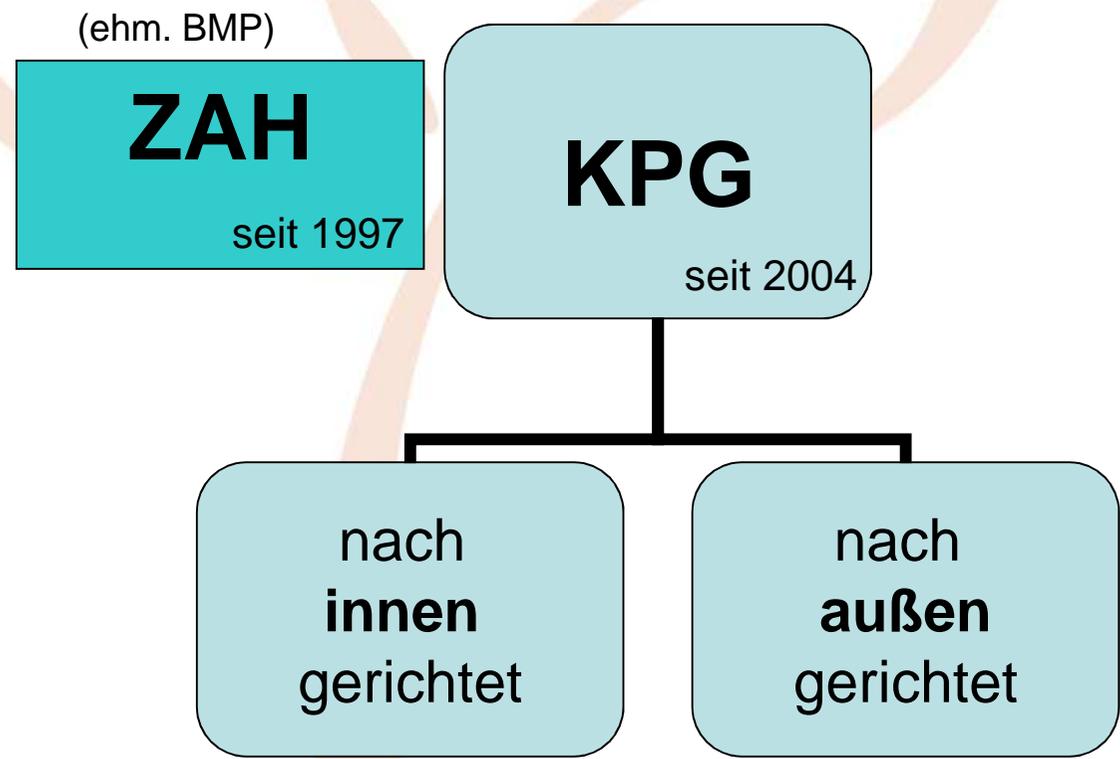


Leben können. Sterben dürfen.

Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenzen im Pflegeheim entwickeln und bewahren

Dirk Müller
MAS (Palliative Care)
Exam. Altenpfleger (Palliative Care)
Fundraising Manager (FH)

Hospizarbeit und Palliative Care im UNIONHILFSWERK



KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE GERIATRIE



<p>Palliative Care</p> <p>Trügende Säule von Palliative Care (lat. pallium: Mantel; engl. care: Umsonnung) ist die pflegerische und medizinische Versorgung und Begleitung schwerstkranker Menschen.</p> <p>Oberstes Ziel ist es, die körperlichen, psychischen, sozialen und seelischen Bedürfnisse eines Menschen und seiner Nahestehenden zu berücksichtigen. Hierzu leisten pflegerisches und medizinisches Personal sowie Nahestehende und in der Sterbebegleitung freiwillig Tätige einen wichtigen Beitrag.</p>	<p>Palliative Geriatrie</p> <p>Sie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome sowie soziale und seelische Nöte sollen gelindert werden.</p> <p>Palliative Geriatrie erfordert ein ganzheitliches Betreuungskonzept für die Betroffenen.</p>
---	--

WIR GESTALTEN INDIVIDUELLE LEBENSQUALITÄT

Das **Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie** ist nicht nur ein Haus, sondern vor allem auch eine Idee. Mit dem Zentrum wollen wir ein Bewusstsein für alte, schwerkranke und sterbende Menschen schaffen und entsprechende Angebote entwickeln.

- Dafür setzen wir uns ein:
- Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur im UNIONHILFSWERK
 - Ambulante und vollstationäre Pflege
 - Freiwillige Sterbebegleitung
 - Aufbau eines stationären Hospizes
 - Kompetente ärztliche Betreuung
 - Beratung rund um die Themen Sterben, Tod, Trauer und Patientenverfügung
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung in Pflege, Betreuung und Freiwilligenarbeit
 - Wissenschaftliche Begleitung unserer Arbeit



Sprechen Sie uns an: Telefon 030 - 42 26 58 33 Dirk Müller Internet www.palliative-geriatrie.de
Bank für Sozialwirtschaft, Spendenkonto 322 9000 BLZ 100 205 00 Kennwort: Hospizarbeit
 Das UNIONHILFSWERK ist vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannt. Spenden sind steuerlich absetzbar.



Altenpflege = Betreuung + Begleitung am Lebensende

Cicely Saunders (*1918 †2005)

Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.

(Saunders, zitiert in Sandgathe Husebø 2009: 385; Saunders, zitiert in Feichtner 2010: 144).

Alte Menschen haben eindeutig besondere Bedürfnisse, weil ihre Probleme anders und oft komplexer sind, als die junger Menschen.

(WHO: 2004, 8.)

Politische Entscheidungsträger müssen sicherstellen, dass Palliative Care integraler Bestandteil aller Gesundheitsdienste und -einrichtungen wird und nicht bloß als „Extra obendrauf“ betrachtet wird.

(WHO: 2004, 34.)



EUROPE

Better Palliative Care for Older People



Sicherstellung von Palliativversorgung als integraler Bestandteil der Gesundheitsdienste und -einrichtungen

Politische Entscheidungsträger müssen sicherstellen, dass Palliative Care integraler Bestandteil aller Gesundheitsdienste und -einrichtungen wird und nicht bloß als „Extra obendrauf“ betrachtet wird. Dies umfasst die Förderung

ff
FONDAZIONE FLORIANI



Healthy Cities 2015

Spannungsfeld Pflegeheim (D)

- Altenpflegeeinrichtungen werden Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität.
(Heller, A. et al. 2007: 221)
- Die Hochbetagten Betreuung wird zu einer der Hauptaufgaben von Palliative Care.
(Kojer und Heimerl 2009: 154)
- Hochbetagte brauchen Palliative Care – aber sie brauchen nicht nur Palliative Care!
(Kojer und Pirker 2009: 37)
- Industrialisierung der Pflege (Kistler: 2011)
- Verbetriebswirtschaftlichung der Pflegeheime (Heller 2009: 14)
- Qualität als technokratisch-kontrollierender Prozess
Umgesetzte und gelebte Qualität vs. deren Behauptung (Mayer: 2014)
- Wenig (palliativ)pflegerische und -medizinische sowie geriatriische Kompetenz
- Wenige Erfahrungen der Heime in der Zusammenarbeit mit Ehrenamt/ Hospizdiensten

Sterbeforschung in den Pflegeheimen des UNIONHILFSWERK (2010: n=170)

Hauptdiagnosen

- Herz-Kreislaufkrankungen (80%)
- Demenz (55%)
- Stoffwechselerkrankungen (31%)
- Tumor (21%)
- KRH des Bewegungsapparates (21%)

Symptome im letzten Lebensmonat

- Schmerzen (57,1%)
- Desorientiertheit (36%),
- Übelkeit/Erbrechen (28,8%)
- Luftnot (24,7%)
- Unruhe (16,5%)

Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011

Bedürfnisse (von Menschen mit Demenz)



KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz



KPG Bildung

Verstanden werden

Selbstbestimmtheit

Körperliches Wohlbsein

Ruhe

Körperliche Nähe

Schmerzfreiheit

Sicherheit

Respekt

Anregung

Geborgenheit

Akzeptiert werden

Zuwendung

Wahrgenommen werden

Fürsorglichkeit

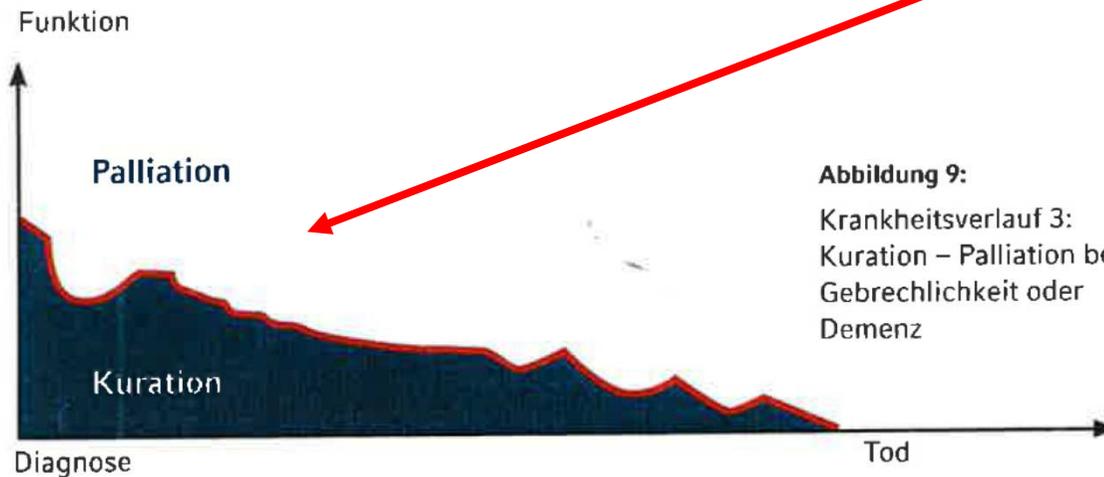
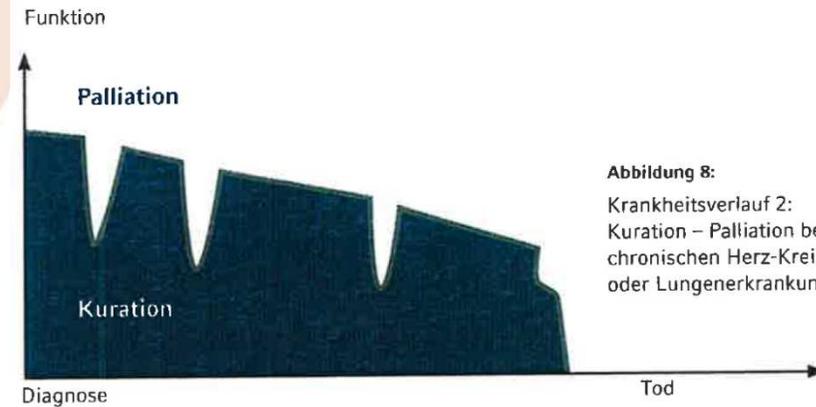
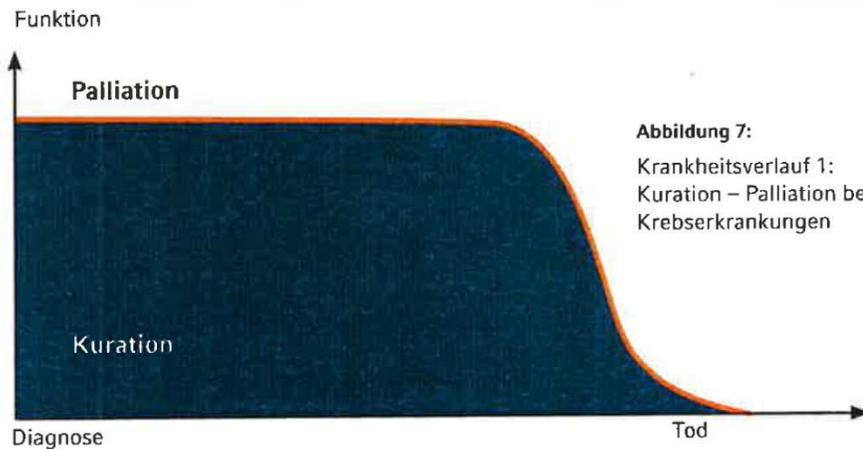
Liebe

