



**Seminar 8: 15.00 – 16.00 Uhr Palliativpflege
Palliativkultur erfolgreich entwickeln**

Ihr Referent heute:

Statt: **Martin Alsheimer**, Ingolstadt

Dipl. Päd., Dipl.-Trauerberater, Leiter des Kompetenzzentrums Palliative Care und Hospizkultur der GGSD

Heute wegen Krankheit des angekündigten Referenten:

Dr. Jochen **Steuer**, Hamburg Theologe, Supervisor,

Leiter der Palliativberatungsfirma MediAcion mit Standorten in NRW, NDS Thüringen, Hamburg.

Herausgeber des Werkes (mit M. Alsheimer):

„*Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln*“.

Entwickler und Leiter von Palliativprojekten.

Das haben Sie gebucht:

Der Aufbau einer Palliativkultur in Einrichtungen der Altenhilfe stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Dieser Prozess kann nur interdisziplinär und mit Unterstützung der Führungskräfte bzw. des Trägers geleistet werden. Auf Grundlage verschiedener Praxiserfahrungen werden im Seminar Wege und Möglichkeiten dar - gestellt, wie die Implementierung einer Palliativkultur erfolgreich gelingen kann.

Der Vortrag im Netz: www.mediacion.de –
dort: Service/Download: Artikel/Vorträge

Die Aufgabe:



„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können...“

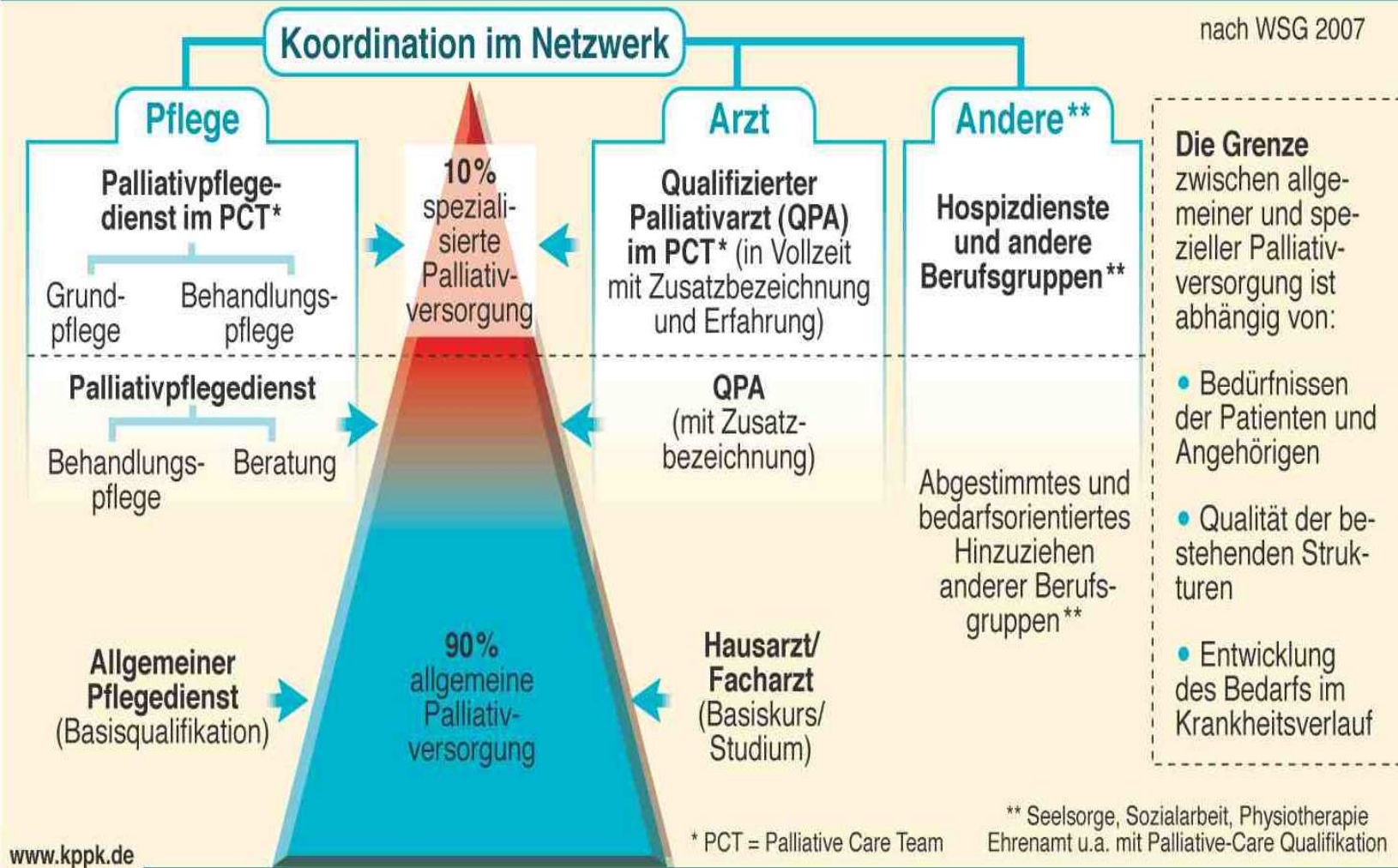
C. Saunders in einem Brief 1983

1. Vorbemerkungen: Orte der Palliativversorgung in Zeiten der SAPV



Struktur der Versorgung von Palliativpatienten

nach WSG 2007



Vision 2018 (nach T. Schindler, DGP)

Einrichtungen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2018
Stationäre Hospize											
Zahl der stat. Hospize	58	70	83	90	99	108	120	125	135	145	250
Gezahlte Zuschüsse	11,0	14,6	19,1	21,8	25,0	25,2	33,7	38,9	42,6	46,0	80,0
Amb. Hospizdienste											
Zahl geförderter AHD					304	396	463	519	547	597	1000
Fördersumme					6,0	8,2	11,4	13,9	17,0	19,7	40,0
SAPV											
Verträge mit PC-Teams										???	330
GKV-Aufwendungen										0,5	240

Alter der Sterbenden (2006)

Von 80 Mill. Einwohner sterben jährlich ca. 0,8 Mill Einwohner, d.h. 1% der Bevölkerung

821.627 Verstorbenen (im Jahr 2006) wurden:

0-7 Tage alt: 1324, 8-31 Tage alt: 426 ein bis zwölf Monate alt 829 Kleinkinder, das sind **2.579 verstorbene Kleinkinder,**

Kinder und Jugendliche von **1 bis 20 Jahre**: 1-5 Jahre alt 528; 5-10 Jahre alt 355; 10-15 Jahre alt: 429 und 15-20 Jahre alt: 691 und somit insgesamt **2003 Kinder und Jugendliche.**

Zusammengenommen sind dies: **4.582 Verstorbene**

Sterbealter (2)

In der Altersgruppe von **20 bis 65 Jahren** sterben jährlich bundesweit **etwa 100.000 Personen** und damit nur ein Achtel aller Sterbenden. In den höheren Altersgruppen sterben folgende Menschengruppen:

65-70 Jahre: 75.000 Personen;
70-75 Jahre: 90.000 Personen;
75-80 Jahre: 120.000 Personen
macht zusammen 285.000 Menschen.

