

Eva More-Hollerweger, Selma Sprajcer, Sebastian Sacher

Evaluation des Projekts „Haus- krankenpflege im Zentrum“

Endbericht für Oberösterreich

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.	HiZ - „Hauskrankenpflege im Zentrum“ – Projekt in vier Bundesländern	4
2.2.	Teilprojekt „Hospizkultur und Palliative Care im mobilen Dienst (HiM)“ in Oberösterreich	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.	Signifikanztests unabhängige Stichprobe (Trenddesign).....	12
4.3.5.	Einschätzung der Wirkungen von „HiM“ durch die Mitarbeiter*innen	14
4.4.	Resümee	15
5.	Befragung der 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.....	20
5.5.	Resümee	26
6.	Befragung Workshop-Teilnehmer*innen	27
6.1.	Einleitung und Fragestellung	27
6.2.	Methodische Herangehensweise und Rücklauf	27
6.3.	Ergebnisse.....	27
6.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	27
6.3.2.	Feedback.....	28
6.4.	Resümee	31

7.	Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation.....	32
7.1.	Einleitung und Fragestellung	32
7.2.	Methodische Herangehensweise	32
7.3.	Ergebnisse.....	32
7.4.	Resümee	34
8.	Befragung der operativen Führungskräfte Frühjahr 2022 - Prozessevaluation.....	35
8.1.	Einleitung und Fragestellung	35
8.2.	Methodische Herangehensweise	35
8.3.	Ergebnisse.....	35
8.4.	Resümee	37
9.	Zusammenfassung.....	38
10.	Anhang	41
10.1.	Befragung Palliativbeauftragte - Antworten auf offene Fragen	41
10.2.	Befragung operative Führungskräfte – Antworten auf offenen Fragen.....	43

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 „HiM“	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: Tätigkeitsdauer in der mobilen Betreuung und Pflege.....	19
Abbildung 11: Trainer*innen-Online-Befragung: Fortbildung Hospiz und Palliative Care besucht.....	20
Abbildung 12: Trainer*innen-Online-Befragung: Einschätzung der Schulung	20
Abbildung 13: Trainer*innen-Online-Befragung: Workshop abgehalten	21
Abbildung 14: Trainer*innen-Online-Befragung: Gründe, warum noch kein Workshop abgehalten wurde ..	21
Abbildung 15: Trainer*innen-Online-Befragung: Rahmenbedingungen	22
Abbildung 16: Trainer*innen-Online-Befragung: Stimmungsbild.....	23
Abbildung 17: Trainer*innen-Online-Befragung: Auswirkungen der Covid-19 Pandemie	24
Abbildung 18: Trainer*innen-Online-Befragung: Refresher-Workshop	24
Abbildung 19: Trainer*innen-Online-Befragung: Teilnahme an Ausbildung für Online-Workshops	25
Abbildung 20: Trainer*innen-Online-Befragung: Abhalten von Online-Workshops.....	25
Abbildung 21: Trainer*innen-Online-Befragung: Umsetzung der Workshops	26
Abbildung 22: WS-Teilnehmer*innen: Berufsgruppe	28
Abbildung 23: WS-Teilnehmer*innen: Anteil Führungskräfte.....	28

Abbildung 24: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Inhalten.....	29
Abbildung 25: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zum Nutzen	29
Abbildung 26: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zur Methode	30
Abbildung 27: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Trainer*innen	30
Abbildung 28: WS-Teilnehmer*innen: gewünschte Themen zu HPC in zukünftigen Veranstaltungen	31
Abbildung 29: Palliativbeauftragte: Rolle, Ressourcen und Unterstützung - Oberösterreich	33
Abbildung 30: operative Führungskräfte: Information, Einbindung und Unterstützung - Oberösterreich.....	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe Baseline- und Folgerhebung.....	8
Tabelle 2: Befragung der Mitarbeiter*innen von „HPC zuhause“, Vergleich Baseline und Folgerhebung Panelstichprobe – Signifikanzauswertung anhand Wilcoxon-Test (abhängige Stichprobe).....	11
Tabelle 3: Befragung der Mitarbeiter*innen von „HPC zuhause“, 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. In Oberösterreich läuft das Projekt unter dem Namen HiM (Hospizkultur und Palliative Care in den Mobilen Diensten) und wurde um ein weiteres Jahr bis Ende 2023 verlängert. Ziel des Projekts war und ist es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen, Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege, Fachsozialbetreuer*in für Altenarbeit, Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur 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 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 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 die 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 HiM-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. Die Mitarbeiter*innen können besser einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist. Außerdem fühlen sich die Mitarbeiter*innen großteils sicherer und unterstützt in ihrer

Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen und wissen besser, was in Krisensituationen zu tun ist.

