

LEIT

SWH Marienheim
Mariapfarr Lungau
SH Bad Hofgastein
SWH Nonntal Stadt
Salzburg
Albertus-Magnus-Haus
Stadt Salzburg
SWH Abtenau Tennengau

FADEN

Hospizkultur und Palliative Care
in Alten- und Pflegeheimen



EVALUATION
im Bundesland Salzburg

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IM ALTEN- UND PFLEGEHEIM

DIE SITUATION IM BUNDESLAND SALZBURG

MÄRZ 2014

hOSPIZ

HOSPIZ BEWEGUNG Salzburg

**PALLIATIVE
CARE
AKADEMIE**
SALZBURG

SHS
SENIORENHEIME
SALZBURG

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

Salzburger Akademie für Palliative Care

Verein zur Förderung der palliativmedizinischen Aus- und Fortbildung im Bundesland Salzburg

Dr.-Sylvester-Straße 1 · 5020 Salzburg · Telefon 0662/82 47 03 · office@palliative.at

F. d. I. v.: Mag. Birgit Weichbold (Verfasserin der Studie), Mag. Brigitta Griesl (Leiterin Salzburger Akademie für Palliative Care)

IDEE UND GESTALTUNG: MARKENSTELLWERK

DRUCK: DDZ · Digitales Druckzentrum

INHALTSVERZEICHNIS

	EINLEITUNG	5
1	AUSGANGSLAGE	9
2	DEFINITION VON HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE	11
3	ENTWICKLUNG VON HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE	13
4	ENTWICKLUNG VON HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR IN PFLEGEHEIMEN	15
5	HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IM BUNDESLAND SALZBURG	17
6	DIE FÜNF SALZBURGER MODELlhÄUSER	19
	6.1 GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE	19
	6.1.1 Stand der operativen Projektentwicklung	19
	6.1.2 Situation der Mitarbeiter/innen	20
	6.1.3 Situation der Bewohner/innen	21
	6.1.4 Situation der An- und Zugehörigen	22
	6.1.5 Gestaltung des Sterbeprozesses	22
	6.1.6 Abschiedskultur	23
	6.2 BESTIMMUNG DES AKTUELL AM WEITESTEN ENTWICKELTEN HAUSES	23
	6.3 DETAILBLICKE IN DAS AKTUELL AM WEITESTEN ENTWICKELTE HAUS	24
	6.3.1 Das HPCPH-Erleben von zwei Salzburger Führungskräften	25
	6.3.2 Das HPCPH-Erleben von zwei Salzburger Mitarbeiter/innen	31
	6.3.3 Das HPCPH-Erleben einer Salzburger Kundin	35
	6.3.4 Das HPCPH-Erleben einer Salzburger Angehörigen	37
7	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN/WÜNSCHE FÜR DIE ZUKUNFT	41
	LITERATUR	43
	ANHANG 1: ÜBERSICHTSGRAFIK HPCPH-AKTIVITÄTEN ÖSTERREICHWEIT	45
	ANHANG 2: SCHULUNGSKONZEPT HPCPH-HEIME SALZBURG	46
	ANHANG 3: IMPLEMENTIERUNGSVORSCHLAG HPCPH-HEIME SALZBURG	48
	ANHANG 4: PROJEKTARCHITEKTUR IM ÜBERBLICK	50
	ANHANG 5: ERHEBUNGSBOGEN HPCPH-HEIME SALZBURG	51
	ANHANG 6: INTERVIEWLEITFADEN FÜR DETAILBLICKE	58

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN – EIN ÖSTERREICHWEITES PROJEKT VON HOSPIZ ÖSTERREICH

Seit 2004 zeigen die Erfahrungen in Modellprojekten in Vorarlberg, Niederösterreich, der Steiermark, dem Burgenland, Salzburg und Wien, dass für eine nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care im Heim sowohl der Organisationsentwicklungsprozess in den Betreuungseinrichtungen als auch das Lernen der Menschen durch Weiterbildung in Palliativer Geriatrie für alle Mitarbeiter/innen wichtig ist.

Hospizkultur und Palliative Care beginnt bei der Aufnahme der Bewohner/innen und der Begleitung ihrer An- und Zugehörigen. Die Betreuung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen und die Begleitung ihrer An- und Zugehörigen brauchen spezielles Wissen und Erfahrung in Schmerz, Demenz, Validation, Ethik und Kommunikation. Viele schwierige Situationen in Alten- und Pflegeheimen brauchen zur Bewältigung die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team, vor allem auch mit den Hausarzt/innen. Raum und Zeit sind notwendig für die Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata.

Um eine möglichst breite Basis für eine österreichweite Umsetzung des Projektes zu schaffen, wurde von Hospiz Österreich, dem Dachverband von über 270 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, ein Beirat Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen gegründet, gemeinsam mit folgenden Organisationen: Österreichische Ärztekammer, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Verbindungsstelle der Länder, Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE Pflegedienstleitung, Gesundheit Österreich GmbH – ÖBIG, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung.

Gemeinsam wurden Richtlinien entwickelt, die alle betroffenen Zielgruppen (Bewohner/innen, Angehörige und nahe Personen, Leitende, Pflegekräfte, Ärzt/innen, Seelsorger/innen, psychosoziale Berufe und Ehrenamtliche) erfassen und in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psychosozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung die Ziele beschreiben. Zudem wurden eine Modellarchitektur des Projekts für die Umsetzung sowie eine modellhafte Beschreibung des Organisationsentwicklungsprozesses erarbeitet, und von DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke das Curriculum Palliative Geriatrie, bei dem mit Storyline-Methode entlang der beispielhaften Bewohner/innenkarriere in der jeweiligen Einrichtung geschult wird. All dies hat die Voraussetzungen geschaffen, um im ganzen Bundesgebiet die Entwicklungen voranzutreiben. Ziel ist, dass alle Menschen in Österreich, unabhängig von Lebensort, Nationalität und Weltanschauung, bestmögliche Hospiz- und Palliativbetreuung in einer vergleichbaren Qualität erhalten.

Die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheime hat positive Auswirkungen auf alle Beteiligten; sie verbessert die Kommunikation im Heimalltag, schafft Bewusstsein, gibt Sicherheit und Mut, stärkt das Für- und Miteinander, die Mitmenschlichkeit, die Lebensqualität bis zuletzt, die Würde und Selbstbestimmung beim Sterben. Die Umsetzung geschieht auf Landesebene; hier sind die regionalen Einrichtungen und Organisationen gefordert.

Wir danken allen, die sich für die Lebensqualität der Menschen in ihrer letzten Lebensphase einsetzen und wünschen viel Erfolg in der weiteren Umsetzung.

Waltraud Klasnic, Präsidentin Hospiz-Österreich

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN IM BUNDESLAND SALZBURG

Der Prozess des Sterbens und Abschiednehmens ist einer der Kernprozesse im Lebensumfeld Alten- und Pflegeheim. Stellt man die betroffenen Menschen in den Mittelpunkt, so erfordert dies eine ganzheitliche, multiprofessionelle Versorgung und Betreuung von Bewohner/innen in ihrem gesamten letzten Lebensabschnitt, nicht nur in den letzten Tagen.

Dieser Herausforderung stellten sich Hospiz-Bewegung Salzburg, Salzburger Akademie für Palliative Care und der Verein Seniorenheime Salzburg SHS, die gemeinsam das Konzept des Dachverbandes Hospiz Österreich im Bundesland Salzburg mit den teilnehmenden Seniorenheimen Abtenau, Bad Hofgastein, Nonntal, Mariapfarr und dem Albertus-Magnus-Haus umgesetzt haben.

Die Anforderungen an das Personal der Alten- und Pflegeheime sind enorm gestiegen, Sterben ist dennoch immer noch ein Tabuthema. Menschen kommen in einem wesentlich schlechteren Zustand als früher in die Heime, ab Pflegestufe 3 oder höher. Ihre Lebensspanne im Heim ist deutlich kürzer geworden. Heime nehmen im Bundesland Salzburg als Sterbeort mit 22,9 % (2012) eine bedeutende Rolle ein.

Ziel des Projektes ist es, die Qualität in der Betreuung bis zum Schluss zu gewährleisten und damit die Situation für Bewohner/innen ebenso wie der Mitarbeiter/innen in Salzburgs Alten- und Pflegeheimen zu verbessern. Es gehört zu den Stärken dieses Projektes, dass es sich konsequent an den Bedürfnissen der Menschen orientiert. Dies betrifft die Bewohner/innen, die sich in der allerletzten Lebensphase vielen oft neuen Herausforderungen stellen müssen. Trotz nachlassender Kräfte und vielfältiger gesundheitlicher Belastungen wollen sie noch am Leben teilhaben. Das Projekt orientiert sich zudem an den Bedürfnissen der An- und Zugehörigen, die oft eine wichtige soziale Rolle spielen und in die Entscheidungen, in Kommunikation und Betreuung eingebunden sein wollen, und an denen der Mitarbeiter/innen, die häufig ein bröckelndes oder fehlendes soziales Umfeld ausgleichen.

Durch bewussten Umgang mit schwierigen Situationen, Fachkompetenz und den Austausch der Berufsgruppen wird die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert und die respektvolle Begegnung mit den Menschen, die im Mittelpunkt des Interesses stehen, gestärkt. Letztlich profitiert jedes beteiligte Alten- und Pflegeheim von einer Entwicklung, die zu mehr Zufriedenheit bei den Mitarbeiter/innen führt und die eine interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflege, Medizin, psychosozialen Berufen, Seelsorge, mobilen Palliativteams und Ehrenamtlichen stärkt.

Mit der vorliegenden Evaluationsstudie wird der Entwicklungsprozess in den fünf Modellpflegeheimen im Bundesland Salzburg im letzten Jahr ausgewertet, um Veränderungen sichtbar zu machen und Qualität nachhaltig zu sichern.

*Dr. med. Maria Haidinger, Obfrau Hospiz-Bewegung Salzburg
MMag. Christof Eisl, MAS, Obmann Palliative Care Akademie
Angela Kirchgatterer, Seniorenheime Salzburg*



1 AUSGANGSLAGE

Die Anforderungen an stationäre geriatrische Langzeiteinrichtungen haben sich in den letzten Jahren gewandelt: Die Bewohner/innen – und parallel auch ihre Zugehörigen – sind von fremdbestimmungstolerierenden Nutzer/innen zu mitbestimmungsorientierten (Mit)Gestalter/innen geworden.

Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern zeigen oft Verhaltensweisen, die mit den Erfordernissen des Zusammenlebens in einer großen Gemeinschaft nur schwer vereinbar sind. Der Umzug ins Pflegeheim vollzieht sich durch die Implementierung mobiler Dienste zum einen erst später und kann dann zum anderen oft schwerer verkraftet werden. Fortschritte in der Medizin führen zu längeren Krankheits- und Sterbephasen in immer höherem Lebensalter. Alten- und Pflegeheime werden damit zunehmend zu „Orten intensiver Pflege und des Sterbens“ (Kränzl-Nagl/Nußbaumer 2012, S. 3).

Diese Situation braucht zum einen neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen und stellt zum anderen die Betreiber/innen und Mitarbeiter/innen dieser Einrichtungen vor neue und große Herausforderungen. Alle Beteiligten müssen sich weiterentwickeln. Es gilt, neue Techniken und Haltungen in das Denk- und Handlungsrepertoire aufzunehmen.

Ansätze aus der Hospizkultur und der Palliative Care können helfen, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Sie helfen zum einen bei der Betreuung der Kund/innen, beziehen aber auch die Belastungen der An- und Zugehörigen und der Betreuer/innen aus dem multiprofessionellen Team ein.

2. DEFINITION

HOSPIZKULTUR

PALLIATIVE CARE

Hospiz (lat.)
=HERBERGE

- PLATZ FÜR SCHWER KRANKE MENSCHEN
- GANZHEITLICHE VERSORGUNG
- AUF DIE BEDÜRFNISSE DER MENSCHEN AUSGERICHTET

Palliative (lat.)
=MANTELARTIG

- SCHÜTZENDE UND UMHÜLLENDE TECHNIKEN UND HALTUNGEN
- DIE IN DER BEGLEITUNG UND BETREUUNG VON MENSCHEN AM ENDE IHRES LEBENS ANGEWENDET WERDEN

Care (engl.)
=BEGLEITEN

2 DEFINITION VON HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE

Der lateinischstämmige Begriff „Hospiz“ bedeutet „Herberge“ und kann als Platz verstanden werden, an dem sich schwer kranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase als Gast fühlen dürfen. Sie werden dort von einem multidisziplinären Team und unter Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen ganzheitlich versorgt. Hospizkultur umfasst dabei alle Haltungen und Aktivitäten, die auf die Achtung und Erfüllung aktueller Bedürfnisse ausgerichtet sind.

Der ebenso lateinischstämmige Begriff „palliativ“ bedeutet „mantelartig“ und steht für die schützenden, umhüllenden Techniken und Haltungen, die in der Begleitung und Betreuung (engl. „care“) von Menschen am Ende ihres Lebens angewendet werden. Palliative Care gewährleistet Bewohner/innen im weit fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung durch fachlich fundierte, ganzheitliche, individuelle und kreative Betreuung im interdisziplinären Team eine möglichst hohe Lebensqualität und Selbstbestimmung. Unter Einbeziehung und Begleitung der An- und Zugehörigen wird zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht, ein Umfeld geschaffen, in dem die Bewältigung krankheitsbedingter Krisen und schwieriger Situationen ermöglicht und die Zeit des Abschiednehmens über den Tod hinaus als wertvoll erlebt wird. Die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen hat höchste Priorität. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung (vgl. Dachverband Hospiz Österreich o. J. a; Österr. Palliativgesellschaft o. J.; vgl. Wikipedia o. J.).

Haltung und Techniken im Umgang mit Palliativpatient/innen helfen, den Alltag zu bewerkstelligen. Daneben braucht es aber auch eine sozialstaatliche und/oder sozialrechtliche Verankerung der mit Palliative Care verbundenen Produktangebote und ihrer Kosten.

ENTWICKLUNG HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE

SEIT

1990er

HEITSSYSTEM DURCH DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERR.

START FÜR DIE PLANUNG UND UMSETZUNG VIELER INITIATIVEN UND AKTIVITÄTEN

PLANUNGS-AUFTRAG

2004

VORENTWURF ZU EINER ÖSTERREICHWEIT ABGESTUFTEN VERSORGUNG IM PALLIATIV- UND HOSPIZBEREICH EINHEITLICH ZU PLANEN SOWIE PRIORITÄR UMZUSETZEN

2003

EUROPARAT EMPFIEHLT: PALLIATIVE CARE MUSS INTEGRALER BESTANDTEIL EINES GESUNDHEITSSYSTEMS SEIN

2002

BUNDESEBENE → PALLIATIV-MEDIZIN WURDE IN DIE REGULÄRE KRANKENHAUSFINANZIERUNG AUFGENOMMEN

2000

VERANKERUNG DER PALLIATIVMEDIZIN IM ÖSTERR. KRANKENANSTALTEN- UND GROSSGERÄTEPLAN

3 ENTWICKLUNG VON HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE

Die erfolgreiche Entwicklung von Hospizkultur und Palliative Care geschieht parallel über die Entwicklung der Mitarbeiter/innen und der Organisation. Beide unterliegen ständigen gesellschaftspolitischen Veränderungen, aber auch föderationsstaatsbedingten Rahmenbedingungen (z. B. bundesländerweise unterschiedliche sozialrechtliche Vorgaben). Hospizkultur und Palliative Care haben sich deshalb in Österreich unterschiedlich schnell und intensiv entwickelt bzw. verankert.

