

Gelingende Zusammenarbeit in multiprofessionellen mobilen Palliativteams aus Sicht des Pflegefachpersonals

Lydia Wagner, Matr.Nr. 1510406325

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 22. April 2018

Version: 1

BegutachterIn: Mag.^a (FH) Mag.^a Ursula Stattler

Abstract

1.) Abstract Deutsch

In mobilen Palliativteams wird aufgrund der Arbeit mit schwer kranken, sterbenden Menschen interdisziplinär gearbeitet. Dieses System des Miteinanders hebt sich von strukturellen Gegebenheiten anderer Einrichtungen im Gesundheitswesen durch mehrere Faktoren ab. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, aus Sicht des Pflegefachpersonals, aufzuzeigen, welche Komponenten für eine gelingende multi-professionelle Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams eine Rolle spielen. Hierfür werden qualitative Methoden – Leitfadeninterviews sowie teilnehmende Beobachtung – herangezogen und interpretiert. Die Auswertung der Daten lässt die Schlussfolgerung zu, dass sowohl von LeistungsträgerInnen vorgegebene Rahmenbedingungen wichtig scheinen, als auch die persönlichen Voraussetzungen der MitarbeiterInnen.

2.) Abstract English

Because of their work with seriously ill or dying people mobile palliative teams are working interdisciplinary. This system of cooperation distinguishes itself from structural conditions of other healthcare institutions by several factors. The aim of this research is to show – from the point of view of the nursing staff – which components are important in a successful multi-professional collaboration in mobile palliative teams. For this purpose qualitative methods – like guideline interviews and participant observation – are used and interpreted. The evaluation of the data leads to the conclusion, that framework conditions specified by service providers are very important, as well as the personal preconditions of the employees.

Inhalt

1	Einleitung	5
1.1	Themenrelevanz	5
1.2	Interessensbeschreibung	5
1.3	Vorannahmen und Vermutungen	6
1.4	Zugang zum Feld.....	6
1.5	Aufbau der Arbeit.....	7
2	Forschungs- und Detailfragen	7
3	Methodisches Vorgehen und Methodenwahl	8
3.1	Erhebungsmethoden: Auswahl und Vorgehensweise.....	8
3.2	Fixierung der Daten und deren Auswertung.....	9
4	Definitionen wesentlicher Begriffe	10
4.1	Palliative Care.....	10
4.2	Mobiles Palliativteam	11
4.3	Interprofessionalität und Multiprofessionalität	11
5	Ergebnisdarstellung	12
5.1	Persönliche Voraussetzungen.....	12
5.1.1	Verständnis für Betroffene und deren Angehörige	12
5.1.2	Organisationstalent.....	13
5.1.3	Offenheit und Flexibilität	14
5.1.4	TeampartnerInn statt Hierarchiedenken	16
5.1.5	Kommunikation und persönliche Wahrnehmung.....	18
5.1.6	Die „anderen“ Erfolge wertschätzen	19
5.1.7	Bodenständigkeit, Lebenserfahrung und Humor	19
5.2	Erleben der Interdisziplinarität	21
5.2.1	Eigene Entlastung durch andere Professionen	21
5.2.2	Wertschätzung der unterschiedlichen Disziplinen	21
5.2.3	Rahmenbedingungen	23
5.3	Gelungene multiprofessionelle Zusammenarbeit	24
5.3.1	Arbeiten auf Augenhöhe, Ehrlichkeit bzw. Kritikfähigkeit und Wertschätzung ...	24
5.3.2	Zeit für fachlichen Austausch und Psychohygiene.....	25
5.3.3	Teams und ihre Phasen	26
5.3.4	Bedeutung der Supervision	28
6	Zusammenfassung	29
7	Persönliches Resümee und kritischer Ausblick	31

Literatur.....	33
Daten	36
Abbildungen	37
Anhang.....	38
Eidesstattliche Erklärung	39

1 Einleitung

1.1 Themenrelevanz

Gelingende „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ wird speziell im Gesundheitsbereich zunehmend gefordert. Mehrere Professionen arbeiten gemeinsam im Interesse des einzelnen Menschen. Dabei können die Sichtweisen der unterschiedlichen Berufsdisziplinen differieren, einen gemeinsamen Weg im Sinne der PatientInnen zu finden, kann dadurch auch erschwert werden. Es kann mitunter auch die Frage nach der Entscheidungsfindung bei Problemstellungen auftreten. Wenn mehrere Professionen zusammenarbeiten, wer trifft dann bei Meinungsverschiedenheiten letztendlich die Entscheidung? Zählen Ansichten mancher Professionen mehr als andere? Wird mit allen KollegInnen auf Augenhöhe gearbeitet? Haben sich Hierarchien aus der Geschichte heraus entwickelt? Können diese bei Bedarf auch geändert werden? Für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit sind zahlreiche persönliche Eigenschaften und auch Rahmenbedingungen der ArbeitgeberInnen erforderlich. Diese Fragen gilt es in vorliegender Forschungsarbeit aus der Sicht des Pflegefachpersonals zu beantworten und zu verschriftlichen. Sämtliche essentielle Begriffe werden im Kapitel 2 „Definitionen wesentlicher Begriffe“ mit Hilfe von Fachliteratur erläutert.

1.2 Interessensbeschreibung

Für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sprechen wohl mehrere wichtige Faktoren:

- verschiedene Blickwinkel bei Problemlagen mittels multiprofessionellem Team
- unterschiedliche Ansprechpersonen für PatientInnen bei diversen Herausforderungen in der letzten Lebensphase
- ganzheitliche Betrachtung der PatientInnen und deren Situationen
- PatientInnen steht ein gesamtes Netzwerk an HelferInnen zu Verfügung
- persönliche Bereicherung als Teammitglied, da eigene Sichtweisen durch andere erweitert werden können
- bei Bedarf auch Entlastung und Austauschmöglichkeit für einzelne MitarbeiterInnen durch das multiprofessionelle Team

Diese Forschungsarbeit soll deshalb unter anderem zu einer möglichen Anleitung zu gelingender multiprofessioneller Zusammenarbeit beitragen, die auf mehrere Bereiche des

Gesundheitswesens ausgeweitet und übernommen werden kann. Dabei muss gesagt werden, dass in dieser Arbeit ausschließlich Sichtweisen von Pflegefachpersonal in mobilen Palliativteams berücksichtigt werden. Blickwinkel der Sozialen Arbeit, der Ärzteschaft und der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen – jeweils mobil und stationär – sowie Angehöriger und dem Palliativkonsiliardienst werden in gesonderten Bachelorarbeiten betrachtet. Gemeinsam ergeben diese Forschungen ein gesamtes Projekt mit 26 durchgeführten Interviews von elf Studierenden. Diese aufgezeichneten und transkribierten Gespräche sowie drei unterschiedliche Beobachtungsprotokolle stehen allen elf Studierenden, die sich mit dieser Thematik befassen, auf einer gemeinsamen Plattform zur Verfügung. In dieser Forschungsarbeit werden zwei Interviews von Einrichtungen in Niederösterreich ausgewertet und zitiert.

1.3 Vorannahmen und Vermutungen

Vermutlich arbeiten viele interdisziplinäre Teams sehr gut zusammen und hinterfragen nicht, warum ihnen dies gelingt. Eine persönliche Annahme ist, dass zahlreiche Personen den Erfolg auf das gemeinsame Interesse am gleichen Menschen rückschließen. Im Sinne der PatientInnen zu handeln steht wahrscheinlich im Vordergrund, sodass sich die unterschiedlichen Berufsgruppen vermutlich keine Gedanken darüber machen, wer zum Beispiel Entscheidungen trifft und ob das in Ordnung für alle Beteiligten ist. Eine weitere Überlegung meinerseits ist, dass sämtliches Fachpersonal so gut in der Zusammenarbeit geschult ist, dass hier wenig Differenzen und Problemlagen zutage kommen. Vielleicht tragen jedoch auch die Supervisionen, die bereits standardmäßig angeboten werden, zu einer positiven Zusammenarbeit bei. Unterschiedliche Blickwinkel auf gleiche PatientInnen können sehr bereichernd sein. Vermutlich wird dieser Aspekt als unterstützend gesehen und von den unterschiedlichen Professionen wertgeschätzt.

1.4 Zugang zum Feld

Die gesamte Gruppe Studierender hatte Zugang zu mobilen und stationären Palliativteams in Niederösterreich, Wien, Salzburg und in der Steiermark. Bei einem ausgewählten Team in Niederösterreich wurde die Mehrheit der Befragungen durchgeführt, die Kontakte dorthin wurden durch die Lehrbeauftragten der Projektwerkstatt geknüpft. Diese KollegInnen erwiesen sich dankenswerter Weise als sehr hilfsbereit und auskunftsfreudig. Außerdem konnten die Studierenden zusätzlich weitere Einrichtungen zu einer Teilnahme an diesem Projekt

begeistern. Auch diese Teams zeigten sich sehr unterstützungsfreudig und an einer positiven Zusammenarbeit interessiert. Die beiden niederösterreichischen Teams, die in dieser Arbeit von Bedeutung sind, gewährten jeweils Beobachtungen von Teamsitzungen, boten einzelne „Schnuppertage“ an und nahmen sich Zeit für Interviews. Dabei wurden Termine für, bzw. mit Einzelpersonen vereinbart, aber auch für Kleingruppen.

1.5 Aufbau der Arbeit

Forschungs- und Detailfragen werden im nachfolgenden Kapitel 2 gestellt und somit der Fokus dieser Forschungsarbeit offengelegt. Die Erhebungsmethoden inklusiver Erklärungen dieser sowie die Fixierung der Daten und deren Auswertungen werden im Kapitel 3 dargestellt. Die Definitionen von wesentlichen Begriffen dieser Arbeit sind im darauffolgenden Kapitel zu finden. Die anschließende Ergebnisdarstellung setzt sich aus drei Unterkapitel zusammen: Persönliche Voraussetzungen, Erleben der Interdisziplinarität sowie gelungene multiprofessionelle Zusammenarbeit. Dabei wird ausschließlich Augenmerk auf die Sichtweise des diplomierten Pflegefachpersonals in mobilen Palliativteams gelegt. Geführte Interviews dazu wurden geführt, transkribiert und ausgewertet. Diese Daten bilden den Grundstein für die Beantwortung der Forschungs- und Detailfragen von Kapitel 2. Es folgt die Zusammenfassung der Ergebnisse, sowie ein persönliches Resümee mit kritischem Ausblick. Verwendete Literatur- und Datenangaben, ein Abbildungsverzeichnis, der Leitfaden für Interviews im Kapitel Anhang, sowie die Eidesstattliche Erklärung schließen diese Arbeit ab.

2 Forschungs- und Detailfragen

Wie bereits im Titel ersichtlich, beschäftigt sich diese Bachelorarbeit 2 mit der gelingenden Zusammenarbeit in multiprofessionellen mobilen Palliativteams. Dieses Thema wurde aus Sicht des Pflegefachpersonals bearbeitet. Folgende Forschungsfrage stand dabei im Zentrum:

„Unter welchen Bedingungen wird eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht des Pflegefachpersonals als gelungen empfunden?“

Weiterführende Fragen lauteten: „Wie erleben MitarbeiterInnen der Pflege die interdisziplinäre Zusammenarbeit?“ und „Welche persönlichen Voraussetzungen sollten MitarbeiterInnen unterschiedlicher Professionen für die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team mitbringen?“

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde der, gemeinsam in der Projektgruppe erarbeitete, Leitfaden, sowie die Vorlage des Beobachtungsprotokolls für Beobachtungen herangezogen. Außerdem standen Abschlussarbeiten des interprofessionellen Basislehrgangs Palliative Care von KollegInnen zur Verfügung. Zusätzlich wurde Literatur vorab und auch während des Arbeitsprozesses immer wieder zu Rate gezogen.

