

# HOSPIZ ÖSTERREICH

Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen



## **Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen**

**Projektbeschreibung, Stand August 2013**

## 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](http://www.hospiz.at) „Alten- und Pflegeheime“

**Präsidentin:** Waltraud Klasnic

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

**Geschäftsführung:** Mag.<sup>a</sup> Leena Pelttari (MSc)

**Projektleitung und Kontaktperson:** Dr.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Sigrid Beyer

**Projektkoordination und Öffentlichkeitsarbeit:** Mag.<sup>a</sup> Anna Pissarek

**Projektassistenz:** Maria Eibel BSc, MA und Sabine Tiefnig

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Informationen zum Projektträger</b>	<b>4</b>
<b>2. Überblick</b>	<b>5</b>
<b>3. Ergebnisse aus den Modellprojekten in 51 Heimen in den einzelnen Bundesländern (Stand August 2013)</b>	<b>8</b>
<b>4. Modellprojektarchitektur – Zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess</b>	<b>13</b>
<b>5. Ergänzungen zur Projektarchitektur</b>	<b>14</b>
<b>6. Nachhaltigkeit</b>	<b>18</b>
<b>7. Richtlinien</b>	<b>21</b>

# 1. Informationen zum Projektträger

## Wer wir sind

HOSPIZ ÖSTERREICH ist der Dachverband von über 270 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 beim EAPC (European Association of Palliative Care) und beim WPCA (World Palliative Care Alliance).

## 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 nur ein Teilaspekt von Hospiz und Palliative Care.

**HOSPIZ ÖSTERREICH** arbeitet seit **2006** an der Idee einer Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen. Damit nimmt die Hospiz- und Palliativbewegung die Tatsache wahr, 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 ihren 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 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 wurde. Sie sind eine zentrale Basis. **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](http://www.hospiz.at) „Standards“ heruntergeladen werden.

**2009** wurden die **Richtlinien HPCPH vom Beirat Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen**, der von Hospiz Österreich geleitet wird, bestätigt. Dem Beirat, der sich unter der Leitung von Hospiz Österreich 2009 konstituiert hat, 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 und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Der Beirat sieht es als seine Aufgabe, auf der Bundesebene die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen zu fördern, zu steuern und in gemeinsamer Anstrengung zu verantworten.

Zentrale Querschnittsthemen in den Richtlinien 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.

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 Schulungen ist das eigens dafür von Prof.<sup>in</sup> DDr.<sup>in</sup> Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke entwickelte **Curriculum „Palliative Geratrie“** 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 Schulung Palliative Geriatrie für MultiplikatorInnen statt, 2011 gab es einen weiteren Durchgang, 2013 finden zwei weitere statt.

2009 organisierte und leitete Hospiz Österreich eine Schulung für die Projektbegleitungspersonen mit dem **Organisationsentwicklungsprozess (OE)** als Schwerpunkt. Es gibt eine Modellarchitektur und eine prozesshafte Beschreibung des 18 bis 24 Monate dauernden Organisationsentwicklungsprozesses. Jährlich werden laufend weitere 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 des **EU Projektes Tamász und Narzisse** arbeiten der ungarische Gemeindeverbund von Zalaegerszeg, das BFI Burgenland, das BFI Wien, der Dachverband Hospiz Österreich und die Hospizbewegung Burgenland seit 2012 für einen Wissenstransfer und die Umsetzung von HPCPH zusammen. **2013** startete **Salzburg** mit fünf Heimen.

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 Vorarlberg, NÖ und der Steiermark gibt es einen länderspezifischen Beirat HPCPH, der die Umsetzung begleitet und unterstützt.

### **3. Ergebnisse aus den Modellprojekten in 51 Heimen in den einzelnen Bundesländern (Stand August 2013)**

**Die Ergebnisse aus den Modellprojekten 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 Palliativteams** in den Heimen sind **interdisziplinär besetzt** und arbeiten in der Projektzeit mit anderen Palliativteams 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 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 Schulungen als Teil des OE Prozesses

**Integriert in den Organisationsentwicklungsprozess bedarf es der Fortbildung in Palliativer Geriatrie** mit dem Ziel, **alle MitarbeiterInnen** zu schulen, von der Küche bis zu den ÄrztInnen. Fortbildungspläne müssen existieren, sie sind ein Beitrag zur Nachhaltigkeit. In diesem Zueinander von internem Organisationsentwicklungsprozess und Fortbildung 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, Ethik, Rituale, spirituelle Begleitung, Abschied und Demenz. 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 Hospiz 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, unnötige Krankenhausüberweisungen nehmen ab. Schmerz wird als ganzheitliches Geschehen betrachtet und die Schmerzbeobachtung und die Kommunikation im Team darüber erhält 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, einem verstärkten Aufnehmen ihrer Wünsche und Bedürfnisse und der Möglichkeit, auch über Abschied, Sterben und Tod sprechen zu können.

**Abschließend ein Ausschnitt aus einem Artikel eines Heimes, das dieses Projekt umgesetzt hat, in: Lebenswelt Heim 2013/3 September, Einlageblatt „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 Ärzteschaft – 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 internen Schulungen des Heimpersonals 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.<sup>a</sup> Olivia Rauscher, Researcherin und Projektleiterin am NPO-Kompetenzzentrum in Lebenswelt Heim 2013/3 September, Einlageblatt Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen

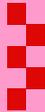
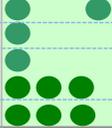
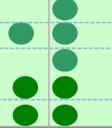
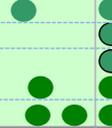
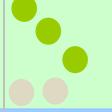
Sie finden den Kurzbericht unter [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at) „Alten- und Pflegeheime“

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

Beyer, Bitschnau, Mayer, Pissarek, Pelttari, Thalinger

	Zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess								ZIEL	
<b>Steuergruppe</b> - Trägervertretungen (1. Stunde mit OE-Team) - HL/PDL/ÄL (kommen in der 2. Stunde dazu) - Dauer: ca. 3 Stunden										Strategische Entscheidungen Gemeinsame Sichtweisen
<b>Leitungstreffen</b> - HL/PDL/ÄL/PB (1. Stunde mit OE-Team) - Leitungen alle Berufsgr. (in der 2. Stunde dazu) - Dauer: ca. 3 Stunden										Mitwirkung und Commitment der Führungskräfte
<b>OE-Vernetzungstage</b> - Palliativbeauftragte und 2 - 3 Palliativteammitglieder - Dauer: 6 Stunden										Vernetzung, Reflexion, Entwicklung Was haben wir schon? Wie setzen wir das um? Was wollen/brauchen wir noch?
<b>Startveranstaltung</b> - HL/PDL/ÄL + externer Input - Palliativbeauftragte und Palliativteam - alle Betreuenden (intern und extern, z.B. Seelsorge) - Dauer: 3 - 4 Stunden										Das Projekt im Haus verankern
<b>Fortbildung Palliative Geriatrie</b> - alle im Haus Tätigen - alle Berufsgruppen - Ehrenamtliche, Seelsorge										Haltung Kompetenz Wissensentwicklung Multidisziplinarität
<b>Qualifizierungszirkel</b> - Schmerztherapie und Symptomkontrolle mit HausärztInnen, leitende Pflege, retrospektive Fallbesprechung, Leitung: PalliativmedizinerIn										Haltung, Kompetenz Wissensentwicklung Zusammenarbeit Medizin u. Pflege
<b>Interdisziplinäre Austauschtreffen</b> - PB und Pteams/ÄL/PDL/HausärztInnen - gemeinsam mit externen Partnern (MPT, Hospizteams, Ehrenamtliche, Krankenhäuser, Seelsorge, Bestattung) - Dauer: ca. 2-3 Stunden										intern - extern - Koordination Mitentwicklung der Schnittstellen
<b>Großveranstaltungen, Projektmitte und Projektende</b> - MitarbeiterInnen/PB/Pteams - HL/PDL/ÄL/SL/ Externe - Dauer: bis zu 6 Stunden										Präsentation der Zwischenergebnisse, Integration und Zusammenschau, des Gesamtprozesses, Öffentlichkeitsarbeit

Nach Projektabschluss 2x pro Jahr Austauschtreffen Palliativgruppen, Palliativbeauftragte, Heimleitungen, Hospizbewegung übernimmt die Moderation

## 5. Ergänzungen zur Projektarchitektur

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

Die Basis des gesamten Projektes sind die Richtlinien HPCPH, (s. Abschnitt 7)

### 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 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, Palliativteam 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 Pall. Beauftragte 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 im Palliativteam 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 eine Fortbildung.
- 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 Pinwände 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, 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
- 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

### **Großveranstaltung in der Projektmitte - in jedem Heim**

Veranstaltung in der Projektmitte in jedem Haus. **Teilnehmende:** Leitung, Palliativteam, Palliativbeauftragte, alle Mitarbeiterinnen, externe PartnerInnen

- Themen sind Zwischenbilanz und Sichtbarmachung der geleisteten Arbeit, Inhaltliche Stärkung und Entwicklung des Themas – Fachinputs, Vorschau
- Hospizkultur und Palliative Care als Teil des gesamten Hauses

## **Großveranstaltung zum Projektende – heimübergreifend**

- Themen: Rückschau, Bilanz, Nachhaltigkeit, Öffentlichkeit
- Alle Häuser zusammen, trägerübergreifend mit breiter Öffentlichkeitsarbeit

### **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. 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 verfliegen.

