

HOSPIZ ÖSTERREICH

Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen



Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)

Projektbeschreibung, Stand März 2015

Projektdaten

Projektträger: HOSPIZ ÖSTERREICH

Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen

Argentinerstr. 2/3

1040 Wien, Österreich

Tel: +43/1/803 98 68

Fax: +43/1/803 25 80

dachverband@hospiz.at

www.hospiz.at „Alten- und Pflegeheime“

Präsidentin: Waltraud Klasnic

Vizepräsidenten: Dr. Karl Bitschnau (MAS, DSA), Dr. Johann Baumgartner

Geschäftsführung: Mag.^a Leena Peltari (MSc)

Projektleitung und Kontaktperson: Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sigrid Beyer

Projektkoordination und Öffentlichkeitsarbeit: Mag.^a Anna Pissarek

Projektassistenz: Maria Eibel BSc, MA und Sabine Tiefnig

Inhaltsverzeichnis

1. Informationen zum Projektträger	4
2. Überblick	5
3. Ergebnisse aus den Modellprojekten in über 100 Heimen in den einzelnen Bundesländern (Stand März 2015)	8
4. Modellprojektarchitektur – Zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess	13
5. Ergänzungen zur Projektarchitektur	14
6. Nachhaltigkeit	18
7. Richtlinien/Indikatoren	21

1. Informationen zum Projektträger

Wer wir sind

HOSPIZ ÖSTERREICH ist der Dachverband von über 290 Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Im interdisziplinär zusammengesetzten Vorstand arbeiten VertreterInnen aus allen Bundesländern zusammen.

Der Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH ist überparteilich und überkonfessionell.

Ordentliche Mitglieder des Dachverbandes sind Vereine, Institutionen, Hospizinitiativen und Bildungseinrichtungen aus dem Hospiz- und Palliativbereich.

Außerordentliche und fördernde Mitglieder unterstützen Österreichs Hospizarbeit ideell und finanziell.

HOSPIZ ÖSTERREICH ist Mitglied bei der EAPC (European Association of Palliative Care), bei der WPCA (World Palliative Care Alliance) und dem icpcn (International Children's Palliative Care Network).

Was tun wir

- °° **Lobbying/ Interessensvertretung auf Bundesebene**
- °° **Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung**
- °° **Förderung und Vernetzung von Initiativen und Einrichtungen – im Sinne des Hospizgedankens – um Menschen ein würdiges Lebensende zu ermöglichen**
- °° **Aus-, Fort- und Weiterbildung in Hospiz und Palliative Care**
- °° **Qualitätssicherung und – entwicklung**
- °° **Wir sind Beratungs- und Kompetenzzentrum für Hospiz- und Palliativarbeit**
- °° **Wir organisieren Veranstaltungen und Symposien, national und international**

2. Überblick

Die gute Versorgung von alten Menschen gehört zu den großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen ist der Anteil alleinstehender pflegebedürftiger Frauen besonders hoch. Viele BewohnerInnen von Pflegeheimen leiden an mehreren unheilbaren, chronisch fortschreitenden Krankheiten, die in Phasen der Verschlechterung verlaufen. Der Anteil an Demenzerkrankungen ist sehr hoch. Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen muss bei der Aufnahme einer Bewohnerin/eines Bewohners beginnen und umfasst den gesamten Zeitraum der besonderen Bedürftigkeit der alten, oft an Demenz erkrankten und meist multimorbiden Menschen. Hospiz und Palliative Care umfasst alle pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und psycho-sozialen Maßnahmen, die (schmerz)lindernd eingesetzt werden, nimmt ethisch schwierige Situationen auf, bezieht An- und Zugehörige von Beginn an ein und ist immer von interdisziplinärer Zusammenarbeit geprägt. Sterbebegleitung und Abschiedskultur ist ein Teilaspekt von Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim.

HOSPIZ ÖSTERREICH arbeitet seit **2006** an der Idee einer Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen. Damit hat die Hospiz- und Palliativbewegung die Tatsache wahrgenommen, dass in Alten- und Pflegeheimen dringend palliativpflegerisches und palliativmedizinisches Wissen und Erfahrung benötigt werden, nicht erst beim Sterben, sondern schon lange davor. Eine wichtige Vorreiterrolle nimmt in diesem Zusammenhang die **Hospizbewegung in Vorarlberg** ein, die bereits seit 2004/2005 in einer Pilotierung Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen umgesetzt hat, getragen vom Land Vorarlberg und der Hospizbewegung. Dazu kommen die Erfahrungen, die 2007/2008 im Rahmen des Projektes „Hospizkultur und Mäeutik“ der Caritas Socialis gemacht wurden, wo es ebenfalls um die Integration von Hospiz und Palliative Care in den Pflege- und Sozialzentren der CS ging. Im Rahmen des Wiener Krankenanstaltenverbundes war das Pflegewohnhaus Klosterneuburg Pionier in der Umsetzung.

Allen diesen Pionierprojekten gemeinsam ist ein Organisationsentwicklungsprozess zu Hospiz und Palliative Care als zentrales Element - im Wissen, dass nur durch Veränderung der Organisationsstrukturen eine nachhaltige Sicherung der Qualität möglich ist.

2008 wurden von Hospiz Österreich **Richtlinien** für die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen **herausgegeben**, die davor in **Vorarlberg** in einem interdisziplinären Team erarbeitet worden waren und dann von Hospiz Österreich mit zentralen Kooperationspartnern weiter entwickelt wurden. Sie waren eine wichtige Basis seit Beginn des Projektes. Das Besondere an den Richtlinien ist, dass sie alle betroffenen Zielgruppen (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und nahe Personen, Leitende, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, psycho-soziale Berufe und Ehrenamtliche) erfassen und in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psycho-sozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung die Ziele beschreiben. Die zweite Besonderheit der Richtlinien ist der Einbezug von vielen unterschiedlichen Standpunkten, Organisationen und Personen und die laufende Überarbeitung und Veränderung. Die Richtlinien können unter www.hospiz.at „Standards“ heruntergeladen werden. Das Projekt entwickelt sich immer wieder weiter und so auch die Richtlinien. Derzeit wird an der **Entwicklung von Indikatoren** aus den Richtlinien gearbeitet, um die Richtlinien mit ihrem großen Umfang in eine komprimierte Form zu bringen. Die Indikatoren werden die Heime darin unterstützen die Qualität von Hospizkultur und Palliative Care in ihrem Haus für alle Beteiligten, vor allem für jene, die von außen kommen, sichtbar zu machen.

Zentrale Querschnittsthemen bei der Umsetzung von HPCPH sind **Gender und Interkulturalität**. Eine Gendersensibilität und eine interkulturelle Sensibilität erhöhen die Qualität der Betreuung und Begleitung und sind bei der Integration von Hospizkultur und Palliative Care zu berücksichtigen. Frauen und Männer (nie alle, aber viele) haben aufgrund geschlechterspezifischer Sozialisation differente Interessen, Wünsche und Bedürfnisse, auch basierend auf unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und Lebensbedingungen. Kultur spielt natürlich eine große prägende Rolle, und die Tatsache, dass Migration ein grundlegendes Merkmal unserer Gesellschaft ist, hat Auswirkungen auf Pflege und Betreuung.

2009 hat sich der Beirat HPCPH unter der Leitung von Hospiz Österreich konstituiert. Ihm gehören an: Der Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, die Österreichische Ärztekammer, das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, die ARGE Pflegedienstleitungen, die Verbindungsstelle der Länder, die

Österreichische Gesellschaft der AllgemeinmedizinerInnen, das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit, der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Palliativgesellschaft. Der Beirat sieht es als seine Aufgabe, auf der Bundesebene die Umsetzung und Entwicklung von Hospizkultur und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen zu fördern, zu steuern und in gemeinsamer Anstrengung zu verantworten.

