

HOSPIZ ÖSTERREICH

Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen

Richtlinien

Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim

Für viele ÖsterreicherInnen ist das Pflegeheim ihr letztes Zuhause. Hier leben sie – und hier sterben sie. Mit dem Projekt „Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim“ soll erreicht werden, dass eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in allen Pflegeheimen Österreichs gewährleistet ist und nachhaltig sichergestellt wird.

Grundprinzipien für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim:¹

- Ganzheitliche Betreuung, Behandlung und Begleitung von allen Sterbenden, die es brauchen, und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen.
- Erkennen und Lindern von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von BewohnerInnen, die an Demenz erkrankt sind.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit.(Medizin, Pflege, medizinisch-technische und psycho-soziale Berufe, Sozialberufe, Seelsorge)
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen.
- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens.
- Einbeziehung von qualifizierten Ehrenamtlichen in der Lebens- und Sterbebegleitung.
- Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe.

¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (D) / Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen / Arbeitspapier Stationäre Altenhilfe (September 2005)

Für die Umsetzung auf Österreich-Ebene empfiehlt HOSPIZ ÖSTERREICH:

- Die Vernetzung der wesentlichen Partner (Dachverbände, Ministerien, Institutionen, Forschungseinrichtungen..) auf Bundesebene.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auf der Leitungsebene gibt es eine gendersensible Haltung und entsprechende Umsetzung in allen Handlungen.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auf der Leitungsebene gibt es eine interkulturelle Kompetenz.
- Die Verständigung auf ein gemeinsames Konzept der Umsetzung und Entwicklung.
- Erhebung des Status der palliativen Versorgung in allen Bundesländern und bedarfsgerechter Ausbau des Fort- und Weiterbildungsangebots für MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen.
- Das Treffen der notwendigen Entscheidungen auf politischer und institutioneller Ebene, u.a. Anhebung des Pflegeschlüssels bei PalliativpatientInnen, Gewährleistung von palliativmedizinischer Versorgung.
- Umsetzung in Modellheimen mit dem Ziel der Umsetzung und Entwicklung in allen Heimen.
- Verleihung eines Zertifikats für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim.

Die hier vorgelegten Richtlinien dienen als Orientierungspunkt, um die eigene Praxis daran auszurichten. Für die Umsetzung und Entwicklung der Richtlinien werden folgende Prozessschritte vorgeschlagen:

1. Ernennung einer/eines Palliativbeauftragten pro Heim, die/der zumindest einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine spezielle Fortbildung in palliativer Geriatrie hat.
2. Ist-Analyse der aktuellen Praxis und schrittweise Annäherung der Praxis an die Richtlinien in einem begleiteten Prozess.
3. Schaffen von Maßnahmen und Strukturen, um die palliative Versorgung im Heim nachhaltig zu sichern.