Die Verankerung von Hospizkultur und Palliative Care im österreichischen Gesundheitssystem wird seit den 1990er-Jahren vom Dachverband Hospiz Österreich (gegründet 1993) betrieben.

2000 gab es eine erstmalige Verankerung der Palliativmedizin (als „Hospiz“) im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan – ÖKAP/GGP (vgl. ÖBIG 2004, S. 9).

Im Jänner 2002 wurde auf Bundesebene die Implementierung von Palliativstationen und Palliativbereichen im ÖKAP/GGP beschlossen: Es wurden Standorte, Kapazitäten und Strukturqualitätskriterien ausgearbeitet; die Palliativmedizin wurde in die reguläre Krankenhausfinanzierung (LKF-Modell) aufgenommen (vgl. ebd.).

Maßgebliche internationale Unterstützung erfuhren die österreichischen Bemühungen durch die „Recommendations on the organisation of palliative care“ des Europarates aus 2003. Diese Empfehlungen raten, „die politischen und gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, um auf nationaler Ebene einen kohärenten und umfassenden Rahmen für die Palliative Care zu schaffen. Palliative Care muss ein integraler Bestandteil eines Gesundheitssystems und damit ein Teil von umfassenden Gesundheitsplänen sein“. (ÖBIG 2004, S. 11)

Im Sommer 2004 wurde der Vorentwurf der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erarbeitet: „Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d. h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie im Pflegebereich, sicherzustellen“. (ÖBIG 2004, S. 10)

Aus diesem Planungsauftrag stammen erste Projektüberlegungen zur Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care in stationären geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen. Beispiele dafür sind 12 Pilotprojekte der Hospizbewegung Vorarlberg zwischen 2004 und 2008 (vgl. Hospiz Österreich o. J. b) und das Großprojekt „Hospizkultur und Mäeutik“ im Hospiz Rennweg der Caritas Socialis 2006 (vgl. Hallwirth-Spörk et al. 2009; Hospiz Österreich o. J. b).

Ebenfalls aus dem Sommer 2004 stammt der Entwurf des ÖSG 2005 (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005) mit folgenden Inhalten: „Eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung muss in allen Bereichen und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens erfolgen (d. h. im Akut- und im Pflegebereich, stationär und ambulant) und besteht aus folgenden Angeboten: Palliativstationen, Palliativkonsiliardienste, stationäre Hospize,

Tageshospize, mobile Palliativteams sowie Hospizteams. [...] Für die Versorgungsangebote außerhalb des stationären Akutbereichs (das sind stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams sowie Hospizteams) sind inhaltliche Konzepte zu erarbeiten, wobei auf eine Abstimmung aller Versorgungsangebote der Hospiz- und Palliativbetreuung zu achten ist.“ (ÖBIG 2004, S. 10).

Aus diesem Planungsauftrag stammen die sogenannten „Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ (ÖBIG 2004, S. 14; vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (ÖBIG 2004, S. 14)

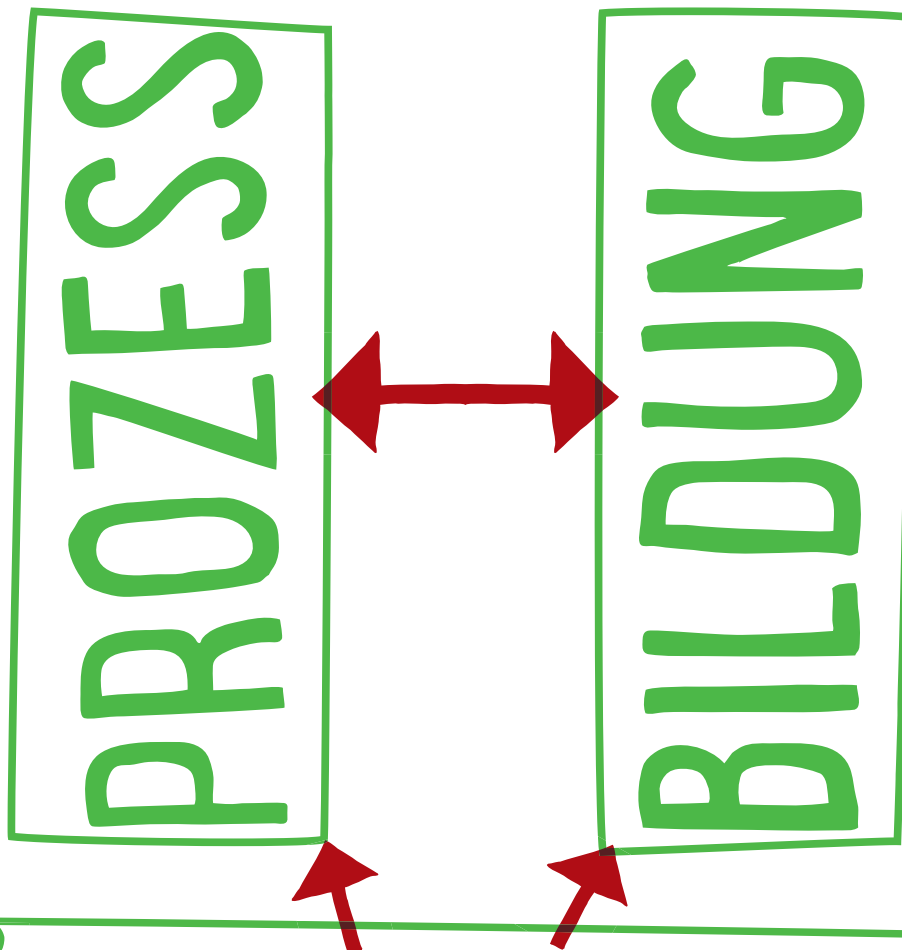
	Traditionelle Dienstleister des Gesundheitswesens einfache Situationen 80-90 % der Betreuung	Hospiz- und Palliativbetreuung komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10-20 % der Betreuung		
		unterstützende Angebote		betreuende Angebote
im Akutbereich	Abteilungen, Stationen und Ambulanzen des Krankenhauses	Hospiz-Teams	Palliativkonsiliardienste	Palliativstationen
im Langzeitbereich	Senioren- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
zu Hause	Ärzt/innen für Allgemeinmedizin, niedergelassene Fachärzt/innen, Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Sozialarbeit, Physiotherapie ...			Tageshospize

Quelle: Arbeitspapier HOSPIZ ÖSTERREICH „ Die letzten Schritte des Weges“, Wien 2004

Die sechs einzelnen Bausteine (Hospizteams, Palliativkonsiliardienste, Mobile Palliativteams, Palliativstationen, stationäre Hospize, Tageshospize) unterschieden sich dabei in ihrer Definition des Angebotes, in der Zielgruppe, im Auftrag und der Zielrichtung und in den Zugangskriterien (vgl. ÖBIG 2004, S. 15-20).

Seither wurden unzählige Initiativen und Aktivitäten geplant und umgesetzt, um in bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Gedanken und Leitideen der Hospizkultur und Palliative Care zu verankern und umzusetzen.

4. ENTWICKLUNG VON HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR IN PFLEGEHEIMEN



2008: RICHTLINIEN ZUR IMPLEMENTIERUNG VON
HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN PFLEGE-
HEIMEN

2009

Bestätigung durch den
Beirat für Hospiz und
Palliative Care in Alten-
und Pflegeheimen

2009

Schaffung
weiterer
Modellheime

2009

Forschungsprojekte
zur Bestandserhebung
und Evaluation

4 ENTWICKLUNG VON HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR IN PFLEGEHEIMEN

Hospiz Österreich arbeitet seit 2006 auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen aus mittlerweile mehr als 40 österreichischen Modellhäusern und auch deutschsprachiger Pilotprojekte an Richtlinien für die Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH).

2008 wurden von Hospiz Österreich unter Mitwirkung namhafter Partnerorganisationen und Menschen vieler Berufsgruppen erstmals solche Richtlinien herausgegeben. Kernthema dieser Richtlinien ist die Notwendigkeit des „Zueinanders von Prozess und Bildung“ (Dachverband Hospiz Österreich 2008, S. 1). Die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care erfordert demnach eine Projektarchitektur, die parallel an der Entwicklung der Organisation und der Mitarbeiter/innen aus allen beteiligten Berufsgruppen arbeitet.

2009 wurden diese Richtlinien vom „Beirat für Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“, einem noch größeren Kreis an österreichweiten Institutionen und Organisationen, bestätigt.

Seit 2009 wurden und werden parallel in mehreren Bundesländern (Niederösterreich, der Steiermark, Salzburg) weitere Modellheime geschaffen. Überall ist die Hospiz- und Palliativbewegung als Initiatorin und Begleiterin eingebunden, die Kosten teilen sich (in jedem Bundesland in einem anderen Verhältnis) das Land, die Heime, die Hospizbewegung und Sponsoren. Ein länderspezifischer Beirat begleitet und unterstützt die Umsetzung.

Parallel gab und gibt es Forschungsprojekte in Form von Bestandserhebungen und Evaluationen. Damit wurde und wird zum einen das bestehende Ausmaß an Hospiz- und Palliativversorgung dargestellt und damit wurden und werden zum anderen die Wirkungen von Interventionen aus dem Bereich der Hospizkultur und der Palliative Care auf die Organisationen, auf ihre (leitenden) Mitarbeiter/innen und vor allem auf die Kund/innen dargestellt. Beispiele dafür sind die Studien „Bestandsaufnahme zu Hospiz und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen“ (Kränzl-Nagl/Nußbaumer 2012) und die „Evaluation des Projekts Hospiz und Palliative Care in der Pflege“ (Rauscher et al. 2013).

(vgl. Hospiz Österreich 2013, S. 5–7; Kränzl-Nagl/Nußbaumer 2012, S. 4)

Auch im deutschsprachigen Raum rund um Österreich wurden und werden im letzten Jahrzehnt viele Projekte geplant und durchgeführt, die darauf abzielen, den letzten Lebensabschnitt und das Sterben so würdevoll und individuell wie möglich zu gestalten. Beispiele dafür sind aus der Schweiz die „Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012“ (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2012, S. 175f) und aus Deutschland das Projekt „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“ (2006) und die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (2010) (vgl. ebd., S. 184ff).

Im Anhang 1 findet sich eine Übersicht der aktuell laufenden Schritte zur österreichweiten Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen.

5.

BETREUUNGSQUALITÄT IN VIER BEREICHEN:

- ★ Betreuung und Pflege der Bewohner/innen
- ★ Umgang mit An- und Zugehörigen
- ★ Psychische Gesundheit der Mitarbeiter/innen
- ★ Zusammenarbeit aller Systempartner/innen

HPCCPH

HOSPIZ- UND PALLIATIVE CARE IN SALZBURG

HOSPIZ BEWEGUNG + SALZBURGER AKADEMIE FÜR PALLIATIVE CARE + SENIORENHEIME SALZBURG

ZIEL = PROZESSOPTIMIERUNG
DES ABSCHIEDNEHMENS
UND STERBENS

5 HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IM BUNDESLAND SALZBURG

Das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim im Bundesland Salzburg“ ist ein Kooperationsprojekt der Hospiz-Bewegung Salzburg und der Seniorenheime Salzburg. Es lehnt sich inhaltlich und konzeptionell an vorangegangene bzw. parallel laufende Projekte in anderen österreichischen Bundesländern an.

Projektziel ist die Optimierung des Prozesses des Abschiednehmens und Sterbens, einer der Kernprozesse im Lebensumfeld Alten- und Pflegeheim, in fünf Salzburger Modellseniorenheimen (SWH Abtenau/Tennengau, SH Bad Hofgastein/Pongau, SWH Marienheim Mariapfarr/Lungau, SWH Nonntal/Stadt Salzburg, Albertus-Magnus-Haus/Stadt Salzburg) im Projektzeitraum Jänner 2013 bis März 2014.

Die Betreuungsqualität in den vier Bereichen Betreuung/Pflege der Bewohner/innen, Umgang mit An- und Zugehörigen, psychische Gesundheit der Mitarbeiter/innen und Zusammenarbeit mit allen Systempartner/innen soll bis zum Ende des Lebens auf hohem Niveau sichergestellt werden können.

Durch die Qualitätssteigerung soll keine Konkurrenz mit bestehenden Pflege-/Betreuungsangeboten geschaffen, sondern nur die Situation der Bewohner/innen in Salzburger Seniorenheimen verbessert werden.

Das Analysieren bestehender Prozesse/Abläufe und die Implementierung neuer/adaptierter Prozesse/Abläufe passiert in einer an die Forderungen von Hospiz Österreich anknüpfenden Projektarchitektur: In Form der parallelen Entwicklungsarbeit auf der Ebene der leitenden Personen und auf der Ebene der betreuenden/pflegenden Personen.

Pfleger/innen und Betreuer/innen aus allen Berufsgruppen – von der Pflege über die Küche bis hin zur Hauswirtschaft und Haustechnik – werden gemeinsam nach einem speziell konzipierten Curriculum (vgl. Kojer/Schwänke 2010) nach der Storyline-Methode (vgl. Schwänke 2005) ausgebildet. Die gemeinsame Schulung wird von der Salzburger Akademie für Palliative Care durchgeführt (vgl. Anhang 2), stärkt das kollektive Verantwortungsgefühl und fördert so die Ausbildung palliativer Grundhaltung im Haus. Personen aus der Leitungsebene werden parallel dazu durch einen extern moderierten Organisationsentwicklungsprozess dazu motiviert, die nachhaltige Umsetzung diverser Projektideen der Mitarbeiter/innen unter Einbindung aller notwendigen externen Partner/innen (z. B. Hausarzt/innen, Ehrenamtliche) sicherzustellen.

Die hausinterne Verknüpfung der beiden Ebenen passiert über eine Projektgruppe. Diese analysiert gemäß „Vorschlag für [...] Vorgangsweise [...]“ (vgl. Anhang 3) den hausinternen Stand, findet neue Ziele, plant deren Umsetzung und sorgt schlussendlich für deren Integration in den Regelbetrieb des Hauses.

Eine weitere Ebene des Projekts ist die des Austausches der Modellheime untereinander. Die Projektarchitektur (vgl. Anhang 4) verknüpft dazu Zeitschienen der hausinternen Mitarbeiter/innen-Fortbildung und Organisationsentwicklung mit Zeitpunkten des bundeslandweiten Vernetzens und Austauschens.

6.

DIE FÜNF SALZBURGER MODELLHÄUSER

SWH MARIENHEIM
Mariapfarr Lungau

**SH BAD
HOFGASTEIN**
Pongau

SWH NONNTAL
Stadt Salzburg

**ALBERTUS-
MAGNUS-
HAUS**
Stadt Salzburg

**SWH
ABTENAU**
Tennengau

6 DIE FÜNF SALZBURGER MODELLHÄUSER

Die fünf Salzburger Modellheime (SWH Abtenau/Tennengau, SH Bad Hofgastein/Pongau, SWH Marienheim Mariapfarr/Lungau, SWH Nonntal/Stadt Salzburg, Albertus-Magnus-Haus GmbH/Stadt Salzburg) haben unterschiedliche Ausgangssituationen und Projektziele.

Zum Beobachtungstichtag 1.11.2013 wurden sie aufgefordert, ihren aktuellen Organisationsentwicklungsstand auf einem Erhebungsbogen (vgl. Anhang 5) bekanntzugeben.