Mitgefühl

Sterbebedingungen in der stationären Pflege (D)

- Zeitliche und personelle Ressourcen werden grundsätzlich problematisiert
- 34% berichten, dass grundsätzlich qualifizierte Pflegende eingesetzt werden
- 53% kooperieren mit komplementären Partnern
- 38% sehen sich durch Ausbildung gut/sehr gut, 31% mangelhaft/ausreichend auf die Sterbebegleitung und -pflege vorbereitet
- 44% erleben Einflussnahme auf Sterbesituation von BewohnerInnen
- $\frac{3}{4}$ erleben nach dem Tod einer/eines BewohnerIn Austausch im Team
- In 6 von 10 Einrichtungen können Angehörige übernachten
- 33% der Angehörigen werden verbindlich in Sterbepflege und -begleitung eingebunden
- 27% erleben regelhafte Unterstützung ehrenamtlicher HospizmitarbeiterInnen
- 30% erleben keine unnötigen lebensverlängernden Interventionen
- 35% erleben, dass BewohnerInnen über ihre Prognose aufgeklärt sind
- Obwohl $\frac{1}{3}$ angibt, dass BewohnerInnen oftmals alleine sterben, sind $\frac{3}{4}$ von würdevollen Sterben überzeugt
- Trägerschaft hat einen keinen Einfluss auf Sterbebetreuungssituation

George, Wolfgang (2014): 153-154



Eichner, Eckhard (2012):
„Krankheitsverläufe“ zwischen
Kuration und Palliation.
Visualisierungen zur Entwicklung des
Verhältnisses von Palliative Care und
kurativer Medizin. In: Praxis Palliative
Care. Arbeitsheft 14/2012.

Hospizkultur

+

Palliative Care

für hochbetagte und/ oder von Demenz
betroffene Menschen

=

Palliative Geriatrie

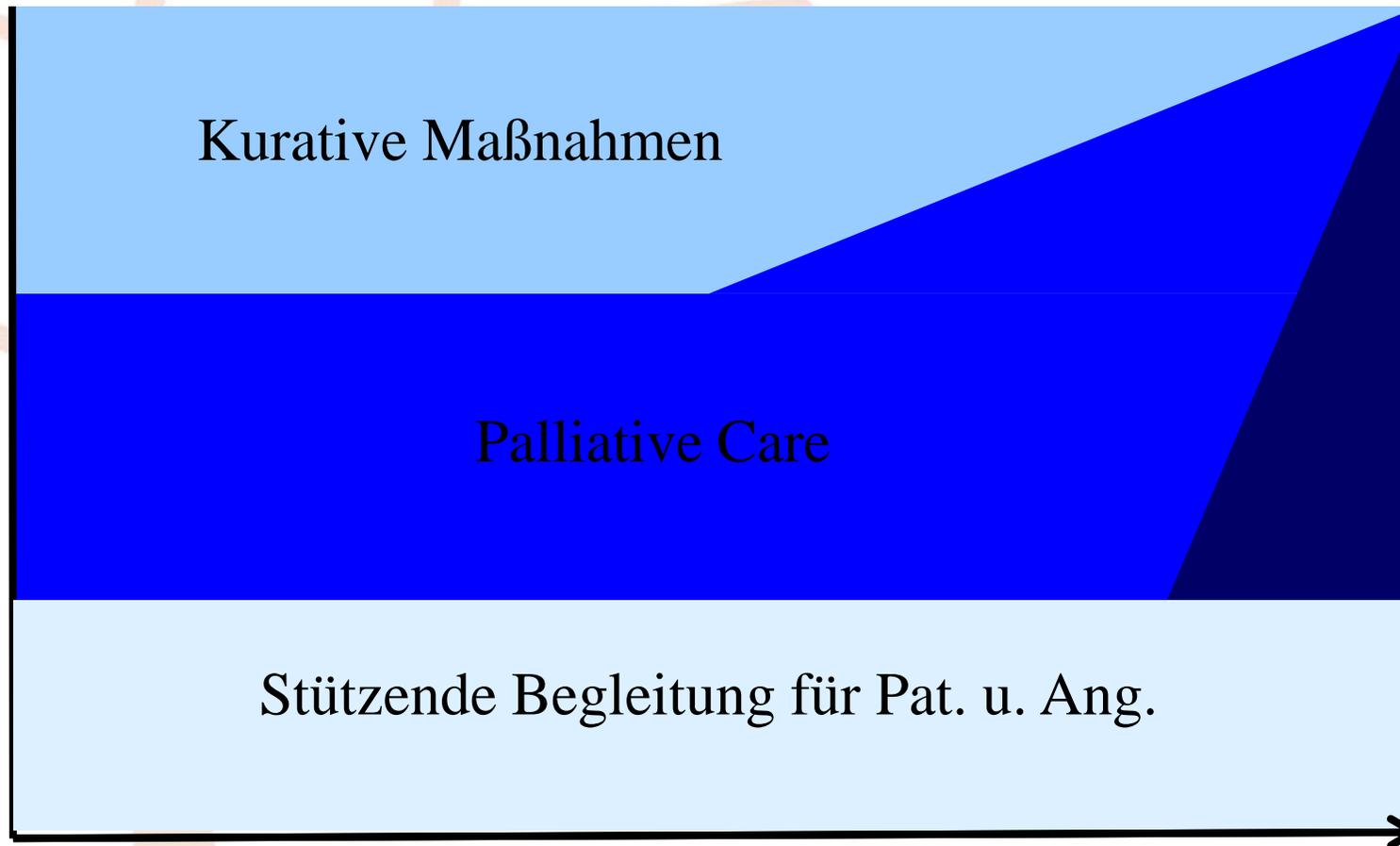
=

Betreuungs- und Veränderungsansatz

für (ver)sorgende und (vor)sorgende
Einrichtungen

Palliative Geriatrie: Dachbegriff für alle kurativen und hospizlich-palliativen Maßnahmen für Hochbetagte mit und oder Demenz.

M
a
ß
n
a
h
m
e
n



Fortschreitende Multimorbidität, zunehmend gefährdete körperliche, seelische und geistige Balance.
Kojer (2010)