Aktuell wird vom Beirat HPCPH mit einer ExpertInnenrunde an der **Entwicklung eines Vorsorgedialogs** gearbeitet, der für Krisensituationen im Pflegeheim, bei ethisch schwierigen Entscheidungen eine wichtige Unterstützung für Pflege und Medizin sein soll. Das Ziel ist es, EINEN für alle österreichischen Alten- und Pflegeheime gültigen Vorschlag unter Einbezug der schon vorhandenen Papiere und Erfahrungen u.a. aus Burgenland, Tirol, Niederösterreich, Steiermark, Wien zu erarbeiten. Dieser Vorschlag soll in seiner endgültigen Fassung zur österreichweiten Verwendung für alle Alten- und Pflegeheime empfohlen werden. Das Hauptaugenmerk des erarbeiteten Vorsorgedialogs ist auf die Wünsche und auf den Willen der/des BewohnerIn gerichtet. Zudem soll mit diesem Instrument Sicherheit für die Pflegekräfte und einer/s eventuell eintreffenden Notärztin/Notarztes geschaffen werden. Die Stärke des Vorsorgedialogs ist, dass er Rechtssicherheit schaffen und einen wichtigen Beitrag dazu leisten soll, dass dem Willen und den Bedürfnissen der BewohnerInnen bestmöglich entsprochen wird. Um dies zu erreichen, werden die beteiligten Institutionen, Interessensverbände und Ministerien umfassend in die Entwicklung dieses Instruments eingebunden.

Geschichte der Umsetzung

Nach Vorarlberg ging **Niederösterreich 2009** mit acht Alten- und Pflegeheimen in die Pilotierung; verantwortlich zeichnet sich der Landesverband Hospiz NÖ, in Kooperation mit Hospiz Österreich, und das Land Niederösterreich. **Die Fort- und Weiterbildung wurde erstmals in den Organisationsentwicklungsprozess integriert** und mit dem Ziel verbunden, 80% aller im Heim Beschäftigten zu schulen. Grundlage der Workshops ist das eigens dafür von Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke entwickelte **Curriculum „Palliative Geriatrie“** im Ausmaß von 36 Stunden. Dieses Curriculum wurde 2010 an den Dachverband weiter gegeben. Hospiz Österreich empfiehlt es für die österreichweite Umsetzung. 2010 fand die

erste interdisziplinär besetzte MultiplikatorInnenschulung Palliative Geriatrie statt, zwanzig TeilnehmerInnen wurden ausgebildet mit dem Ziel, diese Workshops in den Heimen im Rahmen des Projektes HPCPH zu halten. 2011 gab es einen weiteren Durchgang, 2013 fanden zwei weitere statt, 2015 wird es die nächste geben. Derzeit gibt es rund 120 nach dem Curriculum Palliative Geriatrie ausgebildete MultiplikatorInnen in Österreich.

2009 organisierte und leitete Hospiz Österreich einen Workshop für die Projektbegleitungspersonen mit dem **Organisationsentwicklungsprozess (OE)** als Schwerpunkt. Es gibt eine Modellarchitektur und eine prozesshafte Beschreibung des 24 Monate dauernden Organisationsentwicklungsprozesses. Immer wieder werden Fortbildungen in OE angeboten.

Ende **2010** ging als drittes Bundesland die **Steiermark** mit sechs Modellheimen in die Umsetzung, **2012** folgten **Wien** mit fünf Heimen und das **Burgenland** mit einem Heim. Im Rahmen der **EU Projekte Tamász und Narzisse** arbeiteten der ungarische Gemeindeverbund von Zalaegerszeg, das BFI Burgenland, das BFI Wien, der Dachverband Hospiz Österreich und die Hospizbewegung Burgenland von 2012 – 2014 für einen Wissenstransfer und die Umsetzung von HPCPH zusammen. **2013** startete **Salzburg** mit den ersten fünf Heimen. **2014** begann die Umsetzung in **Kärnten** mit dem ersten Heim.

In allen Bundesländern ist die Hospiz- und Palliativbewegung initiiierende und begleitende Organisation, die Kosten werden - unterschiedlich in jedem Bundesland - vom Land, den Heimen und der Hospizbewegung getragen. In einigen Bundesländern gibt es einen länderspezifischen Beirat HPCPH, der die Umsetzung begleitet und unterstützt.

3. Ergebnisse aus den Modellprojekten in über 100 Heimen in den einzelnen Bundesländern (Stand August 2015)

Die Ergebnisse aus den Umsetzungen zeigen die Notwendigkeit des Zueinanders von Organisationsentwicklungsprozess und Fort- und Weiterbildung in Palliativer Geriatrie.

3.1. Der OE Prozess und seine Elemente

In den Pflegeheimen bedarf es eines **extern moderierten Prozesses** von ExpertInnen aus dem Bereich Hospiz und Palliative Care, der sowohl die Betreuungsebene wie die Leitungsebene umfasst und auch die externen PartnerInnen wie HausärztInnen, SeelsorgerInnen, Mobile Palliativteams, ehrenamtliche Hospizteams und Betreuende aus den psycho-sozialen Berufen mit einschließt. Der **Vernetzungsaspekt** ist im Projekt sehr zentral. **Die Palliativgruppen in den Heimen sind interdisziplinär besetzt** und arbeiten in der Projektzeit mit anderen Palliativgruppen aus den teilnehmenden Heimen zusammen. **Die/Der Palliativbeauftragte**, die/der die Palliativgruppe im Heim leitet, hat den Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care absolviert, und es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Leitung des Heimes. Der **Beirat auf Trägerebene und/oder auf Landesebene** hat eine wichtige Funktion der Steuerung und der Unterstützung. Die Vernetzung wird von Beginn an auch zu allen Heimen im Bundesland und zu wichtigen anderen Versorgungssystemen geknüpft.

3.2. Die Workshops als Teil des OE Prozesses

Integriert in den Organisationsentwicklungsprozess bedarf es der Fortbildung in Palliativer Geriatrie mit dem Ziel, **alle MitarbeiterInnen** fortzubilden, von der Küche bis zu den ÄrztInnen. Fortbildungspläne müssen existieren, sie sind ein Beitrag zur Nachhaltigkeit. In diesem Zueinander von Organisationsentwicklungsprozess zu Hospiz und Palliative Care und Fortbildung Palliative Geriatrie entsteht eine hospizliche Kultur in den Heimen. Palliative Care wird konkret und kompetent umgesetzt, Problemlagen wie der palliativmedizinische Bedarf werden sicht- und bearbeitbar. Zentrale Themen der Bearbeitung sind Schmerz als ganzheitliches Geschehen, Demenz und Multimorbidität, Ethik, vorausschauende Planung, spirituelle Begleitung, Rituale, Abschied und Versterben. Gender und Interkulturalität sind wichtige Querschnittsthemen.

3.3. Steuerung und Vernetzung

Auf der politischen Ebene braucht es einen Parallelprozess auf Bundes- und Landesebene, in dem alle zentralen Gruppen vertreten sind, der die Umsetzung finanziell gewährleistet, organisatorisch und inhaltlich stärkt. In diesem Zu- und Miteinander entsteht ein Verständnis für Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen, bei externen Betreuungspersonen und bei Entscheidungsträgern.

Die Integration von Hospizkultur und Palliative Care bewirkt eine **maßgebliche Qualitätssteigerung**. Die Organisationen verändern Abläufe und schaffen Strukturen, die den Betreuenden eine qualitätsvollere Betreuung ermöglichen.

Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen verbessert die Kommunikation im Heimalltag, schafft Bewusstsein, stärkt das Knowhow, gibt Sicherheit, fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Wertschätzung der Berufsgruppen untereinander. Interdisziplinäre Fallbesprechungen nehmen zu, ethisch schwierige Situationen werden bearbeitbar, eine vorausschauende Planung wird im Haus und in die Abläufe integriert, unnötige Krankenhausüberweisungen nehmen ab. Schmerz wird als ganzheitliches Geschehen betrachtet und die Schmerzbeobachtung und die Kommunikation im Team darüber erhalten einen neuen wichtigen Stellenwert. Für die Betreuenden in den Alten- und Pflegeheimen verbessert sich die Arbeitsqualität und es entsteht Entlastung. Die An- und Zugehörigen werden auf Wunsch vom ersten Tag an stärker einbezogen und intensiver begleitet, auch werden die Themen Tod und Sterben früher angesprochen. Das Vertrauen der An- und Zugehörigen in die und die Zufriedenheit mit der Betreuung verstärken sich. Für die BewohnerInnen erhöht sich die Lebensqualität durch verbesserte Schmerz- und Symptomkontrolle, ein verstärktes Aufnehmen ihrer Wünsche und Bedürfnisse und die Möglichkeit, auch über Abschied, Sterben und Tod sprechen zu können und die Gewissheit zu bekommen, dass eigenen Wünsche wahr- und ernst genommen werden.

**Hier ein Ausschnitt aus einem Artikel eines Heimes, das HPCPH umgesetzt hat,
in: Lebenswelt Heim 59, September 2013, Einlageblatt Seite 2**

„Gemeinsam am Weg“ - Hospizkultur und Palliative Care im Jakobusheim in Bad
Vöslau

....

*„Gemeinsam am Weg“ – so beschreiben wir unsere Arbeit, weil wir versuchen,
bereits vom Heimeinzug an, unsere BewohnerInnen mit ihren An- und Zugehörigen
auf ihrem Lebensweg im Pflegeheim empathisch, würdevoll und individuell zu
begleiten – bis zum Tod.*

*Auf diese Weise ist Hospizkultur ein Teil unserer Organisation geworden. Dies ist
daran zu bemerken, dass die MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen den
Hospizgedanken mit Selbstverständlichkeit leben. Sensible Gespräche werden
früher und mit deutlich mehr Sicherheit geführt, die Rückmeldungen an die
Ärztenschaft – besonders zur Schmerzthematik – erfolgen rascher und konkreter.
Selbst für unsere HausarbeiterInnen und KüchenmitarbeiterInnen ist die Umsetzung
der palliativen Betreuung ein Anliegen geworden. Einen besonderen Schwerpunkt
sehen wir auch in der Begleitung von dementiell erkrankten BewohnerInnen. Unsere
neuen MitarbeiterInnen, aber auch SchülerInnen, PraktikantInnen und Zivildienstler
versuchen wir auf diesem Weg schon vom Eintritt an sorgsam miteinzubeziehen.
Das Projekt ist zwar abgeschlossen – unser sensibler und individueller Zugang zum
Hospiz- und Palliativgedanken ist jedoch ein dynamischer Prozess und wird uns
weiterhin begleiten! ...*

4. Qualitative Evaluation des Projekts „Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“

Zusammenfassung der Evaluierung

Ergebnisse einer Studie des NPO-Kompetenzzentrums der Wirtschaftsuniversität
Wien

Ziel des von HOSPIZ ÖSTERREICH gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz
Niederösterreich durchgeführten Projekts war es, die Gesundheit von Leitenden,
Betreuenden sowie Angehörigen in Alten- und Pflegeheimen zu fördern und die
Lebensqualität der BewohnerInnen zu erhöhen. Im Rahmen der Evaluationsstudie
wurden zwei der acht niederösterreichischen Pilotheime ausgewählt und während
des Projekts begleitet.

Es zeigte sich, dass in den betrachteten Heimen bereits zu Beginn des Projekts verschiedene Aspekte einer Hospizkultur existierten, diese jedoch nicht als solche wahrgenommen wurden. Während des Projekts wurde das Thema Hospiz und Palliative Care zunehmend in den Heimen implementiert.

Die Lebensqualität der BewohnerInnen wurde von den Angehörigen und den Pflegenden projektunabhängig als sehr hoch empfunden. Als ausschlaggebend dafür wurden vor allem die Aktivitäten im Heim sowie die erhaltene Selbständigkeit der BewohnerInnen genannt. Allerdings wurden im Projektverlauf ergänzende Wohlfühlfaktoren, wie Aromatherapie oder Musikbegleitung, ausgebaut und neue Kenntnisse zu komplementären Therapien erworben. Zudem konnte die Schmerztherapie verbessert werden. In der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der letzten Lebensphase wurde schon von Beginn an individuell vorgegangen. Im Laufe des Projekts stieg die Sensibilität im Umgang mit Sterbenden bei den unterschiedlichen Berufsgruppen weiter an.

Ob und inwiefern über das Thema Tod und Sterben gesprochen wird, hing auch zu Projektende stark von der Eigeninitiative der Angehörigen bzw. der BewohnerInnen ab. Den MitarbeiterInnen ist das Thema allerdings deutlich bewusster geworden, was auch den diesbezüglichen Austausch untereinander gefördert hat.

Insgesamt fühlten sich die befragten Angehörigen gut informiert und waren mit der Betreuung und Pflege der BewohnerInnen sehr zufrieden. Während zu Beginn des Projekts immer wieder problematische Situationen zwischen Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörigen entstanden sind, ist das wechselseitige Verständnis gegen Ende des Projekts höher.

Die Workshops im Rahmen des OE-Prozesses wurden teils sehr positiv erlebt, teils hatten die Befragten jedoch auch andere Erwartungen. Die wesentlichsten Veränderungen sahen die Befragten in der bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema und in der gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase.

Als sehr problematisch wurde vielfach die medizinische und palliativmedizinische Versorgung der BewohnerInnen angesprochen. Dort, wo es zumindest teilweise einen/eine PalliativmedizinerIn ergänzend zu den HausärztInnen gibt, wurde die Situation als deutlich zufriedenstellender beurteilt. Ebenfalls als problematisch wurde die Personalsituation, aufgrund des geringen Anteils an diplomiertem Personal, benannt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch das Projekt Verbesserungen hinsichtlich Hospiz und Palliative Care auf unterschiedlichen Ebenen, sowohl für die BewohnerInnen, als auch für die Betreuenden und die Angehörigen erzielt werden konnten.

Autorin: Mag.^a Olivia Rauscher, Researcherin und Projektleiterin am NPO-Kompetenzzentrum in Lebenswelt Heim 2013/3 September, Einlageblatt Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen

Sie finden den Kurzbericht unter www.hospiz.at „Alten- und Pflegeheime“

Zu den Abkürzungen auf der folgenden Seite:

ÄL – ärztliche Leitung
HL - Hausleitung
OE - Organisationsentwicklung
PB – Palliativbeauftragte/r
PDL - Pflegedienstleitung
SL - Stationsleitung

4. Modellprojektarchitektur – Zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess zu Hospiz und Palliative Care

HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen) Wien 3 - Ablaufpla



	2015				2016				ZIEL
Steuergruppe, alle Träger gemeinsam - Trägervertretungen - HL/PDL/ÄL - Dauer: 3 Stunden, Leitung: Projektverantwortliche u. Projektbegleitung									Strategische Entscheidungen Gemeinsame Sichtweisen
Leitungsgremium Treffen - HL, PDL, ÄL, Palliativbeauftragte, Erstegepräch 1 1/2 h + 2 Treffen à 3 h, Leitung: Projektbegleitung				Workshop zur Projektmitte à 4 h			Workshop zur Nachhaltigk. à 4 h		Mitwirkung und Commitment der Führungskräfte, Workshop: Integration und Zusammenschau des Gesamtprozesses
Leitungsgremien und Stationsleitungen - HL/PDL/ÄL/PB - Leitungen aller Berufsgr. - Dauer: 3 Stunden, Leitung: Projektbegleitung									Information an und Commitment der nächsten Führungskräfte, Workshop: Integration und Zusammenschau, des Gesamtprozesses,
OE-Vernetzungstage, alle Träger - Palliativbeauftragte und 2 - 3 Palliativteammitglieder Leitung: Projektbegleitung - Dauer: 6 Stunden									Vernetzung, Reflexion, Entwicklung Was haben wir schon? Wie setzen wir das um? Was wollen/brauchen wir noch?
Startveranstaltung - HL/PDL/ÄL + externer Input/Vortrag - Palliativbeauftragte und Palliativteam - alle Betreuenden (intern und extern, z.B. HausärztInnen, Seelsorge, An- u. Zugehörige) - Dauer: 3 - 4 Stunden, Leitung: Palliativgruppe, Projektbegleitung vor Ort									Das Projekt im Haus verankern
Fortbildung Palliative Geriatrie, - alle im Haus Tätigen (Leitende, Betreuende..) und extern HausärztInnen - alle Berufsgruppen - Ehrenamtliche, Seelsorge; Leitung: MultiplikatorInnen	Je nach Größe des Heimes zwischen 3 - 10 Workshops Palliative Geriatrie, 80% aller MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen, 36 h, max. 20 Tn, die Schulungen finden im Heim statt, verteilt über den gesamten Zeitraum								Haltung
Qualifizierungszirkel/Qualitätszirkel - Schmerztherapie und Symptomkontrolle mit Hausärztinnen und Hausärzten und leitender Pflege, Palliativbeauftragte/r, Leitung: Projektbegleitung, PalliativmedizinerIn, Stunden: 3									Kompetenz Wissensentwicklung
Treffen mit der Palliativgruppe im Haus, Leitung: Projektbegleitung, Stunden: 4									
Nahtstellentreffen (Entwicklung erfolgt aus der Palliativgruppe)- Zsa mit externen Partnern, Leitung: Projektbegleitung - Dauer: 2 Stunden									intern - extern - Koordination Mitentwicklung der Schnittstellen
Abschlussveranstaltung, alle Träger und pro Haus									Präsentation der Ergebnisse, Öffentlichkeitsarbeit

Nach Projektabschluss 2x pro OE- Vernetzungstreffen für Palliativbeauftragte der Heime + 2-3 Mitglieder der Palliativgruppe

5. Ergänzungen zur Projektarchitektur

Sie finden hier ein Modell des Ablaufes, das in jedem Bundesland entsprechend den Bedingungen adaptiert wurde und wird.