Ausgangspunkt dieses Erhebungsbogens sind einerseits Aussagen, die auf Basis der „Grundprinzipien für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim“ (vgl. Hospiz Österreich 2009) von der HPCPH-Steuerungsgruppe Salzburg entwickelt wurden. Andererseits wurden in den Erhebungsbogen Vorschläge aus den „Empfehlungen für die Implementierung von Palliativkultur“ (vgl. Rauscher et al. 2013, S. 17) eingearbeitet.

Die Ende November 2013 schriftlich vorgelegenen Eigeneinschätzungen zu Entwicklungen im Haus werden auf zwei Ebenen verarbeitet. Zum einen werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Häuser beschrieben (vgl. Kap. 6.1), zum anderen wird das Haus mit dem am weitesten fortgeschrittenen Projektentwicklungsstand erhoben (Kap. 6.2.).

6.1 GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE

Die fünf Salzburger Modellpflegeheime gehen mit unterschiedlichen Ausgangslagen und Zielen in das Projekt. Ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden in folgenden sechs Kategorien beschrieben: Stand der operativen Projektentwicklung, Situation der Mitarbeiter/innen, Situation der Bewohner/innen, Situation der An- und Zugehörigen, Gestaltung des Sterbeprozesses, Palliativkultur.

6.1.1 STAND DER OPERATIVEN PROJEKTENTWICKLUNG

Vier der fünf Salzburger Modellpflegeheime haben eine hausinterne Steuerungsgruppe gebildet, die sich regelmäßig zu hausinternen Planungs- und Informationsgesprächen trifft.

In allen fünf Häusern gab es bereits ein erstes Treffen zwischen der Heimleitung und dem/der Verantwortlichen für die Organisationsentwicklung.

In vier der fünf Häuser wurde auch schon eine Projektinformationsveranstaltung für alle Mitarbeiter/innen abgehalten.

Alle fünf Häuser beziehen in den Prozess mehrere hausinterne Berufsgruppen ein: Alle fünf Häuser integrieren die Pflege, die Reinigung und die Verwaltung, vier Häuser auch die Küche, die Seelsorge und die Haustechnik, drei Häuser die Medizin, das Servicepersonal und hausinterne Therapeut/innen. Ein Haus bezieht auch noch die Wäscherei mit ein, ein anderes den hauswirtschaftlichen Dienst und die Seniorenbetreuung.

In vier der fünf Häuser gab es bereits ein interdisziplinäres Austauschtreffen mit externen Vernetzungspartner/innen.

Vier der fünf Modellpflegeheime beziehen auch von außen ins Haus kommende Berufsgruppen mit ein: Drei integrieren externe Mediziner/innen und Therapeut/innen, zwei externe Seelsorg/innen, externe ehrenamtliche Besuchsdienste, mobiles Palliativteam und mobiles Hospizteam. Kein Haus integriert externe Pflegedienstleister, externe Sozialdienste oder externe Haustechnik.

In vier Häusern werden seit Projektbeginn alle Projektschritte nachvollziehbar dokumentiert, drei Häuser haben Hospizkultur und Palliative Care bereits in das Leitbild ihrer Einrichtung übernommen.

Jedes Haus hat in den Bereichen Räume, Personen, Rituale u. Ä. bereits Akzente gesetzt und für Mitarbeiter/innen und Kund/innen wahrnehmbare Aktivitäten gestartet. Beispiele dafür sind: Verbesserung des Schmerzmanagements, Einsatz von Aromatherapie/Musik(therapie), neue Gesprächsangebote für Bewohner/innen und Angehörige (für diese auf Wunsch auch über den Tod hinaus), Erhebung der Wünsche jedes/r Bewohners/in zu Wünschen beim letzten Weg (Kleidung, Musik, Bestattungswunsch etc.) Einrichtung eines (externen) Palliativzimmers, freundliche Gestaltung des Verabschiedungsraumes, Schaffung eines „Raumes der Begegnung“, Angehörige und Bewohner/innen werden in die Verabschiedung eingebunden, Angehörige können in der letzten Lebensphase durchgehend beim/bei der Bewohner/in bleiben, es gibt neue/zusätzliche Verabschiedungsrituale (z. B. bei Dienstbesprechungen), es gibt jährliche Gedenkmessen mit Einladung der Angehörigen und Erstellung einer persönlichen Kerze, Tod von Bewohner/innen wird mit sichtbaren Symbolen bekanntgegeben (z. B. Kerze/Licht/Foto/Blumen vor dem Zimmer oder im Eingangsbereich), Aufstellen von Gedenkecken und -tafeln im Haus, Möglichkeit der persönlichen Verabschiedung für jede/n Mitarbeiter/in, Angebot von Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter/innen über die projektbezogenen Ausbildungsangebote hinaus.

6.1.2 SITUATION DER MITARBEITER/INNEN

Der Ausbildungsstand der hausinternen Mitarbeiter/innen in Bezug auf Hospizkultur/Palliative Care stellt sich folgendermaßen dar: In allen fünf Modellhäusern finden sich zum Erhebungsstichtag 1.11.2013 281 Mitarbeiter/innen¹⁾ in Vollzeitäquivalenz (MA in VZÄ). 124,4 Personen in VZÄ (44,3 %) davon haben zumindest eine einschlägige Fortbildung absolviert. Die Schulungsrate beträgt je nach Haus zwischen 20,0 % und 57,2 %. Werden ausschließlich Pflege- und Sozialbetreuungsberufe (DGKP/S, PH, DSB, FSB, HH) betrachtet, ergibt sich je nach Haus eine Fortbildungsrate zwischen 29,6 % und 76,8 %, über alle fünf Häuser durchschnittlich 58,6 %. In zwei der fünf Modellpflegeheime sind sämtliche DGKS/P und fast alle PH zumindest einmalig einschlägig fortgebildet.

Drei Häuser haben im Rahmen des Projekts HPCPH bereits mit der Ausbildung von insgesamt 70,5 MA in VZÄ nach der Storyline-Methode begonnen.

In zwei Häusern gibt es seitens der Mitarbeiter/innen aktuell regelmäßig Anfragen um Fort- und Weiterbildungen im Bereich Hospizkultur und Palliative Care, in zwei weiteren Häusern vereinzelt, in einem gar nicht.

In einem Haus gibt es regelmäßig, in den anderen vier Häusern vereinzelt multidisziplinäre Fallbesprechungen mit Vertreter/innen mindestens vier verschiedener Qualifikationen.

In drei Häusern gibt es vereinzelt unterstützende Angebote (z. B. Supervision, Intervention, Einzelcoaching) für die Mitarbeiter/innen, in zwei noch nicht.

In zwei Modellpflegeheimen erfolgt die Einbindung von Ehrenamtlichen noch gar nicht. In einem davon ist das aber bereits in Planung und zwei Mitarbeiter/innen haben dazu eine Ausbildung als „Freiwilligenkoordinatorin“ absolviert. In einem Haus werden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen bereits regelmäßig eingebunden, in zwei vereinzelt.

Die konkrete Einbindung der Ehrenamtlichen erfolgt in einem Haus über den hauseigenen „Hospizdienst“ und „Besuchsdienst“, in einem anderen über Sitzwachen im Nachtdienst, in einem weiteren neben der Integration bei Begleitungen in der Sterbephase auch über die Einbindung bei den Schulungen, in die Jahreszyklusveranstaltungen und gemeinsame Feiern.

In einem Modellhaus nehmen Mitarbeiter/innen aus der Medizin und/oder der Pflege regelmäßig konsiliarische Dienste in Anspruch, in den vier anderen vereinzelt.

6.1.3 SITUATION DER BEWOHNER/INNEN

In allen fünf Modellpflegeheimen können sich die Bewohner/innen überwiegend darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse erhoben und möglichst berücksichtigt werden.

In einem Haus werden alle Bewohner/innen verständlich informiert und aufgeklärt, in drei Häusern der überwiegende Teil der Bewohner/innen, in einem Haus gilt das nur für vereinzelt Kund/innen.

Der Zugang zu gewünschten Therapien (Ergo-, Physio-, Psycho-, Musiktherapie, Massage ...) ist in vier Häusern allen Bewohner/innen möglich, in einem Haus dem überwiegenden Teil.

In vier Heimen erhält der überwiegende Teil der Bewohner/innen adäquate Schmerzbehandlung, in einem alle.

Alle kognitiv eingeschränkten Bewohner/innen erhalten in allen fünf Modellpflegeheimen adäquates Symptomkontrollmanagement.

In vier Häusern finden sich für vereinzelt Bewohner/innen, in einem Haus für den überwiegenden Teil der Bewohner/innen in den Dokumentationsunterlagen Aussagen/Festlegungen für den Fall, dass sie sich nicht mehr artikulieren können.

In einem Haus können sich alle Bewohner/innen, in vier Häusern kann sich der überwiegende Teil der Bewohner/innen darauf verlassen, dass ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen wird.

Alle Bewohner/innen in drei der fünf Salzburger Modellhäuser können selbst bestimmen, wie viel an sozialer Einbindung und wie viel Rückzug sie möchten. In den anderen beiden Häusern gilt das für den überwiegenden Teil der Bewohner/innen.

In drei Heimen erhalten alle Bewohner/innen Möglichkeiten, ihre persönliche Spiritualität zu leben. In den anderen beiden Häusern gilt das für den überwiegenden Teil der Bewohner/innen.

6.1.4 SITUATION DER AN- UND ZUGEHÖRIGEN

An- und Zugehörige aller Bewohner/innen werden auf deren Wunsch hin in drei der fünf Modellpflegeheime ausreichend informiert. In zwei Heimen gilt das für den überwiegenden Teil der An- und Zugehörigen.

An- und Zugehörige aller Bewohner/innen werden in drei Häusern auf deren Wunsch hin in Entscheidungsprozesse einbezogen. In zwei Heimen gilt auch das für den überwiegenden Teil der An- und Zugehörigen.

Dass alle An- und Zugehörigen auf Wunsch angemessene spirituelle und/oder psychologische Begleitung erhalten, gilt für zwei der Modellpflegeheime. In einem Haus gibt es dieses Angebot gar nicht, in einem Haus für vereinzelte An- und Zugehörige, in einem Haus für den überwiegenden Teil.

6.1.5 GESTALTUNG DES STERBEPROZESSES

In zwei der fünf Salzburger Modellhäuser werden für Bewohner/innen und/oder An- und Zugehörige immer Möglichkeiten der persönlichen Mitgestaltung geschaffen. In zwei Häusern werden diese Möglichkeiten für einen überwiegenden Teil geschaffen, in einem Haus für vereinzelte Bewohner/innen und/oder An- und Zugehörige.

Den Bewohner/innen und/oder An- und Zugehörigen werden Seelsorge/Spiritualität in drei Häusern immer ermöglicht, in einem Haus überwiegend, in einem Haus vereinzelt.

Für räumliche Möglichkeiten zur Wahrung der Intimsphäre gilt: Sie werden in drei Häusern immer geschaffen, in zwei überwiegend.

Raum und Übernachtungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige gibt es in einem Haus immer, in drei Häusern überwiegend, in einem Haus vereinzelt.

Für alle fünf Häuser gilt: Es gibt überwiegend ausreichend personelle Kapazitäten für die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse Sterbender.

Für vier Häuser gilt: Es gibt überwiegend ausreichend personelle Kapazitäten für die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse der An- und Zugehörigen Sterbender. Aus dem fünften Haus fehlt dazu die Angabe.

6.1.6 ABSCHIEDSKULTUR

In allen fünf HPCPH-Modellheimen gibt es Abschiedsrituale.

In drei Häusern haben die Abschiedsrituale konfessionsunabhängige Symbolik. In einem Haus ist das nicht der Fall; ein weiteres Haus gab dazu an, dass das noch nie Thema gewesen sei.

In vier der fünf Salzburger Modellpflegeheime erleben alle An- und Zugehörigen einen würdevollen Umgang mit Verstorbenen, in einem Haus der überwiegende Teil der An- und Zugehörigen.

In vier Häusern werden alle An- und Zugehörigen dazu ermuntert, an Ritualen der Abschiedskultur mitzuwirken. Im fünften Haus gilt das für vereinzelte An- und Zugehörige.

6.2 BESTIMMUNG DES AKTUELL AM WEITESTEN ENTWICKELTEN HAUSES

Zur Bestimmung des Salzburger Modellpflegeheimes mit dem am weitesten fortgeschrittenen Entwicklungsstand werden die Angaben der Häuser vorab festgelegten Zahlenwerten zugeordnet.

Im Bereich „Grundsätzliches“ werden die Antworten folgendermaßen zugeteilt:

Jedes angekreuzte (x) „Ja“ wird mit 3 Punkten bewertet, jedes „Nein“ mit 0 Punkten. Zusatznennungen in den beiden Kategorien „Sonstiges“ werden mit jeweils 3 Punkten bewertet (ergibt max. 6 Punkte), das Vorhandensein einer/mehrerer Nennungen in den 4 Rahmenbedingungsbereichen auch mit 3 Punkten (ergibt max. 12 Punkte).

In den Bereichen mit drei Ausprägungsmerkmalen werden für „Ja, regelmäßig“ 3 Punkte vergeben, für „Ja, vereinzelt“ 1 Punkt, für „Nein“ 0 Punkte.

In den Bereichen mit vier Ausprägungsmerkmalen gibt es für „Ja“, alle 3 Punkte, für „Ja, überwiegend“ 2 Punkte, für „Ja, vereinzelt“ 1 Punkt, für „Nein“ 0 Punkte.

Die Auszählung ergibt folgenden Punktestand:

• Seniorenwohnheim Abtenau	154 Punkte
• Albertus-Magnus-Haus GmbH	146 Punkte
• Seniorenwohnheim Marienheim Mariapfarr	122 Punkte
• Seniorenwohnhaus Nonntal	119 Punkte
• Seniorenheim Bad Hofgastein	89 Punkte

6.3 DETAILBLICKE IN DAS AKTUELL AM WEITESTEN ENTWICKELTE HAUS

Die Punktwertauszählung ergibt für das Seniorenwohnhaus Abtenau den höchsten Punktwert. Auf dieses Haus werden im folgenden Detailblicke in Form von Interviewstatements gegeben.

Während in den Fragebögen an die jeweiligen hausinternen Projektleiter/innen die Erhebung von objektiven Daten zum aktuellen Projektentwicklungsstand des Hauses im Fokus standen, fokussieren die Interviews auf das Projekterleben der im Haus wohnenden bzw. arbeitenden Menschen.

Basis der konkreten Fragestellungen (vgl. Anhang 6) sind jene 20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz, die der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e. v. im Jahr 2007 in der „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“ publiziert hat (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband 2007).

Diese Broschüre soll stationären geriatrischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen eine Hilfestellung bieten, ihre Kompetenz bei der Versorgung ihrer Bewohner/innen mit Palliativpflegestatus weiter zu verbessern. Sie stellt für 20 Indikatoren jeweils dazu passende Empfehlungen für hospizliches Denken und Handeln vor. Diese können zum einen als Anregung für eine individuelle Begleitung von Palliativpatient/innen dienen, zum anderen aber auch zur Überprüfung diesbezüglicher Angebote herangezogen werden.

Im Rahmen von Leitfadeninterviews werden ausgewählte Fragen zum Erleben dieser Indikatoren an jeweils zwei Vertreter/innen des Leitungsteams und des Pflegeteams sowie an eine/n Bewohner/in und eine/n Angehörige/n gestellt.

Die vorab festgelegten Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner/innen lauten wie folgt: Aus der Gruppe der Führungskräfte werden die Heim- und/oder Pflegedienstleitung und die interne Projektleitung befragt, aus der Gruppe der Mitarbeiter/innen der/die DGKP/S mit dem höchsten Dienstalder und der/die DGKP/S mit dem niedrigsten Lebensalter. Die Sichtweise der Kund/innen repräsentiert jene/r kommunikationsfähige/r Bewohner/in, dessen/deren Geburtstag dem 18.10.1944 am nächsten kommt, die der An- und Zugehörigen jene auskunftswillige Person, deren An- und Zugehörige/r am nächsten zum 18.4.1931 geboren ist.

Am Interviewtag war der/die jüngste DGKP/S nicht verfügbar; ein Kollege sprang kurzfristig ein.

6.3.1 DAS HPCPH-ERLEBEN VON ZWEI SALZBURGER FÜHRUNGSKRÄFTEN

Das HPCPH-Erleben wird durch je ein separates Einzelinterview mit der örtlichen Projektleiterin und der Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erhoben. Die detaillierten Fragen finden sich im Anhang 6.

Wie wird das Mittragen des aktuellen Organisationsentwicklungsprozess (OEP) durch die hausinterne Leitungsebene und die extern angesiedelten Träger/Financiers der Einrichtung erlebt?

Beide Führungskräfte erleben den aktuellen OEP als von der gesamten internen und externen Führungs- und Financiersebene voll mitgetragen. Die Projektleiterin sieht es dabei als Vorteil, dass die Projektinitiative von der Leitungsebene kam. Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung misst das Mittragen quer durch alle Ebenen auch daran, dass sowohl die oberste Leitungsebene (Verwaltungs- und Pflegedienstleitung und deren Stellvertreter), aber auch sämtliche Bereichsleitungen der mittleren Ebene im Haus (Pflege, Küche, Haustechnik, Reinigung) im letzten Jahr die viereinhalb tägige Schulung nach der Storyline-Methode absolvierten.

Wie wird die Würdigung dieser Entwicklung durch Träger erlebt?

Die Projektleitung nimmt wahr, dass viele Mitarbeiter/innen nach der Storyline-Methode geschult werden konnten und sie selber darüber hinaus eine weitere Ausbildung machen konnte. Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erlebt keine spezielle Würdigung für oder durch dieses Projekt; sehr wohl aber eine stete allgemeine Würdigung des Tuns und Handelns der operativen Ebenen im Haus.

Wie werden die verfügbaren strukturellen und finanziellen Ressourcen erlebt?

Die Projektleiterin erlebt beim Vergleich mit Erzählungen der Vertreter/innen aus anderen Projekthäusern, dass in ihrem eigenen Haus mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Alle Mitarbeiter/innen konnten die gesamte Fortbildung in ihrer Dienstzeit machen und die gesamte Palliativ-Arbeitsgruppe konnte in der Dienstzeit zu den landesweiten Vernetzungstreffen fahren. Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erlebt, dass das hausinterne Fortbildungsbudget nach hausinternem Ermessen verteilt werden kann und dass dadurch alle für das Projekt notwendigen Ressourcen zur Gänze gestellt werden konnten.

Wie wird die Sicherstellung von Ressourcen auch über das Projektende März 2014 hinaus erlebt?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung kann für 2014 alle im Haus notwendigen Ressourcen sicherstellen. Für 2015 könnten sich aber von der Träger- und damit Financiersseite her aktuell noch unabsehbare Änderungen ergeben. [Anm. d. Verf.: Am 9.3.2014 fanden im Bundesland Salzburg Gemeindevertretungs- und Bürgermeisterwahlen statt].

Wie wird der Bestand/die Entwicklung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung/Absicherung der vorhandenen Hospiz- und Palliativkultur erlebt?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung zählt zu den nachhaltigen Sicherungs- und Weiterentwicklungsmaßnahmen:

- Die fortlaufende Sicherstellung der Agenden (z. B. hausinterne Projektgruppentreffen, bundeslandweite Vernetzungstreffen) der örtlichen Projektleitung und der Mitglieder der örtlichen Projektgruppe in der Dienstzeit.
- Die fortlaufende Sicherstellung weiterer Schulungen nach der Storyline-Methode zur Erreichung einer möglichst hohen Durchschulungsrate der angestellten, ebenso wie ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen im Haus.

Bereits gebucht ist zum Beispiel eine weitere Inhouse-Schulung für 20 Personen. Sie könnte von den hausinternen neuen Mitarbeiter/innen, aber auch von externen Personen besucht werden (z. B. vom örtlichen Seelsorger, von Ehrenamtlichen eines örtlichen Besuchsdienstvereines, von ehrenamtlichen örtlichen Hospizdiensten oder auch von extern angestellten Reinigungskräften des Hauses). Restplätze könnten dann Mitarbeiter/innen anderer Häuser angeboten werden.

- Die fortlaufende Sicherstellung der Integration der Hospiz- und Palliativkulturanliegen in den 1x pro Monat tagenden Qualitätszirkeln.

Auch die Projektleiterin erlebt die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen auf mehreren Ebenen:

- „Ethische Fallbesprechungen“ mit allen Betroffenen (z. B. dem Pflegeteam, dem Hausarztteam, den Angehörigen, dem Verein für Sachwalterschaft ...) bei der Entscheidungsfindung für nicht äußerungsfähige Personen ohne Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung.

Entwicklungsstand: Die erste „Ethische Fallbesprechung“ mit mehreren Treffen aller Beteiligten wird in diesen Tagen [Anm. d. Verf.: Mitte Februar 2014] durchgeführt.

- „Notfallpläne“ mit allen Betroffenen (z. B. dem Pflegeteam, dem Hausarztteam, den Angehörigen, dem Verein für Sachwalterschaft ...) bei der vorsorglichen Entscheidungsfindung für äußerungs- und urteilsfähige Personen.

Entwicklungsstand: Erstes Gespräch mit den ansässigen Hausärzten zur Besprechung des Notfallplanes hat bereits stattgefunden und die Änderungen wurden beschlossen; Abklärung wie dieser Notfallplan in das Carecenter eingebaut werden kann ist noch im Gange;

- Schriftliche Befragung der Angehörigen von im Haus Verstorbenen bei der Einladung zum jährlichen Gedenkgottesdienst. Es soll erfragt werden, wie sie als Angehörige die Begleitung in der letzten Lebensphase erlebt haben.

Entwicklungsstand: Fragebogen wird vom Palliativteam entwickelt, dzt. noch nicht vorhanden.

- Kommunikation mit Angehörigen: Zwischen dem ersten und zweiten Monat der Aufnahme soll es ein Gespräch mit den Angehörigen geben, in dem die Hospizkultur und Palliativhaltung des Hauses speziell thematisiert werden.

Entwicklungsstand: Gesprächsleitfaden wurde erstellt, der Prozess beschrieben, der Start mit 1.5.2014 festgelegt.

Die Projektleiterin erlebt durch das Projektjahr allgemein mehr Achtsamkeit für das Thema. Es werden teamintern und teamübergreifend viele Hospiz- und/oder Palliativkulturthemen diskutiert und in die Pflege- und Betreuungsplanungen aller Berufsgruppen werden zunehmend auch hospizliche und palliative Ressourcen/Probleme/Ziele/Zeitgrenzen aufgenommen.

Wie verständlich schätzen Sie die Leitbildaussagen für die Kund/innen und Mitarbeiter/innen ein?

Die Projektleiterin glaubt, dass die im Leitbild enthaltenen Gedanken und Aussagen für die Kund/innen und Mitarbeiter/innen gleich gut nachvollziehbar sind, denn sie wurden seinerzeit unter Integration aller Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus von den Mitarbeiter/innen selber in ortsüblicher Umgangssprache formuliert. Im Palliativprojektteam kam man zur Ansicht, dass die Formulierungen rund um „den Weg gemeinsam gehen“ und „mit Respekt und Würde“ auch schon die Hospizkultur und Palliative Care gut spiegeln würden und es keiner Formulierungsänderung bedürfe mit der diesbezüglichen Zusatzausrichtung des Hauses.

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung sieht vor allem den aus dem Leitbild extrahierten Leitsatz „Wir befinden uns auf einem gemeinsamen Weg, den wir mit gegenseitigem Respekt, Würde und Professionalität beschreiten“ als für Kund/innen wie Mitarbeiter/innen gleichermaßen gut versteh- und nachvollziehbar. Das für die Bewohner/innen und deren An- und Zugehörige zukünftig verbindliche Informations- und Zielplanungsgespräch zwischen dem ersten und zweiten Monat der Aufnahme soll auch den Arbeitstitel „Gemeinsamer Weg“ bekommen. Und sie erlebt, dass diverse Begriffe und Formulierungen aus dem Leitbild und den Storyline-Schulungen in allen Teams zunehmend in Gebrauch und damit lebendig sind.

Wie wird die Umsetzung der palliativ-hospizlichen Grundeinstellung in diversen Veröffentlichungen des Hauses für Kund/innen erlebt?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erlebt die Veröffentlichung der Grundeinstellung des Hauses über die Hauszeitung und über die hausintern gepflegte Alltagssprache. Für die Umsetzung in der Hauszeitung nennt sie zwei Beispiele: Die Formulierungen der Hauszeitung sind durchgehend respektvoll und der Respekt gegenüber den Kund/innen wird in einer altersgerechten Schriftgröße ausgedrückt. In Bezug auf die Entwicklung der hausinternen Alltagssprache wache sie in Einzel- und Gruppengesprächen mit ihren Führungskräften und Mitarbeiter/innen ständig darüber, dass ausgewählte Begriffe routinemäßig eingesetzt werden und die Mitarbeiter/innen in Kund/innengesprächen jene rollengerechten Formulierungen verwenden, die eine hospizliche und palliative Grundhaltung erkennen lassen.

Die Projektleiterin erlebt ebenfalls eine Veröffentlichung über die Hauszeitung und die hausinterne Sprache. In der Hauszeitung wurde darüber berichtet, dass das Haus sich im salzburgweiten Projektprozess befindet. Im hausinternen Sprachgebrauch würden zunehmend Begriffe aus den Projektunterlagen verwendet oder auch weiterentwickelt und in den Stationsleitungsbesprechungen abgeglichen.

Wie wird die Umsetzung dieser Grundeinstellung in Materialien zu (Ein)Schulung von Mitarbeiter/innen erlebt?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung findet die Umsetzung in der Mitarbeiter/innen-begrüßungsmappe an folgenden Beispielen umgesetzt: Es finden sich darin Texte zu den Themen „gemeinsamer Weg“, „Rolle“, „Respekt“ und „Offenheit“. Diese Mappe wird derzeit evaluiert.

Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders inspirierend erlebt?

Die Projektleitung erlebte als besonders inspirierend, dass Hospizkultur und Palliative Care quer durchs Haus und in allen Teams Thema geworden ist. Und dass durch die dreitägige Schulung alle im Haus sensibilisiert worden sind, mit Anliegen zu dem Thema besser und behutsamer umzugehen.

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erlebte drei Bereiche als besonders inspirierend:

- Die Tatsache, dass im Bereich der End-of-life-care alternative und komplementäre Therapie- und Betreuungsansätze vermehrt angesprochen und ausprobiert werden (Beispiele: Kräuteranwendungen; Zimmerwechsel bei Schlafproblemen).
- Die Tatsache, dass die Bewohner/innen und Angehörigen im Bereich der Biographieerhebungsarbeit teilweise sehr aktiv werden (Beispiele: Erstellung von CD-Roms mit Lebensgeschichten und von Kochbüchern).

- Die Tatsache, dass durch frühzeitiges Ansprechen von Wünschen/ Erwartungen rund um das Sterben und Totsein die Angehörigen weniger gestresst (re)agieren und es so zu berührenden Szenen am Sterbe- und Totenbett kommen kann.

Am meisten berührt wurde sie aber von der Idee, Angehörige von im Haus Verstorbenen des letzten Jahres persönlich zum Gedenkgottesdienst einzuladen und dort dann noch einmal ins Gespräch zu kommen.

Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders bremsend erlebt?

Die Projektleiterin hat nichts und niemanden als bremsend erlebt, da alle Bereiche und alle Personen im Haus eingebunden waren und sind.

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung hat die Formalitäten rund um eine notwendige Leaderprojektverlängerung als aufwendig und damit bremsend erlebt. Diese wurde notwendig, weil ein Referent aufgrund von Krankheit einen vereinbarten Schulungstermin verschieben musste.

Welchen Entwicklungsschritt möchten Sie als nächsten erleben?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung möchte erleben, dass das in diesem Jahr Geschaffene bewahrt wird, dass das Projekt als „Gemeinsamer Weg“ bei der nächsten Bewohner/innen- und Angehörigenversammlung vorgestellt und dann implementiert wird und dass es nach dem Projektjahrende am 20.3.2014 noch einmal einen Abschlussabend im Haus gibt mit einer Präsentation aller Veränderungen/Neuerungen des letzten Jahres.

Die Projektleiterin möchte, dass alle Pläne in Umsetzung gehen können und dass sie in allen Dienstbesprechungen und/oder Gesprächen mit Auszubildenden und Praktikant/innen regelmäßig Inputs aus dem Themenbereich einbringen kann.

Welche Dienstgebervorteile kann ein Haus haben, das Hospizkultur und Palliative Care lebt?

Für die Projektleiterin sind in diesem frühen Stadium noch keine Vorteile bemerkbar, die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung erlebt bereits folgende Vorteile:

- Die Mitarbeiter/innen bemerken bereits, dass auch sie „Mensch sein dürfen“. Äußeres tritt zugunsten von Haltung und Professionalität in den Hintergrund.

- Bewerber/innen scheinen ein sich in Bereichen der Haltung kontinuierlich weiterentwickelndes Haus generell zu schätzen. Ihr Haus werde schon seit zwei Jahren als attraktiver Dienstgeber wahrgenommen. Das messe sie an immer wieder vorkommenden Initiativbewerbungen, aus denen dann tatsächlich Dienstverhältnisse werden. Und in Abschlussgesprächen mit Praktikant/innen werde ihr immer wieder berichtet, dass diese im ganzen Haus einen besonders achtsamen Umgang und eine besonders wertschätzende Atmosphäre erlebt hätten.
- Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen werden in einer solchen Betriebskultur erfolgreich gebunden

Welche Dienstleistervorteile kann ein Haus haben, das Hospizkultur und Palliative Care lebt?

Die Projektleiterin sieht in der neuen Ausrichtung des Hauses große emotionale Vorteile in Bezug auf die Prävention von Missverständnissen und große ökonomische Vorteile in Bezug auf die Reduktion von Krankenhaustagen. Die Vorabklärung vieler Themen auf vielen Ebenen macht das Handeln in kritischen Situationen klarer und einfacher und erhöht damit die Zufriedenheit unter Bewohner/innen, An- und Zugehörigen und Mitarbeiter/innen gleichermaßen. Die Fachkompetenz des Pflege- und Betreuungsteams und die enge (Vor)Absprache mit allen Betroffenen (Bewohner/innen, Hausärzt/innen, Angehörige, ev. auch Juristen ...) ermöglicht hoch professionelle und hoch qualitative extramurale Versorgungssituationen, die Krankenhauseinweisungen vermeiden. Im Jahr 2012 konnten im Haus so 900 Krankenhaustage vermieden werden.

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung sieht die größten ökonomischen und emotionalen Dienstleistervorteile in der Bindung und Einbindung Ehrenamtlicher [Anm.: das sind aktuell ca. 100 Personen]. Deren Bindung erfolgt über die Möglichkeit der Teilnahme an den Ausbildungen nach der Storyline-Methode und über die Einladung zur Teilnahme an jedweder Veranstaltung im Haus, deren Einbindung über die Bekanntgabe der persönlichen Vorlieben zur Mitarbeit im Haus. Die Ehrenamtlichen bringen dabei nicht nur ihre konkrete Arbeitsleistung vor Ort ein, sondern sind auch noch in einem Verein organisiert, über den diverse intra- und extramurale Veranstaltungen für die Bewohner/innen organisiert/durchgeführt/finanziert werden.

