. Ein Individuum, ein Team, eine Gemeinde etc., das/die als Charaktereigenschaft eine hohe Resilienz zeigen, kann Not und Elend standhalten oder sich nach einschneidenden Erlebnissen von diesen schnell wieder erholen. Offensichtlich ist also, dass «Vulnerabilität» und «Protektion» positiver und negativer Pol des gleichen Konzeptes sind.

Bei dem Wort Resilienz handelt es sich um einen Begriff aus der Entwicklungs-Psychopathologie. Jedoch findet man in der Literatur für Resilienz keine einheitliche Definition. Am ehesten lässt er sich für den Kontext der Palliative Care mit «psychischer Widerstandsfähigkeit» übersetzen.

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Resilienz kann demnach als positives Pendant zur Vulnerabilität gesehen werden. Sie ist als dynamischer Prozess zu sehen, bei dem ein Individuum auf seine Umwelt reagiert.

Bei Personen mit hoher Resilienz wird oft auch gleichzeitig ein grosses Mass an Unabhängigkeit und ein hohes Selbstbewusstsein festgestellt. Im Umgang mit Risikoumständen spielen protektive Faktoren eine grosse Rolle, da diese grossen Einfluss auf die Resilienz einer Person ausüben können. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat, Glauben bzw. religiöse Bindung, eine gute Schulbildung und somit gute intellektuelle Fähigkeiten, «normale» Eltern, Beziehungen zu kompetenten fürsorglichen Erwachsenen, Attraktivität, Selbstwirksamkeit und Selbstwertschätzung.

Zur Förderung der Resilienz kann an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Einerseits kann versucht werden, die Gefahr bzw. die Gefährdung zu minimieren. Hierbei spricht man von der risikozentrierten Strategie. Andererseits kann jedoch auch versucht werden, die verschiedenen Ressourcen zu erhöhen (ressourcenzentrierte Strategie).

Das Resilienzkonzept weist starke Bezüge zum Salutogenesemodell von Antonowsky auf. Auch in diesem Konzept geht es um die Frage, warum Menschen gesund bleiben oder sich von einer Krankheit erholen trotz extremer Belastungen und potentiell gesundheitsschädigender Einflussfaktoren. Der Begriff Salutogenese wurde gewählt, um den Gegensatz zur Pathogenese hervorzuheben.

Resilienz kann demnach als positives Pendant zur Vulnerabilität gesehen werden, wobei dies nur bedeutet, dass es sich um eine relative Widerstandsfähigkeit als Antwort auf die jeweilige Risikosituation oder das jeweilige Ereignis handelt. Sie ist also als dynamischer Prozess zu sehen und kann jederzeit im Leben erlernt werden. Resilienz charakterisiert einen Prozess, bei dem ein Individuum auf seine Umwelt reagiert. (Abbildung 1). Als

Förderung der Resilienz kann in einem permanenten Anpassungs- und Entwicklungsprozess einerseits versucht werden, das Risiko zu minimieren und andererseits die protektiven Faktoren zu erhöhen. Dazu müssen zuerst die Risiken und die Ressourcen ergründet werden.

Das Resilienz-Modell basiert auf dem philosophisch-existenzialen Gesetz der Polarität, das immer die sich ergänzenden Pole verbindet und damit als Drittes das Ganze berücksichtigt. Auf physiologischer Ebene kann das Atmen als Beispiel dienen. Die beiden sich bedingenden Pole des Einatmens und des Ausatmens ergeben zusammen das Phänomen der Atmung. In Analogie kann dies auf alle Ebenen übertragen werden.

Jede Beziehung, jedes Handeln kennt das «Sowohl-als-Auch». Jeder Einzelne ist sowohl gesund als auch krank. Jede Beziehung, jedes Team kennt sowohl die hellen als auch die dunklen Seiten. Die «grosse Gesundheit», wie es der Philosoph Nietzsche formulierte, ist das kompetente Umgehen sowohl mit den hellen als auch mit den dunklen Seiten des Lebens, einer Beziehung, des Teamgeistes, der Institution, usw.

Es empfiehlt sich, diese grundsätzliche Frage des Menschenbildes als erstes zu klären. Gibt es die Sehnsucht nach einem ausschliesslich hellen (gesunden) Sein und sind die schwierigen Aspekte nicht akzeptierbar? Oder sind sowohl helle als auch dunkle Aspekte grundsätzlich als zum Menschsein gehörend zu betrachten und geht es allein um das Gleichgewicht zwischen den Polen?

2. Das Zwiebelmodell: Zuordnung zu den Ebenen

Wie oben bereits erwähnt, hilft das «Modell Zwiebel», die jeweiligen Thematik der zutreffenden Ebene zuzuordnen und sie dann auch entsprechend angepasst anzugehen. (Abbildung 2). Diese häufig fehlende grundsätzliche Klärung führt durch Kräfte raubende Stillstände und endlose Debatten ohne befriedigende Resultate regelmässig in die Sackgasse, was Demotivation und Vertrauensschwund erzeugt.

2.1 Individuum – Umgang mit sich selbst und mit den Andern

Ein bewusster Umgang mit sich selbst wurde als tragendster protektiver Faktor auf der Ebene des Individuums festgelegt. Sich persönlich und beruflich mit den existentiellen Themen des Lebens und des Sterbens auseinanderzusetzen, ist eine weitere wesentliche Voraussetzung für ein gelingendes Arbeiten im Palliative Care-Bereich. Dazu gehören die Themenkreise der Distanz und der Nähe, Sinn und Sinnlosigkeit, Macht und Ohnmacht. Diese erfolgte Auseinandersetzung wird als eine der Voraussetzungen gesehen, damit eine Arbeit im Bereich der Palliativ Care auch auf lange Zeit hinaus möglich sein kann.