Wien, 17.11.2009

Zielgruppe Dimensionen	BewohnerInnen/PatientInnen	Angehörige/ Vertrauenspersonen	Pflegefachkräfte	ÄrztInnen
Ärztliche Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden ausführlich und verständlich informiert und aufgeklärt ** Auf die speziellen Kommunikationsbedürfnisse von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wird entsprechend eingegangen ** Haben das Recht auf freie Arztwahl ** Erhalten adäquate Schmerzbehandlung ** Werden danach befragt, welche Wünsche sie für den Fall haben, dass sie sich nicht mehr artikulieren können ** Können sich darauf verlassen, dass ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen wird 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden aufgeklärt und ausreichend informiert ** Werden je nach Möglichkeit in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden, wenn die/der BewohnerIn/PatientIn dies wünscht und ausdrücklich angegeben hat. 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden in den Prozess der Entscheidungsfindung und Information eingebunden* ** Nehmen bewohnerInnenbezogen an Fallbesprechungen mit den betreuenden ÄrztInnen teil ** Einzelne Pflegende werden mit einer den medizinischen Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechenden Expertise ausgestattet, um die Tätigkeit der ÄrztInnen zu unterstützen ** Entwickeln gemeinsam mit den behandelnden ÄrztInnen individuelle Notfallmaßnahmen („Was tun, wenn...“) 	<ul style="list-style-type: none"> ** Sorgen für adäquate Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle ** Binden PatientInnen, Angehörige und Vertrauenspersonen, Pflegepersonal in ihre medizinische Entscheidungsfindung mit ein ** Verfügen über ausreichend Kenntnisse und Fertigkeiten in Palliativmedizin und in pall. Geriatrie und/oder nehmen gegebenenfalls konsiliarische Dienste in Anspruch ** Sorgen für Kontinuität in der ärztlichen Betreuung (gute Übergabe, ausreichend Information an die Vertretung)
Pflege und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Können sich darauf verlassen, dass ihre individuellen Bedürfnisse erhoben und so weit als möglich berücksichtigt werden ** Kennen ihre Bezugspersonen im Pflorgeteam ** Erhalten angemessene Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden eingeladen, sich aktiv an der Pflege und Betreuung zu beteiligen ** Werden über pflegerische Maßnahmen informiert 	<ul style="list-style-type: none"> ** Verfügen auch über Fachkompetenz in Palliativpflege und pall. Geriatrie ** Mindestens eine Pflegefachkraft im Heim hat zumindest einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Weiterbildung in Palliativer Geriatrie absolviert, ¼ der Pflegekräfte haben an einer Weiterbildung in Palliativer Geriatrie teilgenommen ** Nehmen im Interesse der Qualitätssicherung regelmäßig an Fortbildungen in Palliative Care und Palliativer Geriatrie teil 	<ul style="list-style-type: none"> ** Nehmen an individuellen Fallbesprechungen mit den Pflegekräften teil ** Werden vom Pflorgeteam über relevante Beobachtungen informiert

* entsprechend den Vorgaben des GuGK und dem Ärztegesetz

Zielgruppe Dimensionen	BewohnerInnen/PatientInnen	Angehörige/ Vertrauenspersonen	Pflegefachkräfte	ÄrztInnen
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Allen BewohnerInnen, die es wünschen, wird ehrenamtliche Hospiz-Begleitung ermöglicht ** Bestimmen selbst, wie viel an sozialer Einbindung und wie viel Rückzug sie möchten ** Müssen nicht alleine sterben, dürfen aber auch im Sterben alleine sein. ** Erfahren fachliche Unterstützung ** Erleben, dass ihre Intimsphäre gewahrt wird 	<ul style="list-style-type: none"> ** Allen Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen, die es wünschen, wird (externe) Hospizbegleitung ermöglicht ** Werden in die Begleitung eingebunden ** Erfahren bei Bedarf Begleitung (z.B. Zeit für Gespräche...) ** Werden auf Angebote der Angehörigenbegleitung hingewiesen ** Werden auf Angebote der Trauerbegleitung hingewiesen 	<ul style="list-style-type: none"> ** Haben Zeitressourcen für entlastende Gespräche mit BewohnerInnen und Angehörigen/Vertrauenspersonen oder koordinieren die psychosoziale Betreuung ** Berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen oder holen Hilfe von außen ** Es gibt Zeit, Raum und finanzielle Mittel für die Psychohygiene des Personals (z.B. Supervision, Teambesprechungen, Fallbesprechungen...) 	<ul style="list-style-type: none"> ** Bemühen sich um eine Vertrauensbeziehung zu PatientInnen u. Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen ** Berücksichtigen die psychosozialen Bedürfnisse der PatientInnen in ihren Therapieentscheidungen ** Verstehen sich als Teil des interdisziplinären Betreuungsteams und pflegen den Austausch
Spirituelle Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden ermutigt, ihre persönliche Spiritualität zu leben, erhalten die Möglichkeit, an rituellen Vollzügen (Gottesdienste, Krankensalbung,...) teilzunehmen ** Werden auf ihren Wunsch hin von SeelsorgerInnen ihrer Konfession besucht ** Werden nach ihren Wünschen bezüglich Sterben und Beerdigung befragt. 	<ul style="list-style-type: none"> ** Werden zu rituellen Feiern (z.B. Gottesdienste, Krankensalbung, Gedenkfeier....) eingeladen ** Werden ermutigt, Kinder, Enkel, FreundInnen.... mitzubringen 	<ul style="list-style-type: none"> ** Trauerrituale werden im Pflgeteam thematisiert und diesen wird Raum gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> ** Wissen Bescheid über die Abschiedskultur in den Häusern (z.B. Abschiedsrituale)

