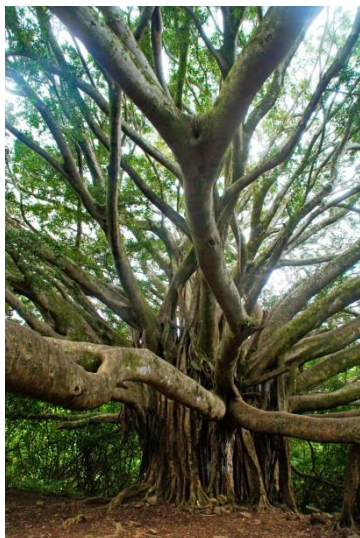


Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause – HPC Mobil Ziele, Leistungen und Indikatoren



Mitarbeit von: Arbeiter Samariter Bund Wien, Volkshilfe Wien, Caritas Socialis, Caritas der ED Wien, Rotes Kreuz Niederösterreich, Sozial Global AG, Organisationsentwicklung – Ralph Grossmann, Kompetenzzentrum für Nonprofit Organisationen und Social Entrepreneurship der Wirtschaftsuniversität Wien, Landesverband Hospiz Niederösterreich, Dachverband Hospiz Österreich

Stand 8. Mai 2018

© Hospiz Österreich

Projektträger: **HOSPIZ ÖSTERREICH**
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
Argentinierstr. 2/3
1040 Wien, Österreich
Tel: +43/1/8039868
Fax: +43/1/8032580
dachverband@hospiz.at
www.hospiz.at

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

Projektleitung: Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sigrid Beyer
Projektassistenz: Maria Eibel BSc, MA
Öffentlichkeitsarbeit: Mag.^a Anna Pissarek

EINFÜHRUNG

In einem nachhaltig gedachten HPC Mobil Projekt ist die Qualitätssicherung selbstverständlich. Was versteht man darunter?

Woran erkennen die Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause, dass sie Hospizkultur und Palliative Care (HPC) wirkungsvoll umsetzen? Woran merken die MitarbeiterInnen gelebte HPC? Woran können KlientInnen erkennen, dass sie durch diese Organisation nach einem HPC-Konzept betreut werden? Woran erkennen es die Angehörigen?

Woran wollen sich die Organisationen in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause zu HPC messen lassen und woran wollen sie sich selbst messen?

HPC soll kontinuierlich sowie transparent an MitarbeiterInnen, KlientInnen, Angehörige kommuniziert sein. HPC darf und soll Öffentlichkeit erhalten, z.B. kann HPC Qualität und Kultur auf der Website, im Folder...etc. 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 Projekts HPC Mobil. Die geschaffenen Strukturen sind die beste Garantie qualitätssichernd den HPC Prozess in der Mobilen Pflege und Betreuung zu Hause lebendig zu halten und weiterzuentwickeln. Qualitätssicherung im Projekt HPC Mobil bedeutet primär, dass alle Beteiligten – Führungskräfte, Pflege- und Betreuungspersonen, TherapeutInnen, KlientInnen, Angehörige, AllgemeinmedizinerInnen, Ehrenamtliche, VertreterInnen anderer Dienstleistungen - wissen, woran sie die Qualität der Umsetzung von HPC erkennen können. Sie können dann ihren Beitrag leisten, um Qualität umzusetzen bzw. diese einfordern.

Die zu Betreuenden werden von den Trägern der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause in Wien als Klientin/Klient, Kundin/Kunde bezeichnet.

Die AllgemeinmedizinerInnen, die spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie die Krankenhäuser sprechen von Patientin/Patient.

- **Leitziele**

Die Leitziele klären die Frage, was in der Mobilen Pflege und Betreuung zu Hause gewährleistet sein soll, damit der HPC-Gedanke lebendig und wirkungsvoll umgesetzt wird.

- **Leistungsvorgaben**

Hier werden die Leistungen beschrieben, die auf den verschiedenen Handlungsebenen (Führung, Vernetzung, Pflege- und Betreuungsprozess...) erbracht werden sollen, damit die Leitziele erreicht werden.

- **Indikatoren**

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

Die Nummerierung der einzelnen Leitziele, Leistungen und Indikatoren dient lediglich der besseren Übersicht bei zukünftigen Bearbeitungen, sagt jedoch **nichts** über eine inhaltliche Gewichtung der einzelnen aus.

FÜHRUNGSPROZESS

Leitziel	Leistungen	Indikatoren
<p>1. Die Organisation verankert Hospizkultur und Palliative Care (HPC) und lebt diese in ihren Führungsprozessen.</p>	<p>1.1. Die ersten beiden Führungsebenen verantworten HPC Mobil und unterstützen die Integration nach innen und außen.</p>	<p>1.1.1. Die Erhebung, Evaluierung und Kommunikation der im Folgenden definierten Indikatoren erfolgt regelmäßig.</p> <p>1.1.2. Die ersten beiden Führungsebenen beauftragen konkret zur Umsetzung von HPC.</p> <p>1.1.3. Die Bearbeitung und Sicherung der Protokolle in den etablierten Besprechungen der Führungsebene erfolgt.</p> <p>1.1.4. HPC findet sich in den Zielvereinbarungen für Führungskräfte.</p> <p>1.1.5. 80% der Führungskräfte aller Führungsebenen (einschließlich der Ebenen Bereichsleitung/ Pflegedienstleitung/ wirtschaftl. Leitung) und mit Einbezug ausgewählter</p>

	<p>1.2. Die Führungskräfte streben für die Umsetzung von HPC Mobil geeignete Vereinbarungen mit den Fördergebern an.</p> <p>1.3. Die Festlegung eines definierten Budgetrahmens für HPC Mobil erfolgt.</p>	<p>Stabstellen nehmen an dem Workshop nach dem Curriculum HPC Mobil (24 h) teil.</p> <p>1.2.1. Die Führung, Dokumentation und Kommunikation von Gesprächen bezüglich Finanzierung (Anerkennungsverfahren, Verhandlungen mit dem Land, Tarifverhandlungen, Arbeitsstunden für HPC – Leistungen, z.B. vorausschauende Planung, Abschlussgespräch nach dem Versterben mit den Angehörigen, etc.) erfolgen regelmäßig.</p> <p>1.3.1. Die Budgetplanung berücksichtigt folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme der Führungskräfte an der internen Etablierung und Umsetzung von HPC Mobil
--	--	---

	<p>1.4. Führungskräfte schaffen geeignete Strukturen und Rollen für die Umsetzung von HPC Mobil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung der Mitarbeiter/innen • Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care für die Palliativbeauftragten HPC Mobil • Arbeitsstunden für HPC Mobil – Besprechungsstrukturen • Arbeitsstunden für HPC – Leistungen (z.B. vorausschauende Planung) <p>1.4.1. Die Benennung und Ausbildung (Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care und Teilnahme an dem Workshop nach dem Curriculum HPC Mobil, oder auch der TrainerInnenschulung HPC Mobil) von Palliativbeauftragten HPC Mobil (pro 250 MitarbeiterInnen mind. 1 Person beschäftigt, pro Organisation mind. 2) erfolgt. Die Erstellung einer</p>
--	--	--

		<p>Aufgabenbeschreibung und eines Rollenbilds für die Tätigkeit der Palliativbeauftragten HPC Mobil, sowie der Palliativgruppe erfolgt.</p> <p>1.4.2. Die Installierung einer oder mehrerer Palliativgruppen HPC Mobil sowie die Definition der Aufgaben dieser erfolgt.</p> <p>Die Schulung der MitarbeiterInnen der Palliativgruppe HPC Mobil nach dem Curriculum HPC Mobil erfolgt. Die Besetzung der Gruppe erfolgt interprofessionell.</p> <p>1.4.3. Der Zeitrahmen steht fest zu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arbeit der Palliativbeauftragten HPC Mobil (mind. 40h während Projektphase pro Monat und danach mind. 20h pro Monat) Nicht miteinberechnet: Zeiten für Workshops, Fortbildungen und Hausbesuche
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Treffen der Palliativgruppe HPC Mobil (Projektphase mind. 6xjährlich, mind. 4xjährlich nach Projektende)• Durchführung von Vernetzungstreffen für die Palliativbeauftragten HPC Mobil zu HPC Mobil mit anderen Trägern während der Projektphase 2x jährlich und auch nach Projektende zweimal pro Jahr ermöglicht. <p>1.4.4. Die Formulierung, Dokumentation und Kommunikation der Jahresziele für HPC Mobil sowie die Evaluation dieser erfolgt.</p> <p>1.4.5. Nach Projektende erfolgt die Benennung einer Person der Leitungsebene als HPC-Verantwortliche/r. Eine Stellenbeschreibung liegt vor.</p>
--	--	---

	<p>1.5. Die Verankerung von HPC im Leitbild, in den Aufgaben – und Rollenbeschreibungen und in den zentralen Personalentwicklungsprozessen (MitarbeiterInnen-Gespräche, Prozesse zur Einführung neuer MitarbeiterInnen, Begleitung neuer MitarbeiterInnen, Supervision, etc.) erfolgt.</p> <p>1.6. Die Bearbeitung von HPC erfolgt regelmäßig in den etablierten Besprechungsstrukturen: sowohl in Führungs-besprechungen, als auch in Koordinations- und Team-besprechungen.</p>	<p>1.5.1. Die Adaptierung aller organisationsinternen Dokumente (wie Leitbild, Prozesse, Abläufe, Richtlinien, Rollenbeschreibungen) auf HPC Mobil hin erfolgt.</p> <p>1.6.1. HPC findet sich in allen Besprechungsstrukturen (in der Agenda). Die Erstellung einer Tagesordnung und eines Protokolls der einzelnen Besprechungen erfolgt. Die Thematisierung von HPC findet zumindest 1x/Quartal berufsübergreifend (DGKP, PFA, PA, HH,...) statt. Die Sichtbarmachung dieser Inhalte in den Protokollen erfolgt.</p>
--	---	--

	<p>1.7. Die operativen Führungskräfte (EinsatzleiterInnen, KoordinatorInnen, TeamleiterInnen, etc.) nehmen ihre Schlüsselrolle für die Integration und nachhaltige Umsetzung von HPC wahr und bekommen dazu die notwendigen Voraussetzungen.</p> <p>1.8. Die Durchführung der Workshops nach dem Curriculum HPC Mobil findet kontinuierlich für alle Berufsgruppen statt.</p> <p>1.9. Die Organisation betreibt zu HPC Mobil geeignete Öffentlichkeitsarbeit (ÖA).</p>	<p>1.7.1. Die Schulung aller operativen Führungskräfte nach dem Curriculum HPC Mobil erfolgt. (24h)</p> <p>1.7.2. Die operativen Führungskräfte setzen HPC (mit-)verantwortlich um, ihre unmittelbaren Vorgesetzten sowie die Palliativbeauftragten HPC Mobil unterstützen dabei.</p> <p>1.8.1. 80% aller MitarbeiterInnen des Bereichs Pflege und Betreuung zu Hause absolvieren die Schulung.</p> <p>1.8.2. Neu eintretende MitarbeiterInnen absolvieren die Workshops nach dem Curriculum HPC Mobil möglichst innerhalb von 1 Jahr.</p> <p>1.9.1. Die Sichtbarmachung von HPC Mobil in der ÖA erfolgt (Homepage, Folder, Pressearbeit, öffentliche</p>
--	--	---

<p>2. Die Unterstützung der MitarbeiterInnen in ihrem Kompetenzaufbau und ihrer fachlichen Entwicklung im Sinne von HPC erfolgt kontinuierlich. Die MitarbeiterInnen setzen dieses Wissen im Arbeitsalltag um.</p>	<p>2.1. Die Palliativbeauftragten HPC Mobil absolvieren den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care.</p> <p>2.2. Die Adaptierung des Fortbildungsplans in Bezug auf HPC erfolgt kontinuierlich.</p>	<p>Veranstaltungen, Einbezug der Fachwelt, Teilnahme an Kongressen, etc.).</p> <p>2.1.1. Die Palliativbeauftragten HPC Mobil (mind. 2 Personen) besuchen den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care bzw. besuchen diesen innerhalb von 2 Jahren ab Beauftragung.</p> <p>2.2.1. Die Erhebung des Bedarfs für die interne Fortbildung zu HPC und die Entwicklung eines Angebots dafür erfolgt.</p> <p>2.2.2. MitarbeiterInnen nehmen das Angebot externer Fortbildungen wahr. Die Erhebung wie viele MitarbeiterInnen zu welchen HPC Themen fortgebildet sind, erfolgt.</p>
--	--	---

	2.3. Die Evaluation des Pflege- und Betreuungsprozesses in Bezug auf HPC erfolgt kontinuierlich.	2.3.1. Eine laufende Evaluierung des Pflege- und Betreuungsprozesses im Sinne von HPC erfolgt durch die PDL.
--	--	--

VERNETZUNG

Leitziele	Leistungen	Indikatoren
<p>1. Ein proaktives Betreiben der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen im Sinne von HPC erfolgt.</p>	<p>1.1. Die Organisation arbeitet aktiv an Prozessabläufen mit den Krankenhäusern und den stationären, spezialisierten Hospiz und Palliative Care Einrichtungen. (Hospize, Palliativstationen, Tageshospize ...)</p> <p>1.2. Die Organisation arbeitet aktiv an Prozessabläufen mit den mobilen, spezialisierten Hospiz und Palliative Care Einrichtungen. (Mobile Palliativteams intern/extern und Hospizteams)</p>	<p>1.1.1. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen mit den Kooperationspartnern erfolgt im Sinne des Nahtstellenmanagements schrittweise mit dem Ziel der Erstellung gemeinsamer Prozessbeschreibungen. Je nach Bundesland versuchen die Träger gemeinsam vorzugehen.</p> <p>1.2.1. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen mit den Kooperationspartnern erfolgen im Sinne des Nahtstellenmanagements schrittweise mit dem Ziel der Erstellung gemeinsamer Prozessbeschreibungen. Je nach Bundesland versuchen die Träger gemeinsam vorzugehen.</p>

	<p>1.3. Die Organisation der Kooperation mit den behandelnden ÄrztInnen im Sinne von HPC erfolgt.</p> <p>1.4. Tragen der Information aus externen Vernetzungstreffen ins Betreuungs- und Pflorgeteam erfolgt.</p> <p>1.5. Aktives Einbringen der Erfahrungen der Pflege- und Betreuungspersonen in die Vernetzung</p>	<p>1.3.1. Teilnahme an Vernetzungsstrukturen (z.B.: BezirksärztInnentreffen) und ihre Dokumentation</p> <p>1.3.2. Regelmäßige Einladung an alle AllgemeinmedizinerInnen, event. trägerübergreifend zu einem HPC-Thema (oder vergleichbare Aktivitäten), und die Erstellung einer Dokumentation dazu.</p> <p>1.3.3. Information über HPC und die Betreuungsübernahme mittels Brief an die AllgemeinmedizinerInnen erfolgt.</p> <p>1.4.1. Weitergabe der Information an das Team und die Palliativbeauftragten HPC Mobil mittels Dokumentation dazu.</p> <p>1.5.1. Das Sammeln der Erfahrungen der Pflege- und Betreuungspersonen und das zur Verfügung stellen dieser für</p>
--	---	--

	<p>erfolgt.</p> <p>1.6. Die Organisation sorgt für die systematische Erhebung der Beobachtungen und Erfahrungen der KlientInnen, und dass das Miteinbeziehen in die Entwicklung der Zusammenarbeit mit anderen AkteurInnen im Versorgungsprozess erfolgt.</p>	<p>die Verantwortlichen, die Palliativbeauftragten HPC Mobil und die Vernetzungspartner erfolgt.</p> <p>1.6.1. Die Palliativbeauftragten, Palliativgruppenmitgliedern und die operativen Führungskräften führen gezielte Erhebungsmaßnahmen durch, und leiten diese gesammelt an die Führungskräfte weiter. Die wirksame Umsetzung dieser erfolgt in der Vernetzung mit den anderen AkteurInnen.</p>
--	---	--

PFLEGE- & BETREUUNGSPROZESS

Leitziele	Leistungen	Indikatoren
<p>1. HPC gewährleistet die Berücksichtigung des Bedarfs und der Bedürfnisse zum guten Leben und Sterben der KlientInnen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses. (pflegerisch, medizinisch, psycho-sozial, spirituell)</p> <p>Die KlientInnen fühlen sich insbesondere in ihrer letzten Lebensphase sicher und in ihren Bedürfnissen wahrgenommen und unterstützt.</p>	<p>1.1. Die Erhebung der Bedürfnisse und des Bedarfs zum guten Leben und Sterben der KlientInnen in der Anamnese erfolgt sowie die Abbildung dessen von Beginn an als Teil der Pflege- und Betreuungsplanung. Die Festhaltung in der Pflegedokumentation und die laufende Evaluierung dieser erfolgt.</p> <p>1.2. Die Dokumentation des Willens der KlientInnen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, mutmaßliche Wille, etc.) erfolgt und alle daran maßgeblich Beteiligten kennen diesen Willen.</p>	<p>1.1.1 Im Anamnesebogen finden sich die geeigneten Fragen.</p> <p>1.1.2. Das Stellen dieser Fragen und Dokumentieren darüber in den Anamnese-Gesprächen erfolgt.</p> <p>1.1.3. Die Festhaltung der Bedürfnisse und des Bedarfs in der Pflege- und Betreuungsplanung erfolgt nachvollziehbar mit dem Fokus Palliative Care.</p> <p>1.2.1. Die Dokumentation und Erhebung des Prozess zur Willensfindung erfolgt und liegt gut ersichtlich auf. (Stammdatenblatt, Notfallblatt, usw.)</p> <p>1.2.2. Das Gespräch mit den daran maßgeblichen Personen findet statt und die Dokumentation der</p>

	<p>1.3. Alle im Betreuungsprozess involvierten Berufsgruppen (diplomiertes Personal, Pflegeassistenz, Heimhilfe, etc.) beobachten im Sinne des HPC – Konzepts und machen rechtzeitig auf veränderten Bedarf aufmerksam.</p> <p>1.4. Die MitarbeiterInnen besprechen bei Mehrbedarf die Vereinbarungen über die notwendige Finanzierung mit den KlientInnen den Angehörigen und den Finanzierungsinstitutionen.</p> <p>1.5. Die operativen Führungskräfte (EinsatzleiterInnen, TeamleiterInnen, KoordinatorInnen, etc.) sorgen für einen regelmäßigen Austausch zwischen den involvierten Berufsgruppen.</p>	<p>Ergebnisse erfolgt.</p> <p>1.3.1. Die Dokumentation und Kommunikation der Beobachtungen und des veränderten Bedarfs erfolgen. (intern und extern)</p> <p>1.4.1. Ein Ansuchen für die Änderung des Betreuungsvertrages liegt vor.</p> <p>1.4.2. MitarbeiterInnen beschreiben den palliativen Bedarf nachvollziehbar.</p> <p>1.5.1. Mindestens einmal pro Quartal findet eine berufsgruppenübergreifende Besprechung statt, die sich thematisch mit HPC</p>
--	---	--

<p>2. Durch die Begleitung, Information und</p>	<p>1.6. Die Schulung zu ethischen Fragestellungen der operativen Führungskräfte erfolgt. Sie setzen dieses Wissen in den KlientInnenbesprechungen proaktiv ein.</p> <p>1.7. Ein abschließendes Gespräch nach dem Tod von KlientInnen findet im Interesse der Angehörigen und der MitarbeiterInnen statt.</p> <p>2.1. Die Angehörigen sind in den gesamten</p>	<p>auseinandersetzt.</p> <p>1.5.2. Die Verankerung von Trauerritualen (Begräbnisbesuch, Erinnerungsbuch, etc.) in der Organisation (in den Teams) und die Dokumentation in den entsprechenden Unterlagen erfolgt.</p> <p>1.6.1. Das Führen und Dokumentieren von KlientInnenbesprechungen mit ethischen Fragestellungen erfolgt.</p> <p>1.7.1. Die Organisation stellt den MitarbeiterInnen Ressourcen zur Verfügung um ein Abschlussgespräch mit den Angehörigen zu führen.</p> <p>2.1.1. Die Pflege- und</p>
---	---	--

<p>Stärkung im Umgang mit dem Bedarf und Bedürfnissen zum guten Leben und Sterben der KlientInnen erfahren die Angehörigen Sicherheit.</p>	<p>Betreuungs- und Pflegeprozess einbezogen. Sie werden durch anleitende Pflege informiert und befähigt im Sinne der KlientInnen zu handeln. In der Einbeziehung der Angehörigen wird darauf geachtet, dass der Wille der KlientInnen respektiert wird.</p> <p>2.2. Aufbauend auf dem geäußerten Willen der Klientin/des Klienten und den Beobachtungen der betreuenden Personen erfolgt die Organisation und Dokumentation der vorausschauenden Planung für die</p>	<p>Betreuungspersonen kennen die Angehörigen sind bekannt und die Dokumentation der Beziehung zur Klientin, zum Klient erfolgt.</p> <p>2.1.2. Ein Gespräch mit den maßgeblichen Personen (unter Bezugnahme auf den Willen der Klientin, des Klienten) findet statt und die Dokumentation dessen erfolgt. (KlientInnenbesprechung, Runder Tisch, ethische Entscheidungsfindung, etc.)</p> <p>2.1.3. Die MitarbeiterInnen dokumentieren die Anleitung der Angehörigen.</p> <p>2.2.1. Die Information und Einbindung von weiteren behandelnden AllgemeinmedizinerInnen und weiteren behandelnden ÄrztInnen</p>
--	--	---

	<p>letzte Lebensphase (unter Einbezug der Angehörigen, nach Rücksprache mit den KlientInnen, Kontaktaufnahme mit behandelnden ÄrztInnen, Abstimmung im Betreuungsteam).</p> <p>2.3. Die Angehörigen wissen wo und wie sie weitere Unterstützung erhalten. (z.B. MPT, HT, Trauerbegleitung etc.)</p>	<p>und Angehörige erfolgt (Dokumentation).</p> <p>2.2.2. MitarbeiterInnen halten festgelegte Handlungsabläufe für Krisensituationen in der Dokumentation fest.</p> <p>2.2.3. Die ärztliche Anordnung von AllgemeinmedizinerInnen und weiteren behandelnden ÄrztInnen (oder in Abstimmung mit dem MPT) liegt vor.</p> <p>2.3.1. Die Angehörigen erhalten entsprechende Unterlagen und ein Gespräch mit ihnen darüber erfolgt (Dokumentation).</p>
--	---	--