Wie haben Sie die externe Projektbegleitung und -beratung erlebt?

Die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung hat die Begleitung und Beratung gleichermaßen positiv erlebt. Das Hören und Diskutieren unterschiedlicher Sichtweisen aus verschiedenen Bereichen ergibt einen für sie vielfältigen Blick auf diverse Prozesse.

Die Projektleiterin hat die Begleitung und Beratung als sehr gut und hilfsbereit erlebt; für sie wurde und wird aber auch durch die vielen Gespräche im Haus mit der Verwaltungs- und Pflegedienstleitung schon sehr viel klar(er).

6.3.2 DAS HPCPH-ERLEBEN VON ZWEI SALZBURGER MITARBEITER/INNEN

Das HPCPH-Erleben wird durch je ein separates Einzelinterview mit zwei Mitarbeiter/innen erhoben. Die detaillierten Fragen finden sich im Anhang 6.

Wodurch erleben Sie die Entwicklung Ihres Hauses zu einem HPCPH-Haus?

Für Mitarbeiter/in 1 und ihren Bereich waren Hospizkultur und Palliative Care immer schon ein Thema. Jede/r sah es als Chance, die angebotene Fortbildung zu machen und es ist in ihrem Bereich ein Wunsch, dass wirklich jede/r Mitarbeiter/in sie hat.

Für Mitarbeiter/in 2 ist bemerkbar, dass die Schulung alle Mitarbeiter/innen sensibler machte. Für sie/ihn persönlich war das Thema End-of-life-care lange Zeit eine Überwindung; „Jetzt erlebe ich die Begleitung solcher Menschen als Bereicherung, vor allem wenn es schön gegangen ist, weil wir alle miteinander gut gearbeitet haben. Ich kann diese Arbeit jetzt als große Befriedigung erleben“.

Wie wird das Mittragen des aktuellen Organisationsentwicklungsprozesses (OEP) durch die hausinterne Leitungsebene erlebt?

Beide Mitarbeiter/innen erleben den OEP als von der Leitungsebene zu 100 % mitgetragen. Ein/e Mitarbeiter/in stellt fest, dass das in diesem Haus aber nicht nur für dieses Projekt gilt.

Wie wird die Würdigung/Verstärkung dieser Entwicklung durch die Leitungsebene erlebt?

Als Würdigung/Verstärkung der Entwicklung wird von den Mitarbeiter/innen wahrgenommen:

- Dass es die Schulung des gesamten Hauses nach der Storyline-Methode gegeben hat und gibt.
- Dass es darüber hinaus weitere unterschiedliche Schulungsangebote gibt, damit sich wirklich jeder wo was mitnehmen kann. Ihm/r hätten unlängst die Ansätze von „Sterben nach Böhme“ sehr zugesagt.
- Dass es stets lobendes Feedback gegeben hat und gibt.
- Dass im ersten Obergeschoss ein Zimmer als Palliativzimmer freigehalten werden kann.
- Dass nicht nur die Verwaltungs- und Pflegedienstleitung und die hausinterne Projektleiterin hinter der Weiterentwicklung stehen. Auch Stationsleitungen sind dahingehend zum einen Vorbilder und zum anderen Förderer.

Wie verständlich und mittragbar sind die Leitbildaussagen für die Mitarbeiter/innen?

Die beiden Ausschnitte „Wir befinden uns auf einem gemeinsamen Weg“ und „Würde und Respekt“ können beide Mitarbeiter/innen genau gleich nennen. Sie sagen, dass sie das auch gut verstehen und mittragen können.

Ein/e Mitarbeiter/in sagt: „Ich kann den ganzen Satz jetzt nicht sagen. Das ist ein verschachtelter Satz mit viel drinnen, aber er ist verstehbar“.

Wie erlebbar sind diese Leitbildaussagen für die Kund/innen in alltäglichen Pflegehandeln?

Beide versuchen, in der Regel die Leitbildaussagen im alltäglichen Tun umzusetzen. Es gäbe allerdings wie in jedem beruflichen Handeln „Situationen ohne Spielraum“.

Mitarbeiter/in 1 erlebt Rückmeldungen der Bewohner/innen über deren Wissen, dass das hier die letzte Wohnung ist und über deren Dankbarkeit für die würde- und respektvolle Begleitung in dieser Wohnung. Auch erlebe er/sie Dankbarkeit für das Ansprechen von Themen, die „draußen tabu und rechtfertigungspflichtig“ seien. Der offene Umgang des Personals mit diesen Themen mache auch die Bewohner/innen offen und lasse sie über vieles nachdenken. Das täte ihnen gut.

Wie wird die Schulung zur Umsetzung des Leitbildes und von HPCPH in den Berufsalltag erlebt?

Von beiden positiv und umfassend; und mit der Wirkung, dass von wirklich allen im ganzen Haus ständig darüber gesprochen wird.

Mitarbeiter/in 1 erlebte eine gute Grundausbildung, dazu die Ausbildung nach der Storyline-Methode im letzten Jahr und diverse weitere Schulungen. Die Schulung nach der Storyline-Methode wurde als gleichzeitig tiefgehend und humorvoll erlebt und als „die schönen Momente des Gehenmüssens beleuchtend“. Bezüglich palliativer und hospizlicher Haltung sei auch die Vorbildwirkung dienstälterer Mitarbeiter/innen im Haus sehr gut gewesen.

Mitarbeiter/in 2 schöpft seine/ihre Haltungskompetenz auch aus diversen Ausbildungen, aber ebenso wie aus palliativen Betreuungssituationen im privaten Umfeld. Prägend waren für sie/ihn die Inhalte vom Palliativtag in Schwarzach vor einigen Jahren.

Wie wird die Würdigung eingebrachter Projektideen erlebt?

Beide Interviewpartner/innen haben keinen herausragenden Einzelvorschlag eingebracht, erleben aber ein ständiges gegenseitiges Geben und Nehmen im Team und eine gegenseitige Würdigung der Vorschläge. Genannte Beispiele: Die gemeinsame Umgestaltung des Verabschiedungsraumes; die Integration von Licht- und Aromapflegeelementen; die Auflage und Nutzung eines Facebook-Palliativpflege-Handbuchs.

Wie wird die Vernetzung interner und externer Dienstleister/innen erlebt?

Mitarbeiter/in 1 erlebt die Vernetzung meistens positiv; „auch ein Großteil der Hausärzte trägt das Palliative mittlerweile mit und man kann miteinander reden. Es ist gewachsen, es ist kein Kampf mehr notwendig“.

Mitarbeiter/in 2 erlebt mit vier Hausärzten sehr engen Kontakt und mit allen vier gut funktionierende Zusammenarbeit am Weg zum persönlich am wichtigsten eingeschätzten Betreuungsziel; dass niemand leiden muss. Pflegeseitige Vorschläge würden ernst genommen und dann auch in den Betreuungsplan integriert.

Wie wird das Einfließen palliativpflegerischer Maßnahmen in die Pflegeplanungen erlebt?

Mitarbeiter/in 1 sieht das Haus da erst am Beginn. Es werden noch wenige Pflegediagnosen formuliert; eher werden Maßnahmen im Bericht vermerkt und/oder als Zusatzmaßnahmen spontan geplant.

Mitarbeiter/in 2 sieht das ähnlich: In pflegeintensiven Phasen ist der Zeitaufwand für umfangreiche Umplanungen oft nicht aufzubringen. Die wirklich durchgeführten Maßnahmen stehen deshalb oft nur im Bericht und im Durchführungsnachweis bleiben dafür andere plangemäße Maßnahmen offen stehen.

Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders inspirierend erlebt?

Mitarbeiter/in 1 erlebte als besonders inspirierend, dass

- viel vom Schulungswissen eine Bestätigung der guten Qualität des bisherigen intuitiven Arbeitens brachte
- die Erzählungen anderer Schulungsteilnehmer/innen und damit der Vergleich mit anderen Häusern zeigte, dass das eigene Haus schon sehr weit fortgeschritten ist in der Entwicklung
- die hausintern schon erzeugte Inspiration durch das in den Schulungen inszenierte Erleben von Abhängigkeit noch gesteigert werden konnte
- das angeleitete Abschließenkönnen für Bewohner/innen und Angehörige gleichermaßen wichtig ist und es ein tolles Gefühl ist, wenn „alles gut und fertig und richtig“ ist

Mitarbeiter/in 2 erlebte den Austausch mit anderen Teams/Häusern und deren Good Practice als sehr inspirierend; genauso wie das Facebook-Handbuch „connected nurses“, aus dem gerade Ideen umgesetzt werden.

Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders bremsend erlebt?

Mitarbeiter/in 1 erlebte nur einige Kolleg/innen mit Aussagen wie „Jetzt habts schon wieder ein Projekt; muss denn das schon wieder sein?“ als bremsend. Deren Widerstand legte sich aber im Tun zusehends.

Mitarbeiter/in 2 sieht keine negativen Extremeinschnitte. Sie findet es aber schade, dass das festliche Ankleiden der Toten seit einiger Zeit die Bestattung übernehmen muss.

Welchen Entwicklungsschritt möchten Sie für das Haus als nächsten erleben?

Mitarbeiter/in 1 wünscht sich die baldige Fertigstellung der Umgestaltungsarbeiten im Verabschiedungsraum. Er soll „was Heiliges, Würdiges haben“. Und das ökonomisch bedingt bedrohte Beibehalten des Freihaltens des Zimmers eines Verstorbenen bis zu seiner/ihrer Beerdigung. Die Angehörigen sollen mit dem Ausräumen Zeit haben bis nach der Beerdigung und die Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen sollen sich ritualisiert verabschieden können.

[Anm.: Während der Aufbahrungszeit steht ein Tischchen mit Blumen und dem Bild vor der Tür, nach der Beerdigung ist nur mehr das Türschild angebracht. Erst nach dem Ausräumen des Zimmers wird auch dieses entfernt.]

Mitarbeiter/in 2 wünscht sich noch mehr und bessere Zusammenarbeit mit externen Dienstleister/innen und die baldige Umsetzung des Projektes „Notfallpläne“ erstellen.

Welchen Entwicklungsschritt möchten Sie für sich selbst als nächsten erleben?

Mitarbeiter/in 1 erlebt sich selber aktuell gerade „irgendwie rund“. Das soll so bleiben, damit Ressourcen aufgebaut werden können für schwierige/langwierige Begleitungsphasen.

Mitarbeiter/in 2 möchte einige Gewissensfragen mit sich/ihr selber in Klärung bringen und Bewohner/innengeschichten nicht so oft mit ins Privatleben nehmen. Zusätzlich wünscht er/sie sich, für diverse Situationen noch mehr Handlungsalternativen parat zu haben. Und er/sie will „gewisse Hemmungen in sich selber“ wertschätzen lernen und beibehalten.

6.3.3 DAS HPCPH-ERLEBEN EINER SALZBURGER KUNDIN

Das HPCPH-Erleben wird durch ein Einzelinterview mit einer auskunftsfähigen Bewohnerin erhoben. Die detaillierten Fragen finden sich im Anhang 6.

Wissen Sie, was Hospizkultur und Palliative Care bedeutet?

Nein

[Anm. d. Verf., die im Umgang und in der Kommunikation mit alten und/oder kognitiv eingeschränkten Menschen ausgebildet und geübt ist: Die Interviewpartnerin bestätigt laufend, die Fragen und auch die auf einfachstem Niveau und in ortsüblicher Mundart gehaltenen Erklärungen zu verstehen. Sie kann aber diverse, zu Kontrollzwecken erbetene, Wiederholungen und/oder Zusammenfassungen soeben bearbeiteter Inhalte nicht selber formulieren. Sie ist damit als kognitiv eingeschränkt einzustufen und viele der Fragen im Interviewleitfaden werden deshalb nicht offen, sondern als ja-nein-Fragen formuliert. Als Begriff für die weitere Befragung wird „Hospizarbeit“ verwendet, weil sie mit diesem Begriff am meisten anfangen konnte.]

Haben Sie bemerkt, dass in diesem Pflegeheim auf Hospizarbeit besonderer Wert gelegt wird?

„Nein“

[Anm. d. Verf.: Die Frage „Wodurch haben Sie das konkret bemerkt“ wurde daraufhin ausgelassen]

Wissen Sie, dass in diesem Haus ein Leitbild ausgehängt ist, das den Geist dieses Hauses und die Hospizarbeit beschreibt?

„Ja, ich habe es bemerkt; weiß aber nicht, was draufsteht.“

Haben Sie über die Hospizarbeit im Haus auch in der Hauszeitung gelesen?

„Nein, ich habe keine Hauszeitung. Die liegt irgendwo draußen.“

[Anm. d. Verf.: Die Hauszeitung wird hereingeholt und der Bewohnerin vorgelegt. Sie sagt, dass sie die nicht gelesen hat.]

Haben Sie bemerkt, dass die Mitarbeiter/innen in den letzten Monaten viele Schulungen zum Thema Hospizarbeit gemacht haben?

„Ja, die haben viele Schulungen gemacht“

Hat mit Ihnen schon mal wer das Gespräch gesucht, zu Ihren Wünschen für das Leben hier und für Ihre letzten Tage und Stunden im Leben?

„Nein, dafür bin ich noch zu jung. Aber ich habe mit Mathias [Anm.: Dem Sohn] darüber gesprochen. Ich will einmal verbrannt werden.“

[Anm. d. Verf.: Die Nachfrage ergab, dass das Gespräch von ihr ausgegangen ist; dass es aber keine weiteren Inhalte zum Thema gab und dass sie sonst mit niemandem über diesen Themenbereich gesprochen hat. Damit entfallen wieder einige Fragen des Interviewleitfadens]

Vertrauen Sie darauf, dass Ihre Wünsche auch umgesetzt werden?

„Ja.“

[Anm. d. Verf.: Die Nachfrage ergab, dass sie auch darauf vertraut, dass Mathias ihre Wünsche an das Haus weitergeben wird und sie daher von ihrer Seite keinen Handlungsbedarf sieht.]

Wie erleben Sie den Umgang mit Schwerkranken oder Sterbenden in Nachbarzimmern?

„Wie die behandelt werden, das geht mir zu Herzen. Wenn man das sieht, das ist echt super.“

Wie erleben Sie den Umgang mit Verstorbenen?

„Da bin ich noch zu wenig lange da.“

Wie bemerken oder erfragen Sie es, wenn jemand verstorben ist?

„Es kommt keiner zum Sagen, aber man sieht es, wenn draußen ein Foto und eine Kerze stehen. Aber ich schau da nicht immer, weil ja auch viele von auswärts sterben und ich auch nicht von hier bin.“

Wie erleben Sie die Einbeziehung von Angehörigen in der letzten Lebensphase?

„Meine Tante ist da gestorben. Die ist alt geworden. Die hat genau dieses Zimmer für mich freigemacht. Die Tochter war am Schluss viel da, aber was die Schwestern gemeinsam mit der gemacht haben, weiß ich nicht und hab ich auch nicht gefragt. Die Tante war öfter schon recht schlecht und da durfte immer wer kommen, auch mehrere gleichzeitig.“

6.3.4 DAS HPCPH-ERLEBEN EINER SALZBURGER ANGEHÖRIGEN

Das HPCPH-Erleben wird durch ein Einzelinterview mit einer Angehörigen erhoben. Die detaillierten Fragen finden sich im Anhang 6.