Das sind **ein Drittel** der Verstorbenen. Diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele sind an Demenz erkrankt und leben im Heim.

Insgesamt erreichen pro Jahr das Alter 0 bis 80 Jahre: Nur die Hälfte aller Sterbenden.

Sterbealter (3)

Und in den Altergruppen

80-85 sterben	150.000 Personen;
85-90:	120.00 Personen und
90 und mehr:	130.000 Personen
insgesamt	400.000 Verstorbene

und damit **die Hälfte der Verstorbenen.**

Dass heißt: Nicht die Kinderhospizarbeit und die jungen Sterbenden in Hospizen sind die vorrangige Gruppe derer, die eine Begleitung im Sterben brauchen, sondern jene Älteren, die häusliche Pflege brauchen (ab 65 bis 80) oder bereits alters- und pflegebedingt in Heime einziehen (ab 80), letztere (zusammen 685.000 Verstorbene im Jahr).

Hohes Sterbealter und Sterbeorte

Von den über 80 Jährigen, die die Hälfte aller Sterbenden ausmachen, wohnt jetzt (und wird auch in Zukunft wohnen) ein großer Teil im Heim:

- Von 284.000 Pflegebedürftigen im Alter von **80 – 85** leben etwa **153.000** (Zahlen vom Jahr 2005) im Heim, wo sie letztlich auch sterben
- Von den ca. 200.000 Pflegebedürftigen im Alter von **85-90** Jährigen leben (und sterben) **134.000** im Heim.
- Von den **über 90** Jährigen 188.000 Pflegbedürftigen leben (und sterben) fast alle im Heim, nämlich **175.000** Personen.

Forderungen aus dem Bereich der Altenhilfe

Palliativmedizin für Nicht-Tumorerkrankte sollte vorrangig oder zumindest gleich gewichtet sein und ausgebaut werden.

Kooperationen zwischen SAPv-Teams und Heimen sind nötig und Kooperationen mit Hausärzten/ allgemeinen Pflegedienste sind ein Muss

Frühe Erkennung des Bedarfs ist nötig und deshalb breite palliative Schulung von Pflegenden und Ärzten

Frühzeitige Kooperation mit Kliniken werden wichtig.

Pflegeheime und Pflegedienste integrieren die (allgemeine) Palliativpflege in ihr Leistungsspektrum

Leistungsangebot wird kostenfrei verbessert

Sie haben vor als Pflegeeinrichtung, Ihre Schwersterkrankten und Sterbenden durch ein SAPV Team und einen Palliativpflegedienst mitversorgen zu lassen ? Dadurch bekommen Ihre Pflegekunden (im Pflegedienst und im Pflegeheim) bessere Leistungen, die die Pflegekunden und Sie nichts kosten (da SGB V finanziert).

Diese verbesserte Leistung für die Kunden Ihrer Einrichtung wird sich herumsprechen. Sie können die Pflege nach SGB XI und auch andere Pflege nach SGB V weiter abrechnen wie bisher, gewinnen mehr Pflegekunden und insbesondere Kunden mit höheren Pflegestufen.

2. Was ist der Nutzen von Palliativprojekten ?

Was bewirkt Sterbebegleitung, Hospizkultur, Palliativkompetenz im Pflegeheim und Pflegedienst, wenn diese implementiert wird ?

Acht Punkte für EntscheiderInnen

(GeschäftsführerInnen, HeimleiterInnen, PflegedienstleiterInnen)

Nutzen

Ihre Bewohner / Pflegekunden bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle: Hier: Der Nationale Expertenstandard Schmerz wird in Pflegeheim-/Pflegedienst - spezifischer Weise umgesetzt (Orientierung am multimorbiden Patienten); Sie erfüllen die MDK-Richtlinie (13.7., 16.7. von 05) zum Thema Schmerz.

In einem Projekt: Sie erlernen Palliativpflegewissen / setzen erlerntes palliatives Wissen in Ihrer Einrichtung zeitnah um.

Nutzen (II)

Sie bereiten Ihre Einrichtung auf eine bessere interne und externe Vernetzung vor (§ 140 Verträge; möglich auch: § 37b Abs. 2 / § 132 d SGB V in Vernetzung mit ambulanten Palliativpflegediensten)

Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen / Hospizbegleitern (Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V und/oder § 82 b SGB XI mittels Pflegesatzerhöhung)

Nutzen III

Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilm Merkmale mit hoher Marketingrelevanz. Die Charakteristika „Selbstbestimmung“, „optimale Schmerzbehandlung“, „bessere (palliativ-)ärztliche Präsenz“ und „gute Pflege selbst für Schwerstkranke und Sterbende“ sind Kernpunkte des Palliative-Care-Gedankens und werden in Ihrer Einrichtung nachweislich umgesetzt.

Sie orientieren sich vorausschauend an den spezifischen Bedürfnissen zukünftiger Heimbewohner z.B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie stets eine gute Belegung.

Nutzen IV

Sie optimieren Abläufe. Das spart Zeit und Nerven.
Ihnen gelingen z.B. gute ethische Entscheidungen
mit Rechtsicherheit (z.B.: Notfallpläne)

Sie entdecken (neue) Ressourcen Ihrer Mitarbeiter und
stärken diese. Die Mitarbeiter können sich besser
entfalten. Sie fördern dabei die Mitarbeiter-
zufriedenheit und –motivation. Damit beugen Sie dem
Burn-Out vor und stärken die Mitarbeitergesundheit.
Die Arbeit wird Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen mehr
Freude machen, da Sie in Vielem besser
vorankommen.

3. Umsetzungsbeispiele

Mini-Historie:

Einzelprozessphase:

90-er Jahre: Initiativen mit Teilprojekten (AWO Niederrhein, CBT Leverkusen, Sitzwachenprojekt Stuttgart, Bremer Heimstiftung), Diakonie in Düsseldorf (IFF);

2001: München (IFF/CHV) Vier Häuser der Inneren Mission
München (Kittelberger)

Seit 2002: einzelne Einrichtungen in ganz Deutschland

2005: Altenpflege-Preis des Vincentz-Verlags: Bremer Heimstiftung

2007: Preise für palliativkompetente Pflegeheime in Niedersachsen:

Stand Okt. 2008: ca. 150 Heime haben Einzelinitiativen gestartet, sich vernetzt und davon (meist regional) berichtet

Bayern – der erste Gruppenprozess 2005-2007

17 Heime + Dienste in der Projektwerkstatt Stein mit Martin Alsheimer, Frank Kittelberger, Jochen Steurer und Svenja Uhrig in Nürnberg



Mini-Historie II

Gruppenprozessphase seit 2004:

2004: AK Hospiz des DW HH und weitere 7 Heime (MediAcion)

2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers

2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW

2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DCV NDS

2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen), DRK II und DW II in NDS (MediAcion)

2009: AWO (Bund); DCV München, DRK Thüringen u.v.m.