Steuergruppe – heimübergreifend (4x im gesamten Prozess, ca. 2-3 h)

- Diese Ebene trifft strategische Entscheidungen und erarbeitet gemeinsame Sichtweisen.
- Alle Trägervertretungen, Heim- und Pflegedienstleitungen aller teilnehmender Heime, Projektleitung des Dachverbandes (im Fall von Wien) und ProjektbegleiterInnen

Leitungstreffen - in den Heimen (4x im gesamten Prozess, ca. 2-3- h)

- in den jeweiligen Häusern, **Teilnehmende:** Leitung des Hauses, Stationsleitungen, Mitglieder des Palliativteams, ärztliche Leitung und die Projektbegleitung
- **Ziele der Leitungstreffen:** Informationsaustausch betreffend Projektstruktur, Palliativgruppe und Palliativbeauftragte (Bestimmung der Mitglieder, laufende Kooperation), Commitment der Führungskräfte, Ziel(e) festlegen, Planung und Unterstützung der Umsetzung, Reflexion und Planung der Nachhaltigkeit

OE-Vernetzungstage- heimübergreifend (4x im gesamten Prozess, je 6h)

- Teilnehmende sind Palliativbeauftragte und jeweils 2- 3 Mitglieder des Palliativteams aus allen teilnehmenden Häusern,
- Zweck: Austausch und Vernetzung, Reflexionsforum, Unterstützung, gemeinsame Weiterentwicklung, Planungsschritte
- Inhalte der OE- und Vernetzungstreffen werden von den Teilnehmenden zurück ans Haus kommuniziert.

Startveranstaltung – in jedem Heim (ca. 3h)

- Bei der Startveranstaltung soll das Projekt vorgestellt werden, durch einen Fachinput von außen Motivation entstehen, Raum für Fragen und Diskussion sein und bei einem gemütlichen Ausklang noch Raum für Gespräche sein.
- Gestaltung wird in der Palliativgruppe in Abstimmung mit der Leitung organisiert. Auch im ersten OE- und Vernetzungstreffen wird einiges dazu besprochen.
- Teilnehmen an der Startveranstaltung sollen möglichst alle PflegeheimmitarbeiterInnen und externe PartnerInnen, haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen etc.
- Teilnahme ist Dienstzeit
- Zweck: Initialzündung für das Projekt, HPCPH im Haus gut verankern; alle ins Boot holen, Idee der „shared care“

Fortbildung Palliative Geriatrie, 80% aller Ma, alle Berufsgruppen, laufend

- TeilnehmerInnen-Anzahl: maximal 20 Personen
- Ziel: Fortbildung von 80% aller MitarbeiterInnen eines Heimes
- Dauer 4,5 Tage bzw. 36 Stunden (Montag bis Freitag Mittag)
- Je zwei **MultiplikatorInnen** (je eine/r aus dem Bereich Medizin und Pflege), ausgebildet nach dem Curriculum Palliative Geriatrie, leiten einen Workshop.
- Leitung, Palliativbeauftragte/r und Mitglieder des jeweiligen Palliativteams sollten in der ersten Fortbildung dabei sein!
- Themenbereiche: Grundbegriffe der Palliativen Geriatrie, Kommunikation, BewohnerInnenverlauf, An- und Zugehörigenarbeit, Demenz und Validation, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Schmerz, Symptomkontrolle, Ernährung, Achtsamkeit in der Pflege, ethische Entscheidungen, letzte Lebensstage, Sterben – Tod und Trauer, Rituale, Selbstreflexion, Selbstfürsorge.
- Räumlichkeiten für die Fortbildung: benötigt werden ein Sesselkreis für 22 Personen, 2 Flipcharts und 3 Pinnwände im Fortbildungsraum und Nebenräumen für Gruppenarbeiten.

Zur Fortbildung Palliative Geriatrie

Die Fortbildung aller Mitarbeiterinnen in interdisziplinär gemischten Gruppen bringt eine große Dynamik und stellt für alle eine Herausforderung dar. Es gibt nur wenige Vortragselemente, die Fortbildung hat hauptsächlich Workshop-Charakter. Sehr wichtig für den Erfolg ist, neben der Flexibilität und Fachkompetenz der Leitenden, wie die Fortbildung im Haus an die MitarbeiterInnen kommuniziert wurde – als lustvoll lebendiges Tun im multiprofessionellen Team, wo alle ihre Haltung und ihre Erfahrungen einbringen können.

Das Curriculum verwendet die Storylinemethode, die besonders zum Lernen in Gruppen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund geeignet ist. Eine fiktive Bewohnerin des Heimes wird vom Heimeintritt bis zum Tod begleitet. Dabei werden alle relevanten Themen abgehandelt wie

- Begriffsklärung: Palliative Care und Palliative Geriatrie
- typische Biografie einer Bewohnerin
- Veränderung der Lebensumstände durch den Einzug in ein Pflegeheim
- Aufnahmegründe (Sichtweisen der Bewohnerinnen, ihrer Angehörigen, der Pflege und Medizin)
- Aufnahmegespräch führen
- körperlicher und psychischer Zustand der neuen Bewohnerin
- Lebensqualität im hohen Alter
- kurative und palliative Maßnahmen
- Angehörige als Zielgruppe von Palliative Care
- Symptome von Demenz
- die vier Phasen der Demenz nach Naomi Feil
- Validation als Kommunikationsmethode im Umgang mit dementen BewohnerInnen
- Schmerzen und Schmerzen erkennen (indirekte Schmerzzeichen)
- Nutzen von Schmerzerfassungsinstrumenten zur Beurteilung von Schmerzen dementer BewohnerInnen
- Schmerztherapie, verbreitete Irrtümer, wichtige Schmerzpräparate, WHO-Stufenschema
- "Herausforderndes Verhalten", "Widerstand" und „Aggression“ von BewohnerInnen

- ablehnendes Essverhalten
- Vorteile und Nachteile einer PEG für BewohnerInnen und Pflegende
- Lebensqualität in der Sterbephase, Notfallplanung, Vorausschauende Planung
- Symptomkontrolle (terminale Atemnot, Mundpflege)
- Fürsorglichkeit bis ans Lebensende
- Unterstützung der Angehörigen in der Terminalphase – eine Aufgabe für alle in Pflegeheimen Tätigen
- Sterben, Tod, Abschied

Qualifizierungstreffen – in jedem Heim (4x in jedem Haus, ca. 3h)

- (Haus)ÄrztInnen, leitende Pflege, Palliativbeauftragte/r – retrospektive Fallbesprechung, geleitet von einer/m PalliativmedizinerIn und Projektbegleitung
- Zweck: Kompetenzerweiterung, verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation

Interdisziplinäre Austauschtreffen – in jedem Heim (4x im Prozess, ca. 2h)

- Führungskräfte des Hauses und Palliativbeauftragte und Mitglieder des Palliativteams im Austausch v.a. mit externen Partnern wie z.B. Ehrenamtliche, Krankentransporte, Kliniken (Case Manager), Hospizteams, Mobile Palliativteams, Bestattung, ...
- flexible Gruppe, deren Zusammensetzung sich ändern kann
- Wird je nach Haus unterschiedlich sein
- Zweck: Koordination, bessere Zusammenarbeit

Workshop in der Projektmitte - in jedem Heim

Veranstaltung in der Projektmitte in jedem Haus.