3 Methodisches Vorgehen und Methodenwahl

3.1 Erhebungsmethoden: Auswahl und Vorgehensweise

Zu Beginn war eine Literaturrecherche zur ersten Begriffsdefinierung erforderlich. Im Anschluss bediente ich mich Methoden qualitativer Forschung.

„Qualitative ForscherInnen wählen die UntersuchungsteilnehmerInnen gezielt aus und beziehen wenige Fälle je nach ihrer Relevanz ein. Die Datenerhebung gestaltet sich offener als bei der quantitativen Forschung und zielt auf ein umfassenderes Bild ab, das die Rekonstruktion des untersuchten Falles ermöglicht (vgl. Flick 2009:24).“ *„Die qualitative Forschung fragt nach Bedeutungen, die mit bestimmten Phänomenen verknüpft sind, oder nach den Prozessen, die den Umgang damit aufzeigen (vgl. Flick 2009:40).“*

Leitfadeninterviews bzw. narrative Interviews mit MitarbeiterInnen der Pflege – zum Teil selber durchgeführt, zum Teil aus dem Fundus der Mitstudierenden – sollten über persönliche Erfahrungen Aufschluss geben.

„Ein Leitfadeninterview soll laut Uwe Flick das thematisch relevante Spektrum des Interviews und seines Gegenstands abdecken. Am Leitfaden orientiert sich der/die InterviewerIn. Er/Sie muss allerdings bei Bedarf die Fragen nicht in geordneter Reihenfolge stellen, sondern kann auch während des Gespräches umformulieren und Fragen in abweichender Abfolge stellen (vgl. Flick 2009:113-114).“ *„Beim narrativen Interview hingegen stehen nicht die Fragen im Vordergrund, sondern das Erzählen und die Darstellungen der/des Befragten (vgl. Flick 2009:114).“*

Außerdem wurde es ermöglicht, an einer monatlich stattfindenden Teambesprechung eines mobilen Palliativ-Teams beobachtend teilnehmen zu dürfen.

„Beobachtungen versprechen einen direkteren Zugang zu Handlungen und Prozessverläufen (vgl. Flick 2009:123).“ „Die Distanz der ForscherInnen zur Situation werden bei der teilnehmenden Beobachtung reduziert und wird als Prozess gesehen (vgl. Flick 2009:126).“

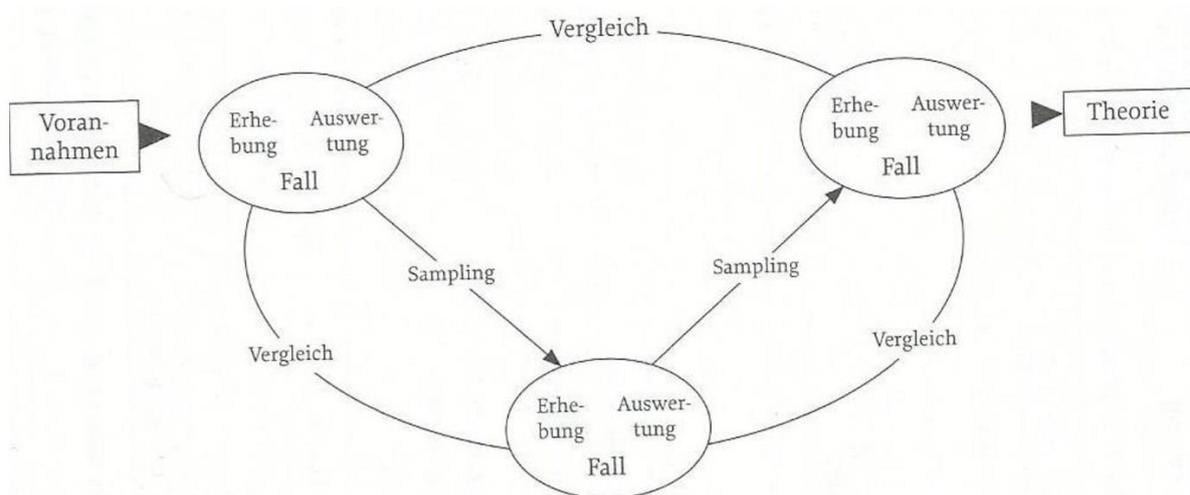


Abb. 1 – Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses (Flick 2009:75)

Das oben angeführte zirkuläre Modell des Forschungsprozesses von Uwe Flick stellt meines Erachtens deutlich dar, dass bei der Bearbeitung eines Falles immer wieder Daten auf unterschiedliche Arten neu erhoben und miteinander verglichen sowie ausgewertet werden sollen. In diesem Sinne war es erforderlich, auch nach der Durchführung bzw. Transkription der einzelnen Interviews, die Literatur zu Rate zu ziehen, um neue Erkenntnisse hinzufügen zu können. Aus diesen erhobenen Daten konnten Interpretationen und Vermutungen aufgestellt werden.

3.2 Fixierung der Daten und deren Auswertung

Aufgrund der offen formulierten Fragen bei den Einzelinterviews sowie der Fülle der Daten, wurde die Systemanalyse, ein hermeneutisches Verfahren, als Auswertungsschema bevorzugt. „Qualitative Forschung betreibt bei der Datenerhebung großen Aufwand, um dann Aussagen in ihrem Kontext verstehen und analysieren zu können.“ (Flick 2009:174) Bei diesem Verfahren werden Texte – in diesem Fall die Transkriptionen der Einzelinterviews und des Beobachtungsprotokolls – in fünf Schritten ausgewertet. Bei der paraphrasierenden Analyse wird eine Kurzversion des Textes produziert und das offensichtliche Thema des angegebenen Materialausschnittes benannt. Danach versetzen sich InterpretInnen in die Rolle

der Textproduzierenden und untersuchen den Textrahmen einer Äußerung. Es wird sozusagen nach Bedeutungen für die konkreten Textformulierungen gesucht. Im Anschluss wird sich dem lebensweltlichen Kontext einer Äußerung gewidmet. Es wird darüber spekuliert, in welcher Weise der Kontext organisiert sein könnte, damit die getätigte Aussage in ihrer Form wahrscheinlich werden kann. Bei der darauffolgenden Analyse der Interaktionseffekte wird angenommen, dass die vorherig konstruierten Kontextbedingungen die Sicht- und Handlungsweisen der AkteurInnen anleiten. Auf der letzten Stufe, der Analyse der Systemeffekte, wird dieses Verfahren auf die Gesamtdynamik des sozialen Systems ausgedehnt. (vgl. Froschauer/Lueger 2003:150ff)

Nach zeitintensiver Auswertungsarbeit wurden die Interpretations-Ergebnisse zusammengefasst und verschriftlicht.

„Zur Analyse werden Texte nun nicht mehr in kleinste Sinneinheiten zerlegt, sondern in zusammengehörige thematische Einheiten...“ (Froschauer/Lueger 2003:148) „In der Endphase der Interpretation ist es möglich, auch die für die Untersuchung besonders relevanten Forschungsfragen und Thesen zu berücksichtigen.“ (vgl. ebd.:157)

4 Definitionen wesentlicher Begriffe

4.1 Palliative Care

Der Begriff „palliativ“ stammt aus dem lateinischen Wortschatz und beinhaltet „pallium“, das übersetzt „der Mantel“ bzw. „mit dem Mantel bedecken, umhüllen“ bedeutet. (vgl. Palliativ-Portal 2008-2018) Palliative Care sei als Ansatz zu verstehen, der zur Verbesserung der Lebensqualität von progredient und lebensbegrenzt erkrankten PatientInnen beitragen soll. Hier auftretende Problemlagen, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einer Person aus der Familie einhergehen, sollen gemindert werden. Dazu würden das Lindern und Vorbeugen von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, sowie die untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und weitere belastende Beschwerden von körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art zählen (vgl. WHO o.J.).

4.2 Mobiles Palliativteam

Teilnehmende Berufsgruppen im mobilen Palliativteam seien nach Baumgartner: Ärztliches Personal, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, LogopädInnen, PsychologInnen, DiätologInnen, SeelsorgerInnen, ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson. (vgl. Baumgartner, Johann et. al (k.A.): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, S. 22)

Mobile Palliativteams würden nach Hause oder z.B. in ein Pflegeheim kommen und unterstützen die Betreuenden von PalliativpatientInnen (z.B. HausärztInnen, Pflege- und Betreuungspersonen) und auch direkt die PatientInnen und deren An- und Zugehörige. Die multiprofessionellen mobilen Palliativteams seien beratend und anleitend tätig und würden ihre Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung anbieten. Ziel der Betreuung durch Mobile Palliativteams sei es, den Verbleib der PatientInnen zu Hause oder in einer vertrauten Umgebung zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu reduzieren und beim Übergang zwischen stationärer und mobiler Betreuung zu helfen. Grundsätzlich könne sich jede/r an ein mobiles Palliativteam wenden. Empfehlenswert ist es, frühzeitig nach der Diagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung, damit bei Krisen bereits mit dem zuständigen Team Kontakt besteht. Dienste von mobilen Palliativteams seien in der Regel kostenfrei, würden aber keine Hauskrankenpflege umfassen. Da Mobile Palliativteams in jedem Bundesland anders organisiert und finanziert sind, ist es gut, beim Erstkontakt auch die Kostenfrage anzusprechen (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2017).

4.3 Interprofessionalität und Multiprofessionalität

Palliative Care verpflichtet sich zu Interprofessionalität innerhalb ihres Handelns. Der Begriff Interprofessionalität wird definiert als Zusammenarbeit von einzelnen Disziplinen und Berufsgruppen. Erben (2001:137) geht bei dem Prinzip der Interkompetenz davon aus, dass alle Berufsgruppen den Menschen als Ganzes betrachten würden. Durch die Einbindung des Kontextes werden Verbindungen zwischen Personen und Professionen denkend und handelnd einbezogen. Interprofessionalität bedeute speziell in der Palliative Care den Blickwinkel über das eigene Fachgebiet hinaus zu erweitern und andere Fachexpertisen in das eigene Behandlungskonzept miteinzubeziehen, erklärt Aulbert (2000:27).

Gemäß Waser (2014:161) werde Multiprofessionalität durch sein Präfix „multi“ für eine Teamkonstellation verwendet, in der mehr als zwei unterschiedliche Professionen arbeiten würden. Diese Definition impliziere jedoch keine Interaktion zwischen den einzelnen Disziplinen oder Berufsgruppen. Es zeichne sich das Arbeiten innerhalb der Grenzen des eigenen Fachgebietes ab.

Von einer interdisziplinären Arbeitsweise werde gesprochen, wenn Ansätze unterschiedlicher Fachrichtungen zur Anwendung kommen würden. (vgl. Definition-online, Pleye, Matthias 2018) Für diese Forschungsarbeit werden die Begrifflichkeiten „interdisziplinär“, „multiprofessionell“, und „interprofessionell“ gleichermaßen herangezogen.

