

Evaluation

des Projekts „Hospiz und Palliative Care in der Pflege“

Mag. Olivia Rauscher

Mag. Ina Pervan-Al Soqauer

Dr. Doris Schober

Mag. Selma Sprajcer

Ena Pervan, Bsc

The logo for WU (Wirtschaftsuniversität Wien) is displayed in a large, white, serif font. The background of the entire lower half of the page is a blue-toned network of interconnected nodes and lines, resembling a molecular or digital structure.

WU

WIRTSCHAFTS
UNIVERSITÄT
WIEN VIENNA
UNIVERSITY OF
ECONOMICS
AND BUSINESS





Impressum:

NPO-Kompetenzzentrum
Nordbergstraße 15
1090 Wien
Tel.: 01 31336 5878
Fax: 01 31336 5824
www.npo.or.at

Wien, 2013

Kontakt: Mag. Olivia Rauscher, olivia.rauscher@wu.ac.at
Copyright ©NPO-Kompetenzzentrum

INHALT

1	Executive Summary	6
2	Einleitung	1
3	Ausgangssituation.....	2
3.1	HOSPIZ ÖSTERREICH	2
3.2	Die Situation in Alten- und Pflegeheimen	2
3.2.1	Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.....	2
3.2.2	An- und Zugehörige	2
3.2.3	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	3
3.3	Das Interventionsprojekt	3
4	Ziele der Studie	5
5	Evaluationsdesign	6
6	Methodisches Vorgehen	9
6.1	Literaturrecherche.....	9
6.2	Dokumentenanalyse	9
6.3	Erhebungen Leitungs- und Betreuungspersonen in den Altenpflegeheimen	9
6.4	Erhebungen An- und Zugehörige verstorbener HeimbewohnerInnen	10
6.5	Erhebungen Projektsteuerungsgruppe und Prozessbegleitungs- perspektive	11
6.6	Fallanalyse	11
7	Hospiz und Palliative Care – ein kurzer Überblick	12
7.1	Theoretische Grundbegriffe	12
7.2	Hospiz und Palliative Care in Österreich	14
7.3	Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen	15
8	Heim A	19
8.1	Dokumentenanalyse	19
8.2	Leitungs- und Betreuungspersonen	19
8.2.1	Verankerung von Hospiz und Palliative Care im Heim.....	19
8.2.2	Palliativbeauftragte und -gruppe	20
8.2.3	Ehrenamtliches Engagement	21
8.2.4	Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase.....	21
8.2.5	Thematik Tod und Sterben	22
8.2.6	Abschiedsrituale und Vorgehen nach Eintritt des Todes	23
8.2.7	Lebensqualität der BewohnerInnen.....	23
8.2.8	An- und Zugehörige	25
8.2.9	Arbeitszufriedenheit und Burnout	26

8.2.10	Ethisch schwierige Fragen und Kooperationen	26
8.2.11	Schulung Palliative Geriatrie	27
8.2.12	Organisationsentwicklungsprozess und umgesetzte Maßnahmen	28
8.2.13	Potential für Verbesserungen	29
8.3	An- und Zugehörigen verstorbener HeimbewohnerInnen	29
8.3.1	Hospiz und Palliative Care im Heim	29
8.3.2	Lebensqualität der HeimbewohnerInnen	30
8.3.3	Kontakt mit Pflege- und Betreuungspersonen.....	31
8.3.4	Betreuung von sterbenden BewohnerInnen	31
8.3.5	Verbesserungswünsche	33
8.4	Resümee Heim A.....	33
9	Heim B	36
9.1	Dokumentenanalyse	36
9.2	Leistungs- und Betreuungspersonen.....	36
9.2.1	Verankerung von Hospiz und Palliative Care im Heim	36
9.2.2	Palliativbeauftragte und –gruppe	37
9.2.3	Ehrenamtliches Engagement	38
9.2.4	Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase	38
9.2.5	Thematik Tod und Sterben	40
9.2.6	Abschiedsrituale und Vorgehen nach Eintritt des Todes	40
9.2.7	Lebensqualität der BewohnerInnen	42
9.2.8	An- und Zugehörige.....	43
9.2.9	Arbeitszufriedenheit und Burnout	43
9.2.10	Ethisch schwierige Fragen und Kooperationen	45
9.2.11	Schulung Palliative Geriatrie	46
9.2.12	Organisationsentwicklungsprozess und umgesetzte Maßnahmen	46
9.2.13	Potential für Verbesserungen	47
9.3	An- und Zugehörige verstorbener HeimbewohnerInnen	48
9.4	Resümee Heim B.....	48
10	Heim C	51
10.1	An- und Zugehörige verstorbener HeimbewohnerInnen	51
10.1.1	Hospiz und Palliative Care im Heim	51
10.1.2	Lebensqualität der HeimbewohnerInnen	51
10.1.3	Kontakt mit Pflege- und Betreuungspersonen.....	52
10.1.4	Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase.....	52
10.1.5	Verbesserungswünsche	53
10.2	Resümee Heim C.....	54
11	Die Prozessperspektive	55

11.1	Beschreibung Projektsteuergruppe	56
11.2	E-Mail-Befragung	56
11.2.1	Allgemeine Zufriedenheit	56
11.2.2	Förderliches und Hinderliches	57
11.2.3	Optimierung	59
11.2.4	Entscheidungen	61
11.2.5	Anmerkungen zur Arbeit in der Steuergruppe	63
11.3	Interviews mit Personen aus der Steuergruppe	63
11.4	Beschreibung Fokusgruppe.....	66
11.5	Fokusgruppengespräch	66
11.6	Resümee Prozessperspektive.....	68
12	Zusammenfassung.....	70
12.1	Forschungsdesign	70
12.2	Ergebnisse aus den Heimen.....	70
12.3	Ergebnisse der Prozessperspektive	73
13	Handlungsempfehlungen	74
14	Literaturverzeichnis.....	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5-1: Dimensionen des Interventionsprojekts aus Evaluationssicht verknüpft mit inhaltlichem Fokus und methodischem Vorgehen	7
Abbildung 7-1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Nemeth 2004).	13
Abbildung 7-2: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich (Pelttari et al. 2012)	14
Abbildung 7-3: Belastungen der MitarbeiterInnen in Pflegeheimen (BWG 2005)	15
Abbildung 7-4 : Maßnahmen zur Implementierung von Palliative Care in der stationären Altenhilfe (Heller et al. 2003)	17
Abbildung 7-5: Empfehlungen für die Implementierung von Palliativkultur	17
Abbildung 6: Veränderungen in Heim A	35
Abbildung 7: Veränderungen in Heim B	50
Abbildung 11-1: Bitte bewerten Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeit in der Steuergruppe mit einer Note zwischen 1 und 5 (Schulnotensystem: 1=sehr gut, 5=nicht genügend).....	57
Abbildung 11-2: Möglichkeiten, um die Umsetzung des Projekts zu optimieren.....	59
Abbildung 11-3: Wurden Sie rückblickend aus Ihrer Sicht in alle Entscheidungen ausreichend eingebunden?	61
Abbildung 11-4: Wurden die in der Steuergruppe getroffenen Entscheidungen aus Ihrer Sicht gut umgesetzt?	62
Abbildung 11-5: Fühlten Sie sich rückblickend stets ausreichend über das Projekt und die aktuellen Entwicklungen informiert?.....	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 7-1: Betreute Personen und MitarbeiterInnen in Hospiz- und Palliativeinrichtungen.	14
Tabelle 11-1: Meilensteine des Projekts.....	55

Abkürzungsverzeichnis

APH	Alten- und Pflegeheim
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
DGKP/S	diplomierter/r Gesundheits- und Krankenpfleger/Schwester
OE	Organisationsentwicklung
PH	PflegehelferIn
PDL	Pflegedienstleitung

1 EXECUTIVE SUMMARY

Von Ende 2009 bis Mitte 2012 führte HOSPIZ ÖSTERREICH das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz Niederösterreich durch. Das NPO-Kompetenzzentrum der WU Wien wurde mit der Durchführung einer Evaluation des Projekts beauftragt.

Das Interventionsprojekt soll die physische, psychische und seelische Gesundheit von Leitenden, Betreuenden und An- und Zugehörigen der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen erhalten, fördern und Ressourcen erkennen und ausbauen. Weiters soll die Lebensqualität der BewohnerInnen erhöht werden. Durch die Integration von Hospizkultur und Palliative Care soll in den Pflegeheimen ein (Organisations-)Entwicklungsprozess eingeleitet werden.

Die Hauptforschungsfrage der Evaluation lautet entsprechend:

Welche Wirkungen hat das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ auf die wesentlichen Projektzielgruppen?

Wesentliche Projektzielgruppen sind:

- Leitungspersonal in den Altenpflegeheimen
- Pflegepersonal in den Altenpflegeheimen
- An- und Zugehörige
- HeimbewohnerInnen

In den betrachteten Heimen existierten bereits zu Beginn des Projekts verschiedene Aspekte einer Hospizkultur, die unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Vieles wurde bereits umgesetzt, jedoch von den Stakeholdern nicht unmittelbar mit Hospiz und Palliative Care in Zusammenhang gebracht. Während des Projekts wurde das Thema Hospiz und Palliative Care zunehmend in den Heimen implementiert, die Begrifflichkeiten wurden von den befragten MitarbeiterInnen aber auch noch am Ende des Projekts unterschiedlich interpretiert. Die Evaluation zeigt, dass der Großteil der Befragten unter Palliative Care im Grunde End of Life Care versteht. **Generell wurde der Stellenwert von Hospizkultur und Palliative Care im Heim aber zu Projektende deutlich höher eingeschätzt als am Anfang. In beiden Häusern wurde eine Palliativbeauftragte eingesetzt und eine Palliativgruppe installiert. Für die An- und Zugehörigen war diese Veränderung ebenfalls spürbar.**

Die Lebensqualität der BewohnerInnen wird sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts hoch eingeschätzt. Da die Befragten Lebensqualität vor allem auf die Aktivitäten im Haus sowie die Selbständigkeit der BewohnerInnen beziehen, sehen sie im Laufe des Projekts hier wenig Veränderung. Es zeigt sich jedoch, dass **ergänzende Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie oder Musikbegleitung zugenommen haben und neues Wissen zu komplementären Therapien erlangt wurde. Zudem konnte die Schmerztherapie verbessert bzw. intensiviert werden**, was insgesamt eine Steigerung der Lebensqualität der BewohnerInnen bedeutet.

In der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der letzten Lebensphase wird sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts individuell vorgegangen. Obwohl bereits zu Projektanfang großes Bemühen besteht, persönliche Wünsche von sterbenden BewohnerInnen zu erfüllen, **steigt im Laufe des Projekts die Sensibilität im Umgang mit Sterbenden in den unterschiedlichen Berufsgruppen.**

Was das Thema **Tod und Sterben** betrifft, gibt es auch zu Projektende **keine standardisierten Vorgaben zu Angehörigengesprächen oder strukturierte Gespräche mit BewohnerInnen.** Prinzipiell sind Gespräche mit den Betreuenden jedoch

jederzeit möglich, diese hängen aber wiederum stark **von der Eigeninitiative der Angehörigen bzw. der BewohnerInnen** ab. **Unter den MitarbeiterInnen ist das Thema allerdings deutlich bewusster geworden, was auch den Austausch untereinander gefördert hat. Auch die Notwendigkeit der Begleitung von An- und Zugehörigen ist stärker in den Vordergrund gerückt.**

Insgesamt haben sich dennoch alle befragten Angehörigen gut informiert gefühlt und waren mit der Betreuung und Pflege der BewohnerInnen sehr zufrieden. **Während zu Beginn des Projekts, immer wieder problematische Situationen zwischen Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörigen entstanden sind, ist das wechselseitige Verständnis gegen Ende des Projekts höher.**

Abschiedsrituale sind schon zu Beginn des Projekts ein wichtiger Bestandteil in den Heimen und fokussieren vor allem auf die Zimmergestaltung. Während des Projekts wurde zusätzlich eine Checkliste zu den Abläufen nach Eintritt des Todes, als Unterstützung für das Pflege- und Betreuungspersonal erstellt, sowie eine Gedenkfeier für verstorbene BewohnerInnen eingeführt.

Die **Pflege- und Betreuungskräfte** sind sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts mit ihrem **Job sehr zufrieden** und fühlen sich **Großteils nicht Burnout gefährdet**. In ihrer täglichen Arbeit fühlen sich die Befragten ausreichend unterstützt.

Die **Schulungen** wurden **sehr ambivalent wahrgenommen**. Teils wurden diese sehr positiv erlebt, teils hatten die Befragten völlig andere Vorstellungen und Erwartungen. Einig waren sich jedoch alle, dass bereits vor dem Projekt vieles in Sachen Hospiz und Palliative Care gemacht wurde, durch die Schulung jedoch manifestiert wurde. **Die wesentlichste Veränderung sahen die Befragten in der bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema und in der gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase.**

Als sehr problematisch wurde vielfach die **Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen** angesprochen, da es immer wieder zu unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung von BewohnerInnen kommt, wobei den ÄrztInnen eine große Entscheidungsmacht zuteilwird.

Der **Organisationsentwicklungsprozess** wurde vor allem in Heim A als solcher nicht wahrgenommen. **Veränderungen wurden von den Befragten sehr wohl wahrgenommen, jedoch nicht in Zusammenhang mit dem OE-Prozess gebracht.**

Zusammengefasst waren die wesentlichsten Veränderungen:

- Hospizkultur und Palliative Care wurden stärker verankert.
- Es hat eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Hospiz und Palliative Care gegeben.
- Die Stakeholder sind stärker für Hospiz und Palliative Care sensibilisiert.
- Palliativbeauftragte und Palliativgruppen sind vorhanden.
- Dokumente über durchzuführenden Standards sowie die strukturierte Aufarbeitung von Informationen zu BewohnerInnen in der Sterbephase wurden partiell eingeführt.
- Informationsmaterial zu Hospiz und Palliative Care, sowohl für die Pflege- und Betreuungskräfte, als auch teilweise für die An- und Zugehörigen, wurde erstellt.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde verbessert.
- Abschiedsrituale wurden teilweise verankert und ergänzt.
- Persönliche Wünsche der BewohnerInnen in der Sterbephase werden besser berücksichtigt.
- Ergänzenden Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie, Musikbegleitung und komplementäre Therapien haben zugenommen.

- Die Schmerztherapie wurde verbessert.
- Das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörige ist entspannter.
- Die An- und Zugehörigen wissen besser über Hospiz und Palliativ Care Bescheid.
- Die An- und Zugehörigen spüren die Veränderungen durch das Projekt.

Auf Prozessebene wurde vor allem die Arbeit in der **Projektsteuergruppe** von den Mitgliedern **sehr positiv und bereichernd** erlebt. **Besonders positiv war die sehr gute Zusammenarbeit im Team wie auch der regelmäßige, bereichernde, bundesländerübergreifende Austausch. Auch die Unterstützung durch den Dachverband Hospiz Österreich wurde lobend erwähnt.** Insbesondere wurden auch das Engagement und die Unterstützung der Projektleiterin und Projektbegleiterinnen sowie der Präsidentin und des Vize-Präsidenten von Hospiz Österreich hervorgehoben. Förderlich für das Projekt war unter anderem auch die langjährigen Erfahrungen der Projektsteuergruppenmitglieder in unterschiedlichen Bereichen.

Der Mangel an Zeit, die Unsicherheit hinsichtlich der Finanzierung und die Zusammenarbeit mit den Bundesländern, bezogen auf die Anreise und die Vertretung der Bundesländer durch wechselnde Personen, wurden als hinderlich beschrieben.

Entscheidungen wurden **gemeinsam und konsensorientiert** durch Diskussionen getroffen. Die Zufriedenheit mit der Umsetzung der Entscheidungen und die Information über aktuelle Entwicklungen haben sich gegen Ende des Projekts geringfügig verschlechtert. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Projekt in der Zwischenzeit stark gewachsen ist und damit auch die Projektstrukturen komplexer geworden sind.

Für die Mitglieder der Projektsteuergruppe war die Zusammenarbeit eine positive Erfahrung und ein bereichernder Lernprozess. Eine Person beschreibt dies folgendermaßen: „**Es war eine gute Zeit!**“ (Mail P).

Was die **wesentlichen Entwicklungen des Gesamtprojekts** betrifft, haben die befragten Steuergruppenmitglieder vor allem **die österreichweite Vernetzung, die Entwicklung des Curriculums Palliative Geriatrie und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Häusern als besonders positiv** erlebt. Durch die gut funktionierende Vernetzung wurde die Umsetzung erleichtert und vieles an Mehrarbeit verhindert.

Am Projektende stand ganz wesentlich die Erkenntnis, dass der **Organisationsentwicklungsprozess stärker positioniert** werden muss, da dieser zentral für die nachhaltige Verankerung der Projektziele in den Heimen ist. Problematisch wurde auch die **Einbindung der Ärzteschaft** in das Projekt gesehen, da, laut Aussagen der Befragten, hier vor allem politische Entscheidungen und strukturelle Veränderungen notwendig sind. Auch die Festlegung einer **Höchstgrenze von maximal 20 TeilnehmerInnen** pro Schulung wurde als eine zentrale Lernerfahrung angesprochen.

2 EINLEITUNG

Die von HOSPIZ Österreich beauftragte Evaluation hat zum Ziel die Wirkungen des Interventionsprojektes „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ auf die wesentlichen Projektzielgruppen aufzuzeigen.

In Kapitel 3 erfolgt zunächst eine Beschreibung der Ausgangssituation, insbesondere auch des Interventionsprojektes.

Kapitel 4 widmet sich den Zielen der Evaluation, während in Kapitel 5 das Evaluationsdesign und in Kapitel 6 das methodische Vorgehen beschrieben werden.

In Kapitel 7 werden sowohl die Begriffe Hospiz und Palliative Care näher beleuchtet als auch die konkrete Situation in Österreich betrachtet. Abschließend wird die Einbindung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen thematisiert und Implikationen für eine erfolgreiche Implementierung gegeben.

Kapitel 8, 9 und 10 stellen jeweils eine Fallstudie vor und zeigen Veränderungen im Zeitablauf. In jeweils einem Alten- und Pflegeheim wurden Erhebungen am Anfang und zu Ende des Interventionsprojekts durchgeführt.

In Kapitel 11 wird auf die Prozessebene eingegangen, was sowohl die Arbeit in der Steuergruppe als auf förderliche und hinderliche Bedingungen sowie Verbesserungspotential auf der Projektleitungsebene umfasst.

Kapitel 13 resümiert die Ergebnisse, um in Kapitel 14 daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

3 AUSGANGSSITUATION

3.1 HOSPIZ ÖSTERREICH

HOSPIZ ÖSTERREICH als Dachverband von über 200 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich wurde 1993 gegründet. HOSPIZ ÖSTERREICH hat sich zur Aufgabe gesetzt, Themen unheilbarer Erkrankung, Sterben und Tod öffentlich zu machen, Medien und PolitikerInnen nahezubringen und generell Informationen und Hilfe dazu anzubieten. Im Zuge dessen vernetzt und unterstützt HOSPIZ ÖSTERREICH u.a. Hospiz- und Palliativ-Initiativen und fördert neue Projekte, veranstaltet in Zusammenarbeit mit regionalen Institutionen und universitären Einrichtungen Lehrgänge, Seminare und Vorträge und entwickelt Qualitätsstandards der Hospizarbeit für Österreich.

3.2 DIE SITUATION IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

3.2.1 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

In den österreichischen Alten- und Pflegeheimen ziehen die Betreuten immer öfter in einem sehr schlechten Zustand ein. Multimorbidität und Demenz nimmt zu, die Verweildauer sinkt – die Konfrontation mit dem Thema Tod und Streben wird größer. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, in Alten- und Pflegeheimen Wert auf palliativpflegerisches und palliativmedizinisches Wissen zu legen.

Die BewohnerInnen verbringend zunehmend ihre letzten Lebenswochen im Heim. Dies stellt künftig immer mehr Anforderungen an die Pflegeheime, um eine würdevolles Sterben zu ermöglichen und den letzten Lebensabschnitt so angenehm wie möglich zu gestalten.

3.2.2 An- und Zugehörige

Für An- und Zugehörige bedeutet die Übersiedelung ihrer Mutter/ihres Vaters ins Pflegeheim oft einen psychischen, physischen, emotionalen und sozialen Aufwand. Viele von ihnen haben sich zuvor pflegend um den jeweiligen Elternteil gekümmert und dadurch eine sehr enge Beziehung entwickelt. Aus ihrer Rolle des **pflegenden Angehörigen** können sie sich häufig erst nach dem Tod des Angehörigen und dem Abklingen der Trauer befreien. Zuvor übernehmen sie auch nach einer Übersiedelung ins Pflegeheim pflegerische Aufgaben, helfen bei aktivierenden Übungen und sind nahezu täglich anwesend.

Neben der Gruppe der pflegenden Angehörigen unterscheidet George (2003) auch zwischen den **delegierenden Angehörigen**, die das Heim als Serviceeinrichtung betrachten und sich selbst eher in einer Kontrollfunktion sehen und in unregelmäßigen Abständen zu Besuch kommen sowie den **psycho-sozial stabilisierenden Angehörigen**. Sie konzentrieren sich vorwiegend auf die psychische Betreuung der/des HeimbewohnerIn/Heimbewohners und investieren viel Zeit in ihre Besuche.

Aufgrund dieser hohen Bedeutung, die die Angehörigen Innehaben, d.h. bei der Pflege unterstützen aber auch einen besseren Zugang zu HeimbewohnerInnen ermöglichen, stellt die Angehörigenarbeit einen Grundpfeiler des Pflegewesens dar und trägt aber auch wesentlich zur Lebensqualität der BewohnerInnen bei.

Eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen findet zumeist in Krisenzeiten statt, die insbesondere die gesundheitliche Verschlechterung und die Sterbephase des Heimbewohners/der Heimbewohnerin umfassen. Die Angehörigen müssen sich mit Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen, einige von ihnen in einer relativ kurzen Zeit. In einer, von der AWO in Auftrag gegebenen, Studie zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren wurden vier zentrale Themen für Angehörige herausgefiltert (AWO, 2003):

- Umgang mit dem Loslassen bzw. Schuldgefühle und Trauer.
- Ängste, in der Sterbebegleitung nicht zu genügen und den Prozess nicht zu schaffen.
- Wunsch nach Möglichkeiten und Rahmenbedingungen, die eine intensive Begleitphase ermöglichen.
- Umgang mit den Sterbenden und ein würdevoller Abschied.

3.2.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

An die MitarbeiterInnen in Pflegeheimen werden hohe Anforderungen gestellt. Die zunehmende Konfrontation mit Sterben und Tod, der Umgang mit Schmerzen in der letzten Lebensphase sowie das richtige Maß an optimaler Pflege und Betreuung versus Wünsche der HeimbewohnerInnen, schaffen zusätzliche, v.a. auch psychische, Belastungen.

Die MitarbeiterInnen müssen nicht nur selbst damit zurechtkommen, sondern auch eine Stütze für HeimbewohnerInnen und An- und Zugehörige sein.

Zur Bewältigung dieser (neuen) Herausforderungen kann die Heimleitung jedoch stark beitragen, in dem eine Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim integriert wird.

3.3 DAS INTERVENTIONSPROJEKT

HOSPIZ ÖSTERREICH führte von Ende 2009 bis Mitte 2012 das Pilotprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz Niederösterreich durch. HOSPIZ ÖSTERREICH beauftragte für die Durchführung der Evaluation das NPO-Kompetenzzentrum der WU Wien.

Mit diesem Qualitätsentwicklungsprojekt soll die physische, psychische und seelische Gesundheit von Leitenden, Betreuenden und An- und Zugehörigen der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen erhalten bleiben, gefördert werden und Ressourcen erkannt und ausgebaut werden. Weiters soll die Lebensqualität der BewohnerInnen erhöht werden. Durch die Integration von Hospizkultur und Palliative Care soll in den Pflegeheimen ein (Organisations-)Entwicklungsprozess eingeleitet werden.

Die Zielsetzungen des Projekts sind laut, dem NPO-Kompetenzzentrum vorliegenden, FGÖ-Projektantrag „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ (S.8ff):

- (1) Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung für Leitungs- und Betreuungspersonen von Alten- und Pflegeheimen und für An- und Zugehörige von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen.
- (2) Aufbau und Verstärkung der Fachkompetenz in Palliativpflege, Palliativmedizin und palliativer Geriatrie bei den Betreuungspersonen, jene im Heim und jene, die extern dazukommen. (HausärztInnen, SeelsorgerInnen..)
- (3) Schaffung einer Hospizkultur in den Modellprojektheimen durch externe Beratung und Begleitung von geschulten Projektleitungspersonen

- (4) Sicherung der Nachhaltigkeit durch die Möglichkeit ein Gutachten für Hospiz und Palliative Care zu beantragen.
- (5) Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung für An- und Zugehörige von alten, pflegebedürftigen, sterbenden Menschen.
- (6) Genau definierte Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige, die im Rahmen der Arbeit im Projekt Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim erarbeitet werden.
- (7) Genau definierte Unterstützungsangebote für BewohnerInnen, die im Rahmen der Arbeit im Projekt Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim, erarbeitet werden.
- (8) Schulung von Projektleitungspersonen, die diese befähigen, den Prozess in den Modellheimen und auf Landesebene zu begleiten.
- (9) Schulung von GutachterInnen, die diese zur Überprüfung befähigen, ob die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen qualitativ und nachhaltig gelungen ist, und ein Gutachten vergeben werden kann.
- (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

Die konkrete Umsetzung fand in acht Pflegeheimen in Niederösterreich statt. Konkret in: Baden, Hainfeld, Klosterneuburg, Kritzensdorf, Laa an der Thaya, Neunkirchen, Waidhofen an der Ybbs, Waidhofen an der Thaya.

4 ZIELE DER STUDIE

Ziel der vom NPO-Kompetenzzentrum durchzuführenden Studie ist die Evaluierung des Projekts „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“. Die Evaluierung erhebt die Wirkungen des Projekts, analysiert sie vor dem Hintergrund der gesetzten Ziele und spiegelt die daraus abgeleiteten Erkenntnisse im Sinne eines Inputs zur Prozessweiterentwicklung bereits während der Projektlaufzeit rück.

Im Zuge der Evaluation wurde insbesondere folgenden Fragen nachgegangen:

- Was hat sich durch das Projekt bei den An- und Zugehörigen verändert?
- Was hat sich durch das Projekt bei den Leitungs- und Betreuungspersonen verändert?
- Konnte die Arbeitszufriedenheit der Leitungs- und Betreuungspersonen in den Alten- und Pflegeheimen erhöht werden?
- Konnte Stress reduziert werden, Burnout verhindert und die Lebensqualität von Betroffenen erhöht werden?
- Wie gut konnte die Hospizkultur in den Alten- und Pflegeheimen verankert werden?
- Wie wird die Nachhaltigkeit gesichert?
- Wie unterstützend und umfassend waren die Schulungen „Palliative Geriatrie“ für die MitarbeiterInnen der Alten- und Pflegeheime?
- War die Dokumentation für die Transparenz und die Verankerung des Projekts hilfreich?

Die **Hauptforschungsfrage** im Zuge der Evaluation lautet entsprechend:

Welche Wirkungen hat das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ auf die wesentlichen Projektzielgruppen?

Folgende Projektzielgruppen wurden als wesentlich definiert:

- Leitungspersonal in den APHs (Heimleitung, PDL)
- Pflegepersonal in den APHs (ProjektleiterIn und DGKP/S, PH)
- Angehörige
- BewohnerInnen

Die Evaluation umfasst eingeschränkt auch die Prozessperspektive, mit dem Ziel, die Arbeitsweise in der Steuergruppe zu beleuchten sowie förderliche und hinderliche Bedingungen auf Projektleitungsebene zu identifizieren und Verbesserungspotential abzuleiten. Dadurch soll ein Input zur Prozessweiterentwicklung gegeben werden.

Folgende Fragestellungen wurden seitens der Evaluation auf der Prozessebene als zentral erachtet:

- Wie zufrieden waren die Mitglieder mit der Arbeit und der Entscheidungsfindung in der Steuergruppe?
- Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen beeinflussten die Arbeit auf der Prozessebene?
- Welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es hinsichtlich der Weiterführung des Projekts?
- Wie unterstützend und umfassend waren die Schulungen und Vernetzungen für die Projektleitungs- und Projektbegleitungspersonen?
- Welche wesentlichen Veränderungen sind während der Projektlaufzeit auf Prozessebene eingetreten?

5 EVALUATIONSDESIGN

Das Design ist durch eine qualitative Herangehensweise gekennzeichnet. Da es sich beim Interventionsprojekt um ein Pilotprojekt in einigen Pilotheimeinrichtungen handelt, das einen ganzheitlichen Interventionsansatz im Bereich Palliativ Care und Hospiz verfolgt, bei dem die Wirkungsweise der geplanten Interventionen empirisch nicht geklärt ist und die Intervention in quantitativ schlecht messbaren Dimensionen stattfindet, erschien eine Erhebung mittels qualitativer Methodik zur Überprüfung der Wirkungen am zielführendsten. Ein stark quantitativer Ansatz würde eher die Strukturqualität betonen, deren Auf- bzw. Ausbau nicht im Mittelpunkt des Interventionsprojekts steht.

Konkret wurde ein multiples Fallstudiendesign durchgeführt. Geplant war, zwei der acht Pilotheime¹ im Interventionsprojekt als Objekte jeweils einer singulären Fallstudie heranzuziehen. Im Laufe der Evaluation lehnte eines der beiden Heime (in Folge Heim B genannt) jedoch die Befragung der An- und Zugehörigen verstorbener HeimbewohnerInnen ab. Als Grund hierfür wurde genannt, dass eine Befragung der An- und Zugehörigen nicht zumutbar wäre. Trotz vermehrter Bemühungen und Erklärungen seitens des Projekt- und Evaluationsteams lehnte dieses Heim die Erhebung ab. Im Fall der Projektzielgruppe „An- und Zugehörige“ konnte somit das ursprüngliche Design nicht mehr aufrechterhalten werden. Um dennoch eine Vergleichsgruppe zu erhalten, wurde seitens der Projektleitung entschieden, ein „Ersatzheim“ für die An- und Zugehörigenbefragung heranzuziehen. Somit wurde ein drittes Heim (in Folge Heim C genannt) in das Evaluationsdesign aufgenommen.

Pro Fallstudie werden der Ablauf und die Wirkungen des Interventionsprojekts beschrieben und in Hinblick auf die gesetzten Ziele und die relevanten Aspekte der „Richtlinien für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen“² analysiert. Die einzelnen Fallstudien werden im Endevaluationsbericht wechselseitig verglichen und auftretende unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen evaluierten Heimen beschrieben und soweit möglich Ursachen hierfür identifiziert.

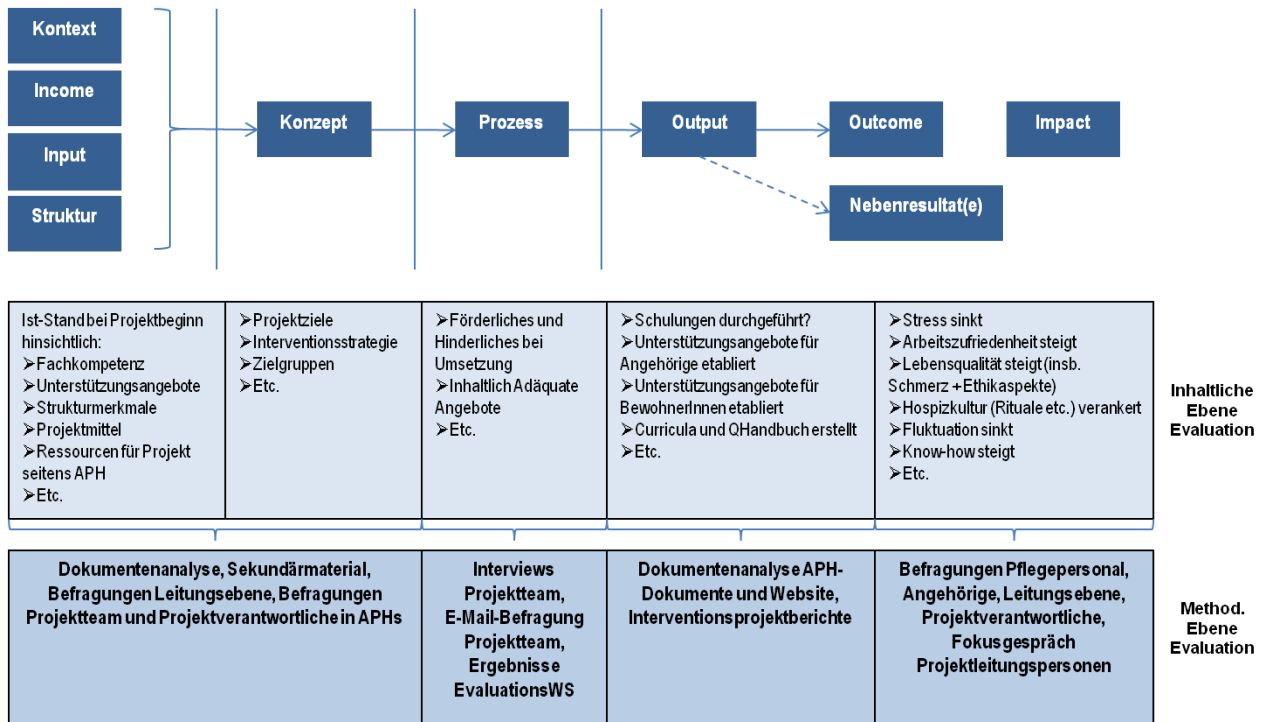
Innerhalb der einzelnen Fallstudien wird zudem ein Pre-Post-Design verfolgt. Folglich finden umfangreichere Erhebungen zur Identifikation des Ist-Zustandes bei Interventionsbeginn und nach Abschluss des Interventionsprojekts statt. Ziel ist die Veränderungen nach Interventionsende gegenüber dem Ist-Zustand festzustellen. Zusätzlich finden Erhebungen im Laufe des Interventionsprojekts statt und dienen der Ergebnissrückkoppelung in den Interventionsprozess im Sinne einer formativen Evaluation.

Das von Hospiz Österreich geplante Interventionsprojekt lässt sich aus Evaluationsicht in unterschiedliche in Abbildung 1 dargestellte Dimensionen gliedern.

¹ Je ein öffentliches und ein NPO-APH

² Von Hospiz Österreich 2008 erstellte Richtlinien
http://www.hospiz.at/pdf_dl/Richtlinien_pcph_08_2008.pdf

Abbildung 5-1: Dimensionen des Interventionsprojekts aus Evaluationsicht verknüpft mit inhaltlichem Fokus und methodischem Vorgehen



Der **Kontext** umfasst hierbei die Rahmenbedingungen eines Programms, die sich nur langfristig und programmunabhängig ändern. Hier wären insbesondere die regionalen sozialen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten zu nennen.

Unter **Income** wird alles verstanden, was von den Zielgruppenmitgliedern in das Programm eingebracht wird. Dies können Einstellungen, Wissen, Werte oder auch Bedürfnisse sein. Je nach Schicht, Altersgruppe etc. kann der Income deutlich variieren.

Unter **Input** werden die finanziellen, personellen u.ä. Ressourcen zusammengefasst, die in ein Programm investiert werden.

Der Begriff **Struktur** umfasst jene Bedingungen, die als Merkmale des Programmträgers vorliegen. Es interessieren hier z.B. Rechtsform, Finanzierungsstruktur, Personalressourcen, regionale Verankerung, Qualitätsmanagementsystem u.ä. strukturelle Bedingungen.