Nicht verschwiegen werden dürfen die Risikofaktoren wie unklare oder fixierte Menschenbilder, eigene Wertungen nicht von anderen unterscheiden zu können,

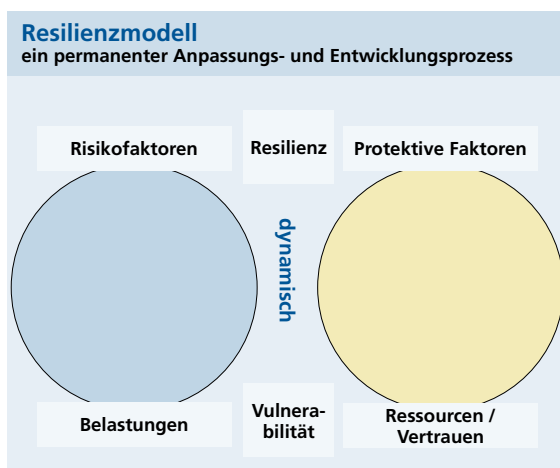


Abbildung 1: Das Resilienzmodell

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

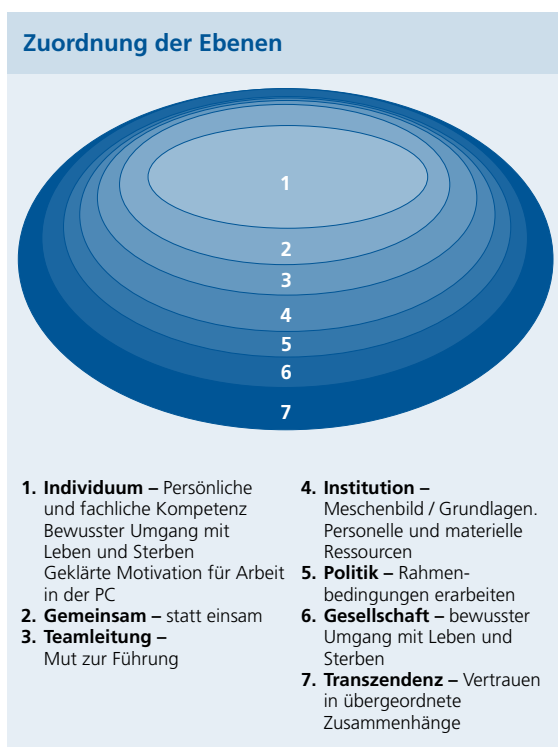


Abbildung 2: Das Zwiebelmodell

Ansprüche, dass Eigenes umgesetzt werden müsse und nicht zuletzt fehlendes Interesse an existentiellen Fragen. Die persönliche Kompetenz im Sinne von Selbstständigkeit, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung werden als tragende Pfeiler angesehen, um den geforderten Ansprüchen dieser Arbeit gerecht zu werden. Es gilt, eigene Kompetenzen zu kennen und zu nutzen und somit selbstwirksam zu sein. Zum kompetenten Umgang mit sich selbst gehört auch der bewusste Umgang mit Grenzen und die Fähigkeit, rechtzeitig um Hilfe zu bitten und diese dann auch zu akzeptieren. Flexibilität und Kreativität sind weitere Kernworte, die eine erfolgreiche Anpassung auch an schwierige Situationen und Gegebenheiten ermöglichen. Zugang zu Humor, zu Hoffnung und zu Vertrauen sind hilfreich. Als Risikofaktoren wurden «Gespenster», bzw. ungelöste Themen, in der eigenen Lebensgeschichte, genauso wie eine unsichere, unklare Identität benannt. Unrealistische, selbsterhöhende Erwartungen an sich selbst (Perfektionismus) so wie einseitige Beschäftigung mit Tod und Sterben, sind Ursachen für Verlust der Empathie und der Motivation. Als Risikofaktor nicht aus dem Auge zu lassen ist die Demotivierung aufgrund von fachlicher oder emotionaler Überforderung. Das Individuum im Sinne des einzelnen Mitarbeiters hat Anrecht auf kontinuierliche Fortbildung, genauso wie auf eine vorgesetzte Person, die fördert, unterstützt und konstruktiv kritisiert. Unklare oder unangepasste Erwartungen von Vorgesetzten führen zu Belastungen, zu Demotivation und fehlender Weiterentwicklung.

2.2 Team – Gemeinsam statt einsam

Die protektiven Faktoren für ein erfolgreiches Team sind vielfältig. Gegenseitiger Respekt und Akzeptanz fördern den einzelnen Beitrag an die gemeinsame Umsetzung. Wichtig ist es, die verschiedenen Ressourcen und Fähigkeiten innerhalb des Teams zu identifizieren und wertzuschätzen. Die Kompetenz, auch im interprofessionellen Team wirken zu können, um gemeinsam die gestellten Aufgaben zu lösen, erfordert eine fortlaufende Kulturarbeit, an der alle teilnehmen sollen. Neben der gemeinsamen philosophischen, existentiellen Auseinandersetzung soll auch eine konstruktive Fehler-, Streit- und Feedback-Kultur den Alltag bereichern. Das Team ist als Ressource auf eine effektive Leitung angewiesen und ist bereit, Hierarchien zu akzeptieren. Risikofaktoren im Team machen sich rasch bemerkbar, wenn die Interpretation von Palliative Care ganz unterschiedlich verstanden wird und nicht geklärt ist. Unterschiedliche Haltungen und Werte im disziplinären und in den interdisziplinären Teams blockieren das Zusammenspiel, lassen Machtkämpfe in den Vordergrund treten, verhindern das interdisziplinäre Netz, das hilft, belastende Situationen gemeinsam zu tragen. Die zunehmende Fülle der administrativen Aufgaben kann als weiterer grosser Risikofaktor und als Problemfeld identifiziert werden. Hier ist eine kompetente Führung angesagt, um die wesentlichen Aufgaben nicht im Papierberg ersticken zu lassen.

Im Sinne der protektiven Faktoren, um ein Team gesund zu erhalten, sind Interventionen und Supervisionen notwendig, in denen belastenden Situationen besprochen und «verdaut» werden können. Trauer- und Abschiedsrituale sind im Sinne der Kulturarbeit durchzuführen und auch immer neu zu gestalten. Gemeinsame Feste und Feiern und andere Aktivitäten sollen helfen, das Gleichgewicht zu schwierigen Situationen herzustellen. Wichtig ist auch der informelle Austausch, und eine Kultur des «Schwach sein dürfen» im praktischen Alltag. Fehlen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen für eine interdisziplinäre Teamkultur und Entwicklung, kann ein Team nicht erfolgreich sein und das Risiko der Zersplitterung und des fehlenden Vertrauens ineinander ist gross. Dies führt zu unnötigen Belastungen und zu schnellen Wechseln im Team. Ein weiterer Risikofaktor ist ein fehlender Support/Kooperation mit der vorgesetzten Person der Teamleitung.