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.

## 6.2. Das Palliativteam 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.

### Das Palliativteam

Für die erfolgreiche Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care ist die Bildung eines Palliativteams 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. **Ein aktives Palliativteam ermöglicht den nachhaltigen Erfolg im Projekt.**

- Das Palliativteam besteht aus VertreterInnen möglichst jeder Berufsgruppe im Haus und MA jeder Station. Das Palliativteam sollte gut interdisziplinär besetzt sein.
- Als maximale Anzahl der Personen wird 12 empfohlen
- Aufgaben des Palliativteams
  - Auf Grundlage der in den Fortbildungen gesammelten Informationen, Diskussionsbeiträge, To Do-Listen sowie der Ergebnisse der Ist-Standanalysen der Stationen erarbeitet das Palliativteam seine Aufgabenliste.

- Es sucht nach kreativen Vorschlägen und Lösungen, um die weitere Entwicklung im Bereich Hospizkultur im Pflegeheim positiv voranzutreiben und zu beeinflussen.
- Das Palliativteam 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 Palliativbeauftragte.
- Die Mitglieder des Palliativteams sind dafür verantwortlich, dass sie im Verlauf des Projektes gemeinsam mit dem Leitungsteam des Hauses konkrete Ziele definieren. Langfristig ist es die Aufgabe des Palliativteams, 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 im Palliativteam besprochen werden.

## 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:<sup>1</sup>

- 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

---

<sup>1</sup> 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
<b>Ärztliche Behandlung und Betreuung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Werden ausführlich und verständlich informiert und aufgeklärt</li> <li>** Auf die speziellen Kommunikationsbedürfnisse von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wird entsprechend eingegangen</li> <li>** Haben das Recht auf freie Arztwahl</li> <li>** Erhalten adäquate Schmerzbehandlung</li> <li>** Werden danach befragt, welche Wünsche sie für den Fall haben, dass sie sich nicht mehr artikulieren können</li> <li>** Können sich darauf verlassen, dass ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen wird</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Werden aufgeklärt und ausreichend informiert</li> <li>** Werden je nach Möglichkeit in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden, wenn die/der BewohnerIn/PatientIn dies wünscht und ausdrücklich angegeben hat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Werden in den Prozess der Entscheidungsfindung und Information eingebunden*</li> <li>** Nehmen bewohnerInnenbezogen an Fallbesprechungen mit den betreuenden ÄrztInnen teil</li> <li>** Einzelne Pflegende werden mit einer den medizinischen Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechenden Expertise ausgestattet, um die Tätigkeit der ÄrztInnen zu unterstützen</li> <li>** Entwickeln gemeinsam mit den behandelnden ÄrztInnen individuelle Notfallmaßnahmen („Was tun, wenn...“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Sorgen für adäquate Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle</li> <li>** Binden PatientInnen, Angehörige und Vertrauenspersonen, Pflegepersonal in ihre medizinische Entscheidungsfindung mit ein</li> <li>** Verfügen über ausreichend Kenntnisse und Fertigkeiten in Palliativmedizin und in pall. Geriatrie und/oder nehmen gegebenenfalls konsiliarische Dienste in Anspruch</li> <li>** Sorgen für Kontinuität in der ärztlichen Betreuung (gute Übergabe, ausreichend Information an die Vertretung)</li> </ul>
<b>Pflege und Betreuung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Können sich darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse erhoben und so weit als möglich berücksichtigt werden</li> <li>** Kennen ihre Bezugspersonen im Pflorgeteam</li> <li>** Erhalten angemessene Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Werden eingeladen, sich aktiv an der Pflege und Betreuung zu beteiligen</li> <li>** Werden über pflegerische Maßnahmen informiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Verfügen auch über Fachkompetenz in Palliativpflege und pall. Geriatrie</li> <li>** 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</li> <li>** Nehmen im Interesse der Qualitätssicherung regelmäßig an Fortbildungen in Palliative Care und Palliativer Geriatrie teil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>** Nehmen an individuellen Fallbesprechungen mit den Pflegekräften teil</li> <li>** Werden vom Pflorgeteam über relevante Beobachtungen informiert</li> </ul>

\* entsprechend den Vorgaben des GuGK und dem Ärztegesetz

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

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

## **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.<sup>a</sup> Leena Pelttari, MSc)

3. Überarbeitung September 2008 (DGKS Klaudia Atzmüller, Dr. Johann Baumgartner, Dr.<sup>in</sup> Sigrid Beyer, Karl W. Bitschnau MAS, Dr. Manfred Fritz, Mag. Robert Oberndorfer, Mag.<sup>a</sup> Leena Pelttari, MSc, Mag.<sup>a</sup> 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