

10 Kritische [Kontroll] Punkte zur Erhaltung der betrieblichen Organisation (K[K]P-EbO) bei epidemischen Ausbrüchen - aktuell COVID-19

Sehr geehrte Damen und Herren!

*SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 in Pflegeheimen stellt die Organisation, die Führung, die Mitarbeiter*innen sowie Bewohner*innen und Angehörige vor Herausforderungen, mit welchen wir bis dato nicht gerechnet haben und somit auch in dem Ausmaß nicht berührt waren.*

Die Erfahrungen aus den ersten Häusern mit COVID-19 Erkrankungen/ Ausbrüchen haben folgende K[K]P erbracht, denen Sie sich zur Sicherung der EbO unbedingt widmen müssen:

K[K]P-EbO / COVID 19 - 1: Organisations- und Führungsverantwortungen

- a) Die **Verantwortlichkeiten des Pflegeheimbetreibers (PHB)** umfassen, im Sinne der Organisationsverantwortung, unter anderem die
- Veranlassung, Sicherstellung und strategische Führung eines wirksamen Krisenmanagements
 - Sicherstellung von Ressourcen (Personal, Materialien, Beratungsdienste)
 - Delegation von Maßnahmen an die operative Führung (HL und PDL)
 - Sicherstellung der Krisenkommunikation
- b) Die **Verantwortlichkeit der Heimleitung (HL)** umfasst zusammengefasst die „*Organisation, Qualitätssicherung und Leitung*“ des Hauses.

Aufgaben sind unter anderem:

- Operative Ausführung des Krisenmanagements für das gesamte Haus in Abstimmung mit der PDL
- Verantwortlichkeit für alle Personalagenden der Wirtschaft (Küche, Reinigung, Wäscherei, Haustechnik und ggf. weitere)
- Organisation der Ressourcen, unter anderem
 - o wirtschaftliches, verwaltungstechnisches sowie Hilfspersonal
 - o Sicherstellung und Organisation der PSA (persönliche Schutzausrüstung) für das gesamte Haus (Bestellwesen)
 - o Sicherstellung der Verpflegungskontinuität
 - o Sicherstellung der Reinigungskontinuität (erhöhten Bedarf berücksichtigen)
 - o Sicherstellung der Wäscheversorgung bzw. -aufbereitung
- Anleitung und Information des zuständigen Personals sowie diesbezügliche Unterstützung der PDL
- Organisation einer psychologischen Begleitung des Hauses (Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen, Führung)
- Organisation von externen Beratungsdiensten, wie Hygieneexperten

- c) Die **Verantwortlichkeit der Pflegedienstleitung (PDL)** umfasst zusammengefasst die Sicherung und Überwachung der Pflegeorganisation sowie den Einsatz und die Führung des Pflegepersonals.
Dabei sind von der PDL in der gegenständlichen Krise, die Möglichkeiten unter Bedachtnahme qualitätssichernder Maßnahmen zu nutzen, welche die aktuelle Änderung des GuKG in Bezug zur COVID-19 Pandemie erbringt. Siehe dazu *[K]P-EbO / COVID 19 - 6: Sicherstellung einer ‚sicheren‘ Pflegeorganisation*

Aufgaben sind unter anderem:

- Operative Ausführung des Krisenmanagements im Bereich der Pflege inkl. Sicherstellung (einer adäquaten) der ärztlichen Versorgung.
- Organisation der Ressourcen
 - o Adäquates Pflegepersonal inkl. Hilfspersonal
 - o Bedarfserhebung der Schutzausrüstung (PSA) für das gesamte Haus (Festlegung, Prüfung und Kontrolle bzgl. Eignung sowie Überwachung des korrekten Einsatzes)
 - o Organisation der ärztlichen Versorgung
- Anleitung und Information des zuständigen Personals

Alle Anführungen sind beispielhaft und sollen primär dazu dienen die ‚Sensibilität und das Bewusstsein‘ für die Verantwortungen der Linienführungen zu schärfen.