Teilnehmende: Leitung, Palliativteam, Palliativbeauftragte, Stationsleitungen

- Themen sind Zwischenbilanz, Reflexion und Ausrichtung der verbleibenden Projektzeit

Nachhaltigkeitsworkshop zu Projektende - in jedem Heim

Großveranstaltung zum Projektende – heimübergreifend und

Ausblicksveranstaltung in jedem Haus

- Themen: Rückschau, Bilanz, Nachhaltigkeit, Öffentlichkeit
- Alle Häuser zusammen, trägerübergreifend mit breiter Öffentlichkeitsarbeit
- In jedem Haus mit je eigenem Schwerpunkt – Stärkung des Themas und Einbezug aller MitarbeiterInnen

Zu den Protokollen

Protokolle haben sich im gesamten Prozess bisher immer als stark genutzte Arbeitspapiere erwiesen. Daher muss jedes Haus die Protokollverteilung überlegen, um allen MitarbeiterInnen Zugang zu den Informationen, die das Projekt betreffen, zu geben.

6. Nachhaltigkeit

6.1. Grundlegende Fragen der Nachhaltigkeit

Was ist zu tun, damit die erreichte Qualität nicht mehr verloren geht und noch weiter entwickelt wird?

Wie können Erkenntnisse, Ziele und Maßnahmen der Projektphase in die Organisation/in den Alltagsbetrieb transferiert werden?

Was ist zu tun, damit Anliegen und Ziele des Projektes auch nachher immer wieder in den Blick genommen werden und nicht in der Alltagsroutine verloren gehen?

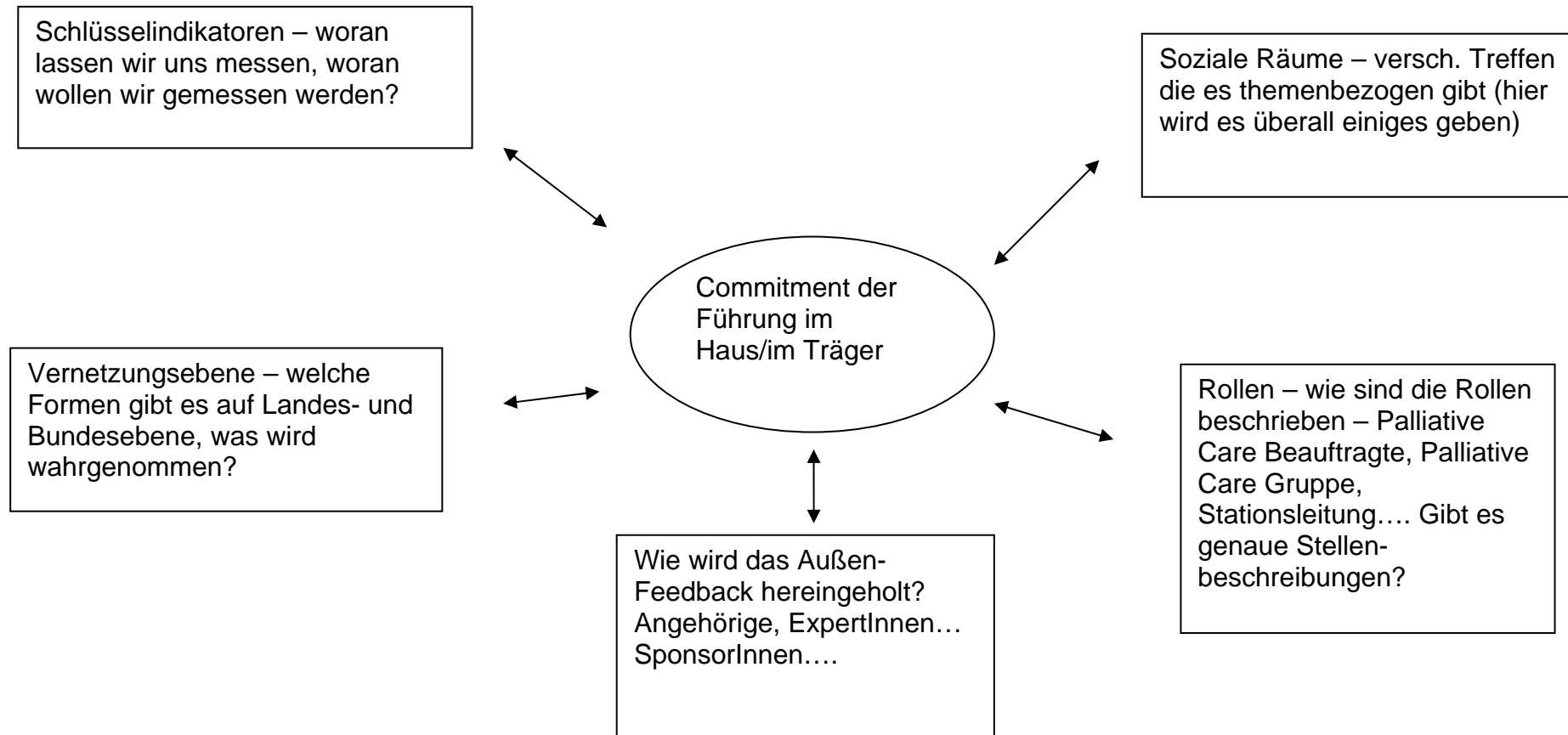
Wo/Wie findet die laufende Auseinandersetzung mit dem Thema HPC statt?

6.2. Das Konzept der Nachhaltigkeit

Teil 1. Dokumentation des Themas Hospiz und Palliative Care im Heim – HPC-Landkarte/Projektlandkarte im Heim, Empfehlung: halbjährlich zu bearbeiten in der Palliativgruppe (Modell: Mag. Kurt Mayer entstanden im Rahmen des HPCPH Projektes in Wien gemeinsam mit Sonja Thalinger MSc © Dachverband Hospiz Österreich)

<p>Ziele: Was soll mit dem Thema erreicht werden? Sinn/Zweck? Für wen? Woran würde jemand erkennen, dass die Ziele erreicht sind? Was wäre dann konkret anders? Erfolgskriterien/Standards</p>	<p>Maßnahmen/Veränderungen/Ergebnisse: Was wurde bislang umgesetzt? Wie wurden diese Maßnahmen in die Strukturen eingewoben, so dass sie auch nachhaltig wirken können? Woran erkennen wir/merken andere den Unterschied zu vorher?</p>
<p>Metaebene: Wenn wir von oben/aus der Distanz auf das Thema blicken und auch mit Blick auf die Ziele und Erfolgskriterien: Was beschäftigt uns da? Was läuft nicht so rund? Wo hakt es? Wo haben wir noch Handlungsbedarf? Worauf können wir besonders stolz sein? Sind die geleisteten und anvisierten Maßnahmen/Strukturen ausreichend, um Ziele/Erfolgskriterien zu erreichen und Qualität herzustellen? Sind die Ziele noch aktuell? Oder haben sich Bedarfe/Umwelten so geändert, dass auch die Ziele nachjustiert werden müssen? Wo braucht es Klärungen/Schärfungen und Ressourcen?</p>	<p>Vorhaben/nächste Schritte: Wo sind wir gerade dran? Was soll in den nächsten 1-5 Wochen in den nächsten 2-5 Monaten in den nächsten 6-12 Monaten umgesetzt werden?</p>

Teil 2: Sechs Schlüsseldimensionen der Nachhaltigkeit



6.3. Organisationsentwicklung

Ziel des Projektes ist es, über die Projektdauer hinaus nachhaltig wirksam eine hospizliche und palliative Kultur zu verankern. Dadurch soll für BewohnerInnen in ihrer letzten Lebensphase eine möglichst hohe Lebensqualität gesichert werden, insbesondere durch Optimierungen in den Bereichen Schmerz als ganzheitliches Geschehen, Ethik, Rituale und spirituelle Begleitung. Ziel ist auch eine möglichst gute, an die Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasste Begleitung von Krankheit und Sterbeprozess durch alle im Pflegeheim mitarbeitenden Berufsgruppen.

Zur Erreichung dieser Ziele ist eine dementsprechende Fortbildung möglichst aller Mitarbeitenden aus allen Berufsgruppen ein wichtiges Element. Eine solche Fortbildung im Ausmaß von rund einer Woche (36 Stunden) ist daher auch vorgesehen.

Dennoch zeigt die Erfahrung mit Fortbildungen, dass diese oft nicht ausreichen, um das professionelle Handeln wirklich zu verändern, auch wenn die entsprechenden Inhalte in der Schulung vermittelt wurden. Oft kommen MitarbeiterInnen hochmotiviert von einer Weiterbildung zurück, wollen umsetzen, wollen verändern und verbessern und stoßen dabei an die gläsernen Mauern der Organisation, die auf solche Veränderungen nicht eingestellt ist. Nach ein, zwei oder drei Wochen haben sich Alltagsdynamik und Routinen wieder durchgesetzt, der Umsetzungs- und Veränderungseifer ist verflogen.

Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, setzt das HPCPH Projekt daher auf Organisationsentwicklung, in die die Fortbildung integriert ist. Das bedeutet, die Organisationsteile, die Strukturen und die bestehenden Abläufe und Arbeitsprozesse in diesem Projekt in einer Weise mit zu entwickeln, dass die MitarbeiterInnen ihre neuen Kompetenzen und ihre palliative und hospizliche Haltung, die sie im Rahmen der Fortbildung bilden und stärken, dann auch tatsächlich umsetzen können.

6.3.1. Sechs relevante OE-Ebenen zur Nachhaltigkeitssicherung

1) Sichtbares einforderbares Commitment von Trägerebene und Führung

Möglichst starke intern und nach extern ausgeschilderte Verpflichtung zu Projektzielen und Faktoren des Gelingens, so dass sie von relevanten Stakeholdergruppen eingefordert werden können (KlientInnen, Angehörige, MitarbeiterInnen)

2) OE-Maßnahmenplan - Reflexionsräume

Definition von Räumen/ Settings/ Maßnahmen/ Rollen/ Verantwortlichkeiten/ Ressourcen, um Anliegen, Ziele und Wirkung der durch das Projekt ausgelösten Veränderungen dauerhaft im Fokus zu haben, quasi mit Blick auf obigen Punkt ein zur Verfügung Stellen von Möglichkeiten und Räumen, wo dieses Einfordern möglich ist.

3) OE-Rollen und Auftragsklärung

Rolle/Auftrag Palliativbeauftragte und Palliativgruppe

Rolle/Auftrag Stationsleitungen im HPC Kontext

Rolle von Hausleitung/Pflegedienstleitung -> Entwickelte Führungsrollen im Rahmen von HPC

4) Organisierte Außensicht – Strukturell eingefordertes Feedback

Reflexion mit externem/n SparringpartnerIn(en), Contracting mit einem externen Sparringpartner (externer BeraterInnen, Qualitätssicherer/ProfessionalistInnen aus anderem Haus oder von übergeordneter Ebene etc.), der mit den internen Verantwortlichen die Anliegen/ Ziele/ Wirkungen des Projekts reflektiert

5) Vernetzung

Vernetzung von MitarbeiterInnen aller Ebenen mit MitarbeiterInnen aller Ebenen von anderen Häusern, die das Projekt implementiert haben. Durch den Austausch, die Interaktion werden Anliegen/ Handlungsbedarf/ Ziele/ Wirkungen des Projekts nicht nur wach gehalten, sondern aus der Differenz und ihrer Reflexion auch weiter entwickelt. Definition von strukturierten Vernetzungsevents als Lern- und Entwicklungsevents

6) Indikatoren

Schlüsselindikatoren – woran lassen wir uns messen, woran wollen wir gemessen werden?

Wie/Woran können wir im konkreten Alltag erkennen, dass die Umsetzung von HPC in unserem Haus gelingt?

Was ist dann – im Unterschied zu jetzt -- anders?

Faktoren/Kriterien des Gelingens können jederzeit als zentraler Orientierungsinhalt in der Reflexion herangezogen werden, um zu klären wo man steht und was zu tun ist.

Sind solche Kriterien erst einmal erarbeitet, so können sie auch permanent hinterfragt und weiterentwickelt werden

Ergänzung zu: Die Palliativgruppe und die/der Palliativbeauftragte

Palliativbeauftragte (PB)

- allgemeines und/oder psychiatrisches Pflegediplom
- Ausbildung/Fortbildungen: eine Fortbildung pro Jahr zum Thema
- Interdisziplinärer Basislehrgang Palliative Care

Arbeitsaufwand: ca. 5 Wochenstunden, nach Projektende ca.10h pro Monat.

Die Palliativgruppe

Für die erfolgreiche Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care ist die Bildung einer Palliativgruppe der wichtigste Schritt. Ziel bei der Zusammensetzung der Gruppe ist, dass die TeilnehmerInnen durch eine hohe Motivation gern, effizient und zielorientiert an ihren Aufgaben arbeiten. **Eine aktive Palliativgruppe ermöglicht den nachhaltigen Erfolg im Projekt.**

- Die Palliativgruppe besteht aus VertreterInnen möglichst jeder Berufsgruppe im Haus und MA jeder Station. Die Palliativgruppe sollte gut interdisziplinär besetzt sein.
- Als maximale Anzahl der Personen wird 12 empfohlen
- Aufgaben der Palliativgruppe
 - Auf Grundlage der in den Fortbildungen gesammelten Informationen, Diskussionsbeiträge, To Do-Listen sowie der Ergebnisse der Ist-

Standanalysen der Stationen erarbeitet die Palliativgruppe ihre Aufgabenliste.

- Sie sucht nach kreativen Vorschlägen und Lösungen, um die weitere Entwicklung im Bereich Hospizkultur im Pflegeheim positiv voranzutreiben und zu beeinflussen.
- Die Palliativgruppe trifft sich mindestens viermal jährlich zum Austausch. Von jedem Treffen gibt es ein Protokoll, das im Sinne der Interdisziplinarität als Information an alle Berufsgruppen und die ProjektbegleiterInnen ergeht. Hauptverantwortlich für die Einberufung dieser Arbeitsgruppe ist die/der Palliativbeauftragte.
- Die Mitglieder der Palliativgruppe sind dafür verantwortlich, dass sie im Verlauf des Projektes gemeinsam mit dem Leitungsteam des Hauses konkrete Ziele definieren. Langfristig ist es die Aufgabe der Palliativgruppe, das Thema Hospizkultur und Palliative Care im jeweiligen Bereich zu vertreten und darauf zu achten, dass der Prozess präsent bleibt. Die Mitglieder sprechen immer wieder ihre KollegInnen darauf an und sorgen dafür, dass Beobachtungen und Entwicklungen in Bezug auf dieses Thema in der Palliativgruppe besprochen werden.

Ergänzung zu: Das Commitment der Führung

Rollen und Verantwortung der Führung

Welche Rollen/ Verantwortlichkeiten nehmen Führungskräfte für die Weiterentwicklung des HPC-Prozesses ein?

Rolle/Verantwortung Hausleitung/Pflegedienstleitung

Projekt mit Zeit- und Sachressourcen ausstatten

Auseinandersetzung mit Zielen und Ergebnissen

Feedback an Palliativbeauftragte/n/Palliativgruppe, an Stationsleitungen

Welche Führungsarbeit erfordert Palliative Care?

Bild davon, woran ich es bei den MitarbeiterInnen merke

Bild davon, woran ich es bei den BewohnerInnen/ Angehörigen merke

Bild davon, woran wir als Organisation erkennen, dass dieses Projekt gelingt!

Welche Rollen/ Verantwortlichkeiten nehmen Führungskräfte für die Weiterentwicklung des HPC-Prozesses ein?

Rolle/Verantwortung Stationsleitungen

Die Stationsleitungen sind Dreh- und Angelpunkt der Projektumsetzung. Die Gestaltung der Schnittstellen zwischen Hausleitung/Pflegedienstleitung einerseits und Palliativgruppe/Palliativbeauftragter/em andererseits.

Sie bestimmen wesentlich darüber, wie HPC auf der Station umgesetzt wird.