Das **Konzept** beinhaltet die Festlegungen der Programmverantwortlichen darüber wann, welche Ziele, bei welchen Zielgruppen, mit welchen Aktivitäten erreicht werden sollen. Hierzu ist es notwendig Ziele in ein Zielsystem einzubringen und mit Bewertungskriterien der Zielerreichung zu verknüpfen. Weiters soll das Konzept festlegen in welcher Art der Programmprozess geplant und gesteuert werden soll.

Im **Prozess** werden jene Maßnahmen durchgeführt, die zur Zielerreichung führen sollen.

Als **Output** werden die unmittelbar erbrachte(n) Leistung(en) des Programms bezeichnet. Dies können z.B. Beratungsstunden, Kurstage o.ä. direkt messbare Ergebnisse sein.

Outcome, auch als (Programm)Wirkung bezeichnet, stellt die angestrebten Zustände dar, in denen sich die Mitglieder einer Zielgruppe eines Programms nach Durchführung des

Programms (Projekts) befinden. Die Outputs sollen logisch, theoretisch oder empirisch begründet zu den gewünschten Outcomes führen.

Unter **Nebenresultaten** (Nebenwirkungen) werden jene positiven wie negativen Wirkungen verstanden, die nicht ursprünglich bei der Programmplanung intendiert waren (z.B. gesundheitsfördernde Effekte bei Nichtzielgruppenmitgliedern).

Impact bezeichnet schließlich die meist nicht messbare gesellschaftliche Gesamtwirkung des Programms.

In den Fallstudien werden die einzelnen dargestellten Dimensionen als analytischer Rahmen berücksichtigt und die in Kapitel 2 skizzierten inhaltlichen Fragestellungen entsprechend zugeordnet. Die konkrete Datenerhebung erfolgt mittels der nachfolgend beschriebenen Methoden. Die Analyse wird vor dem Hintergrund der Interventionsprojektziele vorgenommen.

6 METHODISCHES VORGEHEN

6.1 LITERATURRECHERCHE

Am Anfang des Projekts wurde eine Literaturrecherche durchgeführt um Begrifflichkeiten zu klären und eine theoretische Ausgangssituation zu schaffen. Im Zuge dessen wurden relevante Studien sowie Literatur zum Thema gesichtet, um einen Überblick über den Stand der Forschung zu erhalten.

6.2 DOKUMENTENANALYSE

Im Rahmen der Fallstudien wurden relevante Dokumente der beiden untersuchten APHs jeweils zu Beginn und Ende der Studie erhoben und in Hinblick auf das Thema Hospiz und Palliativ Care analysiert. Die Erhebung der relevanten Dokumente erfolgte in Zusammenhang mit den nachfolgend beschriebenen Interviews der Leitungs- und Betreuungspersonen.

6.3 ERHEBUNGEN LEITUNGS- UND BETREUUNGSPERSONEN IN DEN ALTENPFLEGEHEIMEN

Zur Erhebung der Veränderungen für die Leitungs- und Betreuungspersonen wurden persönliche Leitfadeninterviews durchgeführt. Am Anfang des Projekts (Zeitpunkt 1) und am Ende des Projekts (Zeitpunkt 3), wurden in zwei der acht Modellheime folgende Personen befragt:

- (1) Die Heimleitung und Pflegedienstleitung in einem gemeinsamen Interview
- (2) Die/Der Palliativbeauftragte im jeweiligen APH
- (3) Zwei Betreuungspersonen, die zu Beginn noch keine Hospiz bzw. Palliativausbildung haben und am Projekt teilnehmen

Soweit möglich wurden zu Beginn und am Ende jeweils die gleichen Personen befragt.

Zusätzlich wurde ein Heimarzt/eine HeimarztIn am Ende des Projekts interviewt. Darüber hinaus wurden zur Hälfte der Laufzeit des Interventionsprojekts (Zeitpunkt 2) im Hinblick auf eine Ergebnissrückkoppelung in den Interventionsprozess wiederum persönliche Leitfadeninterviews mit folgenden Personen geführt:

Die/Der Palliativbeauftragte im jeweiligen APH

- (1) Zwei Betreuungspersonen

Ziel der Erhebung bei den Leitungspersonen war erstens festzustellen inwieweit eine Sensibilisierung und ein Aufbau von Fachkompetenz zum Thema Hospiz und Palliative Care geschaffen werden konnte. In diesem Zusammenhang interessiert auch, wie das Thema bei den Leitungen verankert ist und welche Unterstützungsmaßnahmen für das Interventionsprojekt seitens der Leitungen gegeben sind. Zweitens wurde thematisiert, welche Aktivitäten und Schulungen stattgefunden haben und wie die Wahrnehmung derselben aus Sicht der Leitung ist. Drittens ging es um eine Projektbeurteilung (Ablauf, Nutzen Förderliches, Hinderliches etc.).

Ziel der Erhebungen bei den Betreuungspersonen war erstens Arbeitszufriedenheit, Belastungen, Stress und Burnoutgefahr insbesondere im Zusammenhang mit sterbenden BewohnerInnen und deren Angehörigen und Bezugspersonen zur erfassen. Zweitens wurde in Hinblick auf das Interventionsprojekt nach Umsetzung und Auswirkungen desselben gefragt (Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, Fachkompetenz, Nutzen der Schulungen usw.). Drittens wurde nach der, seitens der Betreuenden wahrgenommenen, Lebensqualität der BewohnerInnen gefragt.

Alle Interviews wurden transkribiert und mittels der Software NVIVO gängigen sozialwissenschaftlichen Methoden entsprechend ausgewertet.

6.4 ERHEBUNGEN AN- UND ZUGEHÖRIGE VERSTORBENER HEIMBEWOHNERINNEN

Am Anfang und am Ende der Projektlaufzeit erfolgte eine Erhebung bei den An- und Zugehörigen verstorbener BewohnerInnen.

Ziel dieses Moduls war herauszufinden wie sich das Projekt für die An- und Zugehörigen der verstorbenen HeimbewohnerInnen ausgewirkt hat und ob deren subjektiv empfundene Lebensqualität in der Sterbephase verbessert werden konnte. Die Befragung sollte die Veränderungen durch das Interventionsprojekt aus Angehörigenperspektive erheben. Inhaltlich sollten v.a. Unterstützungsangebote für die Zu- und Angehörigen und das gesundheitliche/psychische Befinden aber auch Unterstützungsangebote für die HeimbewohnerInnen abgefragt werden.

In einem Informationsbrief³ wurden die An- und Zugehörigen über das Projekt informiert und gebeten, sich bei Interesse an der Erhebung teilzunehmen, an die jeweilige Heimleitung zu wenden, die die Kontaktdaten weitergeleitet haben.

Trotz des Wissens um die heikle Thematik der Erhebung, wurden die qualitativen Interviews aufgrund von personellen und finanziellen Ressourcen telefonisch durchgeführt. Auf expliziten Wunsch bestand auch die Möglichkeit eines persönlichen Interviews, das nur ein Mal in Anspruch genommen wurde.

Aufgrund der differenzierenden Krankheitsverläufe und Sterbeprozesse wurden zwei teilstrukturierte Leitfäden entwickelt, die auf den Sterbeverlauf im Heim bzw. im Krankenhaus fokussierten.

Entsprechend dem gesamten Projektdesign wurden auch bei der Angehörigenbefragung zwei Heime zum Vergleich herangezogen. Wie bereits in Kapitel 5 beschrieben, lehnte Heim B die Angehörigenbefragung ab, weshalb diese Erhebung stattdessen in einem zusätzlichen Heim (Heim C) durchgeführt wurde. Geplant war ursprünglich eine telefonische Befragung von 10 bis 15 Personen pro APH anhand eines teilstrukturierten Instruments mit offenen und geschlossenen Fragen. Aus Datenschutzgründen erfolgt das Akquirieren von Kontaktdaten durch die Heime. Es stellte sich jedoch heraus, dass trotz wiederholten Intervenierens die geplante Anzahl an Kontakten seitens der Heime nicht bereitgestellt werden konnten. Dementsprechend wurde in Absprache mit der Projektleitung das Evaluationsdesign angepasst, sodass letztlich 7 bis 8 Personen in einem ausführlicheren Leitfadeninterview befragt wurden.

³ Dieser befindet sich im Anhang

Die erste Erhebungsphase erfolgte zwischen September und Oktober 2010 bzw. aufgrund des neu in die Evaluation aufgenommenen Heimes im April 2011. Die zweite Erhebung am Ende des Projektes fand zwischen Mai und Juni 2012 statt. In Summe wurden zu beiden Zeitpunkten in Heim A und Heim C 30 Personen interviewt.

Alle Interviews wurden transkribiert und mittels NVivo, einer Software, welche die qualitative Datenanalyse unterstützt, ausgewertet.

6.5 ERHEBUNGEN PROJEKTSTEUERUNGSGRUPPE UND PROZESSBEGLEITUNGSPERSONEN – DIE PROZESSPERSPEKTIVE

Eingeschränkt wurde bei der Evaluation auch der Prozess berücksichtigt. Hierfür und auch in Hinblick auf die Ergebnisevaluation wurden regelmäßig **Dokumente** der Projektdokumentation (Projektberichte, Protokolle, etc.) an das Evaluationsteam übermittelt. Die Informationen aus diesen Berichten flossen in die Evaluation ein.

Zusätzlich erfolgte nach etwa einem Jahr eine **E-Mail-Befragung** aller Personen in der Projektsteuerungsgruppe und der beiden ProjektbegleiterInnen in Niederösterreich sowie eine **persönliche Befragung** ausgewählter Personen. Die Ergebnisse dieser Erhebungen wurden zusammen mit den bis dahin erhobenen und ausgewerteten Daten zu den Ergebnissen der Intervention in einem halbtägigen Evaluationsworkshop an die Projektsteuerungsgruppe rückgespielt.

Am Ende des Projekts wurde die E-Mail-Befragung wie auch die persönliche Befragung wiederholt. Ziel dieses Moduls ist die Prozessperspektive mit ihren förderlichen und hinderlichen Bedingungen aus Sicht der Verantwortlichen des Interventionsprojekts einzufangen. Die Auswertung der teilstrukturierten Leitfadenterviews erfolgte gemäß einem pragmatischen sozialwissenschaftlichen Auswertungsansatz.

Darüber hinaus fand am Ende der Projektlaufzeit ein etwa zweistündiges Fokusgruppengespräch mit 9 Prozessbegleitungspersonen bzw. Personen, die Einblick in den Prozessablauf hatten statt. Ziel dieses Gesprächs war festzustellen, welche zentralen Themen auf Prozessebene behandelt wurden, was gut bzw. weniger gut verlaufen ist, wo es Verbesserungspotential gäbe, wie unterstützend und umfassend die Schulungen waren und wie die Prozessbegleitungspersonen den Nutzen der Vernetzung und die Nachhaltigkeit der Intervention beurteilen.

6.6 FALLANALYSE

Die Ergebnisse der einzelnen Erhebungen und Recherchen wurden zusammengeführt, gemeinsam analysiert und zu **Fallstudien** verdichtet. Die Konzentration der Analyse bezieht sich auf eine Veränderung im Zeitablauf (Längsschnittanalyse). Zusätzlich wurden die beiden erstellten Fallstudien zudem wechselseitig mit dem Ziel verglichen, ob unterschiedliche Ergebnisse vorliegen und falls ja, ob hierfür Gründe identifiziert werden konnten.

7 HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE – EIN KURZER ÜBERBLICK

7.1 THEORETISCHE GRUNDBEGRIFFE

Die Begriffe Hospiz und Palliativ Care werden oft beide verwendet, ohne eine genaue Grenze zu ziehen. Beiden ist das Anliegen gemeinsam "Leben bis zuletzt" für schwerkranke und sterbende Menschen zu ermöglichen (Medicus o.J.). Medicus verbindet mit "Hospiz" eher die Idee; mit "palliativ" eher das professionelle Handeln. Das Werkzeug, das die Hospizidee also zu ihrer Verwirklichung braucht, ist "Palliative Care", also palliative Betreuung.

Der Begriff Hospiz kommt ursprünglich vom lateinischen „hospitium“ was „Herberge, Gast“ bedeutet. Heute wird darunter verstanden, einen schwerkranken, sterbenden Menschen und dessen Angehörige auf seinen letzten Teil seines Lebensweges zu begleiten und seine Bedürfnisse bestmöglichst zu erfüllen. Die Ärztin und Krankenschwester Dr. Cicely Saunders, die 1967 die Hospizbewegung neu begründete, beschrieb dies folgendermaßen: *„Du bist wichtig, weil du eben du bist, du bist wichtig bis zum letzten Augenblick deines Lebens, und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst.“* (Kratschmar/Teuschl 2008). Ihr Grundgedanke der Betreuung gilt bis heute: *„Low tech, high touch.“* (Höfler 2001).

Das lateinische Wort „palium“ bedeutet „Mantel“. Als schützender Mantel sorgt die Palliativpflege für Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit für Betroffene (Binsack 2001). Palliative Care umfasst die palliativpflegerische und palliativmedizinische Betreuung und Begleitung von sterbenden Menschen. Sie versteht sich als ein Ansatz zur Linderung von physischen Beschwerden wie auch seelischen und sozialen Nöten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert palliative Care als *„an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“* (WHO 2002). Ziel der palliative Care ist daher die Linderung einzelner Symptome, nicht aber die Bekämpfung der Ursachen (Weissenberger-Leduc 2008).

Hospiz- und Palliativbetreuung muss dort stattfinden, wo Menschen unheilbar krank sind oder sich im Sterben befinden, egal ob das zuhause oder in einer Institution ist.

Wesentliche Grundsätze der Palliativmedizin hat schon Saunders 1977 formuliert (Aulbert et al. 2008):

- Behandlung von PatientInnen in verschiedenen Umgebungen
- effektive Betreuung auch zuhause
- multidisziplinäres Team
- Symptomkontrolle und v.a. Schmerzbehandlung durch SpezialistInnen
- Ausgebildete und erfahrene Pflegekräfte
- Integration von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen
- Leicht zugängliche zentrale Koordinationsstelle für das palliativmedizinische Team
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Unterstützung der PatientInnen und ihrer Angehörigen
- Forschung, systematische Dokumentation und statistische Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht und Ausbildung für die Betreuungspersonen

In Österreich werden alle Hospizdienste und Palliativeinrichtungen von HOSPIZ ÖSTERREICH organisiert. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots muss die Versorgung abgestuft sein und in verschiedenen Bereichen und Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens angeboten werden. Folgende Abbildung zeigt diese Varianten auf:

Abbildung 7-1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Nemeth 2004)

	Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutin-ne/Therapeuten...			Tageshospize

Die einzelnen Angebote unterscheiden sich bzgl. ihrer Angebotsart, unterstützend oder betreuend, und bzgl. des Betreuungsorts. Folgende Angebote werden unterschieden (Nemeth 2004):

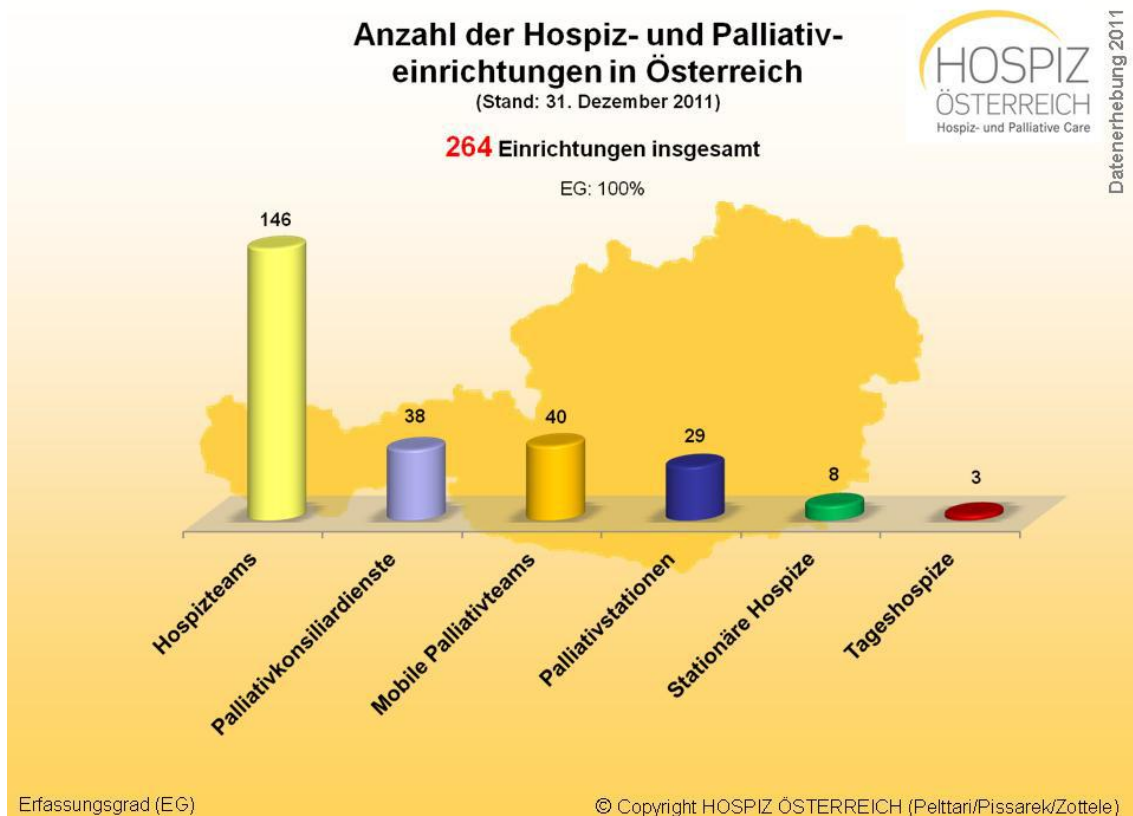
Der Palliativkonsiliardienst stellt Expertise zu Verfügung und wird von einem multiprofessionell zusammengestellten Team im Krankenhaus gebildet. Er wendet sich in erster Linie an die Betreuungspersonen und erst in zweiter Linie an die PatientInnen und Angehörigen. Das mobile Palliativteam kümmert sich als multiprofessionell zusammengesetztes Team, um die Betreuung zu Hause. Das Hospizteam besteht aus qualifizierten, ehrenamtlichen Personen und mindestens einer hauptamtlich koordinierenden Fachkraft. Das Team bietet seine Hilfe sowohl im Heim, wie auch zuhause und im Krankenhaus an.

Eine Palliativstation ist eine eigenständige Station innerhalb eines Akutkrankenhauses, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen spezialisiert ist. Ein stationäres Hospiz hingegen ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die sich um PatientInnen kümmert, deren Behandlung in einem Akutkrankenhaus nicht nötig ist. Das Tageshospiz bietet Betroffenen die Möglichkeit tagsüber an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen.

7.2 HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE IN ÖSTERREICH

In Österreich gab es Ende 2011 insgesamt 264 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, dies sind um 29 Einrichtungen mehr als 2009 (Pelttari et al. 2012, Stachel/Zottele 2009).

Abbildung 7-2: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich (Pelttari et al. 2012)



Folgende Tabelle zeigt wie viele Personen in welcher Einrichtung von wie vielen MitarbeiterInnen betreut werden (Piletti et al. 2012). Aufgrund von Mehrfachnennungen können die Zahlen aber nicht addiert werden:

Tabelle 7-1: Betreute Personen und MitarbeiterInnen in Hospiz- und Palliativeinrichtungen

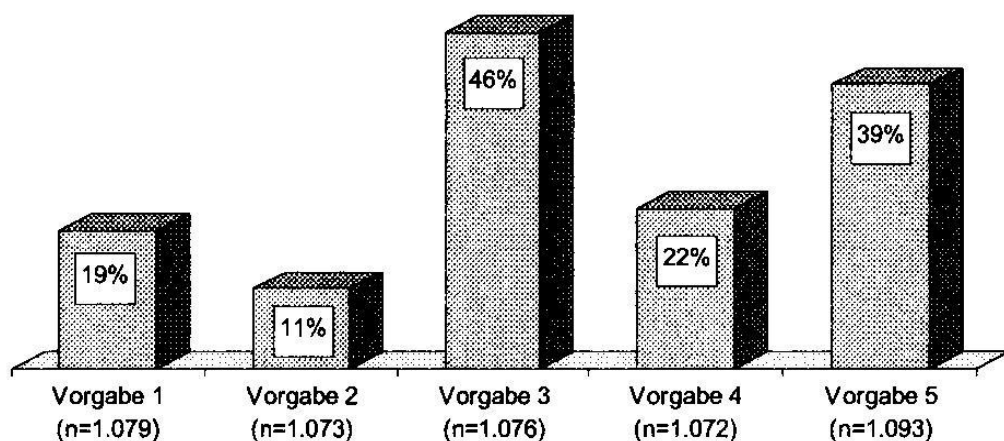
Betreut durch	Anzahl der betreuten Personen	Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen (in Köpfen)
Hospizteam	10.052	125
Mobiles Palliativteam	8.142	382
Tageshospiz	197	16
Palliativkonsiliardienst	8.292	225
Stationäres Hospiz	491	147
Palliativstation	6.238	638

7.3 HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGHEIMEN

Während es in Österreich bereits generell ein etabliertes System für Hospizarbeit gibt, ist der Bereich in Alten- und Pflegeheimen noch vernachlässigt. Allerdings findet man in der Literatur ein zunehmendes Interesse an der Palliativversorgung alter Menschen. Diese Tendenz spiegelt sich ebenfalls in den Schwerpunkten internationaler Artikel wider. Die frühere Annahme, dass alte Menschen „*symptomarm und ohne lebensbedrohliche Erkrankung keiner palliativmedizinischen Betreuung bedürfen, scheint weitgehend widerlegt*“ (Wilmsen-Neumann et al. 2002, Husebø/Husebø 2005 in Husebø 2009). Ältere Menschen wollen heute länger zuhause bleiben und nehmen zunehmend mobile soziale Dienste in Anspruch. Gerade das zunehmende Alter der Betroffenen, die bei Heimeintritt bereits einer intensivere Pflegeintensität bedürfen und die kürzere Verweildauer im Heim, führen zu neuen Anforderungen in den Alten- und Pflegeheimen (Anderson 2003, Brüll 2004, Ewers 2006, Pleschberger 2004, Schneekloth/Müller 2000). Durch die Betreuung im Altenheim ergeben sich sowohl zusätzliche Belastungen für die MitarbeiterInnen wie auch (ökonomische) Auswirkungen auf den Versorgungsalltag (Pleschberger 2004). Außerdem wird die Gesellschaft insgesamt immer älter. Während 2000 in Österreich knapp unter 21% der Bevölkerung über 60 Jahre alt war, wird 2025 mit 33%, 2050 sogar mit 41% dieser Anteil weiter steigen (Köhler et al. 2007). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont die Relevanz von Palliative Care in Altenheimen und empfiehlt, Palliativmedizin Angesichts des demographischen Wandels zu einem selbstverständlichen Angebot bei der Versorgung alter Menschen werden zu lassen (Davies/Higginson 2004).

Zahlreiche Studien zeigen ebenfalls Defizite in der Sterbebegleitung in Altenheimen auf (u.a. Anderson/Heinlein 2003a, Brüll 2004, BWG 2005). So kommt es oft zu einer Überforderung von allen Beteiligten (Anderson/Heinlein 2003a). Für die MitarbeiterInnen ist es v.a. belastend, wenn die BewohnerInnen sterben. Sie haben oft Angst, nicht die richtigen Worte für die Sterbenden zu finden (BGW 2005).

Abbildung 7-3: Belastungen der MitarbeiterInnen in Pflegeheimen (BWG 2005)



Vorgabe 1: Ich fühle mich unsicher, wenn ich mit Sterbenden zu tun habe.

Vorgabe 2: Ich fühle mich stets allein gelassen, wenn ich Sterbende betreue.

Vorgabe 3: Es belastet mich stark, wenn Bewohner sterben.

Vorgabe 4: In Gegenwart eines im Sterben liegenden Bewohners fühle ich mich hilflos.

Vorgabe 5: Ich habe oft Angst nicht die „richtigen Worte“ bei einem sterbenden Bewohner zu finden.

Auch von Konflikten mit den Angehörigen berichten 40% der Pflegekräfte. Diese nehmen jedoch ab, wenn u.a.:

- Die Schmerzfreiheit gewährleistet ist
- Die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben gegeben sind
- Die Betreuung von sterbenden ein fester Bestandteil der Arbeit ist
- Die Weiterbildungsangebote zur Sterbebegleitung ausreichend sind

Deshalb wurden auch Studien zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren durchgeführt und Empfehlungen für die Einführung von Standards gegeben (u.a. Anderson 2003, Ewers 2006, Jaspers/Schindler 2004, Jentschke 2007, Warnken 2007).

Zur inhaltlichen Weiterentwicklung des Diskurses zur Palliativversorgung initiierte Franz Kittelberger (Fachstelle für Hospizarbeit und Palliativkultur der Inneren Mission München) das „Netzwerk Palliativbetreuung im Pflegeheim“, das einen fachlichen Austausch ermöglicht. Am 26.03.2003 fand die 1. und am 07.10.2005 die 2. Internationale Fachkonsultation „Implementierung von Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ statt. Ein Ergebnis war, dass Implementierungsprozesse nicht an Einzelpersonen hängen dürfen (Wegleitner 2006). Schwierig ist eine Implementierung auch deshalb, weil zwischen der Hospizarbeit im Pflegeheim und der „gewöhnlichen“ Palliativarbeit Unterschiede bestehen (Jentschke 2007, Maddocks und Parker 2001):

- Die hauptsächliche Diagnose unterscheidet sich.
- Hochbetagte Menschen sind oft multimorbide.
- Die BewohnerInnen sind öfter dement.
- In Altenheimen gibt es auch viele Pflegehilfskräfte.
- Die Einbeziehung der Angehörigen ist in Altenheimen nicht selbstverständlich und/oder verbreitet.

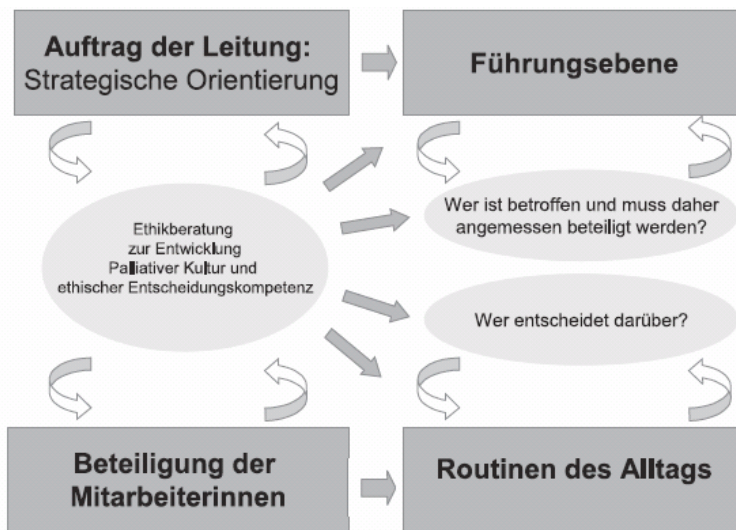
Empfehlungen für LeiterInnen in Alten- und Pflegeheimen (Raischl 2008):

- Im Leitbild den Grundsatz eines würdevollen und selbstbestimmten Sterbens aufgreifen.
- Sensibilität für das Thema schaffen.
- Klarheit und Sicherheit für Pflegende schaffen.
- Schon beim Einzug einer/eines Bewohnerin/Bewohners das Thema Sterben ansprechen.
- Netzwerke mit Hospizen, Ehrenamtlichen etc. bilden.
- Strukturen schaffen, damit Zeit für die Sterbebegleitung ist.
- Voraussetzungen für äußere Bedingungen schaffen (Gästebett für Angehörige, Musik, Kerzen etc.).
- Gesprächsrunden mit allen Beteiligten.
- Strukturen schaffen, wenn jemand verstirbt (Abschiedsrituale, Abschiedsraum etc.).

Pleschberger (2006) betont außerdem die Notwendigkeit einer Trauerbegleitung, die in Pflegeheimen fehlt.

Heller et al. (2003) geben ebenfalls Empfehlungen, was für eine Implementierung von Palliativer Kultur in der stationären Altenhilfe wichtig ist. Zunächst muss die strategische Orientierung von der Leitung vorgegeben werden und die Führungsebene miteinbezogen werden. Durch die Beteiligung der MitarbeiterInnen kann die Kultur in den Alltag integriert werden. Systematische Dokumentation sichert die Nachhaltigkeit. Unter Beteiligung von Angehörigen, Betroffenen und relevanten Versorgungseinheiten kann in Form einer Ethikberatung eine Reflexion und partizipatorische Entscheidungsfindung ermöglicht werden. Ziel ist die Schaffung eigener Kommunikationsstrukturen und -räume über Tod, Sterben und Trauer, um Palliativkultur in die Alltagsroutinen zu integrieren.

Abbildung 7-4 : Maßnahmen zur Implementierung von Palliative Care in der stationären Altenhilfe (Heller et al. 2003)



Zusammenfassend wurde für eine erfolgreiche Implementierung folgendes empfohlen (u.a. Anderson 2003, Berls et al. 2005, Ewers 2006, Heller et al. 2003, Jaspers/Schindler 2004, Jentschke 2007, Pleschberger 2006, Wilkenig, Kunz 2005):

Abbildung 7-5: Empfehlungen für die Implementierung von Palliativkultur

Thema	Empfehlung
Grundsätzliches	Palliativkultur im Leitbild verankern Standards einführen Räumliche Gegebenheiten schaffen
Personelle Ausstattung	Aus- und Fortbildung für MitarbeiterInnen in palliativer Betreuung anbieten Interdisziplinär arbeiten Ehrenamtliche einbinden Ausreichende Kapazität sichern
BewohnerInnen	Rücksichtnahme auf persönliche Wünsche Patientenverfügung anbieten Schmerzmanagement u. Symptomkontrolle Physiotherapie, Schmerztherapie Seelsorgerliche Begleitung Musik- und Kunsttherapie Kontakt zum Hausarzt/ zu Seelsorgern Unerledigten Aufgaben widmen
An- und Zugehörige	Seelsorgerliche Begleitung Gesprächsrunden anbieten Trauerbegleitung Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Abschiedskultur Würdevoller Abschied (Umgang mit dem/der Verstorbenen)
Sterbeprozess	Möglichkeiten zur persönlichen Gestaltung schaffen Intimsphäre wahren (Einzelzimmer?) Raum/Übernachtungsmöglichkeiten für die Angehörigen

	schaffen Würdevoller Umgang mit den Sterbenden Seelsorge und Spiritualität			
Abschiedskultur	Regeln für Abschiedskultur implementieren Abschiedsrituale schaffen Symbolik (konfessionell unabhängig)			
Nachhaltigkeit	Dokumentation	sichern,	Nachhaltigkeit	von Implementierungsprozessen

In Österreich beschäftigt sich HOSPIZ ÖSTERREICH mit dem hier untersuchten Projekt ebenfalls mit der Einführung einer Hospizkultur in Alten- und Pflegeheimen.

8 HEIM A

8.1 DOKUMENTENANALYSE

In Heim A gibt es bereits zu Beginn des Projekts ein Leitbild in dem Hospiz und Palliative Care erwähnt sind. Im Hausprospekt wird Hospiz und Palliative Care allerdings nicht erwähnt. Außerdem gibt es diverses Informationsmaterial, das sich mit einzelnen Themen von Hospiz und Palliative Care beschäftigt:

- (1) Seelsorge
- (2) Handreichung für trauernde Menschen
- (3) Über Trauer – für die MitarbeiterInnen des Heims
- (4) Möglichkeiten des Abschiednehmens

Weiters gibt es verschiedene Dokumentationsformulare zu Pflegeanamnese, Biografieerhebung, Spirituellen Wohlbefinden, Schmerzerfassung, Schmerzprotokoll und Schmerzanamnese. Eine Patientenverfügung wird ebenfalls angeboten.

Zusätzlich gibt es eine eigene Pflegerichtlinie „Begleitung und Pflege sterbender Menschen“. Diese schildert Bedürfnisse von sterbenden Menschen und bietet Anleitungen für Pflegemaßnahmen und den Umgang mit sterbenden Menschen.

Insgesamt gibt es bereits zu Beginn des Pilotprojekts etliches an Informationsmaterial.

Bei der Abschlusserhebung ist im Vergleich zu Beginn des Projekts zu den diversen Prospekten zu Aspekten von Hospiz und Palliative Care ein weiteres „Mobiles Hospiz“ hinzugekommen. Im Hausprospekt wird das Thema Hospiz und Palliative Care allerdings weiterhin nicht erwähnt.

Zusätzlich gibt es nun ein Handbuch Palliativpflege. Dieses enthält neben einer allgemeinen Information zu Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim und der Palliativbeauftragten, diverse Checklisten wie eine Checkliste für den palliativen Behandlungs-/Betreuungsplan oder das Vorgehen im Todesfall. Ein weiteres Kapitel widmet sich der „Palliativ Behandlung der häufigsten Symptome in der Terminalphase“. Abschließend gibt es Informationen zum Thema „Abschiednehmen“.

Insgesamt zeigen die vorhandenen Dokumente eine gelungene Implementierung von Hospiz und Palliative Care im Heim.

8.2 LEITUNGS- UND BETREUUNGSPERSONEN

8.2.1 Verankerung von Hospiz und Palliative Care im Heim

Zu Beginn des Pilotprojekts sind **Hospizkultur und Palliative Care zwar im Heim vorhanden, befinden sich allerdings noch im Anfangsstadium**. Die Befragten interpretieren die Begriffe **Hospiz und Palliative Care sehr unterschiedlich**. Während eine Person darunter die Begleitung von Menschen in der Sterbephase versteht, antwortet eine andere Person: *„Ich sehe es so, dass die Leute, die in ein Pflegeheim kommen alle palliativ sind, weil sie im letzten Lebensabschnitt sind und es muss nicht erst eine Krankheit ausbrechen oder ein unheilbarer Zustand (...) je früher man anfängt, desto besser. Es beginnt von Anfang an wenn jemand kommt...“* (Int. AB4_Z1). Die räumlichen Strukturen

dafür sind gegeben, da beinahe ausschließlich Einzelzimmer vorhanden sind, die persönlich gestaltet werden können und die Angehörigen mit den BewohnerInnen alleine sein können. Das Problem ist viel mehr der Personalschlüssel. Es ist den Befragten nach nicht immer möglich, umfassend auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen einzugehen, da sie nicht genügend Zeit dafür haben. Häufig liegt es dann an der Flexibilität der Betreuungspersonen: *„Es wird auf die Mitarbeiter selbst ankommen, ob ich jetzt eine viertel Stunde von meiner Mittagspause oder von meiner Freizeit opfere, um noch ein Gespräch zu führen...“* (Int. AB4_Z1).

Wie bereits bei der Anfangserhebung, gibt es bei der zweiten Erhebung nach wie vor **unterschiedliche Sichtweisen hinsichtlich der Bedeutung von Hospiz und Palliative Care**, die von der Begleitung sterbender Menschen in der Endphase ihres Lebens, bis hin zu Wahrung der Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen, damit ihr Leben so angenehm und schön wie möglich ist, reicht. Was die Hospizkultur und die Palliative Care im Heim betrifft, stellten die Befragten schon leichte Veränderungen fest. **Es wurde betont, dass es diese Kultur in der Einrichtung schon immer gab, aber „heute spricht man über was Konkretes und man hat schon dieses konkrete Instrument in der Hand, Palliative Care und was da alles dazugehört (...) Man hat da mehr nach dem Bauchgefühl reagiert, was man normalerweise in so einem Fall tut, nur jetzt ist das natürlich ein bisschen fachlicher geworden“** (Int. AB1_Z2). **Der Stellenwert von Hospizkultur und Palliative Care im Heim wird im Vergleich zur Erstbefragung höher eingeschätzt.** Obwohl sich die Betreuungspersonen laut Aussage sehr bemühen, die Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen wahrzunehmen, kommt es zum Teil aber auch zu unreflektierten Abläufen im Heim: *„Und dann gibts welche die schalten das aber mechanisch ein und merken nicht dass die CD seit einer Dreiviertelstunde schon am gleichen Lied hängt“* (Int. AB2_Z2). Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang auch, dass man mehr auf den Tagesrhythmus der BewohnerInnen eingehen könnte und beispielsweise einer Person nicht das Frühstück um 7 Uhr bringen muss, wenn man weiß, der er/sie gern länger schläft.

