

Erfahrungen aus dem Projekt „VSD Vorsorgedialog® in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“ und Empfehlungen für die Implementierung bei Trägern

Februar 2024

„Lebensqualität bedeutet Wahrnehmung der eigenen Position und des eigenen Wohlbefindens durch eine Person oder eine Gemeinschaft. Lebensqualität schließt körperliche Gesundheit, psychologischen Status, Grad an Selbstständigkeit, soziale Beziehungen, persönliche Ansichten und die Beziehung zur Umwelt mit ein. Gesundheit und Lebensqualität ergänzen einander und überschneiden sich. Lebensqualität ist dort gegeben, wo Menschen ihr Leben aktiv gestalten können, ausreichend soziale Kontakte zu anderen Individuen und Gruppen pflegen und über das Maß an Selbstbewusstsein verfügen, das es ihnen ermöglicht, ihre Lebensbereiche ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.“¹

Im Bemühen dieser Definition von Lebensqualität lt. GÖG in der Praxis zu entsprechen, beschlossen drei Wiener Träger von 1.2.2021-31.12.2023 den VSD Vorsorgedialog® (im weiteren Verlauf mit VSD abgekürzt) in ihren Einrichtungen der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause im Rahmen eines Pilotprojekts zu implementieren. Die Caritas der Erzdiözese Wien, der Arbeiter Samariter Bund Wien und die CS Caritas Socialis benannten es als logische Konsequenz aus dem Vorgängerprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“ (2015-2018), nachdem die Grundlagen geschaffen wurden, einen Schritt weiterzugehen und das Instrument der vorausschauenden Planung, den VSD Vorsorgedialog®, einzuführen.

Voraussetzungen für die Implementierung des VSD

Der Nachweis von Hospizkultur kann u.a. durch die Teilnahme am Projekt HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause, HiM – Hospiz und Palliative Care im Mobilen Dienst OÖ, HiZ - Hauskrankenpflege im Zentrum und HPC zuhause, erfolgen. Die nachhaltige Weiterführung des Themas in der täglichen Praxis ist essentiell: das bedeutet, dass es Palliativbeauftragte mit fixen Arbeitsstunden gibt. Weiters eine, sich regelmäßig treffende, Palliativgruppe, und dass 80% aller Mitarbeitenden aller Berufsgruppen des Trägers eine mind. 24-stündige Fortbildung zu HPC absolviert haben.

¹ Definition von Lebensqualität Fonds Gesundes Österreich, 2023

Wurde die HPC-Kompetenz anders erworben, so liegt zur Überprüfung der HPC-Kompetenz ein mit allen landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen der Bundesländer abgestimmter Kriterienkatalog vor.

Alle Mitarbeitenden aus der Pflege und Betreuung, die die VSD-Gespräche in der Praxis umsetzen, sind vorab in einem VSD-Workshop geschult worden und haben einen HPC Mobil WS absolviert.

Der Implementierungsprozess wird in den Bundesländern mit den landeskoordinierenden Hospiz und Palliativorganisationen durchgeführt, in Zusammenarbeit mit einem/einer Organisationentwickler:in.

Der Prozess kann auch trägerübergreifend gestaltet werden (siehe Dokument Implementierungsprozess).

Ausgangssituation

Vorausschauende Planung für das eigene Lebensende ist häufig nicht im Bewusstsein der Klient:innen die zu Hause betreut werden. Hinzukommt, dass der Abschluss einer Vorsorgevollmacht bzw. einer Patient:innenverfügung für viele Klient:innen in der mobilen Pflege und Betreuung eine administrative und finanzielle Hürde darstellt. Vielen ist es nicht mehr möglich eine:n Notar:in bzw. Anwalt/Anwältin aufzusuchen bzw. ihre Angelegenheiten auf dem Anspruchsniveau einer Vorsorgevollmacht bzw. einer Patient:innenverfügung zu verschriftlichen.

Auf das Thema aufmerksam zu machen und es aktiv anzusprechen ermöglicht u.a. der Vorsorgedialog - ein moderierter Gesprächsprozess bei dem Klient:innen und Angehörige gemeinsam mit einer Ärztin bzw. einem Arzt und einer Pflegeperson soziale und pflegerische Willensäußerungen sowie medizinische Interventionen für das Lebensende zu besprechen und schriftlich zu dokumentieren. Die Signifikanz dieses Themas wird auch im Bericht der GÖG/ÖBIG Taskforce zu Pflege², ab Maßnahme 51, prominent angeführt.

Empfehlungen für den Einführungsprozess

- Die Entscheidungsträger der Organisation bewilligen und unterstützen die Einführung des VSD in der mobilen Pflege und Betreuung.
- Die Verantwortlichen für den Pflege- und Betreuungsprozess haben den VSD, im Fokus und fördern ihn durch entsprechende Maßnahmen. Die Information zum VSD und die Durchführung von VSD Gesprächen gehört zum zusätzlichen Leistungsangebot in der Klient:innenbetreuung.

² Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien

- Die Aufgaben, Ressourcen (insbesondere Zeit) und Ziele der:des VSD-Beauftragten sind zwischen Mitarbeiter:in und Führungskraft beschrieben und vereinbart. Ein Anforderungsprofil der:des VSD-Beauftragten ist erstellt.
- Der Prozess zur Erstellung des Vorsorgedialog ist im Pflege- und Betreuungsprozess implementiert.
- Im Einführungsprozess sind Kennzahlen zur Überprüfung in der Anwendung des VSD definiert (bspw. Anzahl Informationsgespräche und Anzahl abgeschlossene VSD).
- Die Mitarbeitenden erhalten regelmäßig Informationen zu den Zielen und zum Prozess des Vorsorgedialogs.
- Für den Einführungsprozess ist es von Vorteil Kontakte mit Ärzt:innen zu nutzen und sie frühzeitig in den Prozess zu integrieren und Informationen weiterzugeben.

Empfehlungen für die Umsetzung und nachhaltige Sicherung auf Mitarbeitenden- und Organisationsebene

- Es braucht alle Mitarbeitenden die im Pflege- und Betreuungsprozess bei einem Klienten/einer Klientin involviert sind, um Informationen, die für das VSD-Gespräch relevant sind, durchgehend zu dokumentieren und weiterzuleiten. Damit ist der Zeitaufwand deutlich geringer für jene Person, die zum VSD berät und diesen dann durchführt, da schon viele Informationen im Pflege- bzw. Verlaufsbericht nachzulesen sind.
- In den Teams braucht es mindestens eine Person die sich für den VSD verantwortlich fühlt und diesen in die Regelkommunikation (Team- und Klient:innenbesprechungen) einbringt.
- Es bewährt sich, wenn die prozessverantwortlichen DGKPs, die von Anfang an bei den Klient:innen beraten und begleiten, auch den VSD durchführen.
- Die An- und Zugehörigen sollen, je nach Wunsch der Klient:innen, rechtzeitig zum VSD informiert und einbezogen werden.
- Auch wenn es formal nicht zu einem Abschluss des VSD gekommen ist, so wird die Kommunikation zur vorausschauenden Planung bei den Beteiligten positiv wahrgenommen und ist unterstützend für den weiteren Pflege- und Betreuungsprozess.
- Es besteht die Möglichkeit, dass das Krisenblatt im VSD-Gespräch nicht ausgefüllt wird, auch dann hat der VSD-Prozess stattgefunden und ist unterstützend für den weiteren Pflege- und Betreuungsprozess.
- Den Kontakt mit den Ärzt:innen zum Vorsorgedialog weiter zu pflegen, insbesondere mit jenen die bereits bei der Erstellung eines Vorsorgedialogs involviert waren, ist zielführend.
- Die prozessverantwortlichen DGKPs, die den VSD durchführen, nehmen an externen und internen Vernetzungstreffen und Weiterbildungen zum VSD, teil.
- Auch nach der Einführung des VSD braucht es weiter interne und externe Öffentlichkeitsarbeit.

- Jährliche Austauschtreffen der VSD-Beauftragten in den Organisationen sorgen für Reflexion und Weiterentwicklung.
- In regelmäßigen Abständen werden die Kennzahlen für den Vorsorgedialog überprüft und bei Bedarf Maßnahmen gesetzt.
- Die Sicherung der Kommunikation zum VSD mit den Stakeholdern (wie z.B. Rettungsdienste, Totenbeschauärztinnen/-ärzte, etc.) ist wichtig – Anregungen hierfür siehe Dokument *„Idealprozessverlauf beim Versterben von Klient:innen mit einem VSD“*

Ansprechperson: Maria Eibel, BSc MA MBA, HOSPIZ ÖSTERREICH
maria.eibel@hospiz.at
+43 681 8122 7145