600 Häuser beteiligen sich, ca. 150 haben abgeschlossen

Beispiel: DW Hannovers Fachtag 20.03.2006

Projekt-Abschlussbericht:

Leben am Lebensende.
Diakonische Leitlinien zu
Palliative Care,
Sterbebegleitung und
Abschiedskultur.

<http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf>



Danach: Projektwerkstatt Hannover (DW 2006-08)



Zwölf Heime setzen das Palliativprojekt des DW konkret um

Projektwerkstatt Hamburg

Förderer: Hamburger
Behörde für Soziales
und Gesundheit

Träger: MediAccion, DRK
Bildungszentrum

Teilnehmer: 6 private
Pflegeheime

**Zeit: Juni 2006 bis Juni
2007**



Palliativprojekt Essen 2006-2007



Palliativ-Projekt - NRW (04/ 2008)



12 private Einrichtungen aus Westfalen starten eine PWI

Im April 2009 in Bielefeld

Zertifikatsübergabe: Palliativ-Projekt Bielefeld (09/ 2009)



4. Palliativkompetenz im Heim

Zielfindung, Überblick



Warum bin ich hier? Was ist
meine Motivation?

Was ist mein Auftrag?

Wie ist der Stand Vor-Ort?

Was erwarte ich von einem
Palliativen Projekt?

