

„Ist das nicht meine Aufgabe?“

Zur Rolle der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team



Prof. Dr. Maria Wasner

In der Palliativversorgung wird vom gesamten Betreuungsteam psychosoziale Begleitung geleistet. Es ist davon auszugehen, dass nur ein multiprofessionelles Team eine optimale psychosoziale Begleitung gewährleisten kann. Medizinisch-pflegerische Berufsgruppen nehmen die Bedürfnisse der Palliativpatienten auf andere Weise wahr als Soziale Arbeit. Sie ist häufig die Berufsgruppe, die nach der Pflege die meiste Zeit mit den Patienten und ihren Familien verbringt. Der Beitrag zeigt, dass sie ein unverzichtbarer key provider in der spezialisierten psychosozialen Begleitung ist.

Palliative Care ist die ganzheitliche Begleitung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und von ihren Familien. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis ist das Ziel, sondern die Verbesserung oder der Erhalt der Lebensqualität dieser Menschen, und zwar durch die Linderung von Schmer-

zen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychosozialen und spirituellen Problemen (World Health Organization 2002). Psychosoziale Begleitung umfasst hierbei „... alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden des Patienten und seiner Familie beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, Kommunikation, sozialer und finanzieller Belange und Beziehungen zu anderen.“ (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1997).

Psychosoziale Begleitung – Aufgabe aller Teammitglieder?

Es gibt immer wieder Diskussionen, wer für diesen Bereich zuständig ist. Zum einen mag das an den Wechselwirkungen der einzelnen Problemfelder liegen. So wirkt sich das körperliche Befinden (beispielsweise anhaltende Übelkeit und Erbrechen) oft negativ auf die psychische Verfassung aus; psychosoziale Ängste wie die Sorge um die zurückbleibenden Angehörigen können aber auch körperliche Beschwerden verstärken. Überschneidungen verschiedener Berufsgruppen sind daher in der Praxis der psychosozialen Begleitung unvermeidlich. Zum anderen hat gerade in der Palliative Care jede Berufsgruppe den Anspruch, den Patienten und seine Familie ganzheitlich zu betreuen – mit all ihren Nöten und Bedürfnissen. So gibt es immer wieder Äußerungen von Seiten der Ärzte oder der Pflegekräfte, dass sie die psychosoziale Begleitung übernehmen und Soziale Arbeit nur für sozialrechtliche Fragen nötig sei (Kulys & Davis 1987; Ben-Sira & Szyf 1992). In der Literatur finden sich aber Hinweise darauf, dass die medizinisch-pflegerischen Berufsgruppen nicht alle Bedürfnisse der Palliativ-

patienten gleichermaßen wahrnehmen. Steinhauser und Kollegen zeigen, dass für Palliativpatienten Dinge am Lebensende wichtig sind, die von den betreuenden Ärzten so nicht gesehen werden – und diese Wünsche liegen überwiegend im psychosozialen Bereich (beispielsweise keine Belastung für die Familie oder die Gesellschaft zu sein; Steinhauser et al. 2000). In einer anderen Untersuchung beschwerten sich Seelsorger, die Soziale Arbeit würde Aufgaben der Seelsorge übernehmen; auch die Seelsorge fühlt sich für die psychosoziale Begleitung zuständig (Furman & Fry 2000). Ähnliches hört man auch immer wieder von Psychologen und anderen therapeutischen Berufsgruppen.

Immer mehr spezialisierte psychosoziale Begleitung ist nötig

Der „National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services“ geht davon aus, dass jeder Kontakt mit Palliativpatienten und ihren Familien eine – wenn auch oft unspezifische – psychosoziale Intervention darstellt. Er schlägt aus diesem Grund ein 3-Stufenmodell der psychosozialen Begleitung vor. Grundannahme ist dabei, dass es mit zunehmender Komplexität der Bedürfnislagen der Patienten und ihrer Angehörigen einer immer mehr spezialisierten psychosozialen Begleitung bedarf. Dies spiegelt sich im benötigten Wissen und in den benötigten Fähigkeiten und Fertigkeiten der professionellen Begleiter wider.

Von jedem Teammitglied wird gefordert, Grundkenntnisse im Beziehungsaufbau und in Kommunikation zu besitzen und kulturelle und soziale Unterschiede zu erkennen und zu respektieren (Stufe 1). Weiter fällt darunter die (oft intuitive) emotionale Entlastung und praktische Hilfestellung.

