

## Ziele, Maßnahmen/Leistungen und Indikatoren im HPCPH Projekt



Finale Bearbeitung, 9. Juli 2020

Die „Ziele, Maßnahmen/Leistungen und Indikatoren“ wurden vom Beirat HPC in der Grundversorgung<sup>1</sup> und der österreichweiten Steuergruppe HPC in der Grundversorgung verabschiedet.

---

<sup>1</sup> Beiratsmitglieder sind: BAG Freie Wohlfahrt, BMSGPK, BV Alten- und Pflegeheime, GÖG/ÖBIG, IERM, ÖÄK, ÖGAM, ÖGK, ÖGKV - BAG Langzeit-Pflege-Management, OPG, Verbindungsstelle der Länder und der Dachverband Hospiz Österreich

Ein herzliches Dankeschön allen Mitwirkenden aus den landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisation sowie den Praktiker\*innen der Alten- und Pflegeheime für die Weiterentwicklung der „Ziele, Maßnahmen/Leistungen und Indikatoren“ in den Jahren 2014 und 2020. Die Grundlage der „Ziele, Maßnahmen/Leistungen und Indikatoren“ waren die „Richtlinien HPCPH“.

**Projekträger:** **HOSPIZ ÖSTERREICH**  
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen  
Ungargasse 3/1/18  
1030 Wien, Österreich  
Tel: +43/1/8039868  
Fax: +43/1/8032580  
[dachverband@hospiz.at](mailto:dachverband@hospiz.at)  
[www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

**Präsidentin:** Waltraud Klasnic  
**Vizepräsidenten:** Dr. Karl Bitschnau, DSA, MAS; Dr. Johann Baumgartner  
**Geschäftsführung:** Mag.<sup>a</sup> Leena Pelttari, MSc (Palliative Care)

**Projektleitung:** Dr.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Sigrid Beyer  
**Projektkoordination:** Maria Eibel, BSc MA MBA  
**Öffentlichkeitsarbeit:** Mag.<sup>a</sup> Anna Herlinde Pissarek

Das Projekt HPCPH wird u. a. mit Mittel des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gefördert.

#### **Abkürzungsverzeichnis**

BW	Bewohner*in
HPC	Hospizkultur und Palliative Care
HPCPH	Projekt Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim
MPT	Mobiles Palliativteam
PB	Palliativbeauftragte Person
PG	Palliativgruppe

## Einführung

**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 Bewohner\*innen erkennen, dass sie in diesem Heim wirklich nach einem HPC-Konzept betreut werden? Woran erkennen es die Angehörigen/Vertrauenspersonen? Woran merken die Mitarbeiter\*innen gelebte HPC?*

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

HPCPH soll kontinuierlich sowie transparent an Mitarbeiter\*innen, Bewohner\*innen, Angehörige/Vertrauenspersonen kommuniziert sein. HPC darf und soll Öffentlichkeit erhalten, z.B. kann HPC Qualität und Kultur auf der Website, Folder, Poster/Tafeln im Eingangsbereich, etc. dargestellt werden.

Alles, was offen und als Versprechen sichtbar ist, wird auch eingefordert werden. Wenn Mitarbeiter\*innen 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 Projekts HPCPH. Die geschaffenen Strukturen sind die beste Garantie qualitätssichernd den HPCPH Prozess im Heim lebendig zu halten und weiterzuentwickeln. Qualitätssicherung im Projekt HPCPH bedeutet primär, dass alle Beteiligten – Führungskräfte, Pflege- und Betreuungspersonen, Therapeut\*innen, Bewohner\*innen, Angehörige/Vertrauenspersonen, Allgemeinmediziner\*innen, Ehrenamtliche, Vertreter\*innen anderer Dienstleistungen - wissen, woran sie die Qualität der Umsetzung von HPCPH erkennen können. Sie können dann ihren Beitrag leisten, um Qualität umzusetzen bzw. diese einfordern.

**Leitziele**

Die Leitziele klären die Frage, was im Heim gewährleistet sein soll, damit der HPC-Gedanke lebendig und wirkungsvoll umgesetzt wird.

**Maßnahmen/Leistungen**

Hier werden die Maßnahmen/Leistungen beschrieben, die auf den verschiedenen Handlungsebenen (Führung, Mitarbeiter\*innen, Organisationsstrukturen und Prozesse, Bewohner\*innen und Angehörige/Vertrauenspersonen,...) erbracht werden sollen, damit die Leitziele erreicht werden.

**Indikatoren**

Die Indikatoren sind taugliche und praktikable (Kenn-)Zeichen/Zahlen, um die Umsetzung sichtbar zu machen. Sie zeigen an, ob etwas tatsächlich schon vollkommen, weniger oder gar nicht vorhanden ist.

Die Ziele, Maßnahmen/Leistungen und Indikatoren sind für jedes Heim in Österreich, das HPCPH integrieren möchte, gedacht. Sie sind ein Rahmen und sollen Sicherheit geben für eine gelingende und nachhaltige Umsetzung.

Ziele	Maßnahmen/Leistungen	Indikatoren
<p align="center"><b>HPC trägt zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner*innen bei.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HPC fördert den achtsamen Umgang mit den BW.</li> <li>• HPC fördert die Erfüllung der Wünsche für das Leben im Heim, in Krisensituationen und im Sterben.</li> <li>• Die Mitarbeitenden setzen das HPC Wissen im Arbeitsalltag um (Leben der Hospizkultur).</li> <li>• HPC findet sich von der Aufnahme bis zur Entlassung/Verabschiedung der BW in den Abläufen wieder.</li> <li>• HPC ist ein anerkanntes Qualitätsmerkmal in der Geriatrie.</li> </ul>		
<p><b>1. HPC ist in der Strategie, in den Jahreszielen und im Budget verankert.</b></p>	<p><b>1.1. Führungsebenen/Mittleres Management (Stationsleiter*innen, Wohnbereichsleiter*innen, etc.) ermöglichen den Umsetzungsprozess HPC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPC ist im Dienstpostenplan (Fortbildungsaufwand, etc.) ersichtlich.</li> <li>• HPC ist im Rollen- bzw. Tätigkeitsprofil integriert.</li> <li>• Die PB und die PG sind beauftragt.</li> <li>• Die Stunden der PB (in Summe minimal 10 Stunden pro Monat) sind im Dienstplan ersichtlich.</li> </ul>
	<p><b>1.2. Ziele und angemessener Budgetrahmen bzgl. HPC werden jährlich festgelegt.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt einen Budgetrahmen für HPC für 5 Jahre.</li> <li>• Die jährlich geplanten Budgetposten für HPC sind zweckmäßig eingesetzt worden (z.B.: Personaleinsatz, Fortbildungsaufwand, etc.).</li> <li>• Die Ausgaben bzgl. HPC sind aufgezeichnet.</li> <li>• Eine IST-Standerhebung zu HPC und Projekt-/Prozessplanung wird durchgeführt.</li> <li>• HPC ist im Leitbild verankert.</li> <li>• HPC findet sich als fixer Bestandteil in Mitarbeiter*innengesprächen im Sinne von Mitarbeiter*innen-Entwicklung.</li> <li>• HPC ist ein fixer Bestandteil aller Aufnahmegespräche mit BW, Angehörigen/Vertrauenspersonen und neuen Mitarbeiter*innen, Praktikant*innen und Ehrenamtlichen.</li> </ul>

	<p><b>1.3. Wissenstransfer und Informationsaustausch zwischen Führungsebenen, mittleren Management, PB, PG und Basismitarbeiter*innen ist gewährleistet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Weitergabe von Informationen ist in einer Prozessbeschreibung festgelegt.</li> <li>• Die Umsetzung ist belegt durch Protokolle und Zielvereinbarungen.</li> <li>• Es erfolgt eine regelmäßige und nachweisliche Evaluierung der Wirksamkeit.</li> </ul>
	<p><b>1.4. Regelmäßige Bildungsbedarfserhebung im eigenen Haus zur Umsetzung und Verankerung von HPC findet statt.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildungsmaßnahmen zu HPC sind im organisations-/hausinternen Fortbildungsplan festgehalten (Definition von Angeboten, Ausmaß der Angebote, Budget, etc.).</li> </ul>
<p><b>2. HPC ist in die Organisationsstrukturen und Abläufe des Hauses integriert.</b></p>	<p><b>2.1. Palliativbeauftragte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Haus sind 2 PB (ab mehr als 100 BW entsprechend mehr PB) tätig.</li> <li>• Das Rollenprofil der PB ist definiert und verschriftlicht (wenn ein Organigramm vorhanden ist, dann dort ersichtlich).</li> <li>• Der Informationsfluss intern und extern (MPT, Hospizteam, etc.) ist gewährleistet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens ein/eine PB hat den Interprof. Basislehrgang Palliative Care absolviert.</li> <li>• Zeitressourcen müssen organisationsintern definiert sein (Empfehlung gesamt 10 Stunden pro Monat pro Tätigkeitsprofil).</li> <li>• Zeitressourcen sind an das Rollenprofil angepasst.</li> <li>• Das Rollenprofil ist den PB bekannt (unterschieden).</li> <li>• Die Leistungen, die die PB erbracht haben sind in einem Leistungsprotokoll ersichtlich (Empfehlung quartalsweise).</li> <li>• Die PB sind Mitglieder der internen PG.</li> <li>• Der Informationsfluss in alle Richtungen ist in den Besprechungsprotokollen festgehalten.</li> <li>• Mindestens 1 PB ist ein/e DGKP.</li> </ul>
	<p><b>2.2. Palliativgruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhandensein von einer interprofessionell zusammengesetzten (Vertreter*innen aus allen Wohnbereichen und verschiedenen Berufsgruppen), hauseigenen PG.</li> <li>• Das Rollenprofil ist definiert und verschriftlicht.</li> <li>• Die Mitglieder der PG sind mitverantwortlich für</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die PG besteht aus hausinternen Mitarbeiter*innen (externe Mitarbeitende können im Anlassfall einbezogen werden).</li> <li>• Die Zeitressourcen müssen definiert sein (Empfehlung mind. 4xjährlich ein Treffen der PG).</li> <li>• Die PG hat für die Treffen eine Agenda, Moderation und Protokoll.</li> </ul>

	Informationssicherung und Informationsfluss (hausintern) in alle Richtungen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Jahresziel (Teilziel) ist definiert.</li> <li>• Am Jahresende erfolgt eine (Teil-) Ziel-Evaluierung.</li> <li>• Bericht der Eigenevaluierung ist am Jahresende an die landeskoordinierende Hospiz- und Palliativorganisation zu übermitteln, ein jährliches Evaluierungsgespräch mit dieser, ist zu vereinbaren.</li> </ul>
	<b>2.3. Implementierung eines standardisierten Symptommanagements unter Einbezug der/des betreuenden Ärztin/Arztes.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Strukturen für die Durchführung des Symptommanagements sind implementiert</li> <li>• Laufende Fallbesprechungen sind durchgeführt und dokumentiert.</li> </ul>
	<b>2.4. HPC verbessert die Beziehungsgestaltung mit Angehörigen/Vertrauenspersonen und unterstützt die Begleitung nach dem Versterben.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete Maßnahmen der Angehörigenarbeit sind definiert und umgesetzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stattgefundene Aktivitäten sind erfasst (z.B. Gespräch mit Kurznotiz).</li> <li>• Laufende Weiterentwicklung der Maßnahmen ist erfolgt</li> </ul>
	<b>2.5. Vorausschauende Planung wird angeboten</b> <b>Ein national anerkanntes Instrument (Empfehlung: VSD Vorsorgedialog ®, Patientenverfügung, etc.) ist lt. Standard eingeführt.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der BW-Wille ist erfasst, dokumentiert und nach Möglichkeit umgesetzt.</li> <li>• Eine Prozessbeschreibung liegt vor.</li> <li>• Organisationsinterne Kennzahlen sind definiert, erhoben und evaluiert (z.B. Wie viele BW erhalten das Angebot? Wie viele VSD-Gespräche wurden durchgeführt? VSD und Pflegeprozess/-qualität (qualitativ) etc.).</li> <li>• &gt;80% der BW, die neu aufgenommen werden, wurde vorausschauende Planung angeboten.</li> <li>• &gt;80% des im Instrument festgelegten Wunsch-Sterbeortes wird realisiert. Niedrigere Fallzahlen sind nachvollziehbar begründet.</li> </ul>
<b>3. Die Unterstützung der Mitarbeiter*innen in ihrem Kompetenzaufbau und ihrer fachlichen Entwicklung im Sinne von HPC erfolgt kontinuierlich.</b>	<b>3.1. Absolvierung der Workshops Palliative Geriatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 80% aller Mitarbeiter*innen aus allen Berufsgruppen inkl. Führungskräfte sind nach dem Curriculum Palliative Geriatrie (Dachverband Hospiz Österreich) ausgebildet.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folgeworkshops/Nachschulungen nach Projektlaufzeit erfolgen.</li> </ul>
	<b>3.2. Bildungsmaßnahmen zu HPC sind im organisationsinternen Fortbildungsplan festgehalten/aufgenommen.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPC ist im Fortbildungsprogramm/ Fortbildungskatalog verankert.</li> </ul>
	<b>3.3. Der/Die PB hat einen Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care absolviert.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Weiterbildungsnachweis ist vorhanden.</li> </ul>
	<b>3.4. Regelmäßige Reflexion der Umsetzung von HPC in der Praxis im Wohnbereichs-Team/auf der Station.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1xjährlich (eventuell als Vorbereitung für den Bericht der Eigenevaluierung im Rahmen einer Teamsitzung)</li> </ul>
<b>4. HPC ist in die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung mit Kooperationspartner*innen integriert (z.B. andere Pflegeheime, spezialisierte HPC-Angebote<sup>2</sup>, Krankentransporte, Allgemeinmediziner*innen des niedergelassenen Bereichs, Seelsorger*innen, Krankenhäuser, Bestatter*innen, etc.)</b>	<b>4.1. Kooperationspartner*innen sind von der PG definiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Liste mit Kontaktdaten der Ansprechpartner*innen ist vorhanden.</li> </ul>
	<b>4.2. Regelmäßige Kontakte zu den Kooperationspartner*innen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an regionalen Vernetzungstreffen</li> <li>• Ergebnisse der Treffen/des Austausch mit den Kooperationspartner*innen sind dokumentiert.</li> </ul>
	<b>4.3. HPCPH wird im bestehenden Marketingplan integriert (Folder, Leitbild, Homepage, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPCPH ist in allen relevanten Öffentlichkeitsarbeitsmaßnahmen sichtbar</li> </ul>

Best-practice Beispiele zu der Beschreibung der Voraussetzungen, Aufgaben und Rollengestaltung der PB sowie der PG liegen bei den landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen auf.

<sup>2</sup> Spezialisierte HPC-Angebote beinhalten die Mobilen Palliativteams, Hospizteams, Palliativstationen, Palliativkonsiliardienste, stationäre Hospize sowie Tageshospize.