**Projekt DRK
Niedersachsen I**

Sich Orientieren

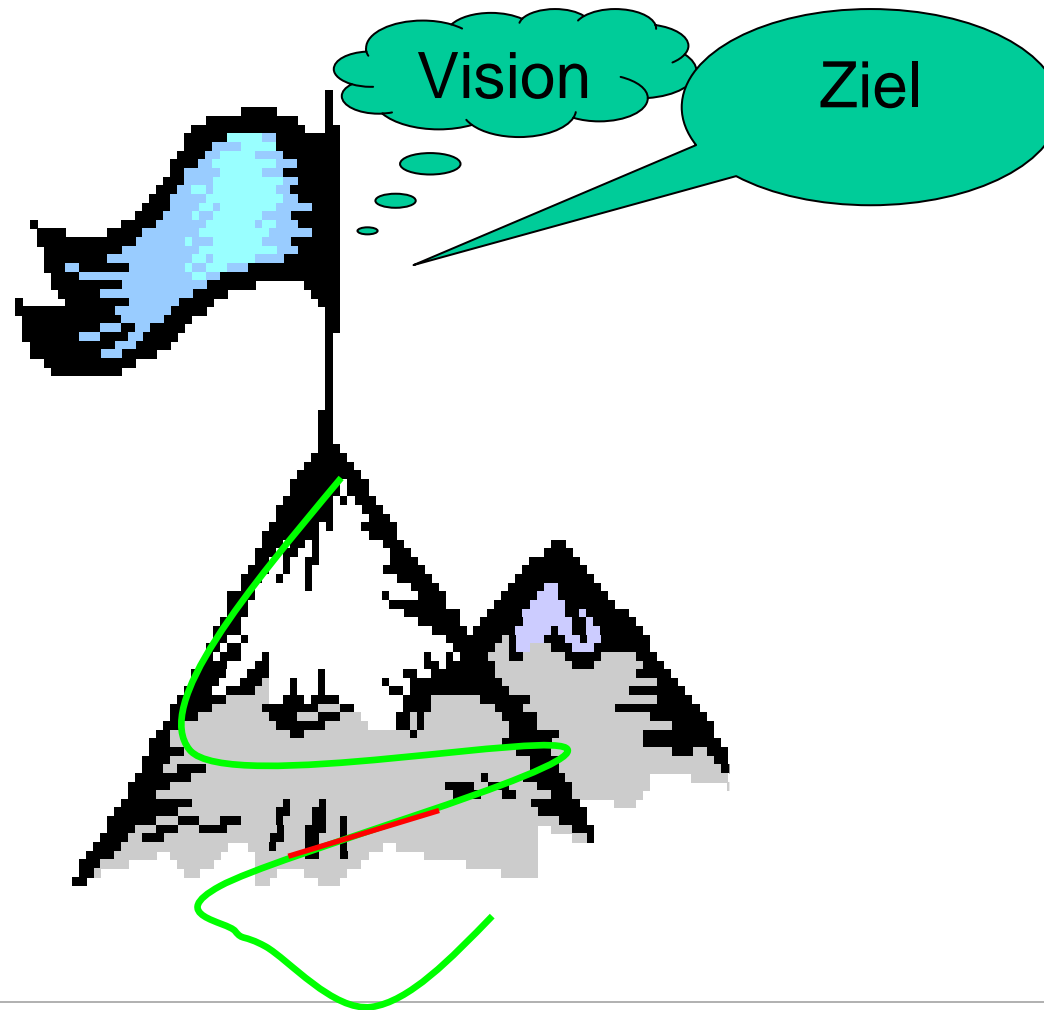


Leitlinie: viele Namen, ein Ziel

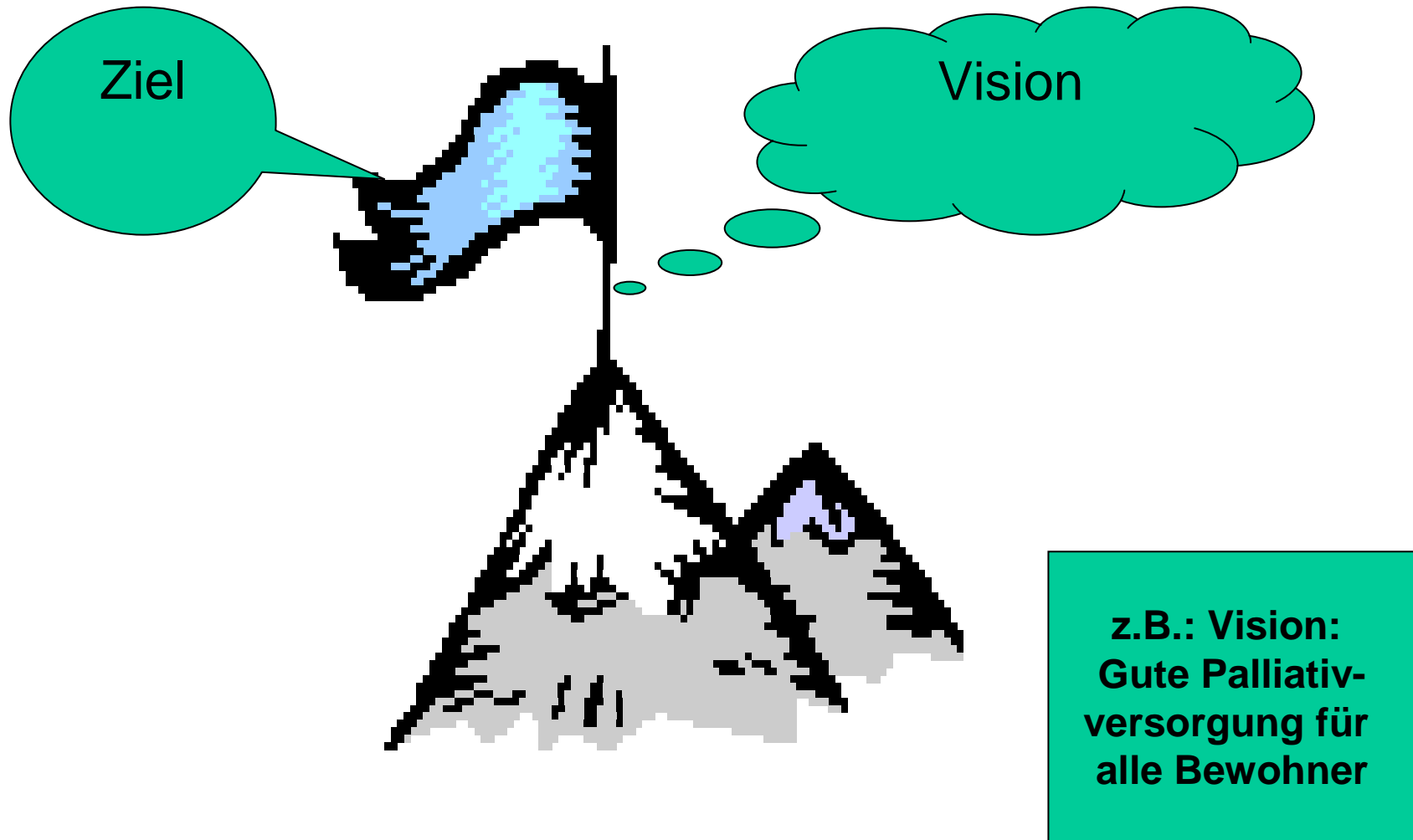
1. Leitbild

2. Leitlinie


3. Standard



1. Leitlinie - Zielbeschreibung



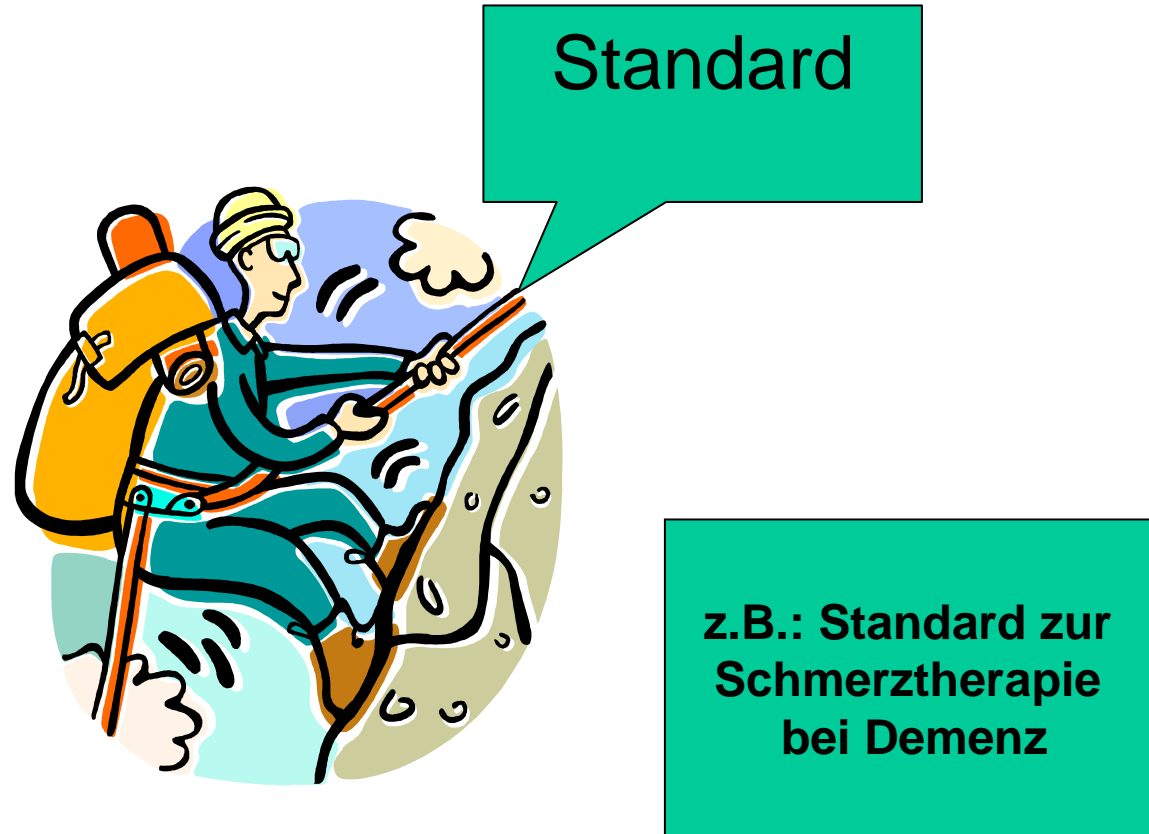
2. Leitlinie – zur Wegbeschreibung



Leitlinien zur
Wegbeschreibung

z.B. Leitlinien
des Heim XY zur
Schmerzbehandlung
und Sterbebegleitung

3. Leitlinie: Sammlung von Standards



Literatur

exemplarisch drei Meilensteine

2000	2003	2005
<p>Andreas Heller, Katharina Heimerl, Christian Metz (Hrsg.)</p> <p>KKULTUR DES STERBENS</p> <p>Bedingungen für das Lebensende gestalten</p> <p>Lambertus</p>	<p>Karin Wilkening Roland Kunz</p> <p>Sterben im Pflegeheim Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur</p>  <p>Vandenhoeck & Ruprecht</p>	<p>Katharina Heimerl, Andreas Heller Frank Kittelberger</p> <p>DAHEIM STERBEN</p>  <p>Palliative Kultur im Pflegeheim</p> <p>Lambertus</p>