2.3 Teamleitung – Mut zur Führung

Der Mut zur klaren Führung und Autorität wird als Basis für eine tragende und von Vertrauen geprägte Teamkultur angesehen. Eine Teamleitung, die achtsam Veränderungen bei den einzelnen Mitarbeiter bemerkt und angepasste Interventionen durchführt, hilft, das Vertrauen in die einzelne Person und damit in das Team zu fördern. Es ist Aufgabe der Teamleitung, Gefässe zum Austausch zu organisieren, um die Möglichkeit des «Verdauens»

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

und der Weiterentwicklung bereitzustellen. Als grosser Risikofaktor wird eine Teamleitung angesehen, der es an Selbstführung mangelt, die Teamprobleme auf die eigene Person projiziert oder auch umgekehrt. Das sich Überfluten lassen von administrativen Aufgaben und sich distanzieren von der Alltagsarbeit und dem Team, kann nur zu Distanzierung von der Kernaufgabe und den Mitarbeitenden im Team führen.

2.4 Institution – Klärung des Menschenbildes und der Ressourcen

Ein klarer Palliative Care-Leistungsauftrag durch die Gesundheitsdirektion sowie ein ebenso klares Engagement einer Spitalleitung für diesen Fachbereich bilden die Grundlage für ein tragendes Engagement. Weitere positive Aspekte sind die gute Vernetzung und Verankerung in der Region/Gemeinde, das sich ergänzende Zusammenspiel zwischen Akutspital und Palliative Care. Diese Aspekte erhöhen die Motivation für die Mitarbeitenden, so dass sie sich für eine lebensnahe, sinnvolle Behandlung und Begleitung engagieren können. Die Institution muss die Abteilung der Palliative Care wertschätzen, Ressourcen zur Verfügung stellen und auch die Weiterbildung der Palliative Care Mitarbeitenden fördern. Grosse Belastung für die Mitarbeitenden entstehen durch ungeklärte Menschenbild-Fragen auf allen Hierarchiestufen und fehlende Ressourcen, die es verhindern, die gestellten Aufgaben zu erfüllen. Konkurrenz zwischen den medizinischen Fachbereichen innerhalb der Institution zermürben und erhöhen das Risiko des schnellen Wechsels der Mitarbeitenden. Unklare oder einseitige Hierarchien im interdisziplinären Behandlungsteam verhindern die Freude an einer sinnvollen Zusammenarbeit.

2.5 Politik – Erarbeitung von Rahmenbedingungen

Die Politik hat klare Rahmenbedingungen sowie konkrete aktive Schritte für die Palliative Care zu erarbeiten: Nationale Strategie und kantonale Programme, Klärung der Finanzierung, der Tarife sowie die zur Verfügungstellung von Forschungsgeldern auch für diesen Bereich.

2.6 Gesellschaft – Bewusster Umgang mit dem Leben und mit dem Sterben

Die medizinisch-technische Entwicklung hat dazu geführt, dass sehr viel mehr machbar ist, als allenfalls für den einzelnen Menschen wünschbar wäre. Somit muss sich jeder Einzelne damit auseinandersetzen, damit er fähig wird, kompetent seinen Umgang mit dem Leben und dem Sterben zu wählen. Werden diese Themen in der Gesellschaft nicht angegangen, ist die Gefahr gross, dass die Würde des Menschen in der letzten Lebensphase nicht geschützt ist. Die gesellschaftliche Diskussion muss weiter entwickelt werden: Grundlegenden existentielle Themen des Menschseins, Leben und Sterben, Geburt und Tod, müssen aktiv lanciert werden, um die Frage zu klären, wie Mann und Frau mit dem unausweichlichen Ende umgehen will.

2.7 Transzendenz – Vertrauen in übergeordnete Zusammenhänge

Das Leben und das Sterben in übergeordnete Zusammenhänge einfügen zu können, erzeugt Sinn, Motivation und Kraft, um den Ereignissen zu begegnen und sie zu gestalten. Abgehobenes Geschwätz, Wegdiskutieren von Leiden und Schmerz sowie vorschnelle Erklärungsversuche belasten und behindern den offenen Zugang zu Getragensein und Trost.

3. Kombination der Modelle zur Klärung der Störungen und ihrer angepassten Lösung

Es wird empfohlen, Lösungsansätze erst ins Auge zu fassen, wenn die jeweilige Störung der, bzw. den Ebenen zugeordnet ist. Als nächsten Schritt gilt es dann, sowohl Risiko als auch Ressource auf der richtigen Ebene zu ergründen. Aufgrund dieser Analyse kann das weitere sinnvolle Vorgehen in Form und Inhalt festgelegt werden.

Die Folien der PP-Präsentation zeigen diese Kombination der Modelle auf und sollen als «Werkzeug» dienen. Auf allen Ebenen werden Inhalte zusammengefasst benannt, die in den Bigorio Tagen erarbeitet wurden. Diese Inhalte sind als Grundlage und Anregung für Diskussionen in den eigenen Arbeitsbereichen gedacht und können den eigenen Bedürfnissen angepasst werden.

Viel Freude an der Weiterentwicklung!

Das Team der Redaktion freut sich über Rückmeldungen, bietet Hilfe bei der Anwendung des Instrumentariums und kann zur Einführung oder Anwendung des Instrumentariums beigezogen werden.



Kontaktadresse: annina.hc@gmail.com
oder Natel: 079 279 81 21

Annina Hess-Cabalzar / Michaela Forster /
Hans Neuenschwander

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Literaturverzeichnis

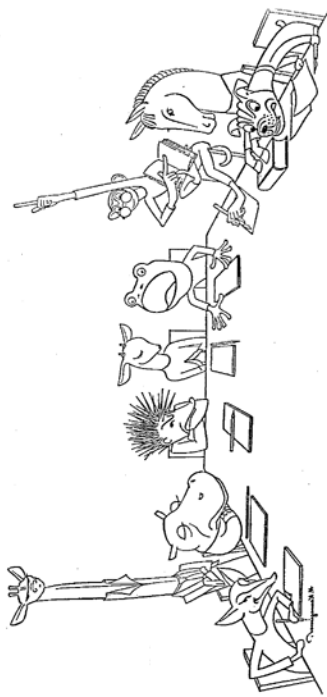
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was hält Menschen gesund?: Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (ed) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*; Band 6. BZgA, Köln, Bd 6, Erweiterte Neuauflage, 2001
- Bluglass, K. (2009). *Resilience and its narratives*. In Monroe B. & Oliviere D. *Resilience in Palliative*. Oxford/NewYork/Auckland. Oxford University Press 2009.
- Hess Christian; Hess-Cabalzar Annina, *Menschenmedizin – Für eine kluge Heilkunst*. Suhrkamp Verlag. 2006.
- Jacelon CS. *The trait and process of resilience*. *J Adv Nurs* 25(1): 123-129.
- Levold, T. *Metaphern der Resilienz*. In Welter-Enderlin R, Hildebrand B *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (3. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2010.
- Masten, AS. *Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags*. In: Röper G, Noam G, v. Hagen C (eds) *Entwicklung und Risiko: Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie*. Kohlhammerverlag, Stuttgart: S. 192-219, 2001.
- Newman, T. (2004). *Introduction: unlocking resilience in palliative care*. In B. Monroe & D. Oliviere (2009). *Resilience in Palliative*. Oxford/NewYork/Auckland. Oxford University Press.
- Onyett, S. (2003). *Teamworking in Mental Health Care*. In B. Monroe & D. Oliviere (2009). *Resilience in Palliative*. Oxford/NewYork/Auckland. Oxford University Press.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, Th. (2004). *Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal*. Revidierte Manuskriptfassung vom 19.06.2004. Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Rutter M (1987) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *Am J Orthopsychiatry* 57(3): 316-331.
- Welter-Enderlin, R., Hildebrand, B. (2010). *Resilienz – Gedeihen trotz widrigen Umständen* (3. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Werner, E.E. *Wenn Menschen trotz widrigen Umständen gedeihen – und was man daraus lernen kann*. In Welter-Enderlin, R., Hildebrand, B. (2010). *Resilienz – Gedeihen trotz widrigen Umständen* (3. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2010.
- Organisation:** Andreas Gerber, Karine Moynier, Steffen Eychmüller, Hans Neuenschwander
- Teilnehmende:** Christian Bernet, Jean-Michel Bigler, Cristian Camartin, Sylvette Delaloye, Sophie Durcret, Steffen Eychmüller, Sonja Flotron, Michaela Forster, Andreas Gerber, Notburga Grauer, Nalenja Hengartner-Ponzio, Annina Hess-Cabalzar, Therese Hofer, Anna-Martha Kreis, Marianne Lang, Luisella Manzambi, Bea Marx, Meta Marz-Caprez, Karine Moynier, Hans Neuenschwander, Antoinette Niggli, Sibylle Römer-Bächler, Sylvie Schorro, Helen Tobler, Sylvie Vermeille
- Redation:** Annina Hess-Cabalzar, Michaela Forster, Hans Neuenschwander
- Übersetzungen:**
Französisch: Claude Fuchs
Italienisch: Luisella Manzambi

Caring for the Carers Bigorio 2010 – PowerPoint

Die Folien der folgenden PP-Präsentation zeigen diese Kombination der Modelle auf und sollen als «Werkzeug» dienen. Auf allen Ebenen werden Inhalte zusammengefasst benannt, die in den Bigorio Tagen erarbeitet wurden. Diese Inhalte sind als Grundlage und Anregung für Diskussionen in den eigenen Arbeitsbereichen gedacht und können den eigenen Bedürfnissen angepasst werden.

1

Caring for the Carers Bigorio 2010



2

Welches Werkzeug hilft, uns gesund zu halten und uns zu entwickeln?

Zwei Beobachtungskategorien, zwei Modelle, werden in den nächsten Folien vorgestellt. Anhand dieser Modelle werden Sie durch die PowerPoint Präsentation geführt. Es ist die Resilienz, unten dargestellt als Gewichtsmetapher – und das Schichtenmodell, unten dargestellt als Zwiebelmetapher.



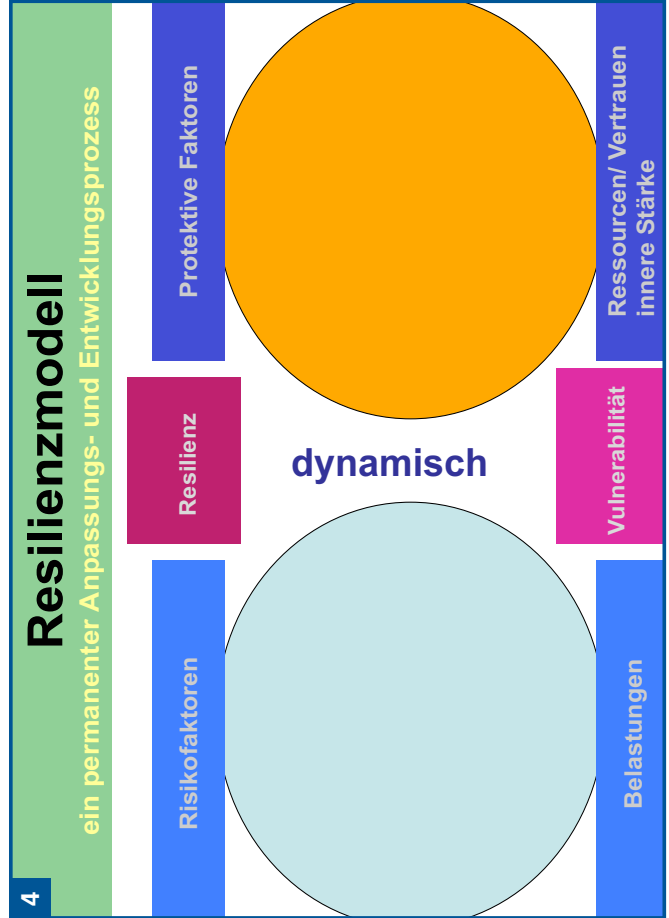

3

Was ist Resilienz?

Prozess der Reaktion auf widrige Umstände und erfolgsversprechende Verarbeitung

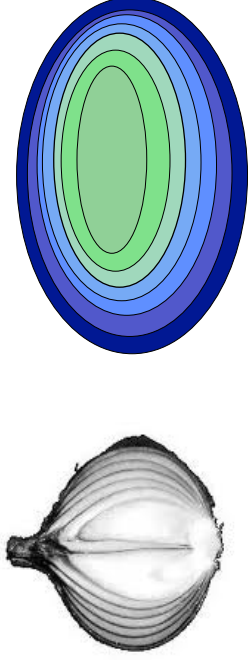


- „resilience“ (engl.) = „Spannkraft, Elastizität, Widerstandsfähigkeit“; lat. resiliere = abprallen
- „Innere psychische Widerstandsfähigkeit, - „das Immunsystem der Seele“
- Den schwerwiegenden Ereignissen standhalten und die einschneidenden Erlebnisse angepasst, sowie Sinn erzeugend, verarbeiten
- Persönliche Unabhängigkeit und Selbstbewusstsein fortlaufend bilden
- Tragende Beziehungssysteme beachten



6

Schichtenmodell



Zur Identifikation, auf welcher Ebene das Problem (Risiko) und auf welcher Ebene die Lösung (Ressource) liegt. Nachfolgend werden die sieben potentiellen Ebenen beschrieben.

