

Praxisentwicklung in der Palliative Care – Warum Personenzentrierung auch in der Palliativversorgung nicht selbstverständlich ist

Ganzheitlichkeit und Personenzentrierung gelten als Grundsätze in der Palliative Care und bewirken, dass sich Betroffene und Angehörige im Betreuungsprozess wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen. Personenzentrierung beginnt jedoch nicht in der klinischen Praxis – sie ist vielmehr das Resultat einer Kultur, die innerhalb einer Institution gelebt wird. Die Auseinandersetzung mit entsprechenden Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag ist deshalb unabdingbar. Der nachfolgende Artikel erläutert, wie die Praxisentwicklung massgeblich dazu beiträgt, einen personenzentrierten Betreuungskontext zu schaffen.

«Du zählst, weil Du du bist. Und du wirst bis zum letzten Augenblick deines Lebens eine Bedeutung haben. Wir werden alles, was wir können, tun, nicht nur, um dir zu helfen, friedlich zu sterben, sondern auch, um dir zu helfen, zu leben bis du stirbst» (Saunders, 1976). Als Begründerin der modernen Hospizbewegung zeigt Cicely Saunders mit dieser Aussage eindrücklich auf, dass Palliative Care und Personenzentrierung unweigerlich miteinander verbunden sind. Personenzentrierung ermöglicht, dass Betroffene und Angehörige nicht über die Krankheit definiert, sondern als Personen wertgeschätzt werden. Die offene und ehrliche Kommunikation sowie der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen sind dabei zentral (van der Eerden et al., 2014).

Trotz dieser nach wie vor bestehenden Grundsätze sieht sich auch der Bereich der Palliative Care mit einer zunehmenden Formalisierung und Standardisierung in der Gesundheitsversorgung konfrontiert. Palliative Care läuft somit Gefahr, sich von der ursprünglichen personenzentrierten Haltung zu entfernen (Haraldsdottir, 2011). So haben sich beispielsweise im internationalen Kontext Hospize in Bezug auf die zu betreuenden Personen in den letzten Jahren sehr verändert und sind nun häufig Institutionen der spezialisierten Palliative Care, ausgerichtet auf Personen mit komplexen und instabilen Betreuungsbedürfnissen. Das generell zunehmend komplexe Arbeitsumfeld der Palliative Care erhöht den Druck auf das betreuende Fachpersonal. Dies kann das Wohlbefinden des Personals sowie ihre Bereitschaft für eine ganzheitliche Betreuung merklich beeinträchtigen (Haraldsdottir, Donaldson, Lloyd, Barclay und McCormack, 2020).

Ein grosser Teil der Menschen am Lebensende wird innerhalb der Grundversorgung betreut. In den zuständigen Settings, die zwar nicht auf Palliative Care spezialisiert sind, allerdings regelmässig Personen in palliativen Situationen betreuen, ist der Wunsch nach der Einnahme einer personenzentrierten Haltung deutlich spürbar. Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde deutlich, dass die involvierten Fachpersonen jedoch häufig äussern, dass ihnen das nöti-

ge Wissen zur personenzentrierten End-of-life-Betreuung fehlt und sie sich deshalb unvorbereitet für die Betreuung von sterbenden Menschen fühlen (Andersson, Salickiene und Rosengren, 2016). Weitere Hindernisse zur Einnahme einer personenzentrierten Perspektive in der Betreuung von Menschen am Lebensende stellen unzureichende Kommunikationsfähigkeiten und Coping-Strategien sowie fehlen des Teamwork dar (Carvajal et al., 2019).

Diese Aspekte verdeutlichen, dass Personenzentrierung keineswegs naturgegeben, sondern vielmehr von der Bereitstellung eines förderlichen Arbeitskontextes abhängig ist. McCormack und McCance (2017) betonen, dass eine personenzentrierte Praxis nur dann wirklich erreicht wird, wenn eine personenzentrierte Kultur innerhalb der Organisation dem Fachpersonal ermöglicht, Personenzentrierung auch selbst zu erfahren. Ein solches Arbeitsumfeld trägt auch zur Zufriedenheit und zum Erhalt des Personals bei (Manley, 2004). In Anbetracht der körperlich und emotional stark fordernden Tätigkeit in der Palliativversorgung ist die Berücksichtigung dieses Aspekts von besonderer Bedeutung.

Vielfach herrscht jedoch Unklarheit, was unter Personenzentrierung verstanden wird und wie diese in die Praxis «übersetzt» werden kann (Haraldsdottir et al., 2020). Diese Unsicherheit birgt die Gefahr, dass Personenzentrierung auf eine rein aufgabenorientierte Ebene reduziert wird (Lannie und Peelo-Kilroe, 2017).

Genau hier setzt die Praxisentwicklung an, mit dem Ziel, die Entwicklung einer personenzentrierten, evidenzbasierten Arbeitskultur zu fördern. Garbett und McCormack (2002) definieren Praxisentwicklung als kontinuierlichen Prozess, «der auf Effektivitätssteigerung in der patientenzentrierten Versorgung abzielt. Das Ziel wird dadurch erreicht, dass die Gesundheitsteams befähigt werden, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln und die Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern. Der Prozess wird gefördert und unterstützt von Begleitern, die sich systematischen, exakten und kontinuierlichen Prozessen emanzipatorischer

Veränderung, die die Perspektive der Dienstleistungsnutzer berücksichtigen, verpflichtet fühlen.»

Diese Definition bringt den partizipativen und integrativen Charakter der Praxisentwicklung zum Ausdruck. Schliesslich findet Entwicklung niemals isoliert statt, sondern umfasst verschiedene Ebenen (Frei, 2012). Praxisentwicklung fokussiert demnach einerseits die Mikro-Ebene, auf der die Gesundheitsversorgung stattfindet bzw. von Betroffenen erlebt wird. Andererseits bedingt Praxisentwicklung eine damit einhergehende Unterstützung von den Meso- und Makro-Systemebenen (McCormack, Manley und Titchen, 2013). Das Konzept der Praxisentwicklung vertritt die Annahme, dass Menschen grundsätzlich bereit sind, sich weiterzuentwickeln. Sie benötigen dazu jedoch eine Kultur und einen Kontext, die Veränderungen von Arbeitsweisen zulassen (Frei, 2012). Rycroft-Malone (2009) betont in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen nur dann erfolgreich sind, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: klare Rollen im jeweiligen Kontext, dezentrale Entscheidungsprozesse, zielgerichtete Nutzung von verschiedenen Informationsquellen, Anerkennung für die Tätigkeit sowie inspirierende, zielorientierte und fördernde Führungspersonen.

Bislang wurde in der Palliative Care kaum ein Fokus auf Praxisentwicklung gelegt, da davon ausgegangen wurde, dass Palliative Care per se personenzentriert ist (McCormack et al., 2018). Wie in allen anderen Settings des Gesundheitswesens gilt jedoch auch für die Palliative Care: Personenzentrierung ist nicht von Natur aus gegeben, sondern muss aktiv und nachhaltig gefördert werden. McCormack et al. (2018) zeigen dies beispielhaft anhand ihres Praxisentwicklungsprojekts in einem schottischen Hospiz auf. Ziel des Projekts war, eine personenzentrierte Kultur innerhalb des Hospizes zu entwickeln.

Das Projekt dauerte zwölf Monate und beinhaltete zehn Projektstage, an denen eine Kerngruppe in einen aktiven Lern- und Entwicklungsprozess eingebunden wurde. Die Kerngruppe setzte sich zusammen aus der Hospizleitung, einem Begleiter bzw. einer Begleiterin der Praxisentwicklung (engl. Facilitator), zwei Pflegedienstleitungen, einer Stationsleitung, einer Pflegeexpertin bzw. einem Pflegeexperten (Clinical Nurse Specialist), zwei Pflegefachpersonen, zwei Pflegeassistenten, einer bzw. einem Mitarbeitenden aus dem Sekretariat, einer Physiotherapeutin bzw. einem Physiotherapeuten sowie einer Ärztin bzw. einem Arzt. Das aktive Lernen beruhte dabei auf den persönlichen Arbeitserfahrungen der Lernenden. Offen zu sein für die persönlichen Erfahrungen, sich mit diesen zu befassen und davon zu lernen, sind gemäss Dewing (2010) zentrale Aktivitäten im Rahmen einer emanzipatorischen und transformationalen Praxisentwicklung. So begann jeder Projekttag mit drei Stunden unterstütztem, aktivem Ler-

nen in der Kerngruppe zu spezifischen Fragen und Themen (z.B. Wie kann Individualität gewährleistet werden?). Das 10-tägige Programm mit den dazugehörigen Tages-themen und beispielhaften Aktivitäten sah zusammenfasst wie folgt aus:

Tag 1: Erkennen und Reflektieren von Werten und Überzeugungen aller Beteiligten hinsichtlich personenzentrierter Praxis (z.B. eigene Werte und Einstellungen sichtbar machen)

Tag 2: Entwickeln einer gemeinsamen Vision für eine personenzentrierte Praxis (z.B. Installation einer verantwortlichen Projektgruppe)

Tag 3: Teamentwicklung und Aufbau einer effektiven personenzentrierten Kultur (z.B. Beobachtung der pflegerischen Betreuung; Einbezug von Erzählungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden)

Tag 4: Einführung in die Evaluation (z.B. Evaluationsfragen entwickeln, Methoden festlegen zur Erfassung der Evidenz im Praxisalltag, Feedback geben und annehmen)

Tag 5: Zusammenarbeit mit Stakeholdern, um gemeinsam eine personenzentrierte Versorgung zu gestalten (z.B. Identität in einem Pflegesetting anerkennen und aufrechterhalten; Bedeutung von Mitgefühl und Würde)

Tag 6: Massnahmen planen (z.B. Indikatoren zur Priorisierung der Massnahmen identifizieren)

Tag 7: Durchführung von Miniprojekten (z.B. persönliche Porträts der Mitarbeitenden erstellen und teilen, Raum schaffen für Reflexionen, Workshops zur Klärung der Rollen von Pflegenden und Pflegeassistenten)

Tag 8: Lernen im Praxisalltag (z.B. durch personenzentrierte Lernumgebung und aktiver Förderung der Lernprozesse)

Tag 9: Das Erreichte anerkennen und feiern

Tag 10: Follow-up-Evaluation drei Monate nach Tag 9.

Als eine Hauptidee des Projektes erwies sich die bestehende Spannung zwischen personenzentrierter Betreuung und personenzentrierter Kultur. Die Autorinnen und Autoren betonen diesbezüglich, dass Praxisinstitutionen klar zwischen Patienten- und Personenzentrierung unterscheiden müssen. Das Projekt beleuchtet in diesem Zusammenhang die Bedeutung, nicht nur die Betroffenen und deren Angehörige, sondern alle an der Betreuung beteiligten Personen mitzubedenken. Schliesslich konnte das Projekt durch die Förderung der personenzentrierten Kultur die Zufriedenheit der Mitarbeitenden signifikant verbessern. Des weiteren betonen die Autorinnen und Autoren, dass es wichtig ist, «kleine» Praxisveränderungen zu initiieren sowie sicherzustellen, dass «verschiedene Stimmen gehört werden».

Das Praxisbeispiel aus Schottland bringt die Schlüsselemente der Praxisentwicklung deutlich zum Ausdruck: Personenzentriertheit, Kollaboration und Partnerschaft, unterstützende Begleitung, aktives Lernen, kulturelle Transformation und Evaluation (Shaw, 2013). Diese stellen Grundpfeiler dar, um der in der Einleitung beschriebenen Aussage Cicely Saunders' gerecht werden zu können.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die steigende Anzahl an Palliativpatientinnen und -patienten sowie die steigende Komplexität der Betreuungsbedürfnisse die systematische Weiterentwicklung der Palliativversorgung bedingen – und dies nicht nur in der Spezialisierten, sondern auch in der Allgemeinen Palliative Care. Um den Anforderungen an eine effektive und effiziente Versorgung gerecht zu werden, sind Strategien und Prozesse erforderlich, die den Einbezug aller am Betreuungsprozess Beteiligten sicherstellen (Manley und McCormack, 2003). Konzepte wie die Personenzentrierung, aber auch Krankheits- bzw. Selbstmanagementförderung, Unterstützung der Angehörigen oder Prävention – zusammengefasst komplika-

tionsvermeidende, institutionsübergreifende, interdisziplinäre und vor allem patientenorientierte Behandlungs- und Pflegeprozesse – benötigen geschulte Fachpersonen und Teams, um diese umzusetzen (Frei und McCormack, 2009). Dem Themenfeld der Praxisentwicklung sollte deshalb nicht nur in Praxis und Forschung, sondern insbesondere auch in der Aus- und Weiterbildung vermehrt Beachtung geschenkt werden.

Im Bereich Palliative Care fehlen bislang entsprechende Weiterbildungsangebote zum Thema Praxisentwicklung. Neu bietet die OST Ostschweizer Fachhochschule deshalb den CAS Praxisentwicklung in der Palliative Care an (Start 21. Januar 2021). Der Zertifikatslehrgang vermittelt grundlegende und erweiterte Kenntnisse zu Praxisentwicklung, Evidence based Health Care, Leadership, Projekt- und Qualitätsmanagement, Politik und Ökonomie und setzt sich intensiv mit der Professionalisierung in der Palliative Care auseinander. Absolventinnen und Absolventen dieses Lehrgangs agieren in der Praxis als Schlüsselpersonen zur Förderung einer personenzentrierten Kultur.

Daniela Bernhardsgrütter und Andrea Kobleder

ANZEIGE



Jetzt weiterbilden.
Palliative Care

ost.ch/wb-palliativecare



Literatur

- Andersson, E., Salickiene, Z. und Rosengren, K. (2016). To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse education today*, 38, 144–149. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.026
- Carvajal, A., Haraldsdottir, E., Kroll, T., McCormack, B., Errasti-Ibarondo, B. und Larkin, P. (2019). Barriers and facilitators perceived by registered nurses to providing person-centred care at the end of life. A scoping review. *International Practice Development Journal*, 9 (2), 1–22. doi: 10.19043/ipdj.92.008
- Dewing, J. (2010). Moments of movement: active learning and practice development. *Nurse education in practice*, 10(1), 22–26. doi:10.1016/j.nepr.2009.02.010
- Frei, A. (Hrsg.). (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit. Abgerufen von https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol9No2/IPDJ_0902_008.pdf
- Frei, I. A. und McCormack, B. (Hrsg.). (2009). Praxisentwicklung in der Pflege (1. Aufl.). Bern: Huber. Abgerufen von http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokser?id=3130841undprov=Munddok_var=1unddok_ext=htm
- Garbett, R. und McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *NT Research*, 7 (2), 87–100. doi:10.1177/136140960200700203
- Haraldsdottir, E. (2011). The constraints of the ordinary: 'being with' in the context of end-of-life nursing care. *International journal of palliative nursing*, 17 (5), 245–250. doi: 10.12968/ijpn.2011.17.5.245
- Haraldsdottir, E., Donaldson, K., Lloyd, A., Barclay, I. und McCormack, B. (2020). Reaching for the rainbow: person-centred practice in palliative care. *International Practice Development Journal*, 10 (1), 1–14. doi: 10.19043/ipdj.101.005
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K. und Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*, 69 (1), 4–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
- Lannie, A. und Peelo-Kilroe, L. (2017). Person-centredness in palliative care. In B. McCormack und T. McCance (Hrsg.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (S.248–258). West Sussex: WileyBlackwell.
- Manley, K. (2004). Transformational Culture: A Culture of Effectiveness. In B. McCormack, K. Manley und R. Garbett (Hrsg.), *Practice development in nursing* (1. Aufl., S. 51–82). Oxford: Blackwell Pub.
- Manley, K. und McCormack, B. (2003). Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in critical care*, 8 (1), 22–29. doi: 10.1046/j.1478-5153.2003.00003.x
- McCormack, B., Dickson, C., Smith, T., Ford, H., Ludwig, S., Moyes, R., ... (2018). «It's a nice place, a nice place to be». The story of a practice development programme to further develop person-centred cultures in palliative and end-of-life care. *International Practice Development Journal*, 8 (1), 1–23. doi: 10.19043/ipdj81.002
- McCormack, B., Manley, K. und Titchen, A. (Hrsg.). (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare* (2. Aufl.). s.l.: Wiley-Blackwell. Abgerufen von <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1120680>
- McCormack, B. und McCance, T. (Hrsg.). (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. West Sussex: WileyBlackwell.
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS-Bezugsrahmen. In I. A. Frei und B. McCormack (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (1. Aufl., S. 105–124). Bern: Huber.
- Saunders, C. (1976). Care of the dying – 1. The problem of euthanasia. *Nursing times*, 72 (26), 1003–1005.
- Shaw, T. (2013). Approaches to Practice development. In B. McCormack, K. Manley und A. Titchen (Hrsg.), *Practice Development in Nursing and Healthcare* (2. Aufl., S. 66–87). s.l.: Wiley-Blackwell.
- van der Eerden, M., Agnes Csikos, Csilla Busa, Sean Hughes, Lukas Radbruch, Johan Menten, ... (2014). Experiences of patients, family and professional caregivers with Integrated Palliative Care in Europe: protocol for an international, multicenter, prospective, mixed method study. *BMC Palliative Care*, 13 (1), 1–9. doi:10.1186/1472-684X-13-52



Daniela Bernhardsgrütter, MScN

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
am Institut für Angewandte
Pflegerwissenschaft IPW-FHS,
FHS St. Gallen (neu: OST Ost-
schweizer Fachhochschule)

daniela.bernhardsgruetter@ost.ch



Prof. Dr. phil. Andrea Kobleder

Projektleiterin und Studienleiterin
MAS Palliative Care am Institut für
Angewandte Pflegerwissenschaft
IPW-FHS, FHS St.Gallen (neu:
OST Ostschweizer Fachhochschule)

andrea.kobleder@ost.ch