

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IM ALTEN- UND PFLEGEHEIM (HPCPH)

Die alten Menschen kommen oft erst sehr spät und mit vielen verschiedenen Erkrankungen ins Heim. Viele von ihnen sind in einem fortgeschrittenen Stadium an Demenz erkrankt. Das Sterben in der Geriatrie ist ein Langsames geworden, in dessen Verlauf es zu vielen Krisensituationen kommen kann, die für die Bewohner:innen, die An- und Zugehörigen sowie die Betreuenden sehr fordernd sind. Die Betreuenden sind mit wesentlich mehr schwerkranken und sterbenden Bewohner:innen konfrontiert als früher. Daher ist es notwendig, dass alle Mitarbeitenden über Basiswissen und Knowhow zu Hospiz und Palliative Care verfügen, und sich im Haus eine gute Hospizkultur entwickeln und etablieren kann.

Das Projekt HPCPH bedeutet einen dreijährigen Organisationsentwicklungsprozess zu HPC, in dem es darum geht, Strukturen und Abläufe im Heim anzupassen, sodass Hospiz und Palliative Care im täglichen Tun gut verankert ist und gelebt werden kann. Das betrifft u.a. die Kommunikation in den Teams, die Dokumentation, den Pflegeprozess, den Umgang mit den An- und Zugehörigen, die Zusammenarbeit mit den Allgemeinmediziner:innen/Heimärzt:innen und externen Partner:innen (Ehrenamtliche, Krankenhäusern, Mobile Palliativteams, ...), die Öffentlichkeitsarbeit, die Leitlinien, etc.

Im Verlauf des Projektes ist die Einführung der Rolle von Palliativbeauftragten und einer Palliativgruppe sehr wichtig. Palliativbeauftragte werden Expert:innen zum Thema Hospiz und Palliative Care in Ihrem Heim. Gemeinsam mit der Palliativgruppe sind sie der Thematik gegenüber achtsam, bringen Anregungen ein und in Abstimmung mit der Leitung arbeiten sie daran, dass Hospizkultur und Palliative Care von allen Mitarbeitenden im Heim im Sinne der Bewohner:innen und deren An- und Zugehörigen gelebt werden kann.

Die 36-stündigen Workshops Palliative Geriatrie sind ein wichtiger Aspekt und Motivator des Projektes. Hier eignen sich mindestens 80% aller Mitarbeiter:innen, aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen ein Basiswissen zu Palliativer Geriatrie an. Dieses Zueinander von Fortbildung und der Weiterentwicklung von Abläufen und Strukturen in der Organisation ermöglicht es, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner:innen und ihrer An- und Zugehörigen zu einem guten Leben und einem würdigen Sterben aufgenommen und erfüllt werden können.

Würde und Selbstbestimmung ist uns allen sehr wichtig, den Bewohner:innen und deren An- und Zugehörigen natürlich auch. Damit das Betreuungsteam weiß, welche Wünsche und Bedürfnisse die Bewohner:innen am Lebensende haben, welche medizinisch-pflegerischen Maßnahmen sie befürworten und welche ablehnen, braucht es ein frühzeitiges Eintreten in einen Dialog zu diesen Themen. Daher ist aus HPCPH Projekten heraus das Instrument des VSD Vorsorgedialogs® entstanden. Dabei geht es darum, den Willen der Bewohner:innen frühzeitig zu erheben und ihn entsprechend zu dokumentieren, um in Krisensituationen auf Basis dieser handeln zu können. Der Vorsorgedialog hilft dabei, HPCPH im täglichen Tun zu leben. Der Vorsorgedialog ist in § 239 Abs. 2 ABGB (Novelle BGBl. I Nr. 59/2017 – 2. Erwachsenenschutz-Gesetz, Inkrafttreten 01.07.2018) verankert und findet sich auch im Patientenverfügungs-Gesetz (Novelle BGBl. I Nr. 12/2019) sowie im Hospiz- und Palliativfondsgesetz (BGBl. I Nr. 29/2022, Inkrafttreten 01.01.2022). Rechtlich entspricht der VSD einer „anderen Patientenverfügung“ iSd PatVG (§ 8 PatVG - Voraussetzungen; siehe erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage, S. 3 zu Z 5), sofern die:der Verfügende zum Zeitpunkt der Erstellung entscheidungsfähig ist.

Nach der dreijährigen Projektlaufzeit entscheiden Sie sich als Träger und Haus, ob Sie das Thema HPCPH und das Erreichte eigenständig über die nächsten Jahre weiterführen werden. Wenn ja, dann sind sie hier Teil von einem Netzwerk, 207 HPCPH Heime in Österreich mit Ende 2021. In den meisten Bundesländern gibt es nach Projektende Angebote, die dabei unterstützen, das Thema auf dem erreichten Niveau zu halten und auch weiter entwickeln zu können.

ERGÄNZUNG ZUM PROJEKTABLAUFPLAN HPCPH

Anbei findet sich eine Beschreibung der Organisationsentwicklungs-Elemente des Projektablaufplans HPCPH – **Diese ist in den Bundesländern unterschiedlich.**

Legende:

OE... Organisationsentwicklung

VSD... VSD Vorsorgedialog®

WS... Workshop

○ ... träger- und hausübergreifende Durchführung der Treffen

— ... hausinterne Durchführung der Treffen

Eine wichtige Voraussetzung für die gemeinsame Arbeit im Projekt HPCPH sind Verbindlichkeit und Kontinuität. Es ist notwendig, dass in jedem der OE-Settings dieselben Personen anwesend sind und sich aktiv einbringen. Die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Projekt-Elemente werden in Arbeitspapieren zusammengefasst, mit denen hausintern weitergearbeitet wird.

1. OE-ARBEITSTREFFEN:

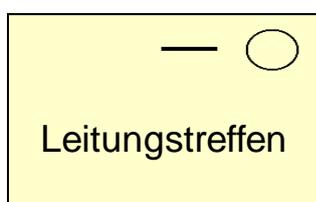
Diese OE-Arbeitstreffen werden von Expert:innen aus dem Bereich Hospiz und Palliative Care und mit einer/m Organisationsentwicklungsberater:in begleitet und beraten.



Anzahl/Dauer: 4 Treffen zu je 3h – teilweise überschneidend mit Leitungstreffen; 1. Treffen der Steuergruppe bei der Kick-Off Veranstaltung

Teilnehmer:innen: Geschäftsführung, Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung aller Häuser

Ziel: Treffen von strategischen Entscheidungen, Erarbeiten gemeinsamer Sichtweisen, träger - und hausübergreifende Vernetzung; z.B.: Bestimmung der für HPCPH internen Projektverantwortlichen pro Haus, Diskussion und Verabschiedung von Arbeitspapieren (z.B.: Dokument „Ziele, Leistungen, Indikatoren“) ... usw.



Anzahl/Dauer: 5 Treffen zu je 4-5h; das erste findet hausspezifisch, weitere eventuell trägerübergreifend statt

Teilnehmer:innen: Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung, zwei Palliativbeauftragte (sobald

ausgewählt), Stations-/Wohnbereichsleitungen, Leitungen aller Berufsgruppen (max. 10 Personen pro Haus), alle Häuser

Ziel: Planung und aktive Unterstützung der Umsetzung von HPCPH, Commitment der Führungsebene; z.B.: Einführung der Rolle von Palliativbeauftragten aus OE-Sicht, Unterstützung bei der Auswahl der Palliativbeauftragten und -gruppe, Bearbeitung der „Ziele, Leistungen, Indikatoren“ für HPCPH, Planung der Strategien für OE-Arbeitstreffen (z.B. welche Zielgruppe soll mit den Nahtstellentreffen erreicht werden, ...)

Arbeitstreffen der Palliativ- beauftragten

Anzahl/Dauer: 4 Treffen zu je 6h

Teilnehmer:innen: 2 Palliativbeauftragte aller Häuser

Ziel: Unterstützung der Palliativbeauftragten in ihrer Rollenfindung, Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Arbeiten, Austausch und Vernetzung mit anderen Häusern, Generieren von Ideen, ... ; z.B.: Erarbeiten/Reflexion der eigenen Rolle als Palliativbeauftragte:r, Erlernen von Methoden zur Leitung der Palliativgruppe (Moderationsmethoden, wie kann eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Palliativgruppenmitgliedern/Leitung erreicht werden,...), Planung und Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualifizierungszirkeln, der Impulsveranstaltung für alle, den Nahtstellentreffen, Auseinandersetzung wie HPC in die täglichen Abläufe gut integriert werden kann, in die Fortbildung, in die Öffentlichkeitsarbeit

— IST-Stand Erhebung

Anzahl/Dauer: 1 Treffen zu je 2h – wird meist im Rahmen des 1. Leitungstreffens absolviert

Teilnehmer:innen: Hausleitung, Pflegedienstleitung

Ziel: Erhebung des IST-Standes (quantitativ/qualitativ) zu Hospiz und Palliative Care im Heim (z.B. Qualifikation der MitarbeiterInnen, Anzahl an Krankenhauseinweisungen, ...). Dieser IST-Stand kann mit dem Stand am Ende der Projektlaufzeit verglichen werden (Evaluierung/Reflexion von HPCPH)

Workshops Palliative Geriatrie — oder ○

Anzahl: Anzahl der WS je nach Anzahl an Mitarbeiter:innen, pro WS 20 Teilnehmer:innen möglich

Dauer: 36h je WS, entweder eine durchgängige Woche, oder zuerst 2 Tage, danach verbleibende 2,5 Tage die Woche darauf

Teilnehmer:innen: mind. 80% aller Mitarbeiter:innen aller Berufsgruppen (Pflegepersonen, Ärzt:innen, Küchen- und Reinigungsmitarbeiter:innen, ...) und aller Hierarchieebenen (Leitungsebene, ...). Die WS können hausintern, aber auch haus- und trägerübergreifend durchgeführt werden. Der Vorteil der übergreifenden WS ist das Profitieren von der Unterschiedlichkeit der Teilnehmer:innen aus einem anderen Heim. Wichtig ist, dass die Palliativbeauftragten und Mitglieder der Palliativgruppe in den ersten

Workshops mit dabei sind. Ebenso sollten Geschäftsführung, Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung und Stationsleitungen an den ersten Workshops teilnehmen.

Ziel: Vermittlung von Basiswissen und Haltung zu Hospiz und Palliative Care. Danach können alle Mitarbeiter:innen ihren Beitrag zu einer guten Begleitung von Bewohner:innen; insbesondere von schwerkranken und sterbenden Bewohner:innen und ihren An- und Zugehörigen besser und sicherer leisten.

—
Qualifizierungs-
zirkel mit
ÄrztInnen

Anzahl/Dauer: 4 Qualifizierungszirkel zu je 3h

Teilnehmer:innen: Alle betreuenden Ärzt:innen (Allgemeinmediziner:innen-/Heimärzt:innen), Pflegepersonen, zwei Palliativbeauftragte ggf. Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung.

Bei diesen Terminen wird ein:e (externe:r) Palliativmediziner:n beigezogen.

Ziel: Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen Pflege/Medizin, Kompetenzerweiterung, retrospektive Fallbesprechung

Die Einführung des VSD Vorsorgedialogs® in ein Heim beinhaltet die Elemente:
VSD-Planungsgespräch, VSD-WS und VSD Reflexions-WS

—
VSD-Planungs-
gespräch

Anzahl/Dauer: 1 Termin zu 3h

Teilnehmer:innen: Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche Leitung, Palliativbeauftragte, Allgemeinmediziner:innen Heimärzt:innen, ggf. Seelsorger:innen, Psycholog:in, etc.

Ziel: Planung der Integration des VSD in die Strukturen und Abläufe des Heimes (z.B. Fragen wie: Wie ist der VSD-Prozess im Heim angelegt? Wer wird die Gespräche führen und muss den VSD-Workshop besuchen? Wie wird dokumentiert und wo wird die Dokumentation abgelegt, sodass diese im Krisenfall beigezogen wird? ...)

— oder ○
VSD-Workshop

Anzahl/Dauer: 1 Termin zu 6h

Teilnehmer:innen: Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche Leitung, Allgemeinmediziner:innen Heimärzt:innen, Palliativbeauftragte, alle Personen, die den VSD organisieren, moderieren, reflektieren und dokumentieren

Ziel: Kennenlernen des VSD, Klären der im VSD verwendeten Begrifflichkeiten, Proben erster VSD-Gespräche, aktuelle Studienlage zu Maßnahmen wie Krankenhauseinweisung, Reanimation, PEG-Sonde, ... Ab diesem Zeitpunkt, können die Heimmitarbeiter:innen den VSD den Bewohner:innen anbieten und die Gespräche führen.

— oder ○
VSD-Reflexions-
Workshop

Anzahl/Dauer: 1 Termin zu 3h

Teilnehmer:innen: siehe Teilnehmer:innen VSD-Workshop

Ziel: Etwa ein halbes Jahr nach Einführung des VSD wird gemeinsam reflektiert, was gut gelaufen ist und wo es noch Schwierigkeiten/Fragen gibt.

2. OE-ARBEITSTREFFEN: EIGENE DURCHFÜHRUNG MIT RÜCKMELDUNG AN DAS EXTERNE PROJEKTTEAM

Diese OE-Arbeitstreffen werden vom Heim selbstständig – mit vorbereitender Unterstützung des externen Projektteams – durchgeführt. Die Ergebnisse der Treffen werden vom Heim in Arbeitspapieren festgehalten und an das externe Projektteam rückgemeldet.

—
zwei interne
Projektleiter*innen
benannt

Für das Projekt braucht es intern im Heim zwei Projektleiter:innen, die für die Umsetzung von HPCPH verantwortlich sind und diese aktiv mitgestalten. Es sollen zwei Personen aus der Führungsebene sein (bevorzugt Pflegedienstleitung und ärztliche Leitung), da es wichtig ist, dass diese Personen auch selbstständig entscheidungsbefugt sind.

—
zwei Palliativ-
beauftragte
benannt

Ein sehr wichtiger Schritt in HPCPH ist die Einführung der Rolle von Palliativbeauftragten und einer interdisziplinär zusammengesetzten Palliativgruppe. Die Palliativbeauftragten sind gemeinsam mit der Palliativgruppe und in Abstimmung mit der Projektleitung die zentrale Entwicklungsstelle von HPCPH im Haus – in der Projektlaufzeit und auch in der Nachhaltigkeit nach Projektende. Die Palliativbeauftragten helfen dem Heim/der Organisation beim Lernen zum Thema Hospiz und Palliative Care, indem sie, gemeinsam mit der Palliativgruppe und in Abstimmung mit der Projektleitung wichtige Prozesse in Gang bringen, damit Hospizkultur gelebt werden kann. Die Palliativgruppenmitglieder sind die Augen und Ohren zum Thema HPC im Haus und bringen Themen und Beobachtungen in die Gruppe ein bzw. helfen bei der Umsetzung von Arbeitsaufträgen.

Siehe zusätzliche Unterlage zu Palliativbeauftragten/Palliativgruppe.

—
Palliativ-
gruppe benannt

—
**Palliativgruppen-
treffen (mind.
6x/Jahr)**

Anzahl/Dauer: 6 Termine pro Jahr, je ca. 1,5-2h

Teilnehmer:innen: Palliativbeauftragte, Mitglieder der Palliativgruppe

Die Palliativbeauftragten leiten die mindestens 6 Mal jährlich stattfindenden Palliativgruppentreffen. Hier werden die gemeinsam vereinbarten Zielen in die konkrete Umsetzung gebracht.

—
**Einbindung der
betreuenden
Ärzt*innen**

Anzahl/Dauer: 1 Treffen zu ca. 2h

Teilnehmer:innen: Alle betreuenden Ärzt:innen (Allgemeinmediziner:innen/Heimärzt:innen), Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung, Pflegepersonen, zwei Palliativbeauftragte

Ziel: Einbindung von Allgemeinmediziner:innen Heimärzt:innen zu HPCPH, Planung gemeinsamer Schritte im Rahmen von HPCPH (z.B. Themen für die Impulsveranstaltung, Qualifizierungszirkel).

—
**Impuls-
veranstaltung für
ALLE**

Anzahl/Dauer: 1 Veranstaltung zu ca. 3h

Teilnehmer:innen: Alle Mitarbeiter:innen, intern und extern, Allgemeinmediziner:innen, weitere Kooperationspartner:innen, An- und Zugehörige, ehrenamtliche Mitarbeiter:innen, ...

Ziel: Information und Motivation aller Mitarbeiter:innen – intern sowie extern – alle ins Boot holen, Projektleitung, Palliativbeauftragte stellen sich vor, Motivation für die Workshops Palliative Geriatrie schaffen, Ängste nehmen, das Unterstützende vermitteln, Ziele des Projektes verdeutlichen, Fachinput geben, ...

—
**Nahtstellen-
treffen**

Anzahl/Dauer: 2 Treffen zu ca. 3h

Teilnehmer:innen: Externe Partner, Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung, Palliativbeauftragte

Ziel: Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation mit externen Partnern. (z.B. Krankenhaus-Case Manager:innen, Hospizteams-Koordinator:innen, Mobile Palliativteams, Bestattung, ...)

—
***große Heime:
zusätzliches
hausinternes
Leitungstreffen**

Bei den vom externen Projektteam moderierten, haus- und trägerübergreifenden Leitungstreffen (siehe S. 3) können max. 10 Personen pro Haus teilnehmen. Um alle Stations-/Wohnbereichsleitungen des Hauses zu erreichen, braucht es bei großen Häusern in jedem Fall immer ein weiteres, selbst organisiertes, internes Leitungstreffen.

Rollenprofil für
Palliativbeauftragte/
-gruppe liegt vor

Die Verschriftlichung des Rollenprofils der Palliativbeauftragten und –gruppenmitglieder ist ein wichtiger Meilenstein in HPCPH. Das erfordert die eingehende Auseinandersetzung mit den Erwartungen der Rolleninhaber:innen und anderer an die Rolle der Palliativbeauftragten und –gruppenmitglieder. Die Heime werden bei der Erstellung (z.B. bei den Leitungstreffen und Arbeitstreffen der Palliativbeauftragten) beraten und stellen dir Rollenprofile hausintern fertig. Etwa zur Mitte der Projektlaufzeit liegen die Rollenprofile vor, die laufend evaluiert/überarbeitet werden können.

—
Evaluierung/
Reflexion von
HPCPH

Anzahl/Dauer: 1 Treffen zu je 2h

Teilnehmer:innen: Hausleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche und betriebswirtschaftliche Leitung, zwei Palliativbeauftragte

Ziel: Evaluierung und Reflexion der gesammelten Daten zu HPCPH, Vergleich mit dem IST-Stand zu Projektbeginn.

gemeinsame
Abschluss-
veranstaltung

Anzahl/Dauer: 1 Veranstaltung zu je 3-4h

Eine gemeinsame Abschlussveranstaltung wird von den teilnehmenden HPCPH-Häusern geplant (Inhalt, wer wird eingeladen, ...).

Ziel kann sein: Präsentation der Ergebnisse, Rückschau, Bilanz, Nachhaltigkeit, Öffentlichkeitsarbeit, Ausblick, Feiern und stolz auf sich als HPCPH Heim und als Träger sein.