Was nicht auf die Stationen kommt, kommt im Haus nicht vor!

Stationen als Kerneinheiten von Spitälern und Pflegeheimen

(Grossmann 1996, S.66)

7. Richtlinien

Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim, November 2009

Für viele ÖsterreicherInnen ist das Pflegeheim ihr letztes Zuhause. Hier leben sie – und hier sterben sie. Mit dem Projekt „Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim“ soll erreicht werden, dass eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in allen Pflegeheimen Österreichs gewährleistet ist und nachhaltig sichergestellt wird.

Grundprinzipien für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim:¹

- Ganzheitliche Betreuung, Behandlung und Begleitung von allen Sterbenden, die es brauchen, und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen
- Erkennen und Lindern von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von BewohnerInnen, die an Demenz erkrankt sind
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Medizin, Pflege, medizinisch-technische und psycho-soziale Berufe, Sozialberufe, Seelsorge)
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen
- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens
- Einbeziehung von qualifizierten Ehrenamtlichen in der Lebens- und Sterbebegleitung
- Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe

¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (D)/Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen/Arbeitspapier Stationäre Altenhilfe (September 2005)

Für die Umsetzung auf Österreich-Ebene empfiehlt HOSPIZ ÖSTERREICH:

- Die Vernetzung der wesentlichen Partner (Dachverbände, Ministerien, Institutionen, Forschungseinrichtungen...) auf Bundesebene.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auf der Leitungsebene gibt es eine gendersensible Haltung und entsprechende Umsetzung in allen Handlungen.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auf der Leitungsebene gibt es eine interkulturelle Kompetenz.
- Die Verständigung auf ein gemeinsames Konzept der Umsetzung und Entwicklung.
- Erhebung des Status der palliativen Versorgung in allen Bundesländern und bedarfsgerechter Ausbau des Fort- und Weiterbildungsangebots für MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen.
- Das Treffen der notwendigen Entscheidungen auf politischer und institutioneller Ebene, u.a. Anhebung des Pflegeschlüssels bei PalliativpatientInnen, Gewährleistung von palliativmedizinischer Versorgung.
- Umsetzung in Modellheimen mit dem Ziel der Umsetzung und Entwicklung in allen Heimem.
- Verleihung eines Zertifikats für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim.

Die hier vorgelegten Richtlinien dienen als Orientierungspunkt, um die eigene Praxis daran auszurichten. Für die Umsetzung und Entwicklung der Richtlinien werden folgende Prozessschritte vorgeschlagen:

1. Ernennung einer/eines Palliativbeauftragten pro Heim, die/der zumindest einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine spezielle Fortbildung in palliativer Geriatrie hat.
2. Ist-Analyse der aktuellen Praxis und schrittweise Annäherung der Praxis an die Richtlinien in einem begleiteten Prozess.
3. Schaffen von Maßnahmen und Strukturen, um die palliative Versorgung im Heim nachhaltig zu sichern.

Wien, 17.11.2009

Zielgruppe Dimensionen	BewohnerInnen/PatientInnen	Angehörige/ Vertrauenspersonen	Pflegefachkräfte	ÄrztInnen
Ärztliche Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden ausführlich und verständlich informiert und aufgeklärt ** Auf die speziellen Kommunikationsbedürfnisse von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wird entsprechend eingegangen ** Haben das Recht auf freie Arztwahl ** Erhalten adäquate Schmerzbehandlung ** Werden danach befragt, welche Wünsche sie für den Fall haben, dass sie sich nicht mehr artikulieren können ** Können sich darauf verlassen, dass ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen wird 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden aufgeklärt und ausreichend informiert ** Werden je nach Möglichkeit in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden, wenn die/der BewohnerIn/PatientIn dies wünscht und ausdrücklich angegeben hat. 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden in den Prozess der Entscheidungsfindung und Information eingebunden* ** Nehmen bewohnerInnenbezogen an Fallbesprechungen mit den betreuenden ÄrztInnen teil ** Einzelne Pflegende werden mit einer den medizinischen Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechenden Expertise ausgestattet, um die Tätigkeit der ÄrztInnen zu unterstützen ** Entwickeln gemeinsam mit den behandelnden ÄrztInnen individuelle Notfallmaßnahmen („Was tun, wenn...“) 	<ul style="list-style-type: none"> ** Sorgen für adäquate Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle ** Binden PatientInnen, Angehörige und Vertrauenspersonen, Pflegepersonal in ihre medizinische Entscheidungsfindung mit ein ** Verfügen über ausreichend Kenntnisse und Fertigkeiten in Palliativmedizin und in pall. Geriatrie und/oder nehmen gegebenenfalls konsiliarische Dienste in Anspruch ** Sorgen für Kontinuität in der ärztlichen Betreuung (gute Übergabe, ausreichend Information an die Vertretung)
Pflege und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Können sich darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse erhoben und so weit als möglich berücksichtigt werden ** Kennen ihre Bezugspersonen im Pflorgeteam ** Erhalten angemessene Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden eingeladen, sich aktiv an der Pflege und Betreuung zu beteiligen ** Werden über pflegerische Maßnahmen informiert 	<ul style="list-style-type: none"> ** Verfügen auch über Fachkompetenz in Palliativpflege und pall. Geriatrie ** Mindestens eine Pflegefachkraft im Heim hat zumindest einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Weiterbildung in Palliativer Geriatrie absolviert, ¾ der Pflegekräfte haben an einer Weiterbildung in Palliativer Geriatrie teilgenommen ** Nehmen im Interesse der Qualitätssicherung regelmäßig an Fortbildungen in Palliative Care und Palliativer Geriatrie teil 	<ul style="list-style-type: none"> ** Nehmen an individuellen Fallbesprechungen mit den Pflegekräften teil ** Werden vom Pflorgeteam über relevante Beobachtungen informiert

* entsprechend den Vorgaben des GuGK und dem Ärztegesetz

Zielgruppe	BewohnerInnen/PatientInnen	Angehörige/ Vertrauenspersonen	Pflegefachkräfte	ÄrztInnen
Dimensionen				
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Allen BewohnerInnen, die es wünschen, wird ehrenamtliche Hospiz-Begleitung ermöglicht ** Bestimmen selbst, wie viel an sozialer Einbindung und wie viel Rückzug sie möchten ** Müssen nicht alleine sterben, dürfen aber auch im Sterben alleine sein ** Erfahren fachliche Unterstützung ** Erleben, dass ihre Intimsphäre gewahrt wird 	<ul style="list-style-type: none"> ** Allen Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen, die es wünschen, wird (externe) Hospizbegleitung ermöglicht ** Werden in die Begleitung eingebunden ** Erfahren bei Bedarf Begleitung (z.B. Zeit für Gespräche...) ** Werden auf Angebote der Angehörigenbegleitung hingewiesen ** Werden auf Angebote der Trauerbegleitung hingewiesen 	<ul style="list-style-type: none"> ** Haben Zeitressourcen für entlastende Gespräche mit BewohnerInnen und Angehörigen/Vertrauenspersonen oder koordinieren die psychosoziale Betreuung ** Berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen oder holen Hilfe von außen ** Es gibt Zeit, Raum und finanzielle Mittel für die Psychohygiene des Personals (z.B. Supervision, Teambesprechungen, Fallbesprechungen...) 	<ul style="list-style-type: none"> ** Bemühen sich um eine Vertrauensbeziehung zu PatientInnen u. Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen ** Berücksichtigen die psychosozialen Bedürfnisse der PatientInnen in ihren Therapieentscheidungen ** Verstehen sich als Teil des interdisziplinären Betreuungsteams und pflegen den Austausch
Spirituelle Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden ermutigt, ihre persönliche Spiritualität zu leben; erhalten die Möglichkeit, an rituellen Vollzügen (Gottesdienste, Krankensalbung,...) teilzunehmen ** Werden auf ihren Wunsch hin von SeelsorgerInnen ihrer Konfession besucht ** Werden nach ihren Wünschen bezüglich Sterben und Beerdigung befragt 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden zu rituellen Feiern (z.B. Gottesdienste, Krankensalbung, Gedenkfeier...) eingeladen ** Werden ermutigt, Kinder, Enkel, FreundInnen.... mitzubringen 	<ul style="list-style-type: none"> ** Trauerrituale werden im Pflgeteam thematisiert und diesen wird Raum gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> ** Wissen Bescheid über die Abschiedskultur in den Häusern (z.B. Abschiedsrituale)