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. Lediglich die Vorbereitung auf Unerwartetes kam etwas zu kurz. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten ebenfalls überwiegend positiv, wobei die Hälfte der Trainer*innen bis zur Befragung noch nicht die Möglichkeit hatte, einen Workshop abzuhalten, was unter anderem auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Diese erschwerte die Umsetzung der Workshops, hierfür abgehaltene Refresher-Workshops konnten die Trainer*innen jedoch bei der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit unterstützen. Die Möglichkeit von Schulungen für Online-Workshops wurde dagegen kaum genutzt. Jenen, die bereits einen Workshop abhalten konnten, gelang es auf die Bedürfnisse der Workshop-Teilnehmer*innen einzugehen.

Äußerst positiv war auch das Feedback der Mitarbeiter*innen, die die HiM-Workshops besuchten. Sowohl Inhalte als auch Methode und die Trainer*innen erhielten hervorragende Bewertungen. Die Inhalte waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen nicht neu, allerdings relevant und wichtig und die Workshops konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen.

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um eine 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 (nachstehend HPC) 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, 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 bereits sehr klar. Aufgaben und Ziele waren bekannt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sahen die Befragten, zentrale Ansprechpartner*in für das Thema HPC zu sein, Vernetzungsarbeit mit Systempartner*innen zu leisten, in der Koordination und Organisation unterstützend tätig zu sein und für eine Verankerung des Hospiz- und Palliative Care-Gedankens zu sorgen. Möglichkeiten zur Verbesserung sahen sie neben den zeitlichen Ressourcen in klarerer Kommunikation ihrer Tätigkeiten gegenüber anderem Personal und vermehrtem Aufbau von Verständnis durch die Organisation. Zu erwähnen ist der Workshop für operative Führungskräfte, den die Palliativbeauftragten als wichtigen Startschuss für die organisatorische Umsetzung von HPC sahen. Die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wurden als positiv wahrgenommen und in der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten herrschte Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf bestand demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Zudem wurde vermehrte Unterstützung durch die eigene Organisation als wünschenswert genannt.

Die operativen Führungskräfte spielen eine essenzielle Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Etablierung einer Hospiz- und Palliative Care-Kultur 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. Zum Zeitpunkt der Befragung kannten die operativen Führungskräfte die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiM und involvierten sich zu einem großen Teil aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care. Sie konnten sich dabei auf die Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wurde die Informationslage und die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes

einzuteilen. Auch beim regelmäßigen Austausch mit den Palliativbeauftragten und operativen Führungskräften in anderen Vereinen sowie der Einbindung der Hausärzt*innen gab es noch Aufholbedarf. Mehr Vertrauen gab es hingegen darin, dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken würden. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sahen die Führungskräfte unter anderem die Pflege eines engen Kontaktes zum Palliativteam und anderen Systempartner*innen (etwa Hausärzt*innen), die Fortführung der Workshops und Fortbildungen sowie Sensibilisierung der Angehörigen und Öffentlichkeitsarbeit.

In Summe lässt sich festhalten, dass das Projekt HiM in Oberösterreich trotz widriger Umstände, die durch die COVID-19 Pandemie bedingt waren, sehr gut gelaufen ist. Die HiM-Workshops wurden bislang überaus positiv angenommen, was sich nicht nur in den Feedbacks widerspiegelte, sondern auch im Zuge anderer Erhebungen immer wieder betont wurde. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen sein und auch viele operativen Führungskräfte sind sich der Bedeutung des Themas bewusst und bereit dieses zu unterstützen.

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. Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen, die vielfach noch nicht zufriedenstellend läuft. Für die Etablierung einer Hospizkultur und von 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. HIZ - „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 weitere 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 der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollen die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen, Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege, Fachsozialbetreuer*in für Altenarbeit, Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen) 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. 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 wird HiZ, dort HiM (Hospizkultur und Palliative Care in den Mobilien Diensten) genannt, noch bis Ende 2023 verlängert.