BAG-Hospiz: Expertengruppe

November 2004 bis Oktober 2005:

Experten-**Fachgruppe**: Buchheister, Lewe, Luhmann, Kittelberger, Orth, Sievers-Schaarschmidt, Steurer, Wilkening mit drei Arbeitsformen:

Literatur – Sichtung, z.B. Wilkening/Kunz, Heilmann/Kottnik, Kojer/Heller, Kittelberger

Netzwerktreffen mit allen bekannten Projekten

Leitlinien-Vorprodukte-Zusammenschau, hier:

- „Knoten“ nach Alsheimer/Orth
- „Netzwerk“ nach Wilkening/Kunz

20 Indikatoren für Palliativkompetenz

Das kleine Standardwerk:

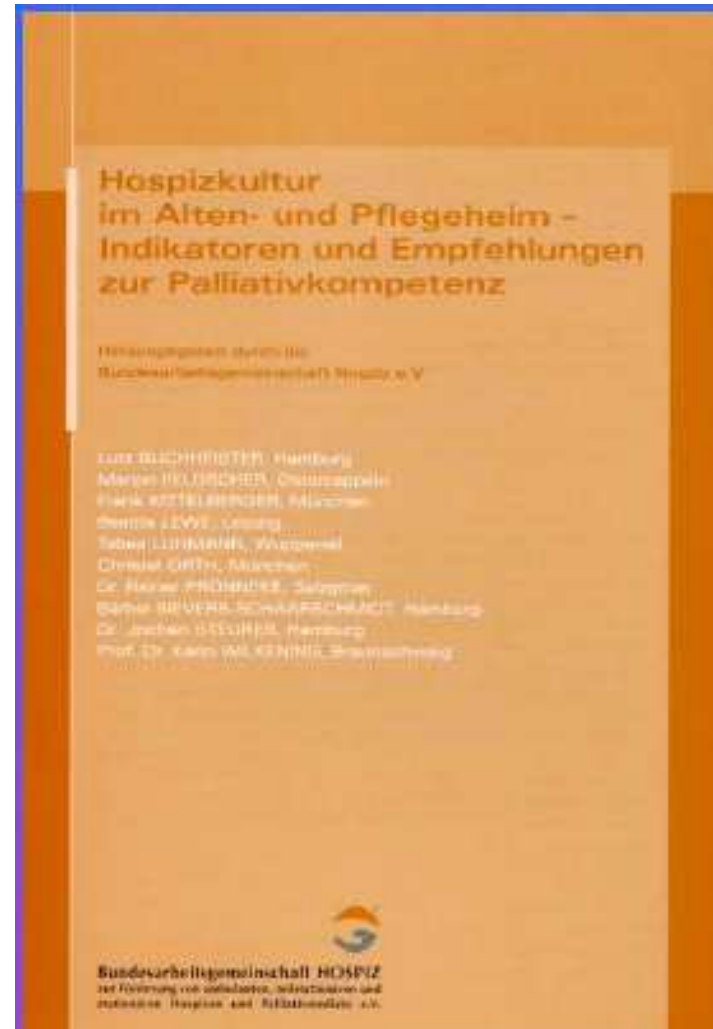
BAG Hospiz Oktober 2005 und
Feb. 2006:

***Hospizkultur im Alten-
Pflegeheim –***

***Indikatoren und
Empfehlungen zur
Palliativkompetenz***

....mit 20 Indikatoren

*...wurde zum Standard für
weitere Prozesse*



DW-Bund: Leben bis Zuletzt

Anpassung der BAG Hospiz Leitlinien (Okt. 2006): Die diakonischen Leit-Bilder:

Leben bis Zuletzt

Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Download:

www.diakonie.de/texte Nr. 17 und Nr. 18



5. Impressionen / Einblicke

Die Umsetzung und die konkreten Inhalte
der hausinternen Palliativprojekte

Abschiedraum umgestalten / Mitarbeiter einbeziehen



Bpa Projekt Hamburg

Beispiel Ethik

Umsetzung Indikators 6:
Ethik im Konflikt.

Ethische Fallgespräche am
evangelisch - ref.
Gemeindestift seit 2006 mit
hausinterner Moderation
für Ärzte, Pflegende,
Familie.



Beispiel: Bewohnerwille erfragen

Elvira Pittelkau aus Hamburg, (großes Heim mit 1200 Bewohner) führt 2005 einen Fragebogen für Bewohner ein. Sie können beim Einzug Behandlungswünsche äußern.

Binnen 6 Monaten kann Sie und ihr Team durch Angehörige- und Betreuer-Gespräche bei den dementen Bewohnern von zuerst nur 25 % ausgefüllter Bögen sich auf 57 % steigern. Ziel ist 75 %.

Beispiel: Schmerz bei Demenz

Bedarf:

- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent von Dementen (Quelle: Morrison R.S. PainSymptom Management 2000)
- > 80-Jährige erhalten um 1/3 weniger Opiate als Jüngere (Quelle: BernabelR. et al; JAMA 1998)
- Pflegeheimpatienten ohne Schmerztherapie haben einen signifikant niedrigeren MMSE-Score als Patienten mit Schmerztherapie(Quelle: ClossSJ., BarrB., Briggs M.; Br J Gen Pract2004)

Deshalb: pflegerische Leistung: Schmerzen erkennen/dokumentieren

- Aktive Befragung des Patienten, selbst bei fortgeschrittener Demenz
- Beachtung nonverbaler Hinweise (Gesichtsausdruck, Körpersprache, Lautäußerungen, Unruhe)
- Therapiekontrolle mittels täglicher, dokumentierter Befragung durch Pflegepersonal (**z.B. BESD**)

Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet mit Bewohnern, Angehörigen (Betreuern) die (mutmaßlichen) Behandlungswünsche und lässt diese durch Verordnungen von einem Arzt rechtlich absichern (siehe rechts und nächste Folie) – erstellt von Ökum. Pflegediensten aus Füssen, dokumentiert von Martin Alsheimer, veröffentlicht in „Palliativkompetenz entwickeln“, adaptiert von Prof. Nauck.

The image shows three overlapping forms. The top form, titled "Krisenvorsorge treffen / Notfallplan", features a prominent red "NEU" (New) sticker. It includes a section for "Ziele" (Goals) with three numbered points. The middle form, titled "Ethische Fallbesprechung", contains a table for "Frage- und Protokollbogen" (Question and Protocol Sheet) with columns for "Name", "Geburtsdatum", "Geburtsort", and "Telefonnummer". The bottom form is divided into two sections: "1. Problemstellung" (Problem Statement) and "2. Fallbesprechung" (Case Discussion), each with a table for recording information.

Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerz		

Das palliative Team

Palliative Fachpflege

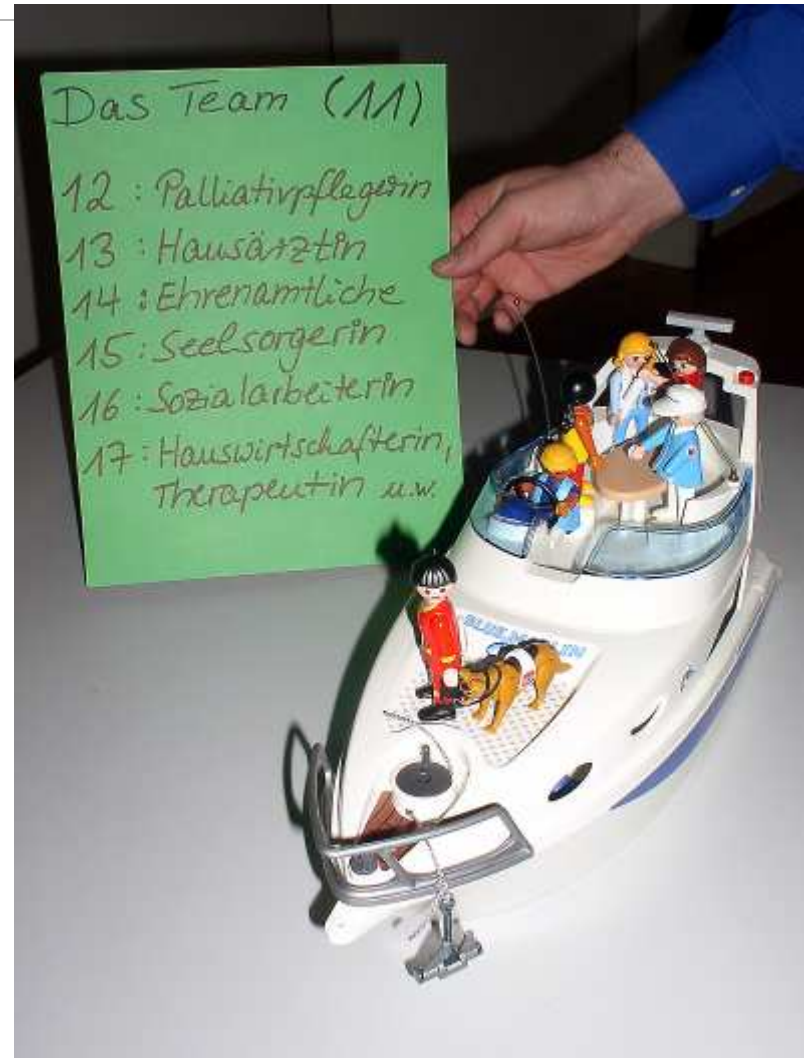
Hausärzte

Ehrenamtliche

Seelsorge

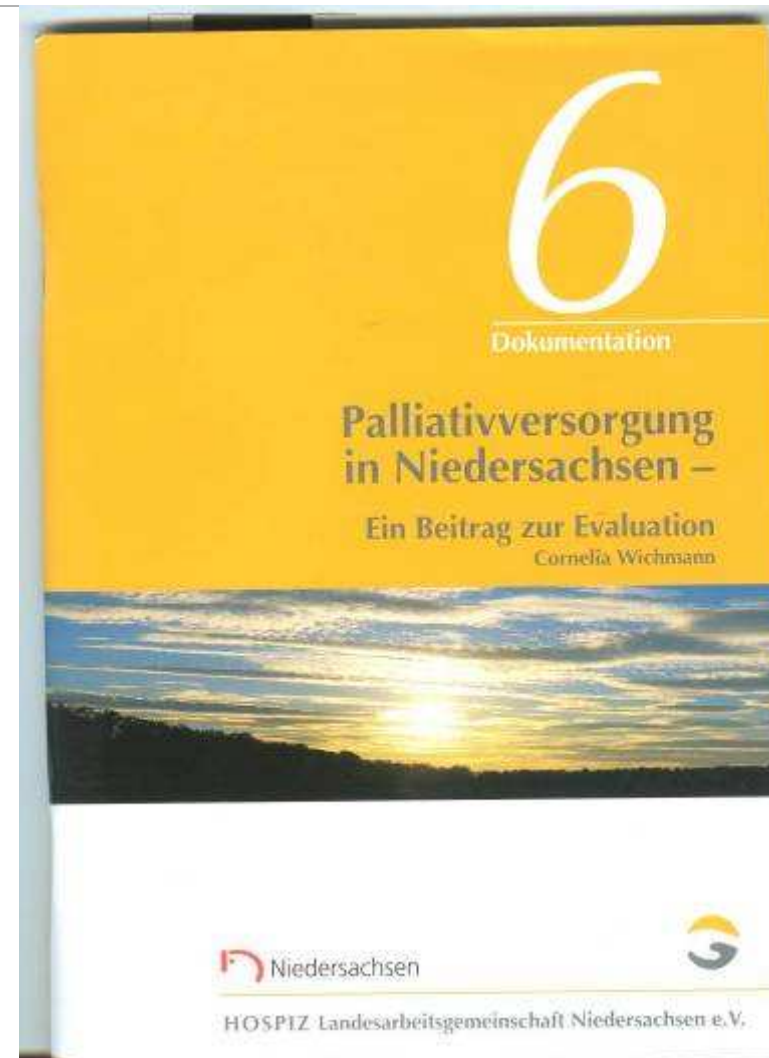
Soziale Fürsorge

Weitere Mitarbeiter



Sich vernetzen

Wie von Cornelia Wichmann beschrieben gilt es sich in der Region zu vernetzen: Die spezialisierten Anbieter der Palliativpflege mit den Anbietern der Pflege-Regelversorgung (hier: Beispiel Niedersachsen)



Ehrenamtliche Integrieren:

Pflegeeinrichtungen kooperieren mit Hospizdiensten. Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen stehen auch für Heimbewohner und Pflegedienstkunden zur Verfügung



Wenn Daheim ein Heim ist

Barbara Feldhammer, Monika Müller, Robert Rass

Hospizische Begleitung in Einrichtungen der Altenhilfepflege
Ein Leitfaden für Ambulante Hospizdienste nach 39a SGBV



Hospiz-Begleitung im Pflegeheim

MODELL A: Hospizliche Begleitung durch den Ambulanten Hospizdienst als integraler Bestandteil der Versorgung sterbender Bewohnerinnen in der Pflegeeinrichtung

MODELL B: Sterbebegleitung durch vom Hospizdienst qualifizierte hauseigene ehrenamtliche Mitarbeiterinnen der Pflegeeinrichtung

MODELL C: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim mit Kooperationsvereinbarung

MODELL D: Hospizliche Begleitung durch einen auf die Begleitung in Pflegeeinrichtungen spezialisierten Ambulanten Hospizdienst

MODELL E: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim ohne Kooperationsvereinbarung

Zusatz: Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche des hauseigenen Hospizdienstes (Modell Wuppertal, Lehrte, etc.)

2009: Projekt in 13 DRK-Heimen in Niedersachsen

Handbuch: Palliativkompetenz entwickeln

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Mit Ehrenamtlichen kooperieren
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisen / ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien

Herausgeber: *J. Steurer*

2 Ordner, DIN A4, ca. 600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“ **Jetzt: 1.200 Seiten**

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.



Der Kleine Ersthelfer:

Palliative Care in Pflegeheimen

**Wissen und Handeln für
Altenpflegekräfte.**

**Von Jochen Steurer,
Christine Behrens,
Christoph Gerhard,
Meike Schwermann und
Cornelia Wichmann
Schlütersche, Okt. 2008.
168 Seiten, 16.90 Euro.**



Nachhaltigkeit ?

Durch vier Initiativen wurde/wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Palliativkompetenz im Heim in der Frühphase und mittleren Phase untersucht:

BAG Hospiz- Fachgruppe: Expertise 2005

Bayerische-Stiftung-Hospiz: Expertin Donata Beckers:
„Da-Sein, wenn es still wird.“ 2006 Download:
<http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>

BSC-Gruppe: Kennzahlenerhebungen (Wuppertal, 2006-2009)

Bewohnerbefragung/Angehörigenbefragung (FH Braunschweig)

Uni Vechta (Promotion: C. Wichmann, 2008-2010)

6. Palliativprojekte im deutschen Westen

Die Zeitkomponente

Ihre Palliativkraft erlernt:

20 Tage Palliativpflegeweiterbildung (Basiskurs nach § 39a/37b)

Optional: 5 Tage Schmerzmanagement- Aufbauweiterbildung

Optional: 5 Tage Wundmanagement – Aufbauweiterbildung

Optional 10 Tage Hospizkoordination - Aufbauweiterbildung

Ihre Palliativkraft und ihre PDL erlernen:

Palliativ- und Schmerzmanagement in der PWI ®:

16 Tage im Laufe von 18 Monaten

MitarbeiterInnen lernen und werden einbezogen:

3-8 Mitarbeiterinnen nehmen an fünf Tagen teil: „Praxis: Palliativ“



Schätze an Bord holen: Der Fachkurs Palliativpflege

Pflegende erwerben das Rüstzeug für die Palliativpflege und Sterbegleitung, das auch künftigen gesetzlichen Anforderungen entspricht. Zudem steigert gezielte Weiterbildung die Motivation der wichtigsten Ressource einer Einrichtung – der Mitarbeiter/innen.

Zum Palliativ-Projekt gehört der Fachkurs Palliativpflege.

Pflegende vertiefen hier ihre Palliativkompetenz und damit die Qualität der Sterbebegleitung in ihrer Einrichtung.

Teilnehmer/innen

Den Fachkurs absolviert die Pflegekraft, die am Zweiten Palliativ-Projekt teilnimmt. Sie ist examinierte Altenpflegekraft oder (Kinder-) Krankenpflegende/r.

Bei Interesse können auch Führungskräfte oder Mitarbeiterinnen des sozialen und begleitenden Dienstes teilnehmen (mit Aufpreis, siehe „Ihre Investition“).

Zeitlicher Ablauf

Der Kurs läuft über insgesamt 4 Wochen, also 20 Trainingstage. Alle 4-6 Wochen findet eine Kurswoche statt.

Fachkurs Palliativpflege - Details

Ziele

Der Fachkurs Palliativpflege stärkt die Palliativkompetenz der Teilnehmer/innen. So können sie Ressourcen wie Zeit und Energie effizienter einsetzen. Trainer/innen vermitteln ihnen das aktuelle Wissen der Palliativpflege. Die Pflegenden üben das Erlernte praktisch, tauschen ihre Erfahrungen aus und erleben unmittelbar, wie sich ihr Handeln Schritt für Schritt verändert. Selbsterfahrung und die Reflexion der eigenen Haltung runden die Ausbildung ab.

Inhalte

Der Fachkurs bildet aus in den Bereichen:

- Palliativpflege, Schmerz- und Symptomkontrolle
- Kommunikation – speziell Angehörigen-Kommunikation
- Entscheidungsfindung – vor allem in ethisch schwierigen Situationen

Der Fachkurs entspricht den Qualitätsstandards nach § 39a Abs. 1 und 2 und § 37 b Abs. 1 und 2 SGB V.

Einzelne Themen

Mundpflege am Lebensende, exulcerierende Wunden, Schmerzerkennung und –therapie, Kommunikation, Trauer und Trauerbegleitung, Riten und Symbole, Einbindung Ehrenamtlicher, Besonderheiten bei Demenz, Pflege in der Finalphase, Symptomkontrolle (Ileus, Erbrechen, Übelkeit, Atemnot usw.), Aromatherapie.



Navigationstage – Ziele erkennen und festlegen

Zum Palliativ-Projekt gehört die Projektwerkstatt PWI®.

Sie umfasst einen StartTag zum Auftakt, die NavigationsTage und die LotsenTage: Bei den NavigationsTagen entwickeln die Teilnehmer Ziele und Konzepte für Projekte, wie in ihrer Einrichtung die Hospizkultur ausgebaut werden kann. Erfahrene Palliativexperten unterstützen sie anschließend wie Lotsen dabei, diese Projekte vor Ort in die Tat umzusetzen.

Teilnehmer/innen

Eine Leitungs- und eine Pflegekraft je Einrichtung arbeiten mit zehn bis zwölf anderen Tandems in der kompletten Projektwerkstatt PWI® mit.

Zeitlicher Ablauf

Die NavigationsTage erstrecken sich kompakt über eine Woche. So entsteht schnell eine produktive Arbeitsatmosphäre.

Navigationstage - Details

Die Teilnehmer/innen lernen, sich konstruktiv mit der zukünftigen Gestaltung der Pflege in ihrer Einrichtung auseinanderzusetzen. Sie erarbeiten konkrete Ideen für Projekte. Diese Projekte sollen einen Beitrag dazu leisten, die Hospizkultur des Hauses bzw. des Pflegedienstes nachweisbar weiterzuentwickeln. So entstehen tragfähige Konzepte, um vor Ort die Beteiligten mit ins Boot einer Projektgruppe holen zu können. Die Teilnehmer/innen erhalten das methodische Handwerkszeug für das Projektmanagement.