Palliative Geriatrie

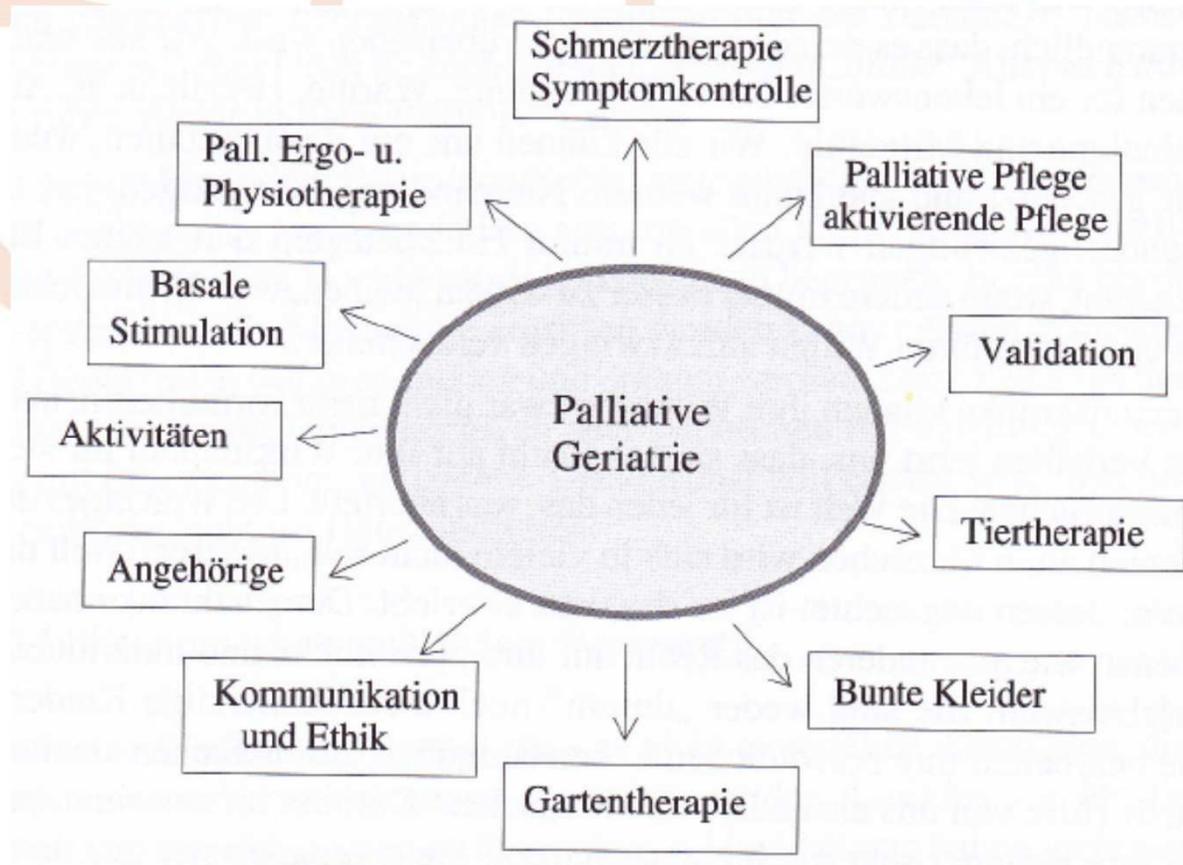


Abbildung: Palliative Geriatrie. Kojer und Priker 2009: 42

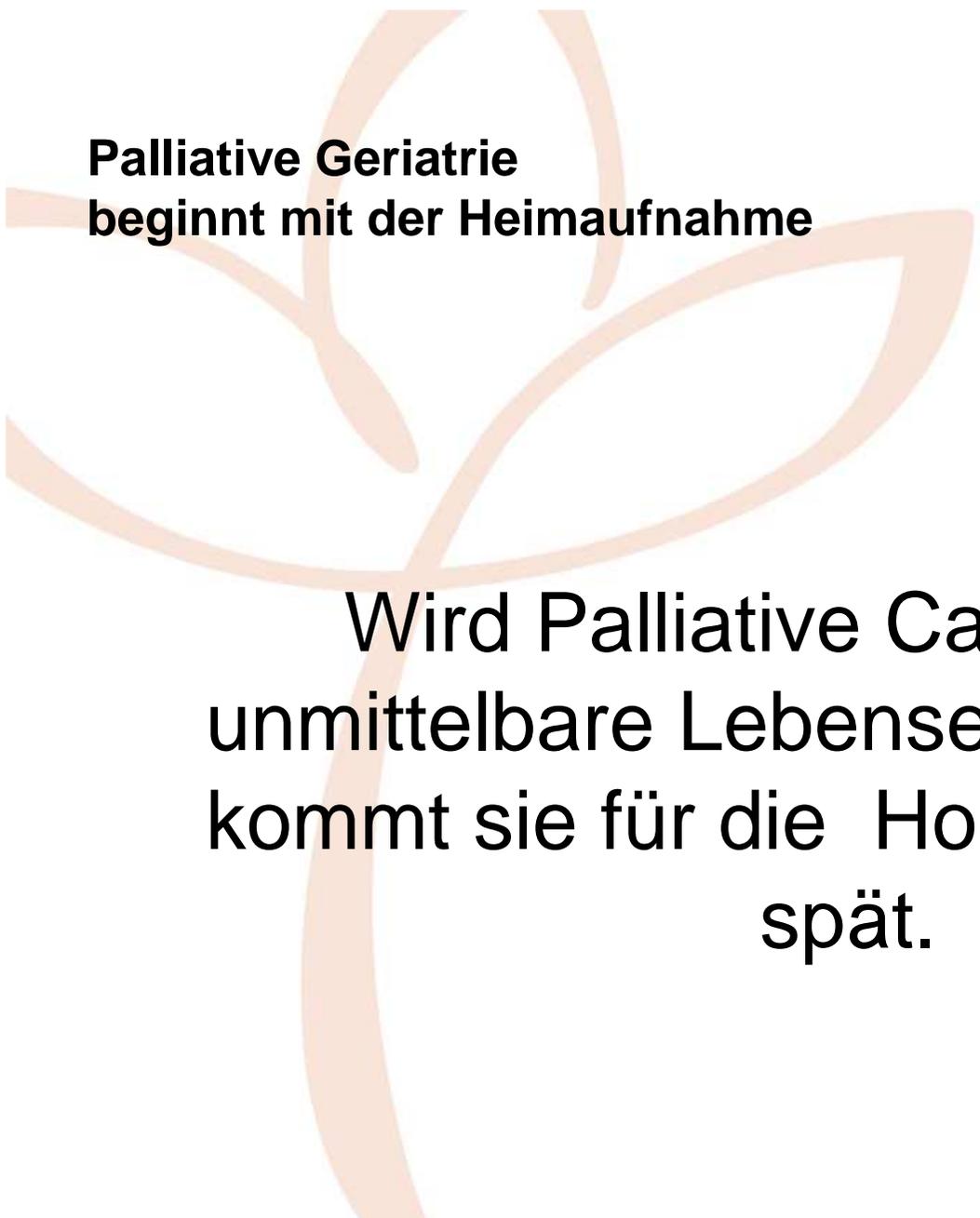
Was ist Palliative Geriatrie?

(Murmelgruppe NPG Berlin am 14.08.2014)



KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz

mit Würde leben können-
sterben dürfen :
fast alles kann -
nichts muß...



**Palliative Geriatrie
beginnt mit der Heimaufnahme**



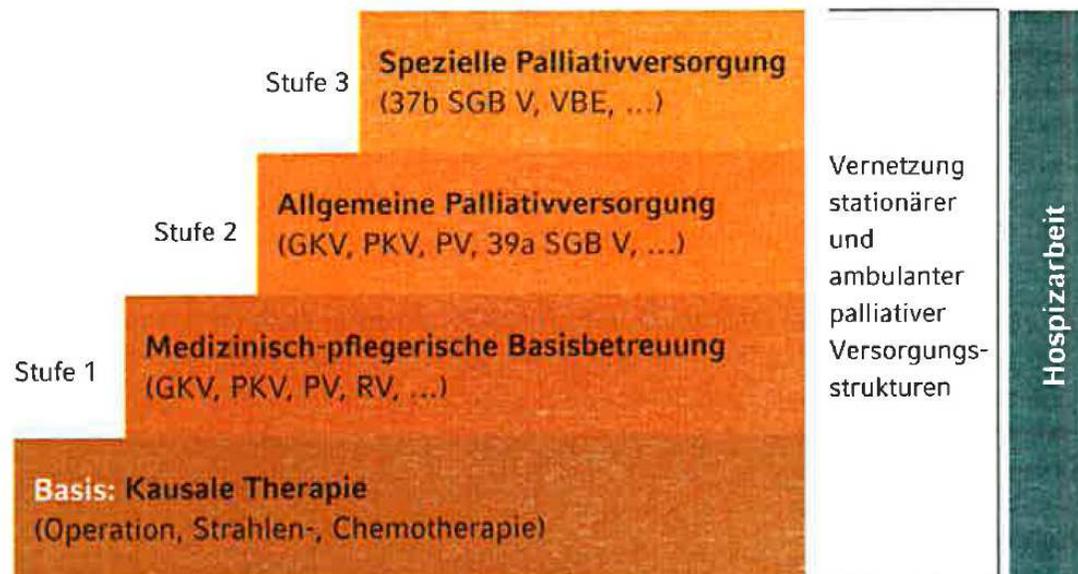
**KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE**
Bildung · Pflege · Hospiz

Wird Palliative Care auf das
unmittelbare Lebensende reduziert,
kommt sie für die Hochbetagten zu
spät.

AAPV
SAPV

Allgemeine Palliativversorgung
Spezialisierte Palliativversorgung

80-90%
10-20%



SAPV-Leistungserbringer

PGKD

Eichner, Eckhard (2012):
„Krankheitsverläufe“ zwischen
Kuration und Palliation.
Visualisierungen zur Entwicklung des
Verhältnisses von Palliative Care und
kurativer Medizin. In. Praxis Palliative
Care. Arbeitsheft 14/2012.

Abbildung 1:
Modifiziertes WHO-„Stufenmodell“ von Palliative und Hospice Care
(mod. nach einem Vortrag von Josef Hell, Mühldorf, 2010).

Das braucht jeder Sterbende

- Respektvolles und wertschätzendes Verhalten
- Schmerzlinderung
- Linderung quälender Symptome (Mundtrockenheit, Angst, Atemnot....)
- Begleitung
- Begleitung seiner Angehörigen

Das brauchen Sterbende nicht

- Regelmäßigen Stuhlgang
- „Ausreichend“ Flüssigkeit
- Nahrung
- Prophylaxen
- Lagerung bei Dekubitus
- Transporte
- Blutabnahmen
- Krankenhausaufnahmen
- Diagnostische Finessen