Zielgruppe Dimensionen	Seelsorge (alle Konfessionen)	Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen	Heim-Umfeld
Ärztliche Behandlung und Betreuung	** SeelsorgerInnen aller Konfessionen können in ethische Entscheidungen eingebunden werden	** Werden bezüglich der für sie relevanten Informationen eingebunden	** FachärztInnen werden bei Bedarf eingebunden ** Konsiliarische palliativ-medizinische Expertise wird eingebunden (z.B. gezielt mobiles Palliativteam)
Pflege und Betreuung	** Es gibt unterstützende Angebote für das Personal des Heims ** Die Pflegepersonen stellen bei Bedarf den Kontakt mit dem Seelsorger/der Seelsorgerin der jeweiligen Religionsgemeinschaft her	** Kennen die Station, nehmen mindestens einmal jährlich an einer Teamsitzung teil ** Wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind und kennen ihren Auftrag	** Externe TherapeutInnen (z.B. PhysiotherapeutInnen) werden bei Bedarf in die Betreuung eingebunden
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	** SeelsorgerInnen werden in den interdisziplinären Austausch eingebunden	** Verfügen über einen Einschulungskurs als ehrenamtliche HospizbegleiterIn	** Bei Bedarf werden die Dienste von externen psychosozialen Diensten (z.B. Hospizteams, SozialarbeiterInnen) in Anspruch genommen ** Im Heim steht ein Besprechungszimmer zur Verfügung (geschützte Gesprächsatmosphäre, Rückzugsmöglichkeit) ** Das Heim ist offen für Besuchsdienste und arbeitet in Partnerschaft mit der Hospizbewegung ** Das Heim ist offen für FreundInnen und Kontaktpersonen der BewohnerInnen ** Kontakt für Zeit während Krankenhaus-Aufenthalt wird sichergestellt (z.B. Hospizbetreuung)
Spirituelle Betreuung und Begleitung	** Bei Bedarf werden SeelsorgerInnen gerufen ** Die Dienste von SeelsorgerInnen stehen auf Wunsch auch für das Personal zur Verfügung	** Können an Trauerritualen des Pflorgeteams teilnehmen (Gottesdienste, Gedenkfeiern...) ** Sie können in die spirituelle Begleitung und Betreuung einbezogen werden	** Das Heim fördert den Kontakt zur religiösen Gemeinschaft der BewohnerInnen ** Im Heim sind religiöse Texte und Symbole verfügbar ** Im Heim liegt eine Liste mit Kontaktnummern der SeelsorgerInnen auf

Zielgruppe Dimensionen	Beim Sterben und nach dem Tod
Ärztliche Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Sensibler Umgang mit den Angehörigen/Vertrauenspersonen ** Der Arzt/die Ärztin und Pflegepersonal stehen für Information bzw. Gespräch zur Verfügung ** Hinterbliebene werden auf die Möglichkeit einer Trauerbegleitung hingewiesen
Pflege und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ** Personal sorgt für eine würdige Atmosphäre ** Personal benachrichtigt die Bezugsperson, wenn das Sterben absehbar ist ** Personal verständigt umgehend die Bezugsperson im Todesfall ** Personal hat Gelegenheit, sich von der Verstorbenen/dem Verstorbenen würdig zu verabschieden ** Personal entscheidet mit Angehörigen/Vertrauenspersonen, wo und wie der Leichnam im Heim aufgebahrt wird
Psychosoziale Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Verstorbene werden würdig aufgebahrt ** Angehörige/Vertrauenspersonen werden eingeladen, sich beim Waschen, Ankleiden und Aufbahren des Leichnams aktiv zu beteiligen ** Angehörige,/Vertrauenspersonen und HeimbewohnerInnen haben die Möglichkeit, sich im Heim vom Verstorbenen/von der Verstorbenen zu verabschieden und bekommen genügend Zeit dafür ** Das Heim pflegt Rituale für eine würdige Verabschiedung ** Die Betreuungspersonen nehmen sich Zeit für Gespräche mit Angehörigen/Vertrauenspersonen
Spirituelle Betreuung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ** Der Tod wird den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen durch ritualisierte Zeichen und Symbole (z.B. brennende Kerze....) bekannt gegeben ** Das Heim bietet Rituale zum Gedenken an verstorbene HeimbewohnerInnen an ** Im Heim sind religiöse Symbole (z.B. Kreuz...), Texte, (Gebet, Gesang...) verfügbar