5

Förderung der Resilienz

Dynamischer Prozess der Reaktion auf widrige Umstände und erfolgversprechende Verarbeitung

- Minimierung der Risikofaktoren
- Erhöhung der Ressourcen/ protektiven Faktoren
- Persönliche Förderung
- Aktive Anpassungsprozesse
- Bewusster Umgang mit Grenzen und Verlusten
- Tragende Beziehungssysteme
- Einbezug der philosophisch-existenzielle Dimensionen

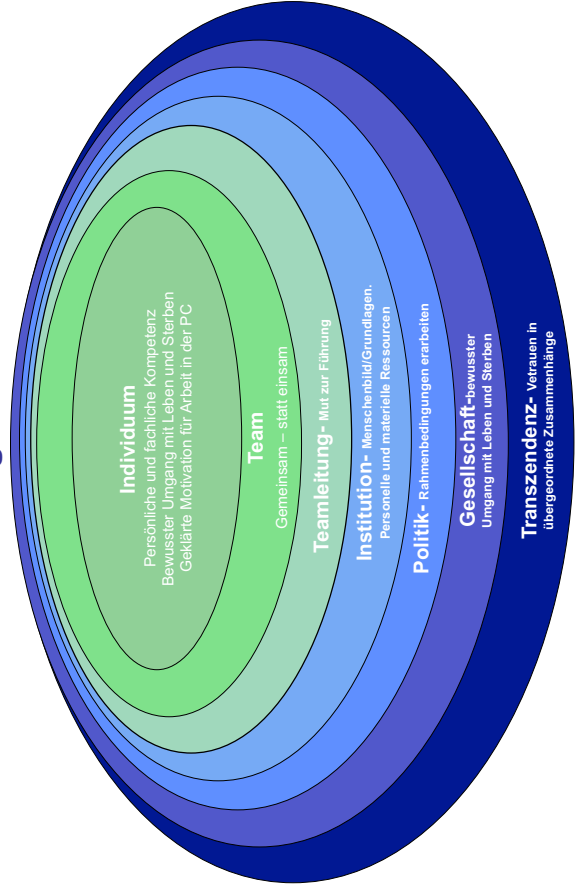
8

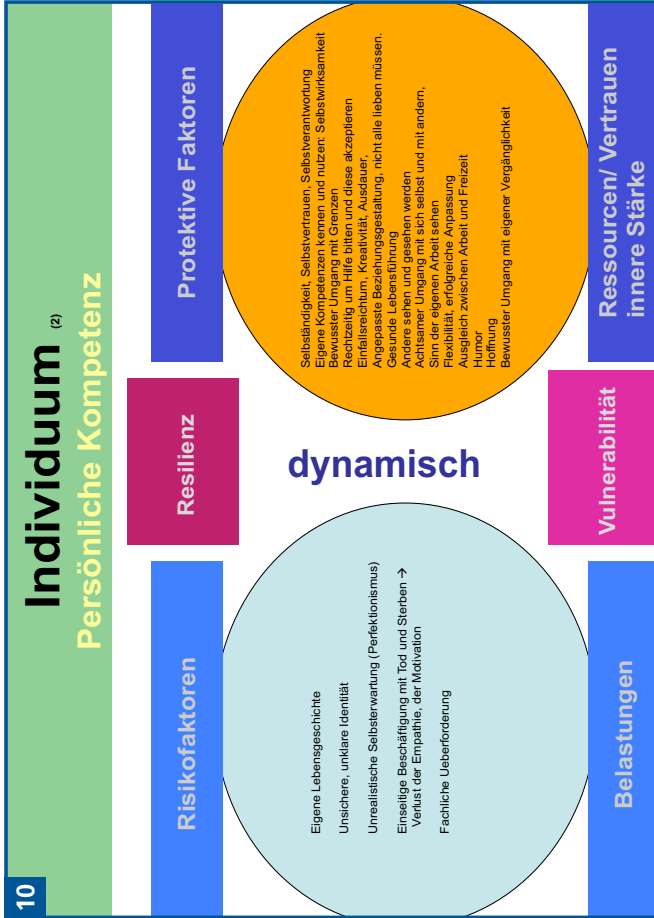
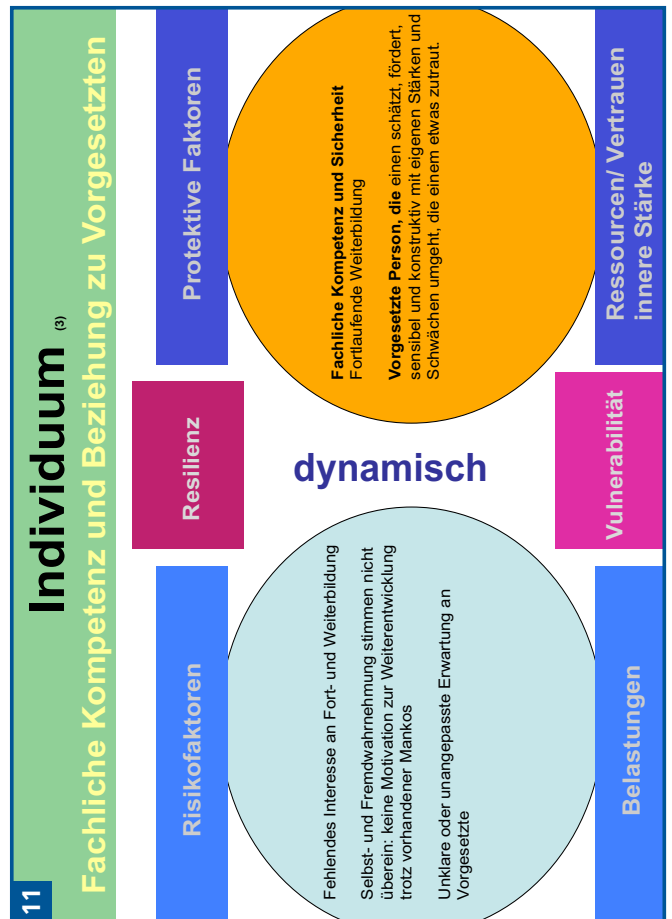
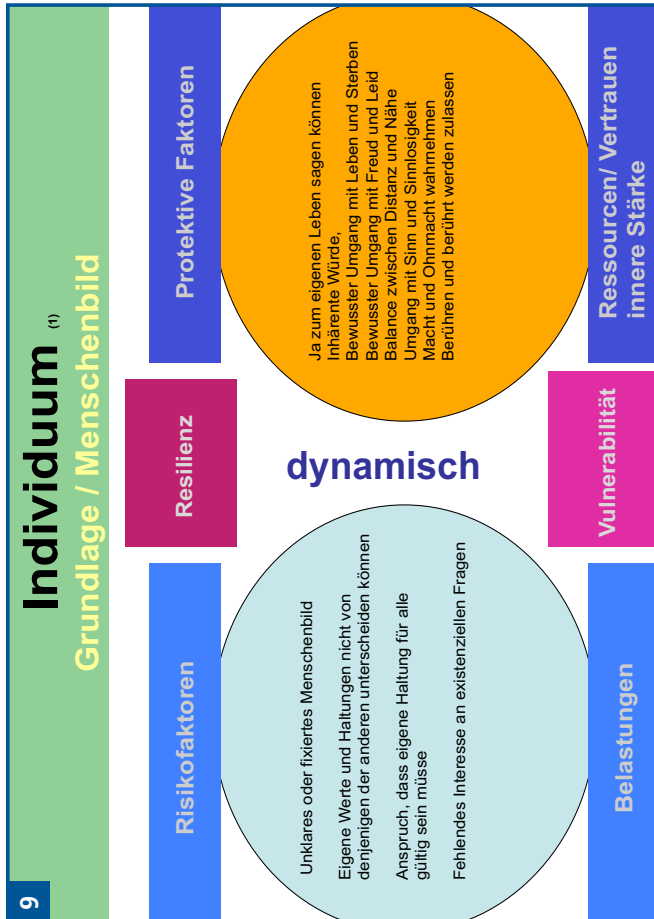
Wie sind die nächsten Folien zu verstehen?

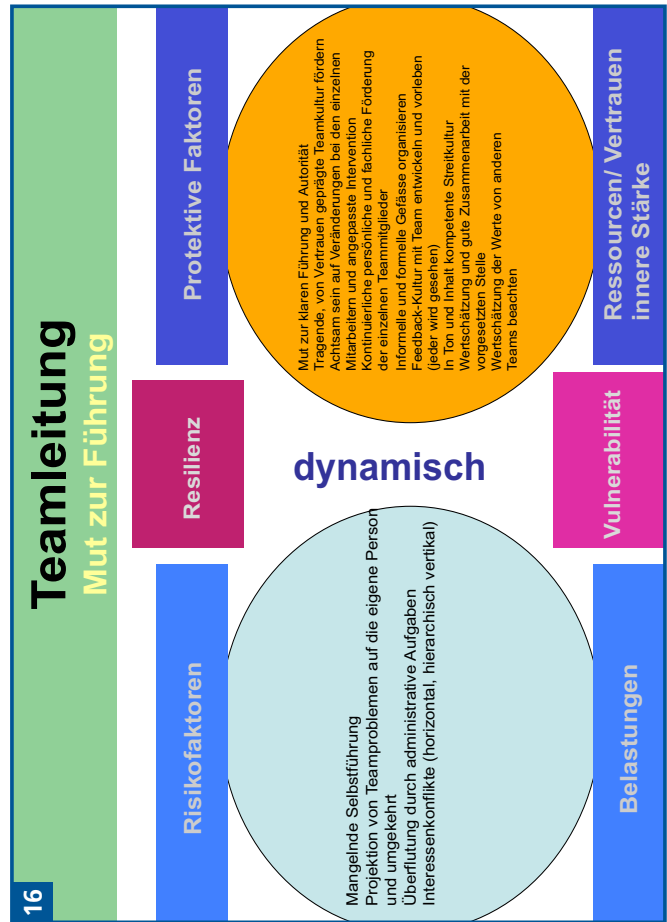
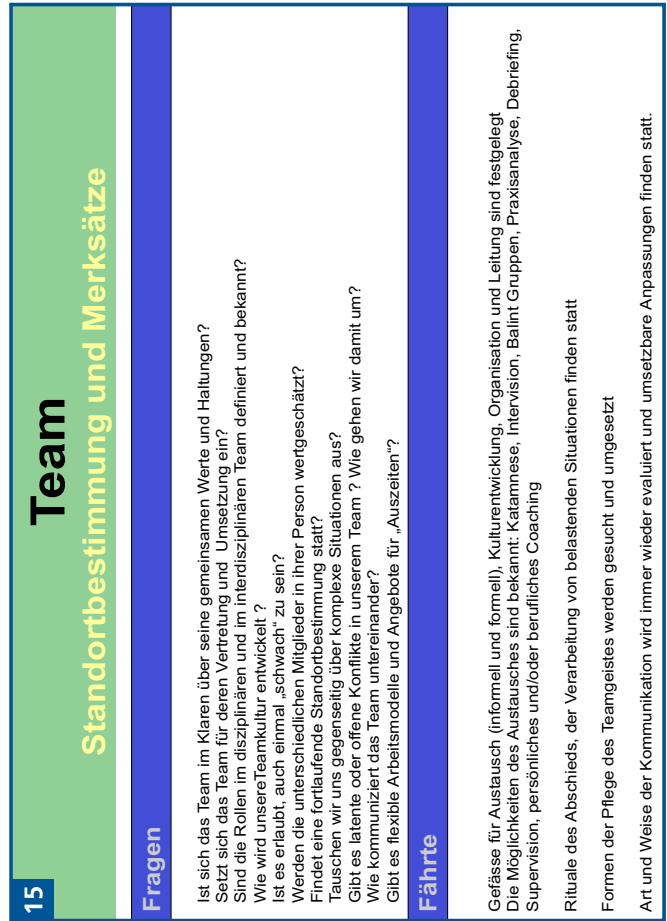
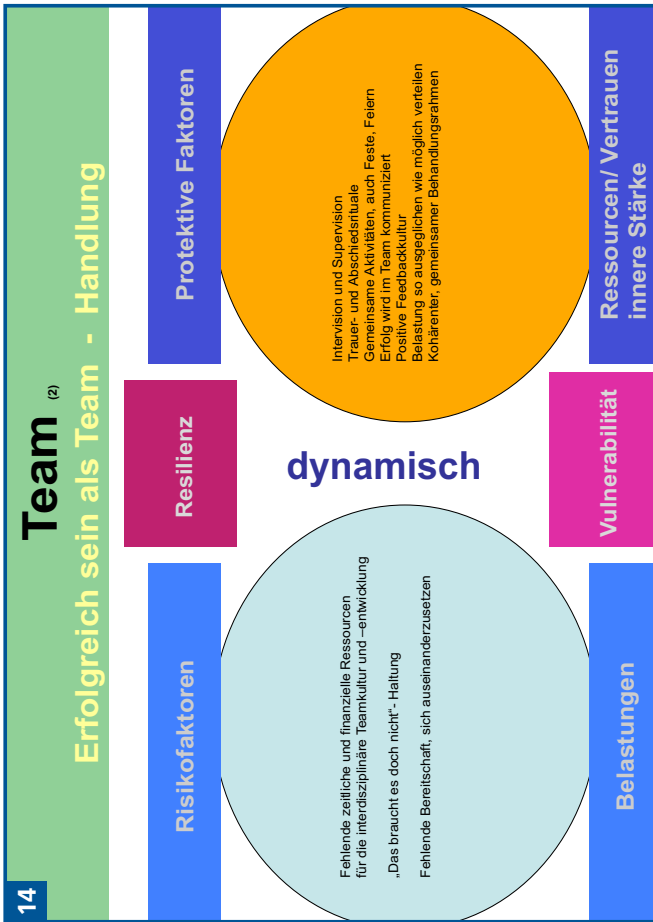
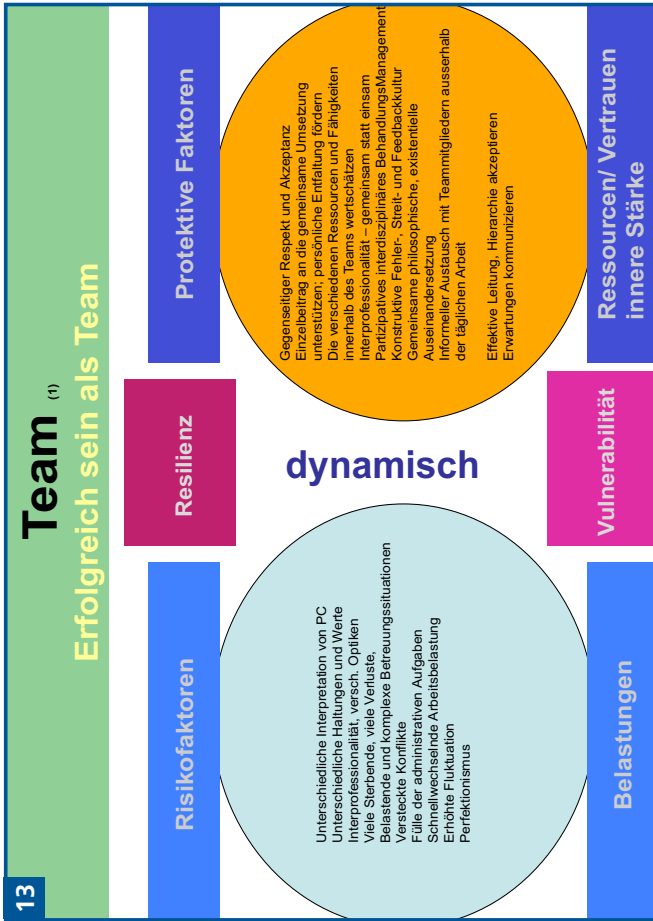
Im Folgenden werden mit Hilfe des Resilienzkonzeptes sowohl Risiken als auch Ressourcen benannt und anhand eines Schichtenmodells **diese** auf verschiedenen Ebenen beobachtet.
Allen Ebenen werden ein Fragenkatalog, sowie eine Fährte zugeordnet.
Der Inhalt der Folien wurde in den Gesprächsgruppen Bigorio 2011 erarbeitet.