Inhalte:

Methoden des Projektmanagements, Konzeptentwicklung für die Praxis, Leitlinien der Hospizarbeit und der Palliativpflege, Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit

Medien

Hilfreiche Unterstützung für die Arbeit bietet das Handbuch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ von Dr. Jochen Steurer, der die Gesamtverantwortung für das Palliativ-Projekt trägt.



Lotsentage – Im Palliativprojekt begleitet werden

Nach den NavigationsTagen in der Projektwerkstatt PWI® beginnen die Teilnehmer/innen in ihrer Einrichtung, das Erlernte anzuwenden und die Konzepte umzusetzen.

Dabei machen sie sich nicht allein auf den Weg. Sie haben erfahrene Lotsen mit an Bord, die sie periodisch während der Reise im Umsetzungsprozess begleiten.

Teilnehmer/innen

Zu den LotsenTagen kommen dieselben Tandems mit Leitungs- und Pflegekraft der Einrichtungen zusammen, die zuvor an den NavigationsTagen teilgenommen haben.

Zeitlicher Ablauf

Insgesamt 9 LotsenTage finden verteilt über den Projektverlauf statt. Vier mal zwei zusammenhängende Tage über mehrere Monate und ein Tag in der Schlussphase sind einzuplanen.

Lotsentage - Details

Ziele

Die Teilnehmer/innen verwirklichen erfolgreich ein Projekt der Palliativkompetenz und Hospizkultur in ihrer Einrichtung: Sie bilden eine Projekt-Gruppe vor Ort, sie kommunizieren mit den Beteiligten, sie koordinieren die Umsetzung und beachten dabei die Rahmenbedingungen von Gesetz und Verwaltung. Sie betreiben Öffentlichkeitsarbeit: Angehörige, Einweisende und wichtige Multiplikatoren sollen die neue palliative Kultur positiv wahrnehmen.

Inhalte

Die Trainer/innen stimmen die Inhalte auf den Bedarf der Teilnehmer/innen ab. Oft geht es um Probleme im Umsetzungsprozess, die durch maßgeschneidertes Coaching und Supervision gelöst werden können. Fachliche Impulse und methodische Übungen ergänzen das Angebot. So geben die LotsenTage Anleitung für eine angepasste Umsetzung des Nationalen Expertenstandards Schmerz in den Einrichtungen. Außerdem fördern sie systematisch Austausch, Team- und Netzwerkarbeit, um deren positive Wirkungen für die eigene Entwicklung zu nutzen.



ZusatzKurse: Schmerzexpert/-in

Schmerzexperte / Schmerzexpertin

Koordinator/in für Schmerzmanagement in der ambulanten und stationären Altenhilfe (beinhaltet: Pain Nurse DGSS) 5 Tage (statt 13 Tage)

Im Zentrum der Ausbildung steht das Schmerzmanagement bei hochbetagten, chronisch und an Demenz erkrankten Menschen. Die Weiterbildung berücksichtigt die schmerztherapeutischen Ausbildungscurricula der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes sowie den angepassten Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege.

Weitere Zusatzkurse: MitarbeiterInnen ins Boot holen und Wundmanagement

Praxis: Palliativ

Der vierzigstündige Einsteigerkurs holt Ihre examinierten und nicht examinierten Mitarbeiterinnen an den Orten ab, wo sie stehen und integriert sie in die grundsätzlich Hospizkultur, Kommunikation mit Sterbenden und Palliativpflege.

Wundexperte/ Wundexpertin

Koordinator/in für Wundmanagement in der ambulante und stationären Altenhilfe (ICW) 5 Tage (statt 10 Tage)
Rahmenbedingungen wie beim „Schmerzexperten/in“, siehe oben.



Zusatzkurs HospizkoordinatorIn

Hospizkoordinator/-in

Koordinator/in für den Einsatz von ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen und für Hospizkultur in der ambulanten und stationären Altenhilfe (nach § 39a Absatz 2 SGB V) 10 Tage (statt 35 Tage).

Pflegekräfte lernen in dieser Ausbildung, Hospizkultur professionell auszubauen. Im Mittelpunkt stehen die Fragen, wie sich zusätzliche Ehrenamtliche gewinnen lassen, wie sie qualifiziert, begleitet und in die Abläufe der Einrichtung integriert werden können.

Der Kurs schließt mit einem Abschlussbericht und Zertifikat nach § 39a Abs. 2 SGB V – Rahmenvereinbarung § 5 ab.



Den Projektabschluss feiern

Der AbschlussTag ist der Höhepunkt des Palliativ-Projekts:

Im Rahmen einer öffentlichen Feier stellen die Teilnehmer/innen und Einrichtungen ihre Projekte vor und zeigen, was sie in den letzten Monaten geleistet haben. Am Ziel der Reise warten zahlreiche Gäste aus den Einrichtungen, aus der Öffentlichkeit, von Presse und Verbänden darauf, die neu entwickelten Formen zur Verbesserung der Hospizkultur kennenzulernen.

Die feierliche Vergabe der Zertifikate anerkennt den kontinuierlichen Einsatz zur Verbesserung der Hospizkultur für diese Aufgabe.

Ein Projekt – bis zu sechs Zertifikate

Persönliche Fachkompetenzen mit Zertifikatsabschluss:

Zertifikat Palliativpflegefachkraft für eine Kraft (160 Stunden)

Zertifikat Projektmanagement für zwei Personen (140 Stunden)

*Optional: Schmerzexperte/in, Wundexperte/-in,
Hospizkoordinator/-in*

Gesamtzertifikat für die Einrichtung

Zertifikat Palliativkompetente Einrichtung (bei Teilnahme an 1. und 2 und Erstellen eines Abschlussberichts)

Das Zweite - Palliativprojekt 2010 - 2011

- Startet im März 2010 in Düsseldorf und Essen mit zehn bis zwölf Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege.
- Verbindet Palliativkompetenz mit weiteren wesentlichen Kriterien der Pflege (Schmerzmanagement, Wundmanagement)
- Baut auf den guten Erfahrungen des Bielfelder Projekts auf

Das Zweite Offene Palliativprojekt in NRW

- Startet im August 2010 in Köln und Essen mit zehn bis zwölf Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege, vornehmlich aus dem Bereich der Wohlfahrt (Diakonie, Caritas, DRK usw.).
- Verbindet ebenfalls Palliativkompetenz mit weiteren wesentlichen Kriterien der Pflege (Schmerzmanagement, Wundmanagement) und knüpft an den Erfahrungen des Projektes in Essen 2007 – 2008 an.

Kontakt / Texte / Info zu Palliativprojekten

www.palliativkurse.de / www.mediacion.de

Newsletter, Artikel, Vorträge und auch dieser Vortrag !

Dr. Jochen Steurer

040-99994658