Unter Stufe 2 fallen die Professionen, die schwerpunktmäßig im psychosozialen Bereich tätig sind (Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen, Kunsttherapeut usw.), aber auch Palliative Care Pflegekräfte und Palliativmediziner. Hier wird das Erheben einer psychosozialen Anamnese vorausgesetzt ebenso wie Wissen um Trauerprozesse, Information und Beratung, qualifizierte Hilfestellung bei praktischen und/oder emotionalen Problemen.

Bei Stufe 3 reicht nicht die Expertise, die alle psychosozialen Berufsgruppen gemein haben, sondern es braucht die spezifische Expertise einer Berufsgruppe (spezialisierte psychosoziale Begleitung); beispielsweise kann eine psychotherapeutische Intervention nur von einem Psychotherapeuten durchgeführt werden, eine sozialrechtliche Beratung nur von einem Sozialarbeiter. Entscheidend ist dabei die Fähigkeit aller Teammitglieder, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und bei Bedarf an Teammitglieder der nächsten Stufe weiter zu verweisen (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1997).

Rolle der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit ist neben Medizin und Pflege ein key provider im multiprofessionellen Palliative Care Team. Häufig ist sie die Berufsgruppe, die nach der Pflege die meiste Zeit mit den Patienten und ihren Familien verbringt (eigene Daten; werden gerade zur Veröffentlichung vorbereitet). Auftrag und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit scheinen geradezu auf die Bedürfnisse dieser Menschen und ihre besondere Lebenslage zugeschnitten zu sein, und zwar durch ihre ganzheitliche Perspektive, ihre Haltung, ihre spezifischen Methoden und Kompetenzen. Durch ihre Ausbildung zu Generalisten sind Sozialarbeiter im Besonderen dazu befähigt, vielfältige Aufgaben in der psychosozialen Begleitung zu übernehmen. Dies ist umso wichtiger, da die meisten Palliative Care Teams nicht alle Professionen abdecken können.



Foto: James Thew, Fotolia.com | Composing: C. Kozsir

Im Palliative-Care-Team nimmt Soziale Arbeit neben Medizin und Pflege eine Schlüsselrolle ein.

Zentrale Aufgaben der Sozialen Arbeit in Palliative Care sind nach Branden 2005:

- Information, Beratung (Sozialrecht, Hilfsmittel, heimatnahe Anlaufadressen, ...)
- Case Management (Hilfen, Vermittlung und Koordination verschiedener Dienste, ...)
- Unterstützung bei emotionalen Problemen und bei der Krankheitsbewältigung (Kontrollverlust, Verlust von Würde, Hoffnungslosigkeit, ...)
- Hilfestellung bei existenziellen Bedürfnissen (Sinnfrage, Vermächtnis ...)
- Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten

- Gestaltung der letzten Lebensphase
- Trauerbegleitung

Einige dieser Tätigkeiten sind ausschließlich der Sozialen Arbeit vorbehalten, während andere auch von anderen Teammitgliedern durchgeführt werden können (Stufe 2 und 3 entsprechend dem Stufenschema). In der Literatur konnte gezeigt werden, dass sich (spezialisierte) psychosoziale Interventionen positiv auf die emotionale und psychische Befindlichkeit, auf die Lebensqualität und auf spätere Trauerprozesse auswirken (Rehse & Pukrop 2003). Zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen im speziellen gibt es erst

Stufenmodell psychosoziale Begleitung

National Council for Hospicean Specialist Palliative Care Services



wenige Veröffentlichungen. So können mehr Patienten zuhause versterben, wenn Sozialarbeiter in die Entlassplanung eines Palliativpatienten involviert sind (Hinton 1994). Dies mag daran liegen, dass die Soziale Arbeit immer mit einem systemischen Ansatz arbeitet. Es wird daher immer darauf geachtet, eine für Patient und Angehörige tragfähige Lösung zu finden. Angehörige werden nicht nur als Ressource wahrgenommen, sondern auch in ihrer eigenen Betroffenheit, mit ihren ganz eigenen Bedürfnissen. Zudem haben die Sozialarbeiter sich als *context interpreter* bewährt, das heißt sie helfen den Verlauf der Erkrankung und den Sterbeprozess sowie die Vor- und Nachteile einzelner medizinischer Interventionen zu verstehen (Bern-Klug et al. 2001). In der Konsequenz wird die Soziale Arbeit oft zum Vermittler zwischen den Betroffenen und dem professionellen Team, aber auch zwischen den Patienten und ihrer Familien. In einer weiteren Untersuchung konnte der zentrale Einfluss der Sozialen Arbeit auf Entscheidungsprozesse am Lebensende nachgewiesen werden. Es sind zumeist die Sozialarbeiter, die mit den Patienten und ihren Familien über deren Wertvorstellungen sprechen und dann gemeinsam mögliche Wünsche für die letzte Lebensphase erörtern (Bliss & While 2003). Weitere Untersuchungen sind dringend nötig, um die wertvolle Arbeit, die die Soziale Arbeit in der Praxis heute schon im Bereich Palliative Care leistet, auch nach außen darstellen zu können.