Auch die Enderhebung zeigt unterschiedliche Interpretationen von Hospiz und Palliative Care, wobei sich diese großteils **auf die Sterbephase der BewohnerInnen beziehen**. Der befragte Heimarzt bringt jedoch einen weiteren Aspekt ein, in dem er die Wichtigkeit einer Teamentscheidung betont: **„Und es ist wie gesagt eine Teamentscheidung. Es geht nicht immer so aus wie der Arzt das glaubt, also die Entscheidung ist keine Einzelentscheidung, sondern eine Mehrheitsentscheidung“** (Int. AB5_Z3). Allerdings wurde zweimal erwähnt, dass es Fälle gibt, in denen sich Personen wieder erholen und wieder in den Regelpflegebetrieb aufgenommen werden. End of Life Care muss daher nicht zwingend eine Einbahnstraße sein, so eine Aussage. Die Frage, ob eine Hospiz- und Palliative Care-Kultur im Heim vorhanden sei, bejahten die Befragten und brachten dies zum Teil damit in Verbindung, dass die BewohnerInnen heutzutage mit einem schlechteren Gesundheitszustand als früher ins Heim kommen. Auch dies zeigt erneut die Interpretation der Befragten von Palliative Care als End of Life Care. **Insgesamt wird der Stellenwert von Hospizkultur und Palliative Care im Heim wird höher eingeschätzt als vor dem Projekt.** 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 setzten wir jetzt ganz, ganz bewusst ein“** (Int. AB1_Z3).

8.2.2 Palliativbeauftragte und -gruppe

Zu Beginn des Pilotprojektes wissen die Befragten, dass es eine Palliativbeauftragte gibt, aber deren Aufgaben sind noch weitgehend unbekannt.

Bei der zweiten Erhebung **ist es etwas klarer als am Anfang, dennoch wissen die Befragten nicht genau über die Aufgaben der Palliativbeauftragten Bescheid. Was die Palliativgruppe betrifft so sind die Meinungen geteilt.** Eine Person äußerte dazu, „Ich habe das Gefühl dass in unserer Palliativgruppe nicht alle unbedingt dafür berufen sind da drin zu sitzen, ich habe das Gefühl da sind mindestens zwei Leute dabei wo ich mir denke die haben keinen Draht zu dem Thema“. Eine andere befragte Person sagte diesbezüglich, dass bereits ein stockwerkübergreifender Austausch stattfindet und andere Berufsgruppen bereits besser integriert werden. Neu ist beispielsweise, dass PhysiotherapeutInnen bei Palliativfällen hinzugezogen werden.

Am Projektende **sind sich die Befragten nach wie vor nicht ganz sicher, welche konkreten Aufgaben die Palliativbeauftragte hat. Alle wissen jedoch, dass es eine Palliativbeauftragte und auch eine Palliativgruppe im Heim gibt und man jederzeit mit Fragen zu ihnen kommen kann.** Es zeigt sich, dass vor allem hinsichtlich der Palliativgruppe klar ist, dass sich unterschiedliche Berufsgruppen regelmäßigen Treffen, um Vorschläge für Verbesserungen einzubringen oder neue Maßnahmen sowie offene Fragen zu diskutieren. Von den Befragten sind zwei Personen Teil der Palliativgruppe. Zum Zeitpunkt der Endbefragung hatten nur die Palliativbeauftragte und ein im Heim praktizierender Hausarzt eine Palliativausbildung abgeschlossen. Es ist laut Aussage aber geplant, dass auf jeder Station eine Person einer Palliativausbildung absolviert.

8.2.3 Ehrenamtliches Engagement

Unterstützung durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen ist bei der Anfangserhebung kaum gegeben, wobei durchaus der Wunsch danach bestünde. Hier wird noch Verbesserungspotenzial gesehen. Die Erhebung zeigte, dass ein **gendersensibles Vorgehen im Bewusstsein der Befragten noch wenig vorhanden war.** Es wird eher auf individuelle Bedürfnisse eingegangen, einzig das manchmal unterschiedliche Schmerzempfinden zwischen Männern und Frauen wurde angesprochen.

Die Situation hinsichtlich der Ehrenamtlichen hat sich **zu Projektende nicht verändert.** Nach wie vor gibt es kaum ehrenamtliche Unterstützung im Heim. Während eine Befragte hier noch deutliches Verbesserungspotenzial im Haus sieht, sieht eine andere hier keinen Bedarf. Sie hält es für unnötig gerade bei BewohnerInnen in der Sterbephase „fremde Personen“ hinzuzuziehen.

8.2.4 Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase

Was die **Pflege u. Betreuung von sterbenden BewohnerInnen** betrifft, so wird zu Beginn des Pilotprojekts **individuell vorgegangen,** wie bei allen anderen BewohnerInnen auch. Ein Unterschied ist jedoch, dass die Wünsche von BewohnerInnen in der letzten Phase stärker berücksichtigt werden und sie mehr Zuwendung vom Betreuungspersonal bekommen. „Man schaut dann einfach noch ein Stückerl mehr hin“ (Int. AB2_Z1). Wichtige Punkte sind auch, dass Schmerzfreiheit gewährleistet wird, „unbenötigte“ Medikamente abgesetzt werden und eine angenehme Atmosphäre für den/die BewohnerIn geschaffen wird. „Wenn jemand nicht mehr baden gehen möchte, dann lassen wir ihn...“ (Int. AB3_Z1).

Hinsichtlich der Pflege und Betreuung von sterbenden BewohnerInnen wird auch bei der zweiten Erhebung individuell vorgegangen. **Zusätzlich wurden etwas mehr auf ergänzende Dinge wie Aromatherapie, Musikbegleitung und eine bequeme Lagerung eingegangen.** Dennoch wird erwähnt, dass dies auch bereits vor dem Projekt schon gemacht wurde. Was den Unterschied in der Pflege und Betreuung zu anderen BewohnerInnen betrifft, wurde ähnlich wie bei der Erstbefragung geantwortet.

Auch die Enderhebung bringt diesbezüglich ähnliche Ergebnisse hervor. Obwohl es stets auf den Fall ankommt, sind Dinge wie Schmerzfreiheit, genügend Flüssigkeit, gute Atmung, frische Luft im Zimmer, entspannte Lagerung etc. zentral. Auch die Musikbegleitung, Aromatherapie und Massagen zur Entspannung wurden erneut angesprochen. Der Unterschied zur Betreuung anderen BewohnerInnen kann nach wie vor an zwei größeren Punkten festgemacht werden: **Zum einen werden gewisse pflegerische Tätigkeiten, wie Duschen, Lagerung, eventuell Nahrungsaufnahme reduziert, zum anderen wird die Zuwendung, das Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse erhöht.**

8.2.5 Thematik Tod und Sterben

Das **Thema Tod und Sterben** wird zu Beginn des Pilotprojektes unterschiedlich behandelt. Während mit den Angehörigen nur beim Heimeinzug über deren diesbezügliche Wünsche und Vorstellungen gesprochen wird, reden die MitarbeiterInnen oft untereinander über den Tod, vor allem wenn jemand verstorben ist. Mit den BewohnerInnen selbst wird hingegen wenig darüber gesprochen. *„Es wird bei der Aufnahme mit den Angehörigen besprochen, ob sie religiöse Betreuung wollen und ob es irgendwelche Dokumente gibt, mit den Bewohnern selbst weniger.“* (Int. AB2_Z1) Als Grund dafür wird genannt, dass die BewohnerInnen das nicht möchten. Darüber hinaus kommt es auch auf die Kompetenzen der MitarbeiterInnen an, da manche besser mit dem Thema umgehen können als andere. *„Es gehen vermehrt die Personen hin, die einen besseren Zugang haben, wenn jemand mit dem Thema gar nicht kann (...) der meidet dann auch eher den Menschen“* (Int. AB4_Z1).

Das Thema Tod und Sterben spielt auch bei der zweiten Erhebung eine unterschiedlich große Rolle im Heim. Mit den Angehörigen wird abgesehen vom Heimeinzug in der Regel dann darüber gesprochen, wenn der/die BewohnerIn sich in der letzten Phase befindet. Dann muss geklärt werden, ob und wann sie verständigt werden möchten, ob sie im Heim übernachten möchten etc. Nach wie vor tauschen sich die MitarbeiterInnen regelmäßig aus, während mit den BewohnerInnen kaum darüber gesprochen wird. Mit den BewohnerInnen wird nur dann darüber gesprochen, wenn sie es aktiv ansprechen, was jedoch selten der Fall sei. *„Wenig, sehr wenig, fast Tabu (...) Nein, überhaupt kein Thema ist der Tod“* (Int. AB3_Z2).

Auch die Enderhebung zeigt, dass das Thema Tod und Sterben unter den KollegInnen oft thematisiert wird. Einige sind der Meinung, dass die **Gespräche darüber seit dem Projekt mehr geworden sind, da es den MitarbeiterInnen bewusster geworden ist.** Mit den Angehörigen wird, wie schon bei der Zwischenbefragung erfasst, beim Heimeinzug sowie beim Eintritt der BewohnerInnen in die finale Phase über deren diesbezüglichen Wünsche und Vorstellungen gesprochen. Abgesehen davon gibt es keine strukturierten Angehörigengespräche. Wenn das Thema aktiv angesprochen wird, gehen die Pflege- und Betreuungspersonen jedoch sehr wohl darauf ein. Grund dafür ist der sehr unterschiedliche Umgang der Angehörigen mit dieser Thematik: *„Weil manche das Gefühl haben die Mama und Papa leben ewig, dann darfst überhaupt nicht reden davon, weil die werden wirklich ganz nervös und schreien ‚Was glauben Sie‘ oder sonst irgendwas. Manche sagen ‚Na ja, wenn ich den Papa so anschau oder die Mama das wird nicht mehr lange dauern‘ und versuchen dann selber das Gespräch und wie kann ich unterstützen oder was kann ich tun“* (Int. AB4_Z3). Auch mit den BewohnerInnen werden keine strukturierten Gespräche über den Tod oder das Sterben geführt, viel mehr wird versucht darauf einzugehen, wenn die BewohnerInnen selbst davon sprechen. *„Da wird nicht so aufdringlich drauf eingegangen. Je nachdem, aber meistens kommt das Bedürfnis von dem Bewohner das auszusprechen“* (Int. AB1_Z3). Allerdings ist das von BewohnerIn zu BewohnerIn sehr unterschiedlich. Manche fragen nicht einmal nach, wenn der gewohnte Sitznachbar im Aufenthaltsraum plötzlich nicht mehr da ist. Alle geäußerten Wünsche und Vorstellungen werden dokumentiert. Im Heim

wird zudem das Konzept AEDL 13 (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) verwendet, das auch Aspekte zu Tod und Sterben erfasst. Dieses Modell wurde jedoch auch bereits vor dem Projekt angewandt.

8.2.6 Abschiedsrituale und Vorgehen nach Eintritt des Todes

Schon vor dem Pilotprojekt wurde ein **Abschiedsritual** auf allen Stationen eingeführt, und zwar die Raumgestaltung: Es wird stets ein Trauerkorb, eine Kerze, ein Kreuz und eine Rose am Nachttisch gestellt und alle pflegerischen Utensilien werden weggeräumt. Außerdem wird die/der Verstorbene mit einem selbstbemalten Tuch bedeckt. In der Messe wird für die Verstorbenen gebetet und es wird ein Eintrag ins Trauerbuch, das in der Kapelle aufliegt, getätigt. Während des Sterbeprozesses wird auf die Atmosphäre im Zimmer geachtet. Bei Bedarf wird leise Musik gespielt, eine Duftlampe verwendet, das Licht gedämmt, die Sozialbegleitung und der Seelsorger gerufen und es wird Platz für die Angehörigen geschaffen. Nach dem Eintritt des Todes findet ein routinierter Ablauf statt: die Ärztin/der Arzt wird gerufen, um den Tod offiziell festzustellen, anschließend wird die/der Tote versorgt, d.h. Verbände, Katheter etc. werden entfernt, das Zimmer wird entsprechend hergerichtet und die Angehörigen sowie die Bestattung werden informiert. Die Bestattung holt schließlich den Leichnam ab, der mit dem zentralen Lift nach unten und durch den Hintereingang hinaus gebracht wird. Die Angehörigen sind meist nicht anwesend, kommen aber zum Abschied nehmen. *„Sie kommen erst zum Verabschieden und auch da gibt es viele, die das nicht wollen aus vielen Gründen. Da kommen dann auch häufig Konflikte des Lebens heraus (...) oder die Scheu...“* (Int. AB2_Z1).

Die angewandten Abschiedsrituale sind bei der Zwischenbefragung im Vergleich zur Ersterhebung gleich geblieben. Nach wie vor geht es dabei vor allem um die Raumgestaltung. **Allerdings hat sich ein ethischer Aspekt verändert:** Die Frage, ob der Leichnam durch den Vorderausgang oder aber durch den Hinterausgang aus dem Heim gebracht werden soll, wurde wiederholt angesprochen. *„Nein das stört mich, die werden über den Hinterausgang rausgebracht (...) also ich denke das ist jenes Tor wo der Mist rausgetragen wird und das ist für mich keine Kultur. Na und die Bewohner werden verunsichert, da sage ich immer, da wird kein Mensch verunsichert, jeder hier weiß, dass er hier sterben wird“* (Int. AB2_Z2). Begründet wird der Ablauf in einem anderen Interview damit, dass es aufgrund des Bestattungsbautos nicht anders möglich sei. **Dieses Problem wurde aber bereits von der Palliativgruppe aufgegriffen und mit der Heimleitung besprochen.**

Auch bei der Enderhebung werden die selben Abschiedsrituale wie zu den vorhergehenden Erhebungszeitpunkten eingesetzt. Neu ist allerdings, dass hinsichtlich der Abläufe nach dem Eintritt des Todes **eine Checkliste als Unterstützung** für das Pflege- und Betreuungspersonal erstellt wurde.

8.2.7 Lebensqualität der BewohnerInnen

Die Ersterhebung zeigt, dass die **Lebensqualität⁴ der BewohnerInnen generell als gut eingeschätzt** und vor allem mit den Angeboten im Heim in Verbindung gebracht wird, wie etwa das Tageszentrum, die verschiedenen Veranstaltungen und Aktivitäten (z.B. Gedächtnistraining, Turngruppen...) oder Feste (Geburtstage etc.). Mit demenzkranken

⁴ Der Begriff „Lebensqualität“ wurde von den Befragten subjektiv interpretiert.

BewohnerInnen sei es deutlich schwieriger, es gibt jedoch Demenzgruppen und spezielle Aktivitäten und die Anzahl der dementen Personen pro Station ist ausgewogen. Ein Problem im Zusammenhang mit der Lebensqualität ist, dass es sich um ein altes Gebäude mit Nachteilen wie z.B. langen Gängen oder Sitzbadewannen handelt. Die MitarbeiterInnen bemühen sich, nach eigenen Aussagen sehr, auf individuelle Wünsche einzugehen und Kompromisse zu finden. „...wir bemühen uns natürlich den Menschen Lebensqualität zu geben, wir können aber nicht das ersetzen was sie sich wahrscheinlich im Grunde ihres Herzens wünschen, nämlich zuhause zu sein“ (Int. AB2_Z1).

Im Rahmen der **Erhöhung der Lebensqualität** wurde auch nach Schmerztherapie und Symptomkontrolle gefragt, die laut Aussagen teilweise vorhanden, jedoch sehr unterschiedlich aufgefasst werden: „Wenn ich ein Schmerzpflaster klebe, mache ich schon eine Schmerztherapie“ (Int. AB4_Z1). „Symptomkontrolle, jetzt weiß ich nicht was damit gemeint ist...“ (Int. AB1_Z1). Seelsorgerische Begleitung ist im Haus fix verankert während hingegen komplementäre Therapien nur zum Teil vorhanden sind. Häufig wurde von der Aromatherapie berichtet, aber auch die im Haus vorhandene Physiotherapie sowie die Ergo- u. Logotherapie, die jedoch vom Arzt angefordert werden müssen, wurden angesprochen. Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit der Erhöhung der Lebensqualität ist, die Selbständigkeit zu erhalten. Dabei ist es oft schwierig zwischen Freiheit u. Sicherheit abzuwägen und dennoch die Würde der Menschen zu bewahren, wie beispielsweise beim Toilettengang. Folgende Aussage in Verbindung mit der Erhöhung der Lebensqualität zeigt auch die Schwierigkeit der sich wandelnden Situation im Heim: „...wohin entwickeln wir uns, werden wir mehr zum Pflegespital, kriegen wir die schweren Pflegefälle und kümmern uns um die, oder geht es schon auch darum mehr Beschäftigung anzubieten und uns mehr mit Demenz zu beschäftigen. Wir haben momentan einfach die Mischung im Haus und das macht es mitunter auch nicht so leicht“ (Int. AB2_Z1).

Zur Lebensqualität der BewohnerInnen waren die Aussagen der Befragten bei der Zwischenbefragung sehr ähnlich zur Erstbefragung. Diese wird nach wie vor als gut eingeschätzt und in Zusammenhang mit den vielen Angeboten im Heim gebracht. Die Frage, ob zur **Erhöhung der Lebensqualität** auch Schmerztherapie und Symptomkontrolle durchgeführt werden, wurde im Gegensatz zur Erstbefragung klar bejaht. Auch komplementäre Therapien seien möglich. Es gibt, laut Aussage, auch ein umfassendes Dokumentationssystem, das jedoch auch vor dem Projekt schon bestand. Pflegerisch würden sie bereits alles machen, was möglich sei. Für weiteres fehle jedoch das Personal.

Auch bei der Enderhebung wird die **Lebensqualität der BewohnerInnen als gut befunden**, wengleich erneut die baulichen Gegebenheiten als einschränkend, vor allem auch für Demenzerkrankte, erwähnt werden. Allerdings wurde angemerkt, dass das Heim in naher Zukunft umgebaut werden soll. Wiederholt werden auch die vielen Aktivitäten und das Tageszentrum sowie die angewandte kongruente Beziehungspflege besonders hervorgehoben. Für an Demenz erkrankte BewohnerInnen sei ebenfalls die Beziehungspflege sowie die Validation, die im Heim durchgeführt wird, sehr wichtig. Beides steht jedoch nicht mit dem Projekt in Zusammenhang, da es bereits schon davor angewandt wurde. Dennoch wird es in Verbindung mit der Lebensqualität der BewohnerInnen erwähnt und als unterstützend in Hinblick auf Hospiz und Palliative Care erwähnt. Auch die Maßnahmen zur **Erhöhung der Lebensqualität** sind weitgehend gleich geblieben: Einerseits versuche man auf Sonderwünsche, wie besonderes Essen oder Trinken einzugehen, andererseits medizinisch möglichst umfassend zu versorgen. „Also Homöopathie und alles was die Patienten halt wollen. Es gibt die ganze anthroposophische Medizin. (...) Also wenn die Angehörigen sagen die Mutter hat immer eine Akupunktur bekommen und will es weiter haben, dann ist das auch möglich.“ (Int. AB5_Z3). Zudem gibt es einen eigenen Seelsorger im Haus.

8.2.8 An- und Zugehörige

Die Ersterhebung zeigt, dass die **An- und Zugehörigen**, die ins Heim kommen, vom Pflegepersonal über die Krankheitsverläufe der BewohnerInnen informiert werden. Allerdings verläuft dies eher unstrukturiert und je nach Interesse der Angehörigen. Auch Gespräche mit ÄrztIn/Arzt und Heimleitung sind jederzeit möglich, allerdings müssen dafür Termine vereinbart werden. In Notfällen kann auch ein/ externe/r PsychologIn angefordert werden. Runde Tische mit den Angehörigen oder dergleichen werden nicht abgehalten. Grundsätzlich wäre eine aktive Beteiligung der An- und Zugehörigen an der Pflege möglich, es wird jedoch nur äußerst selten nachgefragt. Im Großen und Ganzen gibt es kaum aktive Unterstützung bzw. Begleitung für An- und Zugehörige. Gespräche mit Personal, Heimleitung und SeelsorgerInnen sind zwar möglich und auch Kontaktdaten (z.B. Angehörigentelefon) werden z.T. vergeben, jedoch kommt dies stark auf die Initiative der An- u. Zugehörigen an. *„Wir bieten das nicht groß an nach außen, hallo kommt, sondern da müssen die Angehörigen was sagen“* (Int. AB4_Z1).

Hinsichtlich der An- und Zugehörigen hat sich im Vergleich zur Ersterhebung bei der Zwischenerhebung nichts verändert. Nach wie vor gibt es keine aktive Begleitung der An- und Zugehörigen. Gespräche mit dem Leitungs- u. Betreuungspersonal sowie den ÄrztInnen sind kein Problem, müssen jedoch von den An- und Zugehörigen initiiert werden. Ansonsten werden sie über Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder Ereignisse wie Stürze und dergleichen informiert. Auf Wunsch könnten sich die An- und Zugehörigen prinzipiell an der Pflege der BewohnerInnen beteiligen, das kommt jedoch immer noch so gut wie nie vor. Zu jenen An- und Zugehörigen, die regelmäßig ins Heim kommen, besteht seitens des Pflegepersonals ein guter Kontakt. Die meisten sind darauf vorbereitet, dass der/die BewohnerIn versterben wird: *„Na sie kommen eh schon zu uns, wir haben einen sehr guten Kontakt zu den Angehörigen, sie kommen zu uns und fragen“* (Int. AB3_Z2).

Die **Enderhebung bringt sehr ähnliche Ergebnisse** hervor. Gespräche sind auf allen personellen Ebenen möglich, sofern diese von den An- und Zugehörigen gewünscht werden. Allerdings scheinen die Gespräche verstärkt in der Sterbephase sowie nach Todeseintritt stattzufinden. Laut Arztaussage bekommen die Angehörigen auch dessen Mobilnummer und können jederzeit anrufen oder in dessen Praxis kommen, um sich über den Gesundheitszustand des/der Bewohners/Bewohnerin zu informieren. Erneut wurden die allgemeinen Angebote der Caritas, wie etwa das Angehörigentelefon erwähnt. Nach wie vor besteht kaum der Wunsch seitens der An- und Zugehörigen, sich an der Pflege konkret zu beteiligen. Wenn es der Fall ist, spielt primär das Esseneingeben eine Rolle. Allerdings wird dies vom Pflegepersonal scheinbar ambivalent gesehen: *„Aber oft ist es dann eine versteckte Kritik oder offene Kritik. Nach dem Motto, wir können es besser. (...) Und da sind sie [das Pflegepersonal] oft nicht sehr erfreut darüber wenn irgendwelche Vorschläge kommen, von den Angehörigen. Das will eh keiner. Das ist so wie wenn ich einem Automechaniker sage ‚Hören Sie, ich glaube Sie müssen an der Schraube drehen‘“* (Int. AB5_Z3). Im Vergleich zu den vorausgehenden Erhebungen kann **eine schrittweise Veränderung in der Einstellung gegenüber den An- und Zugehörigen** festgestellt werden. Eine befragte Person betont stark, dass es wichtig sei, den Angehörigen zu vermitteln, dass sie da sind wenn sie etwas brauchen und dass sie jederzeit das Gespräch suchen können. Eine andere Person äußerte: *„Das ist verschieden, bis vorige Woche hätte ich gesagt sie brauchen nicht mehr. Aber zum Beispiel genau vorige Woche ist eine Lebensgefährtin dort und ich weiß es nicht, aber diese Frau ist ganz, ganz traurig und ich glaube sie braucht noch etwas...“* (Int. AB3_Z3).

8.2.9 Arbeitszufriedenheit und Burnout

Die Befragten sind bei der Anfangserhebung mit ihrem Job sehr zufrieden und fühlen sich allesamt **nicht Burnout gefährdet**. Es kommt zwar immer wieder auch zu **Stressbelastungen**, aber nicht mehr als dies auch in anderen Berufen der Fall sei. Die Begleitung von sterbenden BewohnerInnen wird nicht als zu belastend empfunden, „...*das gehört zum Job*“ (Int. AB4_Z1). Was in diesem Zusammenhang jedoch stets als wichtig betont wurde, ist der Austausch mit den KollegInnen. Auf die konkrete Frage nach Entlastungsformen, wie Supervision etc., wurde geantwortet, dass diese zwar prinzipiell möglich wären, jedoch beantragt werden müssten. Bisher hat noch keine/r der Befragten eine derartige Möglichkeit in Anspruch genommen. Vielmehr werden eigene Strategien wie Sport, der Halt in der Familie, Freizeitaktivitäten oder Autofahrt angewandt.

Auch bei der zweiten Erhebung sind die Befragten mit ihrem **Job sehr zufrieden**. Eine Person gab sogar an, dass sie einen alternativen Arbeitsplatz, der deutlich näher zu ihrem Heimatort gelegen wäre, abgelehnt hat. Burnout wird auch im Zuge der Zwischenbefragung nicht als Gefahr gesehen und auch der Umgang mit sterbenden BewohnerInnen belastete sie nicht zu sehr. Allerdings führt der knappe Personalstand häufig zu Stress und wenn man dann mehr Zeit für BewohnerInnen in der letzten Phase aufbringen möchte, kommt man mit seinem Arbeitspensum nicht mehr zurande. Entlastungs- oder Unterstützungsmaßnahmen werden nicht standardmäßig angeboten, können aber beantragt werden. Eine befragte Person nennt einen möglichen Grund, weshalb kaum jemand dieses Angebot in Anspruch nimmt: „...*dass es das Angebot gibt, das wissen alle Mitarbeiter, was konkret das bedeutet, was ich von diesem Menschen haben kann, das wissen wir nicht, leider Gottes, und deswegen wird es nicht in Anspruch genommen*“ (Int. AB1_Z2).

Zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die befragten MitarbeiterInnen ebenfalls mit ihrem **Job zufrieden** und sehen für sich keine akute Gefahr des Burnouts. Dennoch kommt es immer wieder einmal zu belastenden Situationen, mit denen die Befragten jedoch laut eigenen Aussagen umgehen können. „...*aber ich kann nicht sagen, dass ich jetzt reinkomme und sage na, das tut mir überhaupt nichts, aus, Schluss, das stimmt nicht*“ (Int. AB4_Z3). Es besteht auch die Möglichkeit Unterstützungs- oder Entlastungsmaßnahmen, die seitens der Caritas angeboten werden, zu ergreifen. Diese reichen von Supervision bis hin zu Einzel- oder Teamcoachings. Allerdings hat noch keine/r der Befragten diese Angebote in Anspruch genommen, da der Austausch mit den KollegInnen und der Heimleitung bisher ausreichend war. Was ihre tägliche Arbeit betrifft, fühlen sich die Befragten ausreichend unterstützt.

8.2.10 Ethisch schwierige Fragen und Kooperationen

Ethisch schwierigen Fragen werden sowohl bei der Anfangs- wie auch der Zwischenbefragung vor allem im Team besprochen, welches den Arzt/die Ärztin, Heimleitung, Pflegepersonen und Angehörige umfasst, wobei jeweils der Arzt/die Ärztin eine zentrale Rolle innehat. Es wird betont, dass Probleme eher in Zusammenhang mit den Angehörigen entstehen, die gewisse medizinisch-pflegerische Vorschläge nicht verstehen oder nicht annehmen wollen.

Auch in der Enderhebung schilderten die Befragten, dass ethisch schwierige Fragen im Zuge von **Fallbesprechungen im Team** diskutiert werden. Dabei wird versucht Lösungen für den individuellen Fall zu finden und dies auch den Angehörigen so gut wie möglich zu kommunizieren. Der befragte Arzt wies darauf hin, dass es eine Teamentscheidung ist und es keinen Plan oder Katalog gibt, den man abfragt und so zur richtigen Entscheidung kommt.

Unter den Befragten herrscht zu Beginn des Pilotprojektes **ein unterschiedlicher Wissensstand über Kooperationen** zu anderen Einrichtungen vor. Laut Aussagen wurde

der Kontakt zur mobilen Hospiz und einem mobilen Palliativteam in Niederösterreich aufgenommen sowie eine Kooperation mit ÄrztInnen und dem Krankenhaus eingegangen.

Zu Projektende wissen **die Heimleitungsebene und die Palliativbeauftragte über Vernetzungsaktivitäten Bescheid**. Diese umfassen den Bezirksarbeitskreis zum Thema sowie die projektspezifischen Treffen, an denen die Palliativbeauftragte regelmäßig teilnimmt. Zudem gibt es einen guten Kontakt zum mobilen Hospiz der Caritas, einem Palliativarzt und einem lokalen Hospiz. Die übrigen Befragten haben auch zu Projektende einen unterschiedlichen Wissensstand zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen. Was die Meinungen hinsichtlich der Beziehung zum nächsten Krankenhaus betrifft, sind diese sehr zweigeteilt.

8.2.11 Schulung Palliative Geriatrie

Zum Projektanfang wurden auch die **Erwartungen hinsichtlich der konkreten Schulung** erhoben. Zum einen waren für die Befragten eine Erweiterung des Horizonts und ein neuer Blickwinkel auf das Thema zentral, zum anderen erwarteten sie sich auch, dass Ängste abgebaut werden. *„Wissen sie, es gibt viele die Angst haben und sofort die Bewohner ins Spital schicken und das ist nicht gut.“* (Int. AB3_Z1) Darüber hinaus sollte die Schulung zu mehr Verständnis unter den MitarbeiterInnen beitragen: *„Ich würde mir von dem einen oder anderen mehr Verständnis erwarten. Es gibt schon so den einen oder anderen Mitarbeiter, der nicht so mit der Problematik umgehen kann...“* (Int. AB2_Z1).

Bei der Zwischenbefragung hatten die Befragten bereits eine **Schulung „Palliative Geriatrie“** in Kritzensdorf absolviert. Dieser stehen sie aber **ambivalent** gegenüber. Einerseits waren sie sich einige, dass sie nichts oder nicht viel Neues dazugelernt haben, andererseits hat ihnen der Austausch mit KollegInnen sehr gut gefallen. *„Sowas neues dazugelernt kann ich nicht bestätigen, nur was ich gut dabei empfunden habe war dieser Austausch mit den anderen Kollegen die dasselbe durchmachen wie wir nur in einem anderen Heim (...)"* (Int. AB1_Z2). **Positiv erwähnt wurde auch die Sensibilisierung für das Thema und die erhaltene Bestätigung für Dinge, die aus dem Bauch heraus richtig gemacht werden.** Auch was die Zufriedenheit der KollegInnen betrifft, gab es zweigeteilte Meinungen, so die Befragten. *„Wer ein bisschen dieses Gefühl zu diesem Thema drin hat, für den war es gut, aber wer das nicht drinnen hat, dort kann man es auch nicht rausholen und für diese Leute war das langweilig und Blödsinn“* (Int. AB3_Z2). Kritisiert wurde die angewandte Methodik, welche sich an die Storyline-Methode anlehnte. Eine befragte Person äußerte sich dazu folgendermaßen *„Also für mich war die Schulung echt eine vertane Zeit aus meiner Sicht (...) eine Puppe zu basteln vom Angehörigen, eine von der Bewohnerin, eine von der Pflegeperson, damit ist so viel Zeit aufgegangen, das hat mich wahnsinnig gefuchst. Ja sehr viele kreative Ansätze und so zur Lockerung des Tages ein lustiges Ballspiel, das brauche ich alles nicht ja, im Gegenteil es ist mir unangenehm, ich will mich da nicht exponieren vor den anderen und tust du aber nicht, schauen sie dich erst recht wieder an. Also das Seminar war für mich durchgehend nicht angenehm, so wie es gestaltet war“* (Int. AB2_Z2). Dennoch seien aber die Vortragenden sehr sympathisch und kompetent gewesen, hätten aber aufgrund der Methodik ihr Fachwissen nicht gut transportieren können. Auf die Frage, was sie sich gewünscht hätten, antworteten die Befragten, dass sie sich etwas Konkreteres und mehr fachlichen Input erwartet hätten. Es besteht die Meinung, dass Vieles von den Inhalten der Schulung ohnehin schon lange so im Heim umgesetzt wird und daher beispielsweise mehr medizinischer Input hilfreich gewesen wäre. Außerdem habe es unter einigen KollegInnen, die aus dem Ausland kommen, Verständnisprobleme gegeben. Was die Veränderungen durch das Projekt betrifft, so konnte kein wesentlicher Wandel im Verhalten der Betreuungspersonen festgestellt werden, da sie ohnehin vieles davon schon seit längerem im Heim umsetzen. Was jedoch bemerkt wurde ist eine Sensibilisierung unter den

MitarbeiterInnen und eine Bestärkung für ihr Handeln. Als Beispiel wurde erwähnt, dass eine Pflegeperson in der Pause nicht gegangen ist, sondern weiter beim Bewohner geblieben ist und seine Hand gehalten hat. **Außerdem würden manche nicht mehr so schnell Panik bekommen und sofort den Notarzt rufen, wenn BewohnerInnen in der terminalen Phase wären.**

Zu Projektende wurde nach den **Veränderungen im Heim seit der Schulung** gefragt. **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“ (Int. AB1_Z1). Dazu gehört auch, dass viele Fragen zum Thema Hospiz und Palliative Care unter den MitarbeiterInnen aufgekommen sind. Aus diesem Grund gab es auch eine eigene Sitzung mit dem diplomierten Personal im Haus. 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 „zu Hause“ (im Heim) versterben können. **Es ist den Pflegepersonen ein Anliegen geworden, die BewohnerInnen bis zuletzt zu begleiten.** Ein weiterer Punkt ist, dass das Pflegepersonal die **Angehörigen umfassender informiert**, wenn ein/e BewohnerIn in die letzte Lebensphase eintritt. Dadurch stellen die Angehörigen mehr Fragen zum Thema Tod und Sterben, weshalb auch ein Folder als unterstützendes Informationsmaterial in Arbeit war. Außerdem ist das Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care (vor allem als End of Life Care definiert) in die **unterschiedlichsten Berufsgruppen** durchgedrungen. Auch externe MitarbeiterInnen wie z.B. das Reinigungspersonal werden diesbezüglich geschult. 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). Abschließend wurden auch Neuerungen wie eine Palliativmappe auf jeder Station und ein Trauerkorb erwähnt.

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.

8.2.12 Organisationsentwicklungsprozess und umgesetzte Maßnahmen

Im Zuge der Zwischen- und Enderhebung wurde das Leitungspersonal auch zum Organisationsentwicklungsprozess befragt. Es zeigte sich, dass der OE-Prozess als solcher nicht wahrgenommen wurde und die befragten Personen nicht wussten, was damit gemeint sei. Die Frage nach den umgesetzten Maßnahmen, die sich an alle InterviewpartnerInnen richtete, brachte jedoch einige Aspekte hervor, die nur nicht in Zusammenhang mit einem Organisationsentwicklungsprozess gebracht wurden. Zum einen wurden die Fallbesprechungen intensiviert, im Zuge dessen interdisziplinär zusammengearbeitet und im Team entschieden wird, wie in den konkreten Palliativfällen weiter vorgegangen wird. Zum anderen wurde die Wichtigkeit der Begleitung von Angehörigen bewusster, weshalb auch

eine Informationsbroschüre für Angehörige erstellt wurde. Zudem wurden diverse Checklisten als Unterstützung für die MitarbeiterInnen erstellt und eine Palliativmappe sowie ein Trauerkorb auf jede Station gebracht. Außerdem hat die Palliativgruppe beschlossen, dass seitens des Heimes immer nachgefragt werden soll, wenn sterbende BewohnerInnen ins Krankenhaus gebracht werden müssen. Ziel ist, dass die BewohnerInnen nach Möglichkeit im Heim versterben können.