Zusammengefasst wird, dass es gegenüber den Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen die oberste Prämisse der Führung sein sollte das Sorgfaltsprinzip, welches auch in Krisensituationen - zeiten seine Gültigkeit nicht verliert, zu sichern. Dies unabhängig von Größe und Struktur der Einrichtung. Es empfiehlt sich zum Zwecke der Beweisführung dies nachweislich zu tun (Führung eines ‚Krisenhandbuches‘).

K[K]P-EbO / COVID 19 - 2: Dienstorganisation – ‚Präventivpläne‘ erstellen

- a) **‚Schicht- und Partien Dienste‘** planen (am besten 7 Tage Schichten), um die Ausfallquote der Mitarbeiter*innen bei COVID-19 Kontakten im Haus so gering wie möglich zu halten. Dies gilt für alle Bereiche (Pflege, Küche, Reinigung, Wäscherei, Haustechnik, Verwaltung und ggf. weitere) des Hauses.
- b) Für **Führungsververtretungen** sorgen (gilt ebenso für alle Bereiche im Haus wie Pflege, Verwaltung, Reinigung, Wäscherei, Küche, Haustechnik sowie interne Hygienebeauftragte). Dabei ist zu beachten, dass die Führung eine Schlüsselfunktion stellt und eine Anleitung vom ‚Homeoffice‘ beschränkter Wirkungsgrad hat. Deshalb rechtzeitige Einführung der Vertretungspersonen sichern.
- c) **Personal Akquirierung** (Pflege-, aber auch Hilfs- bzw. Versorgungspersonal)
Nicht warten bis man das Personal braucht - Personal kann in ‚Bereitschaft‘ sein.
- Pflegepersonal: Denken Sie unter anderem an Mitarbeiter*innen in Karenz, Praktikant*innen, Schüler*innen – wenden Sie sich beispielhaft an Krankenpflegeschulen.
 - Unterstützendes Personal: Zivildienstler, Personen aus der Gastronomie, Reinigungsdienste (ggf. vorweg Kontaktaufnahme mit professionellen Reinigungsfirmen), usw.

- d) Vorweg planen, wie bei Pflegepersonalmangel vorzugehen ist (alle wirtschaftlichen Arbeiten abgeben) – **Es gilt in der Zeit der Krise: ‚Pflege konzentriert sich auf Pflege‘** – diesbezügliche Arbeitspläne erstellen.

K[K]P-EbO / COVID 19 - 3: Sicherstellung von versorgungskritischem Schlüsselpersonal im Rahmen der „Behördlichen Vorgangsweise bei Kontaktpersonennachverfolgung“

Vorweg Kontaktaufnahme mit der zuständigen Bezirkshauptmannschaft (Bezirkshauptmann, zuständiger/m Referent*in, Amtsarzt/Amtsärztin) um Informationswege für den Anlassfall abzuklären. Betrifft Testungen, Befundrückmeldungen, Absonderungsbescheide, Anträge und Vorgangsweise für die ‚Schlüsselpersonalfreigabe.‘

Eine ‚Schlüsselpersonalfreigabe‘ kann nur dann erfolgen, wenn die Rahmenbedingungen sichergestellt sind:

1. Sicherstellung der korrekten Schutzkleidung - vor allem was den Atemschutz betrifft: mindestens Filtermaske der FFP 2 Klasse – OHNE Ausatemventil, welcher der/die Mitarbeiter*in während der gesamten Dienstzeit tragen muss.
2. Verhaltensanleitungen: für die Sicherstellung der Einhaltung ist je nach Personalzuständigkeit die Heim- oder Pflegedienstleitung verantwortlich.

K[K]P-EbO / COVID 19 - 4: Hygienemanagement

Prüfen Sie Ihr Hygienekonzept auf Wirksamkeit, unter aktiver Beziehung Ihrer internen bzw. externen Fachexperten (Hygienefachkräfte, Hygieneinstitute) und lassen Sie Ihr Hygienemanagement in den Abläufen bzgl. epidemischen Ausbruch prüfen.

- a) **Schutzkleidung** (die meisten Ansteckungen von Mitarbeiter*innen passieren durch das ‚Nichttragen‘ oder ‚Falschtragen‘ von Schutzkleidung)
1. Prüfen Sie Ihre Schutzkleidung auf Tauglichkeit und Erfordernisse. Das Tragen von nicht ausreichend geeigneten Materialien, wie beispielhaft FFP 1 Masken in der Pflege kann nur die ‚Ausnahme von der Ausnahme‘ sein.

Ein ‚No go‘ ist das Tragen von derzeit angepriesenen MNS aus Stoff (selbst genähte Masken) im unmittelbaren Pflegesetting, auch das Tragen von OP-MNS, bei COVID 19 Verdacht oder Infektion ist als äußerste Notoption zu betrachten!!!

2. **Es gilt sich nachweislich laufend um adäquate Schutzausrüstung zu bemühen!!**
Achtung hier ist neben der Bewohner*innen Sicherheit, die Fürsorgepflicht des AschG zu beachten.
Siehe dazu Stellungnahme der Arbeitsinspektion unter https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Atemschutz_PSA.html
3. Trainieren Sie mit Ihren Mitarbeiter*innen nachweislich die Anwendung - ggf. unter Beziehung von Experten bei den Unterweisungen.
Alle MitarbeiterInnen werden im korrekten An- und Ablegen des Mundschutzes trainiert!
4. Für Notfälle/Engpässe Alternativen andenken und in Reserve halten z.B. Anmietung von OP-Kitteln, welche ggf. im Haus wiederaufbereitet werden können. Wenn auch diese Option nicht

möglich langärmelige Textilübermäntel/Kasaks udgl. nutzen, welche zusätzlich mit einer Einmalschürze geschützt werden uw. Möglichkeiten prüfen.

Bei Mangel an FFP2/FFP3 Masken an die Möglichkeit der Wiederaufbereitung (verifizierte Verfahren) andenken.

Achtung: Sämtliche Abweichungen von den Normanforderungen sind mit der internen oder externen Hygieneberatung abzustimmen.

b) Isoliereinheiten

1. Planen Sie Isolierzimmer / -einheiten bereits für einen umfassenderen Ausbruch z.B. 10 Bewohner*innen.
2. Halten Sie die erforderlichen Utensilien (Hygiene- und Pflegeartikel) ‚griffbereit‘.
3. Sichern Sie laufend Ihr Depot, um Engpässen bei Mehrbedarf entgegenzuwirken.
4. Lassen Sie das Konzept von der externen Hygieneberatung beurteilen.
5. Sofortige Einleitung von Isolierungen bei Bekanntwerden von Verdachtsfällen (Bewohner und/oder Mitarbeiter) von Quellen- und ggf. (je nach Ausbreitung) Schutzisolierungen.
6. Beachten Sie die *Isolierempfehlungen zur Entlassung von PatientInnen nach stationärer Aufnahme aus Krankenhäusern in Pflegeheime und Hauskrankenpflege* – siehe Beilage.

c) Hygieneabläufe - Anleitung der Mitarbeiter*innen - Informationsmanagement

1. Mitarbeiter*innen brauchen einfache und klare Orientierungen.
2. Vorweg Arbeitsanleitungen für alle Bereiche verfassen (lassen).
3. Erstellen Sie für alle Bereiche (Pflege, Reinigung, Küche, Wäscherei, Haustechnik) bedarfsbezogene Anleitungen.
4. Geben Sie valide Informationen – ein zu viel und sich laufend ändernde Informationen verunsichern die Mitarbeiter*innen.
5. Visualisieren Sie Anweisungen - dort wo sie gebraucht werden z.B. Anleitung zum Ein- und Ausschleusen zu Isoliereinheiten.
6. Unsicherheiten entgegentreten – wenn notwendig tägliches kurzes ‚Meeting‘ zur Klärung von Fragen (Medienberichten, Informationsvielfalt uw.).
7. Unterweisung aller MitarbeiterInnen – dabei das Wissen evaluieren – die Mitarbeiter müssen Bescheid wissen! Laufende ‚Refresher‘, vor allem von Personen, welche länger nicht im Dienst waren z.B. nach Urlaub, Krankenstand uä.
8. Mitarbeiter*innen die sich in Isoliereinheiten einschleusen müssen, werden zudem im Anziehen und Ausziehen der Schutzkleidung trainiert (vor allem beim WIEDER ANZIEHEN von bereits benützten Materialien, wie Mundmasken und Übermäntel besteh eine hohe Kontaminations- und Infektionsgefahr) – **JEDER zeigt es einmal vor!**
9. **Lassen Sie die Einhaltung der ‚Hygieneregeln‘ täglich durch Beauftragte prüfen.**

K[K]P-EbO / COVID 19 - 5: SARS-CoV-2 Einschleppungen verhindern – Risiken minimieren

COVID-19 entsteht nicht im Pflegeheim, sondern wird von außen eingeschleppt. Dabei sind vor allem drei Wege zu beachten:

1. **Mitarbeiter*innen:** Diese auf die freiwillige Einschränkung sozialer Kontakte außerhalb des Hauses (im Privatbereich) hinweisen. Darüber informieren, dass auch Haushaltsangehörige (wie Lebenspartner*innen) sich nach Möglichkeit diesbezüglich einschränken und die Sicherheitsvorkehrungen strikt einhalten sollten.

Folgendes Übertragungs-Szenario ‚vor Augen führen‘:

*Freunde von Lebenspartner*in → Lebenspartner*in → Mitarbeiter*in → Einrichtung*

Innerhalb des Hauses soziale Kontakte (z.B. Dienstübergaben, Pausen, Umkleide usw.) nur unter entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen, wie Tragen zumindest eines MNS / FFP1 Maske UND 2m Abstand einhalten. Dies gilt für alle Mitarbeiter*innen der Einrichtung (Küche, Reinigung, Wäscherei, Haustechnik, Verwaltung usw.).

Unumgänglich dabei ist zudem die Sicherstellung der regelmäßigen Händedesinfektion.

2. **Transfer von Bewohner*innen aus Krankenhäusern.** Dazu beachten Sie die aktuellen *„Empfehlungen zur Entlassung von PatientInnen nach stationärer Aufnahme aus Krankenhäusern in Pflegeheime und Hauskrankenpflege“* - siehe Beilage. Weiters Transfer in Krankenhäuser auf das Notwendigste beschränken z.B. Besuche in Ambulanzen – prüfen, ob Behandlung nicht durch den Hausarzt durchgeführt werden kann.
3. **Besuche:** Hier sei neben den Angehörigen auf Lieferanten und Dienstleister sowie Hausärzte hingewiesen.
Kein Betreten der Einrichtung ohne adäquate Schutzausrüstung, Anleitung und Dokumentation!

K[K]P-EbO / COVID 19 - 6: Sicherstellung einer ‚sicheren‘ Pflegeorganisation

In Krisensituationen, -zeiten wie epidemische Ausbrüche ist mit einem Ausfall von Mitarbeiter*innen zu rechnen, welcher sich in der Pflegeorganisation als ‚kritisch‘ entwickeln kann.

Es ist Auftrag der Pflegedienstleitung

1. zumindest den Standard der ‚sicheren‘ Pflege zu gewährleisten,
2. das Pflegepersonal von ‚Nebentätigkeiten‘ zu entbinden, **damit sich Pflege auf Pflege konzentrieren kann,**
3. einen ressourcenorientierten Einsatz des verbliebenen Personals zu sichern – Personal braucht Erholungsphasen,
4. bei nachteiligen Entwicklungen die 1. – 3. betreffend, rechtzeitig die HL und Betriebsführung in den Prozess einbeziehen.

Es wurde dazu die PAVO der COVID-19 Krise mit 26.03.2020 angepasst:

§ 1 Abs. 4:

„Ungeachtet der vorstehenden Bestimmungen kann der Personalschlüssel aufgrund der Covid-19-Krise unterschritten werden. Eine solche Unterschreitung ist während der Covid-19-Krise zulässig, wenn die Pflege und Betreuung gewährleistet werden kann und das Fach- und Hilfspersonal nicht im vorgeschriebenen Ausmaß im Sinne der PAVO 2017, zuletzt in der Fassung LGBl. 37/2019, zur Verfügung steht.“

Zudem wurde auch das GuKG bis Ende der COVID-19 Krise der gegenständlichen Situation angepasst:

Durch die Änderung in § 3a Abs. 7 wird ermöglicht, dass für die Dauer einer Pandemie auch Personen, die nicht über eine Berechtigung zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten verfügen, zu Tätigkeiten der pflegerischen Basisversorgung herangezogen werden können.

Durch diese Regelungen soll das Tätigwerden von Personen, die eine Qualifikation in der Gesundheits- und Krankenpflege erworben haben, aber (noch) nicht im Gesundheitsberuferegister eingetragen sind, bei einer Pandemie ermöglicht werden.

Dies betrifft einerseits Absolventen/-innen einer inländischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, in der Pflegefachassistenz und in der Pflegeassistenz, deren Eintragung im Gesundheitsberuferegister noch nicht beantragt bzw. abgeschlossen werden konnte. Andererseits sind noch nicht im Gesundheitsberuferegister eingetragene Berufsangehörige erfasst, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben und bereits einen Anerkennungs- bzw. Nostrifikations-Bescheid erworben haben und allenfalls noch nicht die Absolvierung einer Ergänzungsausbildung abgeschlossen haben.

Die Bestimmung umfasst auch bereits im Ruhestand befindliche Berufsangehörige (Anmerkung: hierzu ist zu beurteilen, ob 'Personen im Ruhestand' nicht in die Gruppe der Risikogruppe fallen).

Mit Ende der Pandemie erlischt diese Berechtigung. Eine weitere Berufsausübung setzt die Registrierung im Gesundheitsberuferegister voraus.

Diese angepassten Regelungen ermöglichen und fordern von der PDL die Sicherstellung eines adäquaten Einsatzes sowie eine regelmäßige Kontrolle der Pflegequalität.

Weiters gilt es im Pflegekrisenmanagement zu entscheiden, was an Pfl egetätigkeiten erforderlich ist und was ggf. zwischenzeitlich (wenn Personalmangel eklatant) hintangestellt bzw. reduziert werden kann. Es kann dazu sogar erforderlich sein, gewisse Tätigkeiten vorübergehend in eine Funktionsorganisation überzuführen.

Dazu sind tägliche klare Anleitungen und tägliche Adaptierungen notwendig, welche dokumentiert und in den Dienstübergaben kommuniziert werden.

Machen Sie vorweg Pläne, was im Anlassfall ggf. nicht durchgeführt werden kann/muss. Dabei ist zu beachten, dass bei den Planungen, **trotz der fordernden Situation eine ‚sichere‘ Pflege, gewährleistet werden muss** - Fokus auf erforderliche Prophylaxen, um Bewohnerschädigungen vorzubeugen.

‚Taktgeber‘ ist dazu die PDL, welche die Situation täglich neu zu bewerten hat und im Sinne des Sorgfaltsnachweises gegenüber Dritter (z.B. Behörde) dokumentiert, was bei wem und warum nicht möglich war (dient im Anlassfall der Rechtfertigung).

K[K]P-EbO / COVID 19 - 7: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Grundsätzlich ist es richtig, den Personenverkehr in Einrichtungen auf ein Minimum zu reduzieren. Das gilt auch für Hausarztbesuche. In vielen Fällen wird es ausreichend sein, Beobachtungen des Gesundheitszustandes von dem/der Bewohner*in telefonisch zu kommunizieren und Anordnungen per Mail oder Fax entgegenzunehmen.

Was dem gegensteht ist, gänzlich auf die persönliche Präsenzen der Hausärzte zu verzichten. Vor allem, wenn der Gesundheitszustand der Bewohner*in eine persönliche Untersuchung erfordert.

Hierzu sei unter anderem auf § 49 (2) ÄrzteG hingewiesen.

*Die Ärztin/Der Arzt hat ihren/seinen Beruf **persönlich und unmittelbar, erforderlichenfalls in Zusammenarbeit** mit anderen Ärztinnen/Ärzten und Vertreterinnen/Vertretern einer anderen Wissenschaft oder eines anderen Berufes, auszuüben. Zur Mithilfe kann sie/er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren/seinen genauen Anordnungen und unter ihrer/seiner ständigen Aufsicht handeln.*

Weiters in § 49a (1) und (2) Die Ärztin/Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen. Im Sinne des Abs. 1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.

Die Gewährleistung der Sicherheitsvorkehrungen, zu einem das Haus vor der Einschleppung von SARS-CoV-2 und zum anderen den Hausarzt vor COVID-19 schützen, bedarf der Organisation im Vorfeld.

Was sich in anderen Häusern bewährt hat ist, wenn sich ein Hausarzt bereit erklärt die persönlichen Visiten, auch für die Patient*innen der ärztlichen Kolleg*innen mit zu übernehmen, und dem Haus als ‚Behandlungskordinator*in‘ vorsteht.

Das erbringt den Vorteil des reduzierten Personenverkehrs und der Kontaktpersonen sowie einen restriktiven Einsatz von Schutzausrüstungen. Die Bereitstellung der Schutzausrüstung für den Hausarzt ist vorweg mit der Heimleitung zu klären.

Grundsätzlich können die Hausärzte die Schutzkleidung über die Ärztekammer anfordern bzw. bei der Landesgesundheitsdirektion nachfragen.

Weiters hat sich bewährt, für den Fall des Auftretens von COVID 19 Symptomen ein adäquates Behandlungskonzept vor Ort zu ‚deponieren‘ (Einzelfallverordnungen).

K[K]P-EbO / COVID 19 - 8: Beiziehung von Palliativteams

Organisieren Sie rechtzeitig professionelle palliative Unterstützung und Begleitung in Zusammenarbeit mit Ihrem zuständigen Hausarzt. Nehmen Sie Kontakt zum mobilen Palliativteam auf.

K[K]P-EbO / COVID 19 - 9: Bereitstellung von versorgungskritischen Gesundheits- und Schlüsselpersonal bei SARS-CoV-2 Kategorie I Kontaktpersonen

Unter den Begriff „versorgungskritisches Gesundheits- und Schlüsselpersonal“ fallen im Pflegeheim Angehörige von Berufsgruppen wie Gesundheits- und Pflegepersonal sowie Personal zur Aufrechterhaltung kritischer Infrastrukturen z.B. Küchenpersonal und nur dann, wenn eine begründet versorgungskritische Situation gegeben ist.

Dies hat zur Folge, dass die Leitung (HL) der jeweiligen Einrichtung der zuständigen Gesundheitsbehörde bekanntzugeben hat (es ist ein Antrag zu stellen), dass es sich bei der betroffenen Person explizit um versorgungskritisches Personal handelt.

Ein beruflicher Einsatz am Arbeitsplatz trotz Klassifizierung als Kategorie I-Kontaktpersonen kann nur angedacht werden, wenn diese Personen dort als absolut unentbehrlich angesehen werden und durch deren Abwesenheit unabwendbarer Schaden entsteht.

Sofern dies die jeweilige Arbeitstätigkeit zulässt, ist die Durchführung der beruflichen Tätigkeit mittels Homeoffice jedenfalls zu bevorzugen.

Versorgungskritisches Gesundheits- und Schlüsselpersonal, das als Kategorie I - Kontaktperson klassifiziert wurde, darf im Sinne dieses Dokumentes nur dann außerhalb des Wohnortes weiterarbeiten, wenn auf Grund des gesundheitlichen Zustands kein Hinweis auf COVID-19 vorliegt.

Was die zu beachtenden empfohlenen Auflagen am Arbeitsplatz angeht, so müssen notwendige Personenkontakte bzw. die Personengruppe zu denen Kontakt besteht (vgl. vulnerable Personengruppen im Berufsalltag), der Arbeitsplatz, der Arbeitsweg, Wege am Arbeitsplatz etc. bedacht und unter Umständen zusätzlich erforderliche Vorgaben auf Basis dieser individuellen Situation definiert werden.

Für die Einhalten der Vorgaben und Sicherstellung der Maßnahmen zur Risikominimierung einer Übertragung von SARS-CoV-2 zeichnen sich die Führungskräfte im jeweiligen Verantwortungsbereich verantwortlich.

K[K]P-EbO / COVID 19 - 10: Psychologische Begleitung von Bewohner*innen und Angehörige sowie der Mitarbeiter*innen UND FÜHRUNG (HL, PDL, Bereichsleitungen usw.)

Planen und organisieren Sie rechtzeitig professionelle Unterstützung zur Betreuung. Diesbezügliche Ansprechpersonen schriftlich (Name und Telefonnummer) festhalten und den Mitarbeiter*innen kommunizieren, wer und wie die psychologische Unterstützung herangezogen werden kann.

1. Für Bewohner*innen zum Zwecke der Begegnung von Ängsten, Unsicherheiten, Vereinsamung usw. Vor allem demente Menschen benötigen jetzt entsprechende Begleitung.
2. Für Mitarbeiter*innen zum Zwecke der Begegnung von körperlichen und mentalen Überforderungen, Schuldgefühlen usw., aber auch Ängste und Unsicherheiten privates Umfeld betreffend, wie auch Aufzeigen von Möglichkeiten zur Anwendung von Entspannungstechniken.
3. Für die Führung im Sinne der führungstechnischen Verantwortung Entscheidungen zu treffen, den Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen Sicherheiten zu geben usw.

Beratung - Hilfe - Coronavirus - Hotlines

Telefonische Gesundheitsberatung (COVID-19 Verdacht)	1450
Amtsärztlicher Dienst der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde - Liste beiliegend (Veranlassung COVID-19 Testung)	
Coronavirus-Hotline der AGES (allgemeine Informationen zu COVID-19)	0800 555 621
Amt d. Stmk.LR, Abteilung 8 /Pflegermanagement von 08:00 – 16:00 Uhr (Hilfestellungen zur COVID-19 Themen sowie Fragen und Anregungen zu Aussendungen)	0316/ 877 - 3550
KIT (Krisenintervention) Land Steiermark von 09:00 – 21:00 Uhr (Bereitstellung einer unmittelbaren psychologische Betreuung)	0800 500154
Koordination Palliativbetreuung Steiermark Mobile Palliativteams bezirksweise organisiert - siehe https://www.palliativbetreuung.at/cms/list/2964637/DE/	0316/ 340 - 5583
AK/ÖGB-Hotline zu arbeitsrechtlichen Fragen	0800 22120080
Wirtschaftskammer	0590900 4352

Weitere für die Einrichtung wichtige Ansprechpartner*innen: