

VSD Vorsorgedialog® in Alten- und Pflegeheimen – Pilotphase

Ergebnisse der Evaluierung 2017 – 2020

1. EINFÜHRUNG

Der VSD Vorsorgedialog® ist ein Kommunikationsinstrument zur vorausschauenden Behandlungsplanung, in dem die Wünsche und Vorstellungen von Bewohner*innen für ein gutes Leben und ein würdevolles Sterben erhoben, dokumentiert und wiederkehrend reflektiert werden können. Es ist ein kontinuierlicher Gesprächsprozess zwischen Bewohner*in, Ärztin*Arzt, Pflegeperson und Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen. Wenn Bewohner*innen sich selbst nicht mehr dazu äußern können, gibt es die Möglichkeit den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, wenn die Voraussetzungen, u.a. ausreichend Beobachtungen, frühere Aufzeichnungen und übereinstimmende Aussagen, dazu gegeben sind.

2. DIE PILOTPHASE

Erhebungszeitraum: 1.1.2017–30.11.2020

Daten: Über einen Zeitraum von 11-30 Monaten wurden Daten von 9 Heimen aus vier Bundesländern (NÖ, Stmk., Tirol und Wien) ausgewertet. Die Heime führten zwischen neun und 113 VSD-Gesprächen, insgesamt wurden 402 VSD-Gespräche in die Evaluierung aufgenommen.

3. QUANTITATIVE ERGEBNISSE

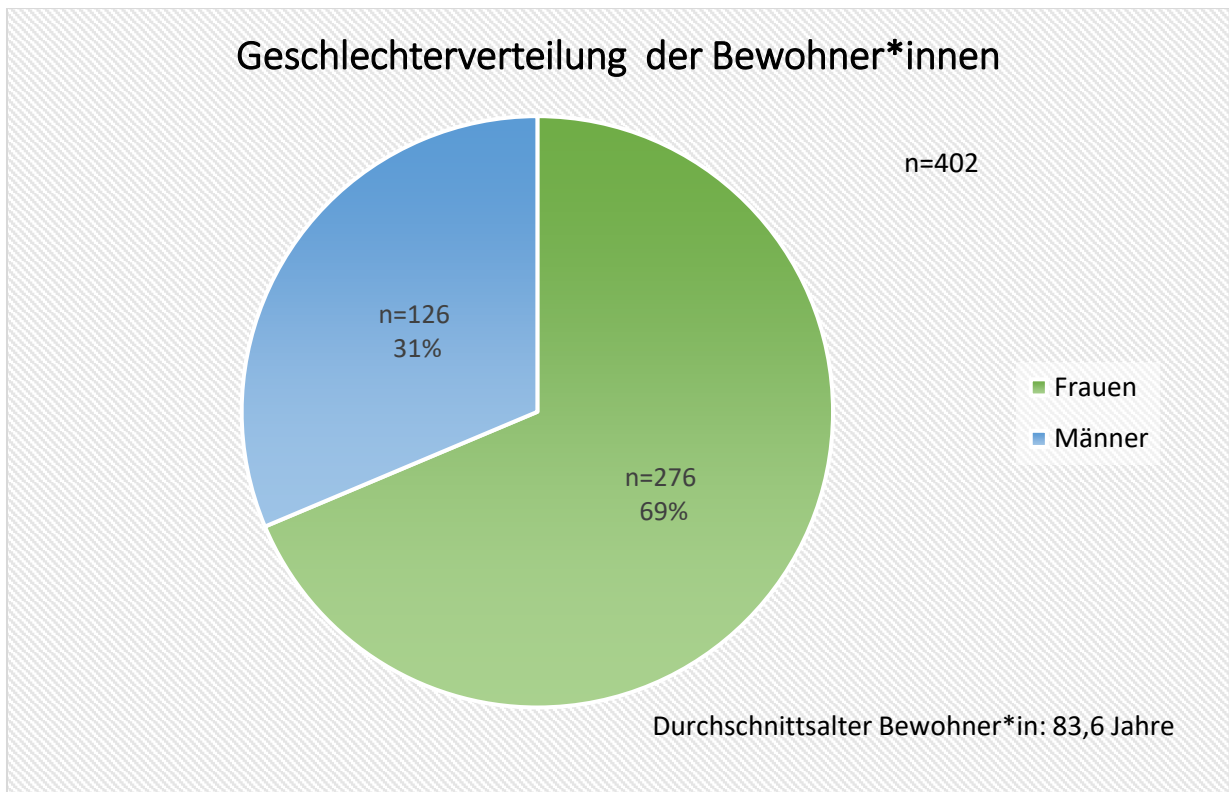


Abbildung 1: Geschlechterverteilung Bewohner*innen

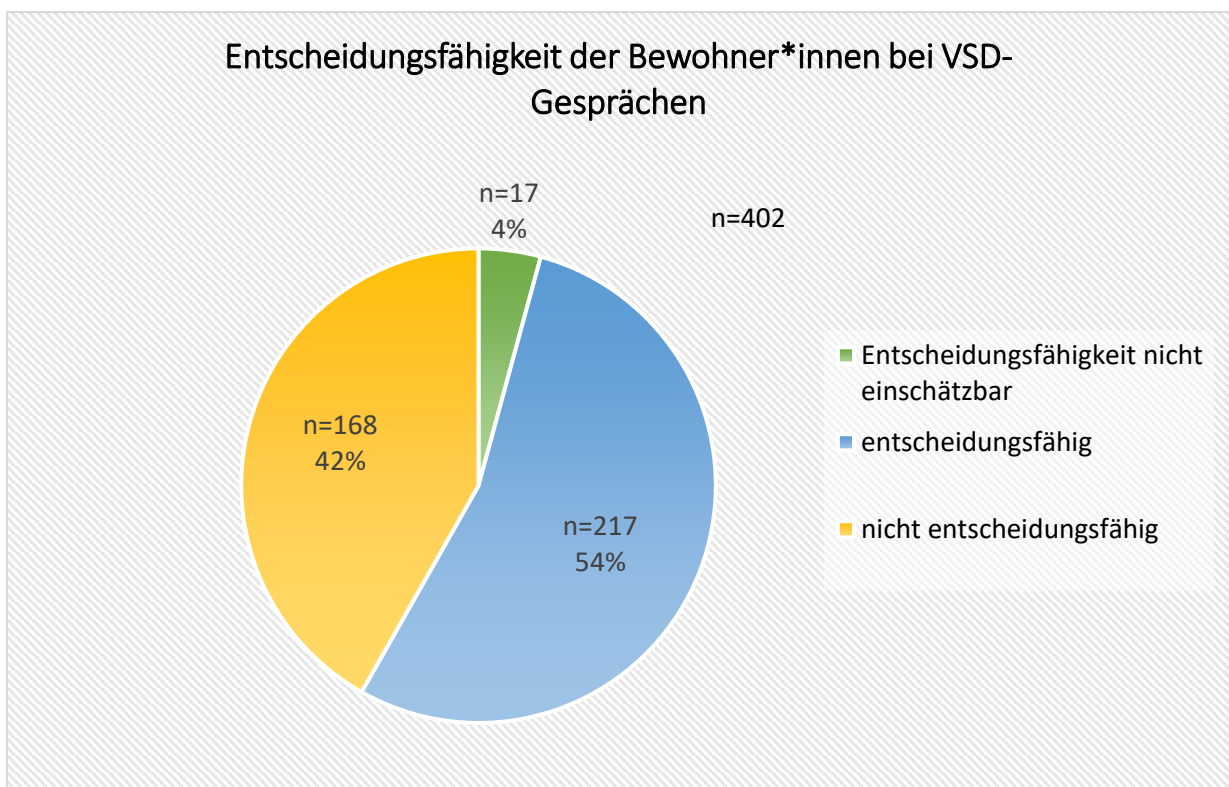


Abbildung 2: Entscheidungsfähigkeit Bewohner*innen

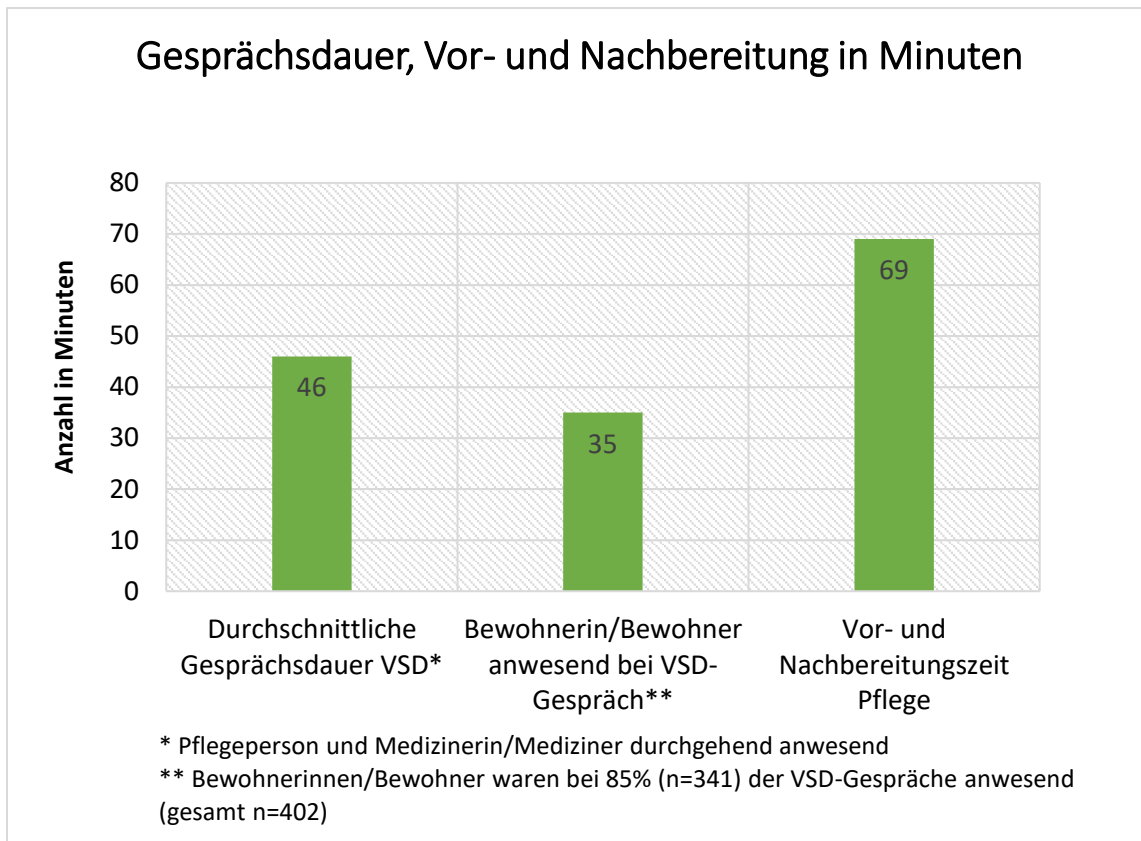


Abbildung 3: Gesprächsdauer, Vor- und Nachbereitungszeit

Anzahl von ausgefüllten Krisenblättern: Bei 91% (n=365) der Gespräche wurden Krisenblätter erstellt.

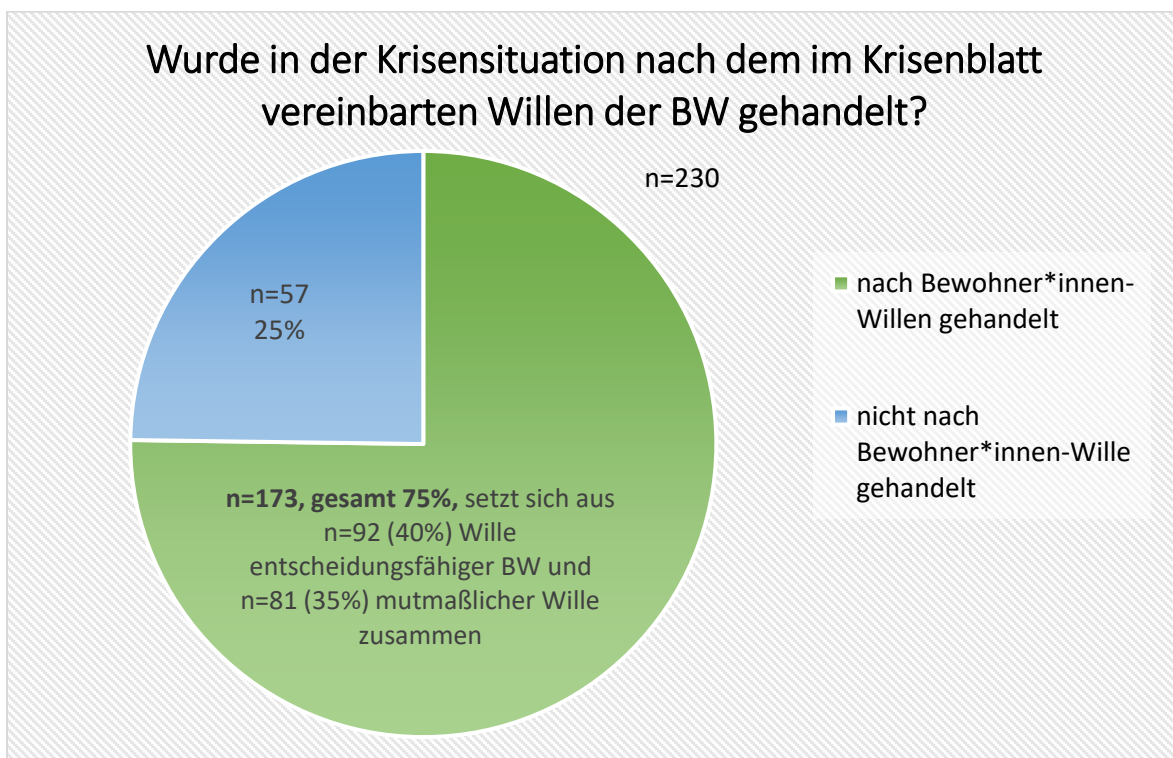


Abbildung 4: Gesetzte Handlung in Krisensituation nach dem im Krisenblatt vereinbarten BW-Willen

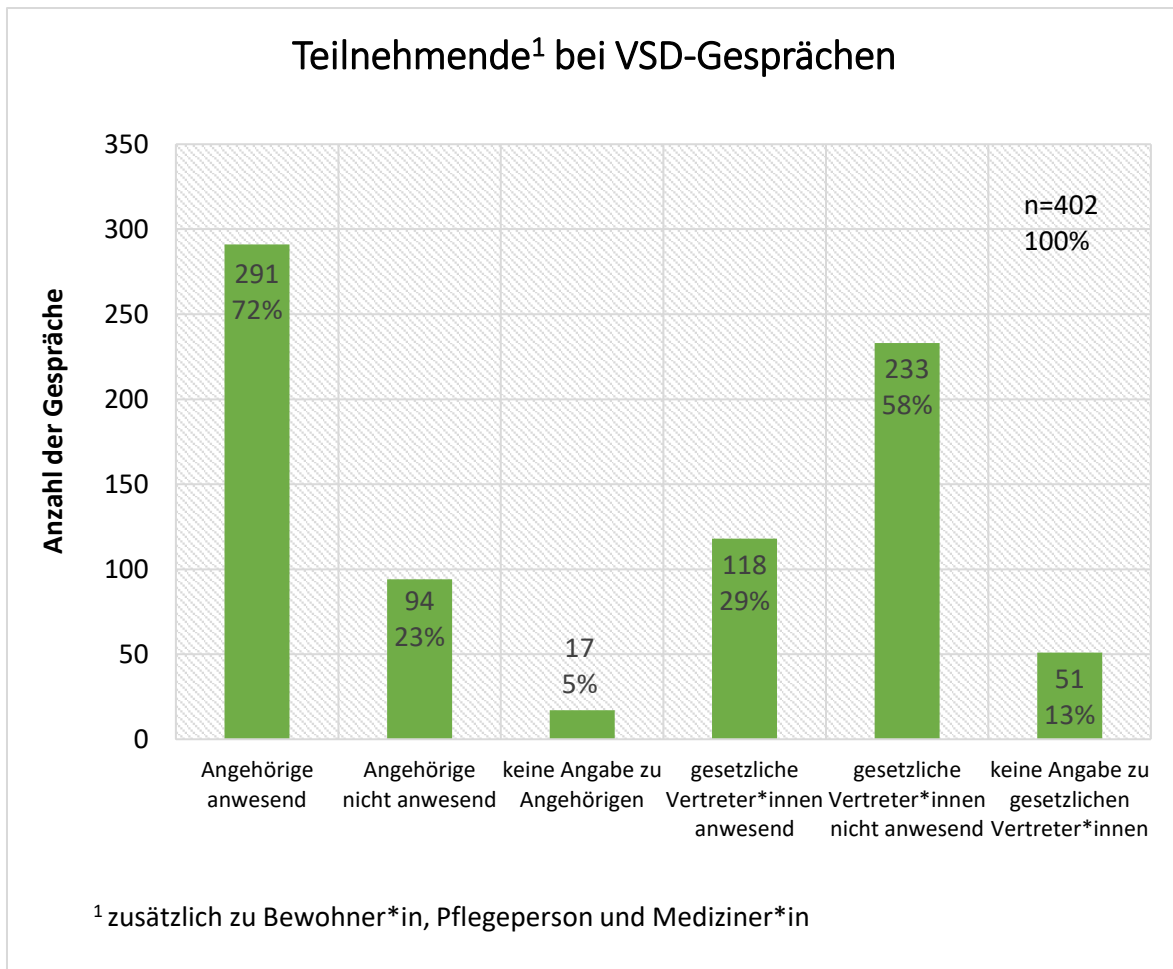


Abbildung 5: Teilnehmende bei VSD-Gesprächen

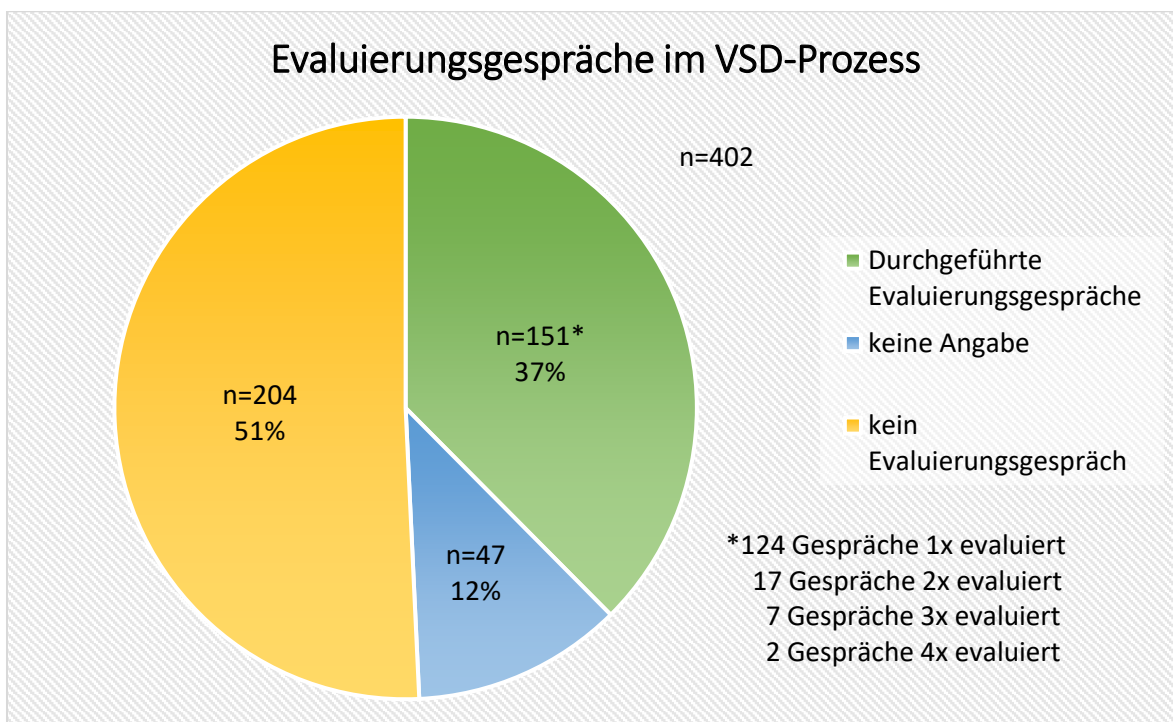


Abbildung 6: Evaluierungsgespräche im VSD-Prozess

Evaluierungsgespräche: Insgesamt fanden zu 151 VSD-Erstgesprächen 192 Evaluierungsgespräche statt, zwischen einem und bis zu fünf. Diese Zahlen variieren stark, da in manchen Häusern regelmäßig, wie empfohlen, alle sechs Monate ein Evaluierungsgespräch geführt wird, in anderen Häusern der Erhebungszeitraum von einem Jahr zu kurz war, um bereits Evaluierungsgespräche abzuhalten.

Sterbeort: Im Erhebungszeitraum verstarben 152 Bewohner*innen, davon 112 im Pflegeheim (74%), 26 Bewohner*innen im Krankenhaus (17%), bei 14 wurde der Sterbeort nicht ausgewiesen (9%).

Herausforderungen, die bei der Gesprächsführung, der Umsetzung und der Anwendung des VSD formuliert wurden:

- Den Willen von Bewohner*innen, bei denen die Entscheidungsfähigkeit nicht eindeutig feststellbar ist, zu erheben
- Beteiligte Angehörige, die schwer „loslassen“ können, die sich uneinig sind, die kein Wissen zum Thema Demenz haben
- Einbindung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen ins Gespräch
- Wenn Bewohner*innen das Gespräch möchten, aber sich mit dem Thema noch kaum auseinandergesetzt haben
- Dass der VSD in Notfallsituationen tatsächlich zum Einsatz kommt
- Evaluierungsgespräche durchführen
- Leitung des Gesprächs, Kommunikation allgemein, gute Gesprächsatmosphäre schaffen
- Vertrauen der beteiligten Personen gewinnen, wertefrei und unbehelligt in Gespräche zu gehen
- Bewohner*in-Wille vs. Angehörigen-Wille
- Definition, wann eine Krankenhauseinweisung erfolgen soll und wann diese abgelehnt wird

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der VSD Vorsorgedialog® wird als Instrument, um den Bewohner*innenwillen von entscheidungsfähigen und nicht entscheidungsfähigen Bewohner*innen zu ermitteln und entsprechend zu dokumentieren überwiegend positiv bewertet. Gleichzeitig ist die Durchführung fordernd. In Krisensituationen konnte in vielen Fällen auf der Basis des

im Vorsorgedialog vereinbarten Bewohner*innenwillens gehandelt werden.

Sehr deutlich wurde in der Evaluierung, dass VSD Gespräche in der Form, wie sie vorgesehen sind, bisher fast nur mit zugekauften Palliativmediziner*innen oder angestellten Heimärzt*innen mit palliativmedizinischer Kompetenz durchgeführt werden konnten. Hausärzt*innen können den großen Zeitaufwand ohne Honorierung nicht umsetzen. Von den über 50 Heimen, die den VSD Vorsorgedialog® integriert haben, nahmen 23 an der Evaluierung teil. Nur neun konnten in die Evaluierungsauswertung aufgenommen werden, da nur diese den VSD so umsetzen wie er vorgesehen ist, also mit einer durchgängigen Präsenz von Mediziner*in und Pflegepersonen, die auch die Dokumentation erstellen. Laut Jurist*innen ist die Rechtssicherheit umso mehr gegeben, je genauer die Prozessschritte der VSD-Gespräche, wie vorgesehen, eingehalten werden.

Eine weitere zentrale Erkenntnis ist, dass die VSD Gespräche inklusive Vor- und Nachbereitung für die Betreuenden sehr fordernd sind und dass es essenziell ist, dass eine gute Hospizkultur in der Einrichtung vorhanden ist, auf die sie sich stützen können. Das bedeutet:

- dass es ausreichend Knowhow, Sicherheit und Erfahrung mit den Themen Schmerzlinderung, Sterben, Tod, Trauer bei den Mitarbeiter*innen gibt,
- dass die Themen zu Hospiz und Palliative Care in den täglichen Prozessen und Abläufen gut integriert sind und von der Leitung mitgetragen werden.

Nur dann wird der VSD für die Mitarbeiter*innen in der täglichen Arbeit leb- und umsetzbar.

Eine Leitende formuliert es folgendermaßen: **„Gerade das Einschätzen, ob und wie ein Mensch fähig ist seinen Willen zu äußern, braucht eine besondere Achtsamkeit, Respekt und Geduld und ein entsprechendes Verständnis für Angehörige und andere Beteiligte.“**

KONTAKT: Maria Eibel, BSc MA MBA, Projektkoordination HPC in der Grundversorgung, maria.eibel@hospiz.at

Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer, Bereichsleitung HPC in der Grundversorgung, sigrid.beyer@hospiz.at