

## Indikatoren im HPCPH Projekt, 30.06.2015

### Qualitätssicherung durch Leitziele und Schlüsselindikatoren im HPCPH Projekt

**In einem nachhaltig gedachten HPCPH Projekt ist Qualitätssicherung selbstverständlich. Was versteht man darunter?**

*Woran erkennen die Heime, dass sie Hospizkultur und Palliative Care (HPC) wirkungsvoll umsetzen? Woran können BewohnerInnen erkennen, dass sie in diesem Heim wirklich nach einem HPC-Konzept betreut werden? Woran erkennen es die Angehörigen? Und woran merken die MitarbeiterInnen gelebte HPC?*

*Woran wollen sich Heime im Bereich HPCPH messen lassen und woran wollen sie sich selbst messen?*

Nur in Organisationen, die diese Fragen für sich klären, lässt sich über Qualität reden. Dadurch soll von BewohnerInnen und Angehörigen aber auch von der Führung und den MitarbeiterInnen eine Leistung eingefordert werden können, von der klar ist, wie sie konkret aussehen soll. Mit verlässlichen Ziel- und Orientierungspunkten können Beobachtungen und Kritikpunkte objektiviert werden.

Deshalb gehen wir davon aus, dass HPC in Pflegeheimen nur dann nachhaltig umgesetzt werden kann, wenn ein Prozess der Auseinandersetzung darüber stattgefunden hat, was mit diesem Projekt wirklich erreicht werden soll. HPC muss kontinuierlich sowie transparent an BewohnerInnen, Angehörige wie auch die MitarbeiterInnen kommuniziert sein. HPC darf und soll innerhalb und außerhalb der Heime öffentlich werden. Z.B. kann HPC Qualität und Kultur in Form von Postern/ Tafeln in den Eingangsbereichen dargestellt werden.

Alles, was offen und als Versprechen sichtbar ist, wird auch eingefordert werden. Wenn MitarbeiterInnen genau wissen, worauf sie achten müssen, um HPC Qualität erkennbar zu machen, können sie ihre Kompetenzen auch gezielt einsetzen.

Qualitätssicherung dient der nachhaltigen Wirksamkeit des HPCPH-Projekts. Die geschaffenen Strukturen sind die beste Garantie qualitätssichernd den HPCPH Prozess im Heim lebendig zu halten und weiterzuentwickeln. Qualitätssicherung im HPCPH Projekt bedeutet primär, dass alle Beteiligten - BewohnerInnen und Angehörige, Pflege- und Betreuungspersonen, ÄrztInnen und TherapeutInnen, MitarbeiterInnen und Ehrenamtliche - wissen, woran sie die Qualität der Umsetzung von HPC erkennen können. Sie können dann ihren Beitrag leisten, um Qualität umzusetzen bzw. diese einfordern.

## **Leitziele**

Leitziele dienen der Qualitätssicherung und klären die Frage: ***Was muss im Heim/ in der Einrichtung geleistet und gewährleistet sein, damit der HPC-Gedanke lebendig und wirkungsvoll umgesetzt wird?***

Ausgehend von der Vorarbeit im HPCPH Vernetzungstreffen im Mai 2014 hat die Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung“ fünf solcher Leitziele identifiziert:

1. Die Führung des Heimes bekennt sich zum HPCPH-Prozess und unterstützt diesen aktiv
2. Das Instrument des Vorsorgedialog ist im Heim implementiert
3. Die MitarbeiterInnen sind kompetent in Haltung und Wissen im HPC Feld
4. HPC ist in die Organisationsstrukturen und Prozesse des Hauses eingebettet
5. HPC trägt sichtbar zur Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen bei.

Der Dialog am Vernetzungstreffen im Mai 2014 und die nachfolgenden Reflexionen der Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung“ haben deutlich gemacht, dass für das HPCPH Projekt diese 5 Leitziele im Zentrum stehen. Wenn sie umgesetzt sind, dann führt das zur nachhaltigen Sicherung und Weiterentwicklung einer lebendigen HPC Kultur im Pflegeheim.

## **Schlüsselindikatoren**

Neben den 5 Leitzielen ist für die Umsetzung von HPC im Pflegeheim wichtig zu klären: Woran erkennt man konkret, dass diese Leitziele tatsächlich umgesetzt werden bzw. ist dies nachweisbar? Woran lässt sich die reale Umsetzung von der bloßen Behauptung zur Umsetzung unterscheiden? Woran wird es wirklich sichtbar und fassbar, ob ein Leitziel umgesetzt wird?

Indikatoren sind taugliche und praktikable (Kenn-)Zeichen, um die Umsetzung sichtbar zu machen. Sie zeigen an, ob etwas tatsächlich schon, weniger oder gar nicht vorhanden ist. Erst durch Indikatoren wird Qualität beweisbar. So ist die Absolvierung einer einschlägigen Ausbildung ein möglicher Indikator für die Entwicklung von kompetentem professionellem Handeln. Gute Indikatoren sind nichts anderes als taugliche Sichtbar-Macher von Umsetzung oder Nicht-Umsetzung in einem bestimmten Handlungsfeld. Das Handlungsfeld wird wiederum durch das Leitziel definiert.

Schlüsselindikatoren sind jene 3-7 Indikatoren, die einerseits am besten zeigen, ob ein Ziel erreicht wird und die andererseits auch leicht erhoben und als Grundlage für Steuerung und Entscheidungen verwendet werden können.

## **Leistungsvorgaben**

Umsetzung oder Nicht-Umsetzung von Leitzielen sind zwar die begrenzenden Pole, die Realität spielt sich aber fast immer irgendwo dazwischen ab. Die Frage ist daher: In welchem Ausmaß, z.B. zu wie viel Prozent oder wie häufig muss ein Indikator erfüllt sein, damit wir

davon ausgehen können, dass die dahinter liegenden Handlungen auch wirksam zur Umsetzung der anvisierten Leistungsziele beitragen?

An einem Beispiel festgemacht, könnte der Zusammenhang der Begriffe Leitziel, Schlüsselindikator und Leistungsziel folgendermaßen festgemacht werden

**Leitziel:** Ich pflege 2015 einen gesunden Lebensstil

**Schlüsselindikator 1:** optimaler/ normaler Blutdruck

**Leistungsziel:** Im Monatsdurchschnitt bei täglicher Messung systolisch < 125, diastolisch < 84.

**Schlüsselindikator 2:** regelmäßiges Ausdauertraining

**Leistungsziel:** 3x pro Woche 1 Std laufen im Pulsbereich 140-150

**Schlüsselindikator 3:** fleischarme Ernährung

**Leistungsziel:** Im Monatsdurchschnitt 4 fleischarme Tage/ Woche

Leistungsziele und Schlüsselindikatoren werden mir helfen, mein Leitziel zu erreichen, ich habe klare Anhaltspunkte, woran ich mein Handeln fokussieren kann. Andererseits wird es auch für jeden Außenstehenden leichter sicht- und überprüfbar, ob ich jemand bin, der seinen gesunden Lebensstil lediglich behauptet, oder der tatsächlich etwas dafür tut.

## Qualitätssicherung und Indikatoren im HPCPH Projekt

### Vorbemerkungen

Die untenstehende Übersicht kann den Führungskräften und HPCPH Verantwortlichen eine Orientierung zur Einschätzung des HPC Qualitätslevels in ihrem Heim geben. Es bietet die Chance die Realisierung einzelner Leitziele zu reflektieren und bedarfsorientiert Maßnahmen zur Weiterentwicklung zu setzen. Wie w. o. erwähnt wurde die Auswahl der Leitziele von den HPCPH VertreterInnen aus den Bundesländern im Rahmen des Vernetzungstreffen 2014 getroffen. Die von der ARGE „Indikatorenentwicklung“ formulierten Schlüsselindikatoren und Leistungsvorgaben sind als prioritäre Auswahl zu verstehen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die folgenden Leitziele und Indikatoren sind im Rahmen einer Qualitätssicherung auf Ebene der einzelnen Heime zu verstehen. Es wird vorausgesetzt, dass die strategischen Ziele des jeweiligen Trägers mit den nachstehend dargestellten Leitzielen, Indikatoren und Leistungsvorgaben kompatibel sind.

Leitziel	Schlüsselindikatoren	Leistungsvorgabe
<b>1. Die Führung des Hauses bekennt sich zum HPCPH-Prozess und unterstützt diesen aktiv</b>	1.1. Absolvierung des Workshops Palliative Geriatrie mit mind. 36 h (lt. Curriculum Palliative Geriatrie-Dachverband Hospiz Österreich) von Führungskräften (Hausleitungen, PDL, Wohnbereichsleitungen, Bereichsleitungen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 80% der Führungskräfte haben den Workshop absolviert</li> </ul>
	1.2. Regelmäßige Besprechungen/ Abstimmungen zwischen Palliativteam im Heim (PT)/ Palliativbeauftragte/r (PB) und Führungskräften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 3x/ Jahr</li> <li>• Protokoll</li> <li>• mit Zielvereinbarungen</li> <li>• Evaluierung der Umsetzung</li> </ul>
	1.3. Sichtbarkeit von HPC in den Organisationsstrukturen und Abläufen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPC ist im Leitbild verankert</li> <li>• HPC findet sich als fixer Bestandteil in Mitarbeitergesprächen</li> <li>• HPC ist in den Stellen- bzw. Funktionsbeschreibungen integriert</li> <li>• HPC ist fixer Bestandteil aller Aufnahmegespräche</li> </ul>

<p><b>2. Der Vorsorgedialog ist als Instrument eingeführt</b></p>	<p>2.1. Vorgenommene Anpassung des Vorsorgedialogs an die Strukturen des Hauses und Implementierung in die Prozesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Prozessbeschreibung wurde vorgenommen und liegt vor</li> </ul>
	<p>2.2. Informiertheit und Schulung der MA (Medizin, Pflege und Leitung) über den Ablauf des Vorsorgedialogs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% der MitarbeiterInnen (Medizin, Pflege, Leitung) sind geschult und kennen ihre Rolle im Vorsorgedialog</li> </ul>
	<p>2.3. Informiertheit von BewohnerInnen sowie der An- und Zugehörigen über die Möglichkeit des Vorsorgedialogs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allen BewohnerInnen wird innerhalb der ersten 6 Wochen ihres Aufenthalts die Möglichkeit zu einem Informationsgespräch zum Vorsorgedialog aktiv angeboten</li> <li>• Der Vorsorgedialog wird in den Bewerbungs- und Informationsbroschüren des Hauses als Instrument der Verwirklichung von Selbstbestimmung erwähnt.</li> </ul>
	<p>2.4. Durchführung eines Vorsorgedialogs mit den einzelnen BewohnerInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle BewohnerInnen, die mehr als sechs Wochen anwesend sind wurden mit der Möglichkeit der Durchführung eines Vorsorgedialogs bekannt gemacht</li> <li>• Abweichungen sind begründet und dokumentiert</li> <li>• Erst- und Folgegespräche sind dokumentiert</li> <li>• Alle MitarbeiterInnen kennen die für sie relevanten dokumentierten Ergebnisse.</li> </ul>
<p><b>3. Die MitarbeiterInnen sind kompetent in Haltung, Wissen und Fertigkeiten im Feld HPC</b></p>	<p>3.1. Einschlägige Ausbildung der MA in palliativer Geriatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% aller MitarbeiterInnen der involvierten Berufsgruppen sind nach dem Curriculum Palliative Geriatrie-Dachverband Hospiz Österreich ausgebildet</li> </ul>
	<p>3.2. Regelmäßige Bildungsbedarfserhebung im Bereich Palliative Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x pro Jahr erfolgt nachweislich eine Erhebung des Bildungsbedarfs</li> </ul>
	<p>3.3. Einschlägige interprofessionelle Palliativausbildung der/des Palliativbeauftragte/n</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativbeauftragte/r verfügt nachweislich über Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care bzw. vergleichbare Ausbildung</li> </ul>

	3.4. Fortbildungsplan Palliative Care (Definition von Angeboten, Ausmaß der Angebote, Budget)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Fortbildungsplan Palliative Care ist erstellt</li> <li>• Der Fortbildungsplan wird jährlich umgesetzt</li> </ul>
	3.5. HPC Kompetenzen der MitarbeiterInnen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% der MitarbeiterInnen fühlen sich sehr sicher bzw. sicher (z.B.: Erhebung im MitarbeiterInnengespräch) in ihrer Kompetenz</li> </ul>
	3.6. Regelmäßige Reflexion der HPC-Kompetenzen im Wohnbereich-Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1x/ Jahr mit der/dem Palliativbeauftragten in den Wohnbereich-Teams mit Ergebnisprotokoll</li> </ul>
	3.7. Bedürfnisorientierte umfassende Begleitung der BewohnerInnen durch MA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% der BW sind diesbezüglich sehr zufrieden oder zufrieden (Erhebung erfolgt alle zwei Jahre - kann integriert werden in bestehende Erhebungsformen) (siehe Beilage 2 als Beispiel)</li> </ul>
	3.8. Bedürfnisgerechte Einbeziehung und Begleitung von Angehörigen durch MitarbeiterInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% der Angehörigen sind mit ihrer Involvierung und der Begleitung zu HPC sehr zufrieden oder zufrieden (Erhebung erfolgt alle zwei Jahre - kann integriert werden in bestehende Erhebungsformen) (siehe Beilage 3 als Beispiel)</li> </ul>
<b>4. HPC ist in die Organisationsstrukturen und Prozesse des Hauses eingewoben</b>	4.1. Vorhandensein von Palliativbeauftragten mit Rollenprofil und Mindestressourcen-Ausstattung. Vorhandensein einer Vertretung der/des Palliativbeauftragte/n	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenprofil für PB und Vertretung ist verschriftlicht und von der Führungskraft unterzeichnet. (siehe Beilage 1)</li> <li>• Aufgaben an PT sind schriftlich festgelegt und von der Führungskraft unterzeichnet.</li> <li>• PB verfügt für diese Aufgabe über ein Zeitbudget von mindestens 10 Stunden/ Monat.</li> </ul>
	4.2. Vorhandensein von einem interprofessionell zusammengesetzten, hauseigenen Palliativteam mit Auftrag und zeitlichen Ressourcen um HPC weiterzuentwickeln.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieses Palliativteam tagt mind. 4x jährlich (Protokoll)</li> <li>• Die Treffen sind mit Tagesordnung vorbereitet</li> </ul>

	<p>4.3. Vorhandensein von extern moderierten Treffen mit HausärztInnen bzw. HeilmärztlInnen, PalliativmedizinerInnen, Pflegepersonen, der/des Palliativbeauftragten und therapeutisch engagierten Personen mit folgenden Zielen: gemeinsame Weiterentwicklung; Informations- und Erfahrungsaustausch, Feedback; BewohnerInnenbesprechungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Treffen findet nachweislich mindestens 2x jährlich statt (mind. 2 Stunden)</li> </ul>
	<p>4.4. Einbindung der Haus/ Palliativbeauftragten in einem trägerübergreifenden HPC Netzwerk zwischen den Pflegeheimen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die/Der Palliativbeauftragte nimmt nachweislich 1-2x jährlich an einem solchen Vernetzungstreffen teil</li> </ul>
	<p>4.5. Das Heim kooperiert mit den spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1-2x jährlich Treffen mit KoordinatorInnen der Hospizteams und Mobilien Palliativteams mit Ergebnisprotokoll</li> <li>• Qualifizierte Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen (nach dem Curriculum von DVHÖ) sind im Pflegeheim verfügbar</li> <li>• Die Expertise des Mobilien Palliativteams wird bei Bedarf in Anspruch genommen</li> <li>• Die Zusammenarbeit ist aus der Dokumentation ersichtlich</li> </ul>
<p><b>5. HPC trägt sichtbar zur Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen bei.</b></p>	<p>5.1. Möglichst hohe Selbstbestimmung bis zum Lebensende</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiel: Vorsorgedialog</li> </ul>
	<p>5.2. Selbstbestimmung für die BewohnerInnen als ein eigenverantwortliches Ziel der Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbestimmung der BewohnerInnen ist in der Verlaufsdokumentation nachvollziehbar.</li> <li>• Vorsorgedialog wird durchgeführt und/oder Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht liegt vor.</li> </ul>

	<p>5.3. Implementierung eines standardisierten Schmerz- und Symptommanagements (mit besonderer Berücksichtigung eines Schmerzmanagements bei demenzkranken Menschen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei 100% aller BW erfolgt eine Schmerz- und Symptomerfassung bei der Aufnahme.</li> <li>• Klare Strukturen für die Durchführung des Schmerz- und Symptommanagements.</li> <li>• Reaktionszeit zwischen Schmerzäußerung und/oder -wahrnehmung und medizinisch/pflegerischer Intervention ist nachvollziehbar.</li> <li>• Stichprobenartige Überprüfung der Schmerz- und Symptomdokumentation</li> <li>• Evaluierung der Wirkung von Schmerz- und Symptominterventionen ist nachvollziehbar.</li> </ul>
	<p>5.4. Verhindern von unerwünschten Krankenhauseinweisungen, wenn das Sterben absehbar ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;80% des Wunsch-Sterbeortes Pflegeheim wird realisiert. Niedrigere Fallzahlen sind nachvollziehbar begründet.</li> </ul>

Beilage 1: Palliativbeauftragte im Pflegeheim, Voraussetzungen, Funktion und Rollengestaltung,  
 Beilage 2: Beispiel für BewohnerInnen-Interview  
 Beilage 3: Beispiel Angehörigenfragebogen

Die Indikatoren wurden in einer Arbeitsgruppe von Hospiz Österreich mit der Moderation von Mag. Kurt Mayer MSc erarbeitet und von der österreichweiten Projektsteuergruppe HPCPH des Dachverbandes Hospiz Österreich und vom Beirat HPCPH diskutiert und verabschiedet. In der Projektsteuergruppe HPCPH Österreich sind folgende Bundesländer vertreten: NÖ, STMK, Burgenland, Salzburg, Vorarlberg, Tirol, Kärnten, Wien; Mitglieder des Beirats: Österreichische Ärztekammer, das BMG, das BMASK, der Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, die ARGE Pflegedienstleitungen, die Verbindungsstelle der Länder, der Hauptverband der Sozialversicherungen, ÖGAM, die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) und GÖG/ÖBIG, Hospiz Österreich