Zielgruppe Dimensionen	Seelsorge (alle Konfessionen)	Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen	Heim-Umfeld
Ärztliche Behandlung und Betreuung	** SeelsorgerInnen aller Konfessionen können in ethische Entscheidungen eingebunden werden	** Werden bezüglich der für sie relevanten Informationen eingebunden	** FachärztInnen werden bei Bedarf eingebunden ** Konsiliarische palliativ-medizinische Expertise wird eingebunden (z.B. Mobiles Palliativteam)
Pflege und Betreuung	** Es gibt unterstützende Angebote für das Personal des Heims ** Die Pflegepersonen stellen bei Bedarf den Kontakt mit dem Seelsorger/der Seelsorgerin der jeweiligen Religionsgemeinschaft her	** Kennen die Station, nehmen mindestens einmal jährlich an einer Teamsitzung teil ** Wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind und kennen ihren Auftrag	** Externe TherapeutInnen (z.B. PhysiotherapeutInnen) werden bei Bedarf in die Betreuung eingebunden
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	** SeelsorgerInnen werden in den interdisziplinären Austausch eingebunden	** Verfügen über einen Einschulungskurs als ehrenamtliche HospizbegleiterIn	** Bei Bedarf werden die Dienste von externen psychosozialen Diensten (z.B. Hospizteams, SozialarbeiterInnen) in Anspruch genommen ** Im Heim steht ein Besprechungszimmer zur Verfügung (geschützte Gesprächsatmosphäre, Rückzugsmöglichkeit) ** Das Heim ist offen für Besuchsdienste und arbeitet in Partnerschaft mit der Hospizbewegung ** Das Heim ist offen für FreundInnen und Kontaktpersonen der BewohnerInnen ** Kontakt während Krankenhaus-Aufenthalt einer Bewohnerin/eines Bewohners wird sichergestellt (z.B. Hospizbetreuung)
Spirituelle Betreuung und Begleitung	** Bei Bedarf werden SeelsorgerInnen gerufen ** Die Dienste von SeelsorgerInnen stehen auf Wunsch auch für das Personal zur Verfügung	** Können an Trauerritualen des Pflgeteams teilnehmen (Gottesdienste, Gedenkfeiern...) ** Sie können in die spirituelle Begleitung und Betreuung einbezogen werden	** Das Heim fördert den Kontakt zur religiösen Gemeinschaft der BewohnerInnen ** Im Heim sind religiöse Texte und Symbole verfügbar ** Im Heim liegt eine Liste mit Kontaktnummern der SeelsorgerInnen auf

Zielgruppe Dimensionen	Beim Sterben und nach dem Tod
Ärztliche Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Sensibler Umgang mit den Angehörigen/Vertrauenspersonen ** Der Arzt/die Ärztin und Pflegepersonal stehen für Information bzw. Gespräch zur Verfügung ** Hinterbliebene werden auf die Möglichkeit einer Trauerbegleitung hingewiesen
Pflege und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Personal sorgt für eine würdige Atmosphäre ** Personal benachrichtigt die Bezugsperson, wenn das Sterben absehbar ist ** Personal verständigt umgehend die Bezugsperson im Todesfall ** Personal hat Gelegenheit, sich von der Verstorbenen/dem Verstorbenen würdig zu verabschieden ** Personal entscheidet mit Angehörigen/Vertrauenspersonen, wo und wie der Leichnam im Heim aufgebahrt wird
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Verstorbene werden würdig aufgebahrt ** Angehörige/Vertrauenspersonen werden eingeladen, sich beim Waschen, Ankleiden und Aufbahren des Leichnams aktiv zu beteiligen ** Angehörige/Vertrauenspersonen und HeimbewohnerInnen haben die Möglichkeit, sich im Heim vom Verstorbenen/von der Verstorbenen zu verabschieden und bekommen genügend Zeit dafür ** Das Heim pflegt Rituale für eine würdige Verabschiedung ** Die Betreuungspersonen nehmen sich Zeit für Gespräche mit Angehörigen/Vertrauenspersonen
Spirituelle Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Der Tod wird den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen durch ritualisierte Zeichen und Symbole (z.B. brennende Kerze....) bekannt gegeben ** Das Heim bietet Rituale zum Gedenken an verstorbene HeimbewohnerInnen an ** Im Heim sind religiöse Symbole (z.B. Kreuz...), Texte (Gebet, Gesang...) verfügbar

Heimleitung

Die Heimleitung bekennt sich zur Entstehung und konsequenten Umsetzung einer Hospiz- und Palliativkultur und deren nachhaltigen Absicherung.

Die Heimleitung sorgt im medizinischen, pflegerischen, seelsorgerischen, psychosozialen Bereich für die Umsetzung aller genannten Ziele.

Die Heimleitung entwickelt ihr ethisches Leitbild weiter, formuliert ihre ethische Grundausrichtung zu zentralen Themen und sorgt für ethische Beratungsmöglichkeit bei Bedarf.

Palliativ-Beauftragte

Um die Hospiz- und Palliativkultur im Heim weiter zu entwickeln, zu fördern und lebendig zu erhalten, gibt es in jedem Heim eine Person, die beauftragt wird, dieses Anliegen wahrzunehmen. Diese/r „Palliativ-Beauftragte“ verfügt zumindest über einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in Palliativer Geriatrie.

Zu ihren/seinen Aufgaben gehören die Entwicklung von Richtlinien für die Hospiz- und Palliativkultur im Heim, die verschriftlicht werden und immer wieder auf Einhaltung und Verbesserungen hin überprüft werden, Empfehlung von Weiterbildungsveranstaltungen zu Palliative Care und Palliativer Geriatrie, Einberufung von Gesprächsrunden, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Beratung der Heim- und Pflegeleitung zu Themen der palliativen Versorgung. Der/dem Palliativbeauftragten steht ein Team zur Seite, das sie/ihn bei der Erfüllung des Auftrags unterstützt. Auf jeder Station (ca. 25-30 BewohnerInnen) gibt es mindestens eine Person (1VZÄ), die einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in Palliativer Geriatrie absolviert hat.

Richtlinien: Fassung vom 17.11.2009 / HOSPIZ ÖSTERREICH

Diese Richtlinien wurden in Vorarlberg erarbeitet und im Rahmen von zwei Projektdurchgängen in den Jahren 2004/05 und 2006/07 mit zwölf Heimen im Rahmen eines Implementierungsprozesses erprobt. Aufgrund des großen Erfolges startete 2009 der nächste Durchgang.

An der Entwicklung dieses Rasters haben folgende ExpertInnen mitgearbeitet (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Karl W. Bitschnau MAS, Annelies Bleil, DGKS Waltraud Gollner, Peter Hämmerle, Dr. Siegfried Hartmann, Dr. Claus Hörburger, DGKS Andrea Plut-Sauer, DGKS Maria Seeger, Mag. Elmar Simma, DGKS Rosemarie Wilfing

Überarbeitet im Februar 2007 von DGKS Klaudia Atzmüller, Karl W. Bitschnau MAS, DGKS Christina Hallwirth-Spörk, Mag. Werner Mühlböck, Mag. Robert Oberndorfer, Dr. Wolf Wiesmayr

2. Überarbeitung Jänner – April 2008 durch ARGE PDL für stationäre geriatrische Einrichtungen in Österreich und die Arbeitsgruppe im Pflegeheim des Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH (DGKS Klaudia Atzmüller, Karl W. Bitschnau MAS, Mag. Robert Oberndorfer, Mag.^a Leena Pelttari, MSc)

3. Überarbeitung September 2008 (DGKS Klaudia Atzmüller, Dr. Johann Baumgartner, Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer, Karl W. Bitschnau MAS, Dr. Manfred Fritz, Mag. Robert Oberndorfer, Mag.^a Leena Pelttari, MSc, Mag.^a Bettina Schörghofer, Dr. Wolf Wiesmayr)

4. Überarbeitung November 2009 durch den Beirat Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen: Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, Verbindungsstelle der Länder, Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE Pflegedienstleitung, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, Dachverband Hospiz Österreich