Heimleitung

Die Heimleitung bekennt sich zur Entstehung und konsequenten Umsetzung einer Hospiz- und Palliativkultur und deren nachhaltigen Absicherung

Die Heimleitung sorgt im medizinischen, pflegerischen, seelsorgerischen, psychosozialen Bereich für die Umsetzung aller genannten Ziele

Die Heimleitung entwickelt ihr ethisches Leitbild weiter, formuliert ihre ethische Grundausrichtung zu zentralen Themen und sorgt für ethische Beratungsmöglichkeit bei Bedarf

Palliativ-Beauftragte

Um die Hospiz- und Palliativkultur im Heim weiter zu entwickeln, zu fördern und lebendig zu erhalten, gibt es in jedem Heim eine Person, die beauftragt wird, dieses Anliegen wahrzunehmen. Diese/r „Palliativ-Beauftragte“ verfügt zumindest über einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in Palliativer Geriatrie.

Zu ihren/seinen Aufgaben gehören die Entwicklung von Richtlinien für die Hospiz- und Palliativkultur im Heim, die verschriftlicht werden und immer wieder auf Einhaltung und Verbesserungen hin überprüft werden, Empfehlung von Weiterbildungsveranstaltungen zu Palliative Care und Palliativer Geriatrie, Einberufung von Gesprächsrunden, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Beratung der Heim- und Pflegeleitung zu Themen der palliativen Versorgung. Der/dem Palliativbeauftragten steht ein Team zur Seite, das sie/ihn bei der Erfüllung des Auftrags unterstützt. Auf jeder Station (ca. 25-30 BewohnerInnen) gibt es mindestens eine Person (1VZÄ), die einen Interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in Palliativer Geriatrie absolviert hat.

Richtlinien: Fassung vom 17.11.2009 / HOSPIZ ÖSTERREICH

Diese Richtlinien wurden in Vorarlberg erarbeitet und im Rahmen von zwei Projektdurchgängen in den Jahren 2004/05 und 2006/07 mit zwölf Heimen im Rahmen eines Implementierungsprozesses erprobt. Aufgrund des großen Erfolges startet 2009 der nächste Durchgang.

An der Entwicklung dieses Rasters haben folgende ExpertInnen mitgearbeitet (in alphabetischer Reihenfolge):

Karl W. Bitschnau MAS, Annelies Bleil, DGKS Waltraud Gollner, Peter Hämmerle, Dr. Siegfried Hartmann, Dr. Claus Hörburger, DGKS Andrea Plut-Sauer, DGKS Maria Seeger, Mag. Elmar Simma, DGKS Rosemarie Wilfing

Überarbeitet im Februar 2007 von DGKS Klaudia Atzmüller, Karl W. Bitschnau MAS, DGKS Christina Hallwirth-Spörk, Mag. Werner Mühlböck, Mag. Robert Oberndorfer, Dr. Wolf Wiesmayr

2. Überarbeitung Jänner – April 2008 durch ARGE PDL für stationäre geriatrische Einrichtungen in Österreich und die Arbeitsgruppe im Pflegeheim des Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH (DGKS Klaudia Atzmüller, Karl W. Bitschnau MAS, Mag. Robert Oberndorfer, Mag. Leena Pelttari-Stachl, MAS)

3. Überarbeitung September 2008 (DGKS Klaudia Atzmüller, Dr. Johann Baumgartner, Dr.ⁱⁿ Sigrid Beyer, Karl W. Bitschnau MAS, Dr. Manfred Fritz, Mag. Robert Oberndorfer, Mag. Leena Pelttari-Stachl, MAS, Mag. Bettina Schörghenhofer, Dr. Wolf Wiesmayr)

4. Überarbeitung November 2009 durch den Beirat Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen: Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, Verbindungsstelle der Länder, Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE Pflegedienstleitung, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, Dachverband Hospiz Österreich