

Eva More-Hollerweger, Selma Sprajcer, Sebastian Sacher

Evaluation des Projekts „Haus- krankenpflege im Zentrum“

Endbericht für Kärnten

Jänner 2023



 **Bundesministerium**
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Gesundheit Österreich
GmbH 



Geschäftsbereich

**Fonds Gesundes
Österreich**

Impressum:

Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen
und Social Entrepreneurship

Welthandelsplatz 1, Gebäude AR, 1.OG
1020 Wien
Tel.: +43 1 31336 5878
www.wu.ac.at/npocompetence

Wien, Jänner 2023

Kontakt: Mag.a Eva More-Hollerweger, eva.hollerweger@wu.ac.at

Copyright © NPO & SE Kompetenzzentrum

 **KOMPETENZZENTRUM FÜR
NONPROFIT-ORGANISATIONEN
UND SOCIAL ENTREPRENEURSHIP**
VIENNA

Inhalt

1.	Executive Summary	1
2.	Hintergründe der Studie	4
2.1.	„Hauskrankenpflege im Zentrum“ – Projekt in vier Bundesländern	4
2.2.	Teilprojekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ in Kärnten	5
3.	Evaluationsdesign	6
4.	Befragung der Mitarbeiter*innen.....	7
4.1.	Einleitung und Fragestellung	7
4.2.	Methodische Herangehensweise	7
4.3.	Ergebnisse.....	8
4.3.1.	Beschreibung der Stichproben	8
4.3.2.	Deskriptiver Vergleich Baseline- und Folgeerhebung.....	9
4.3.3.	Signifikanztests Panel-Stichprobe	11
4.3.4.	Einschätzung der Wirkungen von HiZ durch die Mitarbeiter*innen.....	14
4.4.	Resümee	15
5.	Befragung Workshop-Trainer*innen.....	16
5.1.	Einleitung und Fragestellung	16
5.2.	Methodische Herangehensweise und Rücklauf	16
5.3.	Ergebnisse der Feedback-Fragebögen	17
5.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	17
5.3.2.	Feedback.....	17
5.4.	Ergebnisse der Online-Befragung.....	19
5.4.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	19
5.4.2.	Feedback.....	19
5.5.	Resümee	23
6.	Befragung Workshop-Teilnehmer*innen	24
6.1.	Einleitung und Fragestellung	24
6.2.	Methodische Herangehensweise und Rücklauf	24
6.3.	Ergebnisse.....	24
6.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	24
6.3.2.	Feedback.....	25
6.4.	Resümee	28
7.	Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation.....	29

7.1.	Einleitung und Fragestellung	29
7.2.	Methodische Herangehensweise	29
7.3.	Ergebnisse.....	29
7.4.	Resümee	31
8.	Befragung der operativen Führungskräfte Frühjahr 2022 - Prozessevaluation.....	32
8.1.	Einleitung und Fragestellung	32
8.2.	Methodische Herangehensweise	32
8.3.	Ergebnisse.....	32
8.4.	Resümee	35
9.	Zusammenfassung.....	36
10.	Anhang	39
10.1.	Befragung Palliativbeauftragte - Antworten auf offene Fragen	39
10.2.	Befragung operative Führungskräfte – Antworten auf offenen Fragen.....	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsdesign.....	6
Abbildung 2: Mitarbeiter*innen: Vergleich - Gesamtstichprobe.....	10
Abbildung 3: Mitarbeiter*innen: Signifikante Unterschiede bei Panelvergleich	12
Abbildung 4: Mitarbeiter*innen: Signifikante Unterschiede bei Querschnittsvergleich	13
Abbildung 5: Mitarbeiter*innen: Einschätzung der Wirkungen von HiZ	14
Abbildung 6: WS-Trainer*innen: Berufsgruppen der Teilnehmer*innen	17
Abbildung 7: WS-Trainer*innen: Feedback	18
Abbildung 8: WS-Trainer*innen: Wünsche für weitere Themen für Folgeveranstaltungen	18
Abbildung 9: Trainer*innen-Online-Befragung: Berufsgruppe.....	19
Abbildung 10: Trainer*innen-Online-Befragung: Einschätzung der Schulung	20
Abbildung 11: Trainer*innen-Online-Befragung: Rahmenbedingungen	20
Abbildung 12: Trainer*innen-Online-Befragung: Stimmungsbild.....	21
Abbildung 13: Trainer*innen-Online-Befragung: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	22
Abbildung 14: Trainer*innen-Online-Befragung: Umsetzung der Workshops	22
Abbildung 15: WS-Teilnehmer*innen-Feedback - Berufsgruppe.....	25
Abbildung 16: WS-Teilnehmer*innen-Feedback – Anteil Führungskräfte.....	25
Abbildung 17: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Inhalten.....	26
Abbildung 18: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zum Nutzen	26
Abbildung 19: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zur Methode	27
Abbildung 20: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Trainer*innen	27
Abbildung 21: WS-Teilnehmer*innen: gewünschte Themen zu HPC in Zukünftigen Veranstaltungen.....	28
Abbildung 22: Palliativbeauftragte: Rolle, Ressourcen und Unterstützung - Kärnten.....	30
Abbildung 23: operative Führungskräfte – Aktive Involvierung.....	33

Abbildung 24: operative Führungskräfte – Information – Einbindung - Unterstützung 34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe Baseline- und Folgerhebung 8

Tabelle 2: Befragung der Mitarbeiter*innen von HiZ, Vergleich Baseline und Folgerhebung Panelstichprobe
– Signifikanzauswertung anhand Wilcoxon-Test (abhängige Stichprobe)..... 11

Tabelle 3: Befragung der Mitarbeiter*innen von HiZ, Vergleich Baseline und Folgerhebung der
Gesamtstichprobe reduziert um die Panelstichprobe, Signifikanzauswertung anhand Mann-Whitney-U-Test
(unabhängige Stichproben) 12

1. Executive Summary

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde in vier österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg) im Zeitraum von 2019-2022 umgesetzt. Ziel des Projekts war und ist es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur und Palliative Care Kompetenz in den Trägerorganisationen zu entwickeln, wurden verschiedene Maßnahmen gesetzt. Ein wichtiges Element waren die dreitägigen Workshops für das Pflege- und Betreuungspersonal, außerdem wurden Palliativbeauftragte und -gruppen in den Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen eingeführt, Arbeitstreffen mit den operativen Führungskräften mit zentralen externen Stakeholdern wie den Haus*ärztinnen, den mobilen Palliativteams abgehalten sowie ablauforganisatorische Veränderungen vorgenommen (z.B. vorausschauende Planung, Dokumentation). Im Rahmen von HiZ wurden die Trägerorganisationen/Krankenpflegevereine bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung dieser Maßnahmen in vielfacher Weise unterstützt. Besonders wichtig war die bundesländerübergreifende Vernetzung sowie der Wissensaustausch und -transfer.

Das Projekt fand durch die COVID-19-Pandemie unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen statt. Dies führte einerseits dazu, dass die ursprüngliche dreijährige Projektlaufzeit um mindestens ein Jahr verlängert werden musste. Die Pandemie hatte sicherlich auch Einfluss auf die Ergebnisse des Projekts und der Evaluation, wie sich bei einigen Erhebungen zeigte. Es lässt sich nicht genau einschätzen, wie die Ergebnisse ohne die Pandemie ausgesehen hätten. Es ist aber zu vermuten, dass ohne die Pandemie dem Thema Hospiz und Palliative Care mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden und die Maßnahmen in deutlich stressfreierem Umfeld stattfinden hätten können. Es ist daher wichtig, die Ergebnisse vor dem Hintergrund zu lesen.

Im Zuge der Evaluation wurden verschiedene Erhebungen durchgeführt. Ein Schwerpunkt lag bei den Mitarbeiter*innen der Trägerorganisationen, die zu Beginn und am Ende des Projekts mittels eines quantitativen Fragebogens befragt wurden. Im Rahmen der Prozessevaluation fanden Erhebungen bei den neu eingeführten Palliativbeauftragten sowie den operativen Führungskräften mittels Online-Fragebogen statt. Außerdem wurden die neu ausgebildeten Trainer*innen befragt und Feedback der Teilnehmer*innen der HiZ-Workshops eingeholt.

Die Befragung der Mitarbeiter*innen bildete das Kernstück der Ergebnisevaluation. Sie spiegelt die schwierigen Umstände wider, denen die Mitarbeiter*innen durch die COVID-19-Pandemie während der Projektlaufzeit ausgesetzt waren. Dies hatte unmittelbare Auswirkungen auf den Projektverlauf, indem beispielsweise die Workshops verschoben werden mussten, beeinflusste allerdings auch stark die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, einen Kulturwandel in Organisationen herbeizuführen. Die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen erfordert Zeit, Austausch zwischen allen Beteiligten und Aufmerksamkeit – all dies war im Zuge der Pandemie noch viel knapper als im normalen Arbeitsalltag. **Insofern ist es beachtenswert, dass trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen bereits erste Erfolge des Projekts erkennbar sind.** Das Versterben und der Tod von Patient*innen sind verstärkt Thema in Teambesprechungen, zudem haben die Mitarbeiter*innen öfter die Möglichkeit, sich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn sie das möchten. Außerdem wissen die Mitarbeiter*innen besser, was in Krisensituationen zu tun ist und fühlen sich größtenteils unterstützt und sicherer in ihrer Arbeit mit

schwerkranken und sterbenden Patient*innen. Die Palliativbeauftragten werden ebenfalls bereits als Unterstützung wahrgenommen, da viele Mitarbeiter*innen zustimmten, dass sie sich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen an die Palliativbeauftragten wenden können.

Die Trainer*innen-Schulung konnte einen gehaltvollen Beitrag zur Vorbereitung der Trainer*innen auf ihre Workshops leisten. Die Methode war nicht für alle Teilnehmer*innen neu, wurde jedoch von allen als interessant und spannend beurteilt. Auch mit etwas Abstand zur Schulung schätzten die Teilnehmenden die Inhalte im Rahmen der Online-Befragung als überwiegend hilfreich und verständlich ein. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten gemischt, zum Teil mangelte es an der ausreichenden Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung der Workshops.

Das Feedback der Workshopteilnehmer*innen fiel sehr gut aus. Sowohl Inhalte als auch Methode und die Trainer*innen erhielten hervorragende Bewertungen. Die Inhalte waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen neu und betrafen den eigenen Tätigkeitsbereich. Für die Teilnehmenden waren die Workshops wichtig und interessant und konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen.

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen nachhaltig zu etablieren. Die Aufgabe der Palliativbeauftragten ist es, das Thema in den eigenen Organisationen/Krankenpflegevereinen zu verbreiten und als Ansprechperson für die Mitarbeiter*innen in Bezug auf Hospiz und Palliative Care zur Verfügung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Funktion und die Rolle der Palliativbeauftragten wurde im Rahmen des Projekts erarbeitet, um diese möglichst gut an die jeweiligen Gegebenheiten in den Organisationen anzupassen. Gleichzeitig war es wichtig, die Palliativbeauftragten zu vernetzen und durch begleitendes Coaching zu stärken, um diese gut für die neuen Aufgaben zu rüsten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde eine Online-Erhebung durchgeführt. Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten war zum Zeitpunkt der Befragung (Herbst 2021) bereits sehr klar. Aufgaben und Ziele waren bekannt, die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wurde als positiv wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrschte Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf bestand demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Auch war eine Mehrbehandlung des Themengebiets HPC in Teamsitzungen und Besprechungen erst teilweise umgesetzt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sahen die Befragten die Unterstützung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, Vernetzung und Austausch mit Systempartner*innen und die dafür notwendige Koordination, sowie die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und Patient*innen für das Thema HPC. Als Möglichkeiten zur Verbesserung nannten sie neben den zeitlichen Ressourcen, die vermehrte Unterstützung durch Vorgesetzte und eine noch weitergehende Aufklärung und Information von Patient*innen und Kolleg*innen. Einen ersten Schritt in diese Richtung sahen die Palliativbeauftragten in den durchgeführten HiZ-Workshops.

Die operativen Führungskräfte spielen eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Etablierung von Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen und bei der Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Es war daher essenziell, sie rechtzeitig „ins Boot“ zu holen und ihre Unterstützung zu gewährleisten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde ihr Feedback eingeholt. Die befragten operativen Führungskräfte kannten zum Zeitpunkt der Befragung (Frühjahr 2022) die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ und die Informationslage war gut. Die Führungskräfte involvierten sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und hatten Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegten den Austausch mit den Palliativbeauftragten und konnten sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wurden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Als sinnvolle Zukunftskonzepte sahen sie die Aufrechterhaltung von Information, Vernetzung

und Workshops ein, sowie zusätzliche zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, als auch Förderung der Kooperation mit Hausärzt*innen.

In Summe lässt sich festhalten, dass das Projekt HiZ in Kärnten trotz widriger Umstände, die durch die COVID-19-Pandemie bedingt waren, sehr gut gelaufen ist. Die HiZ-Workshops wurden bislang überaus positiv angenommen und waren ein wichtiger Start dafür, Hospizkultur und Palliative Care stärker in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen sein. Fast alle operativen Führungskräfte fühlen sich gut informiert und viele setzen auch selbst bereits Maßnahmen zur Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care bzw. haben sich zumindest bereits Gedanken darüber gemacht.

Das größte Hindernis liegt in den knappen Ressourcen. Es braucht genügend Zeit, sowohl bei den Patient*innen als auch bei den unterstützenden Strukturen, wie etwa den Palliativbeauftragten und den Trainer*innen, die vielfach nicht gegeben ist. Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen, die teilweise noch nicht zufriedenstellend läuft. Für die Etablierung von Hospizkultur und Palliative Care sind wesentliche Grundsteine gelegt, allerdings ist es wichtig, dran zu bleiben, um noch weitere Verbesserungen zu erreichen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

2. Hintergründe der Studie

2.1. „HAUSKRANKENPFLEGE IM ZENTRUM“ – PROJEKT IN VIER BUNDESLÄNDERN

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde von Hospiz Österreich als Weiterentwicklung des Projekts HPC Mobil (Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause) initiiert, welches 2015-2018 in Wien umgesetzt worden war. Vier Bundesländer, nämlich Kärnten, Oberösterreich, die Steiermark und Vorarlberg beteiligten sich an HiZ. Ziel beider Projekte war es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollen die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden.

Das Projekt startete im Jänner 2019 und war ursprünglich auf eine Laufzeit von drei Jahren ausgerichtet. Zu Beginn des zweiten Projektjahres, Anfang 2020, hat jedoch die COVID-19-Pandemie Österreich erreicht. Der Bereich der Pflege und Betreuung war davon in besonderem Maße betroffen, da es sich bei den Patient*innen um eine besonders vulnerable und schützenswerte Bevölkerungsgruppe handelt. Für HiZ hatte dies mehrfache Konsequenzen. Zum einen konnten die dreitägigen Workshops für die Mitarbeiter*innen längere Zeit nicht umgesetzt werden. Zum anderen wurden die diversen Vernetzungstreffen zunächst verschoben, dann aber auf Online-Formate umgestellt, um das Projekt nicht vollkommen zum Erliegen zu bringen. Selbst für den Workshop wurde eine Online-Version erstellt und ausprobiert. Schließlich wurde die Projektlaufzeit um ein Jahr verlängert und endete im Dezember 2022. In Oberösterreich wurde das Projekt um ein weiteres Jahr bis Ende 2023 verlängert, um die Projektziele erreichen zu können.

In HiZ wurde stark auf die bundeslandübergreifende Vernetzung und den Wissensaustausch und -transfer gesetzt, damit jedes Bundesland den für das Bundesland passenden Piloten entwickeln und umsetzen konnte. Im Rahmen von HiZ erfolgten folgende Aktivitäten

1. Ist-Stand-Erhebung bei den Trägern/Krankenpflegevereinen der teilnehmenden Bundesländer (Mai 2019-Juli 2021)
2. Sechs bundesländerübergreifende Arbeitstreffen der teilnehmenden Träger/Krankenpflegevereine sowie der Verantwortlichen der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativstellen, und in Vorarlberg weiters von connexia und Hauskrankenpflege Vorarlberg: Vier der Treffen konnten in Präsenz umgesetzt werden (8.-9. Mai 2019, 6.-7. November 2019, 7.-8. Juni 2021, 20.-21. Juni 2022), zwei mussten in ein Online-Format (3-4 Stunden pro Bundesland) umgewandelt werden (17.-20. November 2020 und 17.-18. November 2021). Ergänzend fanden anlassbezogen zwischendurch auch zahlreiche kürzere Online-Treffen statt, etwa zur Besprechung der COVID-19-Situation sowie um Ergebnisse der Evaluation zu präsentieren.
3. Überarbeitung des Curriculums für die Ausbildung der Mitarbeiter*innen sowie die Entwicklung eines Curriculums für ein Online-Format (Februar-Mai 2021), wobei in Vorarlberg aufgrund der besonderen Ausgangssituation (Hospiz und Palliative Care sind dort schon länger Thema, es gibt wesentlich mehr DGKP und mehr Mitarbeiter*innen haben bereits umfassende HPC Fortbildungen gemacht) ein eigenes Curriculum entwickelt wurde
4. Vier bundesländerübergreifende Trainer*innenschulungen (2.-6. September 2019, 20.-24. Jänner 2020, 14.-18. September 2020 und 2.-6. Mai 2022) sowie ein Workshop zum Kennenlernen des Online-Formats für bereits ausgebildete Trainer*innen (1. & 8. Juli 2021)
5. Umsetzung der Mitarbeiter*innen-Workshops in den Bundesländern

6. Beratungsleistungen durch Hospiz Österreich sowie dem Organisationsberater Univ. Prof. Dr. Ralph Grossman in den Bundesländern. Für Arbeitstreffen im eigenen Bundesland hatten die Bundesländer auf Empfehlung von Hospiz Österreich eigene Organisationsberater*innen beauftragt.
7. Ergebnissicherung
8. Presseaktivitäten und Webpage, Austauschplattform
9. Evaluierung

Die unmittelbare Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen bei den Trägern/Krankenpflegevereinen erfolgte in den jeweiligen Bundesländern mit Unterstützung der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativstelle und in Vorarlberg weiters von connexia und der Hauskrankenpflege Vorarlberg. Zu den Maßnahmen zählten:

- Die Entwicklung von Zielen, Leistungen und Indikatoren,
- die Umsetzung des Curriculums in entsprechenden Schulungsmaßnahmen für die Betreuenden (DKGS, Pflegeassistent*innen, Heimhilfe),
- strukturelle Maßnahmen, insbesondere die Einführung von Palliativbeauftragten und –gruppen und
- ablauforganisatorische Veränderungen (vorausschauende Planung, VSD Vorsorgedialog® Dokumentation)

in den Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen, die im Rahmen des begleitenden Coachings geortet und umgesetzt wurden.