8.2.13 Potential für Verbesserungen

Was **Verbesserungsmöglichkeiten** im Heim anbelangt, wurden bei der ersten Erhebung folgende Punkte angesprochen: Mehr Personal bzw. mehr Zeit, um sich um die Sterbende kümmern zu können, die Ehrenamtlichen aufstocken und den Austausch im Team verstärken. *„Da ist einiger Druck auch dahinter, dass sie das nicht schaffen. Es gibt zwar die Teambesprechungen, es gibt ab und zu die Fallbesprechungen, aber es ist immer noch zu wenig“* (Int. AB2_Z1).

Für **verbesserungswürdig** wird auch bei der Zwischenerhebung die Personalsituation gehalten. Im Unterschied zur Ersterhebung wurde weiters auch die Kommunikation unter den Berufsgruppen angesprochen. Dabei gehe es vor allem um jene Gruppen, an die man in diesem Zusammenhang nicht vorrangig denkt, wie etwa sie HaustechnikerInnen oder das Reinigungspersonal, sodass beispielsweise nicht gebohrt wird, wenn im Nebenzimmer jemand im Sterben liegt. 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 eine Hausarzt, der will nicht Palliativ, wir haben sehr große Probleme mit dem Arzt (...)“* (Int. AB3_Z2). **Daraus kann bereits auf eine höhere Sensibilisierung der Befragten bezüglich Hospiz und Palliative Care geschlossen werden.**

In der Enderhebung wurden erneut die Personalsituation und die unterschiedliche Zusammenarbeit mit den Ärzten erwähnt. Mit jenem Arzt, der über eine Palliativausbildung verfügt, könne man sehr gut zusammenarbeiten, während es mit den übrigen ÄrztInnen immer wieder zu Problemen kommt. **Es ist für das Pflegepersonal schwierig, sich hinsichtlich palliativmedizinischer Entscheidungen gegen die ÄrztInnen zu behaupten, die eine wesentliche Entscheidungsmacht besitzen.**

8.3 AN- UND ZUGEHÖRIGEN VERSTORBENER HEIMBEWOHNERINNEN

8.3.1 Hospiz und Palliative Care im Heim

Bei der Anfangserhebung stand der Großteil der befragten Angehörigen aus Heim A in einem sehr nahen **Verhältnis** zu den verstorbenen Personen – Lebensgefährte/EhepartnerIn bzw. Kind. Lediglich eine Person war Angehöriger 3. Grades (Neffe).

In vielen Fällen war ein vorangegangener Sturz oder ein Bruch und eine damit einhergehende gesundheitliche Verschlechterung bei dem/der HeimbewohnerIn Anlass zur Entscheidung, diese/n in ein Pflegeheim zu gebe.

Zwei Drittel der BewohnerInnen sind im Pflegeheim verstorben. Die anderen Personen sind aufgrund einer deutlichen gesundheitlichen Verschlechterung ins Krankenhaus eingewiesen worden und durchschnittlich nach einer Woche dort verstorben.

Auf die Frage „Hat man seitens des Heimes mit Ihnen über Hospiz und Palliativ Care gesprochen?“ war bei der ersten Erhebung der **Grundtenor, dass vor allem Palliative Care kein Thema war** bzw. nicht von den Pflegekräften angesprochen wurde. Lediglich vereinzelt wurden ähnliche Themen angesprochen: *„Also es wurde schon über Sterbebegleitung gesprochen, es ist uns auch angeboten worden und es war auch so, ja, ja, sie haben uns schon begleitet. Es war nicht sehr aufdringlich. Es war wirklich, also wenn wir etwas gebraucht haben dann waren die Leute da.“* (Int. AA3_Z1) Teilweise haben sich die Angehörigen auch selbst informiert.

Bei der Enderhebung gehörte bei sieben von neun befragten Personen der/die verstorbene Angehörige zum Elternteil. Bei den restlichen Fällen handelte es sich um den Mann, die Schwiegermutter sowie die Schwägerin. Direkt im Heim verstorben sind sieben von neun Personen.

Die Gründe für die Umsiedelung ins Heim waren altersbedingt zugezogenen Brüche und dadurch eine Schwächung des Körpers sowie eine dramatische Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes, das eine weitere Pflege zu Hause unmöglich machte.

Der Umgang mit Hospiz und Palliative Care hat sich während des Pilotprojekts verändert. Zwei Befragte konnten bei der Enderhebung bestätigen, dass Hospiz und Palliativbetreuung im Heim thematisiert wurde. Bei einer näheren Umschreibung des Grundgedankens von Palliative Care konnten noch weitere zwei Personen bejahen, dass diese Betreuungsweise bei ihrem Angehörigen angewandt wurde.

8.3.2 Lebensqualität der HeimbewohnerInnen

Entsprechend dem bereits fortgeschrittenem Alter und der jeweiligen Krankheitsverläufe empfanden die meisten Befragten aus Heim A die **letzte Lebensphase** ihres Angehörigen als bedrückend und traurig. Die letzte Lebensphase der HeimbewohnerInnen war für die Befragten gekennzeichnet durch einen stetigen gesundheitlichen und geistigen Abbau sowie einen inneren Rückzug *„es war eine anstrengende Zeit und gefühlsmäßig nicht einfach, da sie gelitten hat. Ich war täglich bei ihr. Als es ihr schlechter gegangen ist, war sofort eine ärztliche Betreuung da und hat ihr Sachen zur Schmerzlinderung gegeben. Es war eine Beruhigung, dass sie keine Schmerzen hatte.“* (Int. AA6_Z3)

Den Aussagen des Großteils der Befragten nach haben sowohl bei der Anfang- wie auch der Enderhebung die PflegerInnen und BetreuerInnen aber vieles versucht, um die **Lebensqualität** der Angehörigen soweit wie möglich aufrecht zu erhalten *„also es wurde vom Pflegeheim alles gemacht, dass es ihm gut geht“* (Int. AA3_Z1). Zwei Personen sahen in der Betreuung des Personals keine Maßnahmen zur Erhöhung der Lebensqualität *„Ich weiß nicht. Nein, glaub ich nicht. Ich war jeden zweiten Tag bei ihm und aber also, sicher, sie haben nicht so viel Zeit. Durch das, dass er nicht reden konnte, er hat nie sagen können, mir tut das weh oder das oder das.“* (Int. AA4_Z1).

Von Seiten des Heims wurde versucht, durch Therapien und schmerzlindernde Mittel, die Lebensqualität der Angehörigen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten *„Die Lebensqualität, was man mit ihr gemacht hat, wie man sie gepflegt hat, das war gut. Am Anfang hat man sie noch in den Aufenthaltsraum gesetzt und sie gefüttert. Therapien hat sie keine bekommen, weil man nichts mit ihr machen konnte. Schmerzmittel hat sie bekommen.“* (Int. AA4_Z3). Das Eingehen des Pflegepersonals auf den Wunsch der

BewohnerInnen, keine Therapien zu erhalten, wurde seitens der Befragten jedoch negativ gesehen. Dabei wurde angezweifelt, ob der/die BewohnerIn selbst noch genau wüsste, was das Beste für ihn/sie sei. Lebensverlängernde Maßnahmen wurden von den befragten Angehörigen abgelehnt.

8.3.3 Kontakt mit Pflege- und Betreuungspersonen

Ansprechpersonen für Informationen über Gesundheitszustand und Krankheitsverläufe der HeimbewohnerInnen waren bei der Anfangs- und bei der Enderhebung die anwesenden Stationsschwestern und das Pflegepersonal. Auch die/der Ärztin/Arzt war für einen Teil der Befragten eine wichtige Ansprechperson. **Einige Befragte sahen ihre fast tägliche Anwesenheit im Heim und das Interesse an dem Gesundheitszustand des Angehörigen als hilfreich für den guten Kontakt zu dem Personal** „wenn es niemanden interessiert, kann das Personal von dem Haus seine Botschaften nicht anbringen. Man muss sich selbst auch interessieren“ (Int. AA5_Z1).

Insgesamt haben sich alle gut informiert *geföhlt* „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“ (Int. AA8_Z1).

Zwei Drittel der Befragten sprachen auch sehr positiv über die **Betreuung des Pflegepersonals** und waren **sehr zufrieden**. Mit Ausnahme einer befragten Person sahen die anderen den/die Angehörige/n gut betreut „sie waren alle sehr, sehr reizende zu ihm und haben auch immer wieder geschaut wie es ihm geht“ (Int. AA3_Z1). Eine Person merkte aufgrund steigender Fluktuation des Personals einen Wandel ins Negative an, „am Anfang war es sehr gut und mit der Zeit ist es schwächer geworden es waren dann nur mehr ein zwei Schwestern, die dann noch da waren und der Rest ist leider Gottes bisschen schwieriger geworden, teils aus Deutschkenntnissen, die dann teilweise mangelhaft waren und teils weil sich die Situation ein bisschen gedreht, es ist nicht mehr heimelig geworden, die Station ist dann kälter geworden“ (Int. AA2_Z3). Eine andere befragte Person ließ die Pflege des Personals das Menschliche und mehr Zeit für die BewohnerInnen vermissen.

8.3.4 Betreuung von sterbenden BewohnerInnen

Bei der Erhebung zu Beginn des Pilotprojekts gab es keine aktive Einbeziehung in die Betreuung der Sterbenden und kaum Fragen nach den Wünschen und Vorstellungen zur letzten Lebensphase. Ein würdevoller Abschied in separaten Räumlichkeiten war aber möglich.

Eine bewusst von den Befragten wahrgenommene **Einbeziehung in die Betreuung gab es im Heim nicht und ein Großteil hätte sich das auch nicht gewünscht**. Vielmehr sahen die befragten Personen ihre aktive Beteiligung im Rahmen der Pflege und Betreuung ihres Angehörigen als eine Unterstützung des Pflegepersonals. Seelsorgerische Betreuung wurde im Heim A nicht in Anspruch genommen.

Spezielle **Wünsche und Vorstellungen zum Tod wurden, den Aussagen der befragten Personen zufolge, von ihren Angehörigen nicht erfragt**. Nur in wenigen Fällen wurden die Befragten selbst vom Pflegepersonal befragt. Den hierbei geäußerten Wünschen wurde nachgekommen.

Beim **Sterbeprozess** im Pflegeheim war nur eine befragte Person aus dem Heim A anwesend. Trotz des Wunsches rechtzeitig anwesend zu sein, konnten die anderen erst nach dem Ableben des Angehörigen verständigt werden „es ist meistens so, solange die

Verwandten da sind, können sie nicht loslassen und wenn die Verwandten dann weg sind, dann können sie loslassen und dann sterben sie" (Int. AA1_Z1).

Ein würdevoller Abschied war für alle Befragten möglich „Wissen Sie, es war eine komische Atmosphäre in dem Raum - nämlich eine sehr positive komische (...). Irgendwie eine sehr angenehme, eine sehr friedliche und positive Atmosphäre. (...) Es haben auch alle die dabei waren, haben auch gesagt, es war so friedlich, so positiv" (Int. AA3_Z1). Die Verstorbenen wurden entweder im Zimmer gelassen, wenn es ein Einzelzimmer war oder in einen separaten Verabschiedungsraum gebracht. In angenehmer Atmosphäre mit Kerzen und leiser Musik konnten sich die Angehörigen verabschieden.

Laut den Aussagen der Hälfte der Befragten, wurden **Trauerbegleitung** und andere Unterstützungsformen für die Angehörigen auch schon zu Beginn des Pilotprojekts im Heim angeboten. Jedoch erfolgte keine Inanspruchnahme, da sich die Angehörigen zum einen durch den jahrelangen Prozess mit dem Tod des Angehörigen bereits auseinandergesetzt hatten, zum anderen Verwandte und nahe Freunde als Ansprechpersonen fungierten.

Hinsichtlich des **Ablaufs nach dem Tod** mussten die Zimmer aufgrund der langen Wartelisten schnell geräumt werden. Dies stieß bei den befragten Angehörigen auf Verständnis und wurde nicht kritisiert.

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

Der Großteil der Angehörigen hat sich **in die Pflege der/des Angehörigen eingebracht**: „Es war automatisch so, dass wenn ich hingekommen bin und es war was zu machen, hab ich's gemacht und ich hab keine zwei Linken Hände" (Int. AA 4_Z3). Eine befragte Person wollte nicht bzw. sah sich hierzu nicht in der Lage.

Wünsche und Vorstellungen zum Tod wurden vom Großteil der befragten Personen eingeholt. Vordergründig betraf das den Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen, der nicht gewünscht waren, und beim Sterbeprozess des Angehörigen anwesend zu sein.

Keiner der befragten Personen war beim Sterbeprozess des Angehörigen anwesend. Trotz des teilweise geäußerten Wunsches, wurde es nicht negativ gesehen, nicht rechtzeitig informiert worden zu sein. Zwei Personen haben dezidiert den Wunsch geäußert, nicht anwesend sein zu wollen „ich habe mich verabschiedet, aber beim Sterben selbst wollte ich nicht anwesend sein. Mir ist mitgeteilt worden, dass es an dem Tag passieren wird und so war es auch" (Int. AA6_Z3).

Ein Abschied war für alle Befragten, deren Angehörige/r im Heim A verstorben ist, möglich. Zwei Personen haben sich eine Tag zuvor von ihren Angehörigen verabschiedet und haben von der Anwesenheit des Priesters für die letzte Ölung berichtet. Die Personen, die sich im Nachhinein verabschiedet haben, haben über folgendes Bild gesprochen „ich werde es nie vergessen, wie andachtsvoll die Schwestern das gemacht haben. Sie ist in ihrem Bett gelegen bis zum Hals zugedeckt. Es war nur von draußen das Licht und auf der Decke haben sie aus einem bunten Schal ein Kreuz gelegt und auf dem Nachtkasterl war eine Muttergottes Statue, eine Kerze und was mich so berührt hat, eine Vase mit einer weißen Rose." (Int. AA4_Z3).

Laut Angaben der befragten Personen gab es Angebote hinsichtlich Trauerbegleitung und Unterstützung nach dem Tod. Es wurde aber nicht in Anspruch genommen, da sich die Befragten mit der Thematik „ Tod des Angehörigen" bereits auseinandergesetzt haben und es für sie nicht überraschend war.

8.3.5 Verbesserungswünsche

Verbesserungswünsche seitens der Befragten betrafen bei der ersten Erhebung vordergründig die Personalknappheit. Trotz guter Pflege seitens des Personals, würde eine Aufstockung eine tiefergehende Beschäftigung mit den HeimbewohnerInnen ermöglichen. Weitere angeführte Verbesserungswünsche sind auf die subjektive Situation zurückzuführen und können nicht verallgemeinert als Empfehlung weitergeleitet werden.

Bei der zweiten Erhebung wurden in den geführten Interviews keine Verbesserungswünsche genannt. Der Grundtenor war eine hohe Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal. Die Aussage „*sie war gut gepflegt und gut betreut*“ (Int. AA5_Z3) steht beispielhaft hierfür.

8.4 RESÜMEE HEIM A

In Heim A existiert bereits zu Beginn des Projekts eine Hospizkultur, die sich allerdings noch im Anfangsstadium befindet. Insbesondere herrschen **unterschiedliche Sichtweisen hinsichtlich der Bedeutung von Hospiz und Palliative Care** vor. Während des Projekts wird das Thema Hospiz und Palliative Care zunehmend im Heim implementiert, die Begrifflichkeiten werden aber auch am Ende des Projekts noch unterschiedlich interpretiert. Zu Ende des Projekts wird **der Stellenwert von Hospizkultur und Palliative Care im Heim aber deutlich höher eingeschätzt**. Die MitarbeiterInnen wissen auch, dass es eine Palliativbeauftragte und eine Palliativgruppe gibt, an die sie sich jederzeit mit Fragen wenden können. Welche konkreten Aufgaben die Palliativbeauftragte hat, war ihnen aber auch zu Projektende noch nicht ganz klar. **Für die An- und Zugehörigen war ebenfalls ein Wandel spürbar**. Während Hospiz und Palliative Care zu Projektbeginn nicht thematisiert wurden, wussten die An- und Zugehörigen zu Projektende besser darüber Bescheid.

Ehrenamtliches Engagement ist im Heim sowohl zu Beginn wie auch am Ende des Projekts kaum gegeben.

Die Lebensqualität der sterbenden BewohnerInnen wird sowohl zu Beginn, wie auch zu Ende des Projekts hoch eingeschätzt und von den Befragten vor allem mit Aktivitäten und Festen, die im Heim stattfinden, in Verbindung gebracht. Diesbezüglich gab es schon vor dem Projekt ein großes Angebot, weshalb von den Befragten wenig Veränderung wahrgenommen wurde. Allerdings äußern sich die befragten Personen klarer zu Schmerztherapie und Symptomkontrolle, was auf eine diesbezügliche Verbesserung hinweist. Obwohl komplementäre Therapien wie Aromatherapie auch schon zu Beginn des Projekts eingesetzt wurden, ist die Wichtigkeit von ergänzenden Wohlfühlfaktoren zu Projektende stärker betont worden. **Insofern konnte die Lebensqualität der BewohnerInnen verbessert werden.**

In der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase wird sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts individuelle vorgegangen und es wurde stets versucht auf persönliche Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Am Projektende werden die im Heim angewandte Beziehungspflege und Validation in Verbindung mit Hospiz und Palliative Care gebracht und als sehr hilfreich erwähnt.

Die Thematik Tod und Sterben wird auch zu Ende des Projekts individuell gehandhabt. Standardisierte Vorgaben zu Angehörigengesprächen oder strukturierte Gespräche mit den BewohnerInnen gibt es nicht. **Allerdings ist das Thema den MitarbeiterInnen deutlich bewusster geworden und es wird untereinander mehr darüber gesprochen.**

Nach Eintritt des Todes wird viel Wert auf Abschiedsrituale gelegt, was jedoch bereits zu Beginn des Projekts der Fall. Eine ethische Dimension, die allerdings bei der Zwischenbefragung verstärkt thematisiert wurde, war die Frage, ob der Leichnam durch den Vorder- oder Hinterausgang gebracht werden soll. Im Zuge des Projekts wurde außerdem eine Checkliste zu den Abläufen nach Eintritt des Todes, als Unterstützung für das Pflege- und Betreuungspersonal, erstellt. **Obwohl sich am konkreten Vorgehen nichts verändert hat, konnte im Zeitablauf eine zunehmende Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Tod und Sterben festgestellt werden.**

Was die An- und Zugehörigen betrifft, so sind Gespräche mit Personal, Heimleitung und Seelsorger möglich und auch Kontaktdaten (z.B. Angehörigentelefon) werden z.T. vergeben, jedoch ist all dies stark von der Eigeninitiative der An- und Zugehörigen abhängig. Im Allgemeinen werden, seitens des Pflege- und Betreuungspersonals, vor allem bei Heimeinzug und in der Sterbephase Gespräche mit den Angehörigen gesucht. Ansonsten ist es den Angehörigen überlassen Gespräche mit den Betreuenden zu initiieren. **Im Zeitablauf kann eine leichte Veränderung in der Einstellung gegenüber den An- und Zugehörigen festgestellt werden, insofern, dass deren Betreuung als gewichtiger eingestuft wird.** Die Angehörigenbefragung zeigt, dass sich insgesamt alle gut informiert fühlten und mit der Betreuung und Pflege sehr zufrieden waren.

Die Pflege- und Betreuungskräfte sind sowohl zu Beginn, als auch zu Ende des Projekts mit ihrem **Job sehr zufrieden** und fühlen sich zu keinem Zeitpunkt **Burnout gefährdet**. Unterstützungs- oder Entlastungsmaßnahmen, wie Supervision, werden zwar angeboten, wurden allerdings von den Befragten bisher nicht in Anspruch genommen, da der Austausch mit den KollegInnen und der Heimleitung ausreichend war. In ihrer täglichen Arbeit fühlen sich die Befragten alle ausreichend unterstützt.

Ethisch schwierigen Fragen wurden bereits zu Projektbeginn im Team besprochen, allerdings wurden die Fallbesprechungen im Laufe des Projekts intensiviert.

Die **Schulungen** wurden von den Befragten ambivalent gesehen. **Hauptkritikpunkt war die angewandte Methodik**, die nicht für alle passend erschien. Die wesentlichste Veränderung durch die Schulung zeigte sich für die Befragten in der **bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema, einem verstärkten Austausch unter den KollegInnen** und in der **gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase**. Das konkrete Anliegen der Pflege- und Betreuungspersonen, die BewohnerInnen bis zuletzt zu begleiten, hat sich verstärkt. Zudem werden **Angehörige umfassender informiert**, wenn ein/eine BewohnerIn als sterbend eingestuft wird. Hinzu kommt ein **Umdenken hinsichtlich der pflegerischen Maßnahmen**. Hier tritt die „emotionale Betreuung“ der BewohnerInnen in der letzten Phase stärker in den Vordergrund. Auch strukturell fand eine Veränderung statt. Es gibt zu Projektende standardisierte Dokumentationen zu Art und Anzahl der Sterbefälle sowie zu den Arztgesprächen.

Im Zuge der Enderhebung wurde das Leitungspersonal auch zum **Organisationsentwicklungsprozess** befragt. Es zeigte sich, dass der Organisationsentwicklungsprozess als solcher nicht wahrgenommen wurde. Die beschriebenen Veränderungen wurden als positiv erlebt, aber nicht mit dem OE-Prozess in Verbindung gebracht.

Verbesserungswürdig wird sowohl von MitarbeiterInnen wie auch An- und Zugehörigen v.a. die Personalsituation gesehen. Außerdem sei die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen, mit Ausnahme eines Palliativarztes, sehr schwierig. Grund dafür sind die unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich palliativmedizinischer Vorgehensweisen, bei denen die ÄrztInnen eine wesentliche Entscheidungsmacht besitzen.

Die wesentlichsten Veränderungen, die auch folgende Grafik beschreibt, sind:

- Hospizkultur und Palliative Care sind stärker verankert.
- Es hat eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Hospiz und Palliative Care gegeben.
- Palliativbeauftragte und Palliativgruppe sind vorhanden.
- Informationsmaterial zu Hospiz und Palliative Care, sowohl für die Pflege- und Betreuungskräfte wie auch für die An- und Zugehörigen, wurde erstellt.
- Ethische Fallbesprechungen im Team wurden ausgebaut.
- Abschiedsrituale sind vorhanden und wurden tw. ergänzt.
- Persönliche Wünsche von BewohnerInnen in der Sterbephase werden besser berücksichtigt.
- Ergänzenden Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie, Musikbegleitung und komplementäre Therapien haben zugenommen.
- Das Vorgehen hinsichtlich Schmerztherapie wurde verbessert.
- Das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörige ist entspannter.
- Die An- und Zugehörigen wissen besser über Hospiz und Palliativ Care Bescheid.
- Die An- und Zugehörigen spüren die Veränderungen durch das Projekt.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde verstärkt.
- Problemlagen in der Zusammenarbeit mit einigen HausärztInnen werden deutlicher erkannt und benannt.

Abbildung 6: Veränderungen in Heim A

	Ausgangssituation	Heim A	Veränderungen
HPC allg.	HPC tlw. vorhanden, aber nicht bewusst		HPC stärker verankert
	Keine aktive Auseinandersetzung mit HPC		Aktive Auseinandersetzung mit HPC
BewohnerInnen	Informationsmaterial zu HPC vorhanden		Informationsmaterial weiter ergänzt
	Abschiedsrituale sind wichtig und vorhanden		Abschiedsrituale ergänzt
	Persönliche Wünsche von BewohnerInnen in der Sterbephase werden berücksichtigt		Persönliche Wünsche von BewohnerInnen in der Sterbephase werden noch stärker berücksichtigt
	Lebensqualität der Betroffenen gut		Lebensqualität der Betroffenen verbessert
	Individuelle Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase		Ergänzenden Wohlfühlfaktoren (Aromatherapie, Musikbegl., komplementäre Therapien) haben zugenommen
	Schmerztherapie vorhanden		Schmerztherapie verbessert
	Einbettzimmer vorhanden		Einbettzimmer vorhanden
MAs	Hohe Arbeitszufriedenheit der MA		Arbeitszufriedenheit unverändert
	Kein Burnout-Risiko der MA		Burnout-Risiko unverändert
	Keine ehrenamtlichen MA		Keine ehrenamtlichen MA
	Ethische Fallbesprechungen im Team existieren		Ethische Fallbesprechungen wurden stärker ausgebaut
	Kein/e Palliativbeauftragte bzw. Palliativgruppe		Palliativbeauftragte und Palliativgruppe vorhanden
Angehörige	Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen/Angehörige tlw. gespannt (wechselseitiges Unverständnis)		Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen/Angehörige deutlich entspannter
	Übernachtungsmöglichkeit gegeben		Übernachtungsmöglichkeit gegeben
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit gegeben		Interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert
	Probleme in der Zusammenarbeit mit HausärztInnen wurden erkannt		Probleme in der Zusammenarbeit mit HausärztInnen wurden deutlicher erkannt und benannt

9 HEIM B

9.1 DOKUMENTENANALYSE

In Heim B gibt es zu Beginn des Projekts lediglich ein Formular zu Pflegeanamnese, Biografieerhebung und zur Erhebung der Wünsche/Bedürfnisse der BewohnerInnen. Im Hausprospekt wird Hospiz und Palliative Care nicht erwähnt. Es gibt zwar generell etliche Prospekte und Informationsmaterial, allerdings zu anderen Themen.

Am Ende des Projekts gibt es einen zusätzlichen Folder zu Hospiz und Palliative Care im Heim. **Dieser vermittelt den palliativen Grundgedanken des Hauses und zählt auf, welche Maßnahmen das Heim anbietet.**

9.2 LEITUNGS- UND BETREUUNGSPERSONEN

9.2.1 Verankerung von Hospiz und Palliative Care im Heim

Für die Befragten bedeutet Hospiz und Palliativ Care ein würdevolles Begleiten in der letzten Lebensphase. Eine Person beschreibt: *„Hospiz und Palliativ Care bedeutet für mich Begleiten bis zum Sterben, also bis zum letzten dabei zu sein und in würdevoller Umgebung und im würdevollen Rahmen dies zu gestalten.“* (Int. BB1_Z1), eine andere ergänzt: *„(...) um die Lebensqualität auch erhalten bzw. zu verbessern - und das mit den Mitteln die uns zur Verfügung stehen (...).“* (Int. BB3_Z1).

Alle Befragten bejahen auch, dass es bereits zu Beginn des Pilotprojektes eine Hospizkultur und Palliative Care im Heim gibt. Außerdem hat es auch bereits Fortbildungskurse zum Bereich gegeben. So wurden bereits *„die Angehörigen mit betreut, was uns sehr wichtig ist. Die Ruhephasen und die Atmosphäre rundherum in den räumlichen Gegebenheiten und die letzten Wünsche der HeimbewohnerInnen, die wir in der Biografie haben - das wird alles erfüllt.“* (Int. BB2_Z1). Was allerdings fehlt, sind konkrete Anleitungen für die Umsetzung *„das auch die Schwester den Rückhalt hat, ja das haben wir richtig gemacht“* (Int. BB3_Z1) bzw. ein struktureller Rahmen. Unklar ist auch, was erlaubt ist. Eine interviewte Person stellte fest, dass es sicher noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt und dass sie medizinisch noch keinen guten Einblick habe (Int. BB4_Z1).

Es gibt zwar keine Hospizstation oder Abteilung, aber diese Betreuung ist im *„normalen Leben“* (Int. BB2_Z1) integriert. Bis jetzt wurde versucht mit den bestehenden Ein- und Zweibettzimmern und den Pflegezimmern Lösungen zu suchen, damit die Angehörigen im Heim bleiben können. Obwohl die Situation durch die Ein- und Zweibettzimmer grundsätzlich zuträglich ist, kommt es auch zu schwierigen Situationen: *„Wir haben erst den Fall gehabt, da hätten wir schon lange für den Bewohner ein Einzelzimmer gebraucht, da waren die Angehörigen fast rund um die Uhr da, das war aber ein Zweibettzimmer. Das ist dann schon sehr schwierig“* (Int. BB4_Z1).

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. Auch ein Vergleich zu einem Hospiz wurde angestellt, die deutlich mehr Zeit u. Ressourcen hätten. Erleichtert wird die personelle Situation, wenn die Angehörigen im Heim bleiben: *„In diesem Fall war es eine ideale Begleitung, weil die Tochter in der Nacht da war und dadurch die Frau nicht alleine war, weil wir alleine im Nachtdienst sind für 36 Leute, und da ist es nicht machbar. Wenn die Tochter dann geschlafen hat, bin*

ich vermehrt hineingegangen, also die Nachtbetreuung geht nur mit Angehörigen. Nachgeschaut wird schon, aber eine permanentes dabei sein geht nicht.“ (Int. BB1_Z1).

Auf die Frage nach der Bedeutung von **Hospiz und Palliative Care** antworten die befragten Personen zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung ähnlich der Erstbefragung. Die Bedeutung wird von einer befragten Person als „*Würde bis zum letzten Atemzug*“ (Int. BB3_Z2) beschrieben, welche weitgehend Schmerzfreiheit, Einbeziehung der HeimbewohnerInnen sowie der Angehörigen, auf Wünsche Rücksicht zu nehmen und die Lebensqualität so gut wie möglich zu erhalten, inkludiert. **Laut einer befragten Person wurde vielen MitarbeiterInnen erst durch den Workshop zu Beginn des Projekts bewusst, dass Palliative Care bereits beim Eintritt in das Heim beginnt.** Mit „*es muss noch in die Köpfe von Allen, dass es nicht Sterbebegleitung ist sondern viel früher anfängt*“ (Int. BB1_Z2) bekräftigt die befragte Person die Wichtigkeit des Bewusstseins und meint „*Das ist noch immer ein schwieriger Punkt*“ (Int. BB1_Z2). Zu einem weiteren Effekt kam es durch den Workshop, da dieser die Gelegenheit bot andere Berufsgruppen in Heim kennen zu lernen. Dadurch konnte zwischen den MitarbeiterInnen Verständnis und Wertschätzung für die Arbeit anderer KollegInnen entwickelt werden.

Alle Befragten sind sich darüber einig, dass sich die Hospiz- und Palliative Care-Kultur im Heim im Aufbau befindet. Eine befragte Person meint, es scheitert oft an Kleinigkeiten die man in der Arbeit an sich merkt. Eine/r der BewohnerInnen wünscht sich ein anderes Abendessen, aber die/der MitarbeiterIn besteht darauf, das Abendessen laut Plan zu geben („*nein, das steht am Plan, das kriegt er*“ (Int. BB1_Z2) ist eines der Beispiele des täglichen Lebens. „*Eine palliative Grundhaltung, die hat man oder die hat man nicht und da kann man noch so viele Schulungen machen* (Int. BB1_Z1). Eine andere Person schätzt die KollegInnen das Thema betreffend als sehr offen ein, aber „*man muss da erst hineinwachsen und Erfahrungen sammeln*“ (Int. BB2_Z2). Durch jede Erfahrung und Situation entsteht Verbesserung. Die Veränderungen im Heim sind laut einer Person deutlich vorhanden, nur sind diese den KollegInnen nicht immer bewusst, weil es wenig „Greifbares“ gibt. Das Pflegepersonal wünscht sich konkrete Standards und Checklisten, aufgrund der Thematik seien diese sind aber schwer umsetzbar. Deshalb denken einige der Kolleginnen laut einer befragten Person „*was machen die überhaupt, die machen ja nichts*“ (Int. BB1_Z2).

Bei der Endbefragung wird mehrfach bestätigt, dass Palliative Care und Hospiz im Heim einen „*sehr hohen Stellenwert*“ (Int. BB4_Z1) hat. Seit der Schulung Palliative Geriatrie werden viele Themen mit allen Betroffenen „*viel früher angesprochen*“ (Int. BB1_Z3). „*Es wird wirklich einfach mehr gesprochen darüber und schon viel früher, das fällt mir stark auf*“ (Int. BB1_Z3) meint eine andere befragte Person zur verbesserten Kommunikation bezüglich Palliative Care und Hospiz. Eine Andere meint aber, dass Gespräche vor allem mit Angehörigen und HausärztInnen zu spät stattfinden.

9.2.2 Palliativbeauftragte und -gruppe

Für Fragen zu Palliativ Care und Hospiz gibt es bereits zu Beginn des Pilotprojektes eine **Ansprechperson im Haus**, die für Koordination und Information zuständig ist. Zur Zeit der Interviews gab es nur ein/e Palliativbeauftragte/n vom ganzen Haus. Künftig soll es aber pro Station eine/n geben. Auf die Frage welche Aufgaben die Palliativbeauftragte habe, waren die Befragten eher unsicher. Nur eine befragte Person hat eine ungefähre Vorstellung: „*Ja, Sie koordiniert, wenn man etwas braucht. Z.B wir brauchen noch zusätzliche Sachen, also was noch zu beschaffen wäre, oder wo Sie sich mit andere übergeordnete Stellen auseinandersetzen muss.*“ (Int. BB1_Z1).

Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung ist bereits eine Palliativarbeitsgruppe im Heim installiert. Diese besteht aus jeweils zwei Pflegepersonen jeder Station (insgesamt 6

Pflegepersonen). Ein Treffen der Palliativarbeitsgruppe findet monatlich statt. Um das Wissen zu erweitern werden Gäste wie das mobile Palliative- sowie Hospizteam eingeladen. Außerdem besteht eine Zusammenarbeit mit der Ehrenamtskoordination des Heimes. Bei Gelegenheit sind ferner auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen bei der Palliativarbeitsgruppe dabei.

Zum Zeitpunkt der Endbefragung hat sich die Palliativarbeitsgruppe neues Wissen angeeignet, besonders auch, weil sich bereits eine zweite Person in der Palliativausbildung befindet. **Da alle Stationen in der Palliativarbeitsgruppe vertreten sind, werden Wissen und Informationen bezüglich Palliative Care in alle Stationen getragen.**

9.2.3 Ehrenamtliches Engagement

Bei den Schulungen werden auch **ehrenamtliche MitarbeiterInnen** mitmachen. Ob diese nachher allerdings auch wirklich im Hospizbereich tätig sein werden ist fraglich und wird auch zwiespältig betrachtet: *„Weil, auch wenn die Ehrenamtlichen diese Schulung haben, dieses zusehen, wenn jemand nicht isst, und zusehen wenn jemand nicht schluckt, ich weiß nicht, ob ich mich da noch mit den Ehrenamtlichen auseinandersetzen möchte, weil ich mich eh schon mit den Angehörigen auseinandersetzen muss. (...) Bis jetzt war es noch nicht so, wir werden sehen, vielleicht täusche ich mich auch.“* (Int. BB1_Z1).

Zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung gibt es insgesamt 15 ehrenamtliche MitarbeiterInnen im Heim. Fünf davon waren bei der Schulung „Palliative Geriatrie“ zu Beginn des Projekts dabei. Andere 5 Ehrenamtliche sind Mitglied der Palliativarbeitsgruppe. Mit wir *„hätten gerne mehr“* (Int. BB1_Z2) ehrenamtliche MitarbeiterInnen, da vielen der Umgang mit sterbenden bzw. dementen BewohnerInnen schwer fällt, wird ein Wunsch nach mehr Ehrenamtlichen geäußert. **Ehrenamtliche MitarbeiterInnen beschäftigen sich lieber mit den aktiven BewohnerInnen „aber es steigt das Interesse“** (Int. BB1_Z2).

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.**

9.2.4 Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase

Die Betreuung von Sterbenden erfordert im Gegensatz zu den übrigen BewohnerInnen andere Prioritäten. Einerseits haben die Sterbenden oft andere Wünsche, andererseits bedarf es individuellerer Pflege. Während die übrigen HeimbewohnerInnen noch Aktivitäten ausüben und unterhalten werden wollen, und es auch gewisse Standardabläufe gibt, haben HospizpatientInnen ein viel stärkeres Ruhe- und Zuwendungsbedürfnis. Außerdem werden die standardisierten Abläufe individualisiert und es wird versucht, mehr Zeit für BewohnerInnen in der letzten Lebensphase aufzubringen.

Eine **seelsorgerische Begleitung** gibt es bei Beginn des Pilotprojektes nicht standardmäßig. Es gibt im Haus evangelische, katholische, ökumenische Messen. Wenn erwünscht, wird für Seelsorge gesorgt: *„Da rufen wir am Pfarramt an, je nachdem welche Religionszugehörigkeit besteht.“* (Int. BB1_Z1). Beim Aufnahmegespräch wird erfasst, ob Seelsorge erwünscht ist und welche Religionszugehörigkeit die Person hat.

Komplementäre Therapien sind hingegen auch schon bei der Anfangserhebung v.a. in der Endphase des Lebens vorhanden. So wird sehr viel mit Aromatherapie gearbeitet. Auch hier ist wieder viel auf Wunsch u. konkrete Nachfrage hin möglich, wie z.B. Ergotherapie, Physiotherapie etc., die jedoch nicht aktiv angeboten werden.

Die Begleitung und Pflege von Sterbenden ist individuell sehr unterschiedlich. Es wird, was das Pflegerische betrifft, bewußt nur das Notwendigste gemacht, wobei man stets versucht, auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen: *„Ja sicher muss ich Körperpflege durchführen, aber das entscheide ich für mich selbst, wie gut es dem geht und entweder mache ich das oder ich mache es später oder den Tag halt dann nicht“* (Int. BB4_Z1).

Es wird zum Teil versucht **gendersensibel** vorzugehen, wobei *„im Grunde genommen ist es geschlechtsunspezifisch“* (Int. BB1_Z1). Vielmehr gibt es ein Eingehen auf die persönlichen Bedürfnisse, die sowohl bei Frauen wie auch Männern bestehen.

Wenn ein ärztlicher Notfall ist, kommt ein/e ÄrztIn vorbei. Die **Schmerztherapie** ist allerdings laut einer interviewten Person bei Start des Pilotprojektes **verbesserungswürdig**. Eine Person dazu: *„Es wird wenig oder ungern Suchtgift gegeben. Meine Einstellung ist: Der Mensch ist alt (...) Ich weiß nicht, was die Ängste von den Ärzten sind - besser er ist schmerzfrei und hat noch etwas davon als wie irgendwelche anderen Sachen“* (Int. BB3_Z1).

Unterschiede gibt es bei den **Schmerzgrenzen**: *„Da glaube ich, dass Männer mehr dazu neigen mehr Schmerzen zu verspüren als Frauen, erfahrungsgemäß. Sie sind zwar eher die „starken“ aber im Schmerz selber, glaube ich dass die Frauen eher nicht so schmerzempfindlich sind.“* (Int. BB1_Z1)

In Akutfällen müssen die PatientInnen ins Krankenhaus. Meistens können die PatientInnen aber im Heim bleiben und werden von ihren Angehörigen in der letzten Phase begleitet. Dies ist aber auch eine Entscheidung der Angehörigen.

Bei der Zwischenbefragung entspricht die **Pflege und Betreuung von sterbenden BewohnerInnen** im Großen und Ganzen der Erstbefragung zum Start des Projekts. Laut einer befragten Person steht die Betreuung der mobilen BewohnerInnen bei vielen KollegInnen *„mehr im Vordergrund“* (Int. BB1_Z2) weil viele nicht wissen *„was kann man da noch machen, was sollte man lieber unterlassen“* (Int. BB1_Z2). Die pflegerischen Handlungen werden in der letzten Lebensphase auf das Notwendigste reduziert und die Schmerztherapie steht im Vordergrund. Außerdem ist der *„Zeitaufwand (...) schon ein wesentlich größerer“* (Int. BB2_Z2). Damit es im Zimmer nicht ganz dunkel ist, wird eine Salzkristallleuchte aufgestellt. Das Pflegepersonal versucht die pflegerischen Handlungen zu zweit, sowie nach der Pflege der anderen BewohnerInnen zu machen damit *„wirklich Zeit und Ruhe“* (Int. BB1_Z2) vorhanden ist. Es läuft *„alles ein bisschen langsamer und entschleunigter“* (Int. BB1_Z2).

Falls BewohnerInnen Schmerzen äußern, tritt das Pflegepersonal an den/die HausärztIn heran. Die **Schmerztherapie** *„hängt vom Arzt ab“* (Int. BB1_Z2). Ein Angebot von Ergo- und Physiotherapie ist im Haus nicht mehr vorhanden, da diese nicht mehr finanziert werden. Bei Bedarf wird aber von den ÄrztInnen eine Überweisung zur Gymnastik ausgestellt.

Zum Zeitpunkt der Endbefragung wird wieder auf den erhöhten Zeitaufwand bei palliativer Betreuung eingegangen. „Wenn ich es wirklich richtig machen möchte und mir die Zeit nehmen muss“ (Int. BB1_Z1) geht das „so nebenbei in der normal geregelten Arbeitszeit nicht“ (Int. BB1_Z1).

Was komplementäre Therapien betrifft wurde neues Wissen erworben. Themen wie Wickel und Kompressen, Aromatherapien sowie der Einsatz von Aromaölen bei Problemen wie Schlafstörungen oder bei Verköhlung wurden erlernt bzw. vertieft. Die individuelle Betreuung der HeimbewohnerInnen wurde hervorgehoben. Die BewohnerInnen „werden [vom Pflegepersonal] sicher auch verwöhnt“ (Int. BB4_Z1).

9.2.5 Thematik Tod und Sterben

Auf Wunsch wird mit den BewohnerInnen im Alltag auch über Tod und Sterben sowie über Ihre diesbezüglichen Wünsche und Vorstellungen gesprochen. **Standardisierte Gespräche mit jeder/jedem BewohnerIn werden jedoch zu Beginn des Pilotprojektes nicht geführt.**

Wenn BewohnerInnen diesbezüglich etwas äußern, wird es in der Dokumentation festgehalten. Eine interviewte Person: „Der Kleiderwunsch nach dem Ableben ist fast immer da. Die Leute wissen in welcher Kleidung sie bestattet werden wollen, und das wissen auch die Angehörigen.“ (Int. BB1_Z1) Vorab wird bei der Anamnese einiges erhoben: „Da weiß ich, dass er keine Klassikmusik mag, da weiß ich, dass er nur gern ein Bier trinkt, da weiß ich, dass er keinen Kontakt haben will im Zimmer - wir kennen unsere Bewohner besser als ihn der Angehörige kennt.“ (Int. BB2_Z1). Bevor ein/e BewohnerIn einzieht, sieht sich die Stationsschwester auch die Wohnung der/des neuen Bewohnerin/Bewohners an, um einen Eindruck zu bekommen wie sie/er gelebt hat. Häufig wird das Thema jedoch von den BewohnerInnen nicht angesprochen „...das sprechen die Heimbewohner selbst nicht an“ (Int. BB4_Z1).

Ob und wie über das Thema Tod und Sterben im Heim gesprochen wird, wird bei der Zwischenerhebung durch die Befragten unterschiedlich wahrgenommen. Von „es gibt viele Gespräche über Tod und Sterben mit den Heimbewohnern“ (Int. BB2_Z3) es sei alltäglich, bis „obwohl ja viele Schwestern der Meinung sind, besser nichts sagen, weil dann glaubt er ja er ist der nächste“ (Int. BB1_Z2) reicht die Bandbreite. Es gibt aber auch BewohnerInnen die „gar nichts darüber wissen“ wollen (Int. BB2_Z2). Mit den KollegInnen wird aber auf alle Fälle über das Thema gesprochen. **Hinsichtlich Kommunikation und Umgang mit dem Thema Tod und Sterben „gehört noch viel mehr gemacht“ (Int. BB1_Z2) da BewohnerInnen sehr wohl „wissen, dass bei uns keiner mehr nach Hause geht“ (Int. BB2_Z2).**

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. Vor allem den Angehörigen „geht es schlecht“ (Int. BB2_Z1) mit dem Thema Tod und Sterben. Es seien oft endlose Gespräche nötig, um den richtigen Weg zu finden und ihnen die Situation näher zu bringen.

9.2.6 Abschiedsrituale und Vorgehen nach Eintritt des Todes

Konkrete **Abschiedsrituale** im Zusammenhang mit sterbenden BewohnerInnen von Seiten des Heimes **gibt es beim Start des Pilotprojektes nicht.** Diese werden ebenfalls individuell, auf Wunsch, durchgeführt. Eine interviewte Person dazu: „So ein richtiges Ritual

gibt es eigentlich nicht. (...) Es ist halt schon individuell. Da werden manchmal Kerzen aufgestellt oder ein Rosenkranz in die Hand gegeben. Aber es kommt auf die Religion an oder wie es der Heimbewohner selber wünscht oder die Angehörigen. (...) es kommt auch auf die Pflegeperson selber an, die gerade da ist.“ (Int. BB3_Z1)

In den Zimmern wird auf eine angenehme **Atmosphäre** geachtet. Es wird versucht die unmittelbare Umgebung so harmonisch wie möglich zu gestalten. Zur Anwendung kommen Aromalampen, Bilder, ein Salzkristallstein, etc. Bei den Zimmern wird darauf geachtet, dass sie zusammengeraumt sind.

Wenn eine **Person verstorben** ist, muss drei Stunden gewartet werden, bis die Totenbeschau war. Wenn Zeit ist, werden die Verstorbenen noch von den Pflegepersonen umgezogen und fertig gemacht, da es vielen BewohnerInnen unrecht ist von fremden Personen umgezogen zu werden. Eine interviewte Person: *„Für mich persönlich brauche ich das auch, wenn ich da dabei bin. Dass ich sage: Das war jetzt die letzte Handlung, die ich für denjenigen machen habe können. Mir geht's dabei besser (...) Das ist die letzte Sache die ich noch tun kann, und das will ich einfach keinen Fremden machen lassen.“ (Int. BB1_Z1)* Anschließend kommen die Verstorbenen in den Verabschiedungsraum. Je nachdem wann die Angehörigen kommen, werden die Verstorbenen dann von der Bestattung abgeholt. Sofern es eine Gedenkplatte gibt, wird diese für alle BewohnerInnen sichtbar aufgestellt.

Das Thema **Abschiedsrituale** gestaltet sich zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung nahezu ident zum Start des Pilotprojekts. Eine befragte Person wies aber auf den Unterschied bezüglich der Verabschiedung verstorbener Personen zwischen den Stationen hin. Im zweiten Stock wird mehr als das übliche „Verabschiedungstischer“ (Int. BB1_Z2) mit Kerze und Parte gemacht. Es gibt zusätzlich Trauerstunden in welchen den verstorbenen BewohnerInnen gedacht wird, die HeimbewohnerInnen dazu etwas sagen können, sowie ihre Gedanken in einem Trauerbuch festgehalten werden. Standardisierte Abschiedsrituale sind nicht vorhanden, diese sind *„immer individuell, das ergibt sich aus der Situation“ (Int. BB2_Z2).* Es wird versucht *„so oft wie möglich“ (Int. BB2_Z2)* bei den BewohnerInnen und Angehörigen zu sein und auf deren Wünsche einzugehen. Bei Zweibettzimmern wird versucht mittels Paravent etwas Privatsphäre zu schaffen. Eine Gedenkfeier für die verstorbenen Personen ist in Planung. Bei dieser sollen die Angehörigen, BewohnerInnen und das Pflegepersonal den Verstorbenen gedenken können.

Bei der Zwischenbefragung wird berichtet, dass der Verabschiedungsraum im Keller nur genutzt wird, wenn die Ärztin/der Arzt oder die Angehörigen länger nicht kommen können. *„Wir versuchen zur Zeit die Heimbewohner so lange wie möglich auf der Station zu lassen“ (Int. BB2_Z2).* Die verstorbene Person wird meist vom Pflegepersonal gewaschen und angekleidet, jedoch machen das nicht alle Pflegepersonen. Es kommt auch *„kein Leintuch über den Kopf“ (Int. BB1_Z2)* der verstorbenen Person. *„Man weiß was der Verstorbenen gern hatte“ (Int. BB2_Z2),* diese Dinge wie Bilder oder Porzellanfiguren, sowie Wünsche von Angehörigen werden der Bestattung mitgegeben. Meist geht jemand vom Pflegepersonal zum Begräbnis.

Zum Zeitpunkt der Endbefragung wurde die geplante **Gedenkfeier bereits organisiert und einmal durchgeführt.** Zu Weihnachten fand die Verabschiedung der verstorbenen BewohnerInnen statt. Die Stationschwestern 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“ (Int. BB2_Z1).* Die Abschiedsrituale auf den jeweiligen Stationen sind etwas unterschiedlich und *„noch nicht standardisiert“ (Int. BB1_Z3).*

„Wir ziehen unsere Leute selber an und waschen sie selber, das ist bei uns selbstverständlich, ich denke mir das sind fremde Leute die Bestattungsleute“ (Int. BB2_Z1) erklärt eine befragte Person die Vorbereitung der Verstorbenen auf die Bestattung. Ob dies aber standardisiert im ganzen Heim der Fall ist wurde durch die Interviews nicht eindeutig deutlich. Spezielle Wünsche wie z.B. in Rosenöl baden oder geschminkt werden können durch das Pflegepersonal erfüllt werden.

9.2.7 Lebensqualität der BewohnerInnen

Die **Lebensqualität der HeimbewohnerInnen** wird auch bei der Anfangserhebung als **sehr gut eingeschätzt**. Nur die erste Phase im Heim bis sich die BewohnerInnen einmal damit auseinandergesetzt haben, wird problematisch gesehen: „Da hat jeder seine Schwierigkeiten sich umzustellen.“ (Int. BB1_Z1) Am Anfang werden aber die BewohnerInnen intensiver und individueller betreut, um ihnen das Eingewöhnen zu erleichtern: „Die Stimmungen schwanken von euphorisch zu depressiv bis nicht mehr mögen, aber da muss man durch. Ich denke mir, das ist das Professionelle in der Pflege, dass man Ihnen die Phasen zugesteht (...) man lässt Ihnen die Zeit die sie brauchen.“ (Int. BB1_Z1). Die Lebensqualität der Demenzerkrankten wird ebenfalls gut eingeschätzt, obwohl auch bemerkt wird: „da könnte man einige Übungen u. Therapien machen glaube ich, die nicht alleine in meinen Bereich fallen, Beschäftigungstherapien und so“ (Int. BB4_Z1).

Zur Erhöhung der Lebensqualität wurde die gute Küche erwähnt, da das Essen für die HeimbewohnerInnen ein wichtiger Punkt ist. Außerdem die abwechslungsreichen Aktivitäten, persönliche Gestaltung der Zimmer, die Festlichkeiten im Rahmen des Kalenders und v.a. die individuelle Betreuung: „Es liegt sehr viel an der Pflegeperson selbst. Die großen Sachen wie Feste und Aktivitäten werden sowieso vom Haus selbst geplant. Wenn man z.B. weiß, dass ist eine Dame die immer gern schön gekleidet ist oder die Haare besonders schön frisiert hat oder die Nägel lackiert hat, dass man sich wirklich speziell dafür Zeit nimmt und das macht. Das sind individuelle Sachen (...) Oder wenn ein Patient bestimmte Tagesrituale hat und man darauf eingeht, auch wenn es anders schneller ginge.“ (Int. BB3_Z1).

Zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung wird die Lebensqualität vor allem durch die **angebotenen Aktivitäten** wie Feste, Rollstuhlausflüge, Singgruppen usw. beschrieben. Für mobile BewohnerInnen gibt es viel Angebot, aber für **bettlägerige Personen „wird zu wenig getan“** (Int. BB2_Z2). Zur Beschäftigung mit bettlägerigen Personen meinte eine befragte Person: „Da gibt es noch eine große Scheu, das macht irgendwie niemand“ (Int. BB2_Z2)

Die Lebensqualität der BewohnerInnen wird ähnlich zu den ersten beiden Befragungszeitpunkten vor allem mit Aktivitäten und dem „nicht abgeschottet sein“ beschrieben. Für **demente BewohnerInnen könne aber durchaus mehr angeboten werden**. Durch die Aromapflegegruppe werden außerdem Wohlfühlnachmittage gestaltet. Verbesserungswürdig ist die Lebensqualität der BewohnerInnen bei welchen keine Angehörigen vorhanden sind. Diese seien aber nicht zu ersetzen. Um die Lebensqualität der demenzkranken BewohnerInnen zu verbessern wäre eine Weiterbildung in Validation hilfreich. Die Lebensqualität könnte auch durch mehr Variationen bei der Verpflegung gesteigert werden. Wenn man sich ein „bisschen einlebt“ (Int. BB1_Z1) in die ältere Generation, weiß man ungefähr was diese früher gerne gegessen und getrunken hat und das ist „nicht immer nur Mineralwasser und Himbeersaft“ (Int. BB1_Z1).

9.2.8 An- und Zugehörige

Mit den Angehörigen wird zu Beginn des Pilotprojektes ebenfalls dann **über Tod und Sterben und deren Wünschen gesprochen, wenn sie es wünschen** oder erst **nachdem die/der BewohnerIn verstorben sind**. Sofern vorher darüber gesprochen wird, werden diese Wünsche dann auch schriftlich in der Dokumentation festgehalten. Dies kann die Sterbesituation betreffen oder die Frage der Kleidung, der Bestattung, der seelsorgerischen Betreuung oder ähnliches. Im Vorfeld wird dazu nichts erhoben. „Runde Tische“ für einen regelmäßigen Austausch oder eine Angehörigenbegleitung gibt es nicht.

Was den Austausch mit Angehörigen betrifft, gibt es zum zweiten Befragungszeitpunkt keine großen Veränderungen. Die Gespräche mit den Angehörigen **ergeben sich situationsabhängig**. „Aber so richtig, dass sie zu einem Gespräch reingeholt worden sind, habe ich noch nicht mitgekriegt“ (Int. BB1_Z2) meinte eine befragte Person. Es wird über Ängste, Sorgen und Probleme gesprochen und Gespräche mit ÄrztInnen vermittelt. Angehörige können außerdem „Tag und Nacht da sein“ (Int. BB3_Z2) sowie in die Pflege miteinbezogen werden. „Es ist selten“ (Int. BB1_Z2), dass die Angehörigen in die Pflege miteinbezogen werden möchten, doch „einfach nur da sein“ (Int. BB2_Z2) ist genauso wichtig. „So was in die Richtung gibt es gar nicht“ meinte eine befragte Person auf die Frage ob es Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige im Heim gibt. Es sei noch nicht vorgekommen, dass Angehörige nach Unterstützungsmaßnahmen gefragt hätten. Ein Infofolder für Angehörige sei aber in Planung.

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“ (Int. BB2_Z1), meinte eine befragte Person dazu. **„Die meiste Zeit“ (Int. BB2_Z1) wird für die Betreuung der Angehörigen aufgewendet, da viele z.B. „nicht akzeptieren wollen, dass es jetzt das Endstadium ist“ (Int. BB4_Z1). 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. In einem Interview wird aber weiterhin davon berichtet, dass die Angehörigen „viel zu spät“ informiert werden (Int. BB1_Z1). Angehörige können in der letzten Lebensphase im Heim übernachten, „was momentan sehr wenig in Anspruch genommen wird“ (Int. BB1_Z3). Ein Grund dafür könnten die Zweitbettzimmer sein, welche die Privatsphäre stören.

9.2.9 Arbeitszufriedenheit und Burnout

Alle Befragten sind schon zu Projektbeginn mit ihrer **Arbeit zufrieden**. Hervorgehoben wurde zum einen das Team, zum anderen, dass vieles ermöglicht wird, wenn man etwas braucht. Eine Person betonte, dass es besonders positiv war, viel selbst aufbauen zu können, was zu einer besseren Identifikation geführt hat. Eine interviewte Person merkt an: „Im Großen und Ganzen ist es zufriedenstellend, aber man kann immer etwas verbessern...“ (Int. BB1_Z1), eine andere: „ Es gibt sicher nichts Gravierendes. Vielleicht Kleinigkeiten, die hin und wieder störend sind. Aber das wir immer gleich angesprochen und ausdiskutiert.“ (Int. BB3_Z1)

Für die Betreuungspersonen sind häufig die **Gespräche mit den Angehörigen belastend**, da diese oft schwierige Fragen stellen: „ ‚Wie lange dauert es noch, oder kann man nicht etwas tun damit er schneller stirbt‘ – dann wieder im nächsten Moment: ‚kann man nicht etwas tun, damit er überlebt‘, das ist mehr belastend - weil man oft keine Antworten darauf hat. Und es nimmt viel mehr Zeit in Anspruch.“ (Int. BB3_Z1). Belastend ist auch, wenn die Angehörigen den PatientInnen ihren letzten Willen nicht lassen wollen. Der „normale“

Sterbeprozess, „wenn es ein harmonisches Miteinander ist“ (Int. BB1_Z1) und es ein gutes Team gibt, in dem man sich besprechen kann, ist nicht belastend. Sofern es Unstimmigkeiten gibt, kommen diese nicht vom Heim selbst bzw. den strukturellen Gegebenheiten, sondern von außen.

Entlastend wirkt v.a. das Besprechen im Team, das Sprechen mit den KollegInnen über den Tod. Eine befragte Person beschreibt: „Für mich ist es entlastend mich im Team oder mit der Pflegedienstleitung auszutauschen. Also wenn ich weiß, es steht wer hinter mir und ich weiß, ich kann darüber sprechen. Das ist für mich Entlastung genug.“ (Int. BB1_Z1).

Supervision wird laut zwei interviewten Personen angeboten, wobei die anderen drei interviewten Personen, angeben, dass keine Supervision oder ähnliche Entlastungsmöglichkeiten angeboten werden.

Von der **Fort- und Weiterbildung im Bereich Hospiz und Palliative Care** erwarten sich die Befragten Ideen, wie man künftig die Arbeit verbessern kann.

Zu keinem Erhebungszeitpunkt sehen sich die Befragten als **Burnout** gefährdet.

Im Unterschied zum Beginn des Projekts, werden bei der Zwischenerhebung die Fragen bzw. Reaktionen der Angehörigen nicht mehr als belastend genannt, sondern eher die Situation mit den PatientInnen. Die einzelnen Fälle gehen den befragten Personen nahe. Es wird nicht als Stress beschrieben, „aber schon eine Belastung“ (Int. BB2_Z2) und wenn sich der Zustand der BewohnerInnen verschlechtert und die letzten Tage bzw. Stunden gekommen sind, beschreibt die befragte Person die Situation folgend: „also ich kann da noch immer nicht obwohl ich schon so lange hier bin (...) da habe ich auch angefangen zu weinen (...) da kann man nicht abschalten“ (Int. BB2_Z2). **Es ist emotional „wie wenn jemand verwandter geht“ (Int. BB3_Z2) beschreibt eine andere befragte Person die Belastung, die am Arbeitsplatz entsteht.**

Das Sprechen, aber auch das Weinen mit KollegInnen ist eine wichtige Bewältigungsstrategie für die MitarbeiterInnen. **Vor allem „das Schwesternzimmer ist der Stützpunkt wo man auch emotional auslassen kann, in jeder Art und Weise und dann geht man raus und macht seinen Job“ (Int. BB3_Z2).** Ob **Unterstützungsmaßnahmen** bei belastenden Situationen, wie Supervision, angeboten werden, wird wie bereits bei der ersten Befragung unterschiedlich beantwortet. Es scheint darüber keine klaren Information, die alle MitarbeiterInnen erreichen, zu geben. Eine befragte Person meint, dass es keine Unterstützungsmaßnahmen gibt und die KollegInnen miteinander über belastende Fälle reden. Bei stark belastenden Fällen wären Unterstützungsmaßnahmen wünschenswert. Eine befragte Person beschreibt Fälle „da haben wir alle gelitten“ (Int. BB2_Z2). Anders sieht eine andere befragte Person das Angebot der Unterstützung bei belastenden Situationen. Diese meint, es habe schon Supervisionen gegeben. „Ich bin mir sicher, wenn wir es anfordern würden (...) würde das sicher auch möglich sein, (...) generell haben wir es bis jetzt nicht gebraucht weil das Team passt“ (Int. BB3_Z2).

Auch bei der Zwischenbefragung sehen sich die befragten Personen nicht als **Burnout** gefährdet.

Eine befragte Person berichtet von Beginn der **Palliativausbildung** im Herbst, von dieser wird viel neues Wissen erwartet. Außerdem konnte diese befragte Person einen Tag in einem Hospiz verbringen.

Zum Zeitpunkt der Endbefragung hat eine befragte Person bereits eine Ausbildung im Bereich Palliative Care begonnen. Als deprimierend wurde die Anrechnung von Weiterbildungen besonders für Teilzeitkräfte erwähnt. Die in der Aus- bzw. Weiterbildung absolvierten Stunden werden nicht komplett als Arbeitsstunden angerechnet. Durch die

Ausbildung wurde der befragten Person noch einmal deutlich klar: „Wir haben unbewusst schon viel gemacht eigentlich, was unter palliative Betreuung“ fällt (Int. BB1_Z1). Das Thema Fort- und Weiterbildung hat einen hohen Stellenwert im Haus. **Es werden laufend Weiterbildungen zu verschiedensten Themen gemacht, die auch in die palliative Pflege fließen.**

Anders als zu Projektbeginn äußerten zu Projektende einige der befragten Personen, dass sie einem erhöhten Burnout-Risiko ausgesetzt sind. Ein möglicher Grund dafür könnte die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen durch das Projekt sein, die sich dadurch in ihrer eigenen Bedürftigkeit stärker wahrnehmen. Ob jedoch ein Bedarf an Supervision oder anderen Unterstützungsmaßnahmen vorhanden ist, wurde aufgrund der unterschiedlichen Aussagen in den Gesprächen nicht deutlich. Eine befragte Person berichtete zum Beispiel von der Methode „kollegiale Intervention“, von der sie glaubt, dass dies „dem Team selber viel mehr helfen“ (Int. BB1_Z1) könnte, als jemanden von außen.

9.2.10 Ethisch schwierige Fragen und Kooperationen

Bei **ethisch schwierigen Fragen** wie der Verweigerung von Medikamenten- oder Nahrungsaufnahme oder wenn der Wunsch zu sterben geäußert wird, gibt es v.a. mit den Angehörigen problematische Situationen. Eine befragte Person: „Die Wünsche des Heimbewohners gehen vor den Wünschen der Angehörigen.“ (Int. BB1_Z1) Generell ist dieses Thema schwierig, v.a. wenn es sich um demente Personen handelt: „Da hört man mehr auf den Angehörigen, wo man nicht weiß: Ist das jetzt der Wunsch vom Angehörigen oder vom Patienten selbst?“ (Int. BB3_Z1). Letztendlich entscheidet in Sachen Nahrungsaufnahme oder der Verabreichung von Medikamenten die/der ÄrztIn.

Ob es regelmäßige **Kooperation mit anderen Einrichtungen** gibt, konnte durch die Interviews zu Beginn des Projekts nicht beantwortet werden, da die Aussagen der Befragten konträr waren, wobei anscheinend unregelmäßig ein Austausch stattfindet.

Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des/der BewohnerIn ist es vor allem die Aufgabe der ÄrztInnen das weitere Vorgehen zu entscheiden. Auffällig ist, dass sich die in der ersten Befragung schwierigen Situationen mit den Angehörigen in der Zwischenzeit (Zwischenbefragung) verändert hat und der Umgang mit diesen klarer wurde. Alle Befragten geben an bei **ethisch schwierigen Situationen** die Angehörigen zu verständigen. **Eine befragte Person meint, in letzter Zeit gibt es viel mehr Verständnis von Seiten der Angehörigen was das Thema Palliative Care betrifft und aufgrund dessen werden weniger BewohnerInnen in der letzten Lebensphase ins Krankenhaus eingeliefert.** „Richtige Fallbesprechungen wie sie im Lehrbuch stehen, das haben wir nicht“ (Int. BB1_Z2) meine eine befragte Person. Dieser ist nur ein Fall bekannt, bei welchem ein Gespräch mit Palliativteam, Angehörigen, Pflegepersonal und ÄrztInnen organisiert wurde. „Richtige Besprechungen sind Seltenheit“ (Int. BB1_Z2), aber bei guter Kommunikation unter dem Personal sowie der ÄrztInnen wäre es nicht immer nötig.

Bei der Endbefragung hat sich im Vergleich zu den beiden anderen Erhebungszeitrum vom Ablauf nichts Wesentliches verändert. **Jedoch werden Gespräche mit Angehörigen, ÄrztInnen und wenn möglich mit BewohnerInnen früher in Angriff genommen.** Eine befragte Person meinte „Gespräche sind [früher] viel zu wenig geführt worden, oder viel zu spät (...) man hat sich nicht so viele Gedanken gemacht “ (Int. BB1_Z1). Ethische Fallbesprechungen sind auch zum Zeitpunkt der Endbefragung nicht vorhanden. Eine befragte Person meint, dass dazu eine externe Person nötig wäre, weil es im Haus niemanden gibt der/die mit Gesprächsleitung vertraut ist.

Neben den Kooperationen welche bei den beiden anderen Erhebungszeitpunkten erwähnt wurden, wurden bei der Enderhebung auch die Palliativbeauftragtentreffen genannt. Diese seien für den Austausch zwischen den Heimen sehr wichtig und bieten eine Möglichkeit voneinander zu lernen.

9.2.11 Schulung Palliative Geriatrie

Zum Projektanfang wurden auch die Erwartungen hinsichtlich der **Schulung „Palliative Geriatrie“** erhoben, wobei die Befragten dazu noch wenig konkrete Vorstellungen hatten. Generell wollten die MitarbeiterInnen einen Überblick hinsichtlich der Möglichkeiten im Bereich Hospiz und Palliative Care geboten bekommen. Die Schulung wurde von allen mit Spannung erwartet.

Bei der Zwischenbefragung wird von einer **Bewusstseinsveränderung** durch die Schulung berichtet. **Da alle Berufsgruppen des Heimes bei der Schulung anwesend waren, konnte gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung aufgebaut werden.** Die Zeitpunkte März, April und Juni waren für die Schulung zu schnell hintereinander angelegt, was mit dem Dienstplan schwierig zu vereinbaren war. Die TeilnehmerInnen des ersten Workshops *„waren wirklich sehr deprimiert“* (Int. BB1_Z2) diesen hat es *„überhaupt nicht gefallen, [der Workshop] ist ein bisschen in die Hose gegangen“* (Int. BB1_Z2). Dies lag, laut Aussagen, wesentlich an den ModeratorInnen, die für die darauffolgenden Schulungen ausgetauscht wurden. Die nächsten Schulungen *„waren wirklich ganz super“* (Int. BB1_Z2). *„Ich glaube es hat allen sehr gut gefallen, weil es eben etwas neues war“* (Int. BB2_Z2), meinte eine andere befragte Person. Die Methodik war sehr passend, weil man durch das selber Erarbeiten auf vieles draufgekommen ist. Die Dauer war für Pflegepersonen passend, für andere Berufsgruppen aber *„sicher zu lange“* und *„mühsam“* (Int. BB1_Z2)

Zum Zeitpunkt der Endbefragung hat sich bestätigt, dass *„wir vorher schon sehr viele Dinge gemacht haben“* (Int. BB2_Z1) 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.**

9.2.12 Organisationsentwicklungsprozess und umgesetzte Maßnahmen

Zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung wird vor allem die Schulung und die Gründung der Palliativarbeitsgruppe als wesentlicher Teil des Organisationsentwicklungsprozesses gesehen, *„was da noch im Büro passiert, das weiß ich nicht“* (Int. BB1_Z2). Eine befragte Person beschreibt den Organisationsentwicklungsprozess folgend: *„Ja der Workshop eben und das wir noch einiges vorhaben umzuändern in nächster Zeit“* (Int. BB2_Z2). Folgende Punkte wurden als nächste Vorhaben genannt:

- Verabschiedungsraum umgestalten
- Magnetboards mit Bildern des diensthabenden Personals installieren (Bezugspflege)
- Infofolder Palliative Pflege und Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige erstellen
- Gedenkfeier für verstorbene BewohnerInnen planen
- Aromagruppe noch einmal einladen und Informationen bezüglich Aromatherapie für alle Stationen zusammenstellen
- Schmerzprotokoll ins Computersystem aufnehmen

Bei der Endbefragung wird deutlich, dass *„immer wieder neue Ideen“* (Int. BB2_Z1) die zur Verbesserung der Betreuung der BewohnerInnen dienen, eingebracht werden. **Der Verabschiedungsraum wurde umgestaltet und die Infofolder für Angehörige erstellt.** Das Projekt Palliative Care und Hospiz war *„absolut notwendig“* und hat *„das*

gebracht was wir uns erwartet haben, sogar viel mehr“ (Int. BB2_Z1) so eine befragte Person.

9.2.13 Potential für Verbesserungen

Verbesserungswürdig im Bereich Hospiz und Palliative Care sehen die Befragten bei der Anfangserhebung v.a. das Wissen, was man pflegerisch machen kann. Hier werden die Schulungen mit Spannung erwartet. Auch der Verabschiedungsraum wurde sehr kritisch angesprochen, da er sich im Keller befindet. Daher finden die Verabschiedungen in der Regel in den Zimmern der BewohnerInnen statt, auch wenn dies in einem Zweibettzimmer nicht immer leicht ist. Hier kommt ein Paravent zum Einsatz, der das Zimmer abtrennt. Daher wurde auch ein eigenes Zimmer pro Station angeregt, in das BewohnerInnen, denen es schlechter geht verlegt werden können.

Beim zweiten Befragungsdurchgang wurden einige Punkte genannt, die verbessert werden könnten: „Von der Pflege her würde ich mir mehr Zeit [für die BewohnerInnen] wünschen“ (Int. BB2_Z2) meinte eine befragte Person. Mehr Präsenz der Projektleitung sowie eine Person pro Stockwerk die die Palliativausbildung macht wären ebenfalls wünschenswert. Eine Moderations- bzw. Vortragsschulung wäre für Personen, die Gruppen leiten sinnvoll: „Wir kommen alle von der Pflege“ (Int. BB1_Z2). meinte eine befragte Person zum Bedarf an solchen Schulungen. Außerdem gibt es „einfach zu viele Projekte gleichzeitig“ (Int. BB1_Z2). im Heim, wodurch die Leidenschaft für ältere Projekte nachlässt.

Ein paar CDs mit Instrumentalmusik, bunte Tücher sowie Kleinigkeiten für Dekoration wurden auch erwähnt, „weil es gibt auch Heimbewohner die punkto Kleidung, punkto Utensilien nicht so viel haben“ (Int. BB2_Z2). Einige CDs und Bücher wurden bereits auf Eigeninitiative gekauft.

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“ (Int. BB1_Z2). Insgesamt kommen ins Heim 8 HausärztInnen, wobei manche, vor allem die Schmerztherapie betreffend, sehr zurückhaltend sind. Es kommt, laut Aussage, auch vor, dass bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die BewohnerInnen ins Krankenhaus überwiesen werden, damit der/die ÄrztIn nicht öfter ins Heim kommen muss. Die ÄrztInnen legen den Fokus vor allem auf die medizinischen Versorgung, dabei stellt sich die „Frage, ob das im Palliativstadium immer so (...) passend ist“ (Int. BB2_Z2) und der Mensch nicht als „Ganzes“ gesehen werden sollte.

Die Situation mit den ÄrztInnen hat sich zum Zeitpunkt der Endbefragung nicht verbessert und wird weiterhin als ein wesentliches Problem gesehen. ÄrztInnen wollen die „Verantwortung nicht übernehmen“ (Int. BB2_Z1). Dadurch werden die **BewohnerInnen bei gesundheitlicher Verschlechterung häufig 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?“ (Int. BB2_Z1). 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, was vor allem die palliative Versorgung betrifft, keine konkrete Zusammenarbeit zu geben.** Eine Einbindung der ÄrztInnen in das Projekt ist kaum gegeben. Laut Aussagen der Projektleitung, wurden die ÄrztInnen zu den Start- und Abschlussveranstaltungen sowie zu den Schulungen eingeladen. Tatsächlich sind jedoch nur wenige den Einladungen gefolgt.

Bei mittlerer Führungsebene (Stationsleitung) gibt es Bedarf an Unterstützung, da diese Managementfunktionen sind und den Stress von HeimbewohnerInnen, Personal, Verwaltung und Angehörigen abbekommen.

Mit „ortsmäßig gehört schon viel gemacht“ (Int. BB3_Z1) beschreibt eine befragte Person Probleme, die aufgrund der mangelnden räumlichen Flexibilität (z.B. Zweibettzimmer, Verabschiedungsraum im Keller) entstehen.

9.3 AN- UND ZUGEHÖRIGE VERSTORBENER HEIMBEWOHNERINNEN

Wie bereits in Kapitel 5 beschrieben, hat Heim B, trotz Zusage bei Evaluationsbeginn, letztlich nicht in die Befragung der An- und Zugehörigen eingewilligt. Aus diesem Grund konnten keine Erhebungen bei den An- und Zugehörigen verstorbener HeimbewohnerInnen aus dem Heim B durchgeführt werden. Stattdessen wurde Heim C in das Evaluationsdesign aufgenommen. Die Ergebnisse der Befragung in Heim C werden in Kapitel 10 dargestellt.

9.4 RESÜMEE HEIM B

Bereits zu Beginn des Pilotprojektes gibt es eine Hospizkultur und Palliative Care im Heim, wenn auch erst im Aufbau. Bei der Endbefragung hat Hospiz und Palliative Care jedoch bereits einen deutlich höheren Stellenwert und wird auch bewusster wahrgenommen. Im Laufe des Projektes wurden eine Palliativbeauftragte und eine Palliativgruppe installiert.

Ehrenamtliche sind von Anfang an im Heim tätig und werden auch in den Organisationsentwicklungsprozess eingebunden. Bis zum Abschluss des Projekts stieg die Zahl der Ehrenamtlichen, die auch regelmäßig an Ehrenamtsstammtische teilnehmen. Es konnte eine intensive Gemeinschaft gebildet werden, die durch eine sehr engagierte Ehrenamtskoordinatorin betreut wird. Zu Projektende gibt es zwei Ehrenamtliche, die auch sterbende BewohnerInnen begleiten.

In der Pflege und Betreuung von Sterbenden konnte durch das Projekt **neues Wissen zu komplementären Therapien** erworben werden. Auch die Schmerztherapie konnte verbessert und intensiviert werden. Ansonsten werden die sterbenden BewohnerInnen auch bereits zu Beginn des Projekts individuell gepflegt und intensiv betreut.

Was die **Abschiedsrituale** betrifft, so wird nicht standardisiert, sondern **sehr individuell** vorgegangen, wobei großes Bemühen besteht, auf persönliche Wünsche und eine angenehme Atmosphäre im Zimmer einzugehen. Es wird betont, dass es vielen Pflegepersonen ein Anliegen ist, die Verstorbenen selbst anzukleiden und dies nicht der Bestattung zu überlassen. Im Zuge des Projekts wurde auch eine **Gedenkfeier für verstorbene Personen** eingeführt.

Die **Lebensqualität der BewohnerInnen** wird generell **hoch eingeschätzt**, wobei die Lebensqualität von bettlägerigen und dementen BewohnerInnen als verbesserungswürdig eingestuft wird. Die Befragten verbinden erneut die Lebensqualität vor allem mit Aktivitäten und Feierlichkeiten im Haus. Allgemein konnte die Lebensqualität der BewohnerInnen jedoch gesteigert werden, da komplementäre Therapien und Schmerztherapie ausgebaut bzw. intensiviert wurden.

Mit den **An- und Zugehörigen wird vor allem auf deren Wunsch hin über Tod und Sterben gesprochen**. Zu Abschluss des Projekts existiert jedoch einen Folder, in dem Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden. **Eine Veränderung betrifft auch das**

Verständnis hinsichtlich der Begleitung der An- und Zugehörigen, das sich verbessert hat.

Die **Pflege- und Betreuungspersonen sind in ihrem Job sehr zufrieden** und zu Beginn des Projektes auch **nicht Burnout gefährdet. Zu Abschluss** des Projekts sprechen einige Befragte von einem **möglichen Burnout-Risiko**. Ein möglicher Grund dafür könnte die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen durch das Projekt sein, die sich dadurch in ihrer eigenen Bedürftigkeit stärker wahrnehmen. Auch das Erkennen von Problemlagen in der Zusammenarbeit mit den HausärztInnen könnte dazu beigetragen haben.

Ethische Fallbesprechungen werden im Heim **nicht durchgeführt, was in Zusammenhang mit der schwierigen Situation mit den HausärztInnen steht**, die solche Fallbesprechungen leiten und palliativmedizinisch geschult sein müssen.

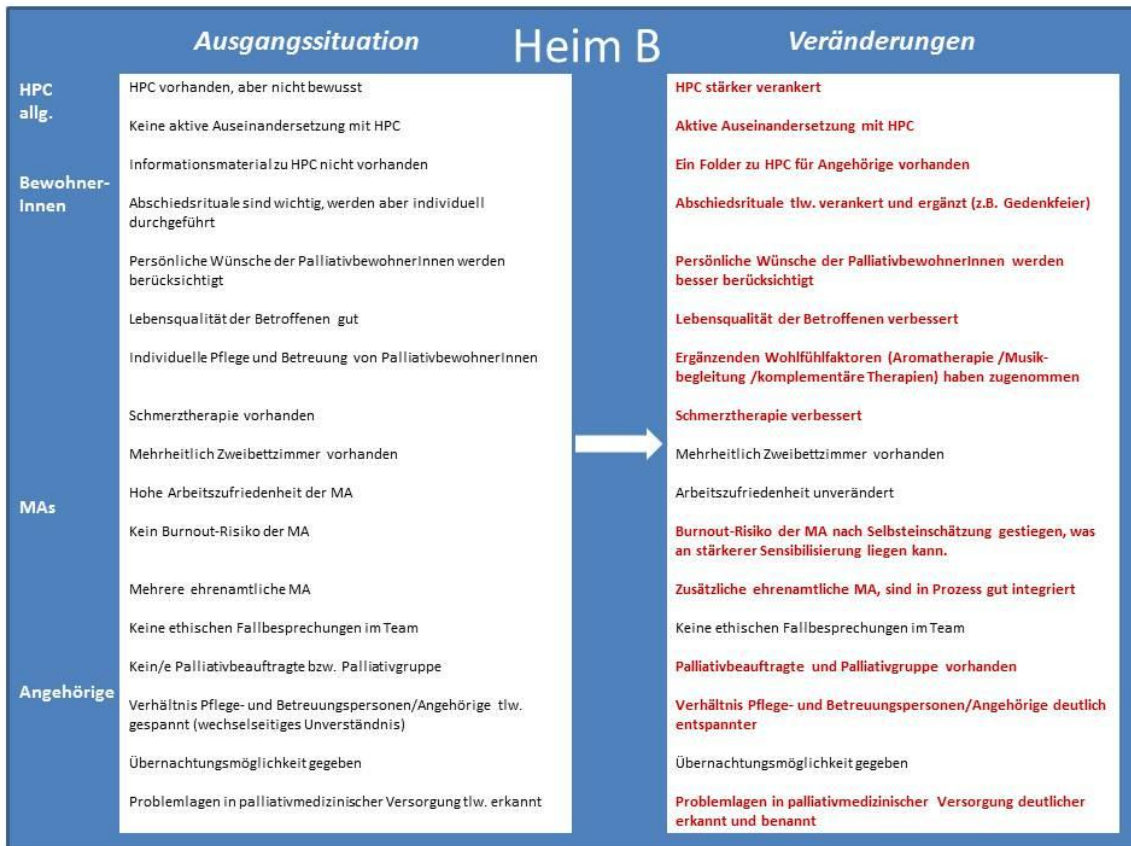
Die **Schulungen** wurden im Vorfeld mit Spannung erwartet und bewirkten vor allem eine Bewusstseinsveränderung bei den MitarbeiterInnen. Da alle Berufsgruppen des Heimes bei der Schulung anwesend waren, konnte gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung aufgebaut werden. Außerdem wurde die Kommunikation unter den MitarbeiterInnen verbessert und relevante Dinge werden früher angesprochen. Während der erste Durchgang, vor allem was die **ModeratorInnen** betrifft, stark **kritisiert** wurde, wurde die darauffolgende Schulung **sehr positiv beurteilt. Auch die Methode wurde lobend erwähnt, da durch das selbständige Arbeiten vieles zum Vorschein kam**. Einig waren sich alle, dass bereits vor dem Projekt viel in Sachen Hospiz und Palliative Care gemacht wurde, was sich aber durch die Schulung manifestieren konnte.

Der **Organisationsentwicklungsprozess** wurde von den Pflege- und Betreuungspersonen als solcher wahrgenommen. **Veränderungen wurden deklariert und auch tlw. umgesetzt.**

Die wesentlichsten Veränderungen, die auch folgende Grafik beschreibt, sind:

- Hospizkultur und Palliative Care sind stärker verankert.
- Es hat eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Hospiz und Palliative Care gegeben.
- Palliativbeauftragte und Palliativgruppe vorhanden.
- Informationsmaterial zu Hospiz und Palliative Care wurde für die An- und Zugehörigen erstellt.
- Ehrenamtliche wurden in den OE-Prozess integriert und begleiten BewohnerInnen in der Sterbephase.
- Abschiedsrituale wurden tlw. verankert und ergänzt.
- Persönliche Wünsche von BewohnerInnen in der Sterbephase werden besser berücksichtigt.
- Ergänzenden Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie, Musikbegleitung und komplementäre Therapien haben zugenommen.
- Die Schmerztherapie wurde verbessert.
- Das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörige ist deutlich entspannter.
- Das Burnout-Risiko ist nach eigener Einschätzung der Befragten leicht gestiegen, was an der stärkeren Sensibilisierung und der Wahrnehmung von palliativmedizinischen Defiziten liegen kann.
- Die An- und Zugehörigen wissen besser über Hospiz und Palliativ Care Bescheid.
- Die An- und Zugehörigen spüren die Veränderungen durch das Projekt.
- Problemlagen hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung werden deutlicher erkannt und benannt.

Abbildung 7: Veränderungen in Heim B



10HEIM C

10.1 AN- UND ZUGEHÖRIGE VERSTORBENER HEIMBEWOHNERINNEN

10.1.1 Hospiz und Palliative Care im Heim

Bei der ersten Befragung im Heim C waren vor allem die Kinder der verstorbenen Personen bereit, bei der Erhebung teilzunehmen. Zwei Personen standen im 3. Verwandtschaftsgrad zu der verstorbenen Person. Vor allem bei Stürzen zugezogene Brüche und verschlechternde gesundheitliche Zustände führten die Befragten dazu, ihre Angehörige in einem Pflegeheim unterzubringen.

Von den sieben befragten Angehörigen ist ein/e BewohnerIn im Krankenhaus, die anderen im Pflegeheim, verstorben.

Über Hospiz und Palliativ Care wurde, entsprechend den Aussagen, mit der Hälfte der Befragten nicht gesprochen. Eine Erklärung hierfür war, *„dass speziell am Land in einer Kleinstadt die Palliativmedizin keine so große Rolle gespielt hat, wie heute“* (Int. CA2_Z1). Lediglich in einem Gespräch wurde von dem Besuch einer Person berichtet, die sich Fragen zu Palliative Care stellte. Zwei Angehörige erwähnten auch, dass sie aus den Medien mehr über Hospiz und Palliativ Care erfahren hätten, als im Heim.

Bei der zweiten Befragung waren wiederum v.a. Kinder der BewohnerInnen unter den Befragten. Von neun befragten Angehörigen sind zwei BewohnerInnen im Krankenhaus, die anderen im Pflegeheim, verstorben. Eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes wurde vom Großteil der Befragten als Grund für die Einweisung ins Heim genannt.

Im Unterschied zu ersten Erhebung war diesmal laut Aussagen des Großteils der Befragten Hospiz und Palliativ Care ein Thema im Heim C. Es wurde z.B. darauf geachtet, dass die BewohnerInnen möglichst lange im Heim bleiben können *„(...) das Pflegepersonal ist zur Ansicht gekommen, im Krankenhaus könnten sie nur eine Infusion anhängen und sie ist dann im Heim verblieben“* (Int. CA8_Z3). Eine weitere Person erinnerte sich über einen Anschlag auf einer Informationstafel, aus dem man nähere Informationen zu Hospiz und Palliative Care entnehmen konnte.

10.1.2 Lebensqualität der HeimbewohnerInnen

Die **letzte Lebensphase** der Verstorbenen war für die Angehörigen im Heim C gekennzeichnet durch einen *„stetigen Verfall“* (Int. CA3_Z1) und ein immer schwächer werden. Beispielgebend für die Beurteilung des letzten Lebensphase des verstorbenen Angehörigen ist auch folgende Aussage *„der Gesundheitszustand hat sich verschlechtert. Sie hat in letzter Zeit nichts mehr gegessen“* (Int. CA7_Z3).

Schon zu Beginn des Pilotprojekts **sieht der Großteil der Angehörigen die gesetzten Maßnahme für die Erhöhung der Lebensqualität seitens des Heimes positiv** *„also ich muss sagen, dass sich das Heim sehr gut gekümmert hat und eigentlich bis zu dem Tag, wo sie gestorben, ist den Aufenthalt so gut wie möglich gestaltet hat“* (Int. CA2_Z1).

Therapien, u.a. zur **Schmerzlinderung**, wurden eingesetzt. Zwei der Befragten aus dem Heim C sehen die gute Lebensqualität in einer engen Verbindung mit der Unterbringung ihrer Angehörigen in einem Einzelzimmer. Trotz guter Pflege vermisste eine befragte Person das

Menschliche bei der Betreuung „... es kommt immer wieder auf die Personen drauf an, die das Stück Menschlichkeit auch spüren lassen und sich auch hinsetzen und dementsprechend auch die Hand nehmen und auf den Menschen eingehen“ (Int. CA3_Z1).

Lebensverlängernde Maßnahmen wurden von den befragten Angehörigen abgelehnt „behüten, betreuen, pflegen, aber nicht Leiden verlängern“ (Int. CA4_Z1).

Bei der zweiten Erhebung herrschte hinsichtlich der **Lebensqualität** eine breite Bandbreite an Aussagen unter den Befragten. Diese reichte von „die Lebensqualität war an und für sich nicht so gut, da meine Mutti überhaupt nichts angenommen hat“ (Int. CA4_Z3) über „sie haben ihr Möglichstes getan“ (Int. CA5_Z3) bis „an sich war sie (Anm. Lebensqualität) sehr gut. Er war noch immer sehr aufgeweckt, hat Bücher und Zeitungen gelesen (...)“ (Int. CC2_Z3).

Die gute Lebensqualität wird von einem Teil der Befragten auf die vielen Besuche seitens der Angehörigen und der guten Pflege seitens des Personals zurückgeführt. **Bewegungs- und Physiotherapien** wurden entsprechend zwei Aussagen eingesetzt. Drei Befragte verwiesen in diesem Zusammenhang auf die **Schmerzfreiheit** ihrer Angehörigen.

10.1.3 Kontakt mit Pflege- und Betreuungspersonen

Die befragten Angehörigen hatten zu Beginn des Pilotprojekts keine kontinuierliche Ansprechperson hinsichtlich Gesundheitszustand oder Krankheitsverläufen. Sie konnten sich zwar jederzeit Informationen holen, diese aber einfach von anwesenden PflegerInnen oder Stationsschwestern: „nicht eine Person, ich habe mit der Pflegedienstleiterin, wenn sie Dienst gehabt hat gesprochen, sonst mit der jeweiligen Dienstführenden“ (Int. CA3_Z1).

Zudem wurde das Personal im allgemein positiv beurteilt. Insbesondere ihr Bemühen und die intensive Betreuung wurden von der Hälfte der Befragten hervorgehoben. „Die Schwestern waren sehr bemüht, dass es den Patientinnen gut geht und sie waren bemüht, dass man immer einen Ansprechpartner hat. Sie haben mich auch immer verständigt, wenn meine Tante ins Spital gekommen ist.“(Int. CA7_Z1).

Bei der zweiten Erhebung wurde dies bestätigt. Eine bestimmte Ansprechperson hinsichtlich gesundheitlicher Belange der Angehörigen gab es nicht. Die Angehörigen wurden bei Nachfragen stets umfangreich informiert, allerdings von der/demjenigen, die/der gerade Zeit hatte. Das Pflegepersonal wurde in der Hinsicht als entgegenkommend und bemüht beurteilt: „Die PflegerInnen haben sicher alles Menschenmögliche gemacht soweit es die Zeit erlaubte und als Angehöriger fühlte ich mich gut aufgehoben“ (Int. CA6_Z3).

10.1.4 Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase

Zu Beginn des Pilotprojekts wurden die Angehörigen, nach eigenen Aussagen, nicht in die Pflege der Angehörigen miteinbezogen. Einzelne sahen ihre Unterstützung, beispielsweise beim Essen, als eine Hilfe für das Personal „ich habe sie ein paar Jahre lang gefüttert und dem Personal dadurch Arbeit abgenommen“ (Int. CA2_Z1). Eine Person vermisste bei der Betreuung generell einen palliativen Zugang. Zu Ende des Pilotprojekts gab es eine konkrete Involvierung in die Pflege ebenfalls nur in wenigen Fällen. Allerdings lag das zu einem Großteil an den Angehörigen, die das auch nicht wollten bzw. zum Teil damit überfordert waren.

Gespräche über Vorstellungen zum Sterbeprozess und Tod wurden bei beiden Zeitpunkten der Erhebung kaum geführt. Unterschwellig haben die meisten geahnt, dass der Augenblick nahe kam. Auf den Tod vorbereitet wurden die Angehörigen aber nicht. Für eine Person kam folgende Frage sehr überraschend: *„(...) hat mich eine Schwester angesprochen, ob ich gerne hätte, dass meine Mutter die letzte Ölung bekommt, also da bin ich dann schon etwas perplex gewesen, es hat mir ja niemand, weder der Arzt noch die Schwestern da draußen, (...), aber dass es so schnell geht, das war mir da nicht bewusst. Da war ich nicht drauf vorbereitet, da war ich nicht darauf gefasst.“* (Int. CA6_Z1).

Sowohl bei der ersten Befragung wie auch der zweiten Befragung **berichteten jeweils zwei Befragte, beim Sterbeprozess anwesend gewesen zu sein.** Bei der Vorbereitung und Gestaltung haben sie allerdings, teilweise aus eigenem Wunsch, nicht mitgewirkt: *„(...) sie haben das einfach gemacht, dass sie da so Begleitmusik haben, so spezielle, eine Dame ist gekommen mit einer speziellen Ausbildung, die sie da unterstützt hat und so mit Duftölen, dass sie sehr ruhig einschläft.“*(Int. CA7_Z1) oder *„(...) die Schwestern wie sie gemerkt haben, dass es ihm schlecht geht, haben sie mich angerufen. Er ist dann in ein Zimmer gekommen, alleine. Es war sehr schön vorbereitet mit Kerzen und alles (...)"* (Int. CA3_Z3).

Ein würdevoller Abschied, war aber für alle Befragten möglich *„wir haben uns dann in aller Stille und Intimität verabschieden können. Das wurde auch von der diensthabenden Schwester sehr würdevoll gemacht worden“* (Int. CA3_Z1).

Die Befragten, die den/die Angehörige/n beim Sterbeprozess nicht begleiten konnten, haben die Möglichkeit zum Abschied nehmen im Nachhinein genutzt. Die Aussagen hierzu waren durchwegs positiv *„eine ruhige Stimmung, im Zimmer waren Düfte und Musik und wirklich wunderschön. Sie haben sich sehr viel Mühe gegeben, eine ruhige Atmosphäre herzustellen. Ja, wir konnten uns angemessen verabschieden“* (Int. CA5_Z3).

Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige hinsichtlich Trauerbewältigung nach dem Tod, gab es bei der ersten Befragung, laut Auskunft der befragten Personen, keine. Jedoch bestand auch, so von einigen die Aussage, kein Bedürfnis danach *„man hat es mir nicht angeboten und ich denke, ich hätte es auch nicht in Anspruch genommen, da ich ja schon auf den Tod meines Vaters vorbereitet war.“* (Int. CA3_Z1).

Eine Angehörige hätte aber sehr wohl Bedarf gehabt: *„Ich bin durch Zufall ans Boltzmann Institut gekommen und die haben mir eine Therapie verpasst mit Akupunktur. Die Leute sind dort dafür ausgebildet. Da bin ich in so ein Programm gekommen und die haben mir dann klar gemacht, dass meine Probleme von Trauerunterdrückung rühren. Und die haben mich dazu gebracht, dass ich alles loslasse.“* (Int. CA4_Z1).

Bei der zweiten Befragung **berichteten die Angehörigen zwar von Angeboten, haben sie aber nicht genutzt:** *„ja, man hat Unterlagen bekommen und man hat gesagt, wenn wir welche Fragen haben und Unterstützung brauchen, können wir jeder Zeit kommen. Aber wir haben es in diesem Sinn nicht genutzt, weil wir uns schon vorab damit auseinandergesetzt haben“* (Int. CA5_Z3).

10.1.5 Verbesserungswünsche

Die genannten **Verbesserungswünsche** betrafen bei der ersten Befragung zum einen die rechtzeitige Information und Kontaktaufnahme, wenn der Angehörige im Sterben liegt, zum anderen die Möglichkeit, Angehörige in der letzten Lebensphase in ein Einzelzimmer umzusiedeln.

Bei der zweiten Befragung wünschten sich drei Befragte eine Verbesserung des Essens. Dieses sollte besser an die BewohnerInnen angepasst und abwechslungsreicher sein. Eine Person sah die Kommunikation mit den ÄrztInnen als verbesserungswürdig. Eine weitere befragte Person wünschte sich ein Hospizzimmer in dem auch Angehörige übernachten können. Der letzte Verbesserungswunsch betraf das fehlende Tageslicht in den Aufenthaltsräumen.

10.2 RESÜMEE HEIM C

Hospiz und Palliative Care wurde zu Beginn des Projekts nur teilweise thematisiert. Zu Ende des Projektes konnte eine positive Veränderung festgestellt werden, insofern, dass das Thema Hospizkultur und Palliative Care bewusst im Heim verankert wurden.

Die **Lebensqualität** der sterbenden BewohnerInnen wurde zu beiden Erhebungszeitpunkten positiv beurteilt. Da „Lebensqualität“ von den Befragten sehr unterschiedlich interpretiert wurde, kann eine konkrete Veränderung durch das Projekt nicht festgestellt werden. Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurden Therapien, u.a. zur Schmerzlinderung, eingesetzt.

Eine konkrete Ansprechperson für An- und Zugehörigen gibt es im Heim nicht. Bei Bedarf können jederzeit Information durch das anwesende Heimpersonen gegeben werden.

Bei der **tatsächlichen Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase ist eine Hospizkultur und Palliative Care spürbar.** Während Abschiedsrituale vorhanden sind, gab es zu Projektbeginn keine Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige, obwohl Bedarf vorhanden war. Bei der Abschlussbefragung wurde von Unterstützungsangebote gesprochen, die jedoch nicht in Anspruch genommen wurden.

Verbesserungswürdig sei insbesondere das Essen, das sich die An- und Zugehörigen angepasster und abwechslungsreicher wünschen.

11 DIE PROZESSPERSPEKTIVE

Im Rahmen der Evaluation wird auch die Prozessperspektive berücksichtigt, weshalb alle Mitglieder der Projektsteuergruppe im Rahmen einer E-Mail-Befragung sowie einzelne Personen in persönlichen Leitfadeninterviews befragt wurden. Zusätzlich wurde ein Fokusgruppengespräch mit neun Prozessbegleitungspersonen durchgeführt.

Um einen besseren Überblick über die Veranstaltungen und Aktivitäten zu erhalten, die im Rahmen des Projekts stattgefunden haben, werden die Meilensteine in Tabelle XY aufgelistet:

Tabelle 11-1: Meilensteine des Projekts

Zeitraum	Meilensteine
2009	
Juni	Projektinformation an alle Heime in NÖ
August	Auswahl ProjektbegleiterInnen
Oktober	Auswahl der teilnehmenden Heime
13.11.	Kick-Off im Landhaus St. Pölten
Dezember	Konstituierung Projektsteuergruppe
	1. Sitzung mit HeimleiterInnen, Führungsebene und ProzessbegleiterInnen in allen acht Heimen (Beginn IST-Stand Erhebung)
1.-4. 12	Schulung der Projektleitungspersonen
2010	
Jänner-März	Startveranstaltungen in den Heimen
12.1.	Kick-Off Treffen mit NPO-Institut
18.1.	Treffen Projektsteuergruppe
11.2.	1. Treffen des Beirats NÖ
19.2.	1. Vernetzungstreffen Palliativbeauftragte
März-Juni	Weiterführung der IST-Stand Erhebung
	ModeratorInnenschulung
	Fort-/Weiterbildung in den Heimen
27.4.	Treffen Projektsteuergruppe
17.6.	ModeratorInnentreffen LPH St. Pölten
Juni-Dezember	Weiterführung IST-Stand Erhebung
	Fort-/Weiterbildung in den Heimen
	Zielplanung mit Heimleitung/Führungskräfte
23.9.	2. Vernetzungstreffen Palliativbeauftragte in St. Hypolit
24.9.	2. Treffen Beirat
November	Fortbildung Palliativbeauftragte
1.-5.11.	Schulung Palliative Geriatrie
18.-19.11	1. Vernetzungstreffen HPCPH
21.12.	Treffen der Projektsteuergruppe
2011	
Jänner-Juni	Weiterarbeit Zieldefinierungen
11.1.	Organisationsentwicklungsworkshop für Mitglieder der Projektsteuergruppe
12.1.	ModeratorInnentreffen St. Pölten
28.1.	Treffen Beirat
17.2.	Vernetzungstreffen Palliativbeauftragte
Mitte März	1. Infoletter
11.4.	Beirat HPCPH auf Bundesebene
3.5.	Treffen der Projektsteuergruppe
4.5.	Organisationsentwicklungsworkshop für ProjektbegleiterInnen und für

	Führungskräfte
Juni-Dezember	Abschlussgespräche in allen Heimen
Mitte Juni	2. Infoletter
8.6.	Abschlussveranstaltung der Projektheime in NÖ
16.9.	Treffen Beirat
19.9.	Vernetzungstreffen Palliativbeauftragte 1.+2. Durchgang
Oktober	3. Infoletter
24.-28.10.	Schulung Palliative Geriatrie
7.11.	Treffen der Projektsteuergruppe
10.11.	Beirat HPCPH auf Bundesebene

11.1 BESCHREIBUNG PROJEKTSTEUERGRUPPE

Die Projektsteuergruppe wurde im Herbst 2009 gegründet und setzt sich aus insgesamt vier Personen zusammen: der Projektleiterin, dem Vizepräsidenten von Hospiz Österreich, der Geschäftsführerin von Hospiz Österreich und der Vorsitzenden vom Landesverband Hospiz Niederösterreich. Mit zwei Projektbegleiterinnen aus Niederösterreich, einer Projektbegleiterin aus der Steiermark und der Projektkoordinatorin ergibt sich eine erweiterte Projektsteuergruppe von acht Personen. Die Leitung der Steuergruppe obliegt der Projektleiterin.

Neben Treffen des gesamten Teams (18. Jänner 2010, 27. April 2010, 21. Dezember 2010, 3. Mai 2011, 7. November 2011) gab es anlassbezogen monatliche Treffen von einzelnen Projektsteuergruppenmitgliedern.

Jedes Mitglied der Steuergruppe hat sowohl seinen eigenen Aufgabenbereich wie auch die gemeinsame Zielsetzung das Projekt bestmöglich im Sinn von Beratung, Koordination und Kooperation, Ausarbeitung von Empfehlungen und Sicherung, Umsetzung und Entwicklung des Projekts zu begleiten. Eine befragte Person beschreibt die Anforderungen so: *„Es braucht ein Gespür was das Projekt wo und wann braucht. Es geht darum auf Österreichebene einige zentrale Gemeinsamkeiten zu haben, wie die Richtlinien, das Curriculum, ein Modell der Umsetzung. Gleichzeitig brauchen die Bundesländer ihren Freiraum wie sie das Projekt nach ihren Gegebenheiten umsetzen“* (Mail G), eine andere: *„Die Begleitung des Projektes und deren Weiterentwicklung (...)“* (Mail F).

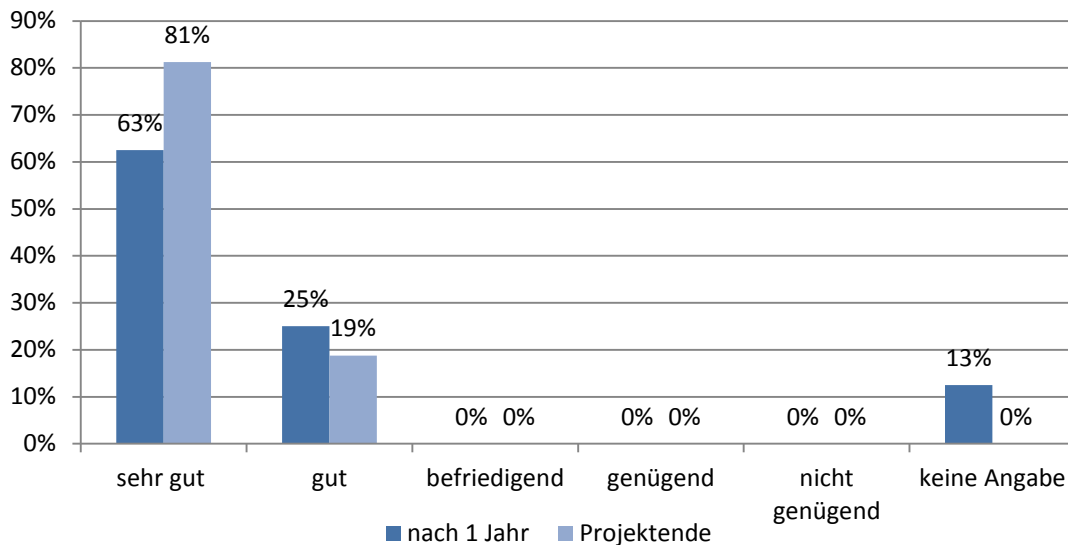
11.2 E-MAIL-BEFRAGUNG

Die Personen der Projektsteuergruppe wurden zweimal, einmal etwa 1 Jahr nach Projektstart und einmal am Ende des Projekts, per Email befragt. Dafür wurde ein kurzer Fragebogen, mit großteils offenen Fragen entwickelt. Beide Male antworteten alle acht Personen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der E-Mail-Befragung dargestellt.

11.2.1 Allgemeine Zufriedenheit

Die **allgemeine Zufriedenheit** mit der Arbeit in der Steuergruppe wurde von den Stakeholdern **sehr positiv** beurteilt, wobei die Zufriedenheit während des Projekts zugenommen hat.

Abbildung 11-1: Bitte bewerten Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeit in der Steuergruppe mit einer Note zwischen 1 und 5 (Schulnotensystem: 1=sehr gut, 5=nicht genügend).



Nach 1 Jahr: n=8, Projektende: n=8

11.2.2 Förderliches und Hinderliches

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.

Aber auch der regelmäßige Austausch und die Reflexion mit KollegInnen und den anderen Bundesländern trugen sehr zur positiven Arbeit bei. Dieser Austausch wurde sehr bereichernd empfunden.

Die langjährige Erfahrung im Hospiz- und Palliativbereich sowie bei ähnlichen Projekten und das gute, tragfähige Netzwerk mit vielen PartnerInnen aus dem Hospiz- und Palliativbereich unterstützte ebenfalls die Arbeit. So wurde *„der Beirat auf Bundesebene, die gute Kommunikation in der Geschäftsstelle, die gute Kooperation mit dem BMASK und dem Bundesverband der Alten- und Pflegeheime und die Flexibilität in der Geschäftsstelle des FGÖ“* (Mail G) explizit betont. Ein anderes Mitglied der Steuergruppe hebt v.a. die aufgebauten Kommunikationsstrukturen hervor: *„Langjährige Kontakte und dadurch gute Kommunikationsstrukturen, die genutzt werden konnten und den Informationsfluss erleichtern“* (Mail P).

Die Förderung durch den FGÖ und das Wissen, dass das Projekt von Seiten des Landes angenommen wird, wirkte ebenfalls förderlich.

Positiv wurde zusätzlich die Öffentlichkeitsarbeit erwähnt, in der sich alle Beteiligten aktiv integrierten und Networking betrieben. Betont wurde auch die Möglichkeit, schon vorhandene Kommunikationswege des Dachverband Österreichs nutzen zu können (wie beispielsweise die Website oder den Newsletter).

Erschwerend fanden die Stakeholder bei der ersten Befragung v.a. die Zeitknappheit wie auch den Reiseaufwand für die Mitglieder aus den Bundesländern: *„Intensiverer Austausch auf Landesebene war aufgrund mangelnder Zeitressourcen zu wenig möglich“* (Mail K).

Zu Projektende wurden die zu Projektanfang genannten Punkte bestätigt und ergänzt: Zeitlicher Stress, großer Druck und Belastung, da die Finanzierung kurzfristig läuft sowie Fahrzeit und Fahrtkosten der Mitglieder der Steuergruppe aus den Bundesländern.

Problematisch wurde angemerkt, dass einige Mitglieder in der Steuergruppe ehrenamtlich tätig sind, während andere die Tätigkeit honoriert bekommen.

Obwohl die Kommunikation insgesamt sehr positiv erlebt wurde, gab es dennoch immer wieder Kommunikationsprobleme, die teilweise auch aus der Komplexität der Materie (die Anzahl der zu involvierenden Stellen und Ebenen, regionale Unterschiede, unterschiedliche Finanzierung in den einzelnen Bundesländern etc.) heraus entstanden.

Außerdem wurden unterschiedliche Erwartungen an die ModeratorInnen sowie die Erwartungshaltung der MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen bezüglich der Schulungen (ungewohnte Arbeitsweisen, Interdisziplinarität in diesem Ausmaß nicht gewöhnt) erwähnt.

Was die Heime betrifft, so wurden außerdem noch die kurze Projektlaufzeit und das knappe Stundenkontingent für die Projektbegleitung kritisiert, wodurch die Umsetzung erschwert wurde. Zu Projektbeginn stifteten generelle Personaleinsparungen und die damit verbundenen Umstrukturierungen in den Heimen ebenfalls allgemeine Unruhe, Unzufriedenheit und Verunsicherung.

Schwierig gestalteten sich auch das Desinteresse der ÄrztInnen und die Gewinnung der mobilen Palliativteams zur Mitarbeit im Projekt. Zu Projektende wurde jedoch erwähnt, dass die Vernetzung und Einbindung der ÄrztInnen zwar ein Problem sind, jedoch aus *„Ressourcenmangel, nicht aus Mangel an Interesse“* (Mail P).

Letztlich wurde noch die mangelnde Finanzierung und mangelnde Ressourcen sowie Unklarheiten bei der Kommunikation nach außen erwähnt.

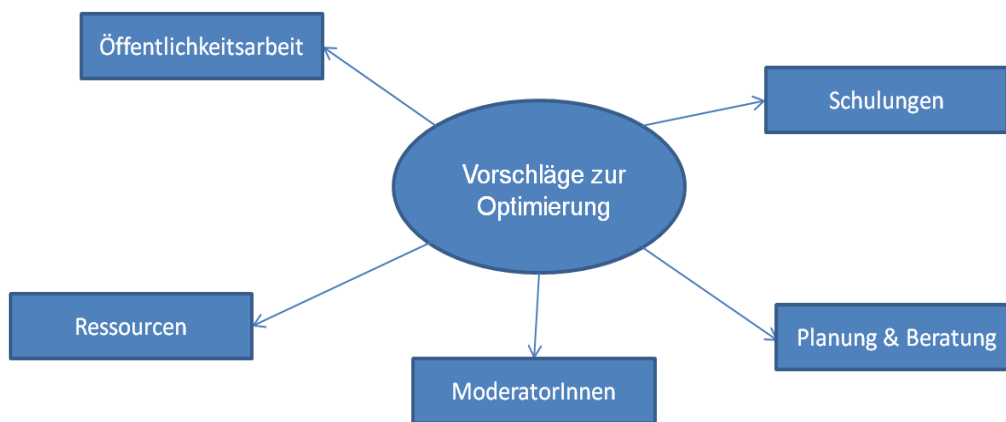
Die Zusammenarbeit mit den Bundesländern wurde zu Projektende stärker betont. Erstens wurde die inkonsistente Vertretung der Bundesländer im Sinn von wechselnden Personen kritisiert, zweitens die spürbare Autonomie der Bundesländer. Ein Mitglied der Steuergruppe dazu: *„es bleibt vieles im Bereich des Unverbindlichen“* (Mail J).

Zu Projektende wurden zusätzlich noch Schwierigkeiten bei der Terminkoordination, die Komplexität des Projekts, die „räumliche und zeitliche Distanz zum realen Geschehen“ (Mail N), Ressourcenprobleme durch andere Projekte bzw. Tätigkeiten, Sponsorsuche, Zusammenarbeit beim Start mit den Verantwortlichen der mobilen Palliativteams und ein Führungswechsel angesprochen.

11.2.3 Optimierung

Als konkrete, kurzfristig umsetzbare **Möglichkeiten, um die Umsetzung des Projekts zu optimieren**, wurden bei der ersten Befragung Vorschläge zu unterschiedlichsten Bereichen gemacht. Auch zu Projektende gingen die Befragten auf dieselben Themen ein, wobei beim Punkt Öffentlichkeitsarbeit nur die Anmerkung kam, dass diese erfolgreich verbessert wurde.

Abbildung 11-2: Möglichkeiten, um die Umsetzung des Projekts zu optimieren



Im Bereich Öffentlichkeitsarbeit wurde folgendes vorgeschlagen:

- Planung einer Presseaussendung.
- Planung der verstärkten Nutzung des Infoletters als Kommunikationsinstrument.
- Einbindung des Themas Öffentlichkeitsarbeit als regelmäßigen Themenpunkt in der Steuergruppe.
- Mundpropaganda

Laut einem Mitglied der Projektsteuergruppe wurde die Öffentlichkeitsarbeit nach den Ergebnissen der ersten Befragung deutlich verbessert und auf die Anmerkungen der ersten Erhebung erfolgreich eingegangen.

Im Bereich Ressourcen wurde folgendes vorgeschlagen:

- Sicherung der Finanzierung auf allen Ebenen (auf Ebene des Dachverbandes und der Länder).
- Öffentliche Finanzierung sowohl auf Bundes – als auch auf Länderebene.
- Zeitressourcen der beteiligten Personen erhöhen.
- Klar definierte Zeitressourcen für die Palliativbeauftragte und die Arbeit in den Palliativgruppen.
- Etwas längere Zeitspanne in der Projektumsetzung, um Druck zu lindern.

Die Sicherung der Finanzierung wurde auch bei der zweiten Erhebung wieder angesprochen.

Im Bereich Schulungen wurde folgendes vorgeschlagen:

- Umbenennung von Schulung auf Workshop.
- Detaillierteres Vorstellen der Schulungen.
- Unterlagen für die TeilnehmerInnen in den Heimen.

Bei der zweiten Erhebung wurden strengere Aufnahmebedingungen bei der MultiplikatorInnenschulung gewünscht und angemerkt, dass die Workshopplanung nicht optimal ist. Außerdem wurde folgendes vorgeschlagen:

- Besseres Wissen um den Ablauf der Workshops von Beginn an.
- Gute, individuelle auf die Gruppe abgestimmte Mischung bei den Workshops aus Fachwissen, Selbsterfahrung und Gruppendynamik.

Im Bereich Planung und Beratung wurde folgendes vorgeschlagen:

- Langfristigere Planungsphasen für die Pflegeheime.
- Beratung von außen (z.B. OE).
- Lernen aus den neuen Erfahrungen.
- Sorgfältige Planung und flexible Umsetzung.
- Vernetzte Steuerung
- Schluss und Start von 1. und 2. Durchgang zeitlich zusammenlegen.
- Regelmäßigerer Austausch in der Steuerungsgruppe auf Niederösterreicherebene.
- Organisationsentwicklung noch mehr einbringen.

Bei der zweiten Erhebung wurde die Organisationsentwicklung betont. Es wurden mehr Ressourcen wie auch eine bessere Abstimmung und eine Einbindung von Anfang an gefordert. Weitere Vorschläge waren:

- Projekt nur umsetzen, wenn keine anderen Projekte laufen.
- Projekt nur beginnen, wenn kein Führungswechsel bevor steht.
- Aufstockung der Personalressourcen, insbesondere der Palliativbeauftragten.
- Abgeltung von Besprechungszeiten und interdisziplinären Fallbesprechungen bei ÄrztInnen.
- Einbindung von Erfahrungen vom Pilotprojekt.
- Coaching für die Umsetzung auf Landesebene.

Im Bereich ModeratorInnen wurde folgendes sowohl bei der ersten wie auch bei der zweiten vorgeschlagen:

- Klare Formulierung der Erwartungshaltung an die ModeratorInnen.
- MitarbeiterInnengespräch mit ModeratorInnen.

Zur **Prozessoptimierung** wurde v.a. noch mehr Kommunikation und regelmäßiger Austausch, auch in Form von quartalsmäßigen Kurzberichten zum Projekt, vorgeschlagen.

Außerdem sollte eine klarere Kommunikation der Projektleitung über Aufgaben und Erwartungen an die ModeratorInnen stattfinden.

Für den Erfolg des Projekts wurde weiters auch die Finanzierungsseite angesprochen, wobei die langfristige Sicherung der Ressourcen angestrebt wird.

In den Pflegeheimen wurden längere Planungsphasen, genauere Detailinformationen mit allen teilnehmenden Heimleitungen und eine Freistellung der Palliativbeauftragten gewünscht.

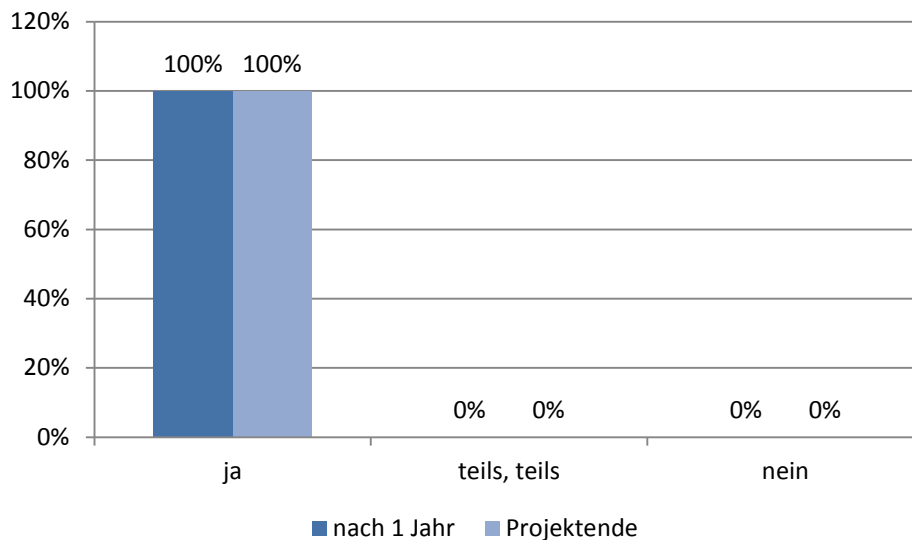
Ein Austausch und eine Weiterentwicklung mit den anderen Bundesländern, eventuell auch über die Grenzen Österreichs hinaus, und eine weitere wissenschaftliche Aufarbeitung des Hospizbereichs in Österreich wurden ebenfalls als förderlich beschrieben.

Bei der zweiten Befragung wurden kaum Anmerkungen zur Prozessoptimierung gemacht, die wenigen Anmerkungen, die gemacht wurden, betreffen eher die Projektumsetzung und sind auch dort aufgelistet. Lediglich die Forderung nach einem noch besseren Informationsfluss betrifft die Prozessoptimierung.

11.2.4 Entscheidungen

Alle Befragten gaben rückblickend an, in alle **Entscheidungen ausreichend eingebunden** worden zu sein. Lediglich eine Person merkte an, dass dies allerdings nur die Österreichebene betrifft.

Abbildung 11-3: Wurden Sie rückblickend aus Ihrer Sicht in alle Entscheidungen ausreichend eingebunden?



Nach 1 Jahr: n=8, Projektende: n=8

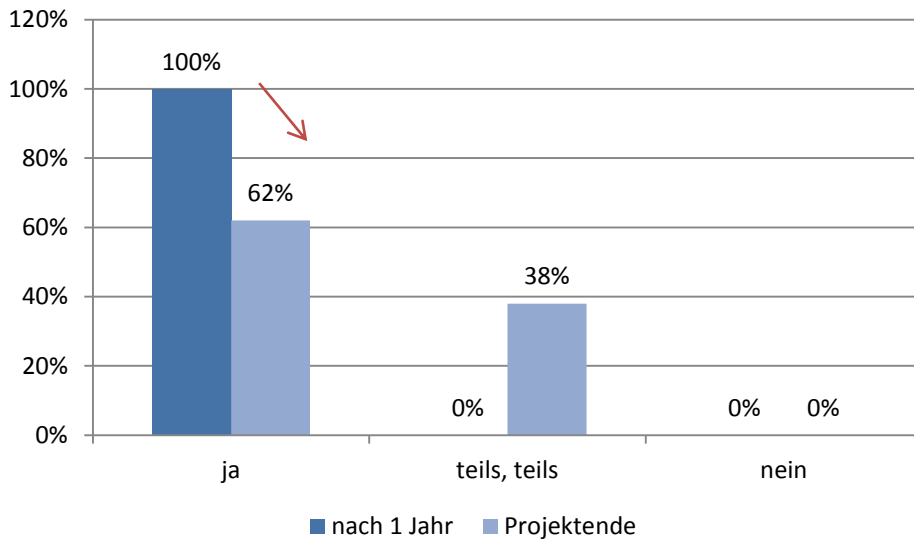
Entscheidungen wurden in der Steuergruppe nach ausführlicher Diskussion **gemeinsam getroffen**. In vielen Gesprächen wurde konsensorientiert gearbeitet und auch Platz für Vernetzung gelassen. Dies wurde auch zu Projektende bestätigt. Eine befragte Person beschrieb die Situation folgendermaßen:

„Ich habe den Austausch über Entscheidungen als angemessen erlebt. Über Entscheidungen wurde aus meiner Sicht in den richtigen Ebenen diskutiert, sie wurden nicht hinausgezögert sondern adäquat getroffen und dann von allen mitgetragen. Man konnte aber auch Weiterentwicklungen anregen, die dann weiterverfolgt wurden.“ (Mail A)

Zu Projektende wurde aber auch hier erschwerend die Autonomie der Bundesländer angesprochen und angemerkt, dass die rechtliche und finanzielle Ausgestaltung in Österreich einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit im Weg stehe.

Bei der ersten Befragung gaben alle befragten Personen an, dass in der Steuergruppe getroffene **Entscheidungen** anschließend **gut umgesetzt** wurden, zu Projektende gaben 3 Personen „teils, teils“ an.

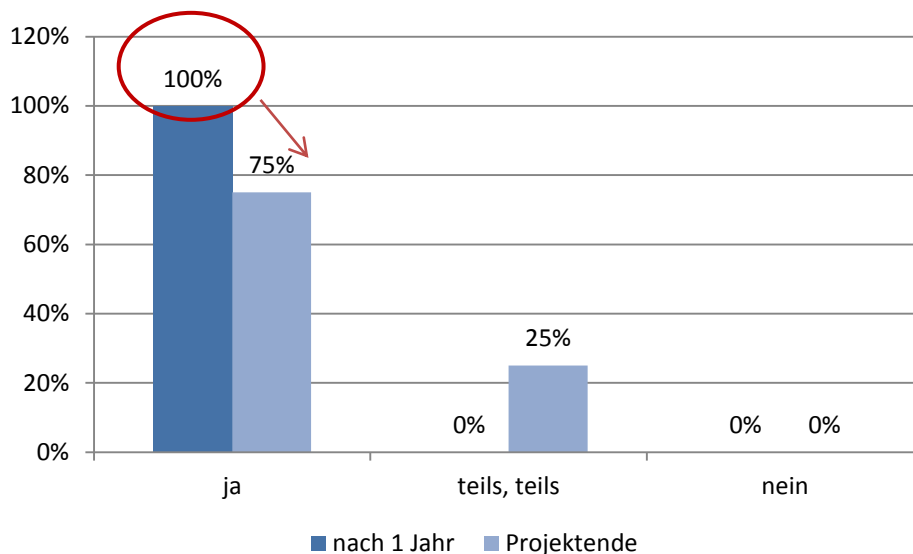
Abbildung 11-4: Wurden die in der Steuergruppe getroffenen Entscheidungen aus Ihrer Sicht gut umgesetzt?



Nach 1 Jahr: n=8, Projektende: n=8

Bei der ersten Befragung fühlten sich rückblickend alle befragten Stakeholder **ausreichend** über die **aktuellen Entwicklungen informiert**. Eine Person bezog ihre Antwort jedoch auf die Österreichebene. Eine andere Person sprach von der „Herausforderung Kommunikation“, insofern: „Es gibt in so einem komplexen Prozess immer eine Verbesserungsmöglichkeit in der Information“ (Mail C). Am Projektende gaben 2 Personen „teils, teils“ an.

Abbildung 11-5: Fühlten Sie sich rückblickend stets ausreichend über das Projekt und die aktuellen Entwicklungen informiert?



Nach 1 Jahr: n=8, Projektende: n=8

11.2.5 Anmerkungen zur Arbeit in der Steuergruppe

Sieben Personen machten bei der ersten Befragung von der Möglichkeit Gebrauch, **Anmerkungen** zur Steuergruppe hinzuzufügen. Während eine Person angab keine Anmerkungen zu haben und eine Person organisatorische Anmerkungen gab, beschrieben fünf Personen die Steuergruppe als eine sehr positive Erfahrung.

Die Arbeit wurde sowohl als freudvoll als auch bereichernd beschrieben: „*Das Arbeiten im Projekt macht Spaß, danke für die gute Zusammenarbeit und das gemeinsame ‚an einem Strang ziehen‘*“ (Mail H). „*Am meisten Spaß macht es, in der Steuergruppe (bei der derzeitigen Größe) wirklich Raum zu haben zum ‚Über den Tellerrand schauen‘ und von der unglaublichen Lebendigkeit des Prozesses in den Bundesländern mit aller Unterschiedlichkeit zu lernen*“ (Mail C). Auch die Zusammensetzung der Steuergruppe wurde lobend erwähnt: „*Es ist für mich (...) eine gute Struktur, dass alle umsetzenden Bundesländer in die Steuergruppe eingebunden werden*“ (Mail E).

Weiters wurden aber auch Wünsche geäußert: „*Ich hoffe, dass die Bemühungen ganz konkret erfahrbare, positive Auswirkungen und Spuren in der Heimlandschaft hinterlassen. Es ist gut, dass bei diesem Projekt der Blick über die Bundesländergrenzen hinaus gewagt wurde und neben dem Qualitätsaspekt auch das Lernen aus den Erfahrungen anderer als Potential genützt wurde*“ (Mail F).

Bei der zweiten Befragung gaben fünf Personen Anmerkungen an.

Angesprochen wurde hier beispielsweise die Vernetzung und Finanzierung: „*Es braucht eine österreichweite Vernetzung (...) dafür ist eine langfristig planbare Finanzierung nötig*“ (Mail I) sowie die Wichtigkeit einer Steuergruppe: „*Die Gruppe ist ein wichtiges Instrument zum Austausch, besonders überregional. Die Hauptdynamik des Prozesses und seine Steuerung läuft m.E. nach in den Bundesländern, dennoch kann Wegweisendes so gemeinsam entschieden werden bzw. der Gesamtprozess adaptiert werden. Die Gruppe trifft Entscheidungen, lässt aber auch den regionalen Spielraum zu*“ (Mail N).

11.3 INTERVIEWS MIT PERSONEN AUS DER STEUERGRUPPE

Neben der E-Mail-Befragung wurden zu Projektbeginn und zu Projektende auch je zwei Mitglieder aus der Projektsteuergruppe mittels eines Leitfadeninterview persönlich befragt.

Als **wesentliche Entwicklungen im Rahmen des Projekts** wurde die Erarbeitung des Curriculums Palliative Geriatrie sowie die Entstehung eines beinahe gesamtösterreichischen Projekts genannt. Ebenso waren die Lerneffekte aus dem ersten Durchgang zentral, vor allem hinsichtlich der Bedeutung des OE-Prozesses, der inhaltlichen Gestaltung der Schulung oder der Auswahl der ModeratorInnen. Auch der Beirat auf Bundesebene, welcher sich „*zum Ziel gesetzt hat, die Unterstützung von Hospiz und Palliativcare in den Alten- und Pflegeheimen österreichweit nachhaltig zu unterstützen*“ (Interview 1), war eine wesentliche Entwicklung des Pilotprojekts.

Aus Sicht der Prozessbegleitungspersonen wurden vor allem die österreichweite Vernetzung sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Häusern als **besonders positiv** erlebt. Die österreichweite Projektsteuergruppe hat sich zu Projektende als Gremium etabliert und wächst an VertreterInnen. Der gute Austausch innerhalb dieses Gremiums wurde als Besonderheit hervorgehoben. Zudem ist die Wahrnehmung aller Bedürfnisse von Seiten der unterschiedlichen Berufsgruppen in den Heimen besonders gut gelaufen. Die Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt, wie auch die Sensibilisierung auf politischer Ebene, wurde im Land Niederösterreich unter anderem durch die Mobilisierung der Landesheime geschaffen.

Hinderlich waren hingegen die knappen Zeitressourcen auf der Projektleitungs- und Begleitungsebene, was sich teilweise erschwerend auf die bundesländerübergreifende Zusammenarbeit und die Kommunikation z.B. mit den Projektbegleiterinnen ausgewirkt hat. Außerdem wurde zu Projektbeginn die Kommunikation mit den Pflegeheimen hinsichtlich der laufenden Veränderungen im Projekt als verbesserungswürdig gesehen. Auch die fehlende fachliche Unterstützung der Palliativbeauftragten in Bereichen wie Moderation von Gruppen oder Konfliktmanagement (z.B. bei Angehörigengesprächen) wurde angesprochen. Besonders die Auswahl der ModeratorInnen wurde zu Projektbeginn als „*energieraubend*“ (Interview 2) empfunden, da zum einen die Erwartungen an die ModeratorInnen seitens des Projekts noch nicht klar waren und zum anderen die ModeratorInnen mit Praxisbezug oft nur schwer die benötigten Zeitressourcen aufbringen konnten. Generell wurde der Planungszeitraum zu Projektbeginn als zu eng befunden. Man sei in das Projekt eher hineingestolpert und habe den Zeitraum deutlich zu eng gefasst, so eine Aussage. Anfangs gab es auch negative Rückmeldungen von TeilnehmerInnen, die andere Erwartungen an die Schulungen hatten.

Zu Projektende wurde das Curriculum als ein besonders positives Ergebnis des Projekts, aber auch gleichzeitig als Gefahr wahrgenommen, da *„man den OE-Teil zu sehr in den Schulungs- u. Weiterbildungs-Teil hineingesteckt hat, anstatt es als zwei parallele miteinander verbundene Prozesse zu sehen“* (Interview 4). So war eine wesentliche Erkenntnis, dass die Fortbildungen alleine die Strukturen nicht verändern könnten und sich der **Organisationsentwicklungsprozess** im Vergleich zu den Fortbildungen noch nicht stark genug positioniert hat, da *„man letztendlich einfach merkt, dass sich das getrennt entwickelt hat, die Organisationsentwicklung hat sich in Vorarlberg entwickelt und die Schulungen in Niederösterreich. Und das war dann so ein bisschen ein krampfhaftes und noch nicht so gelungenes Miteinander (...) das Verstehen war schon da, es war kein wirkliches Annehmen was heißt Organisationsentwicklung“* (Interview 3).

Außerdem wurde angemerkt, dass die Projektstruktur im Laufe des Projekts zu komplex geworden ist und es besser wäre, diese wieder etwas zu straffen, ohne dabei jedoch Qualität oder Inhalte zu verlieren. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass sich die Heime darauf nicht mehr einlassen wollen.

Ein wesentlicher Punkt, den es zu **verbessern** gilt, ist die Einbeziehung der HausärztInnen. Bis zum Projektende ist es nicht gut gelungen, die HausärztInnen zu integrieren. Eine wichtige Lernerfahrung war auch, dass die Anzahl der Personen in den Schulungen die Höchstgrenze von 20 TeilnehmerInnen nicht überschreiten sollte. In Niederösterreich haben bis zum Erhebungszeitpunkt 30 Personen je Schulung teilgenommen, was als deutlich zu viel empfunden wurde.

Die **interne Zusammenarbeit** innerhalb der Projektsteuergruppe wurde zwar als sehr personengebunden aber durchwegs als unkompliziert und konstruktiv angesehen, da *„es niemanden gegeben hat, wo nicht das Bemühen zur Zusammenarbeit da gewesen wäre“* (...) *Da ist so eine unglaubliche Bereitschaft zum Austausch oder es hat sich in den letzten Jahren so gut etabliert, dass so klar ist, ich geb was, ich krieg was, ich geb was, ich krieg was“* (Interview 3).

Die **externe Zusammenarbeit** mit den FördergeberInnen hat sich als äußerst kooperativ, sachlich und klar gestaltet. Die Zusammenarbeit mit den Heimen ist durch das große Engagement der ProjektbegleiterInnen besonders gut gelaufen. Mit den Palliativbeauftragten der Heime gab es regelmäßigen Kontakt und es wurden Dokumentationen und Protokolle ausgetauscht. Zu Projektbeginn wurde die Einbindung anderer Heime, die nicht am Projekt teilnehmen als schwierig empfunden. Es wurde dennoch, auch mit Unterstützung des Beirats, versucht, diese Heime mit dem Thema Hospiz und Palliative Care in Berührung zu bringen.

Auch die Vernetzung der Heime aus dem ersten und dem zweiten Durchgang wurde geplant, um die Dynamik im Prozess aufrechtzuerhalten.

Die **Arbeitsabläufe innerhalb der Steuergruppe** beinhalteten die Erstellung der Tagesordnung und die Besprechung des laufenden Geschäfts. Es wurden die zentralsten Themen durch Vorschläge der Mitglieder gesammelt und besprochen, wobei Kritik frei geäußert werden konnte. Aus jedem Bundesland sollte zumindest eine Person anwesend sein, wobei die Fluktuation der Personen zum Teil eine Herausforderung darstellte.

Innerhalb der Steuergruppe wurden **Entscheidungen** konsensual getroffen. Vorschläge wurden gemeinsam diskutiert und am Ende wurde sichergestellt, dass die Entscheidungen für alle Mitglieder vertretbar sind.

Als **wesentlichste Punkte, die innerhalb der Steuergruppe** behandelt wurden, gelten das Verhältnis von Landesheimen zu den restlichen Heimen sowie das Verhältnis des Schulungsprozesses zum Organisationsentwicklungsprozess. Die Entwicklung des Curriculums wurde als sehr relevantes Thema innerhalb der Steuergruppe genannt. Auch die Besetzung des Beirats sowie Kostenfragen wurden behandelt. Es wurde darauf geachtet dass ein Abgleich und Austausch zwischen den Bundesländern stattfindet. Die Überlegungen zur NQZ Zertifizierung sind zum Zeitpunkt der Enderhebung „*unbefriedigend*“ und noch nicht abgeschlossen (Interview 3).

Als **Veränderung, die im Laufe des Projekts entstanden ist**, wurde auf Prozessebene das deutlich größere Ausmaß, welches das Projekt angenommen hat, genannt. Außerdem wurde den Projektverantwortlichen bewusst, dass eine neue Steuerung zwischen dem Organisationsentwicklungsprozess und dem Schulungsprozess nötig ist. In den Heimen waren vor allem Veränderungen auf der Wahrnehmungsebene spürbar. Die MitarbeiterInnen fühlen sich durch das Projekt ernster genommen, das Thema „Sterben“ ist positiver besetzt und auch Alltagsroutinen innerhalb des Heims haben sich verändert.

Zu Projektbeginn wurden folgende Maßnahmen genannt, um den **Prozess zu verbessern**:

- (1) Kein Heim wählen, das zeitgleich mit der Durchführung anderer großer Projekte beschäftigt ist.
- (2) Die Kommunikation auf allen Ebenen aufrechterhalten.
- (3) Ein effizienteres Arbeiten gewährleisten, in dem die Zeitressourcen besser eingeteilt werden.
- (4) Längere Planungszeiträume einführen.

Am Projektende wurde vor allem die Verlagerung der Prozesse von der Bundesland-Ebene auf die österreichweite Ebene genannt, da man „*manchmal schon das Gefühl gehabt hat, es wär spannend gewesen, noch mehr im Prozess auch auf Österreichebene zu steuern. Da war's dann schon oft eher ein Abholen von, was grad passiert ist, aber zu spät um noch zu steuern sozusagen*“ (Interview 4).

11.4 BESCHREIBUNG FOKUSGRUPPE

Im Anschluss an das „2. Internationalen Vernetzungstreffen Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ in Salzburg, wurde mit 9 Personen ein Fokusgruppengespräch durchgeführt. Die TeilnehmerInnen kamen aus unterschiedlichen Bundesländern und hatten verschiedene Positionen im Rahmen des Projekts inne. Alle hatten jedoch Einblick in den Prozess und werden unter dem Begriff der Prozessbegleitungspersonen zusammengefasst. Ziel der Fokusgruppendifkussion war zum einen erneut die Identifizierung von Förderlichem und Hinderlichem sowie Verbesserungsmöglichkeiten. Zum anderen sollte erfasst werden, wie unterstützend und umfassend die Schulungen waren und wie die Prozessbegleitungspersonen den Nutzen der Vernetzung und die Nachhaltigkeit der Intervention beurteilen.

11.5 FOKUSGRUPPENGESPRÄCH

Aus Sicht der Prozessbegleitungspersonen wurden als wichtigste beziehungsweise **zentralste Themen** im Projekt, die laufende sowie transparente Information und Kommunikation auf allen Ebenen genannt sowie das Interesse und die Einstellung der MitarbeiterInnen hinsichtlich des Projekts in den einzelnen Häusern. Um das Vorhandensein von Interesse am Projekt abschätzen zu können, wurden vor Projektstart eine Befragung mittels Fragebögen in den Heimen sowie eine Projektvorstellung durchgeführt, was von den Befragten als gelungene Vorgehensweise erachtet wurde. Auch die Methodik der Schulungen wurde als Voraussetzung für die Verwirklichung des Projekts gesehen. Zentral waren zudem die Zusammenarbeit im Gesamtteam und die Möglichkeit, sich das eigene Team auf Bundeslandebene selbst zusammenstellen zu können. *„Weil wenn die Chemie in diesem Team nicht stimmt, das überträgt sich auf die gesamte Umsetzung, also das ist für mich sehr wichtig“* (FG_P8). Weiters wurde die Beharrlichkeit im Sinne einer kontinuierlichen Umsetzung des Projekts als wesentlich genannt.

Darüber hinaus wurden die Unterstützung durch den Dachverband, der Austausch zwischen den Bundesländern sowie die Netzwerktreffen als wichtig hervorgehoben. Des Öfteren wurde auch die Wichtigkeit von Kooperationen zwischen den Bundesländern betont, beispielsweise hinsichtlich eines ModeratorInnenaustausch bei eventuellen Kapazitätsengpässen. Dass die Politik hinter der Durchführung des Projekts steht, dabei unterstützt und Verantwortung übernimmt, wurde ebenfalls als wichtig empfunden. Wesentlich war auch eine verbindliche Vereinbarung zwischen den Trägern, der Hausleitung und den PflegedienstleiterInnen.

Als sehr zentrales Thema wurde hier die Einführung einer Projektsteuergruppe genannt, da dadurch die Informationen, auch für den Träger, gesichert werden. Von Seite der Projektmoderation wurde die umfassende Unterstützung der Heimleitung, welche bei den Schulungen anwesend war, als wichtiger Teil des Projekts gesehen.

Als **besonders positiv** wurde von den FokusgruppenteilnehmerInnen sowohl die Einbindung der Leitungsebenen in den Heime, als auch die Teilnahme der Palliativbeauftragten an den Bezirksarbeitskreisen angesehen. Die Vernetzung nach außen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Aktivierung der MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen wurden ebenso hervorgehoben. In Verbindung damit wurde auch die Zusammenarbeit mit den mobilen Palliativteams betont. In punkto Nachhaltigkeiten wurden erwähnt, dass es wichtig sei innerhalb der Schulungen „Anker“ zu definieren, *„um Palliative Care weiterhin im System beizubehalten“* (FG_P3). Auf einer übergeordneten Ebene wurde die positive, wachsende Bewegung zum Thema Hospiz und Palliative Care genannt, durch die eine gute Weiterentwicklung stattfinden kann.

Von Seiten einer Heimvertretung wurde das Projekt als sehr positiv erlebt, obwohl es nur auf der eigenen Station umgesetzt wurde. Weiters haben sich im Bereich der Wertschätzung viele der Bedürfnisse der Mitarbeiter, Angehörigen sowie BewohnerInnen positiv verändert. Angehörige wurden zu einem wichtigen Teil der Betreuung und nicht mehr als „Fremdkörper“ angesehen. Die Verbindlichkeit für alle in dem Prozess und die sehr erfahrenen Referentinnen in punkto Palliative Care und Arbeiten mit Gruppen wurden ebenfalls als zentral betrachtet.

Als **verbesserungswürdig** wurde generell die Anzahl der TeilnehmerInnen in den Workshops, die Auswahl der ModeratorInnen sowie die Einbindung der ÄrztInnen in die Hospizkultur genannt. Was die ModeratorInnen betrifft, so ist es schwer, diese für mehr als zwei Workshops gewinnen zu können, da die meisten hauptberuflich eine andere Tätigkeit ausüben. Seitens der Heimvertretungen wurde der sehr schleppende Projektstart, ebenso wie die mangelnden Zeitressourcen der MitarbeiterInnen und die damit verbundenen Kosten als hinderlich angesprochen.

Es wurde bemerkt, dass die Einbindung mancher HausärztInnen in das Projekt sehr gut funktioniert hat, jedoch von manchen ÄrztInnen bewusst gegen das Projekt gearbeitet wurde. Hier wäre es wichtig, höhere Ebenen zu nutzen und politische Rahmenbedingungen zu schaffen. Ohne Entlohnung können ÄrztInnen meist nicht dafür gewonnen werden, sich im Projekt einzubinden. Aus Sicht der FokusgruppenteilnehmerInnen gab es kaum eine Bereitschaft seitens der HausärztInnen, sich dem palliativen Denken anzunähern.

Im Zuge des Gesprächs wurde auf **Ursachen, Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge** möglicher Schwachstellen wie beispielsweise der Anzahl der Workshop-TeilnehmerInnen eingegangen. Laut der FokusgruppenteilnehmerInnen sollte die Anzahl ein Maß von 20 TeilnehmerInnen nicht überschreiten. *„Ich denke mit 20 kann man schön arbeiten, alles darüber kann mühsam werden auch für 2 Moderatorinnen“* (FK_P1). Generell ist es schwierig, die von den Heimen vorgeschlagenen Termine für Schulungen mit den 12 ModeratorInnen (zum Erhebungszeitpunkt) zu koordinieren. Um dies in Zukunft verbessern zu können, wurde vorgeschlagen, langfristig festgesetzte Termine für das gesamte nächste Jahr vorzugeben. Durch diese Maßnahme könne auch das Weiterbildungsbudget besser geplant werden. Außerdem wurde auch noch einmal die Wichtigkeit von zwei anwesenden ModeratorInnen pro Schulung betont.

Um die Interdisziplinarität in den Schulungen zu gewährleisten, wurde vorgeschlagen, im Vorfeld TeilnehmerInnenlisten an die Heime auszuschicken. Weiters sollte die durchgehende Anwesenheit stärker kontrolliert werden. Eine Workshop-Kooperation unter den ModeratorInnen wurde ebenfalls als Verbesserungsmaßnahme abgeleitet, weniger aufgrund der Besetzungsschwierigkeiten, sondern viel mehr aufgrund des Austausches und des voneinander Lernens.

Im Hinblick auf die **Ärztenschaft** wird die fehlende Ausbildung im Bereich der Schmerztherapie als ein großes Problem aufgefasst. Fortbildungen, beispielsweise in Richtung palliativer Geriatrie, sollten im Rahmen der Ärztekammer gefördert werden. Die fehlende Vernetzung zwischen „herkömmlichen“ niedergelassenen ÄrztInnen und PalliativärztInnen wird als große Schwachstelle genannt. Da das Pflegepersonal bei medizinischen Entscheidungen gezwungen ist, auf HausärztInnen zurückzugreifen, ist es notwendig, die Haltung des Pflegepersonals hinsichtlich Hospizkultur und Palliative Care zu stärken. Damit kann auch eine Verunsicherung der Angehörigen entgegengewirkt werden. Der Bereich der Schmerztherapie sollte, nach Meinung der Befragten, allgemein einen höheren Stellenwert bekommen. Es wurde aber auch Verständnis für die Ärzteschaft geäußert, in Sachen Entlohnung eine politische Systemveränderung von Nöten wäre. Die ÄrztInnenschaft soll sich wahrgenommen fühlen, jedoch nicht als Konkurrenz zu den SchmerztherapeutInnen gesehen werden.

Da die **Vernetzung** immer wieder als zentraler Punkt genannt wurde, ist diese noch weiterführend behandelt worden. Aus Sicht der Befragten konnten dadurch Ideen gesammelt und weiterentwickelt sowie ein Wissenstransfer forciert werden. Vieles an Mehrarbeit wurde verhindert und die Arbeit ungemein erleichtert. Als Beispiel wurde das Palliativbeauftragtentreffen genannt, im Rahmen dessen sich die betreffenden Personen aus dem ersten und dem zweiten Durchgang austauschen konnten. Auch mit dem Ausmaß der Vernetzungstreffen waren die Beteiligten zufrieden, bei dem kritische Punkte offen besprochen werden konnten. Die Regelmäßigkeit der interdisziplinären Treffen vor Ort war wesentlich für den Austausch zwischen den Heimen, den mobilen Palliativteams und den Ehrenamtlichen. Ein/eine FokusgruppenteilnehmerIn drückte die Wichtigkeit des Austausches wie folgt aus: *„Das wäre ohne das Projekt nicht entstanden, das hätte noch Jahre gebraucht, dass dort so eine enge Kooperation möglich gewesen wäre“* (FG_P8).

Im Rahmen des Projekts gab es unterschiedliche **Schulungen und Vernetzungsmaßnahmen** für Personen aus der Projektleitungs- und Begleitungsebene, wie etwa die Schulung der Projektleitungspersonen, die ModeratorInnenschulungen oder der Organisationsentwicklungsworkshop. Die Befragten erzählten in diesem Zusammenhang, dass in Niederösterreich bereits mit der Projektumsetzung begonnen wurde, bevor die Schulungen durchgeführt wurden. Somit wurde diese zum Teil erst im Nachhinein besucht, was nicht unbedingt als negativ empfunden wurde. Andere FokusgruppenteilnehmerInnen kritisierten, dass zu Beginn die Vision und das Ziel des Projekts nicht klar waren. Es wurde erst im Laufe der Projekt-Veranstaltungen deutlich, was genau passieren soll und welche Ziele es zu erreichen gilt. *„Ja, mir ist es auch so gegangen. Mich hat der Obmann geschickt und gesagt, schau was die draußen in Wien wollen und ich bin da gesessen und hab mir gedacht, was soll ich da jetzt? Aber nach und nach ist es geworden“* (FG_P3). Darüber hinaus wurde für die Projektleitung die Teilnahme an den ModeratorInnenschulungen als sehr hilfreich empfunden, da einigen erst dort wirklich klar wurde, welche Inhalte konkret vermittelt werden. *„Also für mich war das wie eine Schulung an der wir uns festhalten konnten und es war so knapp davor, wir hatten ja keine Ahnung“* (FG_P9). Positiv wurde diesbezüglich auch der Kontakt zu den zuständigen Personen aus Niederösterreich erwähnt, die sehr großzügig im Bereitstellen von Informationen waren.

Der **Organisationsentwicklungsprozess** wurde von allen Beteiligten als sehr wichtig, unabdingbar und gleichwertig zu den Schulungen angesehen, vor allem um das Projekt nachhaltig in den Heimen zu verankern. Im Pilotprojekt lag der Schwerpunkt auf den Schulungen, doch das Personal in den Heimen fluktuiert und daher brauche es den OE-Prozess samt Meilensteinen, um eine Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Es bestand jedoch der allgemeine Eindruck, dass der OE-Prozess von den MitarbeiterInnen noch nicht bewusst wahrgenommen wurde. *„Es war so verteufelt, es geht alles nur um Kerzen und Trauerrituale in den OE-Prozessen (...) Es läuft ja auch, aber es ist bei den Mitarbeitern momentan noch nicht so bewusst“* (FG_P1). Dennoch gibt es auch messbare Veränderungen, wie etwa die höhere Anzahl an BewohnerInnen, die in den Heimen verstorben sind. Laut Aussage war der Prozess für die Leitungsebenen deutlicher spürbar, was diese am sensibleren Umgang unter den MitarbeiterInnen sowie mit den Angehörigen fest machten. Es kam zu einem Tabubruch was das Thema Sterben betrifft. *„Aber sie haben damit schon eine große Freude, dass sie für Angehörige, für sich, für Bewohner, für Besucher ein Signal setzen können, das ist ja schon ein Tabubruch“* (FG_P8).

11.6 RESÜMEE PROZESSPERSPEKTIVE

Die Arbeit in der **Steuergruppe** wurde **sehr positiv** erlebt und als **bereichernd** empfunden. Besonders positiv wurde die sehr gute Zusammenarbeit und das sehr gute Team wie auch der regelmäßige, bereichernde, bundesländerübergreifende Austausch erwähnt.

Auch die Anbindung an und **Unterstützung durch den Dachverband Hospiz Österreich** wurde gelobt. Insbesondere wurden auch das Engagement und die Unterstützung der Projektleiterin und Projektbegleiterinnen sowie der Präsidentin und des Vize-Präsidenten von Hospiz Österreich positiv hervorgehoben. Am Ende des Projekts wurde die Kompetenz der Projektleiterin noch mehrmals betont.

Problematisch wurden v.a. die knappen Zeitressourcen, die Finanzierung und die Zusammenarbeit mit den Bundesländern, bezogen auf die Anreise und die Vertretung der Bundesländer durch wechselnde Personen gesehen.

Entscheidungen wurden **gemeinsam und konsensorientiert** durch Diskussion gefunden. Die Einbindung in die Entscheidungen sowie die Umsetzung der Entscheidungen wurde sehr gut beurteilt. Außerdem wurde der Informationsfluss ebenfalls gut beschrieben.

Die **Zufriedenheit mit der Umsetzung der Entscheidungen und die Information über aktuelle Entwicklungen** hat sich gegen Ende des Projekts **etwas verschlechtert**. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Projekt in der Zwischenzeit stark gewachsen ist und damit auch die Projektstrukturen komplexer geworden sind.

Eine befragte Person fasste die Arbeit in der Steuergruppe wie folgt zusammen: „Es ist eine Freude in dieser Arbeitsgruppe eingebunden zu sein!“ (Mail A)

Was die **wesentlichen Entwicklungen des Gesamtprojekts** betrifft, haben die befragten Steuergruppenmitglieder vor allem die österreichweite Vernetzung, die Entwicklung des Curriculums Palliative Geriatrie und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Häusern als besonders positiv erlebt. Im Zuge der Fokusgruppe wurde ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern, die transparente Kommunikation auf allen Ebenen und das Interesse sowie die Bereitschaft zur Mitarbeit seitens der Heime als zentrale Themen im Projekt identifiziert. Durch die gut funktionierende Vernetzung wurde die Umsetzung erleichtert und vieles an Mehrarbeit verhindert.

Zu Projektbeginn wurden die **knappen Zeitressourcen** auf Prozessebene, die **Kommunikation mit den Heimen** bezüglich laufender Veränderungen sowie die **Auswahl der ModeratorInnen** als Punkte erwähnt, die noch nicht optimal verlaufen sind. Außerdem stellte sich im Fokusgruppengespräch heraus, dass zu Projektbeginn das **Ziel und die Vision** in den Veranstaltungen auf Projektleitungsebene **nicht klar formuliert** wurden. Am Projektende stand ganz wesentlich die Erkenntnis, dass der **Organisationsentwicklungsprozess stärker positioniert und verankert** werden muss, da dieser zentral für die nachhaltige Verankerung der Projektziele in den Heimen ist. Problematisch wurde auch die **Einbindung der Ärzteschaft** gesehen, da es nicht gelungen ist, diese in das Projekt zu integrieren. In medizinischen Entscheidungen ist das Pflegepersonal jedoch auf die ÄrztInnen angewiesen, was zu Konflikten führen kann. Auch die Festlegung einer **Höchstgrenze von maximal 20 TeilnehmerInnen** pro Schulung war ein wichtiges Learning und wurde mehrmals angesprochen.

Neben der internen Zusammenarbeit in der Steuergruppe wurde auch die **externe Zusammenarbeit** mit Fördergebern und den Heimen ist **sehr gut verlaufen**. Um den Prozess zu verbessern, gab es zu den beiden Befragungszeitpunkten unterschiedliche Vorschläge, wie etwa **keine Heime** auszuwählen, die **zeitgleich andere große Projekte** durchführen und **längere Planungsphasen** vor Projektbeginn in den Heimen einzuräumen. Darüber hinaus wurde erwähnt, dass es förderlich wäre, den **Prozess von der Ebene der Bundesländer auf die Gesamtösterreich-Ebene** zu verlagern.

12 ZUSAMMENFASSUNG

Von Ende 2009 bis Mitte 2012 führte HOSPIZ ÖSTERREICH gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz Niederösterreich das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ durch. Das NPO-Kompetenzzentrum der WU Wien wurde mit der Durchführung der Evaluation des Projekts beauftragt.

Das Interventionsprojekt soll die physische, psychische und seelische Gesundheit von Leitenden, Betreuenden und An- und Zugehörigen der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen erhalten, fördern und Ressourcen erkennen und ausbauen. Weiters soll die Lebensqualität der BewohnerInnen erhöht werden. Durch die Integration von Hospizkultur und Palliative Care soll in den Pflegeheimen ein (Organisations-)Entwicklungsprozess eingeleitet werden.

Die Hauptforschungsfrage der Evaluation lautet entsprechend:

Welche Wirkungen hat das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege“ auf die wesentlichen Projektzielgruppen?

Wesentliche Projektzielgruppen sind das Leitungs- und Pflegepersonal in den Altenpflegeheimen, die An- und Zugehörigen der HeimbewohnerInnen und die HeimbewohnerInnen selbst.

12.1 FORSCHUNGSDESIGN

Das Forschungsdesign ist durch eine qualitative Herangehensweise gekennzeichnet. Konkret wurde ein multiples Fallstudiendesign durchgeführt. Zwei der acht Pilotheime im Interventionsprojekt sind Objekt jeweils einer singulären Fallstudie. Pro Fallstudie wurden der Ablauf und die Wirkungen des Interventionsprojekts beschrieben und in Hinblick auf die gesetzten Ziele analysiert. Ziel ist die Veränderungen nach Interventionsende gegenüber dem Ist-Zustand festzustellen. Zusätzlich finden Erhebungen im Laufe des Interventionsprojekts statt und dienen der Ergebnissrückkoppelung in den Interventionsprozess im Sinne einer formativen Evaluation.

Da Heim B die Befragung der An- und Zugehörigen, trotz Bereitschaft bei Projektbeginn, ablehnte, wurde ein zusätzliches Heim (Heim C) in die Evaluation aufgenommen.

12.2 ERGEBNISSE AUS DEN HEIMEN

In den betrachteten Heimen existierten bereits zu Beginn des Projekts verschiedene Aspekte einer Hospizkultur bzw. von Palliative Care, wobei diese unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass zwar bereits vieles umgesetzt wird, jedoch von den Stakeholdern nicht als Hospizkultur und Palliative Care verstanden wird. Insbesondere herrschen auch **unterschiedliche Sichtweisen hinsichtlich der Bedeutung von Hospiz und Palliative Care** vor. Während des Projekts wurde das Thema Hospiz und Palliative Care in beiden Heimen zunehmend implementiert, womit auch der **Stellenwert zu Projektende deutlich höher eingeschätzt** wurde. In beiden Häusern wurde auch **eine Palliativbeauftragte eingesetzt und eine Palliativgruppe installiert**, an die sich die MitarbeiterInnen mit Fragen jederzeit wenden können. Welche konkreten Aufgaben die Palliativbeauftragte hat, war den Befragten aber auch zu Projektende noch nicht ganz klar.

Für die An- und Zugehörigen war der Wandel ebenfalls spürbar. Während am Anfang des Projekts Hospiz und Palliative Care kaum thematisiert wurden, wussten sie zu Projektende besser darüber Bescheid. Einige hatten auch das Gefühl, dass Hospiz und Palliative Care zu Projektende stärker im Heim gelebt wurde.

Ehrenamtliches Engagement ist in Heim A zu keinem Erhebungszeitpunkt gegeben, während in Heim B bereits zu Beginn ehrenamtliche MitarbeiterInnen vorhanden sind, die im Lauf des Projekts zunehmen und auch sehr gut in den OE-Prozess integriert wurden. Zu Projektende sind zwei Ehrenamtliche im Heim tätig, die auch sterbende BewohnerInnen begleiten.

Die Lebensqualität der BewohnerInnen wird vom Pflege- und Betreuungspersonal sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts hoch eingeschätzt. Lediglich die Lebensqualität von bettlägerigen und dementen BewohnerInnen wird in Heim B als verbesserungswürdig eingestuft. Da die Befragten Lebensqualität vor allem auf die Aktivitäten im Haus sowie die Selbständigkeit der BewohnerInnen beziehen, sehen sie im Laufe des Projekts hier wenig Veränderung. Es zeigt sich jedoch, dass **ergänzende Wohlfühlfaktoren wie Aromatherapie oder Musikbegleitung zugenommen haben und neues Wissen zu komplementären Therapien erlangt wurde. Zudem konnte die Schmerztherapie verbessert bzw. intensiviert werden,** was insgesamt eine Steigerung der Lebensqualität der BewohnerInnen bedeutet.

In der Pflege und Betreuung der sterbenden BewohnerInnen wird sowohl zu Beginn, wie auch zu Ende des Projekts individuell vorgegangen. **Es besteht durchgängig großes Bemühen, auf persönliche Wünsche und Bedürfnisse von BewohnerInnen in der Sterbephase einzugehen.**

Was das Thema **Tod und Sterben** betrifft, gibt es auch zu Projektende **keine standardisierten Vorgaben zu Angehörigengesprächen und kaum aktive Begleitung.** Gespräche mit Personal, Heimleitung und SeelsorgerInnen sind aber jederzeit möglich, hängen jedoch wiederum stark **von der Eigeninitiative der An- und Zugehörigen** ab. Ähnlich verhält es sich auch bei den Gesprächen über Tod und Sterben mit den BewohnerInnen. Diese werden primär dann aufgegriffen, wenn das Thema **von den BewohnerInnen selbst angesprochen wird. Unter den MitarbeiterInnen gibt es diesbezüglich einen intensiveren Austausch und die Thematik ist deutlich stärker ins Bewusstsein gerückt.** Auch die Notwendigkeit der Begleitung von An- und Zugehörigen ist stärker in den Vordergrund getreten. In Heim B existierte zu Projektende ein neuer Folder, in dem Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige angeführt wurden. In Heim A hat es bereits zu Beginn des Projekts umfassendes Material gegeben.

Insgesamt haben sich aber alle befragten Angehörigen gut informiert gefühlt und waren mit der Betreuung und Pflege der BewohnerInnen sehr zufrieden. Im Zeitablauf kann auch **eine schrittweise Veränderung in der Einstellung gegenüber den An- und Zugehörigen** festgestellt werden: Eine aktive Rolle in der Begleitung sowie die generelle Betreuung der An- und Zugehörigen wird als relevanter eingestuft. **Während zu Beginn des Projekts, immer wieder problematische Situationen zwischen Pflege- und Betreuungspersonen und An- und Zugehörigen entstanden sind, ist das wechselseitige Verständnis gegen Ende des Projekts höher.**

Gespräche mit den Projektverantwortlichen ergaben, dass es hinsichtlich der Angehörigen einer Abänderung der Zielformulierung bedarf. Standardisierte oder vorstrukturierte Gespräche mit Angehörigen (beispielsweise im Rahmen von Angehörigengruppen) müssen nicht unbedingt gegeben sein. Zentral ist, dass die MitarbeiterInnen die Begleitung der Angehörigen als wichtig und notwendig erkennen und sich die Angehörigen gut informiert und begleitet fühlen.

Nach Eintritt des Todes wird viel Wert auf Abschiedsrituale gelegt. Vor allem in Heim A wurde bereits zu Projektbeginn vieles, wie etwa die Zimmergestaltung, standardmäßig vorgenommen. Während des Projekts wurde zusätzlich eine Checkliste zu den Abläufen nach Eintritt des Todes, als Unterstützung für das Pflege- und Betreuungspersonal erstellt. In Heim B wurde während des Projekts eine Gedenkfeier für verstorbene Personen eingeführt, bei der HeimbewohnerInnen, An- und Zugehörige und Pflege- und Betreuungspersonen der verstorbenen Person gemeinsam gedenken. Bereits von Anfang an wurde aber auf eine angenehme Atmosphäre in den Zimmern von sterbenden BewohnerInnen geachtet, wobei hier individueller vorgegangen wird. Obwohl sich im konkreten Vorgehen nicht viel verändert hat, konnte im Zeitablauf allerdings eine zunehmende Sensibilisierung der MitarbeiterInnen festgestellt werden. Ein Beispiel dafür ist auch die Wahrnehmung von ethischen Dilemmata, die sich bei der Zwischenbefragung in Heim A zeigte. Es ging um die Frage, ob der Leichnam von verstorbenen BewohnerInnen durch den Vorder- oder Hinterausgang gebracht werden soll.

Die Pflege- und Betreuungskräfte sind sowohl zu Beginn wie auch zu Ende des Projekts mit ihrem **Job sehr zufrieden** und fühlen sich **Großteils nicht Burnout gefährdet**. Allerdings sprechen in Heim B am Ende des Projekts **einige Befragte von einem möglichen Burnout-Risiko**, was an der Sensibilisierung der MitarbeiterInnen und dem Erkennen von Problemlagen in der Zusammenarbeit mit den HausärztInnen liegen kann. Unterstützungs- oder Entlastungsmaßnahmen werden zwar angeboten, wurden jedoch von den Befragten noch nie in Anspruch genommen. Als Grund wurde genannt, dass der Austausch mit den KollegInnen und der Heimleitung bisher ausreichend war. In ihrer täglichen Arbeit fühlen sich die Befragten ausreichend unterstützt. **Für ethisch schwierigen Fragen gibt es in Heim A bereits zu Beginn Fallbesprechungen, die im Laufe des Projekts intensiviert und ausgebaut wurden. In Heim B werden hingegen keine Fallbesprechungen durchgeführt, was wiederum in Zusammenhang mit der schwierigen Situation mit den HausärztInnen steht**, die solche Fallbesprechungen leiten müssen und eine palliativmedizinische Ausbildung brauchen.

Die **Schulungen** wurden im Vorfeld mit Spannung erwartet, aber sehr **ambivalent wahrgenommen**. Teils wurden die Schulungen sehr positiv erlebt, teils hatten die Befragten völlig andere Vorstellungen und Erwartungen. Die **Kritik** bezog sich in Heim A vor allem auf die **Methodik, in Heim B auf die ModeratorInnen** im ersten Schulungsdurchgang. Die wesentlichste Veränderung sahen die Befragten in der **bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema** und in der **gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase**. Zudem konnte durch die Teilnahme aller Berufsgruppen **gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung aufgebaut** werden. Den Pflege- und Betreuungspersonen ist es ein konkretes Anliegen geworden, die BewohnerInnen bis zuletzt zu begleiten und auch die **Angehörigen umfassender zu informieren**, wenn ein/e BewohnerIn als sterbend eingestuft wird. Was die **pflegerischen Maßnahmen** in der letzten Lebensphase betrifft, so wurden diese **zugunsten einer emotionalen Betreuung verringert**. In Heim A gab es auch eine strukturelle Veränderung, insofern, dass eine standardisierte Dokumentation über Palliativfälle eingeführt wurde.

Als sehr problematisch wurde vielfach die **Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen** angesprochen, da es immer wieder zu Uneinigkeiten hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung von BewohnerInnen kommt, wobei den ÄrztInnen eine große Entscheidungsmacht zuteilwird.

Im Zuge der Enderhebung wurde das Leitungspersonal auch zum **Organisationsentwicklungsprozess** befragt. Es zeigte sich, dass dieser in Heim A als solcher nicht wahrgenommen wurde. Die beschriebenen Veränderungen wurden in Heim A nicht mit dem OE-Prozess in Verbindung gebracht. Im Gegensatz dazu wurden der OE-Prozess und diesbezügliche Veränderungen in Heim B deutlicher wahrgenommen.

12.3 ERGEBNISSE DER PROZESSPERSPEKTIVE

Die Arbeit in der **Projektsteuergruppe** wurde von allen Mitgliedern **sehr positiv und bereichernd** erlebt.

Besonders positiv war die sehr gute Zusammenarbeit im Team wie auch der regelmäßige, bereichernde, bundesländerübergreifende Austausch. Auch die Anbindung an und Unterstützung durch den Dachverband Hospiz Österreich wurde lobend erwähnt. Insbesondere wurden auch das Engagement und die Unterstützung der Projektleiterin und Projektbegleiterinnen sowie der Präsidentin und des Vize-Präsidenten von Hospiz Österreich hervorgehoben. Für das Projekt förderlich war unter anderem auch die langjährigen Erfahrungen der Projektsteuergruppenmitglieder in unterschiedlichen Bereichen.

Der Mangel an Zeit, die Unsicherheit hinsichtlich der Finanzierung und die Zusammenarbeit mit den Bundesländern, bezogen auf die Anreise und die Vertretung der Bundesländer durch wechselnde Personen, wurden als hinderlich beschrieben.

Entscheidungen wurden **gemeinsam und konsensorientiert** durch Diskussionen getroffen. Die Einbindung in die Entscheidungen sowie die Umsetzung der Entscheidungen wurde sehr gut beurteilt. Außerdem wurde der Informationsfluss ebenfalls als gut bewertet. Die Zufriedenheit mit der Umsetzung der Entscheidungen und die Information über aktuelle Entwicklungen haben sich gegen Ende des Projekts geringfügig verschlechtert. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Projekt in der Zwischenzeit stark gewachsen ist und damit auch die Projektstrukturen komplexer geworden sind.

Für die Mitglieder der Projektsteuergruppe war die Zusammenarbeit eine positive Erfahrung und ein bereichernder Lernprozess. Eine Person beschreibt dies folgendermaßen: „**Es war eine gute Zeit!**“ (Mail P).

Was die **wesentlichen Entwicklungen des Gesamtprojekts** betrifft, haben die befragten Steuergruppenmitglieder vor allem die österreichweite Vernetzung, die Entwicklung des Curriculums Palliative Geriatrie und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Häusern als besonders positiv erlebt. Durch die gut funktionierende Vernetzung wurde die Umsetzung erleichtert und vieles an Mehrarbeit verhindert.

Im Zuge des Fokusgruppengesprächs stellte sich heraus, dass zu Projektbeginn das **Ziel und die Vision** in den Veranstaltungen auf Projektleitungsebene **nicht klar formuliert** wurden. Am Projektende stand ganz wesentlich die Erkenntnis, dass der **Organisationsentwicklungsprozess stärker positioniert** werden muss, da dieser zentral für die nachhaltige Verankerung der Projektziele in den Heimen ist. Problematisch wurde auch die **Einbindung der Ärzteschaft** gesehen, da es nicht gelungen ist, diese in das Projekt zu integrieren. Auch die Festlegung einer **Höchstgrenze von maximal 20 TeilnehmerInnen** pro Schulung wurde als eine zentrale Lernerfahrung angesprochen.

Um den Prozess zu verbessern, gab es zu den beiden Befragungszeitpunkten unterschiedliche Vorschläge, wie etwa **keine Heime** auszuwählen, die **zeitgleich andere große Projekte** durchführen und **längere Planungsphasen** vor Projektbeginn in den Heimen einzuräumen. Darüber hinaus wurde erwähnt, dass es förderlich wäre, den **Prozess von der Ebene der Bundesländer auf die Gesamtösterreich-Ebene** zu verlagern.

13 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Aus der Studie lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

Handlungsempfehlung 1: Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care weiter stärken! Bereits zu Projektbeginn war in den Heimen ein gewisses Maß an Hospizkultur und Palliative Care vorhanden, es war den Beteiligten jedoch vielfach nicht bewusst, dass es sich darum handelt. Im Lauf des Prozesses wurde ein Bewusstsein dafür entwickelt und die Stakeholder wurden für das Thema sensibilisiert. Dieser Prozess des Bewusstwerdens sollte auch weiterhin gefördert werden.

Handlungsempfehlung 2: Standards und Dokumentationen weiter ausbauen! Zu Projektende hat sich zwar Hospiz und Palliative Care in den Heimen deutlich verstärkt, schriftliche Ergebnisse und Standards sollten jedoch weiter ausgebaut werden. Dies trägt einerseits dazu bei, Veränderungen im Heim deutlicher sichtbar zu machen, andererseits MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen und mehr Sicherheit zu geben. Dadurch können die Projekthalte nachhaltig und personenungebunden im Heim verankert werden.

Handlungsempfehlung 3: Die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen verbessern! Zwischen ÄrztInnen und Pflege- und Betreuungspersonen herrscht immer wieder Uneinigkeit bzgl. der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase. Dies stellt einen großen Problempunkt für die MitarbeiterInnen dar. Da das Pflegepersonal bei medizinischen Entscheidungen an die ÄrztInnen gebunden ist, muss auch bei letzteren ein Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care geschaffen werden. Da hierfür auch politische Entscheidungen sowie strukturelle Veränderungen notwendig sind, kann das Projekt dazu nur partiell beitragen.

Eine Weiterentwicklung des Projekts nach Abschluss der Evaluation ist, dass Qualifizierungszirkel angeboten werden, die von einer/einem Palliativmediziner moderiert werden, und an denen die HausärztInnen und das leitende Pflegepersonal teilnehmen. Im Rahmen der Qualifizierungszirkel werden retrospektiv ein bis zwei Fälle besprochen sowie fachliche Inputs gegeben.

Handlungsempfehlung 4: Schmerztherapie weiter verbessern! Auch in Bezug auf die Schmerztherapie gibt es tlw. eine unterschiedliche Auffassung zwischen HausärztInnen und Pflege- und Betreuungspersonen. Auch hier gilt es, ein besseres Verständnis und eine konstruktivere Zusammenarbeit zu schaffen. Dies hängt jedoch stark mit Handlungsempfehlung 3 zusammen.

Handlungsempfehlung 5: Verstärkt Ehrenamtliche einbeziehen! In einem der analysierten Heime werden keine Ehrenamtlichen eingesetzt, obwohl diese eine große Unterstützung für das Pflege- und Betreuungspersonal sowie die BewohnerInnen sein können. Um Ehrenamtliche gezielt im Bereich Hospiz und Palliative Care einsetzen zu können, sollten sie motiviert werden, Fortbildungen in diesem Bereich zu besuchen. Dadurch kann möglichen Vorbehalten und Ängsten entgegengewirkt werden.

Handlungsempfehlung 6: Aufklären, was unter Supervision und anderen Unterstützungsmöglichkeiten zu verstehen ist und was diese leisten können! Die meisten Befragten äußerten, dass sie keine Unterstützungsmaßnahmen, wie Supervision und dergleichen brauchen und auch noch nie in Anspruch genommen hätten. Es entstand jedoch der Eindruck, gestützt durch die Aussage einer Stationsleitung, dass die MitarbeiterInnen z.T. nicht genau wissen, was unter diesen Maßnahmen zu verstehen ist und was diese leisten können. Am Projektende sprachen v.a. in einem Heim mehr Personen als zu Projektbeginn von belastenden Situationen im Arbeitsalltag.

Handlungsempfehlung 7: Im Vorfeld mehr Informationen über Inhalt und Ablauf der Schulung „Palliative Geriatrie“ geben! Die MitarbeiterInnen standen den Schulungen sehr ambivalent gegenüber. Ein Teil der Befragten war mit den Schulungen sehr unzufrieden, ein anderer Teil wiederum hat diese sehr positiv beurteilt. Kritisiert wurde vor allem die angewandte Methodik und zum Teil die Dauer der Schulung. Einige hätten sich auch mehr fachlichen Input gewünscht. Den MitarbeiterInnen sollte klar kommuniziert werden, was sie in der Schulung genau erwartet und welche Inhalte behandelt werden.

Hier wurden, laut Aussage der Projektleitung, nach Abschluss der Evaluation bereits Veränderungen vorgenommen. Die TeilnehmerInnen werden im Vorfeld genauer über Inhalt und Ablauf der Schulung informiert. Außerdem wird darauf geachtet, dass die ModeratorInnen, neben medizinischem und pflegerischem Fachwissen, viel Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen mitbringen.

Handlungsempfehlung 8: Auf TeilnehmerInnen-Anzahl in den Schulungen und Auswahl der ModeratorInnen achten! Auf Prozessebene wurde betont, dass die TeilnehmerInnen-Anzahl in den Schulungen ein Maximum von 20 Personen nicht überschreiten sollte, da ansonsten ein konstruktives Arbeiten gefährdet ist. Seitens der MitarbeiterInnen wurden auch die ModeratorInnen angesprochen, die zwar als kompetent wahrgenommen wurden, jedoch zum Teil die Inhalte nicht gut vermitteln konnten bzw. den Ansprüchen der unterschiedlichen Berufsgruppen nicht zu genügen schienen.

Laut Aussage der Projektleitung, wurde nach Abschluss der Evaluation die Anzahl der TeilnehmerInnen auf 20 Personen beschränkt.

Handlungsempfehlung 9: Organisationsentwicklungsprozess stärker positionieren! Viele Veränderungen wurden in den Heimen zwar wahrgenommen, jedoch nicht dem Organisationsentwicklungsprozess zugeordnet. Für einen funktionierenden Organisationsentwicklungsprozess müssen klare Ziele definiert und kommuniziert werden und deren Erfüllung regelmäßig beobachtet werden. Eine klare Struktur, wer welche Rolle und welche Funktion inne hat, muss ebenfalls transportiert werden. Besonders bedeutsam sind die Einbindung der MitarbeiterInnen und die regelmäßige Kommunikation.

Diesbezüglich wurden, laut Aussage der Projektleitung, nach Abschluss der Evaluation bereits Adaptionen im Projektablauf vorgenommen. Beispielsweise wurden ein Prozessblatt sowie regelmäßige Projektkurzberichte eingeführt, um die Veränderungen in den Heimen deutlicher sichtbar zu machen. Was die Projektstruktur betrifft, werden alle Organisationselemente deutlicher als solche vermittelt und kommuniziert, auch, dass die Schulungen ein Teil des OE-Prozesses sind.

Handlungsempfehlung 10: Bewusstsein dafür stärken, dass Palliative Care mehr ist als End of Life Care! Im Zuge der Evaluation zeigte sich deutlich, dass der überwiegende Teil der Befragten Palliative Care mit End of Life Care gleich setzten. Nur Einzelnen war bewusst, dass Palliative Care bereits bei Heimeinzug beginnt.

Handlungsempfehlung 11: Rege Kommunikation in der Projektsteuergruppe beibehalten! Die gute, konstruktive Kommunikation in der Projektsteuergruppe wurde sehr positiv betont. Hier ist wichtig, diese trotz wachsender Komplexität aufgrund der zunehmenden Projektgröße aufrechtzuerhalten und stets darauf zu achten, dass die Kommunikation effektiv und transparent bleibt.

Handlungsempfehlung 12: Kontinuierlichen Austausch auf der Prozessebene beibehalten! Der regelmäßige, bundesländerübergreifende Austausch trägt ebenfalls sehr zur erfolgreichen Umsetzung des Projekts bei, da so Synergien genutzt und unnötige Mehrarbeit vermieden werden können. Lediglich die Anreise aus den Bundesländern stellt eine, auch finanzielle, Hürde dar und sollte berücksichtigt werden.

Handlungsempfehlung 13: Ziele und Vision zu Projektbeginn klar formulieren! Bei der Projektvorstellung sollten die Vision und die angestrebten Ziele des Projekt klar formuliert und kommuniziert werden, sodass die Heime wissen, was auf sie zu kommt. Wichtig ist hierbei auch die Zielerreichung im Laufe des Projekts festzuhalten.

14 LITERATURVERZEICHNIS

Anderson, Philip (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung.

Anderson, Philip/Heinlein, Michael (2003a): „Nun hat er´s endlich hinter sich“. Über den Umgang mit dem Sterben im Altenheim. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 3/2002. 184-189

Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas (2008): Lehrbuch der Palliativmedizin. VG Bild Kunst, Bonn.

Berls, Michael/Gronemeyer, Reimer/ Newerla, Andrea/Seiffert Anne (2005): Dasleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegheimen. Institut für Soziologie, Giessen.

BGW (2005): Forschungsergebnisse der Studie „Sterbebegleitung in Sachsen“. Arbeits- und Belastungssituation der Pflegenden und Ärzte. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Binsack, Thomas (2001): Palliativmedizin aus der Sicht eines Arztes. In: Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Verlag C. H. Beck, München.

Brüll, Hans-Martin (2004): Sterbebegleitung im Heim. Institut für Bildung und Ethik Pädagogische Hochschule Weingarten.

Davie, Elizabeth/Higginson, Irene (2004) Better Palliative Care for Older People. Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Ewers, Michael (2006): Palliative Praxis: Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeiterinnen der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

Heller, Andreas/Dinges, Stefan/Heimerl, Katharina/Reitinger, Elisabeth/Wegleitner, Klaus (2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36, Heft 5

Höfler, Anne Elisabeth (2001): Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich

Husebø, Bettina Sandgathe (2009): Palliativmedizin in der Geriatrie. In: Husebø/Klaschick (2009) Palliativmedizin. 5. Aktualisierte Auflage, Springer Verlag: Berlin. Heidelberg

Jaspers, Birgit/Schindler, Thomas (2004): Gutachten: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“

Jentschke, Elisabeth (2001): Die Notwendigkeit der Palliativen Medizin in der Altersversorgung. Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Lit Verlag, Berlin.

Kratschmar, Andreas/Teuschl, Hildegard (2008): Hospiz- und Palliativführer Österreich. Bundeskanzleramt. Ferd. Berger & Söhne, Horn.

Köhler, Irene/Klambauer, Claudia/Seckauer, Hansjörg (2007): Alt sein 2030 in Österreich. Dokumentation der Jahreskonferenz 2007. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit.

Maddocks, Ian/Parker, Deborah (2001): Palliative Care in nursing homes. In: Addington-Hall, Julia/Higginson, Irene: Palliative Care for Non-Cancer patients. Oxford: Oxford University Press.

Medicus, Elisabeth (o.J.): "Hospiz" - "Palliativ" Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung. www.hospiz.at, Abruf: 13.1.2010

Nemeth, Claudia (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Pelttari, Leena/Pissarek, Anna H./Zottele, P. (2012): Hospiz und Palliative Care. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich, Wien

Pleschberger, Sabine (2004): „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen im Pflegeheim. Dissertation. Gießen.

Raischl, Sepp (2008): Für ein würdevolles Leben bis zuletzt. Studie einer Projektgruppe mit VertreterInnen von Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände, Christopherus Hospiz Verein e.V., Hospizdienst Da-Sein e.V., Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landeshauptstadt München, MÜNCHENSTIFT GmbH, Städt. Klinikum München GmbH

Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherungen. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 127, Nomos

Stachel/Zottele (2009): Datenerhebung 2008 von HOSPIZ ÖSTERREICH. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf, Abruf: 13.1.2010

Warnken, Corinna (2007): Palliativpflege in der stationären Altenpflege. Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Sterbebegleitung – drei Bausteine einer modernen Unternehmenskultur. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, Hannover.

Wilkenig, Karin/Kunz, Roland (2005) Sterben in Pflegeheimen. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck&Ruprecht GmbH, Göttingen.

Wegleitner, Klaus (2006): Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe. Von der Implementierung zur Nachhaltigkeit. Auswertung der 2. Internationalen IMM-IFF Fachkonsultation. In Kursbuch palliative care 10/2006. Wien: IFF Eigenverlag

Weissenberger-Leduc (2008): Handbuch der Palliativpflege. 4. Auflage. Springer, Wien. New York.

WHO (2002): WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Abruf: 1.2.2010

Datenerhebung 2011

INFOS UND KONTAKT

NPO-Kompetenzzentrum

Nordbergstraße 15, 1090 Wien

T +43-1-313 36-5878

F +43-1-313 36-5824

npo-kompetenz@wu.ac.at

www.npo.or.at