Wissen Sie, was Hospizkultur und Palliative Care bedeutet?

„Nein“ [Anm. d. Verf.: Die Interviewpartnerin versteht die folgenden ausführlichen Darstellungen und Erklärungen.]

Haben Sie bemerkt, dass seit dem letzten Frühjahr in diesem Pflegeheim auf Hospizkultur und Palliative Care besonderer Wert gelegt wird?

„Dieses spezielle Projekt habe ich nicht bemerkt; aber ich erlebe, dass das hier ein offenes, modernes, fortschrittliches Haus ist. Und als ich als Sachwalterin meiner Tante vor Kurzem ein Ernährungsthema angesprochen habe, habe ich bemerkt, dass sich die N. N. [Anm.: Eine Mitarbeiterin; anonymisierte Darstellung] da auskennt. Und sie hat mir dann gesagt, dass das Haus auf dem Gebiet speziell arbeitet. Es wurde dann ein Gespräch mit dem Hausarzt und mir und der Stationsleitung daraus, das vom Haus organisiert wurde.“

Wissen Sie, dass im Haus ein Leitbild ausgehängt ist? Es enthält Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses für alle nachvollziehbar machen soll.

„Nein, ich bin so oft da, aber ich weiß nicht, dass es eines gibt und wo das hängen könnte.“

Erleben Sie, dass sich die palliativ-hospizliche Grundhaltung des Hauses auch in diversen Veröffentlichungen widerspiegelt?

„Es ist sicher was in der Hauszeitung gestanden, aber ich habe es nicht wahrgenommen. Ich weiß auch nicht, ob in der Information für Neuaufgenommene was drinnen steht. Meine Tante ist schon 17 Jahre da. Damals war das sicher noch nicht.“

Bemerken Sie, dass die Mitarbeiter/innen in den letzten Monaten spezielle Schulungen zu dem Thema gemacht haben?

„Das habe ich bei meinem Gespräch mit N. N. sofort bemerkt, dass die gut geschult ist“. Und sie bemerkt, dass „sie im ganzen Team über solche Themen gerne reden, auch mit mir“. In einer Fallbesprechung mit vielen Beteiligten erlebte sie in der Folge „eine gute Klärung“ einer unsicheren Rechtslage.

Vertrauen Sie als Sachwalterin darauf, dass die Wünsche Ihres/r Angehörigen für die letzte Lebensphase auch umgesetzt werden?

„Ja. Unser Thema wurde jetzt eine Woche lang intensiv behandelt und es fehlen jetzt nur noch die Unterschriften.“

Wie erleben Sie die Einbindung von An- und Zugehörigen in die letzte Lebensphase von Bewohner/innen?

„Sehr positiv. Ich glaube, das gibt es nicht so oft. Darüber reden können; Entscheidungen finden können, hinter denen alle stehen.“

[Anm. d. Verf.: Nach dem die Angehörige von sich aus das Gespräch gesucht hat, wurden die Fragen 8. und 9. im Interviewleitfaden weggelassen.]

Haben Sie nach Kontakt mit dem Haus auch das Gespräch mit weiteren Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld gesucht, um bestimmte Themen vertiefend zu besprechen/hinterfragen?

[Anm. d. Verf.: Da die Angehörige Sachwalterin ist, hat sie nach ihrem Dafürhalten ausgewählte weitere Personen in beratende Gespräche einbezogen. Sie hat dabei erlebt, dass alle positiv reagiert haben auf ihre Initiative.]

Stellen Sie sich vor, Ihr/e Angehörige/r ist in der letzten Lebensphase. Kennt das Haus für diesen Fall Ihre Wünsche und Bedürfnisse als Angehörige/r?

„Nein, darüber haben wir noch nicht gesprochen.“

Können Sie darauf vertrauen, dass ihre Wünsche als Angehörige/r ernst genommen werden?

„Ja, schon.“

Wie erleben Sie den Umgang mit schwerstkranken/sterbenden Mitbewohner/innen?

„Es wird viel mit Duftölen gemacht. Es wird geschaut, dass es so angenehm wie möglich ist. Es wird aus dem Ort Hospizbegleitung angefordert und geistlicher Beistand. Es gehen überhaupt immer alle offen auf alle zu und fragen, was gebraucht wird.“

Wie erleben Sie den Umgang mit Verstorbenen?

„Es gibt ein Tischerl mit einem Bild und einer Kerze. Alles ist mit großer Würde gemacht. Das passt auch gut so.“

Wie erleben Sie die hausinterne Erinnerungskultur?

„Es gibt ein Erinnerungsbuch, wo Partezettel eingeklebt sind mit einigen Gedanken. Ich erlebe das als dazugehörend.“

7. EMPFEHLUNGEN & WÜNSCHE FÜR DIE ZUKUNFT

- BEWUSSTSEIN für Hospiz und Palliative Care WEITER STÄRKEN
- KOMPETENZ in Hospizkultur und Palliative Care AUSBILDEN
- Die ZUSAMMENARBEIT innerhalb der Berufsgruppen FÖRDERN/FORDERN
- STANDARDS IMPLEMENTIEREN
- OrganisationsentwicklungsPROZESS POSITIONIEREN + KOMMUNIZIEREN
- FINANZIERUNG der Kosten für Hospiz- und Palliativleistungen SICHERSTELLEN

7 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN/WÜNSCHE FÜR DIE ZUKUNFT

Die folgenden Handlungsempfehlungen/Wünsche stellen eine Zusammenschau dar. Sie enthalten zum einen allgemeine Handlungsempfehlungen aus anderen Bundesländern, die für Salzburg gleiche Gültigkeit haben. Zum anderen finden sich hier Handlungsempfehlungen/Wünsche, die im letzten Jahr in Salzburg und speziell für Salzburg generiert wurden.

Handlungsempfehlung 1: Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care weiter stärken

Wie auch in den Heimen anderer Bundesländer (vgl. dazu z. B. Rauscher et al. 2013, S. 74), ist in den Salzburger Heimen schon ein gewisses Maß an Hospizkultur und Palliative Care implementiert. Es ist den beteiligten Berufsgruppen aber nicht immer bewusst, welche Haltungen und Handlungen hospizlichem Handeln zuzuordnen sind und/oder welche konkreten hospizlichen Haltungen und Handlungen diverse Betreuungssituationen brauchen würden. Eine solche Bewusstseinsstärkung und damit verbundene routinebedingte Handlungs- und Handlungssicherheit in Salzburger Pflegeheimen kann nur durch permanentes Einfordern solcher Haltungen und Handlungen seitens der Leitungsebene (z. B. über die Implementierung von Checklisten auf Basis des Leitbildes oder durch die Implementierung von hospizkulturbasierten Fallbesprechungen) passieren.

Handlungsempfehlung 2: Kompetenz in Hospizkultur und Palliative Care ausbilden

Wie in jedem Team im Gesundheits- und Sozialbereich, kommen die verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationsebenen in den Salzburger Pflegeheimen mit unterschiedlichem Vorwissen und differierenden Grundhaltungen in ein Haus. Es braucht daher die Ausbildung einer gemeinsamen Haltungsebene (z. B. über das Leitbild) und den Erwerb hospizlicher (Grund)Kompetenzen durch jede/n einzelne/n Mitarbeiter/in.

Handlungsempfehlung 3: Die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen fördern/fordern:

Wie in vielen multidisziplinären Teams im Gesundheits- und Sozialbereich, stehen sich auch in Salzburger Seniorenpflegeheimen unterschiedliche Intentionen/Ziele/Haltungen der beteiligten Berufsgruppen immer wieder gegenseitig im Weg. Es braucht daher vor allem seitens der Leitungsebene den Willen und die Ausdauer zur laufenden Einbindung/Abstimmung vieler Berufsgruppen. Rauscher et al. (2013, S. 74) halten dazu freilich fest, dass „[...] hierfür auch politische Entscheidungen sowie strukturelle Veränderungen notwendig sind [...].“

Handlungsempfehlung 4: Standards implementieren

Hospizkulturkompetente Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus können in Salzburger Pflegeheimen in Absprache mit anderen Berufsgruppen leitbildbasiert palliative Grundhaltungen diskutieren und dazu passende Handlungsschemata formulieren. Erprobte Haltungen und Handlungen können in diverse hausinterne Standards einfließen und damit die Transparenz des Hauses für (neue) Kund/innen und (neue) Mitarbeiter/innen erhöhen. Rauscher et al. (vgl. 2013, S. 74) fordern den Ausbau von Standards und Dokumentation, um Veränderungen deutlicher sichtbar zu machen, um Mitarbeiter/innen in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen und ihnen mehr Sicherheit zu bieten und um diverse Projekte personenunabhängig im Haus zu verankern.

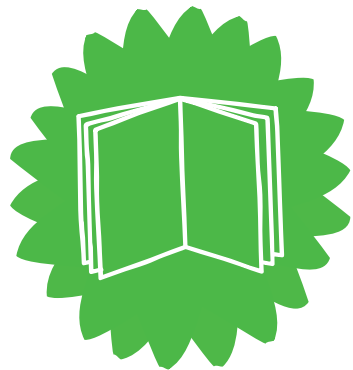
Handlungsempfehlung 5: Organisationsentwicklungsprozess positionieren und kommunizieren

Analog zu den Erfahrungen in Niederösterreich (vgl. Rauscher et al. 2013, S. 75) werden auch in Salzburg viele Veränderungen wahrgenommen, jedoch nicht einem aktuell laufenden Projekt im Haus zugeordnet. Um eine projektbasierte Organisationsentwicklung wahrnehm- und nachvollziehbar zu machen, braucht es von Anfang an klare Ziele und eine regelmäßige Kommunikation des Projektstandes nach innen (z. B. Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen) und außen (z. B. Projektpartner/innen, Netzwerkpartner/innen, externe Mitarbeiter/innen/Freiberufler/innen, Angehörige, Trägerorganisationen/Financiers). Die dafür in unterschiedlichen Projektphasen notwendigen Ressourcen (finanziell, personell, infrastrukturell) müssen von Anfang an transparent gemacht und folglich sichergestellt sein.

Wunsch 1: Finanzierung der Kosten für Hospiz- und Palliativleistungen sicherstellen

Die in der Salzburger HPCPH-Steuerungsgruppe engagierten Pflegeheimvertreter/innen wünschen sich eine aufwandsabhängige Vergütung für die Pflege und/oder Betreuung von Hospiz- und Palliativbewohner/innen nach dem Vorbild des Landes Niederösterreich. Dort gibt es neben den Pflegeleitungsvergütungen in Abhängigkeit vom Pflegegeldbezug auch einen täglichen Zuschlag für Schwerst- und/oder Hospizpflege von rund 200 Euro (vgl. Land Niederösterreich 2014).

LIT TE RA TUR



LITERATUR

Dachverband Hospiz Österreich (Hrsg.)(2012): Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim – Mehr als nur ein schöner Abschied. Gut leben und würdig sterben können. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Hrsg.)(2007): Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz.

Hallwirth-Spörk, Christina/Andreas Heller/Karin Weiler (2009): Hospizkultur und Mäeutik. Offen sein für Leben und Sterben. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hospiz Österreich (2008): Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim. Kurzfassung. Arbeitsunterlage.

Hospiz Österreich (2009): Richtlinien. Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim. Online unter www.hospiz.at (15.10.2013)

Hospiz Österreich (o. J. a): Definitionen: Palliative Care, Hospizarbeit. Online unter www.hospiz.at (15.10.2013)

Hospiz Österreich (o. J. b): HPCPH. Praktische Umsetzung in den Bundesländern. Online unter http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/HPCPH_Laender.htm (15.10.2013)

Kojer, DDr.ⁱⁿ Marina/Dr. Ulf Schwänke (2010): Palliative Care. Aus der Praxis für die Praxis. Ein Curriculum für Mitarbeiter/Innen und Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen.

Kränzl-Nagl, Renate/Barbara Nußbaumer (2012): Bestandsaufnahme zu Hospiz und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen. Forschungsprojekt der FH OÖ Forschungs- und EntwicklungsGmbH.

Land Niederösterreich (2014): Kosten und Tarife in den Landespflegeheimen inkl. Jahrespreisliste 2014. Online unter <http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Landespflegeheime/Kosten.html> (28.2.2014).

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Wien: Eigenverlag.

Österreichische Palliativgesellschaft (o. J.): Definitionen: Palliative Care. Online unter <http://www.palliativ.at/palliative-care.html> (15.10.2013)

Rauscher, Olivia et al. (2013): Evaluation des Projekts „Hospiz und Palliative Care in der Pflege“. Forschungsprojekt des NPO-Kompetenzzentrums der Wirtschaftsuniversität Wien.

Schwänke, Ulf (2005): Die Storyline-Methode. Ein innovatives Unterrichtskonzept in der Praxis. Donauwörth: Auer-Verlag.

Wikipedia (o. J.): Definitionen: Palliativmedizin, Palliativpflege. Online unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Palliativmedizin>

AN
HANG



ANHANG 1: ÜBERSICHTSGRAFIK HPCPH-AKTIVITÄTEN ÖSTERREICHWEIT

Mit Unterstützung von Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), von Gesundheits- und Sozialbereichen in einzelnen Bundesländern, öffentlichen und privaten Heimträgern, den Österreichischen Lotterien, Hospiz- und Palliativbewegung in den Ländern.

Hospiz Österreich als Beratungs- und Kompetenzzentrum HPCPH

Beirat zu Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim Leitung und Organisation:

Hospiz Österreich

Kooperationspartner:

Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, Verbindungsstelle der Länder, Lebenswelt Heim Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE Pflegedienstleitung, GÖG/ÖBIG, ÖGAM

Richtlinien/Standards, Modellarchitektur, Organisationsentwicklungsprozess

Kooperation mit der Koordinierungsstelle NQZ

Herausgabe eines österreichweit einheitlichen Curriculums in Palliativer Geriatrie für Mitarbeiter/innen in Alten- und Pflegeheimen, seit 2012

Praktische Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen in Vorarlberg, Niederösterreich und der Steiermark

Schulung für Projektbegleiter/innen

Organisationsentwicklung, Gender, Interkulturalität, 2009

Schulung Multiplikator/innen Palliative Geriatrie, 2010, 2011

Vernetzungstreffen HPCPH, 2010, 2012

OE-Workshop für Projektbegleiter/innen, 2011

Teilnahme an internationalen Kongressen, Posterpräsentationen, Vorträge

Qualitätshandbuch

Weitere offene Schritte: Datenerhebung in den Heimen, Praktische Umsetzung in allen österreichischen Alten- und Pflegeheimen, Weiterführung und Ausbau des Beratungs- und Kompetenzzentrums in Hospiz Österreich

ANHANG 2: SCHULUNGSKONZEPT HPCPH-HEIME SALZBURG

Ausbildung „Palliative Geriatrie“ Hospizkultur & Palliative Care im Alten- und Pflegeheim Bundesland Salzburg

Die Salzburger Akademie für Palliative Care übernimmt im Projekt Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH) die Organisation und Verwaltung der Schulungen.

Nötige Materialien und Geräte werden, sofern nicht vorhanden, zur Verfügung gestellt.

Die Referent/innen für das Projekt HPCPH werden nach den Gesichtspunkten der Praxisnähe, persönlichen Haltung und persönlichen Erfahrungen im Bereich der Hospizarbeit und Palliative Care ausgewählt und haben zusätzlich die Multiplikator/innenausbildung vom Dachverband Hospiz Österreich absolviert.

Ziel der Schulung ist, aufbauend auf den mitgebrachten Erfahrungen der Teilnehmer/innen, als Mitarbeiter/in mehr Sicherheit und Kompetenzen im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden, sowie deren An- und Zugehörigen zu gewinnen. Um dies zu erreichen, werden mittels Storyline-Methode (Curriculum „Palliative Geriatrie“ nach DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke) vielfältige Aspekte von Palliative Care entlang einer Bewohnergeschichte methodisch abwechslungsreich herausgearbeitet.

Inhalte

- Einführung und Kennenlernen
- Eine neue Bewohnerin FX-Biografie
- FX-Aufnahme ins Heim
- FX verändert sich, hat Schmerzen
- FX wird aggressiv
- FX fordert unsere Achtsamkeit den ganzen Tag
- FX Zustand verändert sich – Angehörige – Thema Ernährung
- Die letzten Tage von FX

Die Schulung findet in Gruppen von max. 20 Personen direkt im jeweiligen Heim statt. Sie dauert jeweils 36 Stunden und wird an 4,5 Tagen (1 mal 2 Tage und 1 mal 2,5 Tage) durchgeführt. Alle im Haus tätigen Mitarbeiter/innen, sollen ungeachtet des Berufsfeldes (Pflege, Verwaltung, Hauswirtschaft) in die Schulung eingebunden werden, idealerweise 80 % des gesamten Personals.

Kontakt und Anmeldung:

Salzburger Akademie für Palliative Care
Mag. Brigitta Griesl und Zita Pichler
5020 Salzburg, Dr.-Sylvester-Straße 1, Telefon 0662/82 4703
Internet: www.palliative.at, E-mail: office@palliative.at

ANHANG 3: IMPLEMENTIERUNGSVORSCHLAG HPCPH-HEIME SALZBURG

Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim im Bundesland Salzburg

Vorschlag für eine Vorgangsweise bei der Implementierung von HPCPH in einem Alten- und Pflegeheim

1. Gründung einer Projektgruppe, die aus folgenden Funktionsträgern bestehen sollte:

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- Palliativbeauftragte/r des Heimes
- ev. Wohnbereichsleitungen (falls im Haus vorgesehen)

2. Kick-off – Hausweite Informationsveranstaltung zur Einführung von HPCPH

- Alle Mitarbeiter/innen des Hauses sollten daran teilnehmen
- Vorstellung des Projektes

3. Analyse-Phase:

In dieser Phase sollte gründlich erhoben werden, welche Situation derzeit im Zusammenhang mit Hospiz und Palliative Care vorherrscht und welche Kultur gelebt wird.

Erhebung kann mittels Fragebogen erfolgen, oder durch einen Workshop. Ev. auch Bewohner/innen und Angehörige einbeziehen.

4. Zielfindung:

Im Zusammenhang mit HPCPH gibt es viele mögliche Detailspekte, die bearbeitet werden können. Jedes Unternehmen sollte hier einen Schwerpunkt setzen, z. B. Schmerzmanagement, Beratung und Betreuung von Angehörigen.

5. Planung der Umsetzung:

- Planung der Fortbildungen

Für diesen Bereich wird Unterstützung durch die Salzburger Akademie für Palliative Care angeboten

- Planung des Prozesses Plan-Do-Check-Act (PDCA)

Für die Gestaltung der Prozessbeschreibung kann externe Fachberatung durch die Projektgruppe vermittelt werden

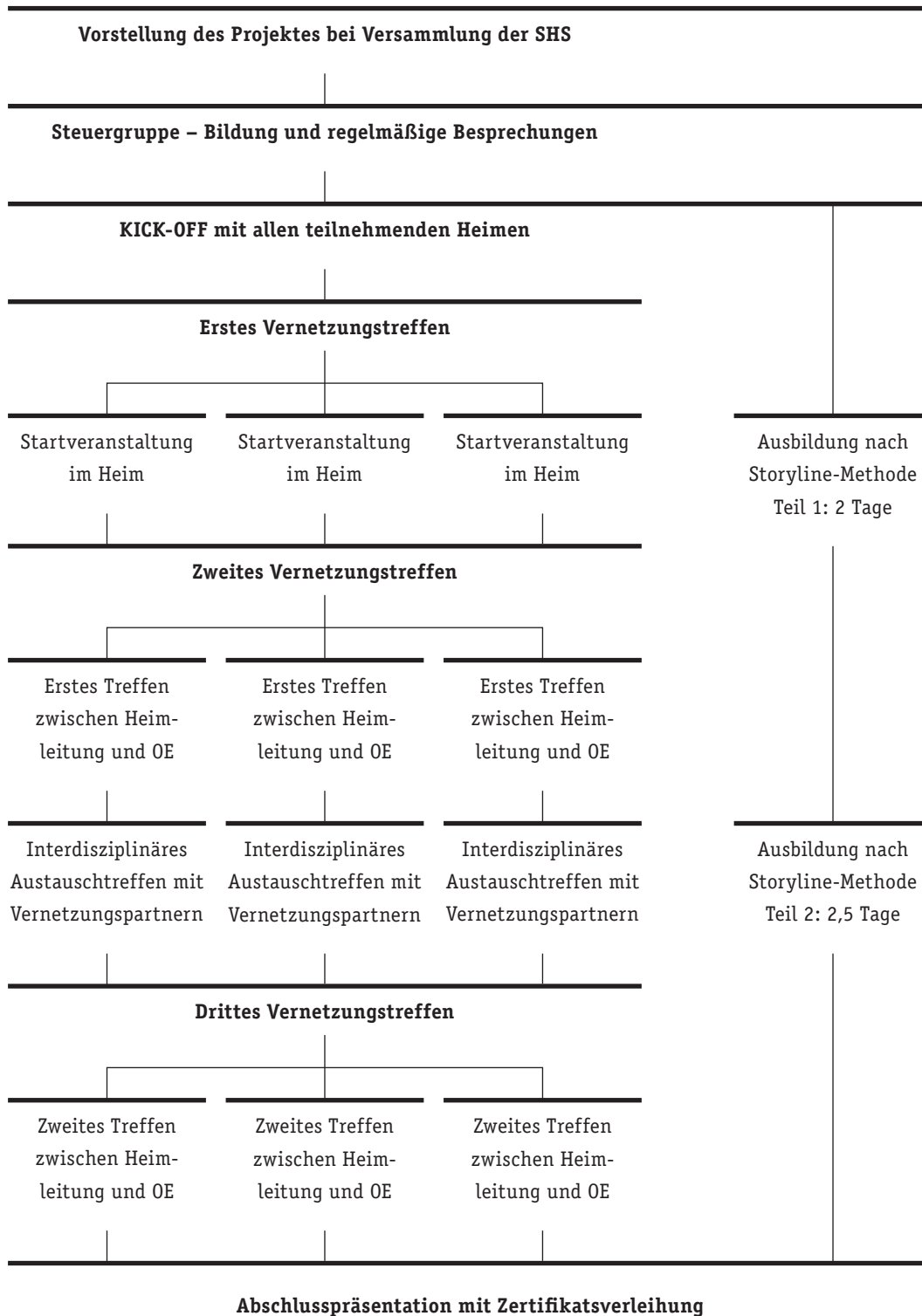
- Planung des Implementierungsprozesses
- Zeitplan und Ressourcenplan (sollte sich an den Vernetzungstreffen orientieren)

6. Evaluierung des gesamten Prozesses:

Für die Evaluierung wird von der Projektgruppe eine Vorgehensweise erarbeitet werden.

ANHANG 4: PROJEKTARCHITEKTUR IM ÜBERBLICK

Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim im Bundesland Salzburg.



ANHANG 5: ERHEBUNGSBOGEN HPCPH-HEIME SALZBURG

Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen im Bundesland Salzburg

Definition Hospizkultur

Hospizkultur umfasst alle jene Haltungen und Aktivitäten einer Einrichtung, die der Versorgung von Menschen in der terminalen Phase im Sinne von Palliative Care und unter Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen dienen.

Definition Palliative Care

Palliative Care gewährleistet Bewohner/innen im weit fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung durch fachlich fundierte, ganzheitliche, individuelle und kreative Betreuung im interdisziplinären Team eine möglichst hohe Lebensqualität und Selbstbestimmung. Unter Einbeziehung und Begleitung der An- und Zugehörigen wird zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht, ein Umfeld geschaffen, in dem die Bewältigung krankheitsbedingter Krisen und schwieriger Situationen ermöglicht und die Zeit des Abschiednehmens über den Tod hinaus als wertvoll erlebt wird. Die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen hat höchste Priorität. Primäre Zielsetzung ist die Erhaltung bzw. Steigerung der Lebensqualität.

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

- Die ganzheitliche Betreuung, Behandlung und Begleitung aller Bewohner/innen und ihrer Angehörigen/Vertrauenspersonen, um ihnen ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen.
- Das Erkennen und Lindern von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von Bewohner/innen, die an Demenz erkrankt sind.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Medizin, Pflege, medizinisch-technische und psychosoziale Berufe, Sozialberufe, Seelsorge).
- Die Achtung der Autonomie aller Betroffenen.
- Das Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens.
- die Einbeziehung von qualifizierten Ehrenamtlichen in die Lebens- und Sterbebegleitung.
- die Begleitung und der Beistand statt aktiver Sterbehilfe.

Empfehlungen für die Implementierung von Palliativkultur

(vgl. Rauscher et. al. 2013: Evaluation des Projekts „Hospiz und Palliative Care in der Pflege“
[Anm.: In Niederösterreich 2009–2012], S. 17f)

Thema	Empfehlung
Grundsätzliches	<ul style="list-style-type: none">• Palliativkultur im Leitbild verankern• Standards einführen• Räumliche Gegebenheiten schaffen
Personelle Ausstattung	<ul style="list-style-type: none">• Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter/innen in palliativer Betreuung anbieten• Interdisziplinär arbeiten• Ehrenamtliche einbinden• Ausreichende Kapazität sichern
Bewohner/innen	<ul style="list-style-type: none">• Rücksicht auf persönliche Wünsche nehmen• Patientenverfügung anbieten• Schmerzmanagement und Symptomkontrolle anbieten• Physiotherapie anbieten• Schmerztherapie anbieten• Seelsorgerische Begleitung anbieten• Musik- und Kunsttherapie anbieten• Kontakt zum Hausarzt anbieten• Unerledigten Aufgaben widmen
An- und Zugehörige	<ul style="list-style-type: none">• Seelsorgerische Begleitung anbieten• Gesprächsrunden anbieten• Trauerbegleitung anbieten• Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Abschiedskultur anbieten• Würdevollen Abschied ermöglichen• Würdevollen Umgang mit Verstorbenen ermöglichen
Sterbeprozess	<ul style="list-style-type: none">• Möglichkeiten zur persönlichen Gestaltung schaffen• Möglichkeiten zur Wahrung der Intimsphäre schaffen• Raum und Übernachtungsmöglichkeiten für die Angehörigen/ Zugehörigen schaffen• Würdevollen Umgang mit den Sterbenden schaffen• Seelsorge/Spiritualität ermöglichen
Abschiedskultur	<ul style="list-style-type: none">• Regeln für Abschiedskultur implementieren• Abschiedsrituale schaffen• Konfessionell unabhängige Symbolik schaffen
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Dokumentation der implementierten Angebote sicherstellen• Nachhaltigkeit von Implementierungsprozessen sicherstellen

Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen kann der aktuelle oder auch zukünftig wünschenswerte Entwicklungsstand einer Organisation am Vorhandensein von Merkmalen aus diesem Raster gemessen werden. Der aktuelle Stand Ihres Hauses wird im Rahmen Ihrer Teilnahme am Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim – im Bundesland Salzburg“ anhand der Merkmale der nächsten Seiten beschrieben.

Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen zum Stichtag 1.11.2013 aus, scannen Sie ihn ein und senden Sie ihn bitte bis Ende KW 47 (22.11.2013) per E-Mail an Birgit.Weichbold@sbg.at

Beste Grüße vom Projektteam!

Grundsätzliches

Name der Einrichtung/Station und einer Ansprechperson (Name, Tel, E-Mail):

Sind Hospizkultur und Palliative Care bereits Teil des Leitbildes Ihrer Einrichtung?

ja nein

Welche Berufsgruppen im eigenen Haus beziehen Sie in den Prozess mit ein?

Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Küche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Service	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seelsorge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Reinigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haustechnik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Sonstige: _____

Welche von extern kommenden Dienstleister beziehen Sie in den Prozess mit ein?

Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mobiles Palliativteam	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialdienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mobiles Hospizteam	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seelsorge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Besuchsdienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haustechnik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Sonstige: _____

Welche speziellen Rahmenbedingungen haben Sie im Haus schon geschaffen?

Bereich Räume: _____

Bereich Personen: _____

Bereich Rituale: _____

Sonstige Besonderheiten: _____

Fragen zur personellen Ausstattung

Wie viele Mitarbeiter/innen in Vollzeitäquivalent (MA in VZÄ) haben Sie derzeit? Wie viele davon haben zumindest 1 Fortbildung in Hospizkultur/Palliative Care gemacht? (bitte nur Stationen berechnen, die aktuell im Organisationsentwicklungsprozess sind)

Qualifikation	Anzahl MA in VZÄ	Mit Fortbildung in VZÄ
Verwaltungsmitarbeiter/innen		
Allgemeinmediziner/innen		
Fachärzt/innen		
Therapeut/innen (Ergo-, Physioth., Logopädie, Psychotherapie)		
Psycholog/innen		
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/innen		
Pflegehilfen		
Fach-Sozialbetreuer/innen		
Diplom-Sozialbetreuer/innen		
Heimhilfen		
Hauseigene Reinigungs- und Servicekräfte		
Geleaste Reinigungs- und Servicekräfte		
Hauseigene Küchenmitarbeiter/innen		
Hauseigene Haustechnikmitarbeiter/innen		
Ehrenamtliche Besuchsdienste		
Ehrenamtliche Hospizbegleiter/innen		

Gibt es multidisziplinäre Fallbesprechungen mit Vertreter/innen von mind. 4 der oben genannten Qualifikationen?

ja, regelmäßig ja, vereinzelt nein

Gibt es unterstützende Angebote (z.B. Supervision, Intervision, Einzelcoaching) für die Mitarbeiter/innen?

ja, regelmäßig ja, vereinzelt nein

Fragen aktuell Mitarbeiter/innen von sich aus um Fort- und Weiterbildungen im Bereich Hospizkultur und Palliative Care an?

ja, regelmäßig ja, vereinzelt nein

Werden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen eingebunden?

ja, regelmäßig ja, vereinzelt nein

Wenn ja, wie: _____

Nehmen Mitarbeiter/innen aus der Medizin und/oder der Pflege konsiliarische Dienste in Anspruch?

ja, regelmäßig ja, vereinzelt nein

Einschätzung der Bewohner/innensituation

Bewohner/innen können sich darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse erhoben werden

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen können sich darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse möglichst berücksichtigt werden

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen werden verständlich informiert und aufgeklärt

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen erhalten Zugang zu gewünschten Therapien (Ergo-, Physio-, Psycho-, Musiktherapie, Massage, ...)

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen haben freie Wahl bzgl. Arzt, Therapeut, Seelsorger, Besuchsdienst ...

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen erhalten adäquate Schmerzbehandlung

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Kognitiv eingeschränkte Bewohner/innen erhalten adäquates Symptomkontrollmanagement

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

In den Dokumentationsunterlagen finden sich Aussagen/Festlegungen für den Fall, dass sich Bewohner/innen nicht mehr artikulieren können

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen können sich darauf verlassen, dass ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen wird

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen können selbst bestimmen, wie viel an sozialer Einbindung und wie viel Rückzug sie möchten

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen erhalten Möglichkeiten, ihre persönliche Spiritualität zu leben

- ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Wie viele Bewohner/innen mit Palliativstatus haben Sie zum Stichtag 1.11.2013 im Haus/auf der Station ?

(bitte nur Stationen berechnen, die aktuell im Organisationsentwicklungsprozess sind)

Einschätzung der An- und Zugehörigensituation

An- und Zugehörige werden auf Wunsch der Bewohner/innen ausreichend informiert

ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

An- und Zugehörige werden auf Wunsch der Bewohner/innen in Entscheidungsprozesse einbezogen

ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

An- und Zugehörige erhalten auf Wunsch angemessene spirituelle und/oder psychologische Begleitung

ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Einschätzung der Gestaltung von Sterbeprozessen/Abschiedskultur

Bewohner/innen und/oder An- und Zugehörigen werden Möglichkeiten der persönlichen Mitgestaltung geschaffen

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen und/oder An- und Zugehörigen werden Seelsorge/Spiritualität ermöglicht

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Bewohner/innen werden räumliche Möglichkeiten zur Wahrung der Intimsphäre geschaffen

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Es gibt Raum und Übernachtungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Es gibt ausreichend personelle Kapazitäten für die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse Sterbender

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Es gibt ausreichend personelle Kapazitäten für die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse der An- und Zugehörigen Sterbender

ja, immer ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Es gibt Abschiedsrituale ja nein

Abschiedsrituale haben konfessionsunabhängige Symbolik ja nein

An- und Zugehörige erleben einen würdevollen Umgang mit Verstorbenen

ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

An- und Zugehörige werden dazu ermuntert, an Ritualen der Abschiedskultur mitzuwirken

ja, alle ja, überwiegend ja, vereinzelt nein

Einschätzung des operativen Projektentwicklungsstandes

Wir dokumentieren Projektschritte nachvollziehbar ja nein

Wir haben eine Steuerungsgruppe gebildet ja nein

Die Steuerungsgruppe trifft sich regelmäßig zu Besprechungen ja nein

Es hat eine KICK-OFF-Veranstaltung stattgefunden ja nein

Wenn ja: Wann war sie? _____

Wenn ja: Was ist dort passiert? _____

Wir waren beim Vernetzungstreffen am 22.5.2013 ja nein

Es gab eine Startveranstaltung im Heim ja nein

Wenn ja: Wann war sie? _____

Wenn ja: Was ist dort passiert? _____

Es wurden bereits Mitarbeiter/innen nach der Storyline-Methode ausgebildet

ja nein

Wenn ja, wie viele in Vollzeitäquivalent _____

Wenn ja, aus welchen Berufsgruppen Ihres Hauses _____

Es gab bereits ein erstes Treffen zwischen Heimleitung und der/dem Organisationsentwicklungsverantwortlichen

ja nein

Es gab bereits ein interdisziplinäres Austauschtreffen mit Vernetzungspartner/innen

ja nein

ANHANG 6: INTERVIEWLEITFADEN FÜR DETAILBLICKE

Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen im Bundesland Salzburg

Interviewleitfaden

Basis der Fragestellungen sind jene 20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz, die der Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. v. im Jahr 2007 in der „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“ publiziert hat (vgl. Dt. Hospiz- und Palliativverband 2007 und Anhang 6).

Diese Broschüre soll stationären geriatrischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen eine Hilfestellung bieten, um ihre Kompetenz bei der Versorgung ihrer Bewohner/innen mit Palliativpflegestatus weiter zu verbessern. Sie stellt für 20 Indikatoren jeweils dazu passende Empfehlungen für hospizliches Denken und Handeln vor. Diese können zum einen als Anregung für eine individuelle Begleitung von Palliativpatient/innen dienen, zum anderen aber auch zur Überprüfung diesbezüglicher Angebote herangezogen werden.

1. Fragen zum Projekterleben an: Leitungsteam und örtliche Projektleitung

Indikator 3: Kultur und Leitung

Ihr Haus entwickelt(e) sich seit Frühjahr 2013 gemeinsam mit vier anderen Häusern im Bundesland Salzburg zu einem Seniorenpflegeheim, in dem auf Hospizkultur und Palliative Care speziell Wert gelegt wird.

1. Wie wird der aktuelle Organisationsentwicklungsprozess von der gesamten hausinternen Leitungsebene (kaufmännische Leitung/pflegerische Leitung/medizinische Leitung) getragen?
2. Wie wird diese Entwicklung vom/von den Träger/n und damit Financier/s der Einrichtung gewürdigt?
3. Wie erleben Sie die seitens des/r Träger/s und/oder anderer hierarchisch übergeordneter Ebenen dafür zur Verfügung gestellten strukturellen und finanziellen Ressourcen?

Indikator 4: Nachhaltigkeit/Evaluation

4. Sind diese auch über das Projektende März 2014 hinaus gesichert?
5. Gibt es bereits Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Hospiz- und Palliativkultur regelmäßig gesichert, überprüft und weiterentwickelt wird?

Indikator 2: Leitlinien

6. Enthält das Leitbild Ihrer Einrichtung Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses und der Mitarbeiter/innen für die Kund/innen nachvollziehbar/verstehbar machen?
7. Enthält das Leitbild Ihrer Einrichtung Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses für die Mitarbeiter/innen nachvollziehbar/verstehbar/mittragbar machen?

Indikator 6: Öffentlichkeitsarbeit

8. Spiegelt sich diese Grundeinstellung auch in diversen Veröffentlichungen (Hauszeitung, Hausbroschüre, Infoaushänge etc.) wider?
9. Spiegelt sich diese Grundeinstellung auch in diversen Materialien zur (Ein)Schulung der Mitarbeiter/innen?

Indikator 1: Projektarbeit

10. Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders inspirierend erlebt?
11. Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders bremsend erlebt?
12. Welchen Entwicklungsschritt wünschen Sie sich als nächstes?
13. Wo sehen Sie als Dienstgeber Vorteile als Haus, das Hospizkultur und Palliative Care lebt?
14. Wo sehen Sie als Dienstleister Vorteile als Haus, das Hospizkultur und Palliative Care lebt?
15. Wie haben Sie die externe Projektbegleitung und -beratung erlebt?

2. Fragen zum Projekterleben an: Pflorgeteam

Indikator 3: Kultur und Leitung

Ihr Haus entwickelt(e) sich seit Frühjahr 2013 gemeinsam mit vier anderen Häusern im Bundesland Salzburg zu einem Seniorenpflegeheim, in dem auf Hospizkultur und Palliative Care speziell Wert gelegt wird.

1. Wodurch erleben Sie diese Entwicklung?
2. Erleben Sie diese Entwicklung als von der gesamten Leitungsebene (Geschäftsleitung/ Pflegeleitung) getragen?
3. Wie wird diese Entwicklung von der Leitungsebene gewürdigt und/oder gestärkt?

Indikator 2: Leitlinien

5. Enthält das Leitbild Ihrer Einrichtung Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses für Sie als Mitarbeiter/in nachvollziehbar/verstehbar/mittragbar machen?
6. Handeln Sie im Arbeitsalltag überwiegend in einer Art und Weise, die Bewohner/innen die Ausrichtung des Hauses in Richtung Hospizkultur und Palliative Care erleben lässt?
7. Wie wurden Sie darin geschult, die Gedanken und Aussagen des Leitbildes in den Arbeitsalltag zu integrieren?

Indikator 8: Mitarbeiter/innen

8. Werden die von Ihnen in diesem Projektjahr eingebrachten Ideen/Wünsche/Bedürfnisse erfasst und gewürdigt?
9. Erleben Sie, dass Mitarbeiter/innen in die Ausrichtung des Hauses in Richtung Hospizkultur und Palliative Care adäquat eingeführt/geschult werden?

Indikator 11: Interdisziplinarität und Vernetzung

10. Erleben Sie in der täglichen Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care eine fruchtbringende Vernetzung hausinterner und hausexterner Dienstleister/innen/Ehrenamtlicher?

Indikator 12: Palliative Fachpflege

11. Erleben Sie das Einfließen individualisierter und/oder standardisierter palliativpflegerischer Maßnahmen in die Pflegeplanungen?

Indikator 1: Projektarbeit

12. Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders inspirierend erlebt?
13. Was haben Sie in Ihrem Haus in diesem Projektjahr als besonders bremsend erlebt?
14. Welchen Entwicklungsschritt wünschen Sie sich für Ihr Haus als nächstes?
15. Welchen Entwicklungsschritt wünschen Sie sich für sich selbst als nächstes?

3. Fragen zum Projekterleben an: Bewohner/in

Indikator 3: Kultur und Leitung

Das Seniorenpflegeheim, in dem Sie wohnen, entwickelt(e) sich seit Frühjahr 2013 gemeinsam mit vier anderen Häusern im Bundesland Salzburg zu einem Seniorenpflegeheim, in dem auf Hospizkultur und Palliative Care speziell Wert gelegt wird.

1. Wissen Sie, was „Hospizkultur“ und „Palliative Care“ bedeuten? Wenn nein, klären/definieren und als ethische Grundhaltung von Einrichtungen/Personen darstellen (vgl. Anhang 5, S. 1)
2. Haben Sie bemerkt, dass seit dem letzten Frühjahr in Ihrem Pflegeheim auf Hospizkultur und Palliative Care spezieller Wert gelegt wird?
3. Wodurch haben Sie das konkret bemerkt?

Indikator 2: Leitlinien

4. Enthält das Leitbild Ihrer Einrichtung Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses für Sie als Bewohner/in nachvollziehbar/verstehbar machen?

Indikator 6: Öffentlichkeitsarbeit

5. Spiegelt sich die Grundhaltung des Hauses auch in diversen Veröffentlichungen (Hauszeitung, Hausbroschüre, Infoaushänge etc.) wider?

Indikator 8: Mitarbeiter/innen

6. Bemerken Sie an Aussagen/Fragen/Handlungsangeboten der Mitarbeiter/innen, dass diese in den letzten Monaten/Jahren spezielle Schulungen gemacht haben zum Thema der würdevollen Begleitung bis zuletzt?

Indikator 7: Bewohner/innen

Hospizkultur und Palliative Care zielen darauf ab, Menschen in der letzten Lebensphase ein würdevolles Dasein zu ermöglichen und ihre individuellen Wünsche für diesen Lebensabschnitt zu klären.

7. Suchten Mitarbeiter/innen bereits einmal/mehrmals das Gespräch mit Ihnen zu Themen der letzten Lebensphase?
8. Wie haben Sie es erlebt, ein Gesprächsangebot zu Themen der letzten Lebensphase zu bekommen?

9. Haben Sie daraufhin auch das Gespräch mit weiteren Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld gesucht, um bestimmte Themen vertiefend zu besprechen/hinterfragen?
10. Vertrauen Sie darauf, dass alle Betreuungspersonen in Ihrem Umfeld um Ihre Wünsche für die letzte Lebensphase Bescheid wissen?
11. Vertrauen Sie darauf, dass Ihre Wünsche für die letzte Lebensphase auch umgesetzt werden?

Indikator 10: Mitbewohner/innen

Sie wohnen in einem Seniorenpflegeheim. Sie erleben, dass Mitbewohner/innen schwerstkrank/sterbend sind oder verstorben sind.

12. Wie erleben Sie den Umgang des Hauses mit schwerstkranken/sterbenden Mitbewohner/innen?
13. Wie erleben Sie den Umgang mit Verstorbenen?
14. Wie erleben Sie die hausinterne Kommunikation über den Tod eines/r Mitbewohner/in?
15. Wie erleben Sie die hausinterne Erinnerungskultur?

Indikator 9: Angehörige

Sie wohnen in einem Seniorenpflegeheim. Sie erleben, dass Mitbewohner/innen schwerstkrank/sterbend sind oder verstorben sind.

16. Wie erleben Sie die Einbindung von An- bzw. Zugehörigen in die letzte Lebensphase von Bewohner/innen dieses Hauses?

4. Fragen zum Projekterleben an: Angehörige/n

Indikator 3: Kultur und Leitung

Das Seniorenpflegeheim, in dem Ihr/e Angehörige/r wohnt, entwickelt(e) sich seit Frühjahr 2013 gemeinsam mit vier anderen Häusern im Bundesland Salzburg zu einem Seniorenpflegeheim, in dem auf Hospizkultur und Palliative Care speziell Wert gelegt wird.

1. Wissen Sie, was „Hospizkultur“ und „Palliative Care“ bedeuten? Wenn nein, klären/definieren und als ethische Grundhaltung von Einrichtungen/Personen darstellen (vgl. Anhang 5, S. 1)
2. Haben Sie bemerkt, dass seit dem letzten Frühjahr in Ihrem Pflegeheim auf Hospizkultur und Palliative Care spezieller Wert gelegt wird?
3. Wodurch haben Sie das konkret bemerkt?

Indikator 2: Leitlinien

4. Enthält das Leitbild Ihrer Einrichtung Gedanken und Aussagen, die die Grundeinstellung des Hauses für Sie als An-/Zugehörige/r nachvollziehbar/verstehbar machen?

Indikator 6: Öffentlichkeitsarbeit

5. Spiegelt sich die Grundhaltung des Hauses auch in diversen Veröffentlichungen (Hauszeitung, Hausbroschüre, Infoaushänge etc.) wider?

Indikator 8: Mitarbeiter/innen

6. Bemerken Sie an Aussagen/Fragen/Handlungsangeboten der Mitarbeiter/innen, dass diese in den letzten Monaten/Jahren spezielle Schulungen gemacht haben zum Thema der würdevollen Begleitung bis zuletzt?

Indikator 7: Bewohner/innen

Hospizkultur und Palliative Care zielen darauf ab, Menschen in der letzten Lebensphase ein würdevolles Dasein zu ermöglichen und ihre individuellen Wünsche für diesen Lebensabschnitt zu klären.

7. Vertrauen Sie darauf, dass die Wünsche Ihres/r Angehörigen für die letzte Lebensphase auch umgesetzt werden?

Indikator 9: Angehörige

8. Wie erleben Sie die Einbindung von An- bzw. Zugehörigen in die letzte Lebensphase von Bewohner/innen dieses Hauses?
9. Suchten Mitarbeiter/innen auch bereits einmal/mehrmals das Gespräch mit Ihnen zu Themen der letzten Lebensphase Ihres/r Angehörigen?
10. Wie haben Sie es erlebt, ein Gesprächsangebot zu Themen der letzten Lebensphase zu bekommen?
11. Haben Sie daraufhin auch das Gespräch mit Ihrem/r Angehörigen und/oder weiteren Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld gesucht, um bestimmte Themen vertiefend zu besprechen/hinterfragen?
12. Stellen Sie sich vor, Ihr/e Angehörige/r ist in der letzten Lebensphase. Kennt das Haus Ihre Wünsche und Bedürfnisse als Angehörige/r?
13. Können Sie darauf vertrauen, dass Ihre Wünsche/Bedürfnisse als Angehörige/r ernst genommen werden?

Indikator 10: Mitbewohner/innen

Sie haben eine/n Angehörigen in einem Seniorenpflegeheim. Sie erleben, dass Mitbewohner/innen schwerstkrank/sterbend sind oder verstorben sind.

14. Wie erleben Sie den Umgang des Hauses mit schwerstkranken/sterbenden Mitbewohner/innen?
15. Wie erleben Sie den Umgang mit Verstorbenen?
16. Wie erleben Sie die hausinterne Erinnerungskultur?