2.2. TEILPROJEKT „HAUSKRANKENPFLEGE IM ZENTRUM“ IN KÄRNTEN

In Kärnten beteiligten sich neben dem Landesverband Hospiz Kärnten zehn Träger mit insgesamt knapp 575 Mitarbeiter*innen bei Beginn des Projekts im Jänner 2019:

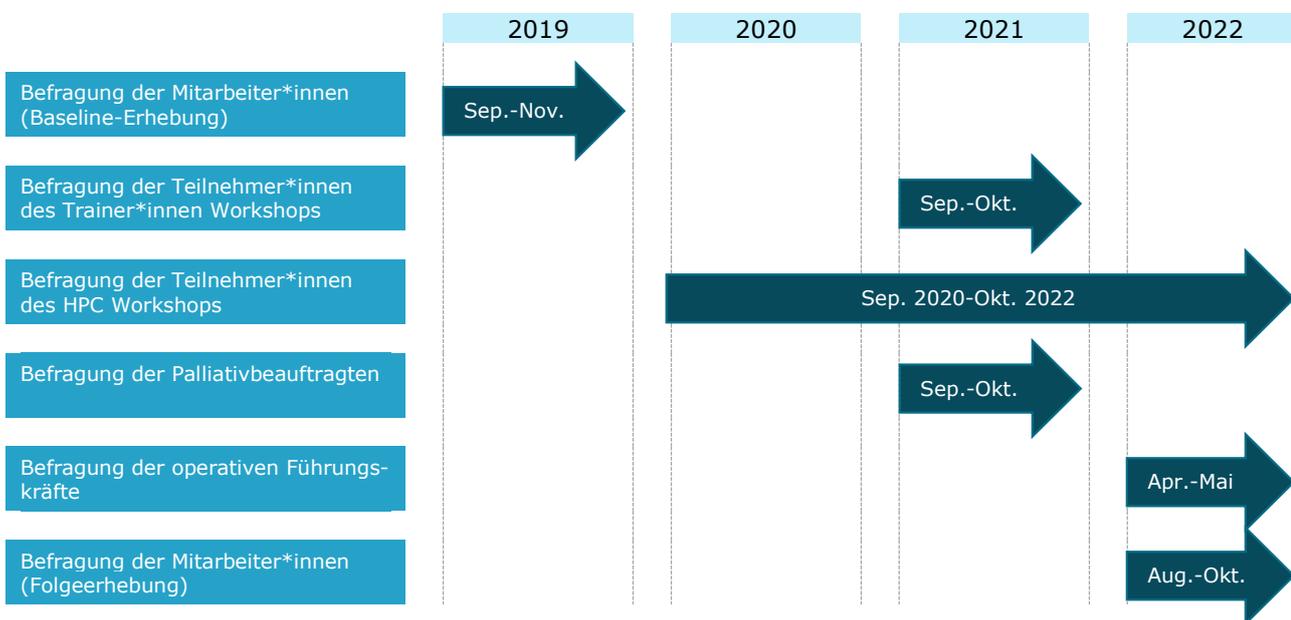
- AVS (87 Mitarbeiter*innen)
- Caritas (48 Mitarbeiter*innen)
- Diakonie (15 Mitarbeiter*innen)
- Hauskrankenhilfe Klagenfurt (34 Mitarbeiter*innen)
- Hauskrankenhilfe Velden (41 Mitarbeiter*innen)
- Hilfswerk Kärnten (63 Mitarbeiter*innen)
- Rotes Kreuz (222 Mitarbeiter*innen)
- Sozialmedizinischer Betreuungsring Krumpendorf (13 Mitarbeiter*innen)
- Sozialmedizinischer Betreuungsring Maria Saal (21 Mitarbeiter*innen)
- Volkshilfe (30 Mitarbeiter*innen)

Hospizkultur und Palliative Care war zu Beginn des Projekts bei den beteiligten Trägern in Kärnten mittelmäßig ausgeprägt. In der Baseline-Erhebung gaben 62% der Befragten an, bis dahin noch keine Aus- oder Weiterbildung zum Thema Hospiz und Palliative Care gemacht zu haben. Den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care hatten nur 5% der Befragten gemacht, den Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung hatten 21% absolviert. 19% gaben an, einen anderen themenbezogenen Workshop oder Kurs besucht zu haben (siehe auch Tabelle 1). Etwa die Hälfte (52%) der Befragten gaben in der Baseline-Erhebung an, dass in den Teambesprechungen das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema sind und bei rund 38% gab es zu Beginn des Projekts eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt. Diese beiden Maßnahmen können wichtige Indikatoren für das Vorhandensein einer entsprechenden Kultur sein, die es den Patient*innen ermöglicht, ihre letzte Lebensphase mitzugestalten. Im Zeitraum von September 2020 und Oktober 2022 wurden in Kärnten 26 Workshops mit insgesamt 392 Teilnehmer*innen durchgeführt.

3. Evaluationsdesign

Ziel der Evaluation war es, einerseits Wirkungen des Projekts „Hauskrankenpflege im Zentrum“ zu erfassen und andererseits das Projekt im Rahmen einer Prozessevaluation zu begleiten. Im Zuge der Evaluation kamen daher verschiedene Befragungen zum Einsatz, deren Ergebnisse an die Projektteilnehmer*innen zurückgespielt wurden.

ABBILDUNG 1: EVALUATIONSDESIGN



Quelle: eigene Darstellung

Zu Beginn des Projekts wurden die Mitarbeiter*innen im Rahmen einer Baseline-Erhebung im ersten Projektjahr 2019 zur Ausgangssituation von Hospizkultur und Palliative Care in der eigenen Organisation befragt. Diese Befragung wurde mittels einer Folgeehebung am Ende des Projekts im Herbst 2022 noch einmal durchgeführt. Ergänzend wurden spezifische Zielgruppen im Verlauf des Projekts befragt. Die Workshop-Teilnehmer*innen wurden im Anschluss an den Workshop gebeten, Feedback zu geben. Außerdem wurden für die Prozessevaluation die Palliativbeauftragten (Herbst 2021) und die operativen Führungskräfte (Frühjahr 2022) online befragt. Die Trainer*innen wurden ebenfalls im Herbst 2021 befragt, um zu untersuchen, wie es ihnen bis dahin ergangen ist. Details zur Methodik und den Fragestellungen der einzelnen Erhebungsformate sind bei den jeweiligen Unterkapiteln beschrieben.

4. Befragung der Mitarbeiter*innen

4.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Ein wesentliches Element der Evaluierung war die Befragung der Mitarbeiter*innen zu zwei Zeitpunkten, die es ermöglichen sollte, Entwicklungen aufzuzeigen. Im Evaluierungskonzept wurde folgende generelle Fragestellung festgelegt.

Haben die Schulungen sowie die begleitenden Maßnahmen im Rahmen des Projekts dazu beigetragen, dass Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen besser verankert ist?

Im Rahmen dieses Moduls wurde ein Fragebogen mit konkreteren Fragestellungen entwickelt, der an die Erhebungen des Projekts HPC Mobil Wien anknüpfte. Die Baseline-Erhebung wurde zu Beginn des Projekts noch vor Umsetzung jeglicher Maßnahmen und die Folgerhebung am Ende des Projekts durchgeführt. Der Großteil des Fragebogens wurde zu beiden Zeitpunkten konstant gehalten, mit dem Ziel, Veränderungen, die durch das Projekt bewirkt wurden, aufzuzeigen. Eine solche Vorgehensweise setzt voraus, dass die Rahmenbedingungen weitgehend konstant bleiben. Dies war allerdings keineswegs der Fall, da die Baseline-Erhebung im Herbst 2019 durchgeführt wurde, also noch bevor die COVID-19-Pandemie das gesellschaftliche Leben in Europa Anfang des Jahres 2020 drastisch einschränkte. Der Bereich der Pflege und Betreuung war davon in ganz besonderem Maße betroffen, die Arbeitsbedingungen der Pflege- und Betreuungskräfte waren äußerst schwierig. Veränderungen zwischen Baseline- und Folgerhebung können also auch dadurch beeinflusst sein. Ergänzend wurde daher in der zweiten Erhebung konkret nach Auswirkungen des HiZ-Projekts gefragt.

4.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

In Kärnten wurden die Baseline-Erhebung in ausgedruckter Papierversion, die Folgerhebung hingegen fast zur Gänze als Online-Erhebung durchgeführt. Ziel war es, zumindest 30% der Mitarbeiter*innen zu erreichen. Bei der Baseline-Erhebung wurden insgesamt 245 Fragebögen retourniert, bei einer Grundgesamtheit von 461 Mitarbeiter*innen entsprach das einem Rücklauf von 53%. Bei der Folgerhebung nahmen deutlich weniger Mitarbeiter*innen teil. Insgesamt konnten 129 Fragebögen für die Auswertung herangezogen werden. Die Mitarbeiter*innenzahl hat jedoch in den drei Jahren auf insgesamt 571 erhöht. Folglich beträgt der Rücklauf bei der Folgerhebung nur knapp 22,6%, das Ziel von 30% konnte leider trotz Verlängerung der Laufzeit nicht erreicht werden.

Der Fragebogen enthielt fast ausschließlich geschlossene Fragen. Kernstück waren Ratingskalen, die abfragten, inwieweit verschiedene Merkmale von Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen bereits etabliert sind. Außerdem wurden einige soziodemographische Daten abgefragt. Die Teilnehmer*innen wurden gebeten, am Ende des Fragebogens einen Pseudonymisierungscode auszufüllen¹. Dies erlaubt es, die Fragebögen der beiden Erhebungszeitpunkte einer Person zuzuordnen, bei Einhaltung der Anonymität.

¹ Dieser Code setzt sich aus einzelnen Zahlen und Buchstaben aus persönlichen Daten zusammen, die sich nicht verändern (Namen, Geburtsdatum etc.).

Man kann also beobachten, wie sich das Antwortverhalten einer Person zwischen Baseline- und Folgebefragung verändert (Längsschnittanalyse). In Kärnten konnten leider nur 13 sogenannte Panelpaare identifiziert werden. Alle anderen Daten wurden im Trenddesign verglichen, welches einem wiederholten Querschnittsdesign entspricht. Hier sind die Stichproben der beiden Erhebungszeitpunkte nicht ident, Veränderungen könnten damit auch durch eine unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben begründet sein. Die Panelauswertung ist demnach in gewisser Weise genauer, allerdings ist die Anzahl der beobachteten Fälle deutlich geringer.

Die Ergebnisse der beiden Erhebungen wurden im Vergleich graphisch dargestellt. Im Anschluss wurden Unterschiede für die Panelpaare sowie für alle anderen Daten im Trenddesign als unabhängige Stichproben auf Signifikanzen getestet. Jene Merkmale, bei denen sich signifikante Unterschiede zeigten, wurden separat ausgewiesen.

4.3. ERGEBNISSE

4.3.1. Beschreibung der Stichproben

Tabelle 1 beschreibt die Stichproben für beide Erhebung. Bei beiden sind zumindest 90% der befragten Mitarbeiter*innen weiblich, bei der Folgeerhebung sogar 96%. Etwa zwei Drittel sind jünger als 51 Jahre. In Bezug auf die Berufsgruppen variiert die Beteiligung bei den beiden Erhebungen. Der Großteil der Befragten waren jeweils Pflegeassistent*innen mit 35% bei der Baseline- und 38% bei der Folgeerhebung sowie Heimhilfen (36% bei der Baseline- und 29% bei der Folgeerhebung) und diplomierte Pflegekräfte (20% bei der Baseline und 29% bei der Folgeerhebung). 45% der Befragten bei der Baseline bzw. 55% bei der Folgeerhebung arbeiteten bereits länger als sechs Jahre bei der Organisation. Bei der Baseline-Erhebung sind 15% der Befragten nicht in Österreich geboren, bei der Folgeerhebung waren es lediglich 8%. Bei der Baseline-Erhebung haben bislang 62% bei der Folgeerhebung nur noch 40% noch keine Aus- und Weiterbildung zum Thema Hospiz und Palliative Care gemacht. Nur ein kleiner Anteil der Befragten (5%) hat den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care gemacht.

TABELLE 1: BESCHREIBUNG DER STICHPROBE BASELINE- UND FOLGEERHEBUNG

	Baseline-Erhebung (2019) (n=212-245)	Folgeerhebung (2022) (n=114-129)
Geschlecht:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 90% ▪ männlich: 10% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 96% ▪ männlich: 4%
Alter:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 25% ▪ 36-50 Jahre: 47% ▪ Ab 51 Jahre: 28% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 10% ▪ 36-50 Jahre: 58% ▪ Ab 51 Jahre: 32%
Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 20% ▪ Pflegefachassistent*in: 7% ▪ Pflegeassistent*in: 35% ▪ Heimhilfe: 36% ▪ Besuchsdienst: 0% ▪ Andere: 1% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 29% ▪ Pflegefachassistent*in: 5% ▪ Pflegeassistent*in: 38% ▪ Heimhilfe: 29% ▪ Besuchsdienst: 0% ▪ Andere: 0%
Betriebszugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 14% ▪ 1 Jahr und 5 Jahren: 43% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 7% ▪ 1 Jahr und 5 Jahren: 38%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 und 15 Jahren: 33% ▪ mehr als 15 Jahre: 11% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 und 15 Jahren: 40% ▪ mehr als 15 Jahre: 15%
Geburtsland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: 85% ▪ Anderes Land: 15% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: 92% ▪ Anderes Land: 8%
Aus- und Weiterbildung zum Thema Palliative Care und Hospiz (Mehrfachnennungen möglich)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 5% ▪ Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 21% ▪ andere Seminare/Kurse/ Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 19% ▪ Nein, keine: 62% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 5% ▪ Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 25% ▪ andere Seminare/Kurse/ Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 43% ▪ Nein, keine: 40%
Mit welchen der folgenden Dienste sind Sie bei der Betreuung bzw. Pflege von unheilbar kranken bzw. sterbenden Patient*innen regelmäßig im Kontakt (Mehrfachnennungen möglich)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiles Palliativteam: 24% ▪ Ehrenamtliches Hospizteam: 4% ▪ Rettungsdienst: 30% ▪ mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiles Palliativteam: 49% ▪ Ehrenamtliches Hospizteam: 9% ▪ Rettungsdienst: 24% ▪ mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 43%
Haben Sie bereits am dreitägigen Workshop HPC Mobil teilgenommen?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja: 70% ▪ Nein: 29% ▪ Weiß nicht: 1%
Gibt es in Ihrer Organisation bereits Palliativbeauftragte?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja: 69% ▪ Nein: 13% ▪ Weiß nicht: 19%
Gibt es in Ihrer Organisation bereits eine Palliativgruppe?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja: 26% ▪ Nein: 48% ▪ Weiß nicht: 26%

Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung

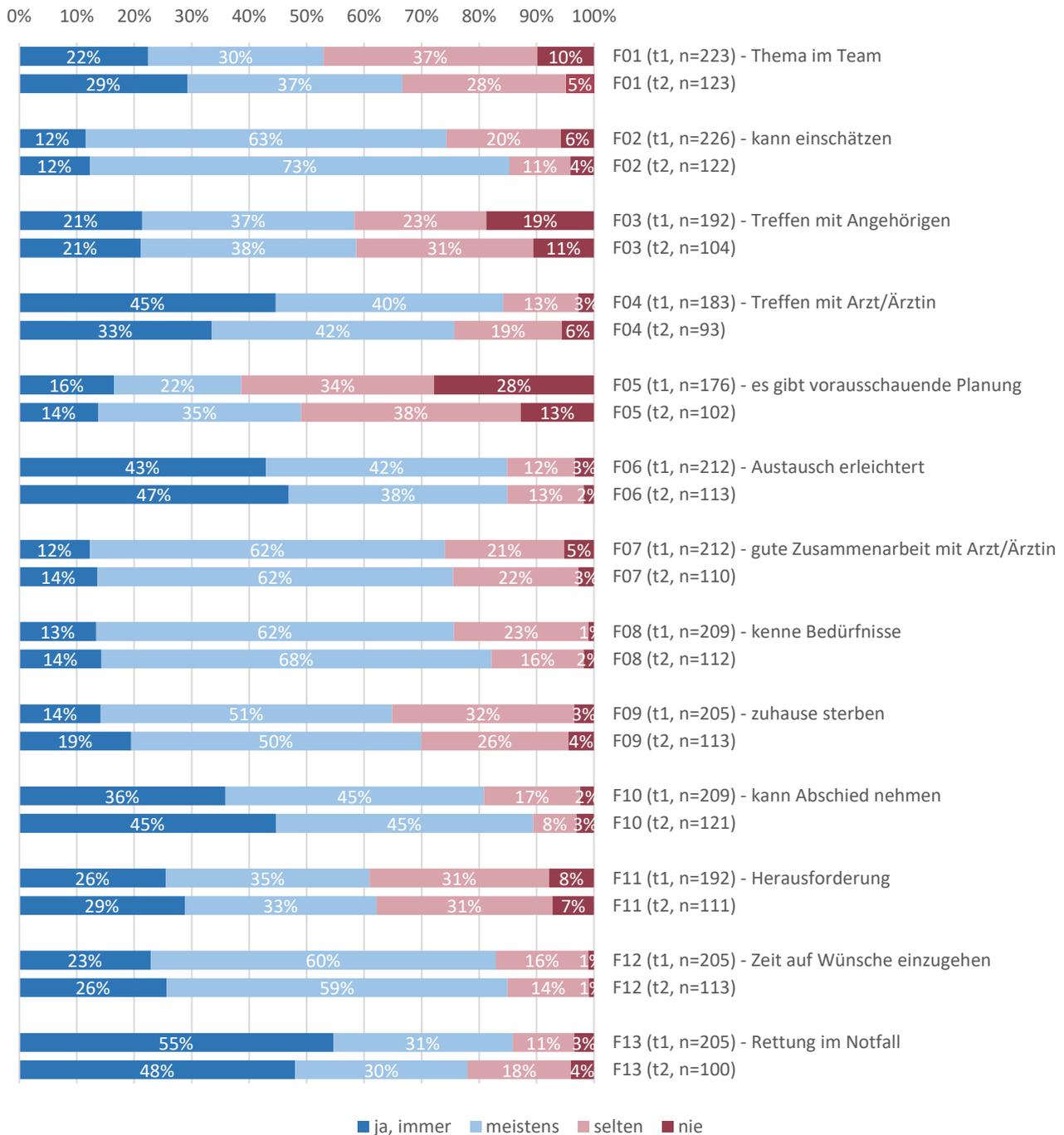
Bei der Folgerhebung gaben 70% an, dass sie bereits am HPC Mobil Workshop teilgenommen haben. 69% bejahten die Frage, ob es bereits Palliativbeauftragte und 26% die Frage, ob es eine Palliativgruppe in der Organisation gibt, wobei einige nicht Bescheid wussten (19% in Bezug auf die Palliativbeauftragten und 26% in Bezug auf die Palliativgruppe).

4.3.2. Deskriptiver Vergleich Baseline- und Folgerhebung

In Abbildung 2 sind die Ergebnisse der beiden Befragungen ausgewiesen. Es zeigt sich, dass manche Aussagen bei der zweiten Erhebung durchaus etwas mehr Zustimmung erhielten. Dies trifft auf die Aussagen F01 (In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.), F02 (Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.) F08 (Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.) zu. Bei der Aussage F04 (An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.) war die Zustimmung in der Folgerhebung

geringer. Im Fall der Aussage F13 (Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Patient/Patientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung) kann die geringere Zustimmung auch positiv interpretiert werden, wenn man davon ausgeht, dass dies dem Wunsch der Patient*innen entsprach.

ABBILDUNG 2: MITARBEITER*INNEN: VERGLEICH - GESAMTSTICHPROBE



Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, alle Teilnehmer*innen

In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob die Unterschiede signifikant sind, einmal anhand der Panelstichprobe und einmal als Querschnittsvergleich all jener, die jeweils nur an einer Befragung teilnahmen.

4.3.3. Signifikanztests Panel-Stichprobe

Die Signifikanztests zeigen bei lediglich einer Aussage signifikante Unterschiede zwischen Baseline- und Folgerhebung (siehe Tabelle 2 und Abbildung 3), allerdings muss hier nochmals auf die geringe Anzahl der Fälle hingewiesen werden. Signifikant weniger Mitarbeiter*innen stimmten auch der Aussage F13 (Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Patient/Patientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.) zu, was positiv interpretiert werden kann. Alle anderen Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

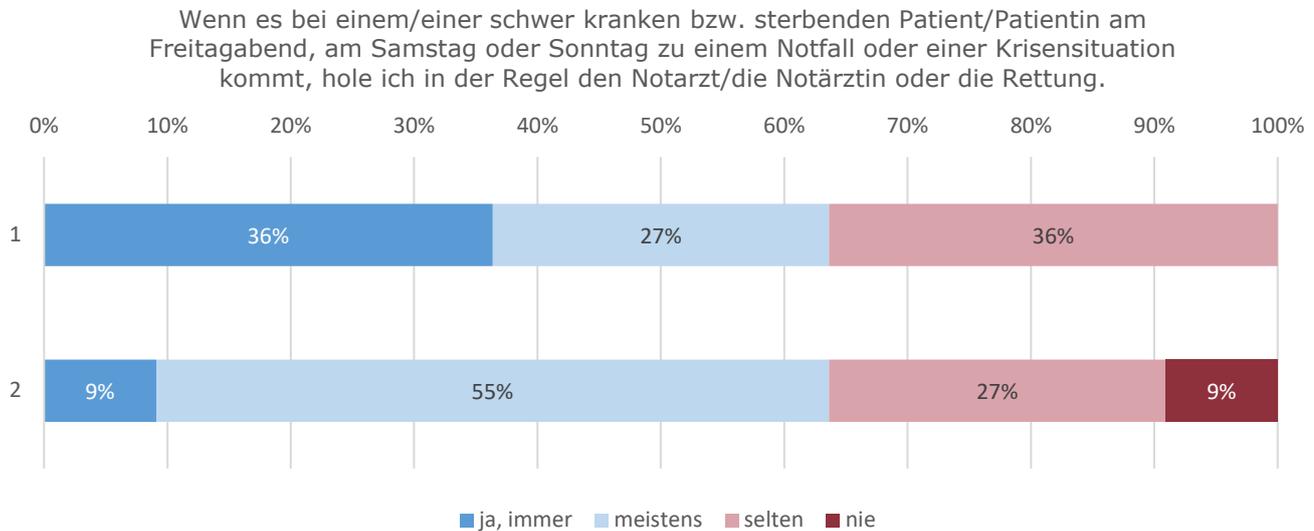
TABELLE 2: BEFRAGUNG DER MITARBEITER*INNEN VON HIZ, VERGLEICH BASELINE UND FOLGERHEBUNG PANEL-STICHPROBE – SIGNIFIKANZAUSWERTUNG ANHAND WILCOXON-TEST (ABHÄNGIGE STICHPROBE)

Nr.	Beschreibung	p-Wert
F01	In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.	0,08326
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,31731
F03	Wenn bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist, findet in der Regel ein gemeinsames Treffen zwischen ihm bzw. ihr, den Angehörigen/Vertrauenspersonen und dem Betreuungsteam statt.	0,31731
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,15730
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,19021
F06	Ein Austausch zwischen dem Patienten/der Patientin, den Angehörigen/Vertrauenspersonen, dem Hausarzt/der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Patient*innen.	0,47950
F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,05878
F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,56370
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,71926
F10	In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch, Abschlussgespräch mit Angehörigen).	0,41422
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,56370
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,08326
F13	Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Patient/Patientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.	0,02354*

* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Quelle: Baseline- und Folgerhebung, Panelstichprobe (n=17)

ABBILDUNG 3: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE BEI PANELVERGLEICH



Quelle: Baseline- und Folgerhebung, Panelstichprobe (n=11)

4.3.3.1. Signifikanztests unabhängige Stichprobe

Tabelle 3 weist die Ergebnisse der Signifikanztests bei all jenen Befragten aus, für die keine übereinstimmende Pseudonymisierungscode in den beiden Erhebungen gefunden werden konnten².

TABELLE 3: BEFRAGUNG DER MITARBEITER*INNEN VON HIZ, VERGLEICH BASELINE UND FOLGERHEBUNG DER GESAMTSTICHPROBE REDUZIERT UM DIE PANELSTICHPROBE, SIGNIFIKANZAUSWERTUNG ANHAND MANN-WHITNEY-U-TEST (UNABHÄNGIGE STICHPROBEN)

Nr.	Beschreibung	p-Wert
F01	In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.	0,009**
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,093
F03	Wenn bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist, findet in der Regel ein gemeinsames Treffen zwischen ihm bzw. ihr, den Angehörigen/Vertrauenspersonen und dem Betreuungsteam statt.	0,697
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,468
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,084
F06	Ein Austausch zwischen dem Patienten/der Patientin, den Angehörigen/Vertrauenspersonen, dem Hausarzt/der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Patient*innen.	0,426

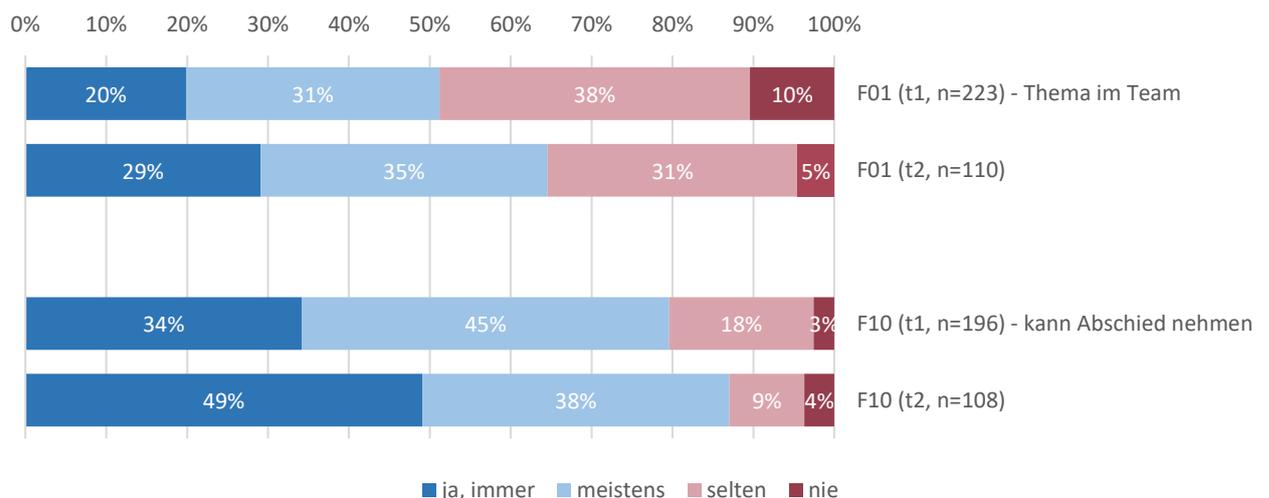
² Die Angabe des Pseudonymisierungscode war freiwillig. Nicht alle Befragten wollten diesen ausfüllen. Es ist daher denkbar, dass Befragte an beiden Erhebungen teilgenommen haben, jedoch nicht der Panelstichprobe zugeordnet werden konnten.

F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,374
F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,346
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,187
F10	In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch, Abschlussgespräch mit Angehörigen).	0,011*
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,581
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,361
F13	Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Patient/Patientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.	0,396
		* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, Gesamtstichprobe ohne Panelfälle

Hier zeigen sich bei zwei Aussagen signifikante Unterschiede zwischen Baseline- und Folgerhebung. Signifikant mehr Befragte stimmten bei der Folgerhebung der Aussage F01 (In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.) sowie der Aussage F10 (In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch, Abschlussgespräch mit Angehörigen).) zu (siehe Abbildung 4).

ABBILDUNG 4: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE BEI QUERSCHNITTSVERGLEICH



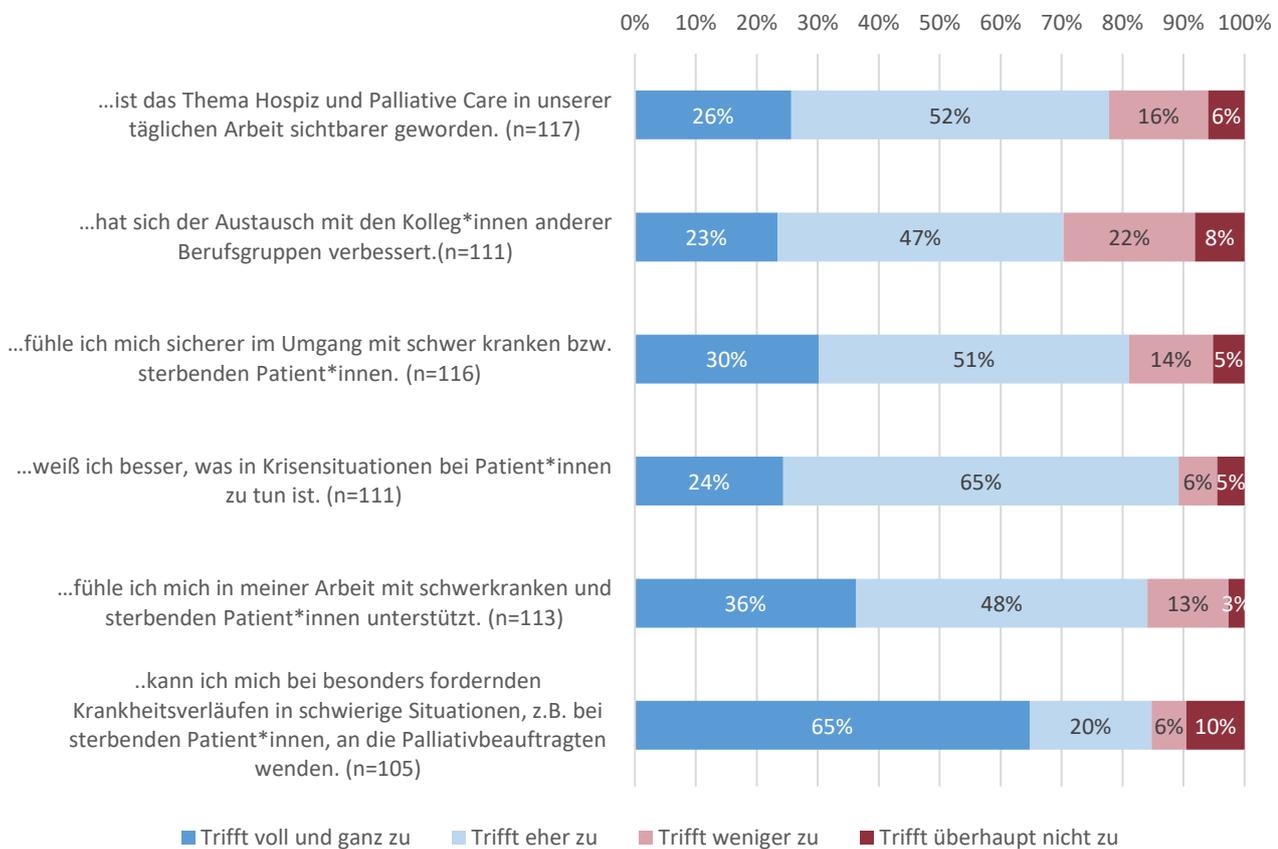
Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, Gesamtstichprobe ohne Panelfälle

4.3.4. Einschätzung der Wirkungen von HiZ durch die Mitarbeiter*innen

Im Rahmen der Folgerhebung wurden die Pflege- und Betreuungskräfte direkt zu Wirkungen des Projekts befragt. Vier der sechs Aussagen wurden von mehr als 80% als (eher) zutreffend bewertet. Die Mitarbeiter*innen wissen besser, was in Krisensituationen bei Patient*innen zu tun ist (89%), fühlen sich in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen unterstützt (84%) und sicherer (81%). 84% stimmen der Aussage (eher) zu, dass sie sich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen an die Palliativbeauftragten wenden können. Lediglich dem verbesserten Austausch mit den Kolleg*innen anderer Berufsgruppen stimmten nur 70% (eher) zu. 78% stimmten der Aussage (eher) zu, dass das Thema Hospiz und Palliative Care in der täglichen Arbeit sichtbarer geworden ist.

ABBILDUNG 5: MITARBEITER*INNEN: EINSCHÄTZUNG DER WIRKUNGEN VON HIZ³

Durch das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“...



Quelle: Folgerhebung 2022, n=105-117

³ Im Fragebogen wurde zweimal der Begriff Klient*innen verwendet. Da im Rahmen des Projekts entschieden wurde, den Begriff Patient*innen zu verwenden wurde die Darstellung der Ergebnisse hier entsprechend angepasst.

4.4. RESÜMEE

Die Befragung der Mitarbeiter*innen bildete das Kernstück der Ergebnisevaluation. Sie spiegelt die schwierigen Umstände wider, denen die Mitarbeiter*innen durch die COVID-19-Pandemie während der Projektlaufzeit ausgesetzt waren. Dies hatte unmittelbare Auswirkungen auf den Projektverlauf, indem beispielsweise die Workshops verschoben werden mussten, beeinflusste allerdings auch stark die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, einen Kulturwandel in Organisationen herbeizuführen. Die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen erfordert Zeit, Austausch zwischen allen Beteiligten und Aufmerksamkeit – all dies war im Zuge der Pandemie noch viel knapper als im normalen Arbeitsalltag.

Insofern ist es beachtenswert, dass trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen bereits erste Erfolge des Projekts erkennbar sind. Das Versterben und der Tod von Patient*innen sind verstärkt Thema in Teamgesprächen, zudem haben die Mitarbeiter*innen öfter die Möglichkeit, sich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn sie das möchten.

Außerdem wissen die Mitarbeiter*innen besser, was in Krisensituationen zu tun ist und fühlen sich größtenteils unterstützt und sicherer in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen. Die Palliativbeauftragten werden ebenfalls bereits als Unterstützung wahrgenommen, da viele Mitarbeiter*innen zustimmten, dass sie sich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen an die Palliativbeauftragten wenden können.

5. Befragung Workshop-Trainer*innen

5.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Während des HiZ-Projekts fanden insgesamt vier Trainer*innen-Schulungen statt, in denen bundesländerübergreifend Trainer*innen in drei Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark) dazu ausgebildet wurden, die dreitägigen Workshops für die Mitarbeiter*innen in den Trägerorganisationen zu halten. Nicht beteiligt hat sich Vorarlberg, da hier aufgrund der anderen Ausgangsvoraussetzungen ein anderes Konzept und ein eigenes Curriculum entwickelt und umgesetzt wurden (siehe Kap.2). Insgesamt nahmen 73 Personen an den Trainer*innen-Schulungen teil:

- 02.-06. September 2019 in Klagenfurt (19 Teilnehmer*innen)
- 20.-24. Jänner 2020 in Linz (19 Teilnehmer*innen)
- 14.-18. September 2020 in Wien (13 Teilnehmer*innen)
- 02.-06. Mai 2022 in Linz (22 Teilnehmer*innen)

Die Trainer*innen erhielten unmittelbar nach dem Workshop einen Feedbackfragebogen. Außerdem wurden im Mai 2021 die Trainer*innen, die bis dahin ausgebildet waren (Schulung 1-3, 51 Trainer*innen) im Rahmen einer Online-Erhebung befragt.

Ziel der Trainer*innenbefragung war es zu erheben, wie es den Trainer*innen-bis zu diesem Zeitpunkt ergangen ist.

Der Fragebogen umfasste Fragenblöcke zu folgenden Themen:

Fragestellungen:

- Feedback zu den Inhalten der Schulung
- Feedback zu den Rahmenbedingungen der Workshops (inklusive die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie)
- Feedback zu den Erfahrungen in der Umsetzung der Workshops

5.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE UND RÜCKLAUF

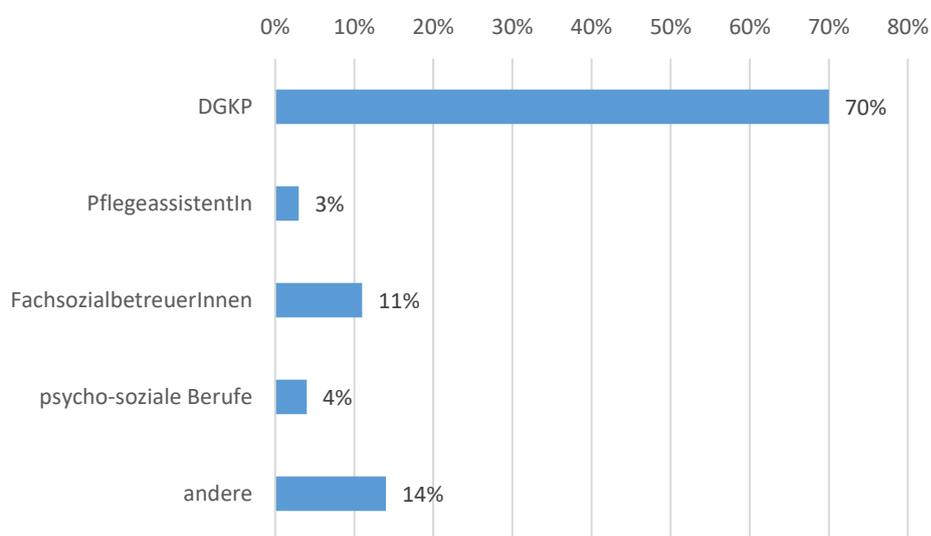
Die Trainer*innen erhielten unmittelbar nach den Workshops einen Feedbackfragebogen. Alle 73 Trainer*innen haben den Feedbackbogen ausgefüllt, d.h. der Rücklauf beträgt 100%. Außerdem wurden die bis dahin 51 ausgebildeten Trainer*innen im September/Oktober 2021 im Rahmen einer Onlineerhebung befragt. In Summe beteiligten sich 32 Trainer*innen an der Befragung. Dies entspricht einem Rücklauf von 62,7%. Im Folgenden werden bei der Online-Befragung allerdings lediglich die Antworten der fünf Kärntner Trainer*innen ausgewiesen. Der Fragebogen enthielt geschlossene und offene Fragen.

5.3. ERGEBNISSE DER FEEDBACK-FRAGEBÖGEN

5.3.1. Beschreibung der Stichprobe

Alle 73 Teilnehmer*innen der vier Schulungen haben den Feedbackfragebogen unmittelbar nach dem Workshop ausgefüllt. Da aus Anonymitätsgründen nicht nach dem Bundesland gefragt wurde, erfolgt hier die Darstellung der Ergebnisse für alle ausgebildeten Trainer*innen. In Summe gaben 38% der Befragten an, eine leitende Funktion auszuführen. In Bezug auf die Berufsgruppen zählte der Großteil der Trainer*innen (70%) zu den diplomierten Pflegekräften, 11 % waren Fachsozialbetreuer*innen, 4% übten einen psycho-sozialen Beruf aus und 2% waren Pflegeassistent*innen.

ABBILDUNG 6: WS-TRAINER*INNEN: BERUFSGRUPPEN DER TEILNEHMER*INNEN



Quelle: Feedbackfragebogen Trainer*innen-Schulung, n=71, Mehrfachantworten möglich

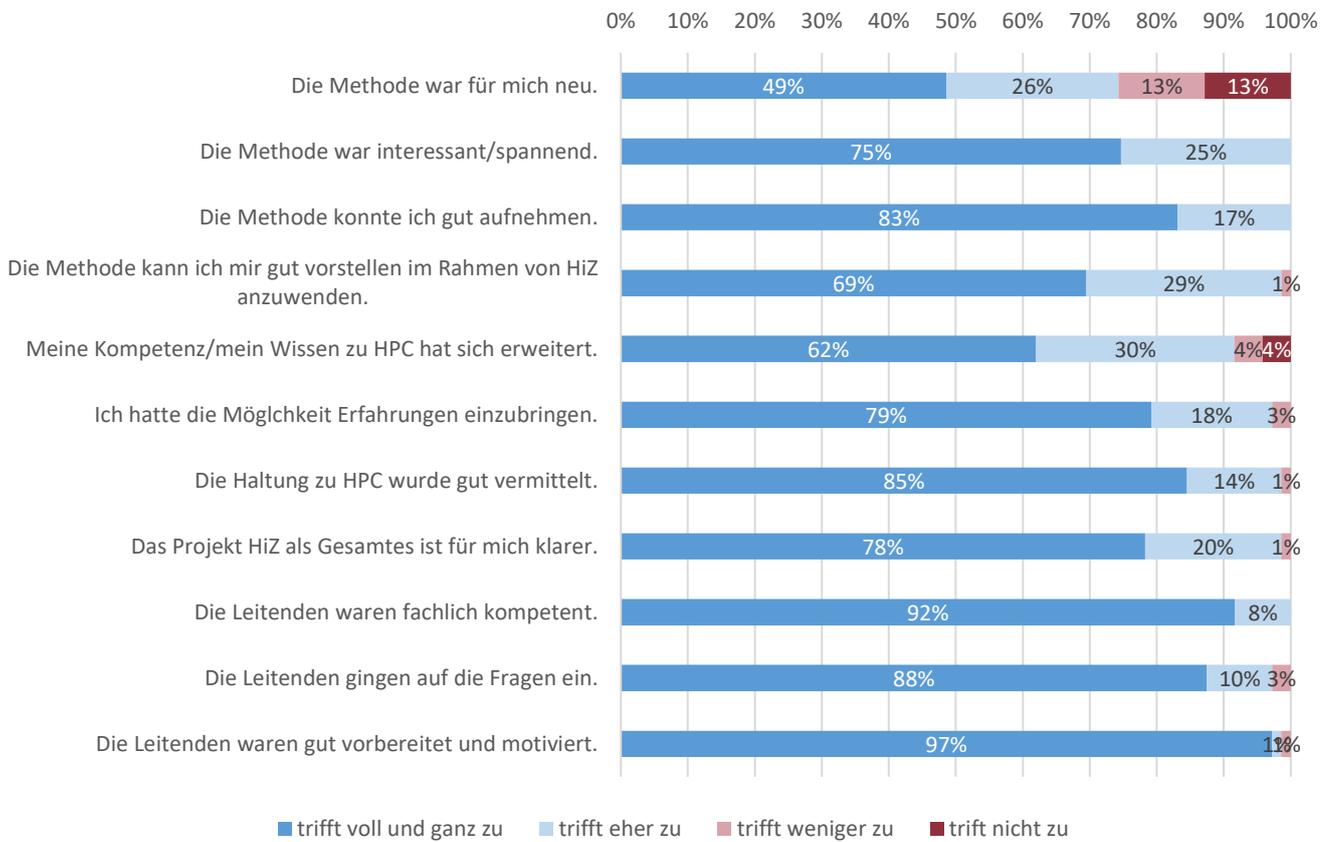
Von den 14%, die angaben, anderen Berufsgruppen anzugehören wurde Folgendes genannt:

- Heimhilfe
- Kommunikation
- Leiter*in Sozialzentrum
- Leitung
- Leitung Sozialzentrum
- Management
- Pflegewissenschaftler*in
- Projektkoordination
- Projektmitarbeit
- psych. Zusatz

5.3.2. Feedback

Für 26% der befragten Teilnehmer*innen war die Methode (eher) nicht neu. In Summe erhielt die Methode sehr gute Bewertungen. Alle Teilnehmer*innen fanden sie (eher) spannend bzw. interessant und konnten sie gut aufnehmen. Eine Person (1%) hatte etwas Zweifel, die Methode im Rahmen von HiZ anwenden zu können. Lediglich 8% konnten ihr Wissen und ihre Kompetenz zu HPC durch die Schulung nicht erweitern. Fast alle (97%) stimmten (eher) zu, dass sie eigene Erfahrungen einbringen konnten. Außerdem stimmten 99% zu, dass die Haltung zu HPC gut vermittelt wurde und ihnen das Projekt HiZ als Gesamtes klarer ist. Sehr gutes Feedback erhielten auch die Leiter*innen der Schulung. Sie wurden von allen Teilnehmer*innen als (eher) fachlich kompetent bewertet, 99% der Teilnehmer*innen fanden sie gut vorbereitet und motiviert und 97% stimmten zu, dass die Leitenden gut auf Fragen eingingen.

ABBILDUNG 7: WS-TRAINER*INNEN: FEEDBACK



Quelle: Feedbackfragebogen Trainer*innen-Schulung, n=69-72

In Bezug auf vorgeschlagene weitere Themen für Folgeveranstaltungen stand die vorausschauende Planung mit 24 Nennungen an erster Stelle, gefolgt vom Thema „Bedeutung Angehöriger“ mit 20 und dem Thema „Demenz“ mit 18 Nennungen. Auch das Thema „Trauer“ wurde von 17 Teilnehmer*innen als wichtig angesehen.

ABBILDUNG 8: WS-TRAINER*INNEN: WÜNSCHE FÜR WEITERE THEMEN FÜR FOLGEVERANSTALTUNGEN



Quelle: Feedbackfragebogen Trainer*innen-Schulung, Mehrfachantworten möglich

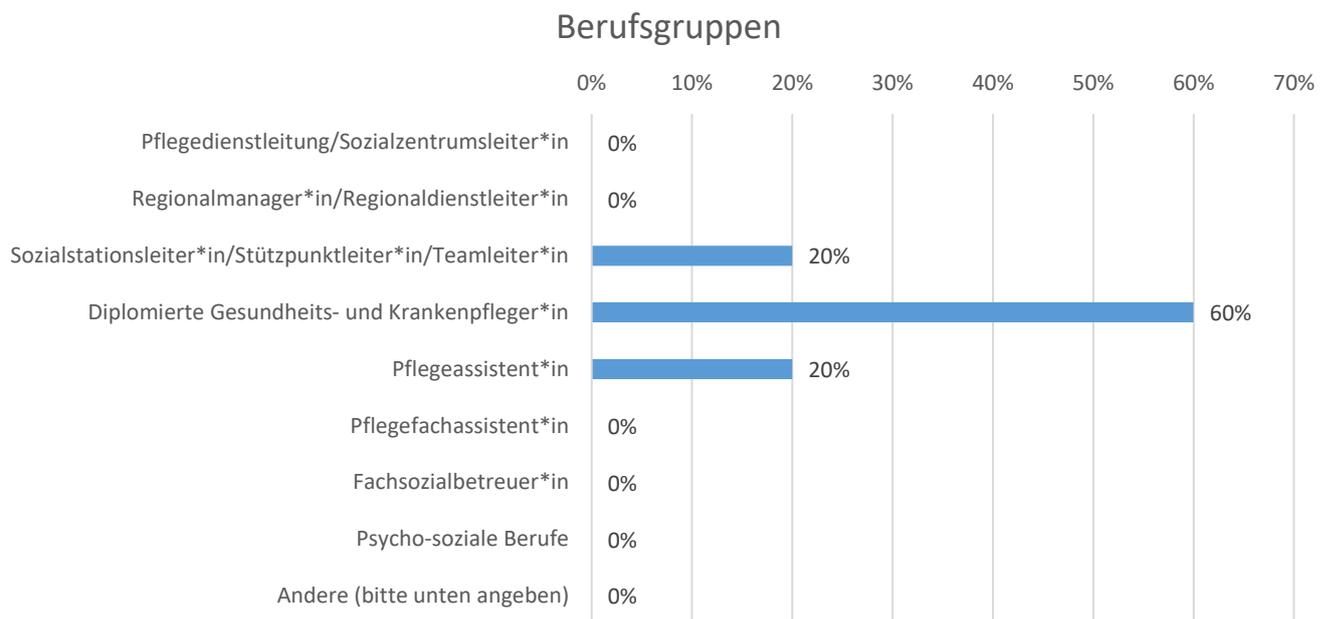
In einer offenen Frage wurde als weiteres Thema „Ethische Aspekte in der Hospiz und Palliative Care“ eingebracht.

5.4. ERGEBNISSE DER ONLINE-BEFragung

5.4.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Teilnehmenden der Trainer*innen-Schulung setzten sich zusammen aus drei Diplombierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, eine*r Sozialstationsleiter*in/Stützpunktleiter*in/Teamleiter*in sowie eine*r Pflegeassistent*in. Die Tätigkeitsdauer der Workshop-Trainer*innen im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege erstreckt sich von zumindest einem bis über 10 Jahre.

ABBILDUNG 9: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: BERUFSGRUPPE



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

Von den ausgebildeten Trainer*innen waren zwei (40%) zwischen einem Jahr und drei Jahren und drei (60%) bereits über zehn Jahre in der mobilen Betreuung und Pflege tätig.

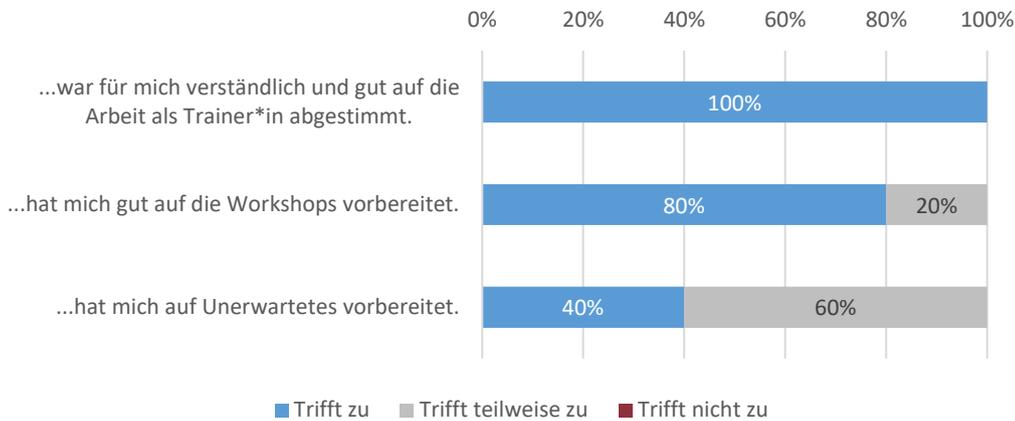
Drei der fünf Teilnehmenden haben vor dem Besuch der Schulung Fortbildungen zu Hospiz und Palliative Care besucht, wobei der Universitätslehrgang „Palliative Care Level 3“ namentlich genannt wurde.

5.4.2. Feedback

Die Teilnehmenden der Trainer*innen-Schulung beschreiben diese als verständlich und gut auf die Arbeit als Trainer*in abgestimmt. Vier Befragte fühlten sich gut auf die Workshops vorbereitet, die fünfte Person immerhin teilweise. Die Trainer*innen fühlten sich ganz (40%) oder teilweise (60%) auf Unerwartetes vorbereitet (etwa auf Verweigerer*innen in den Workshops).

ABBILDUNG 10: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: EINSCHÄTZUNG DER SCHULUNG

Das Curriculum HPC Mobil aus der Trainer*innenschulung...

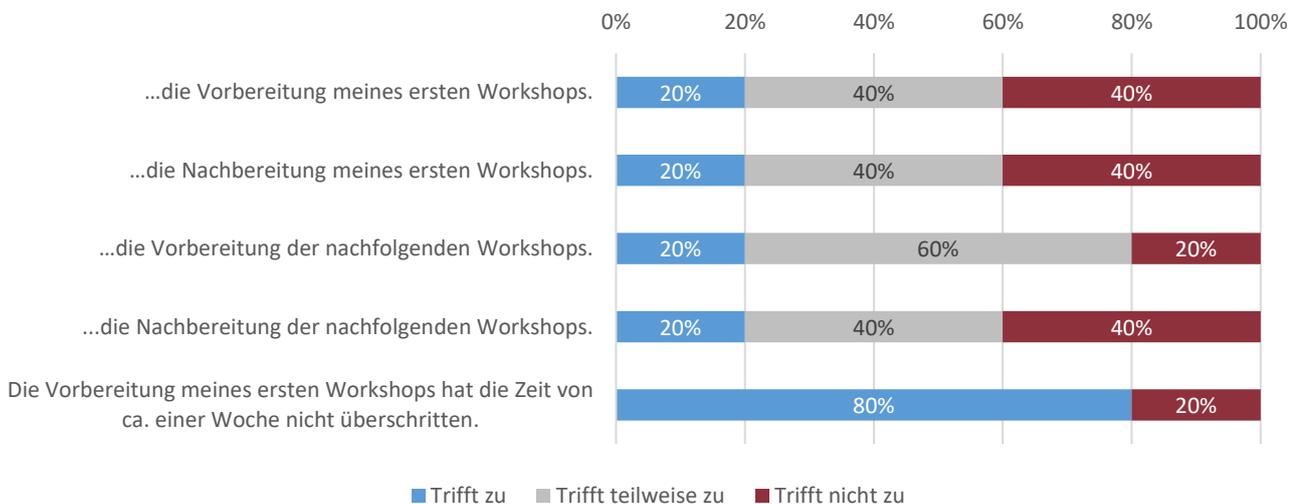


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

Die Bewertung der Rahmenbedingungen um die Workshops fiel gemischt aus. Für Vor- und Nachbereitung des ersten Workshops haben drei Trainer*innen von ihren Vorgesetzten zumindest teilweise genügend Stunden im Rahmen ihrer bezahlten Arbeitszeit bekommen, die anderen beiden Befragten stimmen dem nicht zu. Ähnlich gestaltet sich das Bild bei den nachfolgenden Workshops. In Bezug auf die Vorbereitungsdauer des ersten Workshops gaben vier von fünf Personen an, dass diese nicht mehr als etwa eine Woche Arbeitszeit (38 Stunden) in Anspruch nahm, die fünfte Trainer*in hatte dagegen einen höheren Zeitaufwand.

ABBILDUNG 11: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: RAHMENBEDINGUNGEN

Von meiner/meinem Vorgesetzten habe ich genügend Stunden im Rahmen meiner bezahlten Arbeitszeit bekommen für...

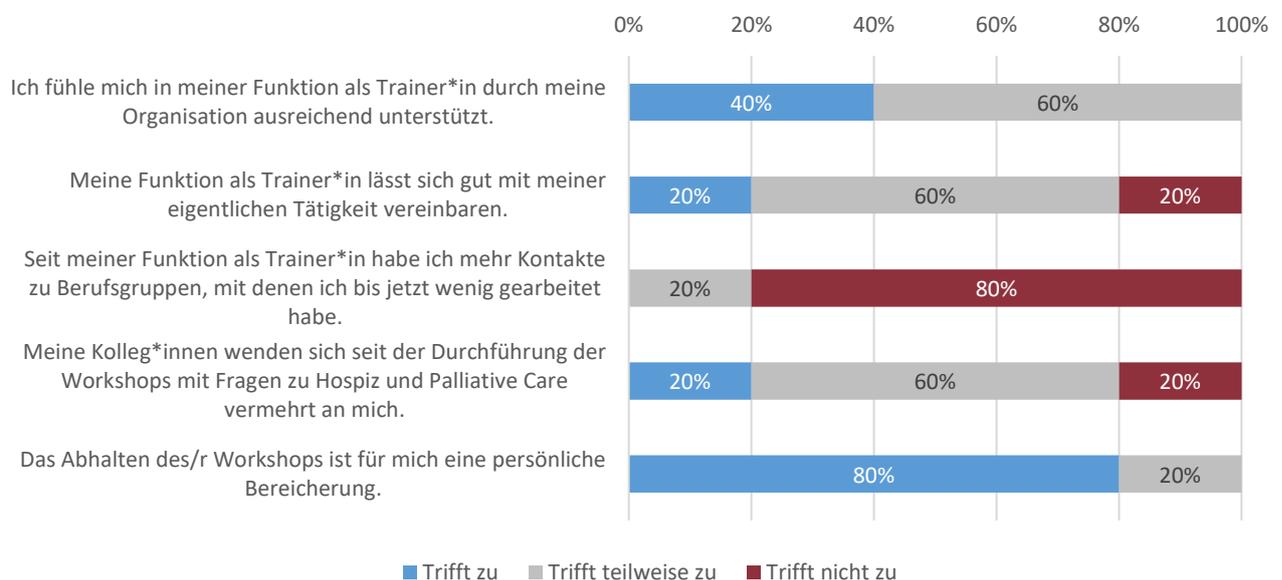


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

Durch ihre Organisation fühlten sich die Befragten völlig (20%) oder teilweise ausreichend (60%) unterstützt, die Vereinbarkeit mit der eigentlichen Tätigkeit wurde einmal als gegeben, dreimal als teilweise gegeben, und einmal als nicht gegeben beschrieben.

Der Aussage, nun mehr Kontakte zu Berufsgruppen zu haben, mit denen bis zu diesem Zeitpunkt wenig gearbeitet wurde, stimmte nur eine Person zumindest teilweise zu, die restlichen Befragten konnten dagegen keine solchen Vorteile aus der Trainer*innenfunktion ziehen. Etwas mehr Zustimmung erhielt die Erfahrung, vermehrt Ansprechperson von Kolleg*innen zu den Themen Hospiz und Palliative Care geworden zu sein. Für ein*e Trainer*in war dies der Fall, für drei zum Teil, für eine weitere Person dagegen gar nicht. Positiv fällt die Einschätzung aus, dass das Abhalten der Workshops eine persönliche Bereicherung für die Befragten war: Vier der Trainer*innen stimmen dem voll zu, eine teilweise.

ABBILDUNG 12: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: STIMMUNGSBILD

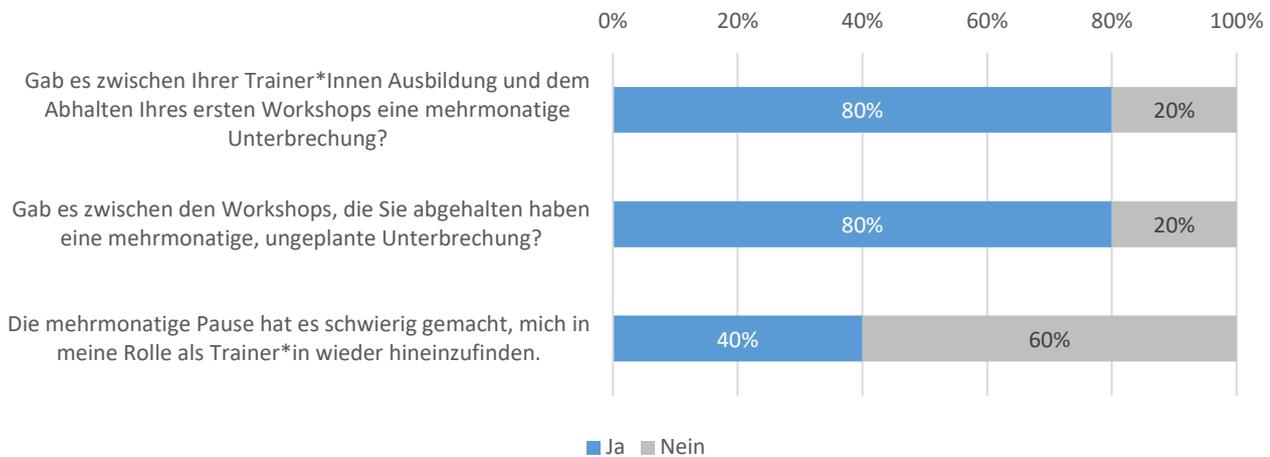


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

Zur Unterstützung der Trainer*innentätigkeit zählen die Befragten ausreichende Größe der Räumlichkeiten und bessere Organisation der Materialien vor Ort als wünschenswert auf.

Die Covid-19-Pandemie führte vier von fünf Trainer*innen zu einer mehrmonatigen Unterbrechung zwischen Ausbildung und erstem Workshop. Bei der gleichen Zahl kam es auch zwischen den Workshops zu Verzögerungen. Die Pausen erschwerten es jedoch nur zwei der Befragten zurück in ihre Rolle als Trainer*innen zu finden. Die Befragten gaben an, dass ihnen kein Refresher-Workshop zur Verfügung stand, dabei hätten jedoch nur zwei von fünf Personen einen solchen auch für notwendig erachtet.

ABBILDUNG 13: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: AUSWIRKUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

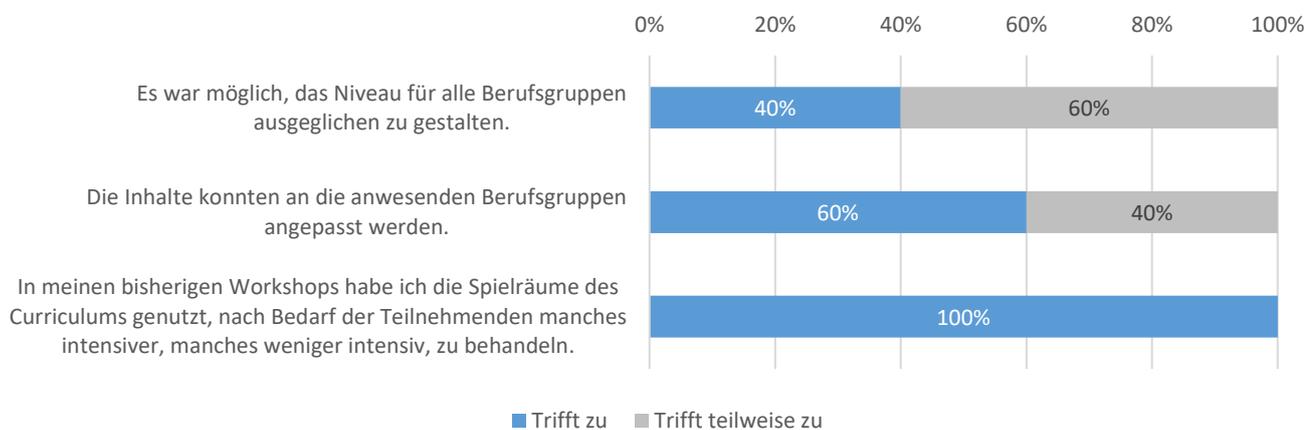
Wenig Zulauf erhielt die zweitägige Ausbildung für die Durchführung von Online-Workshops. Diese wurde nur von einer Person besucht. Online abgehalten haben die Befragten keinen ihrer Workshops und planen auch nicht, dies in Zukunft zu tun.

Eine*r der Befragten hat bis zum Zeitpunkt der Befragung einen Workshop abgehalten, vier Personen zwei oder mehr. Diese Workshops fanden mehrheitlich 2021 (50%) und 2019 (38%) statt, die restlichen dazwischen, im Jahr 2020 (13%).

In der Umsetzung der Workshops ist es den Trainer*innen zum Zeitpunkt der Befragung ganz (40%) oder teilweise (60%) gelungen, das Niveau für alle Berufsgruppen ausgeglichen zu gestalten. Die Befragten konnten die Inhalte an die anwesenden Berufsgruppen vollständig (60%) oder zumindest zum Teil (40%) anpassen und die Spielräume des Curriculums der Trainer*innen-Schulung insofern nutzen, als dass je nach Bedarf der Teilnehmenden manche Themenpunkte intensiver, manche weniger intensiv behandelt wurden (100% Zustimmung).

ABBILDUNG 14: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: UMSETZUNG DER WORKSHOPS

Erfahrungen in der Umsetzung der Workshops



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen 2021, n=5

5.5. RESÜMEE

Die Trainer*innen-Schulung konnte einen gehaltvollen Beitrag zur Vorbereitung der Trainer*innen auf ihre Workshops leisten. Die Methode war nicht für alle Teilnehmer*innen neu, wurde jedoch von allen als interessant und spannend beurteilt. Auch mit etwas Abstand zur Schulung schätzten die Teilnehmenden die Inhalte im Rahmen der Online-Befragung als überwiegend hilfreich und verständlich ein. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten gemischt, zum Teil mangelte es an der ausreichenden Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung der Workshops. Die Teilnehmenden waren in der Lage Workshops abzuhalten, die meisten konnten bereits mehr als einen umsetzen. Dabei gelang es den Trainer*innen, auf die Bedürfnisse der Workshop-Teilnehmer*innen einzugehen.

6. Befragung Workshop-Teilnehmer*innen

6.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Mitarbeiter*innen konnten im Rahmen von HPC zuhause Workshops besuchen. Die Workshop-Teilnehmer*innen wurden im Anschluss an den Workshop gebeten, einen Feedbackfragebogen auszufüllen.

Ziel des Feedbackfragebogens war es, zu erheben, wie die Workshops aus der Sicht der Teilnehmer*innen umgesetzt wurden und ob sie das Curriculum als nützlich erachteten.

Die Frage wurde mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

Fragestellungen:

- Feedback zu den Inhalten und zur Methode des Workshops
- Feedback zu den Trainer*innen
- Wunscthemen für weitere Workshops

6.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE UND RÜCKLAUF

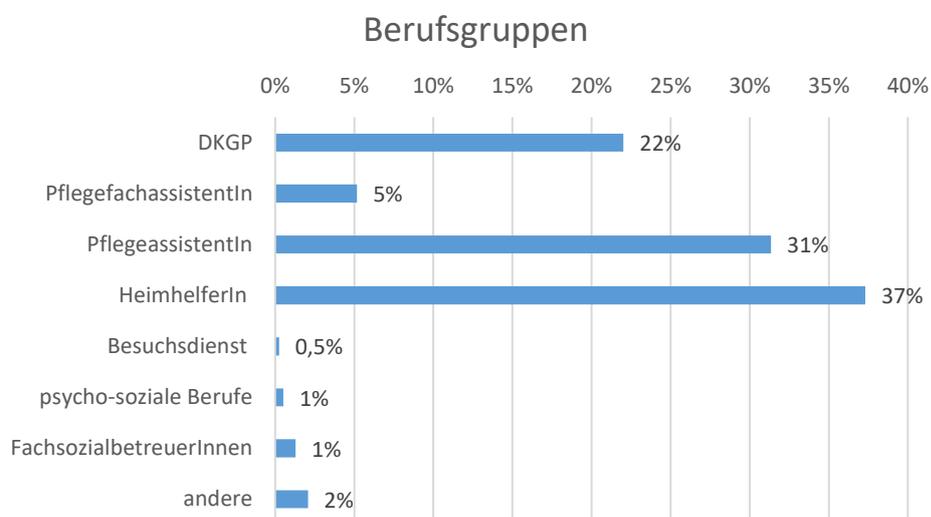
Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Workshops miteinbezogen, die bis Ende Oktober 2022 durchgeführt wurden. Im Zeitraum von September 2019 bis Oktober 2022 wurden 26 Workshops mit zwischen 8 und 22 Teilnehmer*innen durchgeführt. In Summe nahmen 392 Personen an den Workshops teil, von denen 387 einen Feedbackbogen abgaben. Dies entspricht einem Rücklauf von 98,7%. Der Fragebogen enthielt geschlossene und offene Fragen.

6.3. ERGEBNISSE

6.3.1. Beschreibung der Stichprobe

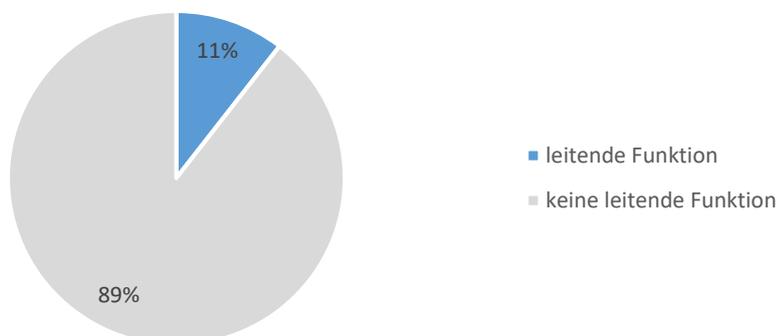
Die größten Berufsgruppen unter den Teilnehmer*innen bildeten die Heimhelfer*innen mit 37%, die Pflegeassistent*innen mit 31%, sowie die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit 22%. Dazu kamen 5% Pflegefachassistent*innen, sowie fünf Fachsozialbetreuer*innen zwei Teilnehmer*innen aus den psycho-sozialen Berufen und ein Angehörige*r der Berufsgruppe Besuchsdienst. Acht Befragte gaben an, anderen Berufsgruppen anzugehören. Von den Teilnehmer*innen hatten 11% eine leitende Funktion.

ABBILDUNG 15: WS-TEILNEHMER*INNEN-FEEDBACK - BERUFSGRUPPE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=386

ABBILDUNG 16: WS-TEILNEHMER*INNEN-FEEDBACK – ANTEIL FÜHRUNGSKRÄFTE



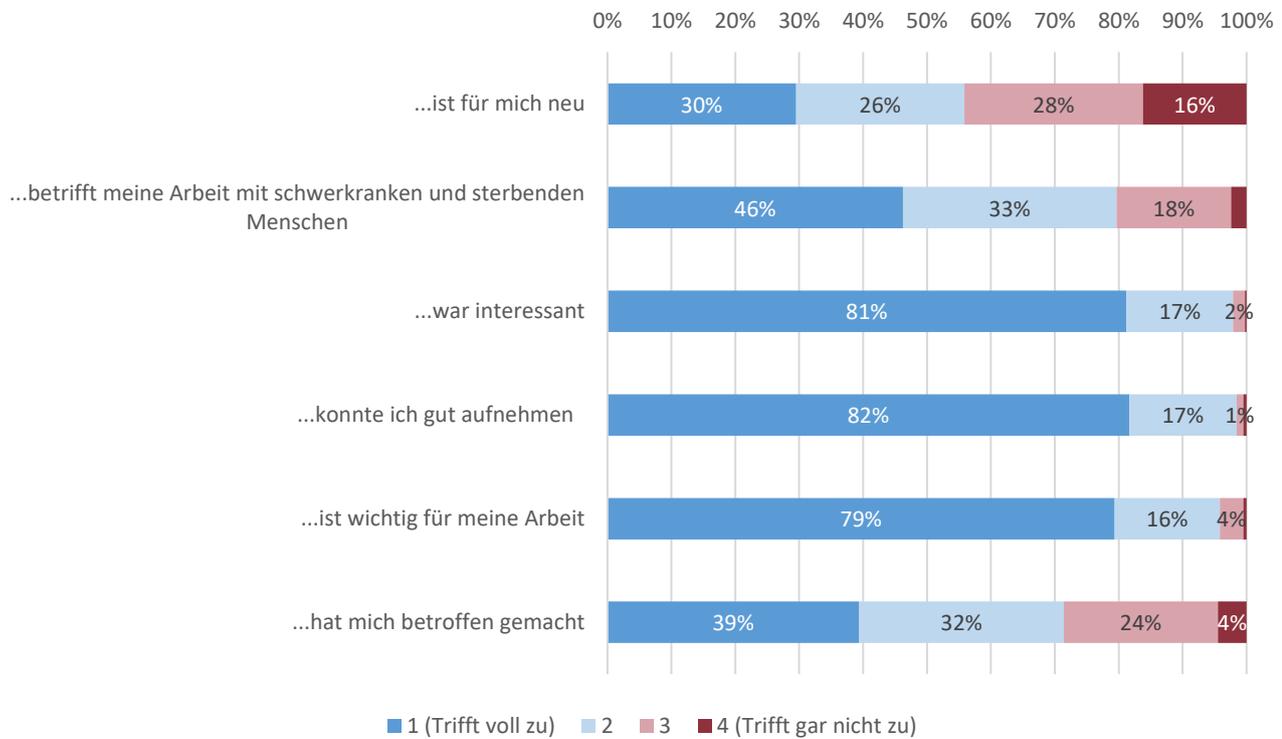
Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=276

6.3.2. Feedback

Für mehr als die Hälfte der befragten Workshop-Teilnehmer*innen (56%) war die Vermittlung der Haltung zu Hospiz und Palliative Care zumindest teilweise neu, dabei beschrieben fast alle Personen die Inhalte des Workshops als wichtig (95%) und interessant (98%). 79% der Befragten hielten den Workshop für (eher) relevant für die eigene Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen und mehr als zwei Drittel (71%) gaben an, dass sie die Inhalte des Workshops betroffen gemacht hätten, bei 28% was das (eher) nicht der Fall.

ABBILDUNG 17: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN INHALTEN

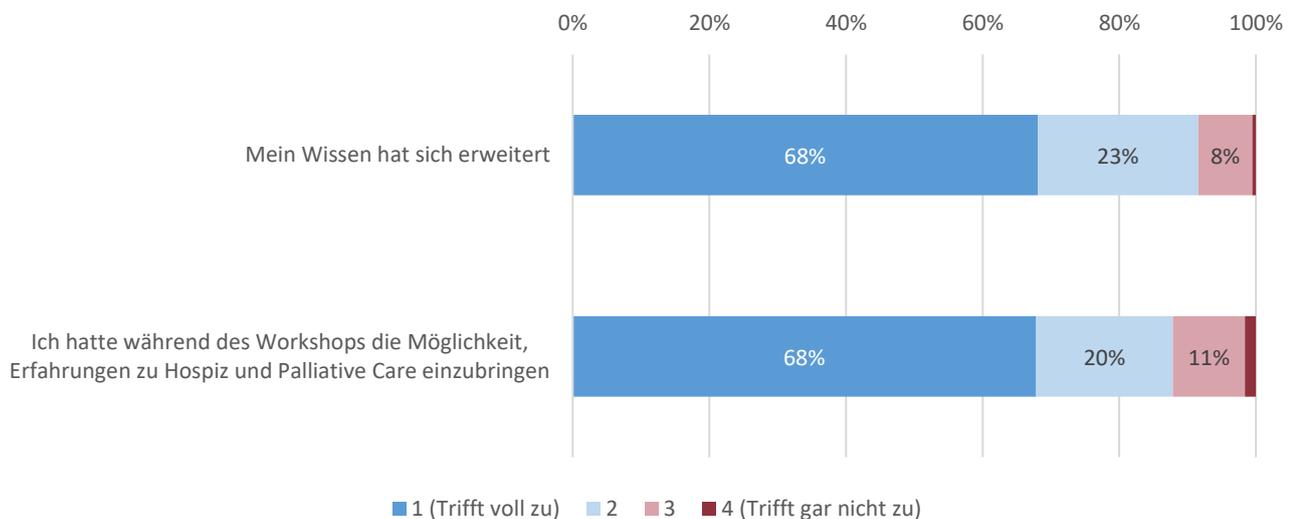
Die Vermittlung der Haltung zu Hospiz und Palliative Care ...



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=374-383

Die meisten Teilnehmer*innen (91%) konnten durch den Workshop ihr Wissen erweitern und hatten die Möglichkeit ihre eigenen Erfahrungen zu Hospiz und Palliative Care einzubringen (88%).

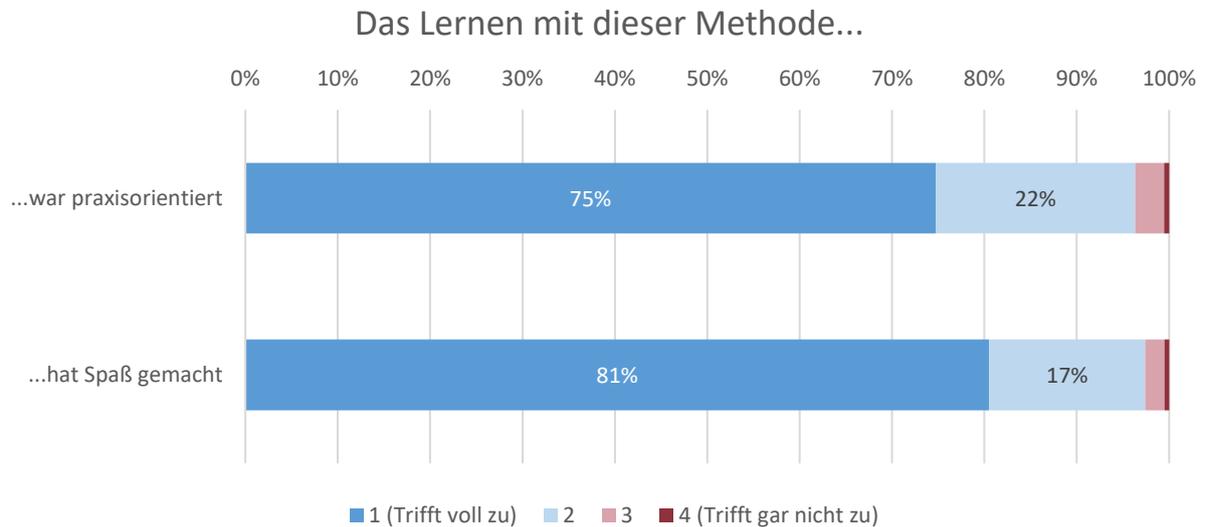
ABBILDUNG 18: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUM NUTZEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=379

Große Zustimmung erhielt auch die Methode des Workshops, beinahe alle Teilnehmer*innen fanden diese (eher) praxisorientiert (97%) und hatten Spaß daran (98%).

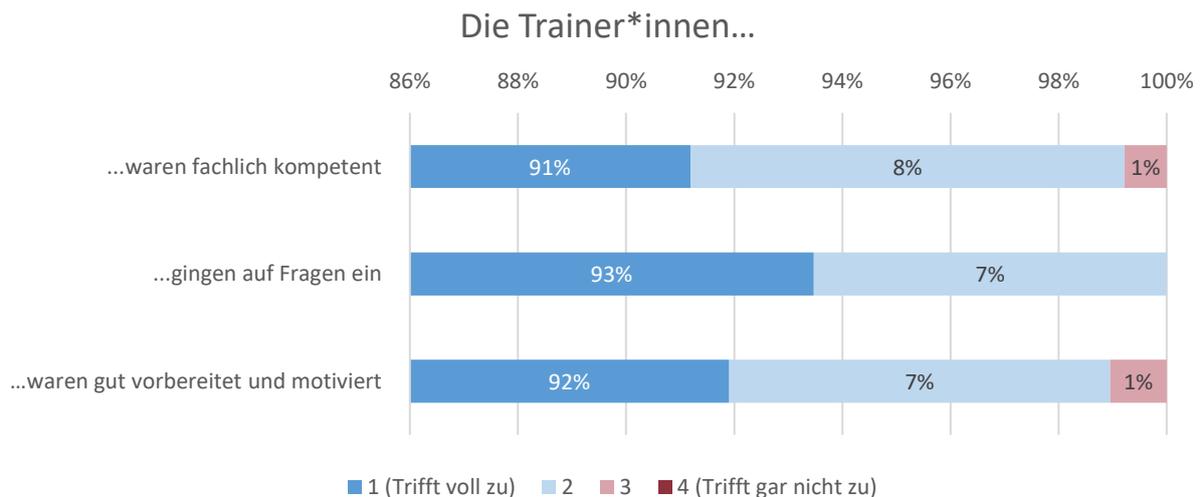
ABBILDUNG 19: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUR METHODE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=380-385

Auch die Trainer*innen wurden von den Teilnehmenden sehr gut bewertet, sie wurden als fachlich kompetent wahrgenommen (99%), gingen auf Fragen ein (100%) und waren gut vorbereitet und motiviert (99%).

ABBILDUNG 20: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN TRAINER*INNEN



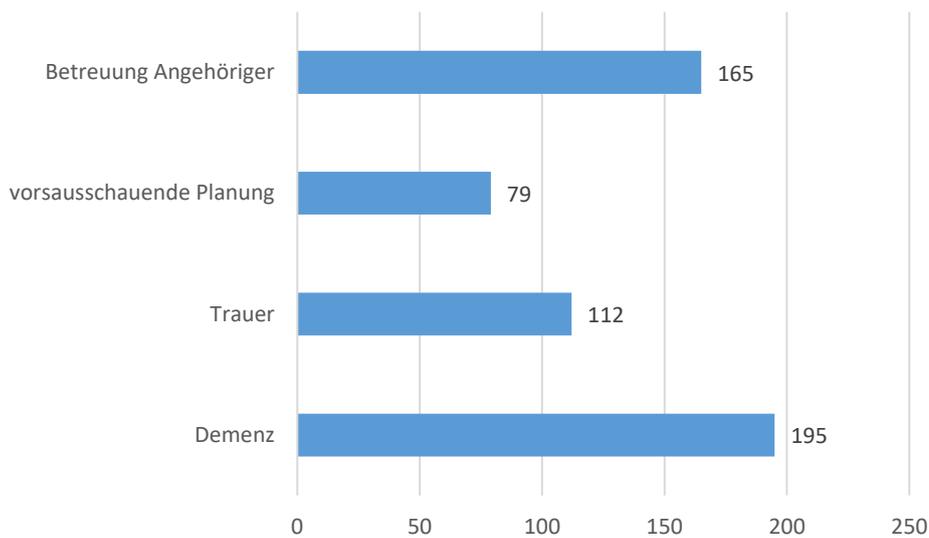
Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=383-404

Als weitere Themen zu Hospiz und Palliative Care, die in Folgeveranstaltungen gerne bearbeitet würden, wurde das Thema „Demenz“ (195 Nennungen) am häufigsten genannt, gefolgt von „Betreuung Angehöriger“ (165 Nennungen), „Trauer“ (112 Nennungen) und „vorausschauender Planung“ (79 Nennungen). In

einer offenen Frage wurde nach sonstigen Themen von Interesse gefragt. Dabei wurden folgende Themen genannt:

- Kinästhetik im Sterbeprozess
- Hospiz
- Medizinische Aspekte
- Psychohygiene & Selbstfürsorge
- Rechtliche Aspekte (DGKPin)
- Schmerztherapie & -management
- Supervision für MA
- Teamgespräche

ABBILDUNG 21: WS-TEILNEHMER*INNEN: GEWÜNSCHTE THEMEN ZU HPC IN ZUKÜNFTIGEN VERANSTALTUNGEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=344

6.4. RESÜMEE

Das Feedback der Workshopteilnehmer*innen fiel sehr gut aus. Sowohl Inhalte als auch Methode und die Trainer*innen erhielten hervorragende Bewertungen. Die Inhalte waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen neu und betrafen den eigenen Tätigkeitsbereich. Für die Teilnehmenden waren die Workshops wichtig und interessant und konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen.

7. Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation

7.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen nachhaltig zu etablieren. Die Aufgabe der Palliativbeauftragten ist es, das Thema in den eigenen Organisationen/Krankenpflegevereinen zu verbreiten und als Ansprechperson für die Mitarbeiter*innen in Bezug auf Hospiz und Palliative Care zur Verfügung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Funktion und die Rolle der Palliativbeauftragten wurde im Rahmen des Projekts erarbeitet, um diese möglichst gut an die jeweiligen Gegebenheiten in den Organisationen anzupassen. Gleichzeitig war es wichtig, die Palliativbeauftragten zu vernetzen und durch begleitendes Coaching zu stärken, um diese gut für die neuen Aufgaben zu rüsten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde eine Online-Erhebung durchgeführt.

Ziel des Feedbackfragebogens war es, eine Einschätzung der Palliativbeauftragten zu erheben, wie sie ihre Rolle, Aufgaben und Ziele beschreiben, ob sie darüber Klarheit haben und wie sie die Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit wahrnehmen.

Die Fragen wurden mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

Fragestellungen:

- Feedback zur Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit als Palliativbeauftragte*r
- Feedback zu den Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Palliativbeauftragte*r

7.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Palliativbeauftragten miteinbezogen, die im Herbst 2021 beantwortet wurden. Der Link für den Online-Fragebogen wurde am 27. September 2021 an die OE-Teams geschickt, die diesen an die Palliativbeauftragten weiterleiteten. Insgesamt nahmen 60 Palliativbeauftragte an der Erhebung teil, aus Kärnten waren es 18 Palliativbeauftragte. Da entschieden wurde, eigene Berichte für die Bundesländer zu erstellen, werden hier nur die Ergebnisse der 18 Kärntner Palliativbeauftragten dargestellt. Der Fragebogen enthielt offene wie geschlossene Fragen.

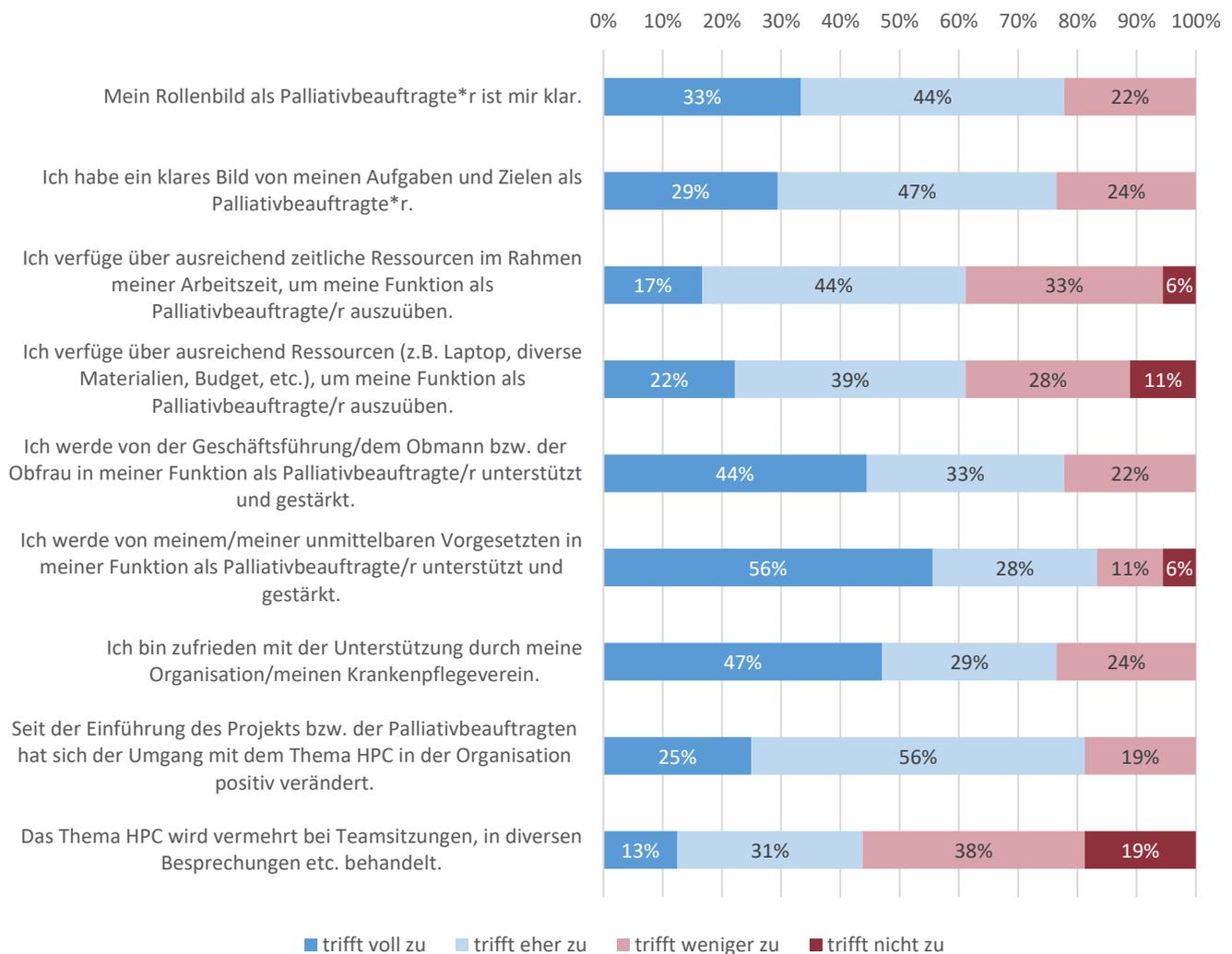
7.3. ERGEBNISSE

Rund drei Viertel aller Befragten haben ein klares Bild von ihrer Rolle, ihren Aufgaben und Zielen als Palliativbeauftragte, etwa ein Viertel gibt an, dass dies eher nicht zutreffe. Der Großteil der Kärntner Befragten (84%) wird zudem von ihren unmittelbaren Vorgesetzten in ihrer Funktion als Palliativbeauftragte unterstützt und gestärkt. Das trifft in Bezug auf Geschäftsführung bzw. Obmann oder Obfrau auch auf immerhin 77% (eher) zu. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Organisation ist hoch, 76% sehen diese

(eher) als gegeben, 24% geben an, dass dies eher nicht zutrefte. Etwa vier Fünftel der Befragten beschreiben, dass sich der Umgang mit dem Thema HPC durch die Einführung der Palliativbeauftragten positiv verändert hat (81%).

Etwas kritischer wurde die Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen für die Ausübung ihrer Funktion bewertet. Drei Fünftel der Befragten (61%) gaben an über ausreichend zeitliche Ressourcen im Rahmen ihrer Arbeitszeit zu verfügen, um ihre Funktion als Palliativbeauftragte*r auszuüben, bei 39% ist das hingegen (eher) nicht der Fall. 39% der befragten Palliativbeauftragten verfügen zudem auch nicht über ausreichend sonstige Ressourcen, wie Laptop, diverse Materialien, Budget etc., um ihre Funktion auszuüben. Auch wurde die Thematik HPC in Teamsitzungen und Besprechungen nur zum Teil vermehrt behandelt: 43% geben an, dass dies (eher) zutrefte, 57% stimmen dem (eher) nicht zu.

ABBILDUNG 22: PALLIATIVBEAUFTRAGTE: ROLLE, RESSOURCEN UND UNTERSTÜTZUNG - KÄRNTEN



Quelle: Befragung Palliativbeauftragte, Oktober 2021, n=16-18

Als wichtigste Aufgaben wurden von den Palliativbeauftragten verschiedenste Dinge genannt (siehe Anhang 9.1.). Im Kern geht es um Begleitung und Unterstützung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, um ihnen eine gute Lebensqualität zu gewährleisten. Dafür notwendig ist die Vernetzung und der Austausch mit den verschiedenen beteiligten Systempartner*innen (Ärzt*innen, Krankenhäuser, Angehörige,

Teamkolleg*innen etc.) und dafür notwendige koordinierende Tätigkeiten. Außerdem sehen sie sich verantwortlich für die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen, wie auch Patient*innen und Angehörigen für das Thema.

In den offenen Antworten wünschten sich die Befragten noch mehr Aufklärung und Information zum Thema HPC für sich selbst, aber vor allem auch für Patient*innen und Kolleg*innen. In Bezug auf letztere wurden die HiZ-Workshops hervorgehoben, die für mehr Verständnis und eine gemeinsame Gesprächsbasis sorgen konnten. Explizit erwähnt wurde auch die Thematik der unzureichenden Zeitressourcen für die Erfüllung der Tätigkeiten. Außerdem wünschen sich manche Palliativbeauftragte mehr Unterstützung durch ihre Vorgesetzten.

7.4. RESÜMEE

Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten ist zu großen Teilen klar und wertschätzend. Aufgaben und Ziele sind bekannt, die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wird als positiv wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrscht Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf besteht demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Auch ist eine Mehrbehandlung des Themengebiets HPC in Teamsitzungen und Besprechungen erst teilweise von Statten gegangen. Als ihre wichtigsten Aufgaben sehen die Befragten die Unterstützung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, Vernetzung und Austausch mit Systempartner*innen und die dafür notwendige Koordination, sowie die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und Patient*innen für das Thema HPC. Möglichkeiten zur Verbesserung sehen sie neben den zeitlichen Ressourcen in vermehrter Unterstützung durch Vorgesetzte und in der noch weitergehenden Aufklärung und Information von Patient*innen und Kolleg*innen. Einen ersten Schritt in diese Richtung sehen die Palliativbeauftragten in den durchgeführten HiZ-Workshops.

8. Befragung der operativen Führungskräfte Frühjahr 2022 - Prozessevaluation

8.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die operativen Führungskräfte spielen eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Etablierung von Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen und bei der Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Es war daher essenziell, sie rechtzeitig „ins Boot“ zu holen und ihre Unterstützung zu gewährleisten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde ihr Feedback eingeholt.

Ziel des Feedbackfragebogens war es, eine Beurteilung des Projektes „Hauskrankenpflege im Zentrum“ durch die operativen Führungskräfte zu erheben.

Die Frage wurde mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

Fragestellungen:

- Feedback zur bisherigen Umsetzung von Hospiz und Palliative Care
- Möglichkeiten zur zukünftigen Verbesserung von Hospiz und Palliative Care

8.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Der Link für den Online-Fragebogen wurde am 20. April 2022 an die OE-Teams geschickt, die diesen an die Palliativbeauftragten weiterleiteten. Insgesamt nahmen 106 operative Führungskräfte an der Erhebung teil, aus Kärnten waren es 13 Personen. Da entschieden wurde, eigene Bericht für die Bundesländer zu erstellen, werden hier nur die Ergebnisse der Kärntner operativen Führungskräfte dargestellt. Der Fragebogen enthielt offene wie geschlossene Fragen.

8.3. ERGEBNISSE

Von den befragten operativen Führungskräften sind 85% aktiv in das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ involviert.

ABBILDUNG 23: OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE – AKTIVE INVOLVIERUNG

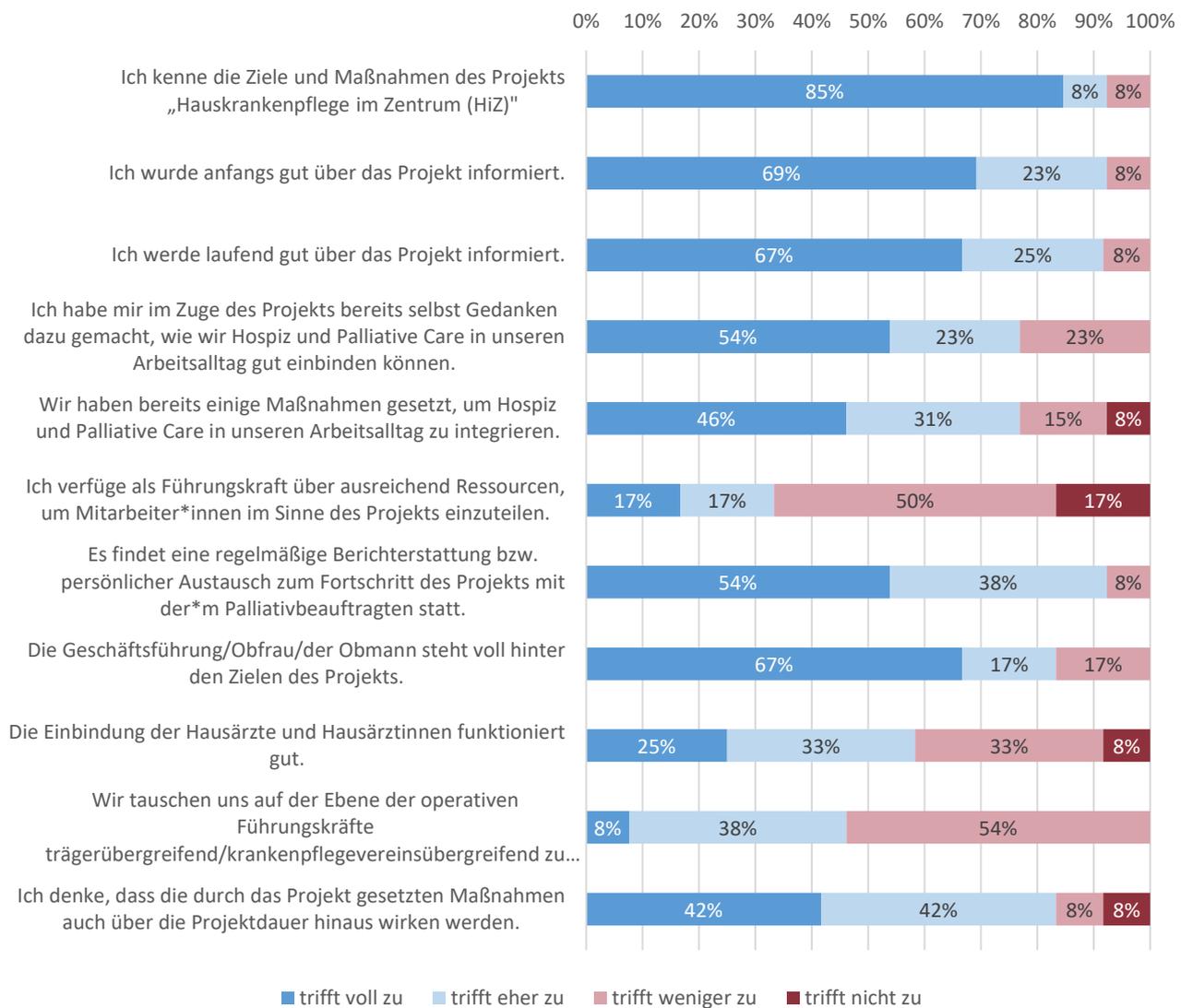


Quelle: Befragung der operativen Führungskräfte, April/Mai 2022, n=13

Fast alle haben Kenntnis der Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ: 85% stimmen dem voll zu, 8% eher, die übrigen 8% geben an, diese weniger gut zu kennen. Die Informationslage zum Projekt ist gut, nur 8% melden hier tendenzielle Mängel an. Etwa drei Viertel der Führungskräfte haben sich bereits selbst Gedanken gemacht, wie Hospiz und Palliative Care in den Arbeitsalltag integriert werden kann und haben hierzu schon Maßnahmen gesetzt. 92% beschreiben, dass eine (eher) regelmäßige Berichterstattung oder persönlicher Austausch zum Fortschritt des Projektes mit den Palliativbeauftragten stattfindet. Auf der anderen Seite können sich die meisten Führungskräfte (84%) auch auf die Unterstützung der Ziele des Projekts durch die Geschäftsführung bzw. die Obfrau oder den Obmann verlassen. Zudem herrscht innerhalb der Führungskräfte weitgehendes Vertrauen (84%), dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden.

Eine kritischere Sicht haben die operativen Führungskräfte auf die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projekts einzuteilen. Diese Verfügbarkeit sehen lediglich 34% der Befragten voll oder eher gegeben, 50% dagegen weniger, 17% gar nicht. Auch die Einbindung der Hausarzt*innen könnte noch besser funktionieren, 58% bewerten diese als (eher) gut, 42% dagegen als weniger oder nicht gut. Ebenfalls Nachholbedarf gibt es beim trägerübergreifenden bzw. vereinsübergreifenden Austausch der operativen Führungskräfte zu den Inhalten des Projekts: 46% sehen diesen als (eher) gegeben, 54% als weniger gegeben.

ABBILDUNG 24: OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE – INFORMATION – EINBINDUNG - UNTERSTÜTZUNG



Quelle: Befragung der operativen Führungskräfte, April/Mai 2022, n=12-13

Die meisten befragten operativen Führungskräfte haben von dem Projekt über ihre*n Vorgesetzte*n bzw. die Pflegedienstleitung oder Stützpunktleitung erfahren. Dazu kamen die Projektleitung bzw. -koordination, der Landesverband, sowie der Hospizverein. Um noch mehr Klarheit in Bezug auf das Projekt zu bekommen, werden fortlaufende Schulungen und Workshops, die Aufrechterhaltung der Vernetzung und des Austauschs, sowie ein leicht zugängliches Informationsangebot vorgeschlagen.

Als bisher wesentliche Schritte für die Integration von HPC in die internen Abläufe der Organisation angegeben wurden zunächst die Gründung der Palliativgruppe selbst, sowie die Benennung der Palliativbeauftragten. Dazu kamen die Zurverfügungstellung von Zeitressourcen für die Mitarbeiter*innen, das Abhalten der Workshops und Informationsangebote zu HiZ für alle Beteiligten.

Zur zukünftig noch besseren Integration von HPC und für die gute Lebbarkeit des Themas im täglichen Tun empfehlen die operativen Führungskräfte die Aufrechterhaltung dieser guten Praxen, sowie folgende Möglichkeiten der Verbesserung (unter anderen):

- Auffrischungsworkshops
- Aufnahme der HPC in den Leistungskatalog
- Förderung der Kooperation mit Hausärzt*innen
- Mehr zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen
- Regelmäßiger Austausch, auch trägerübergreifend
- Schaffung interdisziplinärer Strukturen (Träger, Hausärzt*innen, mobiles Palliativteam)
- Schaffung von Nachhaltigkeit durch regelmäßige Schulungen

Speziell für die bessere Involvierung von Hausärzt*innen legen die operativen Führungskräfte nahe, Anreize für diese zu schaffen, bspw. über eine Erhöhung des Kassentarifs. Es ist auf vermehrte Kooperation zwischen dem mobilen Palliativteam und den Hausärzt*innen wertzulegen und die Ärztekammer in den Prozess einzubinden.

8.4. RESÜMEE

Die befragten operativen Führungskräfte kennen die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ und die Informationslage ist gut. Die Führungskräfte involvieren sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und haben Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegen den Austausch mit den Palliativbeauftragten und können sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt werden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Als sinnvolle Zukunftskonzepte ordnen sie Aufrechterhaltung von Information, Vernetzung und Workshops ein, sowie zusätzliche zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, als auch Förderung der Kooperation mit Hausärzt*innen.

9. Zusammenfassung

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde in vier österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg) im Zeitraum von 2019-2022 umgesetzt. Ziel des Projekts war und ist es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur in den Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen zu entwickeln, wurden verschiedene Maßnahmen gesetzt. Ein wichtiges Element waren die dreitägigen Workshops für das Pflege- und Betreuungspersonal, außerdem wurden Palliativbeauftragte und -gruppen in den Trägerorganisationen eingeführt, Arbeitstreffen mit den operativen Führungskräften mit zentralen externen Stakeholdern wie den Haus*ärztinnen, den mobilen Palliativteams abgehalten sowie ablauforganisatorische Veränderungen vorgenommen (z.B. vorausschauende Planung, Dokumentation). Im Rahmen von HiZ wurden die Trägerorganisationen/Krankenpflegevereine bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung dieser Maßnahmen in vielfacher Weise unterstützt. Besonders wichtig war die bundesländerübergreifende Vernetzung sowie der Wissensaustausch und -transfer.

Das Projekt fand durch die COVID-19-Pandemie unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen statt. Dies führte einerseits dazu, dass die ursprüngliche dreijährige Projektlaufzeit um mindestens ein Jahr verlängert werden musste. In Oberösterreich, wo besonders viele Mitarbeiter*innen geschult werden, wurde das Projekt um ein weiteres Jahr bis Ende 2023 verlängert. Die Pandemie hatte sicherlich auch Einfluss auf die Ergebnisse des Projekts und der Evaluation, wie sich bei einigen Erhebungen zeigte. Es lässt sich nicht genau einschätzen, wie die Ergebnisse ohne die Pandemie ausgesehen hätten. Es ist aber zu vermuten, dass ohne die Pandemie dem Thema Hospiz und Palliative Care mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden und die Maßnahmen in deutlich stressfreierem Umfeld stattfinden hätten können. Es ist daher wichtig, die Ergebnisse vor dem Hintergrund zu lesen.

Im Zuge der Evaluation wurden verschiedene Erhebungen durchgeführt. Ein Schwerpunkt lag bei den Mitarbeiter*innen der Trägerorganisationen, die zu Beginn und am Ende des Projekts mittels eines quantitativen Fragebogens befragt wurden. Im Rahmen der Prozessevaluation fanden Erhebungen bei den neu eingeführten Palliativbeauftragten sowie den operativen Führungskräften mittels Online-Fragebogen statt. Außerdem wurden die neu ausgebildeten Trainer*innen befragt und Feedback der Teilnehmer*innen der HiZ-Workshops eingeholt.

Die Befragung der Mitarbeiter*innen bildete das Kernstück der Ergebnisevaluation. Sie spiegelt die schwierigen Umstände wider, denen die Mitarbeiter*innen durch die COVID-19-Pandemie während der Projektlaufzeit ausgesetzt waren. Dies hatte unmittelbare Auswirkungen auf den Projektverlauf, indem beispielsweise die Workshops verschoben werden mussten, beeinflusste allerdings auch stark die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, einen Kulturwandel in Organisationen herbeizuführen. Die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen erfordert Zeit, Austausch zwischen allen Beteiligten und Aufmerksamkeit – all dies war im Zuge der Pandemie noch viel knapper als im normalen Arbeitsalltag. Insofern ist es beachtenswert, dass trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen bereits erste Erfolge des Projekts erkennbar sind. Das Versterben und der Tod von Patient*innen sind verstärkt Thema in Teambesprechungen, zudem haben die Mitarbeiter*innen öfter die Möglichkeit, sich von verstorbenen Patient*innen und der Familie zu verabschieden, wenn sie das möchten. Außerdem wissen die Mitarbeiter*innen besser, was in Krisensituationen zu tun ist und fühlen sich größtenteils unterstützt und sicherer in ihrer Arbeit mit schwerkranken und

sterbenden Patient*innen. Die Palliativbeauftragten werden ebenfalls bereits als Unterstützung wahrgenommen, da viele Mitarbeiter*innen zustimmten, dass sie sich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen an die Palliativbeauftragten wenden können.

Die Trainer*innen-Schulung konnte einen gehaltvollen Beitrag zur Vorbereitung der Trainer*innen auf ihre Workshops leisten. Die Methode war nicht für alle Teilnehmer*innen neu, wurde jedoch von allen als interessant und spannend beurteilt. Auch mit etwas Abstand zur Schulung schätzten die Teilnehmenden die Inhalte im Rahmen der Online-Befragung als überwiegend hilfreich und verständlich ein. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten gemischt, zum Teil mangelte es an der ausreichenden Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung der Workshops. Die Teilnehmenden waren in der Lage Workshops abzuhalten, die meisten konnten bereits mehr als einen umsetzen. Dabei gelang es den Trainer*innen, auf die Bedürfnisse der Workshop-Teilnehmer*innen einzugehen.

Das Feedback der Workshopteilnehmer*innen fiel sehr gut aus. Sowohl Inhalte als auch Methode und die Trainer*innen erhielten hervorragende Bewertungen. Die Inhalte waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen neu und betrafen den eigenen Tätigkeitsbereich. Für die Teilnehmenden waren die Workshops wichtig und interessant und konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen.

Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten ist zu großen Teilen klar und wertschätzend. Aufgaben und Ziele sind bekannt, die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wird als positiv wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrscht Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf besteht demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Auch ist eine Mehrbehandlung des Themengebiets HPC in Teamsitzungen und Besprechungen erst teilweise vonstattengegangen. Als ihre wichtigsten Aufgaben sehen die Befragten die Unterstützung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, Vernetzung und Austausch mit Systempartner*innen und die dafür notwendige Koordination, sowie die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und Patient*innen für das Thema HPC. Möglichkeiten zur Verbesserung sehen sie neben den zeitlichen Ressourcen in vermehrter Unterstützung durch Vorgesetzte und in der noch weitergehenden Aufklärung und Information von Patient*innen und Kolleg*innen. Einen ersten Schritt in diese Richtung sehen die Palliativbeauftragten in den durchgeführten HiZ-Workshops.

Die befragten operativen Führungskräfte kennen die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ und die Informationslage ist gut. Die Führungskräfte involvieren sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und haben Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegen den Austausch mit den Palliativbeauftragten und können sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt werden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Als sinnvolle Zukunftskonzepte ordnen sie Aufrechterhaltung von Information, Vernetzung und Workshops ein, sowie zusätzliche zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, als auch Förderung der Kooperation mit Hausärzt*innen.

In Summe lässt sich festhalten, dass das Projekt HiZ in Kärnten trotz widriger Umstände, die durch die COVID-19-Pandemie bedingt waren, sehr gut gelaufen ist. Die HiZ-Workshops wurden bislang überaus positiv angenommen und waren ein wichtiger Start dafür, Hospiz und Palliative Care stärker in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen sein. Fast alle operativen Führungskräfte fühlen sich gut informiert und viele setzen auch selbst bereits Maßnahmen zur Umsetzung von Hospiz und Palliative Care bzw. haben sich zumindest bereits Gedanken darüber gemacht.

Das größte Hindernis liegt in den knappen Ressourcen. Es braucht genügend Zeit, sowohl bei den Patient*innen als auch bei den unterstützenden Strukturen, wie etwa den Palliativbeauftragten und den Trainer*innen, die vielfach nicht gegeben ist. Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen, die teilweise noch nicht zufriedenstellend läuft. Für die Etablierung von Hospizkultur und Palliative Care sind wesentliche Grundsteine gelegt, allerdings ist es wichtig, dran zu bleiben, um noch weitere Verbesserungen zu erreichen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

10. Anhang

10.1. BEFRAGUNG PALLIATIVBEAUFTRAGTE - ANTWORTEN AUF OFFENE FRAGEN

Was sind ihre wichtigsten Aufgaben als Palliativbeauftragte/r?

- Als Ansprechpartner für das Team bereit zu stehen. Leider wurde es noch nie in Anspruch genommen.
- Als Ansprechperson für Mitarbeiter, Klienten und deren Angehörigen zu dienen
- Angehörigen Gespräche, fachliche Beratungen von Klärungsfragen, Unterstützung bei Planungs-koordination
- Ansprechpartnerin für Mitarbeiterinnen
- Begleiten und Unterstützung
- Begleitung der Klienten und Angehörigen! Ansprechperson für Mitarbeiter
- Begleitung Schnittstelle zur ärztlichen Versorgung
- Den Kollegen*innen Unterstützung zu geben und über Palliative Pflege aufzuklären
- Die Organisation, Kommunikation, Besprechungen im Team, Vernetzung mit anderen Berufsgruppen...
- ich wachse erst hinein - Infos lesen, weiterbilden, ..., Palliativgruppe planen, Ansprechpartner sein für ALLE FRAGEN und mich um Antworten/Lösungen im interdisziplinären Team bemühen
- Kollegen zur Mitarbeit zu motivieren. Meine Vorgesetzte von der Wichtigkeit dieses Projektes zu überzeugen.
- Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Klienten. Beratung bezüglich Aufgaben des Palliativteams. Kontaktaufnahme und Rücksprache mit dem Team halten. Besprechung und Planung mit den jeweiligen Berufsgruppen.
- mein Team zu unterstützen und Fragen rund um palliative Klienten beantworten zu können..., Umgang und Gespräche mit Angehörigen, Ärzte und dem MPT
- Meinen Klienten und Angehörigen sowie meinen Kolleginnen Palliativ näher zu bringen, dass es nicht negativ angenommen wird. Im Gegenteil, das es eine Möglichkeit ist die Lebensqualität am Lebensende zu verbessern.
- Unterstützung und Begleitung
- Vernetzung, Gespräche
- Zu Unterstützen bei Fragen Palliative Care und Hospiz

Was könnte dazu beitragen, (noch) mehr Klarheit in Bezug auf ihre Rolle als Palliativbeauftragte/r zu haben?

- Aufklärung
- Besser in den Pflegedienst zu implementieren, mehr Dienstzeit dazu zur Verfügung
- Erfahrungsberichte aus anderen Gruppen/Bundesländern
- Im Träger selbst es bekannter zu machen!
- Informationen und Schulung.
- Mehr Gespräche mit allen Beteiligten das wir alle an einem Strang ziehen und auf dem gleichen Wissensstand sind.
- Mehr Informationen
- Mehr Informationsveranstaltungen.

- Mehrere Meetings
- "Palliativtreffen
- persönlicher Austausch"
- Supervisionen
- Vorbilder, noch klarere Anweisungen.

Wo würden Sie sich mehr Unterstützung erwarten und in welcher Form?

- bei der Umsetzung im Berufsalltag. Palliativpatienten brauchen einen geschützten Rahmen was leider nicht immer möglich ist, Es sollte ein Team geben, die sich abwechseln können, da man ja auch freie Tage hat oder Urlaub. Die aber das gleiche Wissen und das gleiche Ziel der Umsetzung haben.
- Dienstgeber und Vorgesetzte
- Dzt. habe ich keine offenen Fragen
- Mehr Information schon im Vorfeld. Internetzugang für alle Mitarbeiter. Mails können nicht beantwortet werden.
- Mehr Infos über Fortbildungen.
- Mehr Personal welches speziell palliativ geschult ist
- Vorgesetzte bzw. Stützpunktleitung soll mit mir arbeiten und nicht gegen mich.
- Zeit
- zeitliches Management - bei mehr Bedarf sind 2 Stunden im Monat zu wenig

Was waren Ihrer Ansicht nach die wesentlichen Schritte bisher, um Hospiz und Palliative Care in die Organisation/den KPV und in die Abläufe zu integrieren?

- Der Hiz - Workshop war ein super Einstieg für viele Kolleginnen die Angst vor dem Thema Palliativversorgung zu verlieren. Es fällt leichter mit Kolleginnen zu sprechen und gemeinsam zu arbeiten. Der Anfang ist gemacht. Wir müssen Palliativ mehr leben lernen.
- Die Schulung der Mitarbeiter.
- Es kommen immer mehr Patienten, die palliative Pflege benötigen, was mehr Zeit und Feingefühl benötigen. Daher finde ich es von großer Bedeutung Hospiz und Palliativ in die Arbeitsabläufe zu integrieren.
- Gespräche mit den MA und Betroffenen
- Hiz Schulungen
- HIZ-Schulungen
- Infos bei Teambesprechungen
- Mein Eigenengagement
- Mitarbeiter Schulungen HiZ.
- "Sind erst am Beginn
- Einladung durch HIZ Projekt und Vernetzungstreffen"
- Veränderung des Anamnesebogens

Wie kann Hospiz und Palliative Care noch besser in die Organisation/den KPV und in die Abläufe integriert werden?

- Austausch ermöglichen
- "In der Organisation zum Thema wird und gelebt wird"
- Mehr Austausch, Gespräche über Betroffene im kleinen Rahmen, Informationen was zu tun ist wenn Situationen Auftreten die schwierig sind.
- Mehr bezahlte Sitzungen für MA, für Besprechungen
- mehr Budget für Klient und Pflegepersonal

- Noch bessere Information besonders der Stützpunktleitungen.
- Regelmäßig schulen um das Thema up to date zu halten
- "zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen - auch PG Gruppenmitglieder müssen Zeit für Treffen buchen dürfen - nicht nur der PB
- mobile Pflege hat meist Mitarbeiterknappheit - auch daher kaum zeitliche Ressourcen"
- Zeitressourcen schaffen

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns in Bezug auf Ihre Tätigkeit als Palliativbeauftragte/r mitteilen möchten?

- Es ist toll was sich in der relativ kurzen Zeit alles entwickelt hat und ich hoffe das es auf diesem Weg weiter geht damit man Palliativ nicht verstecken muss sondern Leben kann.
- Ich bedanke mich für die Möglichkeit dies so ausführen zu können. Im Sinne der Patienten.
- Ich würde mir eine Ausbildung dazu wünschen
- Ja, diese Aufgabe fordert mich und ich führe diese Aufgabe extrem gerne aus. Es ist meiner Ansicht nach viel Bedarf vorhanden. Es ist mit Abstand die lohnendste Spezialisierung.
- War erst bei einer Teamsitzung dabei. Zuwenig Erfahrungsaustausch bzw Feedback möglich. Empfinde bezüglich Aufbau wird großer Druck ausgeübt.

10.2. BEFRAGUNG OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE – ANTWORTEN AUF OFFENEN FRAGEN

Wie haben Sie von dem Projekt erfahren?

- Vorgesetzte*r (6x)
- Durch die Stützpunktleitung im Sommer 2021
- Durch unsere Pflegedienstleitung.
- Projektleiterin
- Projektvorstellung durch Hospiz Verein
- Über Landesverband
- Vorstellung des Projekts, vor Projektstart, in der Firma durch Projektkoordinatorin und Projektleitung

Was könnte dazu beitragen, (noch) mehr Klarheit in Bezug auf das Projekt zu bekommen?

- Es ist alles sehr klar formuliert
- Fortlaufende Schulungen für das Fachpersonal und für leihe Information über soziale Netzwerke und Zeitung
- Für mich ist das Projekt (Status, Nachhaltigkeit etc.) transparent
- Weiterhin gute Vernetzung
- Workshop nach 1 Jahr-erfahrungen Austausch

Was waren Ihrer Ansicht nach die wesentlichen Schritte bisher, um Hospiz und Palliative Care in die Organisation bzw. den Krankenpflegeverein sowie die internen Abläufe zu integrieren?

- Benennung Palliativbeauftragter
- Das viele Mitarbeiter den Workshop besuchen, damit jeder Inhalt und ziele kennt
- Der Workshop als Grundlage bzw. Verständnis
- Einerseits der Einsatz eines Palliativbeauftragten in den einzelnen Bezirken, die 2 h pro Woche, die Workshops, die Möglichkeiten der Buchungen im Mocca
- Gründung einer Palliativgruppe

- Information über HIZ an SPL und Beauftragte, Information an die Mitarbeiter durch Beauftragte, Integration von HIZ in den Arbeitsalltag bei Klienten, Bildung der HIZ Gruppe
- Mehr Zeit für Mitarbeiter einplanen, freiwillig möchten wenige tun
- Noch keine Möglichkeit
- Sehr gut, transparent und motiviert
- Zwei Std. pro Woche kann im Dienstplan eingeplant werden

Wie kann Hospiz und Palliative Care noch besser in die Organisation bzw. den Krankenpflegeverein sowie die internen Abläufe integriert werden?

- Angehörige, Fremdbetreuungen etc.
- Aufklärungsarbeit
- Ausreichend Personal
- Durch Personalmangel derzeit nicht möglich
- Eventuell Ausweitung des Projektes in alle Bezirke, bzw. die generelle Aufnahme der Leistungen im Hospiz und Palliativ Care in den Leistungskatalog
- Ist bereits gut integriert
- Im Moment passt es so wie es ist
- Kooperation mit Hausärzten fördern
- Mehr Pflegepersonal
- Mehr Geld zur Verfügung stellen für Klienten
- Ressourcen müssen geschaffen werden
- Wenn es einen eigenen Mitarbeiter für Hospiz und Palliative Care nur für diese Tätigkeiten geben würde

Was könnte dazu beitragen, die Nachhaltigkeit des Projekts und des Themas HPC zu fördern, sodass es im täglichen Tun dauerhaft gut lebbar ist?

- Berichte in Fachzeitschriften /Tageszeitung etc.
- Durch regelmäßige Schulungen und regelmäßige Kontrolle ob die Vernetzung rundherum auch passen. Dadurch gerät es auch nicht in Vergessenheit.
- Es wurde immer schon gelebt... Denn HPC ist für uns im Umgang mit den Klienten nichts Neues... Es hat jetzt eben den Namen HPC
- Mehr Geld an betreuenden Klienten zur Verfügung stellen
- Regelmäßiger Austausch intern und Trägerübergreifend.
- Schaffung langfristiger interdisziplinärer Strukturen (Träger, Hausärzte, mobiles Palliativteam)
- Weiter "dran bleiben", sich vernetzen, austauschen
- Wenn es einen HPC-Mitarbeiter geben würde, der dieses Thema kontinuierlich bearbeitet
- Workshops zur Auffrischung und für "neue" Mitarbeiter.

Wie können Hausärzte/-ärztinnen noch besser in das Projekt und danach dauerhaft involviert werden?

- Bei den Hausärzten wird es meiner Meinung nach schwierig. Entweder sie sind ohnehin mit Überzeugung dabei, das sind einige. Die anderen werden auch durch Maßnahmenänderungen sich nicht wirklich dafür interessieren.
- Der Vorsitz der Ärztekammer steht hinter dem Projekt und leitet die Informationen an die Hausärzte weiter.
- Es machen nicht alle Hausärzte Hausbesuche - es wird notwendig diese für Hausbesuche zur sensibilisieren
- Evtl. Anreiz durch Erhöhung Kassentarif bei Hausbesuchen bei palliativer Betreuung

- Hausärzte sind immer schon involviert gewesen, da im interdisziplinären Bereich, die Zusammenarbeit gut funktioniert
- Kooperation zwischen mobilen Palliativteam und Hausarzt.
- Wir haben kein Problem mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns in Bezug auf das Projekt mitteilen möchten?

- Diesem Projekt wurden einige Steine in den Weg gelegt; manchmal war es eine Herausforderung für alle Teilnehmer und trotzdem wurde immer nach neuen Wegen gesucht. Dranbleiben und Transparenz zeigen, das gilt auch für die Nachhaltigkeit des Projekts.
- Dieses Projekt ist sehr gut organisiert, allerdings wurden wir als kleiner Träger sehr spät involviert. Der Informationsaustausch gestaltete sich anfangs sehr "zähflüssig" und im Zuge der Pandemie war die Möglichkeit einer ausreichenden Arbeitszeiteinteilung (Krankenstände, zu wenig Personal) erschwert bzw. nicht möglich.
- Die Zusammenarbeit mit den meisten Hausärzten gestaltet sich ebenso als sehr schwierig.
- Es ist ein tolles Projekt. Soll aber kein Projekt bleiben, sondern in den tgl. Alltag übernommen werden.
- Ich bin sehr stolz und dankbar ein Teil dieses Projekts sein zu dürfen.
- Ich denke, dass die größeren Träger aufgrund ihres Personalstandes mehr Möglichkeiten haben, dieses Projekt so zu gestalten, dass die Ziele weitestgehend erreicht werden können.
- Sehr gute Organisation seitens der Hospizvereines Kärnten, präsenste Ansprechpartner, wäre sehr wichtig dies weiterzuführen bzw. in das tägliche Tun zu integrieren

Infos und Kontakt

Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship

WU

Wirtschaftsuniversität Wien

Vienna University of Economics and Business

Gebäude AR, 1. OG

Welthandelsplatz 1, 1020 Wien

Tel: + 43 1 313 36 / 5878

Mail: npo-kompetenz@wu.ac.at

wu.ac.at/npocompetence