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 und mehr Mitarbeiter*innen haben bereits 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 Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen bei den Trägern/Krankenpflegevereinen erfolgte in den jeweiligen Bundesländern mit Unterstützung der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativstelle und in Vorarlberg zusätzlich 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, Pflegefachassistent*innen, Heimhilfe, Fachsozialbetreuer*innen für Altenarbeit),
- 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 „HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IM MOBILEN DIENST (HIM)“ IN OBERÖSTERREICH

In Oberösterreich beteiligten sich neben dem Landesverband Hospiz Oberösterreich sieben Trägerorganisationen mit insgesamt knapp 2.000 Mitarbeiter*innen bei Beginn des Projekts im Jänner 2019:

- Arbeiter Samariter Bund (ca. 45 Mitarbeiter*innen)
- Arcus Sozialdienste (ca. 40 Mitarbeiter*innen)
- Caritas Oberösterreich (ca. 420 Mitarbeiter*innen),
- Diakoniewerk (ca. 60 Mitarbeiter*innen)
- Miteinander GmbH (ca. 50 Mitarbeiter*innen)
- Rotes Kreuz (ca. 825 Mitarbeiter*innen)
- Volkshilfe (ca. 480 Mitarbeiter*innen)

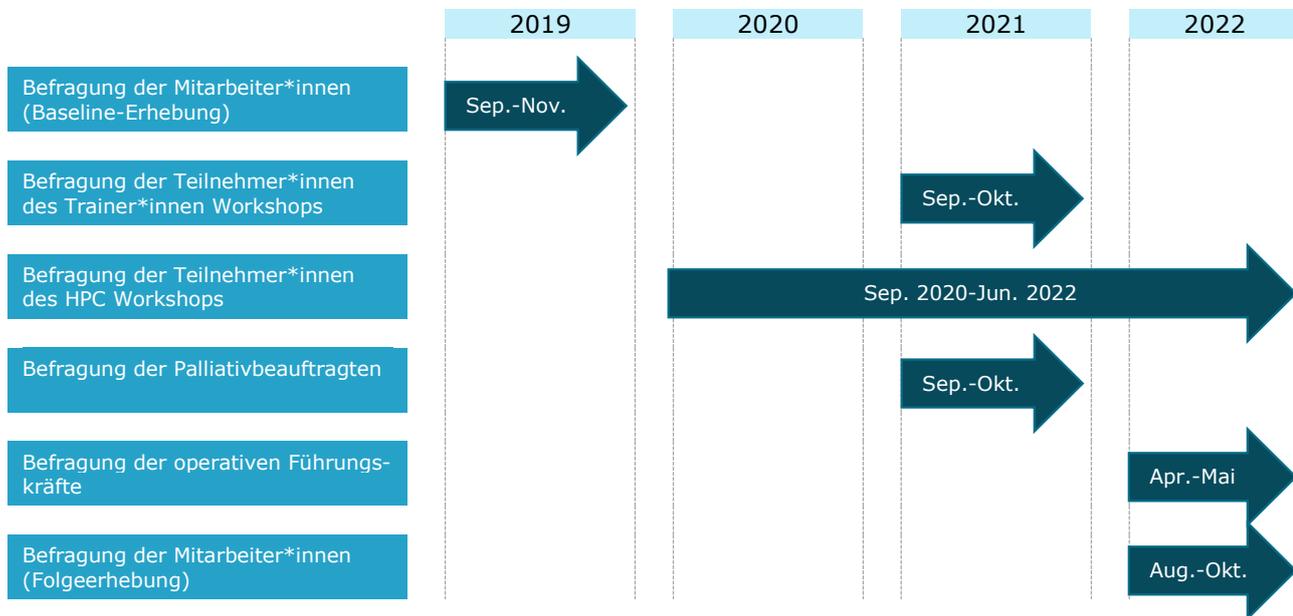
Die Hospizkultur und Palliative Care war zu Beginn des Projekts bei den beteiligten Trägern in Oberösterreich mittelmäßig ausgeprägt. In der Baseline-Erhebung gaben 54% der Befragten an, bis dahin noch keine Aus- oder Weiterbildung zum Thema Hospiz und Palliative Care gemacht zu haben. Den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care hatten nur 6% der Befragten gemacht, den Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung hatten 24% absolviert. Weitere 24% 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 nur 29% 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 Juni 2022 wurden in Oberösterreich 40 Workshops mit insgesamt 674 Teilnehmer*innen durchgeführt. Um die geforderte Schulungsrate zu erzielen, wurde das Projekt in Oberösterreich um ein weiteres Jahr bis Ende 2023 verlängert.

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 Folgerhebung 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 in 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 Oberösterreich wurden sowohl die Baseline- als auch die Folgebefragung überwiegend in ausgedruckter Papierversion durchgeführt, lediglich eine Organisation bevorzugte die Online-Version. Ziel war es, zumindest 30% der Mitarbeiter*innen zu erreichen. Bei der Baseline-Erhebung wurden insgesamt 910 Fragebögen retourniert, bei einer Grundgesamtheit von 1.926 Mitarbeiter*innen entsprach das einem sehr guten Rücklauf von 47%. