



Endbericht (1747)

Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege

**Förderung der physischen, psychischen und seelischen
Gesundheit von Leitenden, Betreuenden, An- und Zugehörigen
in der Pflege von alten, pflegebedürftigen und sterbenden
Menschen sowie Lebensqualität bis zuletzt für Bewohnerinnen
und Bewohner durch die Integration von Hospizkultur und
Palliative Care**

Wien, Jänner 2013

Projektdaten

Projektträger: **HOSPIZ ÖSTERREICH**
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
Argentinierstr. 2/3
1040 Wien, Österreich
Tel: +43/1/803 98 68
Fax: +43/1/803 25 80
dachverband@hospiz.at
www.hospiz.at

Präsidentin: Waltraud Klasnic
Vizepräsidenten: Dr. Karl Bitschnau, MAS, Dr. Johann Baumgartner
Geschäftsführung: Mag.^a Leena Pelttari, MSc

Projektleitung und Kontaktperson: Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sigrid Beyer sigrid.beyer@hospiz.at
+43/1/803 98 68

Projektkoordination: Mag.^a Anna Pissarek

Projektzeitraum:

1.12.2009 – 30.11.2012

Projektnummer:

1747

INHALTSVERZEICHNIS

1	Informationen zum Projektträger	4
2	Projektzielsetzungen	6
2.1	Erreichte Projektziele.....	6
2.1.1	Faktoren, die für die dynamische und äußerst positive Projektentwicklung verantwortlich sind.....	6
3	Projekthalte und deren Umsetzung	8
3.1	Grundlage der Projekthalte	8
3.2	Konstituierung einer Projektsteuergruppe.....	9
3.2.1	Umsetzung.....	9
3.3	Die Aufgaben der Projektsteuergruppe.....	9
3.4.	Die Umsetzung in den acht Modellheimen in Niederösterreich	14
3.4.1.	Die Umsetzung in den acht Heimen in Niederösterreich.....	14
3.5.	Zwei österreichweite Vernetzungstreffen.....	31
3.5.1.	Erstes Vernetzungstreffen.....	31
3.5.2.	Zweites Vernetzungstreffen.....	32
3.6.	Schulungen für Projektbegleitungspersonen und Projektverantwortliche	35
3.6.1.	Durchführung einer einführenden Schulung für Projektbegleitungspersonen.....	35
3.6.2.	Durchführung von 3 Organisationsentwicklungsworkshops	35
3.7.	Gründung Beratungs- und Kompetenzzentrum	38
3.8.	Lernerfahrungen aus dem Projekt Hospiz und Palliative Care in der Pflege	43
3.8.1.	Der Vernetzungsaspekt.....	43
3.8.2.	Bezüglich der konkreten Umsetzung in den Heimen.....	44
3.8.3.	Bezüglich der Umsetzung der Ziele	45
3.8.4.	Ressourcen	46
3.8.5.	Der Einbezug von Gender.....	46
3.9.	Konzepte für die Sensibilisierung- und Öffentlichkeitsarbeit	47
3.9.1.	Zielvorgabe:	47
3.9.2.	Umsetzung.....	47
4.	Ausblick.....	52

1 Informationen zum Projektträger

Wer wir sind

HOSPIZ ÖSTERREICH ist der Dachverband von über 260 Hospiz- und Palliativeinrichtungen. HOSPIZ ÖSTERREICH wurde 1993 gegründet und über 15 Jahre von Mag. Sr. Hildegard Teuschl CS als Vorsitzende geleitet. 2008 übergab sie den Vorsitz an Waltraud Klasnic. Im interdisziplinär zusammengesetzten Vorstand arbeiten VertreterInnen aus allen Bundesländern zusammen. In der Geschäftsstelle von HOSPIZ ÖSTERREICH sind haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen beschäftigt.

Der Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH ist überparteilich und überkonfessionell.

Ordentliche Mitglieder des Dachverbandes sind Vereine, Institutionen, Hospizinitiativen und Bildungseinrichtungen aus dem Hospiz- und Palliativbereich.

Außerordentliche und fördernde Mitglieder unterstützen Österreichs Hospizarbeit ideell und finanziell.

HOSPIZ ÖSTERREICH ist Mitglied beim EAPC (European Association of Palliative Care) und beim WPCA (World Palliative Care Alliance).

Was wir tun

°° **Interessensvertretung auf Bundesebene**

°° **Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung**

Wir machen die Themen unheilbarer Erkrankung, Sterben und Tod öffentlich, bringen sie Medien und PolitikerInnen nahe und verbreiten Publikationen, die allen Interessierten Information und Hilfe bieten.

°° **Förderung und Vernetzung von Initiativen und Einrichtungen – im Sinne des Hospizgedankens – um Menschen ein würdiges Lebensende zu ermöglichen**

Wir sind eine Mitgliederserviceorganisation. Wir vernetzen und unterstützen Hospiz- und Palliativ-Initiativen und -Einrichtungen, entwickeln und fördern neue Projekte, wie z.B. die österreichweite Datenerhebung, die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim, die Förderung der ehrenamtlichen Hospizarbeit, die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

°° **Aus-, Fort- und Weiterbildung in Hospiz und Palliative Care**

Wir organisieren gemeinsam mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität und St. Virgil in Salzburg einen Universitätslehrgang Palliative Care bis zum Master of Palliative Care. Wir fördern den interdisziplinären Dialog zwischen Medizin, Pflege, Seelsorge, psychosozialen und anderen relevanten Berufen. Wir sichern die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Hospiz- und Palliativbereich für haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Wir fördern den Austausch, die Vernetzung und Kooperation zwischen den Anbietern der Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

°° **Qualitätssicherung und – entwicklung**

Wir entwickeln Qualitätsstandards der Hospiz- und Palliativarbeit für Österreich, auch in Kooperation mit Gesundheit Österreich (GÖG/ÖBIG)

°° **Wir beraten in Hospiz- und Palliativarbeit**

Wir geben Empfehlungen für die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim und arbeiten mit zentralen Kooperationspartnern in einem Beirat zu Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim zusammen. Wir verbreiten die Patientenverfügung und bieten begleitende Erstgespräche und ärztliche Beratungsgespräch für eine beachtliche Patientenverfügung an.

°° **Wir organisieren Veranstaltungen und Symposien, national und international**

2 Projektzielsetzungen

- 1) Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung
- 2) Aufbau und Verstärkung der Fachkompetenz
- 3) Schaffung einer Hospizkultur in den Modellprojektheimen durch externe Beratung und Begleitung von geschulten ProjektbegleiterInnen
- 4) Sicherung der Nachhaltigkeit
- 5) Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung für An- und Zugehörige
- 6) Genau definierte Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige
- 7) Genau definierte Unterstützungsangebote für BewohnerInnen
- 8) Schulung von Projektleitungspersonen
- 9) Schulung von MultiplikatorInnen
- 10) Überprüfung des Prozesses und der Ergebnisse durch die Evaluierung
- 11) Schaffung eines Beratungs- und Kompetenzzentrums für Hospiz und Palliative Care in der Pflege
- 12) Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit für die Belange von Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege
- 13) Ergebnissicherung durch die Publikation eines Qualitätshandbuches

2.1 Erreichte Projektziele

Die Ziele des Projektes wurden in vielen Aspekten weit über das geplante Ausmaß erreicht, bei manchen Zielen musste erkannt werden, dass es sich um ein langfristiges Ziel handelt, wo im ersten Schritt der Weg bzw. die Problemlagen sichtbar wurden, die für eine Zielerreichung notwendig sind. In weiteren Schritten, die über das Heim hinausgehen, da politische Entscheidungen notwendig sind, kann es zur Zielverwirklichung kommen.

2.1.1 Faktoren, die für die dynamische und äußerst positive Projektentwicklung verantwortlich sind

- 1) Das Thema ist gesellschaftspolitisch ein sehr zentrales und viele Organisationen und Entscheidungsträger sind einerseits sehr offen und engagiert bezüglich der Thematik und andererseits auch interessiert an guten, nachhaltigen Konzepten und Umsetzungen.**

- 2) Das Thema betrifft nicht nur ein Bundesland: auch wenn das Projekt nur in einem Bundesland umgesetzt worden ist, so hat es doch bewirkt, dass es mittlerweile in sieben Bundesländern seine Umsetzung findet.
- 3) Die Projektsteuergruppe wurde im Laufe des Projektes zu einer österreichweiten Projektsteuergruppe mit Teilnehmenden aus allen Bundesländern, in denen das Projekt umgesetzt wird. Diese Struktur ist eine empfehlenswerte strukturelle Projektmaßnahme, die den Austausch auf positive Weise beeinflusst, Synergien schafft und die Entwicklung fördert. Das zeigt sich auch in der Evaluierung bei der Beurteilung der Projektsteuergruppe und des Gesamtprozesses.
- 4) Hospiz Österreich hat in allen Bundesländern außer Wien landeskoordinierende Organisationen. Auf diese Weise konnte der Informationsfluss und der Austausch sehr gefördert werden
- 5) Durch die Einsetzung eines bundesweiten Beirats zu Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen, in dem die Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, der Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, die ARGE Pflegedienstleitungen, die Verbindungsstelle der Länder, ÖGAM, GÖG/ÖBIG und der Hauptverband der Sozialversicherungen vertreten sind, wurde das Projekt sehr gefördert. Es ist hier sehr viel Knowhow, Engagement, Interesse und Kompetenz gebündelt. Alle wesentlichen Entscheidungsträger treffen sich im Beirat HPCPH mit dem Interesse, die Prozesse zur Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen auf Österreich-Ebene zu unterstützen und mitzugestalten und für die Umsetzung in guter Qualität und Nachhaltigkeit Sorge zu tragen.
- 6) Zum Erfolg beigetragen haben auch zwei sehr gut besuchte österreichweite Vernetzungstreffen. Es gelang, die Vernetzung sehr gut in Gang zu bringen. Fortgeführt wurde sie durch einen regelmäßigen Infoletter, der einen weiten Personenkreis erreicht.
- 7) Entscheidend war die gelungene Kooperation zwischen Hospiz Österreich und dem Landesverband Hospiz Niederösterreich
- 8) Sehr professionelle und engagierte Projektbegleitungspersonen und MultiplikatorInnen in der Durchführung in Niederösterreich
- 9) Ein fundiertes und sehr gelungenes Projektmanagement
- 10) Viel Offenheit und Bereitschaft in den Heimen und bei den Trägern der Heime

- 11) **Sehr engagierte MitarbeiterInnen in den Heimen**
- 12) **Eine sehr professionelle Evaluierung, die durch Rückspiegelungen im ersten Projektdrittel bereits zu notwendigen Weichenstellungen während des Projektes beigetragen hat**
- 13) **Ein Konzept, das wirklich nachhaltig ist und durch seine konzeptuelle Stärke und Dichte wirkt**
- 14) **Der FGÖ als Fördergeber, der für das Projekt förderliche Veränderungen befürwortet und unterstützt hat**
- 15) **Fördergeber, (FGÖ und Land NÖ), die die Umsetzung unterstützend begleitet haben**

3 **Projekthalte und deren Umsetzung**

3.1 **Grundlage der Projekthalte**

Die Definition der WHO zu Palliative Care und drei aussagekräftige Zitate beschreiben die Situation:

Definition der WHO von Palliative Care, 2002

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Demenz

„Demenz ist eine unheilbare, chronisch fortschreitende, den Tod beschleunigende Erkrankung. Laut Definition der WHO von 2002 sind solche Krankheiten erwiesenermaßen palliativbedürftig.“¹

Palliative Care ist viel mehr als nur End of Life Care

“Palliative Care“ bei Demenzkranken darf nicht mit “End of Life Care” verwechselt werden, die die letzten 48 bis 72 Stunden im Blick hat. Palliative Care beginnt bei der

¹ Volicer 2004 Ladislav Volicer, courtesy full professor School of Aging Studies, University of South Florida, 4202 E Fowler Ave, MHC 1342, Tampa, FL 33620, USA

Diagnosestellung und umfasst den gesamten Zeitraum der besonderen Bedürftigkeit der alten, an Demenz erkrankten und meist multimorbiden Menschen. Je nach Zustandsbild sind nacheinander oder gleichzeitig kurative und palliative Maßnahmen notwendig.“²

BewohnerInnen müssen von Anfang an kurativ und palliativ betreut werden. Palliativ beschränkt sich NICHT auf die Terminalphase. Wenn die Betreuung bis zum Schluss gelingen soll, muss sie beim Einzug ins Heim beginnen. In den Alten- und Pflegeheimen wird von BewohnerInnen gesprochen, nicht von PatientInnen. Der Großteil der BewohnerInnen hat jedoch Pflegestufe 4 oder höher und ist zu einem großen Anteil PatientIn, die/der sowohl kurative wie palliative Maßnahmen von Anfang an braucht.

3.2 Konstituierung einer Projektsteuergruppe

3.2.1 Umsetzung

In der Projektsteuergruppe waren VertreterInnen des Dachverbandes Hospiz Österreich und des Landesverbandes Hospiz NÖ, die Leitung lag bei der Projektleiterin. Im Laufe des Projektes und mit dem Start auch in anderen Bundesländern wurde die Projektsteuergruppe um Mitglieder aus den anderen Bundesländern erweitert. Diese Erweiterung befruchtete die Dynamik des Projektes sehr. Der Zuwachs an Ideen und der Austausch waren sehr förderlich für die Entwicklung und wirk(t)en gleichzeitig auch ressourcenschonend, da Synergien optimal genutzt werden können.

3.3 Die Aufgaben der Projektsteuergruppe

3.3.1. Konzept für die Umsetzung in acht Heimen in Niederösterreich

Umsetzung

Eines der ersten Aufgaben war die **Entwicklung eines Konzeptes für die Umsetzung** des Projektes in acht Modellheimen in Niederösterreich. Das entwickelte Konzept umfasst **Organisationsentwicklung** und darin integriert **Fortbildung in Palliativer Geriatrie**.

Aus vielen Projekten ist bekannt, dass Fortbildung bei MitarbeiterInnen einiges bewirken kann, dass es aber zu einem Motivationsverlust führen kann, wenn die Strukturen, in

² Dr.ⁱⁿ Martina Schmidl, 2010; Oberärztin im Geriatriezentrum am Wienerwald, 1. med. Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie, Wien

denen die Fortbildung angewendet werden soll, unverändert bleiben und notwendige Veränderungen gar nicht zulassen. In einem so großen, umfassenden und gleichzeitig thematisch sensiblen Projekt wie das Hospiz und Palliative Care ist, braucht es die Weiterentwicklung der Organisation hin zu Strukturen, die für alle Betreuenden das Arbeiten erleichtern und für die BewohnerInnen und auch ihre An- und Zugehörigen die Lebensqualität verbessern.

Das entwickelte Konzept sieht externe ProjektbegleiterInnen vor, die den gesamten OE-Prozess im Heim mit all seinen Elementen begleiten. Das beinhaltet Treffen mit den Trägern, mit der Heimleitung, den Palliativbeauftragten und der Palliativgruppe, den externen Partnern und auch mit Entscheidungsträgern auf Landesebene. In diesen OE-Prozess integriert ist die Fortbildung Palliative Geriatrie.

3.3.2. Entwicklung eines Curriculums für die Schulung der Projektleitungspersonen

Umsetzung

Das **Curriculum** für die **erste Schulung der ProjektbegleiterInnen** hatte folgende Inhalte:

- Hospiz und Palliative Care Standards
- Vorstellung von Projekten zu Hospiz und Palliative Care
- Organisationsentwicklungsprozess
- Gender
- Interkulturalität
- Visionen und Perspektivenentwicklung

3.3.3. Entwicklung eines Curriculums für die Schulung der GutachterInnen und Organisation der Schulung

Umsetzung

Bezüglich der **Entwicklung eines Curriculums für die Schulung der GutachterInnen und Organisation der Schulung** kam es bereits im ersten Projektabschnitt zu **Veränderungen und neuen Möglichkeiten**.

Ursprünglich geplant war u. a. auch die Entwicklung eines Curriculums für die Schulung der GutachterInnen, die nach Projektabschluss die Qualität und Nachhaltigkeit prüfen sollten, und die Organisation und Durchführung der Schulung von GutachterInnen. Die

Schulung sollte die GutachterInnen befähigen zu überprüfen, ob die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen qualitativ und nachhaltig gelungen ist, um ein Gutachten zu vergeben. Der Begutachtungsablauf war im bundesweiten Beirat in Ausarbeitung. Es war geplant, dass die GutachterInnen die Überprüfung in den Alten- und Pflegeheimen ein halbes Jahr nach Projektabschluss durchführen werden.

Veränderung: Nach zwei Gesprächen zwischen dem Dachverband Hospiz Österreich mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der Koordinierungsstelle für das Nationale Qualitätszertifikat stellte sich heraus, dass eine Kooperation bezüglich Zertifizierung/Gutachten sinnvoll ist. Es fanden zwei Workshops statt, um Hospiz und Palliative Care in das Nationale Qualitätszertifikat zu integrieren. Es war ursprünglich eine Erweiterung des NQZ zu einem NQZ mit vertiefter Prüfung in Palliative Care geplant, was einen größeren Zeitaufwand in der Zertifizierung bedeutet hätte, letztendlich aber nicht umgesetzt wurde, da NQZ ExpertInnen Hospiz und Palliative Care als bereits integriert sahen. Der Wunsch des BMASK und der Koordinierungsstelle war, dass es österreichweit nur eine Zertifizierung gibt.

So wurden Ressourcen frei, die im Verlauf des Projektes dringend gebraucht wurden für die in den OE-Prozess integrierte Fortbildung Palliative Geriatrie.

Für die Fortbildung in den Heimen wurde das **Curriculum Palliative Geriatrie** speziell für dieses Projekt von DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke entwickelt. Nach diesem Curriculum sollten geeignete Personen ausgebildet werden, die dann wiederum die **Schulungen in den Heimen** durchführen konnten. Eine wichtige Überlegung und Entscheidung waren die Aufnahmekriterien für diese MultiplikatorInnen.

Die Projektsteuergruppe entschied, dass sie Wissen und Erfahrung in Hospiz und Palliative Care mitbringen mussten, weiters Geriatrieerfahrung haben mussten und Erfahrung in der Moderation von Gruppenprozessen aufweisen konnten. In den Heimen sollten 80% aller MitarbeiterInnen quer durch alle Berufsgruppen im Rahmen des OE-Prozesses nach diesem Curriculum von den MultiplikatorInnen geschult werden. **Im Rahmen des Projektes konnten drei MultiplikatorInnenschulungen** durchgeführt werden mit insgesamt 58 Personen aus verschiedenen Bundesländern, von verschiedenen Trägern und mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund, viele aus Pflege und Medizin, aber auch aus der Erwachsenenbildung. Die Leitung der MultiplikatorInnenausbildung übernahmen die AutorInnen des Curriculums Palliative

Geriatrie Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke. Die MultiplikatorInnenschulung erhielt sehr positives Feedback. Der Grund liegt sicherlich in der Methodik und den Inhalten. Das Curriculum schlägt Unterrichtsmethoden vor, die sich besonders gut für Menschen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund eignen und die insbesondere die Eigenaktivität der Lernenden fordern und fördern. Das Curriculum sieht einen abwechslungsreichen Methoden-Mix vor. Es lehnt sich an die Storyline-Methode an, die einen relativ offenen, zugleich aber zielgerichteten Unterricht ermöglicht. Die TeilnehmerInnen müssen in hohem Maße selbst aktiv werden, d.h. selbst lernen anstatt belehrt zu werden. In einer Storyline folgen die Inhalte einer einfachen Geschichte, die im Laufe der Fortbildung Schritt für Schritt weiterentwickelt wird. Das Curriculum bedient sich einer simulierten Realität: Im Mittelpunkt steht der letzte Lebensabschnitt einer von den TeilnehmerInnen selbst „erfundenen“ alten Frau (80% Frauen als Heimbewohnerinnen), von der Aufnahme im Pflegeheim bis nach ihrem Tod. Am Beispiel dieser Bewohnerin werden alle wesentlichen Themen behandelt. Dabei fließen die Erfahrungen, Kenntnisse, Einstellungen und Werte der TeilnehmerInnen in den gemeinsamen Lernprozess ein. Ein weiteres Prinzip besteht darin, die TeilnehmerInnen als ExpertInnen für ihre Lebenswelt ernst zu nehmen. Sie werden ausdrücklich ermutigt, ihre Wahrnehmungen, Erfahrungen, Ideen, Vermutungen und Überzeugungen einzubringen. Die TeilnehmerInnen erwerben dabei nicht so sehr Wissen über isolierte Einzelheiten, sondern eignen sich Sinnzusammenhänge an, die ihnen einleuchten und die sie daher so schnell nicht wieder vergessen. Sie erwerben dadurch gleichzeitig Selbstvertrauen, denn sie erfahren, dass sie in der Lage sind, wichtige Fragen durch eigenes Nachdenken, Probieren und Diskutieren mit Anderen zu beantworten. Außerdem erleben sie, dass Lernen nicht anstrengend und frustrierend sein muss, sondern auch anregend sein und Freude machen kann.



3.3.4. Kooperation und Vernetzung mit dem Beirat zu Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim

Im Beirat sind die Österreichische Ärztekammer, GÖG/ÖGIB, BMASK, BMG, die Verbindungsstelle der Länder, ÖGAM, der Dachverband der Alten- und Pflegeheime, die ARGE Pflegedienstleitungen und der Hauptverband der Sozialversicherungen vertreten – geleitet wird der Beirat vom Dachverband Hospiz Österreich.

Umsetzung

Der **Beirat zu Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen** wurde gleich zu Beginn des Projektes gegründet. Von Anfang an im Beirat waren/sind die Österreichische Ärztekammer, das BMG, BMASK, der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, die ARGE Pflegedienstleitungen, die Verbindungsstelle der Länder, ÖGAM und GÖG/ÖBIG. 2012 kam der Hauptverband der Sozialversicherungen hinzu. Es ist hier sehr viel Knowhow, Engagement, Interesse und Kompetenz gebündelt. Alle wesentlichen Entscheidungsträger treffen sich im Beirat HPCPH mit dem Interesse, die Prozesse zur Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen auf Österreich-Ebene zu unterstützen und mitzugestalten und für die Umsetzung in guter Qualität und Nachhaltigkeit Sorge zu tragen. Der Beirat trifft sich dreimal jährlich. Der Beirat war an den Entwicklungen bezüglich Zertifizierung ebenso beteiligt wie an der österreichweiten Datenerhebung zu Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen, die 2012 über eine Finanzierung des BMASK durchgeführt werden konnte. Der Beirat ist auch im Qualitätshandbuch/Reader vertreten und trat auch sichtbar im Rahmen der Enquete des Dachverbandes Hospiz Österreich anlässlich des Welthospiztages 2012 auf, die unter dem Thema „Sorge um das Glück der anderen - Hospiz und Palliative Care im Alter“ stand. Am Wesentlichsten ist, dass die Beiratsmitglieder in den Sitzungen die Sicht ihrer Organisation zu diesem komplexen Thema einbringen und mit anderen VertreterInnen der verschiedenen Organisationen, die alle mit dem Thema der Versorgung im hohen Alter beschäftigt sind, in Austausch und Diskussion gehen und Ideen entwickeln. Auf diese Weise gelingt ein optimales Zusammenwirken. Immer wieder wird der Beirat von den Mitgliedern selbst als Best Practise Beispiel für Zusammenarbeit benannt.

3.4. Die Umsetzung in den acht Modellheimen in Niederösterreich

3.4.1. Die Umsetzung in den acht Heimen in Niederösterreich

Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl war, dass die Unterschiedlichkeit der Heimlandschaft abgebildet werden sollte. Es sollten Heime im städtischen wie im ländlichen Raum ausgewählt werden, öffentliche und private Heime, Heime mit einer kleineren und größeren Bettenanzahl. Die Projektinformation erging an alle Heime in Niederösterreich extern über die ARGE Heime und intern über Intranet des Landes NÖ. Interessierte Heime konnten sich beim Land Niederösterreich melden.

Folgende Heime nahmen am Projekt teil: Baden (LPH und Stadtheim), Hainfeld, Laa/T, Waidhofen/T, Waidhofen/Y, Neunkirchen, Haus Klosterneuburg und Kritzensdorf.

3.4.1.1. Große und wichtige Veranstaltungen im Rahmen der Umsetzung in den Heimen

KICK-OFF

Der gemeinsame Start für alle teilnehmenden Heime war eine KICK-OFF Veranstaltung im Landhaus St. Pölten, bei der das Land NÖ durch die Landesrätin Mag.^a Johanna Mikl-Leitner, Hofrat Dr. Otto Huber und Mag.^a Helene Lattacher, Abteilung GS 7 vertreten war. Aus der Projektsteuergruppe waren die Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz NÖ, Dr.ⁱⁿ Brigitte Riss, die Projektbegleiterinnen Sonja Thalinger, MSc, Christiane Krainz, die Projektleiterin von Hospiz Österreich Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer und die Geschäftsführerin von Hospiz Österreich Mag.^a Leena Pelttari, MSc anwesend. Ca. 80 VertreterInnen aus den acht Modellheimen und Interessierte waren anwesend. Die acht Modellheime erhielten symbolisch durch die Landesrätin ein „Startpaket“ und statt einem Startschuss ertönte der Klang einer Klangschale.

Startveranstaltungen in allen Pflegeheimen

Die konkrete Planung der Startveranstaltung erfolgte in persönlichen Gesprächen, über Mail und Telefon. Die Heimleitungen haben sich in den meisten Heimen sehr aktiv in die Planung und Organisation eingebracht. Eingeladen hat das jeweilige Heim bzw. der jeweilige Träger, die Gestaltung war individuell.

Ziel: Alle Beteiligten über das Projekt zu informieren, sie ins Boot zu holen, für das Thema zu sensibilisieren.

Bei den Startveranstaltungen waren zwischen 80 – 100 MitarbeiterInnen aus allen Bereichen intern und extern anwesend. Auch Ehrenamtliche nahmen in manchen Heimen teil. In einigen Heimen waren die HausärztInnen, die Seelsorge und auch die Gemeindevertretung anwesend. Überall gab es eine Projektvorstellung und einen Fachvortrag. Die Projektbegleitung übernahm die Vorstellung des allgemeinen Projektteiles.

MultiplikatorInnenschulung in Niederösterreich: Die Kosten übernahm der Landesverband Hospiz NÖ bzw. es konnten Sponsoren gefunden werden, da diese Kosten nicht im Projekt eingeplant waren.

Schulung der MultiplikatorInnen durch DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr. Ulf Schwänke

Dauer: 5 Tage

Anzahl der Teilnehmenden: 18 MultiplikatorInnen

Abschlussveranstaltung

Anwesend waren ca. 100 Personen, VertreterInnen aus den teilnehmenden Projektheimen und den neu beginnenden Heimen des zweiten Durchgangs. Das Land Niederösterreich war vertreten durch LR Mag.^a Barbara Schwarz und Hofrat Dr. Otto Huber. Mitglieder des Beirats, Mitglieder von Hospiz Österreich, Mitglieder des Landesverbandes Hospiz Niederösterreich und die Projektbegleiterinnen nahmen auch teil. Dr.ⁱⁿ Brigitte Riss, die Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz NÖ, führte durch die Veranstaltung.

Zwei Referate: DDr.ⁱⁿ Marina Kojer und Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer

Dr.ⁱⁿ Maya Kerschbaum vom NÖ Beirat moderierte den runden Tisch mit den Heimen, wo diese von ihrem Projekt berichteten.

LR Mag.^a Barbara Schwarz und Hofrat Dr. Huber überreichten den VertreterInnen der teilnehmenden Heime die Bestätigungsurkunden zur Teilnahme am Projekt.

- 3.4.1.2. Wichtige sich wiederholende Treffen im Rahmen der Umsetzung in den Heimen und Vernetzungsaspekte

A) Sitzungen mit der Heimleitung/Führungsebene jedes der acht Heime (insges. 4x)

Teilnehmende: Heimleitung, Palliativbeauftragte, Pflegedienstleitung und Projektbegleitung

Inhalte dieser Treffen waren: Verständigung auf das Projekt - Besprechung der Projektarchitektur, des Prozessverlaufes, Grobplanung der Startveranstaltung im Heim, Aufgaben der Palliativbeauftragten, Aufgaben der Leitung, Reflexion der Startveranstaltung, Durchführung einer IST-Stand Erhebung, bei der es um eine Bestandsaufnahme ging, wo das Heim bezüglich Hospiz und Palliative Care steht. Die Ist-Analysen waren gemeinsam mit den Auswertungen der Fragebögen, die nach jeder Inhouseschulung durchgeführt wurden, Basis für die Formulierung der Ziele des Hauses in Bezug auf Hospiz und Palliative Care bei. Diese wurden dann im Palliativteam und auf den Stationen entsprechend kommuniziert, adaptiert und umgesetzt. Die Ziele wurden in den Kategorien kurzfristig, mittelfristig und langfristig festgelegt. Eine Grundlage, um den Prozess der Umsetzung von Hospizkultur gut beobachten, darzustellen und in der Folge auch entsprechend kommunizieren zu können, bildeten die Richtlinien HPCPH des Dachverbandes Hospiz Österreich, die von der Projektbegleitung in ein Prozessblatt umgearbeitet worden waren. Inhalte der Treffen waren auch die Umsetzung der gesetzten Ziele, die Reflexion des Prozesses und die Sicherung der Nachhaltigkeit.

B) Vernetzungstreffen der Palliativbeauftragten (insges. 4x)

Teilnehmende: Alle Palliativbeauftragten aller Heime und die Projektbegleitung in Moderationsfunktion

Inhalte: Kennenlernen, Austausch, Startveranstaltung im eigenen Haus, Aufgaben der Palliativgruppe, Umsetzung der Ziele, Reflexion der Zielverwirklichung, Schwerpunktthemen: Einbezug der ÄrztInnen, palliativmedizinische Versorgung, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Prozessblatt, Dokumentation, Nachhaltigkeit, Abschlussveranstaltung.

Alle Palliativbeauftragten haben einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care absolviert. Das Palliativteam, das interdisziplinär zusammengesetzt ist, wurde in jedem Haus etabliert.

C) Treffen des Beirats NÖ (insges. 4x)

Teilnehmende: NÖGKK, ARGE Heime, NÖ PPA, Land NÖ, HeimärztInnen NÖ, AK NÖ, Apothekerkammer, Mitglieder Projektsteuergruppe

Inhalte: Vorstellung des Projektes, IST-Stand, Bedeutung und Aufgaben des Beirats, der aktuelle Stand in den Heimen, Qualitätssicherung, Blick in andere Bundesländer,

Nachhaltigkeit, Abschlussveranstaltung, Weiterführung des Projektes, Änderungen für den zweiten Durchgang, zentrale Themen wie z.B. palliativmedizinische Versorgung...u.a.
Ziel: Begleitung und Unterstützung der Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in den Pflegeheimen in Niederösterreich.

D) Fortbildung für die Palliativbeauftragten

Teilnahme aller Palliativbeauftragten und der Projektbegleiterinnen an der Fachtagung "Demenz und Palliative Care. Das Recht Demenzkranker auf palliative Versorgung" im Kardinal König Haus. Der Landesverband Hospiz Niederösterreich hatte die Finanzierung übernommen, da diese nicht über das Projekt abgedeckt werden konnte.

E) Die Vernetzung

innerhalb von Niederösterreich wurde durch einen regelmäßigen Quartalsbericht, der an alle niederösterreichischen Heime erging, verstärkt. Ziel war, alle Heime und Entscheidungsträger von Anfang an in den Kommunikationsprozess einzubinden.

Über die oben aufgezählten fixen Treffen hinaus gab es regelmäßigen Kontakt persönlich, per Telefon und per Mail zwischen der/dem Palliativbeauftragten und den Projektbegleiterinnen.

Nach Abschluss des ersten Durchgangs mit den acht Heimen wurden die Vernetzungstreffen der Palliativbeauftragten um die Palliativbeauftragten des zweiten Durchgangs mit 9 Heimen erweitert.

F) Treffen zwischen Projektbegleitung und MultiplikatorInnen (insges. 4x)

Themen: Informationen zum Gesamtprojekt, Zusammenwirken von Organisationsentwicklungsaspekten und Schulungen, Vorbereitung auf die Durchführung der Schulungen, Zusammenstellung der Teams, Austausch und Reflexion über bereits gelaufene Schulungen, Weiterentwicklung der Schulungen.

Nach jeder Schulung gab es ein Feedbackgespräch zwischen MultiplikatorIn und Projektbegleitung.

G) Seminarblöcke/Fort- und Weiterbildung in den Heimen (insges. 23x)

Insgesamt wurden 23 Schulungen (à 36 Stunden) durch die MultiplikatorInnen in den Heimen durchgeführt. Es nahmen durchschnittlich 30 Personen in interdisziplinärer Zusammensetzung pro Schulung teil. 80% des Heimpersonals wurden geschult, die Teilnehmerinnen kamen aus den psycho-sozialen Berufen, Pflege und Medizin. Küche und Reinigung. Die Erfahrung zeigte, dass diese Gruppengröße für das intensive, interaktive und interdisziplinäre Arbeiten zu groß ist, also wurde in den Folgedurchgängen die Anzahl der Teilnehmenden reduziert. Feedbackbögen dienten der unmittelbaren Rückmeldung zur Schulung.

Am Ende jeder Schulung wurden ausführliche Fragebögen verteilt, die von der Projektbegleitung erarbeitet worden waren. Die Auswertung erfolgte durch die Palliativbeauftragten mit Unterstützung der Projektbegleitung. Diese Auswertung wurde gemeinsam mit der IST-Stand Erhebung die Basis für die Zielplanung.

Inhalte der Schulung:

- Was ist Palliative Care, Palliative Geriatrie
- Bedarf an kurativen und palliativen Maßnahmen bei der Aufnahme ins Heim
- Angehörige als AdressatInnen von Palliative Care von der Aufnahme bis nach dem Tod des Bewohners/der Bewohnerin
- Fortschreitende Demenz und Palliative Care
- Kommunikation mit Hochbetagten mit und ohne Demenz
- Schmerzwahrnehmung, Schmerztherapie
- Herausforderndes Verhalten – Aggression
- Die „kleine Ethik“ im Alltag (Achtsamkeit im Umgang mit hochbetagten BewohnerInnen)
- Nahrungsverweigerung
- Ethische Entscheidungen am Lebensende
- Symptomkontrolle am Lebensende
- Sterben, Tod und Trauer

3.4.1.3. Ergebnisse, Zielerreichung und Nachhaltigkeit in der Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in den acht Modellheimen

Alle kursiv gesetzten Textteile unter Anführungszeichen sind Zitate aus dem Evaluierungsbericht, für den zwei der acht Heime befragt worden waren.

Alle anderen Textteile beziehen sich auf Rückmeldungen der Palliativbeauftragten aus allen acht Häusern beim Vernetzungstreffen der Palliativbeauftragten.

Das Thema Hospiz und Palliative Care ist Bestandteil der Häuser, aller Betreuenden geworden, je nachdem aus welcher Profession heraus sie agieren.

„Das Projekt Palliative Care und Hospiz war „absolut notwendig“ und hat „das gebracht was wir uns erwartet haben, sogar viel mehr“ (Int. BB2_Z1) meint eine befragte Person begeistert.“

A) Palliativgruppe mit Palliativbeauftragten

In jedem Heim ist die Palliativgruppe mit Palliativbeauftragten fix installiert. In manchen Heimen trifft sich die Palliativgruppe jährlich zu 4 Sitzungen im Zeitausmaß von 2 Stunden, die Teilnehmenden sind dafür freigestellt. Die Anliegen der Palliativgruppe werden in den Teambesprechungen und in den Führungskräfte-treffen aufgenommen. Wo große andere Projekte umgesetzt werden müssen, tritt die Arbeit der Palliativgruppe in den Hintergrund, aber es ist klar, dass die Reduktion zeitlich begrenzt ist und die Arbeit wieder aufgenommen wird.

„Da alle Stationen in der Palliativarbeitsgruppe vertreten sind, werden Wissen und Informationen bezüglich Palliative Care in alle Stationen getragen.“

B) Definition des Aufgabenbereiches Palliativbeauftragte

Es gibt ein Dokument, das den Aufgabenbereich der/des Palliativbeauftragten genau beschreibt (z.B. jährliches Evaluierungsgespräch mit jeder Station im Haus, Organisation der Palliativgruppe, Unterstützung bei interdisziplinären Fallbesprechungen...).

C) Schwerpunktthemen in den Häusern

Die Angehörigenarbeit ist in einem Haus explizit das Schwerpunktthema. In einem anderen Heim wird dieses Anliegen auch formuliert, ohne Schwerpunktthema zu sein: „Es wird wahrgenommen, dass die Angehörigen viel Zeit brauchen und sehr wichtig sind.“ In anderen Heimen ist das Thema Essen ein Schwerpunkt – es wird z.B. mit der Diätologin besprochen, was es bedeutet, Essen unter einem palliativen Gesichtspunkt zu sehen. Ein weiteres großes Thema ist überall Schmerztherapie.

D) Kommunikation und Wissenstransfer

Die interne Kommunikation wird in manchen Heimen über einen Newsletter, den alle Stationen erhalten, gefördert.

Bei anderen gibt es einen neuen Folder, der auf den Stationen und im Eingangsbereich aufliegt

„Abschließend wurden auch Neuerungen wie eine Palliativmappe auf jeder Station und ein Trauerkorb erwähnt.“

„Bei der Endbefragung schätzt eine befragte Person, dass 80% der BewohnerInnen sicher selber das Thema Tod und Sterben ansprechen. Dies ergebe sich immer sehr individuell. Wichtig sei es die aus den spontanen Gesprächen erhaltenen Informationen zu dokumentieren und weiterzugeben.“

E) Räumlichkeiten

Verabschiedungsräume sind bereits schön gestaltet und werden gut aufgenommen. In anderen Heimen wurden sie umgestaltet.

F) Synergien zwischen den Heimen

Checklisten für das Vorgehen im Todesfall wurden den anderen Heimen von einem Haus zur Verfügung gestellt.

G) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Generell hat sich die Interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich verbessert.

Es gibt auch Erfolge in der Zusammenarbeit Medizin und Pflege: „*Wir arbeiten Hand in Hand untereinander und mit dem Pfllegeteam – wir sind gesegnet,*“ sagt die Palliativbeauftragte eines Heimes.

In anderen Heimen ist es schwieriger: Es finden auch Auseinandersetzungen mit den ÄrztInnen statt, die mangels geriatrischem und palliativmedizinischem Wissen nicht im Sinne der Bewohnerin/des Bewohners agieren können.

„*Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen funktioniert gut, ein Umdenken hat stattgefunden, Einweisungen werden stärker überdacht*“, beschreibt eine andere Palliativbeauftragte. In einem Heim konnte die Schmerztherapie verbessert werden und es finden wesentlich weniger Überweisungen ins Landeskrankenhaus statt.

Bei Sterbenden werden MitarbeiterInnen freigespielt, andere übernehmen mehr BewohnerInnen, damit für sterbende BewohnerInnen jene Zeit zur Verfügung steht, die es braucht.

Der Küchenchef setzt sich zum schwerkranken Bewohner und fragt: „*Was möchten Sie essen?*“ – Das ist, wie alles hier Erwähnte, gelebte Hospizkultur.

Veränderungen geschahen auch in der Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen – sie sind stärker präsent.

Gespräche mit der Bestattung fanden statt, um eine würdevollere Gestaltung nach dem Tod zu finden. Die Direktion war bei diesen Gesprächen stark involviert, das ist ein sehr schönes Beispiel der Haltung.

„Außerdem ist das Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care in die unterschiedlichsten Berufsgruppen durchgedrungen. Auch externe MitarbeiterInnen wie z.B. das Reinigungspersonal werden diesbezüglich geschult.“

„Die befragten Personen der Leitungsebene fügten hinzu, dass sich auch strukturell etwas verändert hat. Sie wissen nun genauer Bescheid, welche Palliativfälle es gibt, wie viele es sind und wann die Arztgespräche stattgefunden haben, da eigene Listen dafür erstellt wurden. Und es wurde in den Leitungs-Jour fixe darauf geachtet, dass Palliative Care immer thematisiert wurde.“

„Da alle verschiedenen Berufsgruppen des Heimes bei der Schulung anwesend waren, konnte gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung aufgebaut werden. Die Methodik war sehr passend, weil man durch das selber Erarbeiten auf Vieles draufgekommen ist.“

„Zum Zeitpunkt der Endbefragung hat sich bestätigt, dass „wir vorher schon sehr viele Dinge gemacht haben“, doch durch die Schulung wurde der Weg gefestigt und

das nötige Bewusstsein bei allen Berufsgruppen geschaffen. Jetzt versteht zum Beispiel die Küche, warum es wichtig ist, Extrawünsche zu erfüllen.“

H) An- und Zugehörige

Angehörigennachmittage finden statt

Gedenkfeiern für An- und Zugehörige werden organisiert

Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit hat sich verstärkt.

„Ein weiterer Punkt ist, dass das Pflegepersonal die Angehörigen umfassender informiert, wenn ein/e BewohnerIn als palliativ eingestuft wird. Dadurch stellen die Angehörigen mehr Fragen zum Thema, weshalb auch ein Folder als unterstützendes Informationsmaterial in Arbeit war.“

„Insgesamt haben sich alle gut informiert gefühlt „ich war jeden Tag oder jeden zweiten Tag draußen und habe immer mit dem Stationspersonal gesprochen und die haben mir alles erzählt, wo es Schwierigkeiten gibt. Alles bereitwillig und freundlich.“

„Im Vergleich zur ersten Erhebung gaben die Angehörigen bei der Enderhebung an, über Wünsche und Vorstellungen befragt worden zu sein.“

„Das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörige ist entspannter.“

„Die An- und Zugehörigen wissen besser über Hospiz und Palliative Care Bescheid.“

„Die An- und Zugehörigen spüren die Veränderungen durch das Projekt.“

„Bei der Endbefragung existierte bereits ein Infofolder für Angehörige mit Informationen zu Unterstützungsmaßnahmen. Falls Angehörige Unterstützung benötigen, können die betreffenden Stellen vermittelt werden.“ „Wir haben alle Adressen aufliegen“ meinte eine befragte Person dazu. „Die meiste Zeit“ wird für die Betreuung der Angehörigen aufgewendet, da viele z.B. „nicht akzeptieren wollen, dass es jetzt das Endstadium ist“. Die Gespräche mit den Angehörigen fallen aber insgesamt leichter. Eine befragte Person schätzt, dass 80% der Angehörigen die Situation versuchen zu akzeptieren und die BewohnerInnen in der letzten Lebensphase dadurch seltener ins Spital geschickt werden.“

Die Zielvorgabe des Projektes hinsichtlich An- und Zugehörige war:

Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung für An- und Zugehörige

Da die An- und Zugehörigen besser informiert sind, mehr über ihre Wünsche und Vorstellungen befragt werden, sich die Zusammenarbeit mit ihnen verstärkt hat und das Verhältnis zu den Betreuungspersonen entspannter ist, kann davon ausgegangen werden, dass die psychische Belastung für die Angehörigen gesunken ist und sich die veränderte Situation auf die An- und Zugehörigen gesundheitsfördernd auswirkt.

Genau definierte Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige

Bezüglich der Unterstützungsangebote zeigte sich in den zwei Heimen, die an der Evaluierung teilnehmen konnten, dass die An- und Zugehörigen sehr zufrieden sind und außer unterstützendem Informationsmaterial und dem Angebot von Gedenkfeiern keine weiteren unterstützenden Maßnahmen brauchten.

I) BewohnerInnen

„Persönliche Wünsche der PalliativbewohnerInnen werden besser berücksichtigt.“

„Ergänzende Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie, Musikbegleitung und komplementäre Therapien haben zugenommen.“

„Das Vorgehen hinsichtlich Schmerztherapie wurde verbessert.“

Eine befragte Person schätzt, dass 80% der Angehörigen die Situation versuchen zu akzeptieren und die BewohnerInnen in der letzten Lebensphase dadurch seltener ins Spital geschickt werden.“

Die Zielvorgabe des Projektes hinsichtlich „Genau definierte Unterstützungsangebote für BewohnerInnen“

Der wesentlichste Faktor ist sicherlich, dass die Schmerztherapie verbessert werden konnte und dass die persönlichen Wünsche der BewohnerInnen stärker berücksichtigt werden. Wenn man bedenkt, dass Forschungen zu folgenden Ergebnissen kommen:

- „Fast die Hälfte der Demenzkranken erhält keine oder nur eine unzureichende Schmerztherapie!“³
- Statt der Schmerzen werden häufig Schmerzfolgestörungen wie Unruhe, Schlaflosigkeit etc. behandelt. Das Ergebnis: Die Menschen leiden weiterhin unter ihren Schmerzen, sind jedoch ruhiger und fallen daher nicht mehr auf.“⁴

³ Shega, J.W./ Hougham, G./ Stocking, C.B./ Cox-Hanley, D./Sachs G.(2006): Management of Noncancer Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia. In: Journal of the American Geriatrics Society 2006/54/12, S. 1892

So wird die Wichtigkeit dieses Aspektes noch einmal mehr deutlich. Das bedeutet auch eine große Steigerung der Lebensqualität. Es wirkt sich aber natürlich auch positiv auf die BewohnerInnen aus, wenn die Betreuenden in Hospiz und Palliative Care geschult sind – wir verweisen auf die Abschnitte pflegerische Handlungen und den Punkt „Mehr Bewusstsein, mehr Sicherheit und Auseinandersetzung mit ethisch schwierigen Fragestellungen“ und „Versterben und Abschied“.

In der qualitativen Evaluierung der zwei Häuser haben die Betreuenden die Frage nach der Lebensqualität vor allem auf Aktivitäten (Feste, Turnen, Geburtstage..) und Selbstständigkeit bezogen: Lebensqualität in diesem Sinn hat sich verständlicherweise kaum geändert. Hier wäre interessant zu beobachten, ob es im Laufe der Zeit auch noch zu einer Fokusveränderung bei den Betreuenden kommt, nämlich bei „Lebensqualität“ mehr in den Blick nehmen zu können (z.B. Schmerz- und Symptomkontrolle, verbessertes Verständnis der Wünsche und Bedürfnisse von BewohnerInnen und auch von demenzkranken BewohnerInnen..) als aktivierende Maßnahmen und Eigenständigkeit.

J) Ehrenamtliche

Veränderung in der Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen – sie sind stärker präsent. ***„Bereits 22 Ehrenamtliche gibt es zum Zeitpunkt der Enderhebung, die sich regelmäßig im Heim engagieren. Die Ehrenamtlichen treffen sich regelmäßig und es finden Ehrenamtsstammtische statt. Es hat sich eine sehr intensive Gemeinschaft gebildet, welche durch eine sehr engagierte Ehrenamtskoordinatorin betreut wird. Es wurde darauf hingewiesen, dass es für Ehrenamtliche auch Fortbildungen im Bereich Palliative Care und Hospiz gibt. Diese würden Sinn machen, um den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen die Scheu vor dem Thema zu nehmen. In anderen Heimen hat man gesehen, welche Aufgaben von den Ehrenamtlichen übernommen werden können und wie alle von der zusätzlichen Unterstützung profitieren können. Im Moment ist es noch so, dass bei Verschlechterung der Situation der BewohnerInnen der Kontakt zu den Ehrenamtlichen meist „wegbricht“. Zwei ehrenamtliche MitarbeiterInnen gibt es aber bereits, die BewohnerInnen auch in der letzten Lebensphase begleiten.“***

⁴ Dr.ⁱⁿ Martina Schmidl (GZW) beim Vortrag im Kardinal-König-Haus: Nicht erkannt und unbehandelt: Schmerzen bei Demenzkranken, (2010)

K) Nachhaltigkeit

Nachschulungen sind in den betreffenden Häusern geplant.

In zwei Heimen wurden interne Fortbildungsveranstaltungen organisiert.

Mehrere KollegInnen aus verschiedenen Heimen konnten den Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care absolvieren.

L) Veränderungen in den pflegerischen Handlungen

„Hinzu kommt weiters, dass ein Umdenken hinsichtlich der pflegerischen Maßnahmen stattgefunden hat. Einige pflegerische Maßnahmen treten in den Hintergrund, während die „emotionale Betreuung“ der BewohnerInnen in der letzten Phase stärker in den Vordergrund rückt. „Jetzt muss man nicht täglich Ganzkörperwaschung durchführen, wir minimalisieren die pflegerische Tätigkeit. Mehr Ruhe genau und Zeit verwenden und das steht schon im Pflegeplan, Pflegedokumentation und das haben wir zum Beispiel früher nicht gemacht“ (Int. AB3_Z3).“

M) Ethisch schwierige Fragestellungen

Mehr Bewusstsein, mehr Sicherheit und Auseinandersetzung mit ethisch schwierigen Fragestellungen

Es geht wesentlich um das gesteigerte Bewusstsein der MitarbeiterInnen für diesen Bereich. „Es ist uns viel bewusster geworden. Wir setzen uns jetzt intensiver damit auseinander. Das setzen wir jetzt ganz, ganz bewusst ein.

Ethisch schwierige Fragen werden im Team besprochen. Die Fallbesprechungen wurden durch das Projekt intensiviert und ausgebaut. Sensibilisierung unter den MitarbeiterInnen und eine Bestärkung für ihr Handeln.

Außerdem würden manche nicht mehr so schnell Panik bekommen und sofort den Notarzt rufen, wenn BewohnerInnen in der terminalen Phase wären.

Die wesentlichste Veränderung sehen die Befragten in der bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema und in der gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase: „Weil was ich immer wieder bei meinen Mitarbeitern erlebt habe, diese Verunsicherung, wenn etwas passiert. Was tun wir, wenn es noch offen ist und noch nicht abgeklärt mit den Angehörigen und mit dem

Bewohner. Was tun wir im Falle des Falles. Und jetzt ist es aber nicht mehr so. Jetzt wissen wir, wie wir vorgehen müssen“

Eine befragte Person meinte dazu, dass das Tabu „Tod und Sterben“ gebrochen wurde und die Pflegepersonen beispielsweise meist versuchen BewohnerInnen, die ins Krankenhaus gebracht wurden, wieder ins Heim zurückzuholen, sodass diese „zuhause“ (im Heim) versterben können. Es ist den Pflegepersonen ein Anliegen geworden, die BewohnerInnen bis zuletzt zu begleiten. Außerdem ist das Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care in die unterschiedlichsten Berufsgruppen durchgedrungen.“

„Bei der Endbefragung wird mehrfach bestätigt, dass Palliative Care und Hospiz im Heim einen „sehr hohen Stellenwert“ hat. Seit der Schulung Palliative Geriatrie werden viele Themen mit allen Betroffenen „viel früher angesprochen“. „Es wird wirklich einfach mehr gesprochen darüber und schon viel früher, das fällt mir stark auf“, meint eine andere befragte Person zur verbesserten Kommunikation bezüglich Palliative Care und Hospiz.“

N) Versterben und Abschied

„Abschiedsrituale sind vorhanden und wurden tw. ergänzt.“

„Zum Zeitpunkt der Endbefragung wurde die geplante Gedenkfeier bereits organisiert und einmal durchgeführt. Zu Weihnachten fand die Verabschiedung der verstorbenen BewohnerInnen statt. Die Stationsschwestern haben die Namen der Verstorbenen verlesen, für jede/n wurde eine Kerze angezündet und Worte gesprochen. Die Gedenkfeier wurde für die Angehörigen und für das Pflegepersonal als sehr wichtig empfunden. „Das war das berührendste Erlebnis, was ich glaub ich in zwölf Jahren da gehabt habe“. Die Abschiedsrituale auf den jeweiligen Stationen sind etwas unterschiedlich und „noch nicht standardisiert“.“

O) Problemfelder, die nicht unmittelbar im Projekt zu lösen sind, da sie auch über die Kompetenz des Heimes hinausgehen und politische Entscheidungen beinhalten:

O.1. Palliativmedizinische Versorgung

„Darüber hinaus wurde auch auf das Problem mit einem Hausarzt hingewiesen, der palliative BewohnerInnen vorrangig ins Spital überweist. Er betreut eine ganze Station und ist, laut Aussage, nicht für Hospiz und Palliative Care zugänglich.

„Leider, wir haben einen Hausarzt, der will nicht palliativ, wir haben sehr große Probleme mit dem Arzt.“

„Es ist für das Pflegepersonal schwierig, sich hinsichtlich palliativ-medizinischer Entscheidungen gegen die ÄrztInnen zu behaupten, die eine wesentliche Entscheidungsmacht besitzen.“

„Die problematische Situation mit ÄrztInnen wurde bei der Zwischenbefragung deutlich angesprochen. Eine befragte Person meint dazu: „Also das lässt noch zu wünschen übrig und das ist sicher noch eine schwere Arbeit“

Insgesamt kommen ins Heim 8 HausärztInnen, wobei manche vor allem Schmerztherapie betreffend sehr zurückhaltend sind. Es kommt auch vor, dass bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der BewohnerInnen diese ins Krankenhaus überwiesen werden, damit der/die ÄrztIn nicht öfter ins Heim kommen muss. Bei den ÄrztInnen ist der Fokus vor allem auf der medizinischen Versorgung, dabei stellt sich die „Frage ob das im Palliativstadium immer so (...) passend ist“ und der Mensch nicht als „Ganzes“ gesehen werden sollte.“

„ÄrztInnen wollen die „Verantwortung nicht übernehmen“ Dadurch werden die BewohnerInnen bei gesundheitlicher Verschlechterung ins Krankenhaus geschickt. Diese Vorgehensweise entspricht nicht den Wünschen des Personals und auch die Rückmeldungen aus dem Krankenhaus gehen in die Richtung „warum schickts uns Sterbende?“ In solchen Situationen versucht das Pflegepersonal die BewohnerInnen wieder „heim“ zu bringen.

Das fehlende Engagement vieler ÄrztInnen wird als Generationenproblem gesehen, da diese in Ihrer Ausbildung meist keine Inhalte zu Geriatrie, Hospiz oder Altenpflege haben. Mit einem/einer Heimärztin wäre die palliative Betreuung einfacher. Zwischen den HausärztInnen scheint es keine konkrete Zusammenarbeit, was vor allem palliative Pflege betrifft, zu geben.“

Viele Heime arbeiten mit mehreren, manchmal mit vielen HausärztInnen zusammen, die einerseits am Abend, in der Nacht und am Wochenende nicht vor Ort sind, und die andererseits oft (noch) nicht in Palliativmedizin und Geriatrie geschult sind. Der Rückgriff auf NotärztInnen ist dann in manchen Fällen notwendig, wodurch es vermehrt zu Einweisungen ins Krankenhaus kommt. Die Pflegenden sind oftmals in Situationen, wo sie keine andere Wahl haben als ins Krankenhaus überweisen zu lassen. HausärztInnen sollten geriatrisch und palliativmedizinisch geschult sein, sind das aber sehr oft nicht. Für Heime ist es sehr oft schwierig, überhaupt HausärztInnen zu bekommen, sie haben keine Möglichkeit wählerisch zu sein. Während der Visite des Hausarztes/der Hausärztin ist wenig Zeit für bewohnerInnenbezogene Fragen. Ein Besuch im Alten- und Pflegeheim wird derzeit wie EIN einziger Hausbesuch abgegolten, auch wenn der Arzt/die Ärztin 20 oder mehr BewohnerInnen dort als PatientInnen hat und mehrere Visiten durchzuführen sind. Interdisziplinäre Fallbesprechungen in diesem Rahmen sind keine PatientInnengespräche und werden nicht abgegolten. Weiters kommt hinzu, dass aufgrund von Zeitmangel und fehlendem palliativmedizinischen und geriatrischem Wissen die Medikation oft nicht in regelmäßigen Abständen auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit überprüft wird, weshalb die Anzahl der Medikamente oftmals überhöht ist. Die vom Arzt/der Ärztin verordneten Medikamente werden oftmals nicht umgehend schriftlich dokumentiert und abgezeichnet oder nicht unmittelbar im Dokumentationssystem des Heimes erfasst, weil die ÄrztInnen die Zeit nicht aufbringen (können). Der Kontakt zu mobilen Palliativteams oder einem Palliativkonsiliardienst ist kaum oder nicht gegeben bzw. einfach nicht vorhanden, weil das Palliativteam nicht die Kapazität hat, ins Heim zu kommen.

Das oben Beschriebene zeigt die Gründe auf, weshalb einige Belastungsfaktoren für Betreuende nur auf lange Sicht einer nachhaltigen Lösung zugeführt werden können. Im Rahmen des Projektes gelingt die Verbesserung der Kommunikation mit den HausärztInnen, wo es von diesen auch Bereitschaft und Offenheit gibt. **„Jedoch werden Gespräche mit Angehörigen, ÄrztInnen und wenn möglich mit BewohnerInnen früher in Angriff genommen.“**

Im Projekt waren die HausärztInnen über die Start- und Abschlussveranstaltungen und die Einladungen zu den Schulungen eingebunden. Da die Schulungen mit 36 Stunden für HausärztInnen mit eigener Praxis zu zeitaufwändig sind, wurde für die Nachfolgedurchgänge das Konzept erweitert:

Jetzt gibt es zusätzlich Interdisziplinäre Austauschtreffen, in denen sich die Betreuenden aus dem Heim mit allen Externen treffen – HausärztInnen, Palliativteam, Hospizteam, Seelsorge,...um die Zusammenarbeit zu reflektieren und zu verbessern. Weiters gibt es in den Folgeprojekten Qualifizierungszirkel, in denen sich ein/e Palliativmediziner/in mit den HausärztInnen und leitender Pflege über den Projektzeitraum verteilt viermal 3h im Rahmen des Projektes trifft und retrospektiv Fälle besprochen werden.

In der Evaluierung wurden zwei Heime befragt, in einem gibt es einen Palliativmediziner zu den HausärztInnen dazu, im anderen nur HausärztInnen. Im zweiten Haus ohne Palliativmediziner wurde von den Betreuenden zu Projektende ein mögliches Burnout-Risiko formuliert. Das ist auf dem beschriebenen Hintergrund verständlich. Dazu kommt, dass zu Projektende unklar war, ob die ProjektbegleiterInnen auch in der Zukunft zweimal pro Jahr für das Palliativteam bzw. die/den Palliativbeauftragten zur Verfügung stehen können, da zu diesem Zeitpunkt dafür vom Land NÖ keine finanziellen Ressourcen zugesagt waren. Die Palliativbeauftragten und das Team dahinter waren in manchen Fällen auch nicht ganz gewiss, ob ihre Stunden, die sie für das Thema investieren, in Zukunft auch Arbeitszeit sein werden und ob die Leitung sie weiterhin sehr gut unterstützen und mit ihnen zusammenarbeiten wird.

O.2. Eine weitere Problemlage ist die Personalsituation in den Alten- und Pflegeheimen

„Verbesserungswürdig wird sowohl von MitarbeiterInnen wie auch An- und Zugehörigen v.a. die Personalsituation gesehen.“

„Was die personellen Ressourcen betrifft, so wurde allgemein eine Zeitknappheit festgestellt, die es einem nicht immer erlaubt, bei den BewohnerInnen sitzen zu bleiben oder mit den Angehörigen zu reden.“

Der Pflegeschlüssel im Pflegeheim bewegt sich zwischen 0,09 und 0,63 Vollzeitäquivalente pro Bett. Im Vergleich dazu liegt der Pflegeschlüssel einer Palliativstation bei 1,2 VZÄ je Bett und Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und 1 VZÄ je 5 Betten und Ärztlichem Personal (Tagdienst).⁵ Erschwerend kommt in den Alten- und Pflegeheimen hinzu, dass es viele (Hilfs)Pflegekräfte und weniger DGKS (30% in den Bundesländern und 50% beim Wiener Krankenanstaltenverbund) gibt. Es ist für Pflegekräfte sehr belastend, wenn sie aus Überforderung (z.B. weil kein/e Arzt/Ärztin

⁵ ÖBIG: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, Palliativstation – Qualitätskriterien, S. 14, Gesundheit Österreich GMBH Geschäftsbereich ÖBIG

anwesend ist...) ihren BewohnerInnen unnötige Transporte zumuten und sie auch „zum Sterben“ ins Krankenhaus überweisen müssen, da die Bedingungen im Pflegeheim es oftmals nicht anders erlauben. In der beruflichen Pflege ist der Frauenanteil mit 85% sehr hoch, es ist ein typisch weiblicher Arbeitsmarktsektor mit einem geringen Anteil an Vollzeitbeschäftigten.

Auf diesem Hintergrund ist das Ziel der Burnoutprävention ein langfristiges und kein kurzfristiges, insbesondere in jenen Heimen, wo die medizinische und palliativmedizinische Situation noch nicht einer zufriedenstellenden Lösung zugeführt werden konnte. Hier mussten wir also vom Anspruch im Projekt Abstriche machen und ein langfristiges Ziel festlegen, bei dem die politische Arbeit eine wesentliche Rolle spielt und damit auch der Beirat auf Bundes- und jener auf Landesebene.

3.5. Zwei österreichweite Vernetzungstreffen

Ursprünglich waren für die Projektleitungspersonen vier Vernetzungstreffen im Abstand von je sechs Monaten vorgesehen (Juli 2010, Dezember 2010, Juli 2011 und Dezember 2011). Dieses Treffen sollte Reflexionsebene sein für die Projektleitungspersonen, die in der Umsetzung arbeiten und Erfahrungsaufbau für jene Projektleitungspersonen, die an der Sensibilisierung in anderen Bundesländern arbeiten. Auf Wunsch der Teilnehmenden, die aus ganz Österreich kamen, wurden die Termine der Vernetzungstreffen zusammengelegt, um unnötige Reisezeit zu sparen und einen intensiveren und längeren Austausch zu gewährleisten.

3.5.1. Erstes Vernetzungstreffen

2009 fand im November 2010 das erste Vernetzungstreffen HPCPH statt.

Es diente dem Austausch von Erfahrung und Knowhow, der Reflexion und der Weiterentwicklung von Hospiz und Palliative Care in der Pflege in Österreich. Es nahmen Interessensvertretungen, politische Entscheidungsträger, in der Umsetzung stehende Organisationen und ProjektleiterInnen und WissenschaftlerInnen aus Österreich, der Schweiz und Deutschland teil.

Leitung: Karl Bitschnau (MAS) und Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sigrid Beyer

Koordination: Mag.^a Anna Pissarek

Dokumentation: Maria Eibl

Termin: 18. 11.2010, 14 Uhr – 19.11.2010, 14Uhr

Ort: St. Virgil Bildungs- und Konferenzzentrum, Salzburg

Vertretene Organisationen und Institutionen (35 Personen)

PSD Burgenland

Kompetenzzentrum Palliative Care und Hospizarbeit, D

Hospizverein Stmk

Hospizbewegung Vorarlberg

Krankenanstaltenverbund Wien

Amt d. Tiroler Landesregierung

Hospizbewegung Salzburg

Hospizbewegung Burgenland

Bundesverband der Alten- und Pflegeheime

Amt d. OÖ Landesreg. Abteilg. Soziales

Pastoralpsychologische Pfarrstelle, D
Landesverband Hospiz NÖ
Tiroler Hospizgemeinschaft
Kärntner Landesverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen
IFF - Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen Adria Universität Klagenfurt
ÖPIA – Österr. Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Caritas Wien
CS Pflege- und Sozialzentrum Rennweg
Tiroler Gesundheitsfonds
Caritas Schweiz
Kärntner Caritasverband - Mobile Hospizbegleitung
CURAVIVA.CH, Verband Heime und Institutionen
Hospiz Österreich

Das Feedback war sehr positiv. Das Vernetzungstreffen wurde als große Anregung, große Motivation und Unterstützung für die Arbeit gesehen. Das teilten VertreterInnen aus der Politik, der Wissenschaft, Interessensvertretungen genauso mit wie die PraktikerInnen, die in der direkten Umsetzung stehen.

3.5.2. Zweites Vernetzungstreffen

Das zweite Vernetzungstreffen fand am 9./10. Mai 2012 in St. Virgil, Salzburg statt. Es entfaltete sich in Fokusgruppen zu verschiedenen Themenschwerpunkten nach den einführenden Worten Waltraud Klasnics, der Präsidentin des Dachverbandes Hospiz Österreich, und einem Rückblick auf Beobachtungen und Trends seit 2010 durch Karl Bitschnau und Sigrid Beyer. Veränderungen in der Organisationskultur eines Heimes hin zu einer Hospizkultur war das Thema des Impulsreferats von Mag.^a Claudia Kapeller, an das sich die ExpertInnenfokusrunde zur notwendigen Organisationsentwicklung in Heimen anschloss. Die fehlende (palliativ)medizinische Versorgung in Heimen und bereits vorhandene Modelle möglicher Lösungen waren Thema der anschließenden medizinischen Fokusgruppe. Mag.^a Monika Specht-Tomann leitete die abendliche Austauschrunde mit ihren Erfahrungen als Moderatorin der Schulung in Palliativer Geriatrie ein. Mit der ebenfalls teilnehmenden Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Marina Kojer, der inhaltlichen Autorin des Curriculums, das der Dachverband Hospiz Österreich für diese Schulungen in den Heimen im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses empfiehlt, konnten Fragen rund um die Schulungen und das Curriculum direkt besprochen werden.

Die Modellheime zeigen eine Veränderung in der Kultur im Heim, im Klima, im Umgang miteinander, im Team, bei der Schmerz- und Symptomkontrolle, beim Umgang mit ethischen Dilemmata. Tabuthemen können angesprochen werden. Hospiz und Palliative Care beginnt am ersten Tag des Heimeintritts, bei der Diagnosestellung, nur so kann die Betreuung gelingen. Interdisziplinarität, Kompetenz, Erfahrung, Know-how nehmen zu. Weiters ging es um die Grenzen für die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care im Heim, zu dem DGKS Angelika Feichtner MSc (Pall Care) einen Impulsvortrag hielt. Den letzten inhaltlichen Teil verdankte das Treffen Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Reitingner von der IFF, die die Erfahrungen der Gruppe mit ihrem Forschungsprojekt "Gender in der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen" verband. Ein Ausblick auf Zukunft und Vision für alle und alles rundete das Treffen ab.

Als "ermutigend", "verbindend", "kraftvoll" bezeichneten die 47 TeilnehmerInnen aus 31 verschiedenen Einrichtungen das Treffen.

Karl Bitschnau, Leiter von Hospiz Vorarlberg und Vizepräsident des Dachverbandes Hospiz Österreich, und Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer, die verantwortliche Projektleiterin im Dachverband Hospiz Österreich, moderierten die beiden Halbtage.

Folgende Organisationen und Institutionen waren vertreten:

Kärnten

Kärntner Landesverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Niederösterreich

Geriatriezentrums Klosterneuburg

Landesverband Hospiz NÖ

Oberösterreich

FH Linz, Abteilung Forschung&Entwicklung

Seniorenzentrum Linz Neue Heimat

Salzburg

Hospizbewegung Salzburg

Salzburger Akademie für Palliative Care

Tageshospiz Salzburg

Universitätslehrgang Palliative Care

Steiermark

Albert Schweitzer Klinik

Caritas Graz-Seckau

Geriatrische Gesundheitszentren Graz

Hospizverein Steiermark

Organisationsberatung Kapeller

Tirol

Amt der Tiroler Landesregierung, Abt Soziales

Tiroler Gesundheitsfonds

Tiroler Hospizgemeinschaft

Vorarlberg

Hospiz Vorarlberg

Wien

ARGE Pflegedienstleitungen

Caritas der Erzdiözese Wien, Fachbereich Pflege

Caritas der ED Wien, Haus St. Bernadette

Caritas Mobiles Hospiz

Caritas Socialis

Dachverband Hospiz Österreich

Häuser zum Leben, Wiener Hilfswerk

IFF- Palliative Care und OrganisationsEthik

KAV - Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien, ärztliche und

Pflegedirektion

Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Marina Kojer

NPO Institut der WU Wien

Schweiz

Caritas Schweiz

Curaviva

3.6. Schulungen für Projektbegleitungspersonen und Projektverantwortliche

3.6.1. Durchführung einer einführenden Schulung für Projektbegleitungspersonen, die beratend in den Heimen den Prozess der Umsetzung und Entwicklung des Projektes begleiten. Diese Projektbegleitungspersonen müssen fundierte Kenntnisse im Bereich Hospiz und Palliative Care und in Organisationsentwicklung und Prozessbegleitung nachweisen können, weiters über Expertise bezüglich Alten- und Pflegeheimen verfügen. Die Schulung dauerte vier Tage und war für insgesamt 10 Projektbegleitungspersonen angedacht. Zu den Projektbegleitungspersonen aus Niederösterreich sollten auch aus anderen Bundesländern Personen hinzukommen, die zukünftig die Umsetzung begleiten wollen. Sie wurden als MultiplikatorInnen wahrgenommen, die einerseits die Möglichkeit erhalten, den Prozess und die Ergebnisse des Pilotprojektes zu beobachten und zu verfolgen und andererseits die wichtige Aufgabe der Sensibilisierung in ihrem Bundesland übernehmen können. Sollte es nach Projektabschluss zu einem Roll-out kommen, so die Annahme, würden sie zentrale Trägerfiguren dieses Roll-outs sein. Das Interesse an der Schulung war sehr groß. Geplant waren 10 Teilnehmende, 23 Personen aus acht Bundesländern nahmen an der Schulung teil. Da einige der Teilnehmenden privat wohnten bzw. täglich pendeln konnten, war es möglich, die Anzahl der Teilnehmenden zu erhöhen, ohne dass die Kosten sich erhöhten.

Zentrale Themen in den Schulungstagen waren: Entstehung von HPCPH, Modell Vorarlberg, Hospiz- und Palliative Care Richtlinien, Vision und Perspektiven-entwicklung HPCPH, Interkulturalität, Organisationsentwicklung, Gender und Hospiz und Palliative Care.

Nach der Durchführung der Schulung für ProjektbegleiterInnen war es besonders erfreulich, dass sich VertreterInnen aus verschiedenen Bundesländern eigenständig zum weiteren Austausch trafen. Es gab ein Treffen zwischen VertreterInnen aus Niederösterreich und jenen aus Tirol, zwischen Niederösterreich und dem Burgenland und ein drittes zwischen Niederösterreich und der Steiermark. Unabhängig von persönlichen Treffen besteht ein gut funktionierender Austausch per Telefon und E-Mail.

3.6.2. Durchführung von 3 Organisationsentwicklungsworkshops

Alle wurden von Univ. Prof. Dr. Ralph Grossmann, Leiter der Abteilung Organisationsentwicklung an der IFF moderiert.

Erster OE-Workshop

Er war als Reflexionsplattform für die Projektsteuergruppe gedacht. Das Projekt mit seinem Aufbau als Organisationsentwicklungsprojekt wurde reflektiert, um die Stärken und Schwächen auszuloten und entsprechende Akzente zu setzen. Unter anderem wurden folgende Fragen bearbeitet: Wie kann Kultur zu denen gebracht werden, die tagtäglich die Arbeit tun? Wo bündeln die SpezialistInnen der Alltagskultur ihr Knowhow? Wie werden die Neuen in die Vernetzung eingebunden?

Teilnehmerinnen waren Sigrid Beyer (DVHÖ), Christiane Krainz (LV Hospiz NÖ), Leena Peltari (DVHÖ), Anna H. Pissarek (DVHÖ), Sonja Thalinger (LV Hospiz NÖ)

Zweiter OE-Workshop

Anwesende Personen:

Benigni	Monika	LV Hospiz Steiermark, Obfraustellvertreterin und Projektleiterin Projekt HPCPH
Beyer	Sigrid	Hospiz Österreich, Projektleitung
Bitschnau	Karl	Vizepräsident Hospiz Österreich und Leiter der Hospizbewegung Vorarlberg
Böker	Martin	Leiter Helga Treichl Hospiz u. d. Pflegeheims Haus des Roten Kreuzes
Eibel	Maria	Dokumentation Workshop; Studentin
Eisl	Christof	Geschäftsführung Hospiz-Bewegung Salzburg, Vorstandsmitglied Hospiz Österreich
Grießl	Brigitta	Pädagogische Leiterin der Salzburger Akademie für Palliative Care
Grossmann	Ralph	IFF Alpen Adria Universität Klagenfurt, Leiter der Abteilung Organisationsentwicklung
Kapeller	Claudia	Organisationsberaterin, Coach und Mediatorin; Projektcoach STMK
Klammer- Minichberger	Gerlinde	ÖRK; Landesverband OÖ, (GSD) Betreutes Reisen, Hospiz, Frw.

		Soziale Dienste
Pelttari	Leena	Geschäftsführung Hospiz Österreich
Pissarek	Anna	Projektkoordinatorin Hospiz Österreich
Thalinger	Sonja	LV Hospiz Niederösterreich, Projektbegleiterin, Palliative Care Beauftragte NÖ
Wernig	Eva-Maria	Kärntner Caritasverband, Leiterin der Mobilen Hospizbegleitung & Burnout Prävention

„Gute Ideen sind keine Selbstläufer“ war das Motto des zweiten Organisationsentwicklungsworkshops. Es konnten einerseits alle TeilnehmerInnen durch die Erfahrungen der anderen Projektverantwortlichen und ProjektbegleiterInnen lernen, zum anderen ging Ralph Grossmann mit seinem Hintergrund auf den Aufbau, die Arbeit und Umsetzung des Projekts HPCPH in NÖ, aber auch den verschiedenen Bundesländern, in denen das Projekt mittlerweile bereits umgesetzt wird, ein. Eine konzentrierte Runde von Interessierten tauschte sich aus und nutzte die Möglichkeit des Voneinander-Lernens und des Lernens an Differenzen.

Dritter OE-Workshop

Inhalte waren Fragen, Anmerkungen und Anregungen zum OE-Prozess. Der Fokus lag auf: Wie gelingt ein sehr gutes Zu- und Miteinander von Organisationsentwicklung und Fortbildungen in den Heimen? Einbindung der HausärztInnen – Qualifizierungszirkel; Einbindung der mittleren Leitungsebene.

Teilnehmerinnen waren Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer, Projektverantwortliche Wien und für das Gesamtprojekt auf Österreichebene, Erich Borovnyak MBA, M.A., Projektverantwortlicher Wien, Maria Eresheim, DGKS, Projektbegleiterin Burgenland, Univ. Prof. Dr. Ralph Grossmann, IFF Organisationsentwicklung, Dr.ⁱⁿ Annette Henry, Multiplikatorin im Wiener Projekt, Mag.^a Reinhilde Hört-Hehemann, Organisationsentwicklerin u. ev. zukünftige Mitarbeiterin Wien, Mag. Kurt Mayer, Projektbegleiter Wien, Mag.^a Leena Pelttari, MSc, Geschäftsführerin Hospiz Österreich, Monika Pinzker, Projektbegleiterin Burgenland, Mag.^a Anna Pissarek, ÖA Hospiz Österreich, Sonja Thalinger, MSc, Projektbegleiterin Wien

3.7. Gründung Beratungs- und Kompetenzzentrum

Die Zielvorgabe war:

Die Ergebnisse sollen in einem Beratungs- und Kompetenzzentrum des DV HOSPIZ ÖSTERREICH allen interessierten Organisationen und Personen in Österreich zur Verfügung stehen, vor allem für ein Roll-out.

Dass diese Zielvorgabe weit über das gesteckte Ziel erreicht werden konnte, zeigt sich an verschiedenen Aspekten:

1) Das Roll-out ist schon während des Projektes gelungen

In Niederösterreich haben acht Heime Hospiz und Palliative Care integriert, neun Heime sind in der Umsetzung und ein dritter Durchgang beginnt am 7.5. 2013, insgesamt sind es also 25 Heime. Es gibt auch in Niederösterreich einen Beirat, der das Thema unterstützt und fördert. Die Leitung und Organisation des Projektes erfolgt über den Landesverband Hospiz Niederösterreich. Das Projekt startete auch in der Steiermark mit 6 Heimen. Der erste Durchgang wurde offiziell mit der Abschlussveranstaltung am 28.3. 2012 beendet, derzeit läuft bereits der zweite Durchgang in neun Heimen, und am 7.5. 2013 wird der dritte Durchgang beginnen. Es wird in der Steiermark mit den Entscheidungsträgern an Konzepten der Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung gearbeitet, weiters an der Umsetzung in den anderen steirischen Heimen. Es gibt auch in der Steiermark einen Beirat/Steuergruppe. Die Leitung und Organisation des Projektes erfolgt über den Hospizverein Steiermark. Das Projekt hat mit Beginn 2013 auch in Salzburg gestartet; in Vorarlberg gibt es bereits 14 Heime, die das Projekt umgesetzt haben und für 2013 sind weitere Aktivitäten geplant. Auch in Vorarlberg gibt es einen aktiven Beirat zum Projekt. Das Burgenland startete im Herbst 2012 mit einem Heim in Oberwart, begleitet von der Hospizbewegung Burgenland. In Wien haben im Herbst 2012 fünf Heime die modellhafte Umsetzung von Hospiz und Palliative Care begonnen. Weiters werden im Rahmen des EU Projektes Narzisse ab März 2013 drei weitere Wiener Heime das Projekt in ihrem Haus umsetzen. Österreichweit sind es derzeit 50 Heime in den verschiedenen Bundesländern, die in einem umfassenden Organisationsentwicklungsprojekt und Fortbildung in Palliativer Geriatrie Hospiz und Palliative Care integriert haben bzw. gerade in der Umsetzung sind.

- 2) **Es gibt sehr viele Anfragen** von den landeskoordinierenden Stellen aus den Bundesländern direkt bei Hospiz Österreich zu Hospiz und Palliative Care in der Pflege und eine enge Zusammenarbeit in der mittlerweile österreichweiten Projektsteuergruppe. **„Die allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeit in der Steuergruppe wurde von den Stakeholdern sehr positiv beurteilt, wobei die Zufriedenheit während des Projekts zugenommen hat.“**
- „Als unterstützend beurteilten die Stakeholder bei der ersten Befragung v.a. das Team in dem „die Beziehungsebene sehr gut trägt und viele unterschiedliche Kompetenzen und Ressourcen eingebracht werden“ (Mail A) sowie die sehr gute Führung und das hohe Engagement durch die Projektleiterin und die Projektbegleiterinnen.**
- Zu Projektende wurde ebenfalls die sehr gute Zusammenarbeit in der Steuergruppe wie auch mit den Projektteams und das „grundsätzliche Wohlwollen und die positive Einstellung aller Beteiligten“ (Mail J) wie auch die aktive Teilnahme der Personen an der Steuergruppe betont.**
- Das Team ermöglichte eine sehr gute, produktive Zusammenarbeit. Eine Person betonte auch die „persönliche Wertschätzung von den Kompetenzen des Gegenübers“ (Mail A), eine andere erwähnte besonders positiv, dass es „immer ein offenes Ohr und Unterstützung“ gegeben hat (Mail H). Außerdem gab es eine hohe Bereitschaft aller zur Kommunikation auf verschiedenen Ebenen (wie Telefon, Email, persönlicher Kontakt). Das offene, gute Gesprächsklima wurde ebenfalls mehrmals hervorgehoben. Erleichtert wurde das Projekt auch durch die Erfahrung der Teilnehmenden.**
- Des Weiteren wurde die Anbindung und der Austausch mit dem Dachverband mehrmals als unterstützend genannt. Die Unterstützung und das Engagement der Projektleiterin, der Präsidentin und des Vizepräsidenten von Hospiz Österreich wurden mehrmals explizit betont. Besonders am Projektende wurde die Kompetenz der Projektleiterin sehr lobend erwähnt.“**
- Evaluierung S. 59**

In der Projektsteuergruppe sind mittlerweile VertreterInnen aus allen umsetzenden Bundesländern.

- 3) **Das BMASK ist an der Umsetzung des Projektes in den Alten- und Pflegeheimen Österreichs interessiert. In den Empfehlungen zur Neustrukturierung des Pflegefonds wurden diese Aspekte aufgenommen. Das BMASK hat auch die Statuserhebung zu Hospiz und Palliative Care in österreichischen Alten- und Pflegeheimen finanziert.**
- 4) **Ein aktiver Beirat zum Projekt mit folgenden Mitgliedern: die ARGE Pflegedienstleitungen, das BMASK, das BMG, der Hauptverband des österreichischen Sozialversicherungsträger, GÖG/ÖBIG, Lebenswelt Heim - Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ÖÄK, ÖGAM und die Verbindungsstelle der Länder.**

- 4) **Die Enquete anlässlich des Internationalen Hospiz und Palliative Care Tags im Herbst 2012 stand unter dem Motto „Sorge um das Glück der anderen. Hospiz und Palliative Care im Alter“**

Zu den Gästen zählten auch Bundesminister Rudolf Hundstorfer, die 3. Präsidentin des Wiener Landtages, Marianne Klicka, NR Dr. Erwin Rasinger und die Hospizbotschafterin für das Ehrenamt, Dr.ⁱⁿ Elisabeth Bleyleben-Koren. BM Rudolf Hundstorfer bekannte sich in seinem Festvortrag dazu, dass es ihm als Minister und auch persönlich wichtig sei, Hospiz und Palliative Care gut verankert zu wissen. Er befürwortete das Ziel, in 10 Jahren Hospizkultur und Palliative Care in 50% aller Heime integriert zu haben und betonte, dass das Zeitfenster der Neustrukturierung des Pflegefonds und dessen Gelder nun genützt werden müssten, um Hospiz und Palliative Care weiter zu integrieren. Auch der Beirat HPCPH war durch Statements seiner Mitglieder an diesem Abend vertreten. Hildegard Ertl (Bundesverband der Alten- und Pflegeheime), OA Dr. Michael Lang (ÖÄK), Dir. PhDr.ⁱⁿ Hildegard Menner, MAS (ARGE PDL), Mag.^a Claudia Nemeth (GÖG/ÖBIG), Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ulrike Schermann-Richter (BMG) - zogen sich zwei Dinge wie ein roter Faden: einerseits die Dringlichkeit des Themas und andererseits die überaus positiven Erfahrungen mit der Arbeit im Beirat. **„Der Beirat ist ein innovatives Best-Practice-Beispiel, wie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen gelingen kann, wenn es um übergreifende und komplexe Themen geht“**, fasste Dr.ⁱⁿ Ulrike Schermann-Richter die einhellige Meinung der Anwesenden zusammen.

5) Zahlreiche Anfragen zu Vorträgen auf nationaler Ebene und Einladungen zur Teilnahme und zu Posterpräsentationen auf internationaler Ebene

Auf nationaler Ebene

Vortrag zu Gender und Palliative Care beim Deutschen Palliativkongress in Dresden im Sept 2010 - Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer Referentin

Vortrag zu Gender und Demenz bei der 5. Fachtagung Demenz in Nürnberg im Nov. 2010 - Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer Referentin

Vortrag bei der Abschlussveranstaltung der Projektheime in NÖ in Grafenwörth im Juni 2011 - Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer Referentin

Podiumsdiskussion in Graz, Hospizakademie im Juni 2011 – Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer am Podium

Hospiz Österreich in der Jury zu Teleios im Nov. 2011: Teilnahme am Galaabend zur Verleihung von Teleios für die Alten- und Pflegeheime, Siegerprojekt: Die ethische BewohnerInnenbesprechung der Caritas Socialis in Wien

Abschlussveranstaltung HPCPH in der STMK, Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer Grußworte

„Aktiv Altern und Betreuung - Widerspruch oder Zukunftsszenario?“ im Nov. 2011

Eingeladen von ÖPIA (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen), Posterpräsentation des Projektes, Mag.^a Anna Pissarek

Vortrag am 3. Wiener Hospiztag im Mai 2012 mit dem Thema „Wien am Lebensende - für ältere und an Demenz erkrankte Menschen sorgen" - Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer Referentin

Auf internationaler Ebene

Posterpräsentation von Hospiz und Palliative Care in der Pflege am 6. Forschungskongress der EAPC in Glasgow im Juni 2010

Teilnehmende am Kongress: Geschäftsführerin von Hospiz Österreich, Projektleiterin Hospiz und Palliative Care in der Pflege, Vizepräsident Hospiz Österreich, Beiratsmitglied und Vorsitzender des Landesverbandes Hospiz Oberösterreich. Hospiz Österreich war mit drei Postern vertreten, eines davon zu „Standards of quality for Hospice and Palliative Care in Austrian nursing homes“.

Interlinks Konferenz im Oktober 2011 in Baden. Auf Anfrage des Europäischen Zentrums stand Hospiz Österreich mit HPCPH als Referenzprojekt für Interlinks zur Verfügung.

„INTERLINKS is a research project funded by the EU 7th Framework Programme to describe, analyse and improve long term care for older people in Europe. With health and social care systems in mind, its focus is on the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care.“

Die Beschreibung des Projektes findet man auch auf der Website

<http://interlinks.euro.centre.org/model>

Das Projekt wurde als Poster bei der INTERLINKS Final Conference „Improving long-term care for older people in Europe - together!“ präsentiert.

12. Kongress der EAPC in Lissabon im Juni 2011. Hospiz Österreich war mit vier Postern vertreten, zwei davon zu Hospiz und Palliative Care in der Pflege.

„Hospice and Palliative Care in Nursing Homes. Organisational Development and Training“ und „Gendersensitive Hospice and Palliative Care for the elderly“. Das zweite Poster entstand in Kooperation mit IFF Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen Adria Universität Klagenfurt.

Posterpräsentation von Hospiz und Palliative Care in der Pflege bei der Europäischen Konferenz „Dignity for the frail old“ in Bergen/Norwegen im Sept. 2010 - „From dilemmas to solutions“.

Teilnehmende am Kongress: Der erste Vizepräsident von Hospiz Österreich, der zweite Vizepräsident von Hospiz Österreich, die Vorsitzende des Landesverbandes

Hospiz Niederösterreich, die Projektbegleiterin des Landesverbandes Hospiz Niederösterreich

Der Kongress „Dignity for the frail old“ fand von 2. – 5. September 2010 in Bergen in Norwegen statt. Hospiz Österreich war mit einem Poster vertreten. „Hospice and Palliative Care in Austrian nursing homes – standards of quality“.

Durch die Genehmigung des EU-Projektes „Narzisse“, das gemeinsam mit dem bfi Burgenland, dem bfi Wien und dem ungarischen Gemeindeverbund von Zalaegerszeg läuft, gibt es ab 1.3.2013 für weitere drei Wiener Heime die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit Hospiz Österreich Hospiz und Palliative Care in ihrem Pflegeheim umzusetzen. Auch der ungarische Partner wird in Ungarn das Projekt umsetzen.

3.8. Lernerfahrungen aus dem Projekt Hospiz und Palliative Care in der Pflege

3.8.1. Der Vernetzungsaspekt

ist zentral und braucht zur Umsetzung des Projektes und zur Verbreitung und Sensibilisierung des Themas viele verschiedenen Ebenen und unterschiedliche Formen.

Es braucht einerseits einen Ort, wo alle Informationen gesammelt, ausgetauscht, weiter entwickelt werden, wo die Vernetzung organisiert wird und der Informationsfluss gesichert ist. Andererseits braucht es eine themenbezogene österreichweite Steuergruppe, in der alle umsetzenden Bundesländer mit einem Mitglied vertreten sind. Auf diese Weise kann österreichweit bei aller Notwendigkeit der Anpassung an die Gegebenheiten des jeweiligen Bundeslandes eine gewisse Einheitlichkeit gewährleistet sein, was auch für die Vergleichbarkeit und die Qualität von Bedeutung ist. Weiters ist auf diese Weise eine effiziente Nutzung der Synergien möglich, ein Voneinander Lernen und ein gemeinsames Weiterentwickeln.

Wichtig ist auch die Konstituierung der Vernetzung der Entscheidungsträger auf Landesebene in unterstützenden Beiräten und deren Fortführung.

Bedeutsam ist weiters die Fortführung der Vernetzung der Entscheidungsträger auf Bundesebene in einem unterstützenden Beirat.

Die österreichweiten großen Vernetzungstreffen müssen sich an alle Interessierten in Österreich wenden und eine Dauer haben, die An- und Abreise aus allen Regionen in Österreich ermöglicht. Alle zwei Jahre sollte ein solches Vernetzungstreffen stattfinden.

3.8.2. Bezüglich der konkreten Umsetzung in den Heimen

Der Organisationsentwicklungsprozess

mit all seinen Bausteinen ist der Rahmen des Projektes, in den die Schulungen integriert sind. Die Begleitung muss extern sein und sollte durch ein Zweierteam erfolgen, das die Kompetenz von Organisationsentwicklung und Hospiz und Palliative Care vereinbart. Im Modellprojekt wurde aus Ressourcengründen jedes Heim nur von einer Projektbegleiterin beraten. Im Folgeprojekt in Wien besteht das Projektbegleitungsteam aus einem Organisationsentwickler und einer Hospiz und Palliative Care Expertin mit viel Erfahrung in Geriatrie. Da es im Projekt schwierig war, die HausärztInnen ausreichend einzubinden, wurden neue Bausteine hinzugefügt. Im Projekt war die Einbindung der HausärztInnen über die Start- und Abschlussveranstaltungen und die Einladungen zu den Schulungen gegeben.

Jetzt gibt es zusätzlich Interdisziplinäre Austauschtreffen, wo sich die Betreuenden aus dem Heim mit allen Externen treffen – Hausärztinnen, Palliativteam, Hospizteam, Seelsorge...um die Zusammenarbeit zu reflektieren und zu verbessern. Weiters werden Qualifizierungszirkel geplant, wo sich leitende Pflege und HausärztInnen mit einer/einem PalliativmedizinerIn treffen und retrospektiv Fälle besprechen und zugleich Fachinput vermittelt wird.

Die **Schulungen** dürfen nur von max. 20 TeilnehmerInnen besucht werden, wie auch ursprünglich von den AutorInnen des Curriculums festgelegt. Die Schulungen in den Modellheimen waren immer mit 30 TeilnehmerInnen und in manchen Fällen sogar darüber belegt, was das interaktive Lernen in einer interdisziplinären Gruppe teilweise erschwert hat. Weiters ist es wichtig, dass das die Schulung leitende Team aus leitender Pflege und Medizin besteht mit sehr viel Erfahrung in der Leitung von Gruppen. Der Raum muss sich

für das interaktive Arbeiten eignen, groß genug sein, über Tageslicht und die entsprechende technische Ausrüstung verfügen.

Die Erfahrungen in den mittlerweile 50 Heimen zeigen eine sehr positive Resonanz auf die Schulungen von allen Teilnehmenden aller Berufsgruppen, wenn die genannten Kriterien eingehalten werden.

3.8.3. Bezüglich der Umsetzung der Ziele

Einige Ziele sind nicht kurzfristig zu erreichen, sondern nur langfristig, da sie über die Zuständigkeit des Heimes hinausgehen und u.a. auch politische Entscheidungen benötigen. Das betrifft besonders die palliativmedizinische Versorgung in den Heimen. Das Projekt zeigte diese Problemlage klar auf, aber sie kann vom Heim nur zu einem kleinen Anteil gelöst werden. Der „kleine“ Anteil ist die Verbesserung der Kommunikation mit den HausärztInnen und das passiert im Rahmen des Projektes, soweit es die Bereitschaft gibt. HausärztInnen sollten geriatrisch und palliativmedizinisch geschult sein, sind das aber sehr oft nicht. Für Heime ist es sehr oft schwierig, überhaupt HausärztInnen zu bekommen, sie haben keine Möglichkeit wählerisch zu sein. HausärztInnen werden schlecht honoriert. Viele Heime arbeiten mit mehreren, manchmal mit vielen HausärztInnen zusammen, die einerseits am Abend, in der Nacht und am Wochenende nicht vor Ort sind und die andererseits oft (noch) nicht in Palliativmedizin und Geriatrie geschult sind. Während der Visite des Hausarztes/ der Hausärztin ist wenig Zeit für bewohnerInnenbezogene Fragen. Ein Besuch im Alten- und Pflegeheim wird derzeit wie ein einziger Hausbesuch abgegolten, auch wenn er/sie 20 oder mehr BewohnerInnen als PatientInnen dort hat und mehrere Visiten durchzuführen sind. Interdisziplinäre Fallbesprechungen in diesem Rahmen sind keine PatientInnengespräche und werden nicht abgegolten. Weiters kommt hinzu, dass aufgrund von Zeitmangel und fehlendem palliativmedizinischen Wissen die Medikation oft nicht in regelmäßigen Abständen auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit überprüft wird und die Anzahl der Medikamente oft überhöht ist. Die vom Arzt/der Ärztin verordneten Medikamente werden oftmals nicht umgehend schriftlich dokumentiert und abgezeichnet oder nicht unmittelbar im Dokumentationssystem des Heimes erfasst, weil die ÄrztInnen die Zeit nicht aufbringen können. Der Kontakt zu mobilen Palliativteams oder einem Palliativkonsiliardienst ist manchmal schon vorhanden, aber das mobile Palliativteam hat nicht immer die Kapazität, auch ins Pflegeheim zu kommen.

Ein weiteres Ziel, das sich nur langfristig umsetzen lässt, ist eine Ressourcenfrage, dass nämlich die ProjektbegleiterInnen für die Palliativbeauftragten zweimal jährlich Austausch und Vernetzung im eigenen Bundesland organisieren können - ein wichtiger Faktor für die Nachhaltigkeit. Zum Zeitpunkt des Projektendes wurde dieser Aspekt nicht vom Land NÖ übernommen.

Ein langfristiges Ziel ist auch die Aufhebung der Zeitknappheit in den Alten- und Pflegeheimen und die Personalsituation mit nur 30% an diplomiertem Personal. Die Diskussion zu Skill-Mix ist notwendig, aber sie muss auf dem Hintergrund des Pflege- und Betreuungsbedarfes, des therapeutischen und medizinischen Bedarfs geführt werden. Es sollte nicht nur über die Pflege gesprochen werden, sondern differenziert werden. Die Kostenfrage äußert sich auch darin, dass bei vielen (unnötigen) Transporten der auslösende Grund nicht der Mensch und seine Bedürfnisse sind, sondern der Transfer in ein anderes (Kosten)System.

3.8.4. Ressourcen

Für die Gewährleistung einer sinnvollen, effizienten und nachhaltigen Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in ganz Österreich braucht es finanzielle Ressourcen für eine zentrale leitende und koordinierende Stelle, für eine österreichweite Steuerungsgruppe, für Vernetzungstreffen und für die konkrete Umsetzung in den Heimen, für das Organisationsentwicklungsprojekt und darin integriert die Fortbildung in Palliativer Geriatrie.

3.8.5. Der Einbezug von Gender

Der Einbezug von Gender ist im Ansatz gelungen, im Projekt als Gesamtes, vor allem in der konkreten Umsetzung in den Heimen sollte es noch mehr aufgenommen werden. Bei den Schulungen und den Vernetzungstreffen konnte es sehr gut vermittelt werden, auch im Handbuch. In der konkreten Umsetzung in den Heimen wird auf die Sprache geachtet im Sinne von weiblichen und männlichen Formen, aber inhaltlich finden sich wenig konkrete Maßnahmen. Hier wäre konzeptuell zu überlegen, wie Gender noch besser integriert werden könnte.

3.9. Konzepte für die Sensibilisierung- und Öffentlichkeitsarbeit

3.9.1. Zielvorgabe:

Geplant waren zwei Pressekonferenzen in Niederösterreich, eine Websitepräsentation, eine Präsentation im Rahmen der Hospizenquete in NÖ und des Welthospiztages; eine Posterpräsentation im Rahmen des 10. und 11. EAPC (European Association of Palliative Care) Kongresses; ein Qualitätshandbuch aus den Ergebnissen der Umsetzung.

Ergebnis: die Zielvorgaben konnten weit übertroffen werden, sowohl im Blick auf die geplanten Medien als auch die Anzahl der Erwähnungen und Berichte.

3.9.2. Umsetzung

3.9.2.1. Tätigkeitsberichte des Dachverbandes Hospiz Österreich

Ab 2010 wurden jährliche Tätigkeitsberichte des Dachverbandes Hospiz Österreich erstellt. Der Beitrag über das Projekt HPCPH in den Tätigkeitsberichten 2009, 2010 und 2011 umfasste immer auch das Logo des FGÖ und die Erwähnung der Kooperation.

3.9.2.2. Pressekonferenzen und Pressegespräche

- 12.11.2009 Hospiz und Palliative Care in der Pflege (Pressegespräch)
- 12.11.2009 Hospiz Österreich startet ein Modellprojekt zur grundlegenden Verbesserung der Arbeits- und Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen (Presseaussendung)
- 06.06.2011 Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim - Niederösterreich als Pionier und Vorbild (Presseaussendung)
- 27.09.2012 Sorge um das Glück der anderen – Hospiz und Palliative Care im Alter (Pressekonferenz mit BM Hundstorfer und Presseaussendung)

3.9.2.3. Pressespiegel:

2009

- 12.11.2009: kathpress - Palliativ- und Hospizversorgung in Altenheimen soll ausgebaut werden (online)
- 12.11.2009: Die Presse - Tabu Tod: Hospize helfen Heimen (online)

13.11.2009: Die Presse - Tabu Tod: Hospize helfen Heimen (print)

13.11.2009: Salzburger Nachrichten - Hospizgedanke verbreitet sich (online und print)

2010

20.01.2010 Medical Tribune - Palliative Care in Pflegeheimen (print)

16.02.2010 Ärztwoche, Rückendeckung bis zum Ende (online)

25.04.2010 Lazarus Newsletter 17 - Bewusster Weg zur Hospizkultur im Heim
(elektronischer Newsletter)

Juni 2010 Homepage Landesverband Hospiz NÖ

3.9.2.4. Newsletter und eigens konzipierter Infoletter HPCPH

Newsletter 4/2009

Bericht über Pressegespräch zum Start des Projektes HPCPH in NÖ

Bericht über Kick-OFF Veranstaltung in St. Pölten

Newsletter 1/2010

Bericht über Kooperationsprojekt in Niederösterreich

Newsletter 4/2010

Bericht über das Kooperationsprojekt in der Steiermark

Newsletter 1/2011

Newsletter 2/2011

Newsletter 4/2012

Infoletter HPCPH 1/2010

Infoletter HPCPH 1/2011

Infoletter HPCPH 2/2011

Infoletter HPCPH 3/2011

Infoletter HPCPH 2/2012

3.9.2.5. Homepage des Dachverbandes Hospiz Österreich und des Landesverbandes Hospiz NÖ

Ab dem Frühjahr 2011 wurde der Bereich Alten- und Pflegeheime auf der Homepage neu konzipiert und eingeführt. Der FGÖ ist erwähnt und das Logo des FGÖ ist dort platziert.

Siehe www.hospiz.at

Einen eigenen Bereich nimmt das Projekt auch auf der Homepage des Landesverbandes Hospiz NÖ ein. Siehe www.hospiz-noe.at

3.9.2.6. Abtracteinreichung und Posterpräsentation von Hospiz und Palliative Care in der Pflege auf folgenden Kongressen

Juni 2010 EAPC Forschungskongress Glasgow

Standards of quality for hospice and palliative care in Austrian nursing homes

September 2010 Bergen „Dignity of the frailty and old“

Hospice and Palliative Care in Austrian nursing homes – Standards of quality

September 2010 Tagung der DPG in Dresden

Hospiz und Palliativkultur in Alten- und Pflegeheimen in Österreich

Mai 2011 EAPC Forschungskongress in Lissabon

Hospice and Palliative Care in Nursing Homes Organisational Development and Training

Gendersensitive Hospice and Palliative Care for the elderly (in Kooperation mit IFF

Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen Adria Universität Klagenfurt)

Oktober 2011 INTERLINKS Konferenz in Baden bei Wien

Hospice and Palliative Care in Nursing Homes

November 2011 ÖPIA Tagung zu Long term Care in St. Pölten

Hospiz- und Palliativkultur in Alten- und Pflegeheimen in Österreich

Juni 2012 EAPC Kongress in Trondheim

The relevance of hospice and palliative care in nursing homes

3.9.2.7. Internationaler Hospiz- und Palliative Care Tag 2012 – Pressekonferenz und Enquete am 27.9.2012

Im Mittelpunkt der Enquete am Abend und der vorhergehenden Pressekonferenz am Vormittag, beides mit dem Titel „Sorge um das Glück der anderen - Hospiz und Palliative Care im Alter“, stand das Projekt HPCPH. In der Pressekonferenz wurde von Vizepräsident Karl Bitschnau die FGÖ Anschubfinanzierung erwähnt. Am Abend sprachen Beiratsmitglieder zu HPCPH und Karl Bitschnau als Moderator erwähnte den FGÖ.

3.9.2.8. Erwähnungen des FGÖ bei Veranstaltungen

Waltraud Klasnic, Leena Pelttari, Sigrid Beyer und Anna Pissarek erwähnten den FGÖ und das Projekt in Grußworten, Einleitungen und Wortmeldungen bei allen Veranstaltungen, die im weitesten Sinn mit HPCPH zu tun hatten. Die Aufzählung ist den Teilberichten zu entnehmen. Zwei sind besonders hervorzuheben:

Im zweiten Halbjahr 2011 erwähnte Waltraud Klasnic den FGÖ bei der Verleihung des Teleios, eines Preises, den der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs alle zwei Jahre vergibt.

Die prominentesten Erwähnungen im zweiten Halbjahr 2012 fanden einerseits bei der Pressekonferenz und Abendenquete mit BM Hundstorfer statt und beim Präsentationsworkshop der Datenerhebung in den Alten- und Pflegeheimen, im Beisein des Beirates HPCPH und anderer relevanter Personen.

3.9.2.9. Publikationen

Bitschnau Karl, Beyer Sigrid, Pissarek Anna: Hospice and Palliative Care in Austrian Nursing Homes. In: Paliatia - Journal of Palliative Care Vol 4 (2011), Nr 3, 16-19

Bitschnau Karl, Beyer Sigrid: Mehr als nur ein schöner Abschied. Hospizkultur und Palliative Care in den österreichischen Alten- und Pflegeheimen. In: Lebensfreude - Zeitschrift der Hospiz-Bewegung Salzburg, 1/2011, S. 6-7

3.9.2.10. Qualitätshandbuch

Im Handbuch sind 34 AutorInnen mit eigenen Beiträgen vertreten, die Statements der Mitglieder des Beirates finden sich in einer aufgezeichneten Gruppendiskussion.

Die Bereitschaft zur Teilnahme war sehr groß, es wurden 38 Personen insgesamt angefragt, von denen fast alle bereit waren einen Beitrag zu verfassen, ohne dafür honoriert zu werden.

Es ist im Handbuch gelungen, sehr viele qualitative Elemente aufzunehmen, was dem Anspruch des Redaktionsteams gerecht wird, dass das Buch so spannend sein soll, dass es bei der Heimleitung, der Pflegedienstleitung und anderen am Nachtkästchen liegt zum Lesen. Das Besondere, das kaum in einem Buch dieser Art bisher abgebildet ist, ist der starke Einbezug von direkt Betroffenen, es wird nicht nur über sie geschrieben, sondern sie kommen selber zu Wort. Ein Interview mit einer Bewohnerin macht es möglich, auch

ihre Sichtweise zu hören, es schreibt die Tochter einer Heimbewohnerin, es wurde ein Interview mit zwei Ehrenamtlichen geführt, es schreibt eine Heimleiterin, ein Seelsorger, mehrere PalliativmedizinerInnen, dazu kommen fachbezogene und wissenschaftliche Artikel, auch unter Aufnahme von Genderthematik. Zu den österreichischen AutorInnen konnten auch Autoren aus der Schweiz und aus Deutschland gewonnen werden, die ihre Sichtweise zum Thema darstellen. Das Handbuch ist 2012 im Hospizverlag erschienen unter dem Titel „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen - mehr als nur ein schöner Abschied. Untertitel: Gut leben und würdig sterben können“

(siehe Beilage Werbefolder Buch)

Eine erste Buchpräsentation fand im Rahmen des Projektes „Österreichweite Datenerhebung zu Hospiz und Palliative Care in österreichischen Alten- und Pflegeheimen“ statt, beim Präsentationsworkshop der Datenerhebung am 27.11. 2012

Anwesende Personen und Organisationen:

• Name	• Organisation
• Gabriela Jansen, Dipl.-Pflegerw. (FH)	• Verbindungsstelle der Länder
• Dr. ⁱⁿ Ulrike Schermann-Richter	• BMG
• Dr. Michael Lang	• Österreichische Ärztekammer
• Mag. ^a Floh Simone	• BMASK
• Regina Ertl, DGKS, Akad. Soz.Man.	• BV Alten- und Pflegeheime
• Dir. ⁱⁿ Hildegard Menner	• ARGE Pflegedienstleitung
• Mag. ^a Claudia Nemeth	• GÖG/ÖBIG
• Franziska Fink	• ARGE Pflegedienstleitung
• Dr. ⁱⁿ Renate Wagner-Kreimer	• Österreichische Ärztekammer
• Dr. Wolfgang Wiesmayr	• ÖGAM
• Waltraud Klasnic	• DV Hospiz Österreich
• Karl Bitschnau (MAS)	• DV Hospiz Österreich
• Dr. ⁱⁿ Sigrid Beyer	• DV Hospiz Österreich
• Erich Borovnyak (MBA)	• Caritas Wien
• Sonja Thalinger MSc	• LV Hospiz NÖ
• Dr. Herbert Tillhof	• LV Hospiz Burgenland
• Monika Pinzger	• LV Hospiz Burgenland
• Irene Schwarz	• Mundipharma GmbH

• Dr. ⁱⁿ Karin Mosser	• KAV Wien
• Mag. ^a Gabriela Grabmayer	• Studierende FH Linz
• Mag. ^a Leena Pelttari	• DV Hospiz Österreich
• Mag. ^a Anna Pissarek	• DV Hospiz Österreich
• Mag. ^a Brigitte Juraszovich-Szirota	• BMASK
• Gerda Schmidt (MAS)	• CS
• Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Renate Kränzl-Nagl	• FH OÖ
• Barbara Nußbaumer, Bakk., BSc, MSc	• FH OÖ
• Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Reitingner	• IFF
• Maria Eibel, BSc, MA	• DV Hospiz Österreich

Über das Projekt hinausgehend, aber unmittelbar mit dem Buch verbunden wird am 5.4.2013 eine große Veranstaltung stattfinden, deren Mittelpunkt das Buch sein wird. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Pleschberger wird mit den Augen einer Pflegewissenschaftlerin über das Buch sprechen.

4. Ausblick

Durch das Projekt Hospiz und Palliative Care in der Pflege konnte Gesundheitsförderung auf vielen Ebenen und bei allen Betroffenen stattfinden. Das Projekt zeigt, wie essentiell es ist, dass Gesundheitsförderung auch die hochaltrigen Menschen mit einschließt und alle, die sie betreuen und umsorgen. Das Projekt weist auf die oftmals sehr schwierige Situation in den Alten- und Pflegeheimen hin, hat aber auch Lösungen anzubieten. Das zeigt sich auch darin, dass schon während des Projektes ein Roll-out begonnen hat. In Niederösterreich wird bereits der zweite Durchgang Mitte 2013 abschließen, die Schlussveranstaltung ist zugleich der Auftakt des dritten Durchgangs. Auch die Steiermark, Wien, Salzburg und das Burgenland haben mit dem Projekt bereits begonnen. Im Rahmen des EU Projektes Tamasz arbeiten der ungarische Gemeindeverbund von Zalaegerszeg (Komitat Zala), das BFI Burgenland, das BFI Wien, der Dachverband Hospiz Österreich und die Hospizbewegung Burgenland seit 2012 für einen Wissenstransfer zusammen, wo es auch um die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen geht.

Allerdings ist auch klar, dass ein so großes, gesellschaftspolitisch wichtiges Thema in drei Jahren nur teilweise aufgebaut werden kann und dass Fördermittel notwendig sind, um die

Errungenschaften nicht auf halber Strecke versiegen zu lassen, sondern zügig weiter zu entwickeln. Unser aller Ziel ist, dass es in den Alten- und Pflegeheimen Bedingungen gibt, die von hoher Qualität und Zufriedenheit zeugen.