7

Zuordnung der Ebenen







17 Teamleitung

Standortbestimmung und Merksätze

Fragen

Was heisst für mich Führung?
 Chancen und Risiken meines Führungsstils?
 Welche Art von Management liegt mir nahe?
 Ist mein Stil für meine Aufgabe hilfreich?
 Wie evaluiere ich mich?
 Fühle ich mich respektiert in meiner Funktion?
 Anerkenne und wertschätze ich die vom Team geleistete Arbeit?
 Gehe ich auf die Stärken und Schwächen eines jeden Teammitgliedes ein?
 Habe ich einen kompetenten Umgang mit Defiziten, mit Problemen, mit Konflikten und Grenzen?
 Bin ich fähig, zu fördern und zu fordern?
 Beachte ich die Art und Weise der Kommunikation in den verschiedenen Gefässen?
 Bin ich bereit und fähig, im interdisziplinären Führungsteam eigenständig und verbunden zu sein?

Fährte

Bewusster eigener Führungsstil und Bereitschaft zur fortlaufenden Ueberprüfung und Entwicklung
 Mit verschiedenen Führungstypen umgehen können
 Eine ausgleichende Gerechtigkeit anstreben.
 Regelmässig Beurteilungs- und Entwicklungsgespräche führen
 Meine Grenzen kennen und rechtzeitig Unterstützung holen

18 Institution

Menschenbild und Ressourcen

dynamisch

Risikofaktoren

Menschenbildfrage nicht geklärt oder ideologisch gebunden → Umgang mit lebenden und sterbenden Menschen willkürlich
 Zur Verfügung gestellte finanzielle Ressourcen entsprechen nicht dem interprofessionellen PC-Konzept
 Konkurrenz zwischen den medizinischen Fachgebieten
 Unklare oder einseitige Hierarchie im interdisziplinären Behandlungsteam

Belastungen

Resilienz

Klarer PC-Leistungsauftrag durch Gesundheitsdirektion
 Spitalleitung setzt diesen mit Engagement um
 PC: PC-relevant – Aushängeschild
 Gute Vernetzung und Verankerung in der Region/Kanton
 Sich ergänzendes Zusammenspiel Akutspital und Palliative Care ergibt lebensnahe, sinnvolle Behandlungen und Begleitungen = Motivation für Mitarbeitende.
 Behandlungsphilosophie interdisziplinär erarbeitet
 Disziplinäre Berufsbilder sind zweitrangig
 Fachliche Kompetenz des PC-Teams steht allein Abteileren zur Verfügung.
 In der Institution wird Weiterbildung für PC gefördert
 In der Institution wird Forschung in der PC gefördert
 Grundwerte deutlich darstellen und verbindlich umsetzen
 Das interdisziplinäre Team wird in den unumgänglichen Umwälzungen/Veränderungen begleitet
 (Entwicklung der Palliative Care, der Organisationen, Finanzen, etc.)

Protektive Faktoren

Resourcen/ Vertrauen innere Stärke

19 Institution

Standortbestimmung und Merksätze

Fragen

Ist der Begriff der « Palliative Care » auf allen Hierarchiestufen definiert?
 Existiert eine von der Institution festgesetzte Philosophie (Grundlage / Haltung) ?
 Ist sie bekannt und wird sie verbindlich umgesetzt ?
 Wie ist das Palliative Care Team in der Institution positioniert?
 Wie ist die Wertschätzung dieser Fachrichtung gegenüber andern?
 Erkennt, wertschätzt und unterstützt die Institutionsleitung die spezifischen Fachkompetenzen des PC-Teams?
 Was tut die Institution, um den Arbeitsplatz « Palliative Care » für die spezialisierten Mitarbeitenden attraktiv zu machen?

Fährte

Institutionen werben gerne damit, Palliative Care anzubieten, erfüllen aber oft die Kriterien nicht oder benutzen nicht die Begriffe nach Nomenklatur von palliative.ch.
 Institutionen reduzieren Palliative Care oft auf die Sterbephase und meinen, das immer schon gut gemacht zu haben – falsches Verständnis von Palliative Care

20 Politik

Rahmenbedingungen

dynamisch

Risikofaktoren

Gefahr des Versandens der nationalen Strategie
 Kantone setzen nationale Strategie nicht um
 Unter Kostendruck werden Leistungen gestrichen
 Zuviel Leistung in kurzer Zeit gefordert
 Wechsel von Pionierphase in die Konsolidierung gelingt nicht
 Definitionen von PC-Situationen unklar gefasst
 Umgang mit Lebensende auf Kostenfaktor gekürzt
 OALY, Quality adjusted life years- Kosten-Nutzen Analyse nicht berücksichtigt
 Einfluss von Lobbies: Santé Suisse, Berufsverbände, H+, Parteien, Pharmaindustrie

Belastungen

Resilienz

Nationale Strategie und kantonale Programme festgelegt
 PC ist grundsätzlich ein PRO Thema von linken bis ganz rechten Parteien
 Gesicherte Finanzierung
 Empfehlungen Palliativ.ch zur Argumentation bezüglich Gelder (Dotationen...)
 Netzwerkarbeit priorisieren
 (Fort-)Bildung fördern und unterstützen
 Forschung unterstützen, Partnerschaften mit der Erfahrungsaustausch (Nationale Tage) unterstützen
 PC Praxis durch eine die Behandlungsqualität prüfende Vorgehensweise analysieren

Protektive Faktoren

Resourcen/ Vertrauen innere Stärke

21

Politik

Standortbestimmung und Merksätze

Fragen

Ist der Begriff der palliative care definiert und bekannt?
 Wird PC als ein wesentlicher Faktor eines Angebotes in einem guten Gesundheitswesen wahrgenommen?
 Werden die entsprechenden finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt?

Fährte

Nationale Strategie Palliative Care 2010 -2012
 Kantonale Konzepte Palliative Care vorhanden oder in Erarbeitung
 Vernetzungsarbeit mit der Politik ausgehend von palliative.ch und durch regionale Netzwerke
 Bewusstsein in der Palliative Care, dass das Vernetzen wichtig ist und das Wissen, dass auch die Politik wichtig ist.
 Vertreterinnen und Vertreter von Person aus dem Gesundheitswesen in politischen Ämtern auf allen Ebenen (NR, SR, RR, KR und in den Gemeinden)
 Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung steigt bezüglich Palliative Care dank engagierten Personen
 Linke bis rechte sind theoretisch zum Thema Palliative Care pro gestimmt. Dieses Potential nutzen.

22

Gesellschaft

bewusster Umgang mit Leben und Sterben

Risikofaktoren

Tod weiterhin ein Tabu
 schwach sein/ krank sein = wertlos sein
 versus jung & sexy = wertvoll sein.
 Hohe Erwartung an die technische Medizin
 Wenig Erfahrung mit Sterben, Sterbenden
 Fehlen von Solidarität
 Ich-AG
 Freiwilligenarbeit hat wenig Sozialprestige
 Entverkrustung der Bevölkerungsstruktur
 Angst vor Kooperationen
 Oekonomistisches Menschenbild dominiert
 PC wird als „Exit-Stopper“ missbraucht

Resilienz

dynamisch

Vulnerabilität

Belastungen

Protektive Faktoren

Kultur der Auseinandersetzung mit dem medizinisch-technisch Machbaren und dem individuell Wünschbaren
 Gesellschaftliche Diskussion über Wahlmöglichkeiten im Umgang mit der letzten Lebensphase
 Unterschiedliche Infrastrukturen ambulant & stationär
 Soziale Aufstiegsnetze sind finanziert
 Rechtssicherheit vorhanden
 Spendebereitschaft gegeben

Ressourcen/ Vertrauen innere Stärke

23

Gesellschaft / Zeitgeist

Standortbestimmung und Merksätze

Fragen

Welches gesellschaftlichen Werte haben einen Einfluss auf unsere Praxis in der Palliative Care?
 Welches Menschenbild prägt den gegenwärtigen Zeitgeist?
 Wie wird gegenwärtigen mit dem Thema Leben und Sterben umgegangen?
 Gibt es Diskussionen darüber, dass nicht alles Machbare wünschbar ist?

Fährte

Nationale Strategie Palliative Care 2010 -2012
 Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung steigt bezüglich Wissen über Palliative Care
 Betroffene, auch im Bekanntheitskreis, sind besser erreichbar
 Wir sind in einer Leistungsgesellschaft und das Kranksein wird ausgeblendet und hat wenig Platz im Denken der Menschen. Falls es weniger kostet, ist es interessanter für die Politikerinnen und Politiker.

24

Transzendenz

Vertrauen in übergeordnete Zusammenhänge

Risikofaktoren

Abgehobenes Geschwätz
 Wegdiskutieren von Leiden und Schmerz
 Vorschein Erklärungsversuche
 Billige Trostversuche

Resilienz

dynamisch

Vulnerabilität

Belastungen

Protektive Faktoren

Erzeugen von Sinn und (Ur-)Vertrauen
 Entlastung von Leistungs- und Erklärungszwang
 Hoffnung
 Trost

Ressourcen/ Vertrauen innere Stärke