Neue Teamkultur für eine gelingende psychosoziale Begleitung

Der Erfolg einer psychosozialen Begleitung hängt maßgeblich von einer guten Zusammenarbeit der Professionen ab. In der Palliativmedizin arbeiten Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger auf mehr oder weniger gleicher Augenhöhe miteinander und bringen ihre jeweiligen Perspektiven in die Begleitung ein. Diese für die Medizin ungewohnte Form der Multiprofessionalität stellt die Beteiligten vor neue

Anforderungen, was die Kommunikation innerhalb des Teams und das Verständnis der eigenen Rolle angeht. Leider ist häufig eine gewisse Rivalität zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu spüren. Mögliche Gründe hierfür liegen in hierarchischen Unterschieden oder auch im ungenügenden Wissen von den Kompetenzen und Werten der anderen Berufsgruppen. Zudem sprechen sie unterschiedliche Sprachen und besitzen eine unterschiedliche Kultur (Reese & Sontag 2001), so mag beispielsweise der systemische Ansatz der Sozialen Arbeit anderen Professionen wie der Medizin fremd erscheinen. Es bedarf also der Entwicklung einer neuen Teamkultur – mit wertschätzendem Umgang und ausreichendem Wissen von den an-

deren Professionen; vor allem aber braucht es regelmäßigen Austausch und klar geregelte Zuständigkeiten. So kann das multiprofessionelle Team zu einer echten Ressource werden – für jedes einzelne Teammitglied, vor allem aber für die Patienten und die ihnen nahestehenden Menschen.

■ *Prof. Dr. Maria Wasner ist Kommunikationswissenschaftlerin und Psychoonkologin. Sie ist Inhaberin der Stiftungsprofessur für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungshochschule München und führt Forschungsprojekte am Lehrstuhl für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, durch.*
© Maria.Wasner@med.uni-muenchen.de

Literatur

Ben-Sira, Z./Szyf, M. (1992): **Status inequality in the social worker-nurse collaboration in hospitals.** In: Soc Sci Med 34, 365–374.

Bern-Klug, M./Gessert, C./Forbes, S. (2001): **The need to revise assumptions about the end of life: implications for social work practice.** In: Health Soc Work 26, 38–48.

Bliss, J./While, A (2003): **Decision-making in palliative and continuing care in the community: an analysis of the published literature with reference to the context of UK care provision.** In: Int J Nurs Stud 40, 881–888.

Brandsen, CK (2005): **Social work and end-of-life care: reviewing the past and moving forward.** In: J Soc Work End Life Palliat Care 1, 45–70.

Furman, L./Fry, S. (2000): **Clerics and social workers: Collaborators or competitors?** In: Arete 24, 30–39.

Hinton, J. (1994): **Which patients with terminal cancer are admitted from home care?** In: Palliat Med 8, 197–210.

Kulys, R./Davis, MA. (1987): **Nurses and social workers: Rivals in the pro-**

vision of social services? In: Health Soc Work 12, 101–112.

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1997): **Feeling Better: Psychosocial Care in Specialist Palliative Care.** In: occasional paper 13.

Reese, DJ./Sontag, M. (2001): **Successful interprofessional collaboration on the hospice team.** In: Health Soc Work, 26, 167–175.

Rehse, B./Pukrop, R. (2003): **Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies.** In: Patient Educ Couns 50, 179–86.

Steinhauser, KE./Christakis, NA./Clipp, EC. et al. (2000): **Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers.** JAMA 284, 2476–2482.

World Health Organization (2002): **WHO definition of palliative care.** Abgerufen am 16.01.2010 unter: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print/html.