Qualitätsdiskussion und -arbeit

Sterbende Menschen wünschen

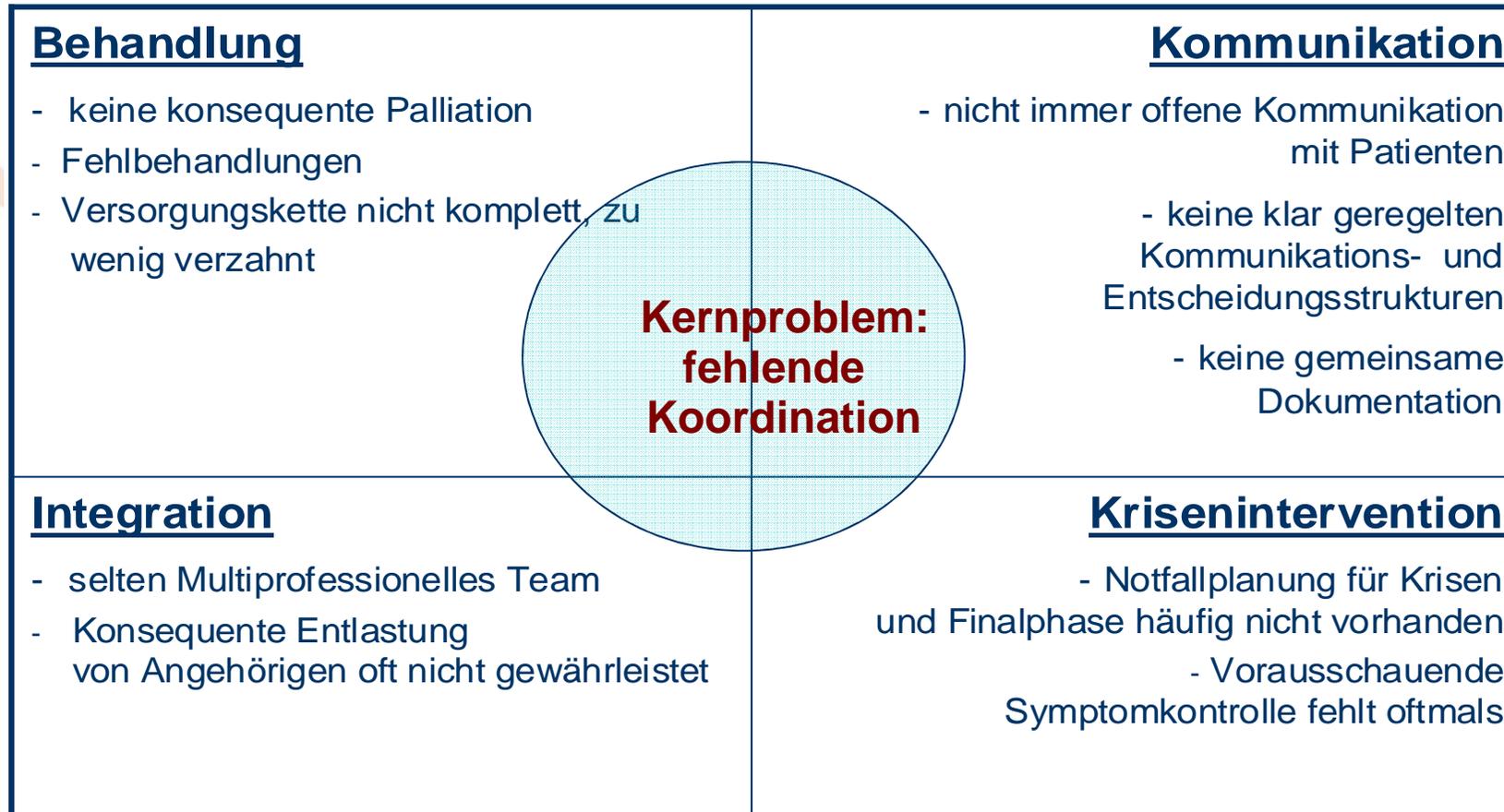
- *Schmerz- und Symptomkontrolle*
- *über den Tod sprechen können*
- *angemessene Aufklärung*
- *das Ausmaß der medizinischen Intervention mitbestimmen können*
- *Sterbebegleitung*
- *Sterbezeit und Sterberaum mit gestalten zu können*

Heimerl 2006:134

Diskussion:

Unterschied von umgesetzter, gelebter Qualität und deren Behauptung.

Versorgungsprobleme



Quelle: St. Jakobus Hospiz gGmbH | Vortrag in Berlin 15.05.2007



Top Down + Bottom Up



Recht

kommunikative

Grundversorgung

konsequente
BewohnerInnen-
Orientierung

konsequente
MitarbeiterInnen-
Orientierung

konsequente
Nahestehenden-
Orientierung

(Mehr) gemeinsame Bildung, Reflexion und Organisationsentwicklung

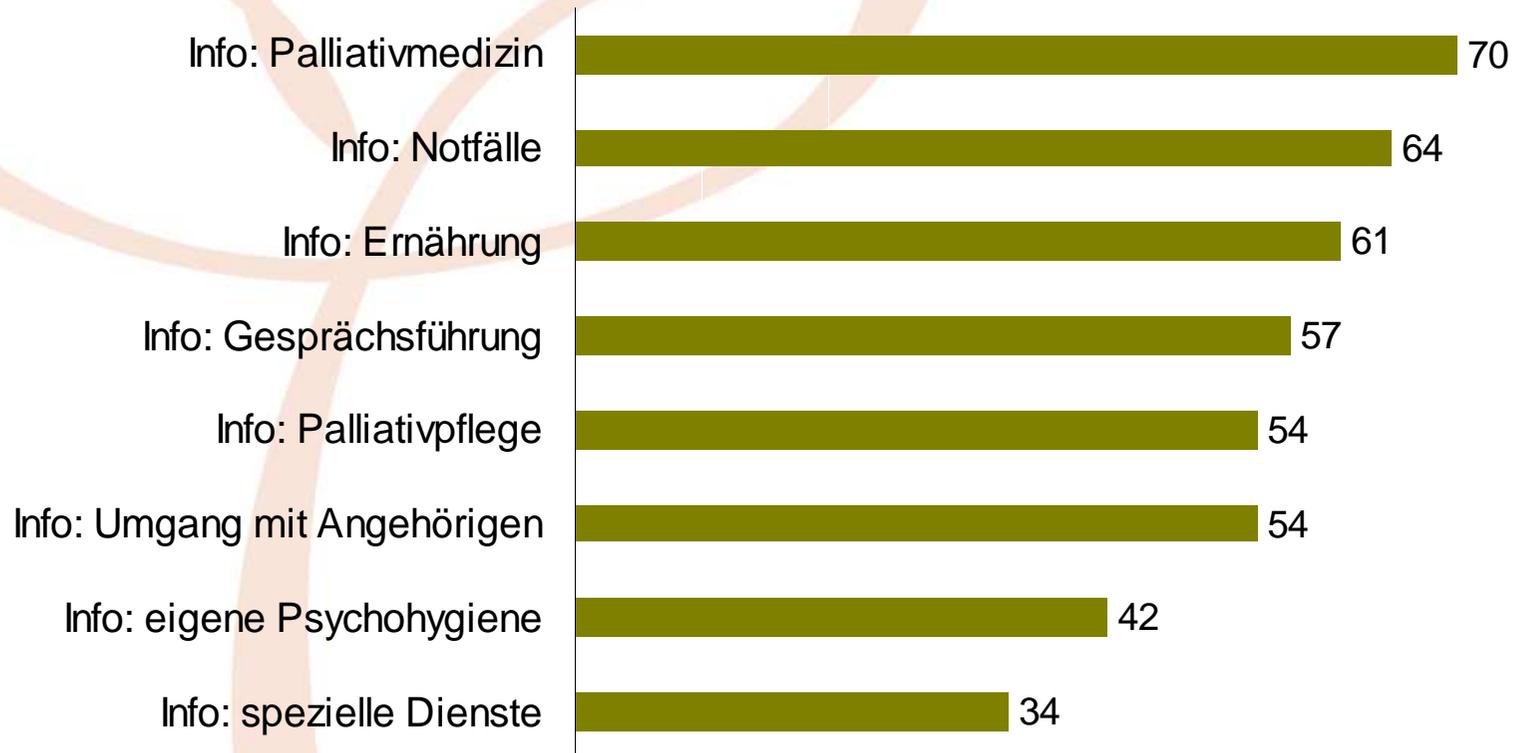
Gemeint ist allerdings nicht die bloße Informationsaufnahme, sondern das **sinnvolle berufsübergreifende miteinander Lernen**. Es geht um gemeinsame Entwicklung, die sich aus Erfolgen und Misserfolgen speist.

Konsequente **Reflexion** ist da genauso wichtig wie Lernen gelingender Kommunikation.

Der Mensch lernt aber am meisten aus dem, was er **bespricht** und von dem, was er selbst **ausführt**...

Müller Dirk: Wir für Berlin: 2/2010 S. 13

Informationsbedarf hauptamtlich tätiger MitarbeiterInnen (2007: n=76)



Woskanjan und Müller, 2008



MULTIMORBIDE PATIENTEN

Wider den Absicherungswahn

Bei pflegebedürftigen Patienten werden häufig fragwürdige Behandlungen veranlasst, weil sich Ärzte und Pflegekräfte absichern wollen. Ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen könnte das verhindern.

Deutsches Ärzteblatt: 25.01.2013, 124-125.

Vorausschauende Versorgungspläne

(Advance care planning)

NAHOP

Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim und im Alter – Befragung haupt- und ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

(2013: n=104)



NACHHALTIGE HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR IM PFLEGEHEIM UND IM ALTER

Wien und Berlin, 16. September 2013

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, liebe Leitungskräfte!

Hospizarbeit, Palliative Care und Palliative Geriatrie werden immer mehr Bestandteil im Pflege- und Betreuungsalltag in Pflegeheimen, auch im UNIONHILFSWERK. Hintergrund ist die stetige Zunahme hochaltriger und oft schwer kranker und von Demenz betroffener Menschen, aber auch die Gestaltung neuer Konzepte und Projekte.

In verschiedenster Weise waren bzw. sind auch Sie mit Projekten „zur Einführung und Umsetzung der Palliativen Geriatrie im UNIONHILFSWERK“ befasst oder haben an entsprechenden Bildungsangeboten teilgenommen. Dies trägt dazu bei, dass die „Palliative Praxis“ dauerhaft und vorsorgend in Pflegeheimen umgesetzt werden kann.

Die Befragung der iff Wien geht der Frage nach, ob und wie das bisher gelungen ist und welche Erfahrungen Sie, ob haupt- oder ehrenamtlich, dabei gemacht haben: Welche Wirkung haben Bildungsangebote, Projekte und Initiativen im UNIONHILFSWERK erzielt? Was ist aber auch nicht gelungen bzw. was braucht es, um diesem Ziel näher zu kommen?

Um diese Fragen zu beantworten und Sie in Ihrer Arbeit besser unterstützen zu können, brauchen wir Ihre Mithilfe! Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die folgenden Fragen aus Ihrer persönlichen Sicht zu beantworten.

Die Befragung ist anonym und wird vom iff Wien ausgewertet. Ihr ausgefüllter Fragebogen erreicht die Universität direkt und wird nur von dieser verarbeitet. Das UNIONHILFSWERK erhält von der iff Wien eine anonymisierte Auswertung. Diese fließt in die weitere Entwicklung der Palliativen Geriatrie in den Pflegeheimen ein. Die anonymisierte Auswertung geht in die Ergebnisse des Projektes „Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim und im Alter“ ein, welche von der Robert-Bosch Stiftung gefördert wird.

Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 20.10.2013 im adressierten und frankierten Rückumschlag, der dem Fragebogen beiliegt, an die iff Wien oder hinterlegen Sie den Fragebogen im Umschlag in einer gesonderten Box, die wir im Büro Ihrer PDL aufgestellt haben.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!


Ihr Bernd Neumann
Geschäftsführer


Ihre Prof. Katharina Heimerl
iff Wien


Ihr Dirk Müller MAS
Projektleiter KPG



NACHHALTIGE HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR IM PFLEGEHEIM UND IM ALTER

Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.

A 1 Palliative Geriatrie	ja	nein
1 Ist Ihnen bekannt, dass das UNIONHILFSWERK seit einigen Jahren einen Schwerpunkt in Palliativer Geriatrie setzt?	①	②
3 Finden Sie einen solchen Schwerpunkt sinnvoll?	①	②

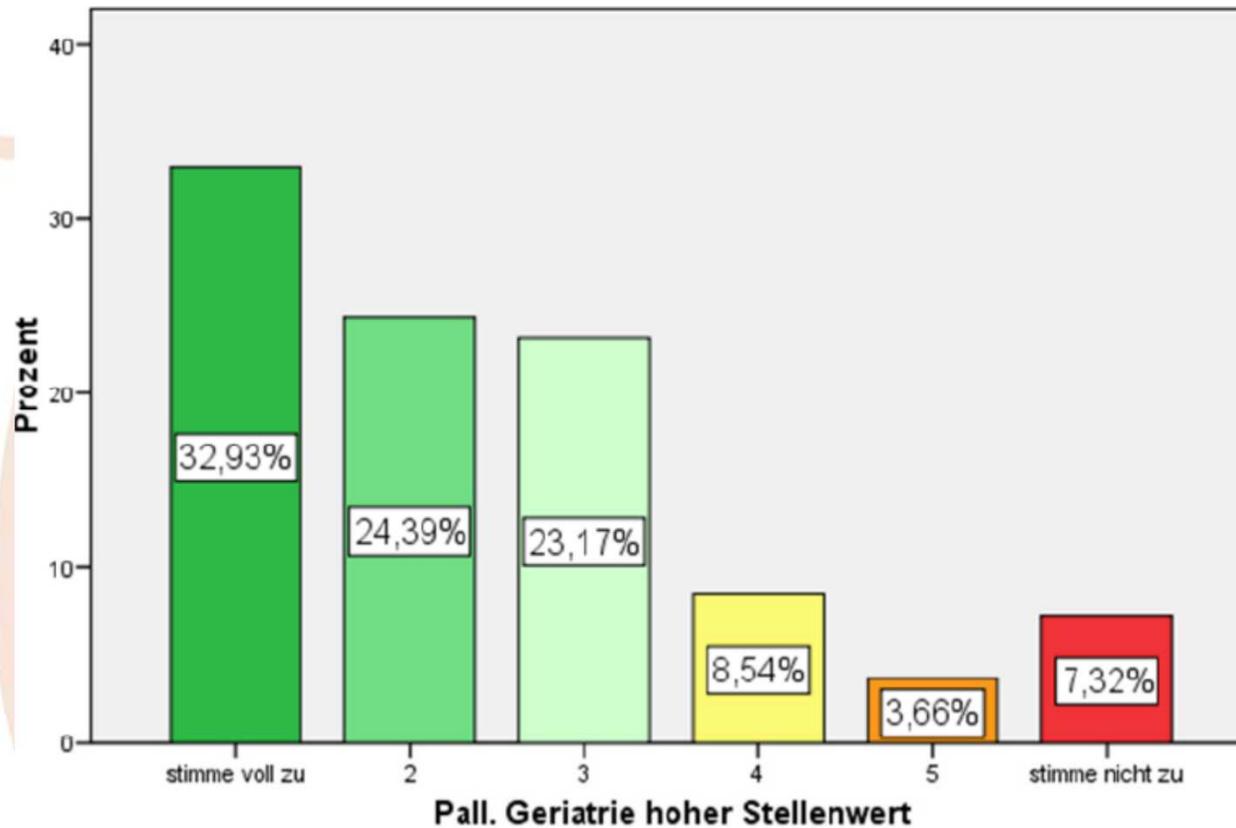
A 2 Fortbildungen und Zusatzqualifikationen zu Palliativer Geriatrie	ja	nein
1 Die Bildungsangebote vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG Bildung) sind mir bekannt.	①	②
2 Ich habe bereits an einer oder mehreren Veranstaltungen zur Palliativen Geriatrie teilgenommen.	①	②

A 3 Wenn ja, an welchen Bildungsangeboten haben Sie teilgenommen?
① 40stündiges Curriculum "Palliative Praxis" der Robert Bosch Stiftung
② Mindestens 160stündige Zusatzqualifikation „Palliative Care für Pflegeberufe“ nach Kern/ Müller/Aurnhammer
③ Mindestens 160stündige Zusatzqualifikation "Palliative Care für psychosoziale Berufe"
④ 10stündige Fortbildung "Palliative Geriatrie"
⑤ Projektwerkstatt "Hospizkultur und Palliativkompetenzen im Pflegeheim entwickeln" oder „Zusatzqualifikation Palliative Care im Pflegeheim - Palliative Pflege in der Geriatrie“
⑥ Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin
⑦ Sonstige Fortbildungen <u>innerhalb</u> und <u>außerhalb</u> von KPG Bildung „.....“

A 4 Wenn Sie das 40 stündige Curriculum „Palliative Praxis“ absolviert haben, bitten wir Sie um folgende Einschätzungen:	stimme voll zu	stimme nicht zu				
Wenn nicht, bitte weiter zu A 5	①	②	③	④	⑤	⑥
1 Diese Fortbildung hat mir viele neue Erkenntnisse und/ oder Erfahrungen vermittelt.	①	②	③	④	⑤	⑥
2 Die Inhalte dieser Fortbildung haben einen starken Einfluss auf die Gestaltung meines Arbeitsalltags.	①	②	③	④	⑤	⑥
3 Diese Fortbildung veränderte unsere Zusammenarbeit im PWH sehr positiv.	①	②	③	④	⑤	⑥
4 Eine Vertiefung der Veranstaltung „Palliative Praxis“ finde ich wichtig.	①	②	③	④	⑤	⑥

NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

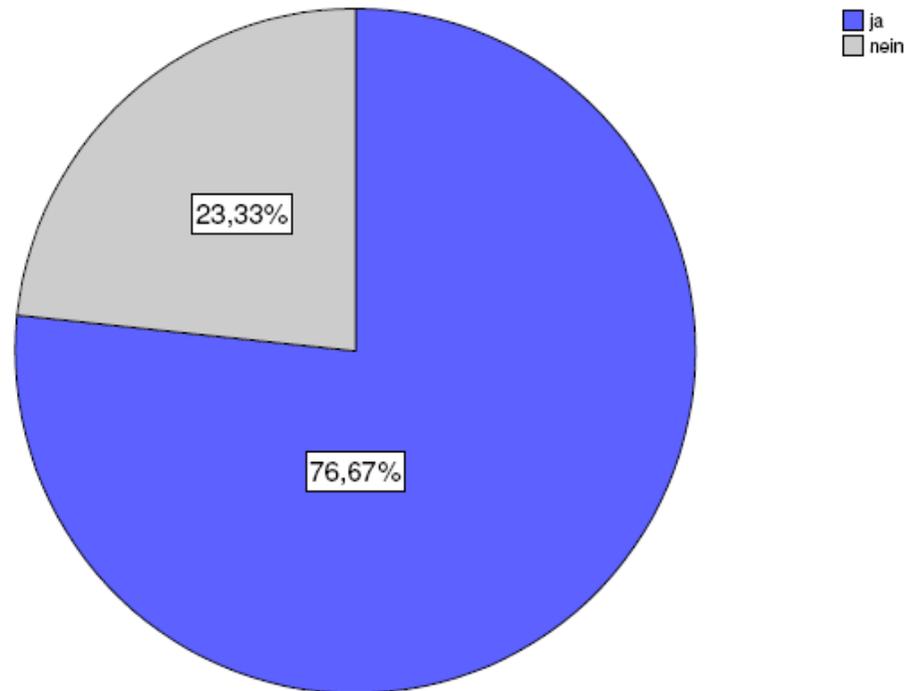
B 2.1: *Palliative Geriatrie hat in unserem Pflegewohnheim einen hohen Stellenwert.*



NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

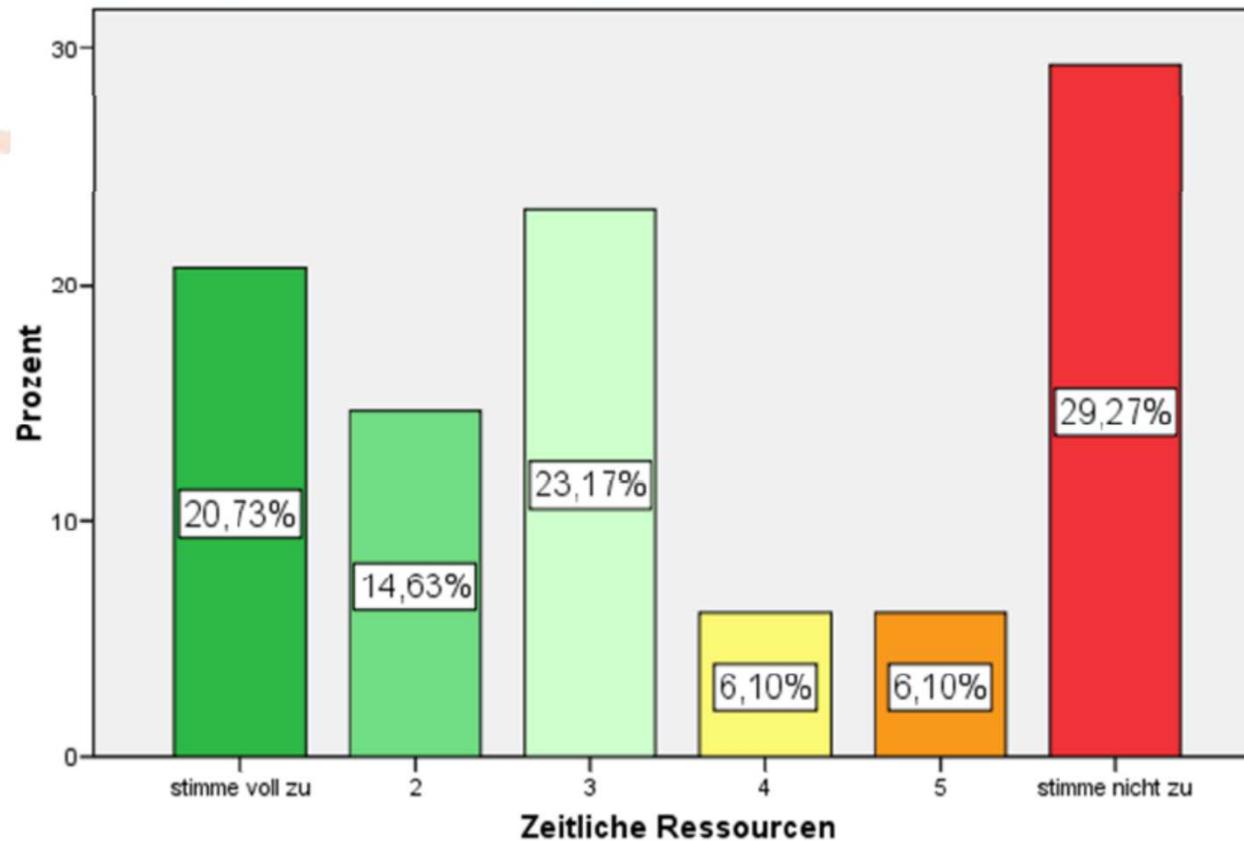
B 1.2: Die „Leitlinie zur Begleitung und Betreuung von sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Nahestehenden im UNIONHILFSWERK“ ist mir bekannt.

Leitlinie sterbende Menschen



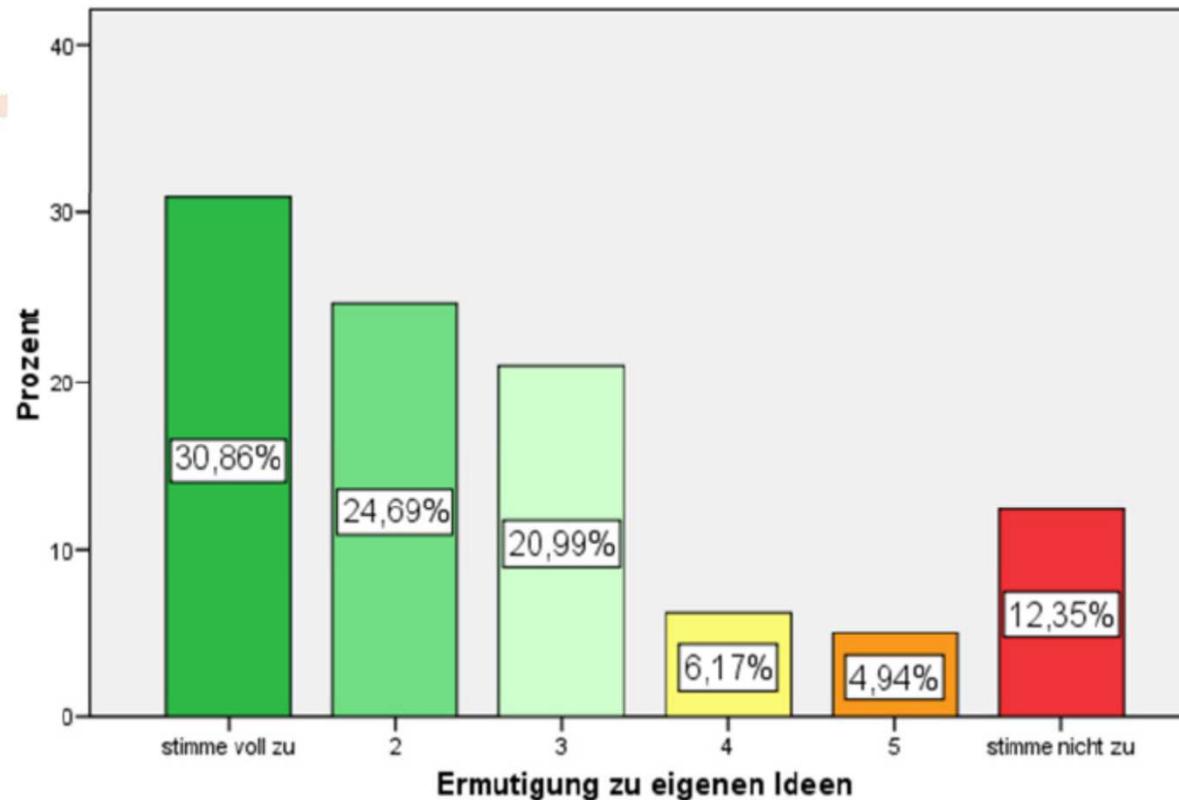
NAHOP in den Pflegeheimen des UNIONHILFSWERK

B 2.5: *Mir werden zeitliche Ressourcen für Sterbebegleitung zur Verfügung gestellt.*



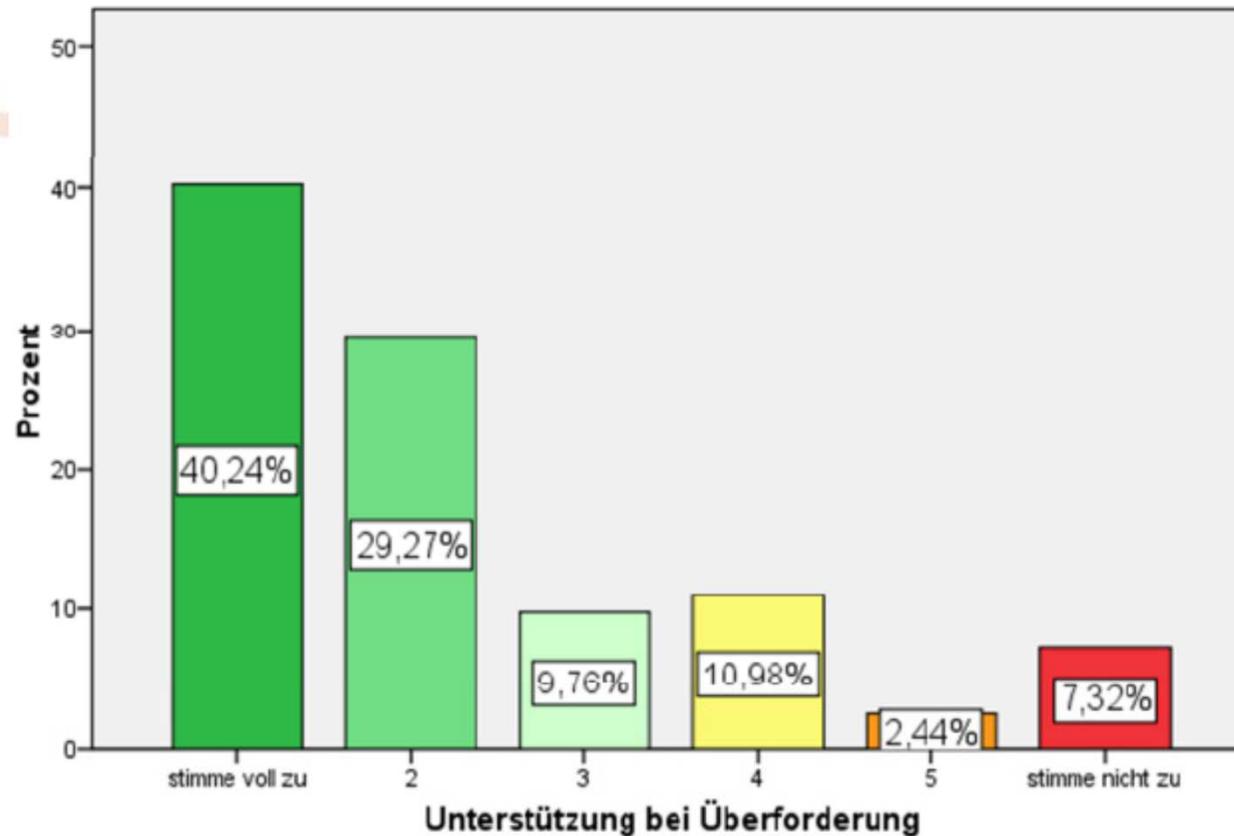
NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

B 2.6: *Ich werde von leitenden Vorgesetzten dazu ermutigt, in die Arbeit eigene Ideen, Erfahrungen und Vorstellungen zur Lebens- und Sterbebegleitung einzubringen.*



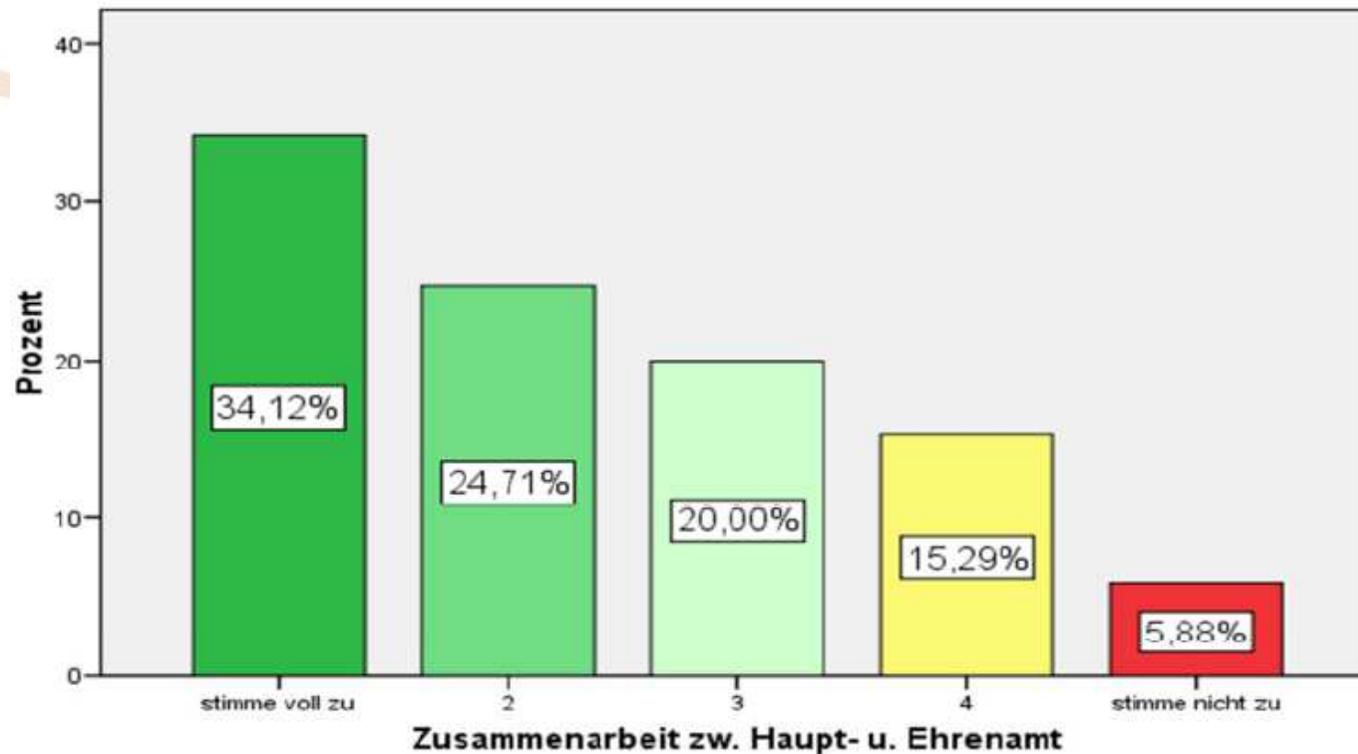
NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

B 2.10: *Wenn ich mich in palliativer Versorgung überfordert fühle, kann ich Unterstützung in Anspruch nehmen.*



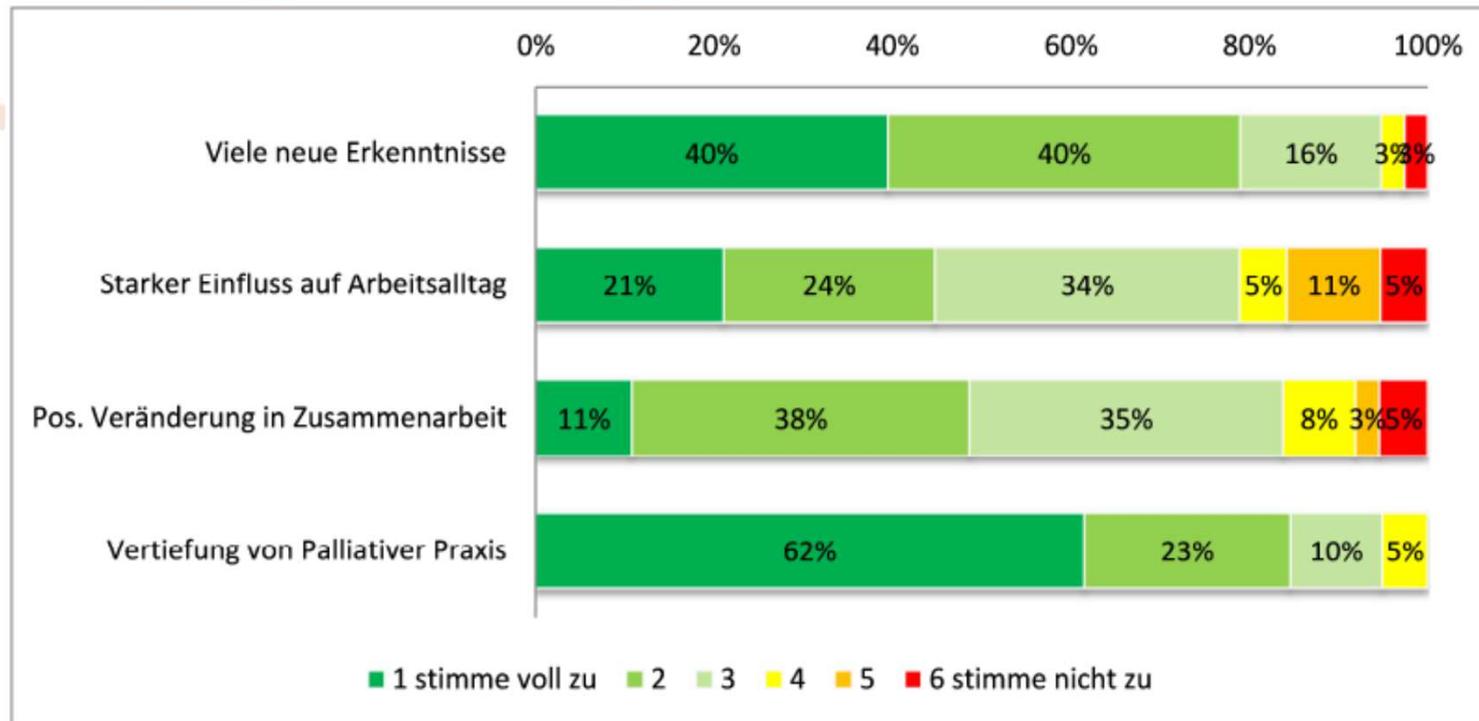
NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

B 2.13: *In unserem Heim gibt es überwiegend gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst.*



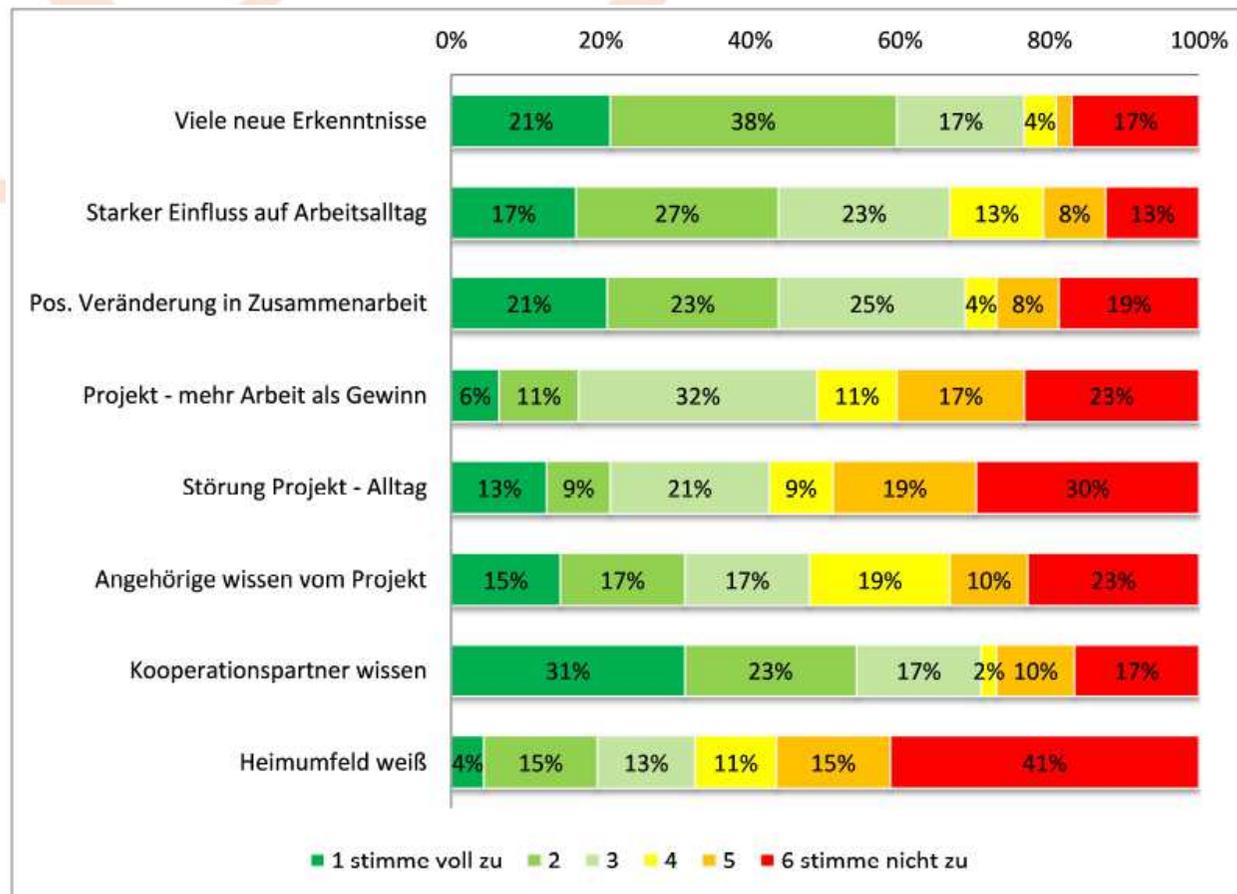
NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

B 5.8.1: Einschätzungen zum 40-stündigen Curriculum „Palliative Praxis“



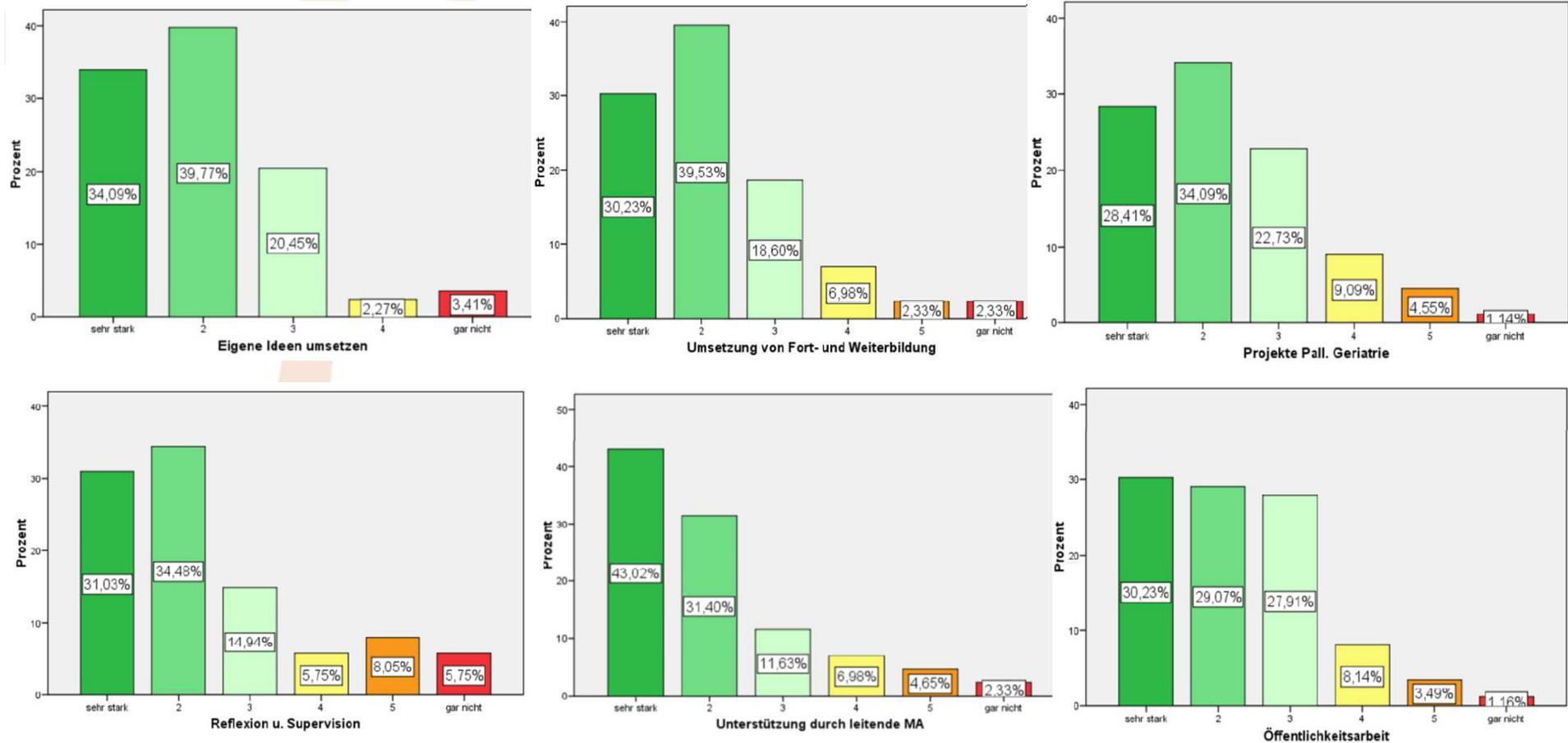
NAHOP in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK

B 5.8.2: Einschätzungen zu den Effekten von Projektarbeit



NAHOP in den Pflegeheimen des UNIONHILFSWERK (2013: n=104)

Was fördert Palliative Geriatrie?



Palliative Care-Beauftragte

Eine komplexe, alle Ebenen betreffende Situation...

Ich glaube, das größte Problem ist, dass immer noch nicht gemeinsam an einem Strang gezogen wird. Den Alltag in der Pflege bestimmt das Abarbeiten von Leistungen und Verrichtungen. Alternative Lösungen werden nicht in Betracht gezogen. Die Zeit, um sich an einen Tisch zu setzen, um eventuell über einen Bewohner zu sprechen wird nicht gesucht. Zeitreserven sind zurzeit wirklich sehr knapp und es wird leider keine Hilfe von der Leitungsebene eingefordert, um gemeinsam einen Lösungsweg für ein Problem zu finden. Jeder im Haus ist in seinem Arbeitsalltag gefangen, es ist schwer, diesen mit neuen Ideen zu durchbrechen. Im Hintergrund steht auch immer die Angst vor rechtlichen Konsequenzen und dem Druck, welchen Angehörige mit ihrem Pflegeverständnis auf die Wohnbereiche ausüben. Mein Gefühl und Empfinden ist, es wird zu viel übereinander und nicht miteinander gesprochen. Erschwerend ist, wenn Leitungen, Wohnbereichsleitungen oder Mitarbeiter häufig wechseln. Nur ein festes Team, welches Vertrauen zueinander hat, kann den Weg zur palliativen Pflege einschlagen.

E-Mail einer Qualitäts- und Palliativbeauftragten (2011)

Menschen mit Demenz in Organisationen Ethische Prinzipien im täglichen Umgang



KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz

*Hochbetagte und/ oder Menschen mit Demenz
brauchen gute Organisationen, die sich ihnen und
ihren Bedürfnissen anpassen und nicht umgekehrt.*

Heimerl: 2012, 49

Palliative Care in Einrichtungen – „Implementierungsansätze“



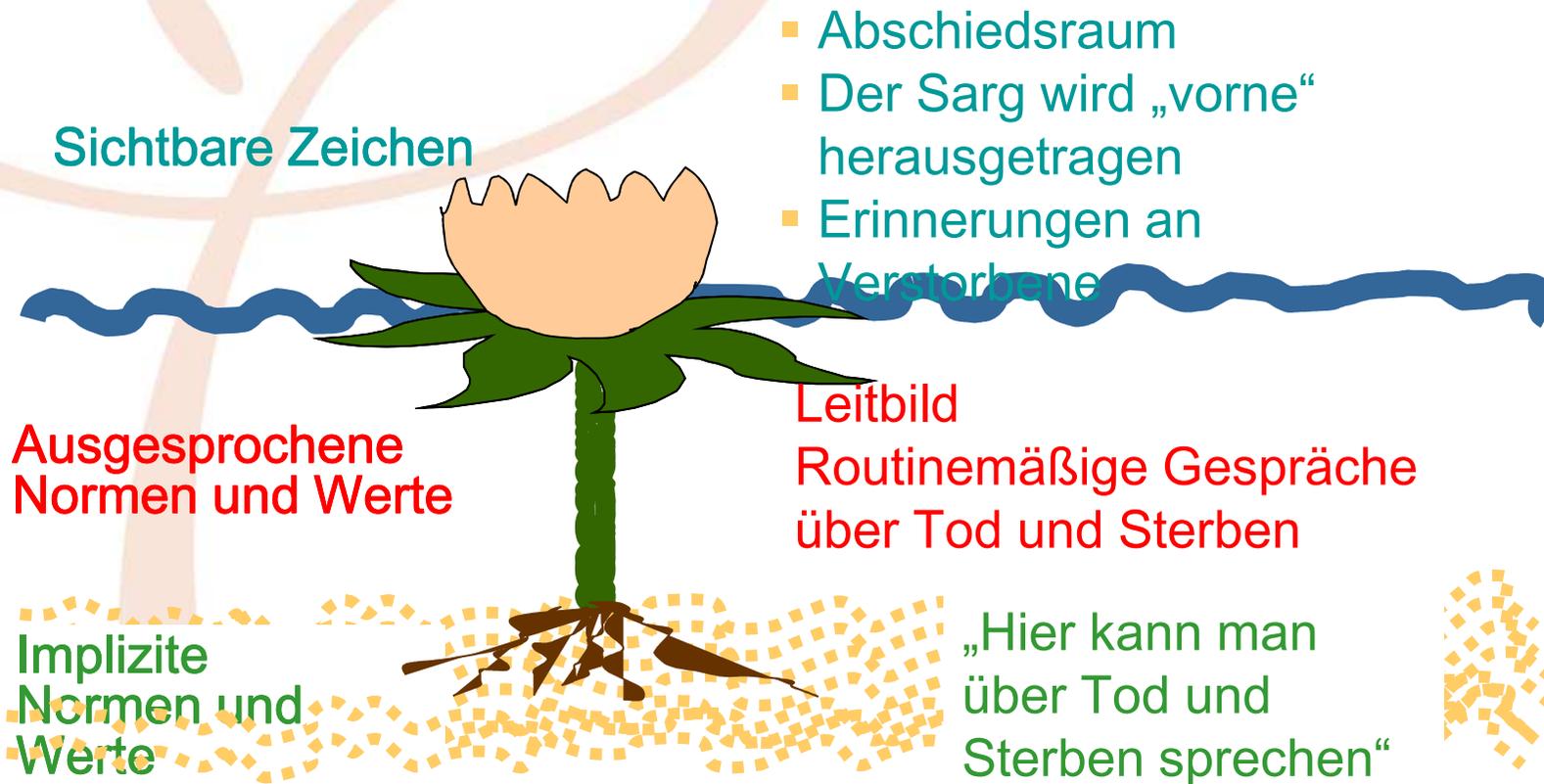
KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz

Es gibt unterschiedliche **Ansätze, Projekte und Modelle** mit dem Ziel, hospizliche und palliative Haltung und Know-how in den Pflegealltag von Heimen zu integrieren und somit **Lernprozesse auf unterschiedlichen Ebenen** in Gang zu setzen, welche die beteiligten Berufsgruppen, KooperationspartnerInnen und sämtliche MitarbeiterInnen **verändern** sollen (sog. Implementierung).

(vgl. Wegleitner 2006: 4; Heller A. 2002: 182).

Intelligente Pflegeheime: Palliative Geriatrie + Organisationsentwicklung

Die Seerose als Metapher für Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenzen (Palliative Geriatrie) im Heim. (vgl. Schein 1995; Heimerl 2011)



Heimerl 2011

Palliative Geriatrie Konzepte weiterentwickeln und leben

Umwelt

Umwelt



- Leitungsverantwortung
- Basisorientierung
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- zeitliche Kontinuität

- Ressourcen
- Kollegialität
- Offenheit
- Prinzip der Narrativität

Umwelt

Umwelt

Abbildung: Konzepthaus.
Alzheimer 2008,
Müller 2010.

Palliativkompetenz für Hochbetagte zeichnet aus

Menschenbild, Führungsstil, Pflegekonzept
müssen der palliativen Grundhaltung entsprechen

Kompetenz in Kommunikation

- mit schwer kontaktierbaren Hochbetagten
- mit Angehörigen und Nahestehenden
- im Team

Geriatrische Kompetenz (Medizin und Pflege)

- allgemeine Geriatrie
- gerontopsychiatrisch
- gerontopharmakologisch

Palliative Kompetenz (Medizin und Pflege)

- Schmerztherapie
- Symptomkontrolle
- „große“ und „kleine“ Ethik

Kojer, 2007

Lebensqualität zuerst – für alle – bis zuletzt

Konzepte



KOMPETENZ
ZENTRUM
PALLIATIVE
GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz

für BewohnerInnen

- den eigenen Weg gehen können.
- ihr Lebensraum wird auf ihre Bedürfnisse angepasst.
- alles zu seiner Zeit: **150 Modelle für 150 Menschen**
- Wohngruppen, Betreuungs- und Pflegegruppen, Pflegeoasen, temporäre Aufenthalte/ Angebote
- Anregungen: Essen & Trinken, Musik, Tiere etc.

für Angehörige- und Nahestehende

- Beteiligung von Anfang an: Pflege und Betreuung, Forum, Gruppen, Bildung, Trauergruppe etc.

für Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen

- Kompetenz und Haltung: Bildung, Validation, Basale Stimulation, Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Reflexion, (ethische) Fallbesprechung, Advance care planning, Kreativität, Beteiligung, Führung und flache Hierarchie etc.

ALT UMSORGT VERSORGT

Zum Welthospiztag: Jubiläumstagung
und Bürgertag am 9. und 10.10.2015
AUSSTELLUNG | FACHTAGUNG | BÜRGERPROGRAMM



BERLIN

palliative-geriatrie.de/fachtagung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG
Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH

Postanschrift
KPG
Richard-Sorge-Straße 21 A
10249 Berlin

Dirk Müller
+49 172 3087736
+43 664 5505529
palliative-geriatrie@berlin.de

www.palliative-geriatrie.de

www.altershospizarbeit.de