5 Ergebnisdarstellung

In Kapitel 2 wurden Forschungsfragen gestellt, die nun mit Hilfe der ausgewerteten Daten – Interviews mit zwei Mitarbeiterinnen der Pflege in mobilen Palliativteams, einem Beobachtungsprotokoll sowie zwei Abschlussarbeiten von Teilnehmerinnen des Basislehrgangs für Palliativ Care und weiterführender Literatur – beantwortet werden.

5.1 Persönliche Voraussetzungen

„Welche persönlichen Voraussetzungen sollten MitarbeiterInnen unterschiedlicher Professionen für die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team mitbringen?“

5.1.1 Verständnis für Betroffene und deren Angehörige

In einem der Interviews wurde betont, dass Erlebnisse mit Sterbenden im familiären Kreise dazu führen können, sich bewusst für die Arbeit mit Menschen in dieser speziellen Lebensphase zu entscheiden. Als Angehörige, somit ohne fachliche Ausbildung, würde das sogenannte „Bauchgefühl“, oder Intuition von Bedeutung sein – eine Fähigkeit, die auch für fertig ausgebildete Fachkräfte als wichtig genannt wurde. Die Befragte erzählte hierzu von ihrem Familienmitglied: *„...und der hot daun zu mir gsogt: Ma, mid dia kauma so guad reden, weil du verstehst mi, du wast, was i do jetzt moan und was i jetzt song wü.“* (ITV14:34-35) Es soll dabei keinerlei Scheu bestehen, Themen anzusprechen, die in der Gesellschaft als heikel gehandhabt werden. Beide Interviewpartnerinnen hätten die Erfahrung gemacht, dass Angehörige sich des Öfteren nicht trauen würden, zum Beispiel Begräbnis- und Trauerfeier-

Vorbereitungen mit den Betroffenen zu besprechen. Dabei scheinen sich Menschen in ihrer letzten Lebensphase gerade darüber Gedanken machen zu wollen. „...*mei Schwiegervater woit ah immer übers Begräbnis reden und so, der hot des woin...*“ (ITV14:33-34) Angehörige würden sich, laut Interviews, oftmals davor fürchten, tiefgehende Gespräche zum Thema „Tod und Sterben“ mit Betroffenen zu führen. Werde es aufgrund der verbleibenden kürzeren Zeit ernster, so würden abwinkende Handbewegungen gemacht und Sätze wie „...*wiad scho wieda wean...*“ und „...*naa, bast eh*“ (ITV14:56) ausgesprochen werden. Doch mit solchen Aussagen würden sich PatientInnen, laut Interviewpartnerinnen, erfahrungsgemäß nicht zufriedengeben. Daher erscheint es für die Arbeit in einem mobilen Palliativteam wichtig, Verständnis für palliative PatientInnen und deren Bedürfnisse zu entwickeln und auch Angehörige dahingehend zu unterstützen. Bei einem Interview wurde dies so formuliert:

„...und unsa Hauptaufgabe insgesamt vom Team is, dass de PatientInnen, sofern sie des so wollen, dass ma de Angehörigen so stärkt und ma des so organisiert, dass ma plant und unterstützt, dass de PatientInnen auch zuhause versterben können...“
(ITV14:74-76)

Zu beachten ist in der Arbeit mit PatientInnen und Angehörigen, dass nicht jede Kollegin stets alle Fakten, Ängste und Befürchtungen von den jeweiligen PatientInnen erfährt. Die Vermutung liegt daher nahe, dass ein steter Wechsel in der Betreuung/Begleitung – also keine Bezugsbetreuung von ausschließlich einer einzelnen Mitarbeiterin – förderlich für die ganzheitliche Erfassung der jeweiligen Situation ist. Vielleicht spielt die Sympathie zwischen den Mitwirkenden eine Rolle? Oder aber der Zugang zur Problemstellung sowie der fachliche Hintergrund? Als wichtig erscheint aus diesem Grund, meines Erachtens, der Faktor Zeit. Hausbesuche werden in Niederösterreich nicht minütlich oder stündlich mit Betroffenen finanziell abgerechnet. Stattdessen können MitarbeiterInnen der mobilen Palliativteams ihre Zeit ausreichend zur Verfügung stellen können, damit sich PatientInnen und Angehörige in Ruhe „öffnen“. Dies wurde von einer Interviewpartnerin folgendermaßen zum Ausdruck gebracht: „*A Hausbesuch dauert so lange, bis des a runde Gschicht is. Oiso, wir entscheiden jo söwa, wia laung wir bleiben beim Hausbesuch.*“ (ITV15:152)

5.1.2 Organisationstalent

Der Aufgabenbereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals innerhalb des mobilen Palliativteams sei einerseits klar definiert, vermische sich im Arbeitsalltag jedoch oftmals mit den Tätigkeiten anderer Professionen, zum Beispiel mit denen der Sozialen Arbeit. Dies wurde im Gespräch wie folgt erzählt:

„...mia haum vü organisatorisches zum tuan, mia haum gaunz vü Telefonate, ah im Büro, de Aufnahmen, oda hoid, Informationen, mid de Angehörigen, de ruafn uns au, owa aundaraseits ruaf ah i au, waun i scho länger nix gheat hob, und amoi nochfrong, wias eana geht, und sonstiges, vü Telefonate mit de gaunzn aundan Einrichtungen, de mid diesen PatientInnen ah ztuan haum wie Krankenhäuser, Hausoazt, Hauskrankenpflege, Organisationen, genau...so a Brückenfunktion ah...“ (ITV14:81-86)

Werden die täglichen Hausbesuche näher betrachtet, so sollen MitarbeiterInnen eines mobilen Palliativteams im Stande sein, Termine nach Wichtigkeit und Dringlichkeit planen zu können. Dabei würden zum Beispiel einzelne Anrufe den erstellten Tagesablauf verändern können. Mit unterschiedlichen Aufgaben sollte demnach gegebenenfalls jongliert werden können. (vgl. ITV15:131ff) Die erforderliche Rufbereitschaft außerhalb der offiziellen Dienstzeiten – die zeitlich in jedem mobilen Palliativteam unterschiedlich geregelt sei – solle MitarbeiterInnen bewusst und somit auch familiär planbar sein (vgl. ITV15:137ff)

Zusätzlich solle stets im Bewusstsein der MitarbeiterInnen präsent sein, dass zum Beispiel das Fachpersonal der Krankenhäuser nicht dafür zuständig sei, ihre PatientInnen in ein sogenanntes „*gemachtes Nest*“ zu entlassen. Das bedeute, mobile Palliativteams würden unter anderem Pflegebetten, Rollatoren, Rollstühle, und einiges mehr organisieren, damit Betroffene gut versorgt seien. Um solche Aufgaben wahrzunehmen, benötige es den Einblick in das Privatleben der PatientInnen, den MitarbeiterInnen der Kliniken nicht haben könnten. (vgl. ITV15:161ff)

5.1.3 Offenheit und Flexibilität

Die Arbeit in einem mobilen Palliativteam wird in den Gesprächen als sehr vielfältig beschrieben und laufe selten nach einem bestimmten Schema ab. „*Standard is bei uns eigentlich goa nix...es is immer ois individuell...*“ (ITV14:116) Jede/r PatientIn habe ihre/seine eigenen Herausforderungen zu bewältigen. Auch Angehörige würden zwar oft ähnlich, aber doch stets unterschiedlich reagieren, sodass jede/r MitarbeiterIn offen für neue Herangehensweisen sein sollte. Flexibilität sei jedoch nicht nur in der Gestaltung der Zusammenarbeit mit PatientInnen, Angehörigen und KollegInnen von Bedeutung. Ein erstellter Tagesplan könne bereits durch einen einzigen Anruf verworfen werden. „*jo, an Plan gibt's scho (lacht), owa ob der durchgeht und wie der aum Tagesende sie verändert hot?*“ (ITV14:129-130) Immer wieder würden MitarbeiterInnen der mobilen Palliativteams

„wellenartige Stoßzeiten“ wahrnehmen. Es sei daher davon auszugehen, dass unterschiedlich intensive Arbeitstage vorkommen können, manchmal stressiger, andere lockerer. Flexible Arbeitszeiten würden dabei hilfreich sein können (vgl. ITV15:62ff).

Diese Flexibilität sei auch bei Erstbesuchen von PatientInnen gefordert. „...und spannend is hoid daun, waun i zu ana Familie hifoa wo i nu nie woa, ...was erwartet mich? A Messihaus? A Villa? Alles...von bis...alles is möglich!“ (ITV14:223-225) Von sämtlichen MitarbeiterInnen des mobilen Palliativteams werde erwartet, flexibel bei der Aufgabenverteilung zu bleiben. Anrufe von PatientInnen, Angehörigen, verschiedensten Einrichtungen, HausärztInnen und Krankenhäusern würden zum Beispiel von allen KollegInnen jeder Profession entgegengenommen. „...bei uns mocht im Grund gnumma a jeda ois...“ (ITV14:235). Dabei könne es passieren, dass MitarbeiterInnen für einen Anruf genau die richtigen AnsprechpartnerInnen sind, jedoch in einem anderen Fall eine Kollegin einer anderen Profession besser Auskunft geben könne. Diese Grenzen der eigenen Kompetenzen gelte es immer wieder aufs Neue zu erkennen und im Umgang mit GesprächspartnerInnen flexibel zu bleiben. (vgl. ITV14:235ff)

Eine wichtige Fähigkeit von MitarbeiterInnen des mobilen Palliativteams ist es meines Erachtens, „über den Tellerrand“ der eigenen Profession schauen zu können. Somit werden – wie in den Gesprächen erwähnt – einzelne Aufgabenbereiche nicht ausschließlich von der Kollegin der zuständigen Profession durchgeführt. Durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit lernen sämtliche MitarbeiterInnen, auch Sichtweisen von anderen Berufsgruppen zu verstehen. Somit könne Sie in bestimmten Situationen gezielter nachfragen und handeln. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass jede Berufsgruppe bzw. jede Person ihren/seinen eigenen Zugang zum Gegenüber hat – und das erscheint gut zu sein, da jeder Mensch einzigartig ist und einer individuellen Gesprächsführung bedarf.

Des Weiteren plane das mobile Team keine sogenannte „Standardbetreuung“, da nicht alle PatientInnen jede Profession benötigen. Die Individualität der Betreuung wird in Interviews oftmals hervorgehoben. (vgl. ITV15:123ff) Dabei würden PatientInnen ganzheitlich wahrgenommen werden, eine Tatsache, die große Flexibilität in der Erstbesuchsgestaltung sowie der weiteren Begleitung und Betreuung erfordere. (vgl. ITV15:25) Dies untermauern nachfolgende Zitate der Gesprächspartnerin:

„Es gibt ja immer an interprofessionellen Auftrag, und des is eigentlich des, was uns a ausmocht in der Palliative Care.“ (ITV15:27-28) „Es kaun si wirklich jeda bei uns mödtn und daun schauma.“ (ITV15:45-46)

Daher werde Flexibilität nicht nur beim Erstellen eines Tagesplans eingefordert, sondern auch im Denken. Betroffene würden zum Beispiel andere Bedürfnisse und Fragen als Angehörige haben. Bei Gesprächen mit MitarbeiterInnen der Krankenhäuser überwiege zudem die Fachsprache. Benötigen würden zahlreiche PatientInnen und Angehörige jedoch die sogenannte „leichte Sprache“ – also einfach formulierte Sätze mit wenig Fachvokabular. Demnach kann folgende Schlussfolgerung erwachsen, als MitarbeiterIn in einem mobilen Palliativteam sollte man in jeder Situation anpassungsfähig sein und sich auch sprachlich auf das Gegenüber einstellen können. Die Bedürfnisse der PatientInnen stehen dabei im Vordergrund, wie die Befragte erläuterte: *„Und je nachdem, in welche Richtung des Bedürfnis geht, diese Profession ist hoid daun mehr zuständig.“* (ITV15:30-31) und auch in der Literatur zu finden ist:

„Für die Ganzheitlichkeit ist nicht nur die Schiene Schulmedizin, Schulpharmakologie und Schulpsychologie von Bedeutung, sondern auch die Schiene somatische Pflege und Seelenpflege, wobei zwischen unbewusstem und bewussten Momenten nicht unbedingt unterschieden werden muss.“ (Böhm 2000:15)

5.1.4 TeamplayerIn statt Hierarchiedenken

In den Interviews wurde betont, dass Koordinatorinnen eines mobilen Palliativteams ihre eigenen Zuständigkeitsbereiche hätten, jedoch keinerlei Anweisungen geben würden, wer welche Arbeiten wie zu verrichten hätte. Entscheidungen bezüglich PatientInnenarbeit werden somit im Team gefällt, nachdem sämtliche Faktoren zusammengetragen wurden. Täglich wird neu vereinbart, wer welche Tätigkeiten bei welchen PatientInnen übernehme. Es gebe klare Definitionen bezüglich der Aufgabenbereiche einzelner Professionen, jedoch würden diese sich gegebenenfalls überschneiden. Im Fokus stehe der zu betreuende Mensch – je nachdem, welche Betreuung/Begleitung dieser benötige, so werde die Auswahl der Professionen und der KollegInnen getroffen. (vgl. ITV15:45ff)

Die Vermutung liegt nahe, dass ein interdisziplinäres Team aus Menschen bestehen sollte, die einander respektieren und sich umgangssprachlich „gut riechen“ können. Die Teamzusammensetzung spielt daher eine große Rolle. Neue KollegInnen sollten somit genau „unter die Lupe“ genommen und dahingehend geprüft werden, ob diese voraussichtlich gut in

das bereits bestehende Team passen würden. In den Gesprächen wurde stets betont, dass jede/r einzelne MitarbeiterIn wertvoll sei und keine Profession wichtiger als eine andere sei. (vgl. ITV14:11) KollegInnen der Pflege seien derzeit am häufigsten in mobilen Palliativteams vertreten. Diese Tatsache bedeute jedoch nicht, dass diese Berufsgruppe aufgrund ihrer Qualifikation wichtiger sei. Lediglich die Häufigkeit der Aufgabenstellung im pflegerischen Bereich sei erheblich gegeben. (vgl. ITV15:75) Deshalb sei die Akzeptanz gegenüber anderen Professionen unabkömmlich (vgl. ITV14:15) und ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe, ohne hierarchische Strukturen, absolut erforderlich (vgl. ITV15:68)

Zum Thema Hierarchie wurde im Gespräch ein Beispiel genannt: ÄrztInnen würden nicht ausschließlich nach schulmedizinisch Erlerntem handeln und würden somit auch nicht auf dessen Wissen und Wichtigkeit beharren. Es komme des Öfteren vor, dass sie nach Homöopathie, zusätzlichen Wickeln und Öle im Team nachfragen, die die verordneten Medikamente unterstützen könnten. Somit wachse hier keine von Krankenhausstrukturen üblich bekannte Hierarchie heran, es entwickle sich ein gemeinsamer Entscheidungsprozess (vgl. ITV15:83ff) Eine Interviewpartnerin fasste dies folgendermaßen zusammen:

„Also, wir beschreiben unser Team ja immer wieder als Blumenstrauß, der vielfältig ist und jede Blume hat ihre eigenen Spezialitäten. Die eine riecht besonders gut und die andere schaut dafür besonders schön aus, jeder hat seine Fähigkeiten und sein Zugang zu den PatientInnen. Und ich würde nicht entscheiden wollen, wer wo der Richtige ist.“
(ITV15:106-108)

Meine persönliche Schlussfolgerung lautet daher: Es bringt jede Kollegin, jeder Mensch, eigene Ideen zur Unterstützung der PatientInnen ein, und die passende wird somit dabei sein. Je mehr Blickwinkel vorhanden sind, desto klarer wird die Situation und somit auch die Art der Betreuung. Im Interview wurde auch betont, dass PatientInnen dieses Miteinander, ohne Hierarchiegefälle, sehr gut annehmen würden. Dies formulierte eine Gesprächspartnerin so:

„Und sie wean wirklich ernst genommen und es wird zuagenutzt, das ist oft schon genauso viel wert wie irgend ein Medikament. Und sie schätzen das sehr, das ist schon, was man immer wieder hat, dass sie auch sagen: Ma, die Frau Doktor hat sie so viel Zeit genommen für mich.“ (ITV15:239-241)

Die Interpretation liegt nahe, dass bei vielen Menschen die, für Krankenhäuser wohl typische, Hierarchie verankert ist, ÄrztInnen würden Entscheidungen treffen und das restliche Personal halte sich an deren Anweisungen und Empfehlungen. Deshalb scheint es den Selbstwert von

PatientInnen zu steigern, wenn medizinisches Fachpersonal sich länger als zur Diagnosestellung Zeit nimmt, um mit den Personen ausgiebiger zu reden.

5.1.5 Kommunikation und persönliche Wahrnehmung

Zu beachten ist, dass die Mehrheit der derzeitigen Posten bei mobilen Palliativteams mit Teilzeitkräften besetzt wurden, wie eine Gesprächspartnerin erläuterte. *„Also, wir haum jo insgesaumt viereinhalb Vollzeitäquivalente, die ma auf viele Köpfe aufteilt haum.“* (ITV15:60) Es ergibt sich die logische Schlussfolgerung, dass viele Besprechungszeiten – z.B. Fallbesprechungen, Teambesprechungen – im Team eingeplant werden müssen, damit sämtliche KollegInnen auf dem gleichen Wissensstand über einzelne PatientInnen sein können. Außerdem sei in beiden Teams keinerlei Bezugsbetreuung, also keine fix zuständige Mitarbeiterin für bestimmte PatientInnen, vorgesehen. Ein guter Austausch mit den KollegInnen sei daher absolut erforderlich, wie im Gespräch betont wurde. (vgl. ITV14:340ff) Strukturell stünden tägliche Morgenbesprechungen, sowie wöchentliche bzw. monatliche Teambesprechungen am Arbeitsplan der Teams. Zwischendurch – zum Beispiel bei den Autofahrten von bzw. zu PatientInnen – würden ebenfalls Fallbesprechungen durchgeführt. (vgl. ITV15:102) Während dieser Gespräche trage man sämtliche Daten und Blickwinkel zusammen, wobei auch Diskussionen beim Erfragen der Einschätzungen von KollegInnen entstünden (vgl. ITV15:95f)

Bei informeller Bezugspflege, die trotz aller Individualität in der Betreuung entstehen könne, würden Kolleginnen reflektiert sagen dürfen/können, wenn es ihnen zu viel werde, wenn sie einen zusätzlichen Blickwinkel oder Abwechslung benötigen würden. Sie würden offen aussprechen dürfen, wenn sie – egal aus welchen Gründen – nicht zu bestimmten Patienten fahren wollen bzw. können würden (vgl. ITV15:116ff). Persönliche Grenzen zu erkennen und zu wahren sind, meines Erachtens, demnach Grundvoraussetzungen in mobilen Palliativteams. Auch sollten MitarbeiterInnen Unterstützung einfordern und annehmen können. Der intensive Austausch mit KollegInnen – so wird betont – könne sehr bereichernd und erleichternd wirken (vgl. ITV14:310). Dies wurde in einem Interview hervorgehoben und auch in einem weiteren Gespräch bestätigt.

„Ma muas sie austauschen kinna. Und es is gleichzeitig natürlich ah Psychohygiene für uns. Afoch ah, um gsund und laung in derer Oabeit guad sein zu können.“ (ITV15:249-250)

5.1.6 Die „anderen“ Erfolge wertschätzen

Immer wieder ins Bewusstsein geholt werden müsse die Tatsache, dass nicht täglich die gesamte Menschheit gerettet werden könne, sondern die Welt einer einzelnen Person in ihrer letzten Lebensphase. Im Gespräch wurde hierzu folgendes erzählt:

„...fia mi persönlich, is a Geburt wos sehr intimes und des Sterben is ah a sehr intimes Erlebnis, oder Ereignis und do dabei sein zu dürfen, find i ah ois Ehre, unter Anführungszeichen...“ (ITV14:405f)

Der Tod bzw. das Sterben passiere auf sehr unterschiedliche und individuelle Art und Weise. Daher könne es als Erfolg verbucht werden, wenn in dieser, für alle Beteiligten schwierigen Zeit, eine gelingende Begleitung stattgefunden habe. MitarbeiterInnen der mobilen Palliativteams stellen sich somit stets die Frage:

„Wos könnt ma nu mocha, dass de Lebensqualität des Betroffenen afoch nu besser wird oder haumma eh scho alles probiert und miass ma hoid schaun, wie ma jetzt mit dem, wos nu geht, zrechtkumman?“ (ITV15:90-91)

Meines Erachtens sehr gut zusammengefasst hat eine Befragte im Gespräch diese „anderen“ Erfolge wie folgt:

„Oiso, wenn dieser Zeitpunkt kummt, wos ruhiger wird. Und daun merkt ma ah, sie rufen daun weniger au, sie brauchen uns weniger, sie kumman guat zrecht daham, holen sie daun punktuell Hilfe, wens as wirklich brauchen und haum gaunz gezielte Fragen. Und wenn des wieder erledigt is, daun passt des wieder und, jo, weil daun afoch sein deaf, wos a immer kummt und sie aber vorbereitet san...Daun hätt i des Gefühl, dass ma guat oabeiten (lacht) und des hauma oft, Gott sei Daunk.“ (ITV15:291-295)

5.1.7 Bodenständigkeit, Lebenserfahrung und Humor

Im Gespräch mit einer diplomierten Pflegefachkraft wurde ihre eigene Bodenständigkeit sowie ihre Lebenserfahrung als wichtig angesehen. Es bestehe ein großer Vorteil in der Arbeit im mobilen Palliativteam, *„mit beiden Beinen fest im Leben zu stehen“*, *„mit sich selber im Reinen zu sein“* und ein *„Urvertrauen“* in sich selber und die geleistete Arbeit zu besitzen. (vgl. ITV14:18ff) Die Bedeutung des familiären Rückhalts wurde ebenfalls während den Interviews hervorgehoben.

Als einen besonderen Faktor, dem auf jeden Fall Beachtung geschenkt werden sollte, wurde mehrmals der Humor genannt. In Palliativteams – so erzählte eine Gesprächspartnerin – herrsche ein eigener, für außenstehende Personen oft unverstandener, Humor. Dies begründete sie folgendermaßen: *„Najo, i glaub, dass Palliativeit...so jetzt...salopp gsogt...an eigenen Vogel haum...(lacht)...a bissl aundas san...“* (ITV14:372)

Der Begriff Humor wird in der Literatur unterschiedlich und doch ähnlich definiert. Markus Frittm fasst einige Ausführungen in seinem Buch „Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor“ wie folgt zusammen: Effinger (2006:48, zit. in Frittm 2009:34) meint, Humor bedeute „zurücktreten zu können“ und erläutert dies mit den Worten „vielmehr sich von etwas Lähmenden und Beklemmenden distanzieren zu können“. Höfner/Schachtner (1995:27, zit. in Frittm 2009:34) wollen den positiven Blickwinkel hervorheben mit der Erklärung „das Absurde an einer Sachlage zu erkennen und sich davon nicht unterkriegen zu lassen, sondern darüber zu lachen“. Freud (1927/2004b:254, zit. in Frittm 2009:34) führt zusätzlich aus, dass Humor etwas Befreiendes sowie Großartiges und Erhebendes sei. (vgl. Frittm 2009:34)

Gerade deshalb ist es vermutlich so wichtig, ausgerechnet in der Arbeit mit schwer kranken, sterbenden Menschen, einen eigenen Humor zu besitzen bzw. einen gemeinsamen Humor im Team zu entwickeln. Dies bestätigt auch Vera M. Robinson in ihrem Werk „Praxishandbuch therapeutischer Humor“:

„Wer gemeinsam lachen kann, kann auch als Team arbeiten! Jede Gruppe hat ihre „Insider-Witze“, die nur für die Gruppenmitglieder verständlich sind, den Gruppenprozess fördern und das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken.“ (Robinson 2002:53 zit. in: Bruckner et al. 2016:32)

Dabei soll hervorgehoben werden, dass Humor nicht ausschließlich daraus besteht, Lachen zu können. Humor ist nicht nur ein kognitives Phänomen, sondern ein besonderes Gefühl. Humor kann daher entlastend wirken. Müller und Pfister schreiben in ihrem Werk „Wieviel Tod verträgt das Team?, dass durch Humor Abstand zu belastenden Situationen gewonnen werden könne, Sprachlosigkeit durchbreche und ein Klima sowie den Aufbau sozialer Beziehungen fördere. (vgl. Müller/Pfister 2014:101f) Hierzu passt wohl auch ein humoristisches Zitat von Martin Luther: *„Aus einem verzagten Arsch wird niemals ein fröhlicher Furz kommen.“* (zit. in: Bruckner et al. 2016:15)

5.2 Erleben der Interdisziplinarität

„Wie erleben MitarbeiterInnen der Pflege die interdisziplinäre Zusammenarbeit?“

5.2.1 Eigene Entlastung durch andere Professionen

Während eines Interviews wurde erzählt, wie gearbeitet wurde, als zum Beispiel noch keine Sozialarbeiterin im Team beschäftigt war. Diese Situation stellte sich für die Mitarbeiterinnen der Pflege oftmals als problematisch heraus, vor allem, wenn spezifische Themen der Sozialen Arbeit von PatientInnen besprochen werden wollten. Nachdem dies nicht ihr erlerntes Fachgebiet war, traten mitunter Unsicherheiten bei der Beantwortung dieser Fragen zutage. Aus diesem Grunde wurde die Einstellung einer Sozialarbeiterin im Team vor allem vom Pflegefachpersonal als große Entlastung gesehen. Die Interviewpartnerin fasste dies folgendermaßen zusammen:

„I kenn des Team ah nu ohne Sozialarbeit...Wir haum vü übanemma miassn, weil natürlich de Frogn trotzdem kumma san, und ma berufsfremde Sochn natürlich ned gern mocht, weil ma sie ned sicher is und weil ma sie ned guad auskennt...und do aum Laufenden zu bleiben, is für uns total hoat gwesn...und dass sie uns da unterstützt, des mocht afoch an massiven Unterschied.“ (ITV15:175-179)

5.2.2 Wertschätzung der unterschiedlichen Disziplinen

Werden KollegInnen unterschiedlicher Professionen wertgeschätzt, so steht unter anderem auch der gegenseitige Lerneffekt im Fokus. Im Gespräch mit einer diplomierten Pflegefachkraft wurde zum Beispiel besonders hervorgehoben, dass die Gesprächsführung aufgrund unterschiedlicher Zugänge zu PatientInnen differieren kann.

„...sondern sie (Anmerkung: Kollegin der Sozialen Arbeit) hot ah a ganz aundare Oat der Gesprächsführung, wo wir ah immer nu vü dazualernen und uns oschaun ah, jetzt ganz ehrlich gsogt (lacht)...ma siacht afoch ah de Vorteile, de aus der aundan Profession ah kumman und ma denkt ah, ok, so hätt i es überhaupt nu nie gseng...“ (ITV15:179-183)

Weiters spricht die Befragte in diesem Zusammenhang nicht nur von Vorteilen durch die andere Profession, sondern auch durch den Gewinn einer weiteren Persönlichkeit im Team. Jede Person hab ihre eigene Lebenserfahrung, und diese beeinflusse ebenfalls die Zusammenarbeit im Palliativteam. (vgl. ITV15:183)

Für die Befragten bedeutete Interprofessionalität einstimmig eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Jedes Teammitglied werde gleichwertig behandelt, habe die gleichen Rechte und auch Pflichten. Außerdem wurde im Gespräch erläutert, dass in ihrer Arbeit die PatientInnen mit ihren Symptomen im Vordergrund stehen würden, die Professionen somit im Hintergrund. Nachdem patientInnenorientiert gearbeitet werde, sei es Ziel, gemeinsam im Team das beste Konzept für und mit den Betroffenen auszuarbeiten. Die Befragte äußerte sich zu diesem Thema folgendermaßen:

„Und waunma denkt, ma is wirklich aum Patienten orientiert und an dem, wos der braucht, und ned, bin i jetzt der Herr Doktor oder die Frau Doktor und du bist a klane Schwester oder so. Des gibt's bei uns afoch ned. Und des würd i ma wünschen, dass des afoch überall Normalität werden würde (lacht).“ (ITV15:217-219)

Meine persönliche Schlussfolgerung zu diesem Zitat ist außerdem, dass die Befragte in früheren Anstellungen andere, vielleicht sogar negative Erfahrungen bezüglich des Hierarchiedenkens sammeln musste und dieses jetzige Arbeiten auf Augenhöhe auch deshalb so sehr schätzt. Jedoch wurde im Interview nicht nur vom stets bestehenden Team gesprochen. Eine weitere Kollegin der Sozialen Arbeit, die derzeit Theologie studiere, stehe in den Sommermonaten dem Team zur Verfügung. Auch sie mit ihren theologischen und spirituellen Aspekten werde sehr geschätzt, da sie unter anderem auch Handlungen und Situationen hinterfrage, die für das bestehende Team bereits als selbstverständlich angesehen würden. Die Interviewte meinte hierzu:

„Die hot domois, wie sie die Ausbildung gmocht hot zur Sozialarbeit, hots Praktikum bei uns gmocht und de hauma uns daun als Sommerjoker behalten (lacht). Und des is fia uns a totale Bereicherung...und wie sie immer so frisch ah ins Team kummt ah.“ (ITV15:194-195)

Mit den Jahren wurde die Arbeit in mobilen Palliativteams vermutlich noch anspruchsvoller. Die Interviewte begründete dies unter anderem auch mit dem oft fehlenden traditionellen Familiensystem. Es hätte sich vieles in den vergangenen 20 Jahren geändert, Patchworkfamilien würden das Ihre dazu beitragen, finanzielle Probleme bei PatientInnen und deren Angehörige würden stets in den Vordergrund rücken und vieles mehr. Daher sei es nach Ansicht der diplomierten Pflegefachkraft absolut wichtig, die Soziale Arbeit ins Team zu holen. (vgl. ITV15:198ff) Sie schloss ihre Ausführungen zu diesem Aspekt mit den Worten: *„Oiso des is wirklich, jo, es wird aundas. Und birgt Herausforderungen fia uns olle.“ (ITV15:206)*

5.2.3 Rahmenbedingungen

Zu diesem Kapitel wurde mehrmals die Redebereitschaft aller KollegInnen des mobilen Palliativteams und die Wichtigkeit von fixen und auch flexiblen Besprechungszeiten hervorgehoben. Besprechungen würden täglich, wöchentlich, monatlich durchgeführt werden, und bei Bedarf auch zwischendurch, zum Beispiel bei gemeinsamen Autofahrten. Besprechungszeiten würden von MitarbeiterInnen der mobilen Palliativteams als Leistung für die PatientInnen gesehen, die zum Beispiel mit dem Waschen der Betroffenen durch die Hauskrankenpflege gleichgesetzt werden könnten. (vgl. ITV15:246) Stetige Kommunikation ist vermutlich eine der wichtigsten Aspekte, der berücksichtigt werden sollte. Nicht nur im Team, sondern auch mit PatientInnen, wie nachfolgendes Zitat aus einem Interview bestätigt. *„I kaun ned bei der Tür anläuten und song, wo warat denn eana Wunschsterbeort? Sondern do brauchts amoi Vertrauen vorher und do brauchts vü Gespräche vorher.“* (ITV15:230-231) Im gleichen Atemzug wurde auch der Faktor Zeit besprochen. Eine Abrechnung wie in Hauskrankenpflege zum Beispiel sei in der mobilen Palliativpflege nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Dies begründete die Interviewpartnerin mit nachfolgenden Sätzen:

„Weils jo irrsinnig anstrengend is, über sei eigenes Sterben nochzudenga, wenna soweit is. Mocht nu immer an Unterschied, wie wenn i ma jetzt Gedanken moch übers Sterben, wo i gsund bin. Owa wenn i jetzt woß, es ruckt zeitlich nahe, und i muass mi damit beschäftigen, daun is des a irrsinnige Orbeit. Und des kann ma oft ned in an Stück mochn.“ (ITV15:233-235)

Daher würden Visiten der HausärztInnen wohl anders als die Hausbesuche der ÄrztInnen im mobilen Palliativteam verlaufen. Hier würden sich alle Beteiligten – PatientInnen, Angehörige und Ärzteschaft – die Zeit nehmen dürfen, die sie benötigen, um über ihre Erfahrungen mit der jeweiligen Krankheit zu berichten. (vgl. ITV15:237ff) Nachfolgendes Zitat einer Gesprächspartnerin bringt dies meines Erachtens sehr treffend auf den Punkt:

„Oiso i glaub, wos i ah aus den Erfahrungen von unsere Angehörigen daun im Nochein, wos ma do immer hört, is, so des Wichtigste, das wir afoch Zeit haum. Oiso, wir entscheiden jo söwa, wie laung wir bleim beim Hausbesuch. Des hoasst, wir foan daun, wauma des Gefühl haum, okay, jetzt passts.“ (ITV15:151-152)

Erfahrungsberichte von betreuten Personen – deren Umfang eine eigene Forschungsarbeit füllen würden – würden lt. Interviewpartnerin immer wieder die Dankbarkeit der Betroffenen und Angehörigen beinhalten, dass sie sämtliche Angelegenheiten im eigenen Haus regeln

könnten. Dabei sei es nicht immer wichtig, welche Mitarbeiterin welcher Profession zu Besuch komme, sondern der Mensch, der sich Zeit nehme. Dies unterstreicht ebenfalls die Wichtigkeit des Faktors Zeit noch einmal. Im Gespräch wurde dies wie folgt beschrieben:

„I glaub, den Betroffenen iss wurscht, ob des jetzt a Sozialarbeiterin is oda a Pflege oda a Medizinerin is, sondern, i hob jetzt a spezifisches Problem, was mit meiner Erkrankung zum tuan hot und jetzt kummt wer hoam, und der is do und der beruhigt mi, und der sogt ma, was i zum tuan hob ...“ (ITV15:171-172)

Des Weiteren würden sich mobile Palliativteams, die derzeit (noch) ohne PsychologInnen arbeiten, dringend diese Profession im Team wünschen. Diejenigen, die bereits mit PsychologInnen zusammenarbeiten, würden dies sehr schätzen und betonen es auch im Gespräch. Aber auch Seelsorge sei ein wichtiges Thema in der Arbeit mit palliativen Menschen. Wobei hier die Kollegin der Pflege Vorlieben in der Entscheidung der Teamzusammensetzung hätte. *„Aber von der Priorität her wär für mi vorrangig Psychologe und dann die Seelsorge.“ (ITV15:272)*

5.3 Gelungene multiprofessionelle Zusammenarbeit

„Unter welchen Bedingungen wird eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht des Pflegefachpersonals als gelungen empfunden?“

5.3.1 Arbeiten auf Augenhöhe, Ehrlichkeit bzw. Kritikfähigkeit und Wertschätzung

Beide Interviewpartnerinnen waren sich unabhängig voneinander bei der Beantwortung dieser Frage einig. Als gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit werde das Prinzip, miteinander auf Augenhöhe zu arbeiten, genannt. Dies wurde mit den Worten *„...jo, i glaub, afoch die Bereitschaft, dass ma sie wirklich ah auf des einlosst, dass ma sie net aum Schlips treten fühlt, dass des in Ordnung is, waun olle gleich san (lacht)...“ (ITV15:244-245)* beschrieben. Daraus kann geschlossen werden, dass Hierarchiedenken in mobilen Palliativteams wohl unangebracht ist. Ebenfalls im Gespräch angeführt wurden die Ehrlichkeit und Wertschätzung im Team mit den Worten *„wia san eigentlich sehr ehrlich...grod ausa..so tuschlereien untereinaunda hauma ned...“ (ITV14:322-323)* Somit liegt die Vermutung nahe, dass Ehrlichkeit und Wertschätzung mit dem Arbeiten auf Augenhöhe eng verwoben sein muss.

Ehrlichkeit sei eine Eigenschaft, die in verschiedene Richtungen wirken kann. Es dürfe gelobt werden, es dürfen gelungene Situationen hervorgehoben werden, es soll jedoch auch konstruktive Kritik Platz finden. Auch Schwächen und Fehler seien in diesem Rahmen zulässig. Auf niveauevolle Umgangsformen innerhalb der Teams werde somit viel Wert gelegt. Unter niveauevoll verstehe man, KollegInnen als Personen und in ihren Professionen wertzuschätzen, und diese respektvoll anzunehmen, damit sich jede/r MitarbeiterIn voll und ganz in das Team einbringen könne. (vgl. Zehetgruber et al 2015:30ff)

Kritikfähigkeit kann – eigenen Erfahrungen nach – Teammitgliedern helfen, sich weiterzuentwickeln, da Kritik als eine Beurteilung einer Handlung angesehen wird. Die Vermutung liegt nahe, dass Menschen nicht dazulernen, wenn ihnen niemand sagt, was verbesserungswürdig erscheint. Somit sollte Kritik positiv gesehen werden. Andererseits: Wer hört nicht gerne Lob bei Gelungenem? Lob verstärke das Selbstwertgefühl und bestätige die vollbrachte Leistung. Beachtenswert sei ebenfalls, dass nicht nur Stärken, sondern auch Schwächen einzelner Teammitglieder bzw. des gesamten Teams förderlich seien und genützt werden sollten. (vgl. Zehetgruber 2015:31f) Eine Interviewpartnerin meinte dazu: *„und des glaub i, dass daun kana beleidigt reagiert und sogt: Wos büdt sie denn de ei?“* und *„es kaun ah wer mia direkt song, du, dua ned so...“* (ITV14:46-50)

5.3.2 Zeit für fachlichen Austausch und Psychohygiene

Dazu kommt ein weiterer Faktor für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit: ein guter Austausch mit den KollegInnen im Team. Eine Befragte erklärte dies folgendermaßen:

„Und wenn de Zeit und Raum ned do is für Besprechungen, daun kaun des ah ned funktionieren. Ma muass sie austauschen kinna. Und es is gleichzeitig natürlich a Psychohygiene für uns. Afoch ah, um gsund und laung in derer Oabeit guad sein zu können.“ (ITV15:248-250)

In der Literatur findet sich zum Thema Psychohygiene unter anderem folgendes: Das Ziel der Psychohygienemaßnahmen im Sinne von Selbstfürsorge sei unter anderem, positive Ressourcen zu aktivieren und aufzubauen und damit die Erhaltung und Förderung der Gesundheit. (vgl. Laudensack 2013:3 zit. in Zehetgruber et al 2015:17) Daher spricht Karl Friedrich Mierke (1967:8 zit.in. Zehetgruber et al. 2015:18) von drei Ebenen der Psychohygiene:

- Präventive Psychohygiene hat die Gesunderhaltung des Individuums und der Gesellschaft zum Ziel.
- Restitutive Psychohygiene ist bemüht, in Lebenskrisen oder Konfliktsituationen frühzeitig regenerative Maßnahmen einzuleiten.
- Kurative Psychohygiene nimmt sich bereits entstehender Einschränkungen an, um diese mit klinischen oder psychotherapeutischen Verhaltensweisen zu heilen.

Da die Begleitung von schwer kranken, sterbenden Menschen und deren Angehörigen als emotional herausfordernd gelte, solle jeder Mensch psychische wie physische Warnsignale erkennen können, und Bewältigungsstrategien erlernt haben. Der private Ausgleich solle sich demnach von der beruflichen Tätigkeit gänzlich unterscheiden. (vgl. Zehetgruber et al 2015:18f)

5.3.3 Teams und ihre Phasen

Als wichtigen Beitrag für eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit wird anerkannt, dass im Team wenig Fluktuation herrscht. Ein beständiges Team, das viele angenehme aber auch anstrengende Situationen gemeinsam meistert, weiß über Schwächen und Stärken einzelner Teammitglieder Bescheid und diese auch zu nützen. Im Gespräch wurde dies wie folgt beschrieben: *„Wir san a stabiles Team. Des hoasst, wir haum wirklich guade Strukturen, wia ma mit diesen schwierigen Gschichten umgeh kinnan.“* (ITV15:260)

Zum Thema Team und Teambuilding wird in der Literatur häufig Bruce Tuckman und sein Phasenmodell zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Zeiten, die gemeinsam in Teams durchwandert werden, zitiert. So erläutert auch Eberhard Stahl in seinem Werk „Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung“ dieses Modell und stellt den Gruppenprozess zusätzlich mit Hilfe einer Grafik dar:

- Forming: In dieser Orientierungsphase lernen sich die KollegInnen kennen. Es kann noch vieles unklar sein und die Leitung des Teams wirkt unabhkömmlich in dieser Zeit.
- Storming: Diese Phase wird umgangssprachlich auch als „Nahkampfphase“ bezeichnet, in der Ziele klarer werden. Unterschiedliche Auffassungen und eine Rollenverteilung kristallisiert sich heraus, erste Konflikte können entstehen.
- Norming: In dieser Organisationsphase werden klare Strukturen und Verabredungen getroffen, um gemeinsam Ziele zu erreichen.

- Performing: Wird auch als Integrationsphase beschrieben, wo die Selbstorganisation in den Vordergrund tritt. Somit werden Teams kreativer und flexibel im Umgang miteinander.
- Re-Forming: Diese Phase gilt explizit für temporär zusammenarbeitende Teams und beschreibt ausschließlich Auflösungsprozesse, die z.B. beim Abschluss der gemeinsamen Arbeit stattfinden. (vgl. Stahl, Eberhard 2002:49ff)

Die nachfolgende Abbildung soll die fünf Phasen des Gruppenprozesses nach Bruce Tuckman grafisch veranschaulichen. Stahl (2002:51) gibt dazu folgende Erklärung: „Im Kreis verläuft lediglich der (sich wiederholende) Prozess, der die (stets neue) Entwicklung voranträgt“.

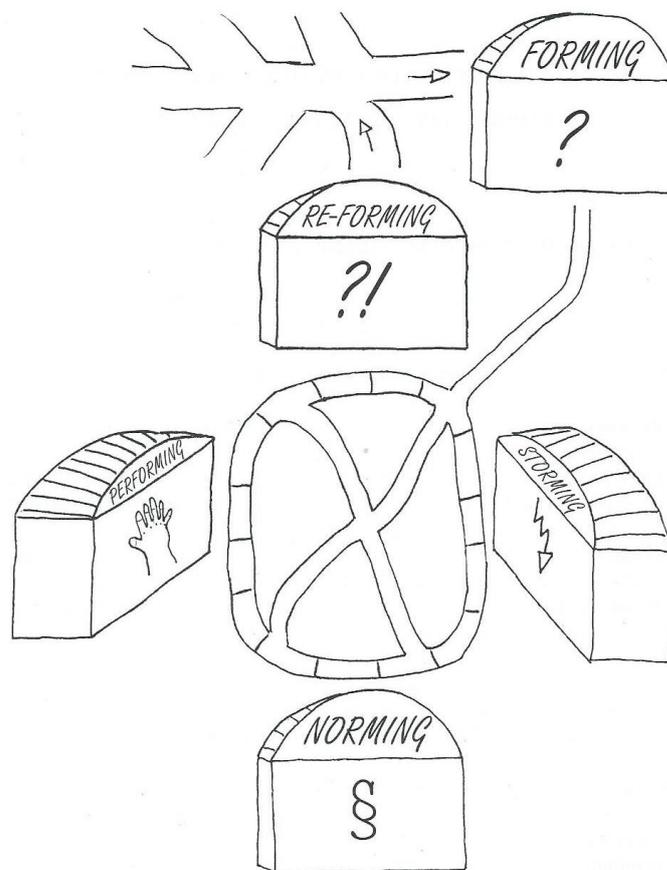


Abb. 2 – Der Gruppenprozess als Bahnstrecke mit den Bahnhöfen „Forming“, „Storming“, „Norming“, „Performing“ und „Re-Forming“ dargestellt (Stahl 2002:50)

Bezugnehmend auf diesen Gruppenprozess würden in mobilen Palliativteams zur Stärkung von Teams, aber auch Einzelpersonen oftmals Fort- und Weiterbildungen zu Themen wie Selbstannahme, Rituale und Strategien, Reflexion, Entspannungstechniken, Achtsamkeit, Teambuilding und viele mehr, angeboten werden. Dies solle einen beachtlichen Teil gelungener Arbeit in mobilen Palliativteams darstellen. (vgl. Zehetgruber et al 2015:17ff)

5.3.4 Bedeutung der Supervision

Bezüglich Rahmenbedingungen wurde die Supervision von beiden befragten Pflegefachpersonen sehr geschätzt und als unabhkömmlich im sozialen Bereich erachtet. Die Vermutung liegt nahe, dass Supervisionen aus verschiedenen Gründen in Anspruch genommen werden. Zum einen dienen geführte Supervisionen dem Austausch von Fällen und Ereignissen mit PatientInnen. Zum anderen können auch Konflikte mit KollegInnen, die meines Erachtens unvermeidbar sind, bearbeitet und aufgelöst werden. Die Definition von Supervision lautet daher lt. Der Deutschen Gesellschaft für Supervision (2018): *„Supervision versteht sich als arbeits- und berufsbezogene Beratungsform, die zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird.“* (vgl. Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. 2018)

„Schaffer (1992) erhob, dass Pflegepersonen die Hauptaufgaben von Supervision in der Burn-Out-Prävention, der Hilfe bei der Bewältigung belastender Situationen, einer geringeren Fluktuation auf der Station, einer Verbesserung der Teamarbeit und der Reflexion des beruflichen Handelns sehen.“ (Schaffer 1992 zit. in Petzold et al:155)

Anders formuliert: Da die Belastungen der einzelnen MitarbeiterInnen im seltensten Fall individuelle Themen seien, würden diese auch nicht individuell gelöst werden können. (vgl. Müller/Pfister 2014:194) In der Supervision würden somit Arbeitszusammenhänge in ihrer jeweiligen Berufsfeldsituation betrachtet sowie die damit verbundenen belastenden Probleme, Herausforderungen, Konflikte und auch Entwicklungen. (vgl. Müller/Pfister 2014:185)

Durch Supervisionen werde zusätzlich das bewusste Nachdenken über sich selbst und die eigenen Befindlichkeiten angeregt. Somit könne mit Hilfe der Selbstreflexion Erholung und Distanz zum Arbeitsalltag gefunden werden, sowohl persönliche Ressourcen entdeckt und gewahrt, als auch ein Bewusstsein für persönliche Bedürfnisse entwickelt werden. Bewährte Bewältigungsstrategien würden durch Reflexion ebenfalls erkannt und hilfreich eingesetzt. (vgl. Zehetgruber et al 2015:20)

In den Interviews wurden sämtliche persönliche Eigenschaften, wie im Kapitel 5.1 „Persönliche Voraussetzungen“ näher beschrieben, als äußerst wichtig für eine gelingende Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams angegeben. Vermutlich nützen die besten Rahmenbedingungen einer Einrichtung nichts, wenn diese bestimmten persönlichen Eigenschaften der MitarbeiterInnen nicht vorhanden sind.

6 Zusammenfassung

Allgemein kann wohl gesagt werden, dass für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams zwei übergeordnete Faktoren eine Rolle spielen: persönliche Voraussetzungen aller KollegInnen des Teams und die von der Trägerorganisation vorgegebenen Rahmenbedingungen.

Auf die persönlichen Voraussetzungen der einzelnen Teammitglieder wird dabei bei den Interviewpartnerinnen ein großes Augenmerk gelegt. In den Gesprächen wird mehrmals betont, dass Hierarchiedenken in diesem Handlungsfeld unangebracht ist. Stattdessen werden Wertschätzung aller Professionen und Persönlichkeiten, Bodenständigkeit jeder/s einzelnen KollegIn sowie Offenheit und Flexibilität in der Aufgabenverteilung, wie auch in der zeitlichen Planung des Arbeitsalltags, als unabhömmliche Eigenschaften hervorgehoben. Fällt der Gedanke an Hierarchie weg, so ist ein arbeiten auf Augenhöhe möglich. Genau diese Art der Zusammenarbeit funktioniert speziell in mobilen Palliativteams sehr gut, sämtliche Teammitglieder scheinen dies auch sehr zu schätzen. Außerdem wird viel Zeit in unterschiedliche Besprechungen – täglich, wöchentlich, monatlich und auch zwischendurch – investiert, weshalb sämtliche Beteiligte als kommunikationsfreudig gelten sollen. Dieser Austausch auf fachlicher Ebene ist absolut erforderlich, um alle KollegInnen jeder Profession im Team auf den gleichen Stand der Dinge zu bringen, damit diese bei Bedarf reagieren und auch Anregungen für KollegInnen im Umgang mit PatientInnen geben können. Im gleichen Atemzug wurde auch von Ehrlichkeit und Kritikfähigkeit aller Beteiligten gesprochen. Es sollte gewährleistet sein, dass jede/r Einzelne sagen kann, was ihr/ihm auffällt, damit Einzelpersonen sowie das Team als Ganzes, Schwächen und Stärken besser erkennen und nützen kann. Schwierige Sachverhalte und Situationen müssen allerdings nicht ausschließlich sachlich und informell besprochen werden. Zur Entlastung einzelner MitarbeiterInnen können bei Bedarf Situationen auch subjektiv betrachtet werden, also sehr persönlich besprochen werden. Es wird dies auch als Psychohygiene bezeichnet und als erleichternd in der Arbeit mit schwer kranken, sterbenden Menschen empfunden. Mehrmals angesprochen wurde in den Interviews in diesem Zusammenhang auch der spezielle Humor, der von allen KollegInnen – wenn auch in unterschiedlichen Facetten – fast schon erwartet wird. Über schwierige, belastende Situationen, aber auch über sich selber lachen zu können, wirkt unterstützend und erleichternd für Einzelne und das Team.

Speziell in mobilen Palliativteams, wo mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase gearbeitet wird, wird die interprofessionelle Zusammenarbeit sehr geschätzt. Nach Ansicht der Erzählenden haben sämtliche Professionen unterschiedliche Blickwinkel auf Situationen und differierende Zugänge zu PatientInnen. Dies wurde als sehr bereichernd beschrieben, da jede Betreuung absolut individuell verläuft, also nicht einem bestimmten Schema folgt. Doch nicht nur patientInnenorientiert gedacht birgt die Interprofessionalität Vorteile, auch für die Erlernung neuer Kompetenzen fremder Fachbereiche und somit für die persönliche Weiterentwicklung aller TeamkollegInnen ist diese Art der Zusammenarbeit förderlich.

Die Rahmenbedingungen für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams wurden in den Interviews, meines Erachtens, beinahe als selbstverständlich angesehen. Als größten Vorteil in der Begleitung bzw. Betreuung von Palliativ-PatientInnen wurde daher der Faktor Zeit gesehen. Da die Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen durch das mobile Palliativteam in Niederösterreich kostenlos angeboten wird, spielt die Häufigkeit sowie die Dauer der Besuche keinerlei Rolle. Diese Tatsache scheinen ProfessionistInnen wie auch PatientInnen und deren Angehörige sehr zu schätzen. Auch die Zeit für fachlichen und persönlichen Austausch mit KollegInnen ist eine Notwendigkeit, ohne welche die Arbeit im mobilen Palliativteam nicht funktionieren würde. Gleichzeitig wurde auch die Wichtigkeit der Supervisionen hervorgehoben, die entlastend für ganze Teams wie auch einzelne Teammitglieder wirken könnten.

Folgende Schlussfolgerung ergibt sich für mich zusammenfassend: MitarbeiterInnen in mobilen Palliativteams stehen mit beiden Beinen im Leben und sind sich deshalb auch der Ernsthaftigkeit der Lage ihrer PatientInnen bewusst. Aus diesem Grunde wollen sie vor allem den Betroffenen, aber auch sich selber, Zeit schenken. Zeit zum Reden, Zeit zum Reflektieren, Zeit zum Planen und Zeit für Abschiede, in gebührendem Ausmaß. Vermutlich kann dies auch als spezielle Haltung in der Palliativ Care angesehen werden. Ein großes Bewusstsein bezüglich „anderer“ Erfolge in der Arbeit mit Palliativ-PatientInnen, das sich auf das gesamte Team auswirkt, wurde in den Interviews eindrucksvoll vermittelt. Deshalb möchte ich dieses Kapitel mit folgendem Zitat einer Interviewpartnerin abschließen:

„Der Patient wird sowieso sterben. Aber wenn eam a bissl besser geht dadurch, dass wir vor Ort san oder wenns den Angehörigen a bissl besser geht, wenns a Unterstützung haum, daun hauma nur gewonnen. Also dann siach i des a immer als Erfolg. Und wenn wer wirklich so sterben deaf, wie er sis wünscht vorher, daun is des hoit unser Erfolg. Oder des, wos uns wieder gfreit.“ (ITV15:261-263)

7 Persönliches Resümee und kritischer Ausblick

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit sind für mich persönlich, sowie für die Arbeit als Sozialarbeiterin wichtig und prägend. Durch den gegenseitigen Respekt und die Wertschätzung der unterschiedlichen Professionen ergeben sich zahlreiche Vorteile, die meines Erachtens auf das gesamte Gesundheitswesen übertragbar sind. Pluspunkte sammelt diese Art der Zusammenarbeit, meiner Auffassung nach, vor allem bei der Vielfalt unterschiedlicher Zugangsweisen und Blickwinkel einzelner Professionen. Schwierige Situationen können somit differenziert betrachtet werden, eigene Handlungen durch den regen Austausch mit KollegInnen reflektiert werden und somit kann fachlich, wie auch persönlich hinzugelernt werden. Rollen werden klar verteilt und bewusst wahrgenommen, und die Achtung gegenüber der KollegInnen als Personen und als ProfessionistInnen wird durch hierarchieloses Denken gefördert. Ein Arbeiten auf Augenhöhe hört sich für mich persönlich somit wunderbar und wünschenswert für sämtliche Handlungsfelder der Sozialen Arbeit an.

Allerdings kommen mir dabei fast automatisch auch kritische Gedanken in den Sinn. Liegt der Fokus vielleicht zu sehr auf PatientInnen und Angehörige? Rückt die Wichtigkeit des Hinterfragens, wie und weshalb ein Team gut bzw. besser funktionieren kann, dadurch vielleicht oftmals in den Hintergrund? Kann es auch sein, dass ständig erforderliche Besprechungen belastend auf einzelne KollegInnen wirken können? Wird manches doppelt und dreifach besprochen, vielleicht sogar „zerredet“? Entstehen nicht doch Untergruppen in einzelnen Teams? Bilden zum Beispiel KollegInnen der Pflege, die in beiden befragten Teams in der Mehrheit gegenüber Sozialarbeit und Ärzteschaft sind, eigene kleine Teams und grenzen somit unbewusst, doch phasenweise, andere Professionen aus? Fühlen sich zum Beispiel SozialarbeiterInnen vereinzelt von TeamkollegInnen ausgeschlossen, weil sie zumeist alleine im mobilen Palliativteams tätig sind, ohne Austauschmöglichkeit mit Personen derselben Profession? Wollen ÄrztInnen vielleicht doch, eventuell aus Gewohnheit in der Vergangenheit, eine Sonderstellung innehaben? Weshalb werden in den Interviews stets Vorteile der interdisziplinären Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams aufgezählt, jedoch keinerlei Nachteile? Gibt es diese Nachteile vielleicht gar nicht, und ich hinterfrage dieses System deshalb kritisch, weil ich es in dieser Form selber noch nicht in diesem Ausmaß erleben durfte?

Meine persönliche Vermutung liegt nahe, dass bei größeren Teams mit mehreren KollegInnen unterschiedlicher Professionen zeitweise auch Konflikte auftreten können, die es zu

bewältigen gilt. Das Phasenmodell nach Bruce Tuckman in Kapitel „5.3.3 Teams und ihre Phasen“ bestätigt und veranschaulicht dies. Teams müssen sich immer wieder neu formieren, bei neuen Aufgabenbereichen, bei außerordentlich belastenden Situationen, bei neu hinzukommenden KollegInnen. Es steckt dabei zumeist viel Arbeit dahinter und die Bereitschaft der MitarbeiterInnen, sich nicht ausschließlich mit PatientInnen zu beschäftigen, sondern auch mit sich selber und dem gesamten Team. Es gehört auch viel Energie dazu, eigene Handlungsweisen immer wieder zu hinterfragen und zu reflektieren, diese bei Bedarf im Team zu besprechen und eventuell Konsequenzen daraus zu ziehen. Doch der Lohn für diese Arbeit ist meines Erachtens ein hoher: gegenseitiger Respekt, Wertschätzung der Professionen und der KollegInnen, Achtung vor der Ansicht und Arbeit der TeamkollegInnen, ein Arbeiten auf Augenhöhe, und vieles mehr. Diese Art, im interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten, ist ein ständiges Geben und Nehmen. Schenke ich den InterviewpartnerInnen Glauben, so ist dies ein sehr erfüllendes Miteinander.

Denke ich einen Schritt weiter, an die Umsetzung dieses Systems und dieser Haltung in alle anderen Bereiche des Gesundheitswesens, so verbergen sich hierbei vermutlich einige Herausforderungen. Meines Erachtens müssten zuerst bestehende Rahmenbedingungen evaluiert und verbessert werden, in sämtlichen sozialen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Derzeit scheinen jedoch die Faktoren Geld und Zeit gegeneinander zu spielen. Wer will/soll/muss die Bezahlung von Organisationen und somit der MitarbeiterInnen übernehmen und dabei ausreichend Zeit für die Betreuung von PatientInnen/KlientInnen als auch für den erforderlichen Austausch zur Verfügung stellen? Die zweite Komponente, die bei der Umsetzung dieses Systems beachtet werden müsste, ist meiner Einschätzung nach die Haltung der MitarbeiterInnen aller Professionen im Gesundheitsbereich. Ohne Hierarchiegedanken, stets auf Augenhöhe mit PatientInnen und TeamkollegInnen, wertschätzend und respektvoll miteinander zu arbeiten, ist keine Selbstverständlichkeit des Alltags. Dazu gehört meiner Ansicht nach ein hohes Bewusstsein, die Bereitschaft, an sich selber zu arbeiten und die Energie, dies auch tatsächlich umzusetzen. Vielleicht sollte somit doch zuerst die Haltung mancher Personen, wie zum Beispiel der AuftraggeberInnen, überdacht werden, damit danach Rahmenbedingungen dementsprechend geändert werden? Weiterführende Gedanken hierzu würden meines Erachtens eine eigene Forschungsarbeit füllen. Abschließend behaupte ich, dass mir persönlich die Wichtigkeit dieser Haltung durch das Durchführen der Interviews sowie der Besprechung, an der ich beobachtend teilnehmen durfte, – generell durch das auseinandersetzen mit diesem Thema – sehr gut vermittelt wurde. Und ich hoffe, den LeserInnen dieser Arbeit ebenfalls.

Literatur

Aulbert, Eberhard (2000): Der ganzheitliche Betreuungsansatz in einem interdisziplinären Team. In: Aulbert, Eberhard / Klaschik, Eberhard / Pichlmaier, Heinz (2000): Palliativmedizin - Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Stuttgart: Schattauer, 26-27

Baumgartner, Johann et. al: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf

Böhm, Erwin (2005): Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. 9. Auflage 2005. Bonn 2000: Psychiatrie-Verlag.

Bruckner, Sigrid / Golub, Gordana / Klaffel, Daniela / Menedetter, Nicole / Netek, Petra (2016): „Wer bis zuletzt lacht, der lebt am besten?! Mit Lachen, Humor und Motivation zu einer ganz besonderen Atmosphäre im interprofessionellen Team. Projektarbeit Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care St. Pölten. 15

Dachverband Hospiz Österreich (2017), Hospiz- und Palliativeinrichtungen. <http://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#mpt> am [10.03.2018]

Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. 2018: <https://www.dgsv.de/dgsv/mission-statement/> am [03.04.2018]

Definition-online, Pleye, Matthias (2018): <https://definition-online.de/interdisziplinaer/> am [01.04.2018]

Effinger, Herbert (2006): Lachen erlaubt. Witz und Humor in der Sozialen Arbeit. In: Frittm, Markus (2009). Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor. Möglichkeiten humorvoller Interventionen im Beratungsgespräch. 1. Auflage 2009. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Erben, Christina (2001): Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs. Handlungsmöglichkeiten

und Grenzen Sozialer Arbeit. Edition Neuer Diskurs, Band 5. 2001. Oldenburg: Dialogische Erziehung.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 2. Auflage 2014. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Freud Sigmund (1927/2004b): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Der Humor. In: Frittum, Markus (2009). Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor. Möglichkeiten humorvoller Interventionen im Beratungsgespräch. 1. Auflage 2009. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Frittum, Markus (2009). Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor. Möglichkeiten humorvoller Interventionen im Beratungsgespräch. 1. Auflage 2009. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV.

Höfner, Eleonore / Schachtner, Hans-Ulrich (1995): Psychotherapie ist eine ernste Sache. Oder? In: Frittum, Markus (2009). Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor. Möglichkeiten humorvoller Interventionen im Beratungsgespräch. 1. Auflage 2009. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Laudensack, Janna (2013): Psychohygiene in helfenden Berufen. Wirksamkeitsüberprüfung einer imaginativen Achtsamkeitsübung bei psychiatrischen Krankenpflegekräften. Saarbrücken: Akademikerverlag GmbH & Co. In: Zehetgruber, Claudia / Huber, Andrea / Rath, Eva / Stöger, Maria (2015): Wie bleibt meine Seele gesund? Möglichkeiten zur Selbstfürsorge in der Palliativ Care. Projektarbeit 17. Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care St. Pölten. 17

Mierke, Karl Friedrich (1967): Psychohygiene im Schulalltag. Stuttgart: Verlag Bern Huber. In: Zehetgruber, Claudia / Huber, Andrea / Rath, Eva / Stöger, Maria (2015): Wie bleibt meine Seele gesund? Möglichkeiten zur Selbstfürsorge in der Palliativ Care. Projektarbeit 17. Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care St. Pölten. 18

Müller, Monika / Pfister, David (2014): Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und

Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. 3. Auflage 2014. Hamburg: Ellert & Richter Verlag.

Palliativ-Portal 2008-2018: Dr. med. Jörg Cuno: <http://www.palliativ-portal.de/Definitionen> am [03.04.2018]

Robinson, Vera M. (2002): Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Pflegeberufe. 2. Auflage 2002. Bern: Hans Huber Verlag. In: Bruckner, Sigrid / Golub, Gordana / Klaffel, Daniela / Menedetter, Nicole / Netek, Petra (2016): „Wer bis zuletzt lacht, der lebt am besten?! Mit Lachen, Humor und Motivation zu einer ganz besonderen Atmosphäre im interprofessionellen Team. Projektarbeit Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care St. Pölten. 32

Schaffer, Ingrid (1992): Berufsbegleitende Supervision bei Pflegepersonal. Diplomarbeit Wien. In: Petzold, Hilarion G. / Schigl, Brigitte / Fischer, Martin / Höfner, Claudia (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. 2003. Opladen: Leske + Budrich, 155

Stahl, Eberhard (2002): Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung. 1. Auflage 2002, Weinheim, Basel, Berlin: Verlagsgruppe Beltz

Wasner, Maria (2014): Interprofessionelle Teamarbeit. In: Wasner, Maria / Pankofer, Sabine (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, 161-164

WHO- World Health Organisation (Hrsg.) (i.J.): WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> am [14.02.2018]

Zehetgruber, Claudia / Huber, Andrea / Rath, Eva / Stöger, Maria (2015): Wie bleibt meine Seele gesund? Möglichkeiten zur Selbstfürsorge in der Palliativ Care. Projektarbeit. Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care St. Pölten. 17-20, 30ff

Daten

ITV14, Interview, geführt von Lydia Wagner mit einer diplomierten Pflegefachkraft eines mobilen Palliativteams in Niederösterreich, 05.02.2018, Audiodatei

ITV15, Interview, geführt von Johanna Wailzer mit einer diplomierten Pflegefachkraft eines mobilen Palliativteams in Niederösterreich, 11.12.2017, Audiodatei

T14_Wagner_Pflege_mobil, Transkript Interview ITV14, erstellt von Lydia Wagner, Jänner 2018, Zeilen durchgehend nummeriert

T15_Wailzer_Pflege_mobil, Transkript Interview ITV15, erstellt von Phillip Strobl, Jänner 2018, Zeilen durchgehend nummeriert

Abbildungen

Abb. 1 – Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses (Flick 2009:75).....	9
Abb. 2 – Der Gruppenprozess als Bahnstrecke mit den Bahnhöfen „Forming“, „Storming“, „Norming“, „Performing“ und „Re-Forming“ dargestellt (Stahl 2002:50).....	27

Anhang

Interviewleitfaden (gemeinsam in der Projektgruppe ausgearbeitet)

Vorab:

- persönliche Vorstellung
- Forschungsziel
- Datenschutz
- Einwilligung

EINSTIEG

1. Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung tätig?
2. Welche Aufgaben und Funktionen nehmen Sie in der Einrichtung wahr?

HAUPTTEIL

- 3. Ich bitte Sie, mir anhand eines Falles/Tagesablaufs zu beschreiben, was Ihre Aufgaben im interdisziplinären Team sind.**

Wie erleben Sie Ihre eigene Arbeit im interdisziplinären Team?

Wie werden in Ihrem Team Entscheidungen getroffen?

(ev.: Wie werden die unterschiedlichen Professionen aus Ihrer Sicht von den KlientInnen wahrgenommen?)

- 4. Wie hat sich die Interdisziplinarität aus Ihrer Sicht in Ihrem Team entwickelt?**

Was verstehen Sie unter Interdisziplinarität?

Woran merken Sie, dass interdisziplinär gearbeitet wird?

Welche Umstände verhindern gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?

- 5. Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann?**

Woran merken Sie, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Begleitung gelungen ist?

ABSCHLUSS

- 6. Wenn Sie sich in Bezug auf Ihre Zusammenarbeit mit den anderen Professionen etwas wünschen könnten, was wäre das?**

Welche Aspekte möchten Sie noch erwähnen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?

TIPP

Mit Neugier Gesagtes aufgreifen und detaillierter (möglichst offen) nachfragen!!

z.B. Sie haben erwähnt, dass... Können Sie mir noch mehr erzählen?

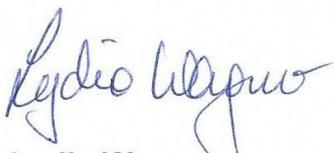
Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lydia Wagner**, geboren am **18.04.1979** in **Amstetten**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Zeillern, am 22.04.2018



Lydia Wagner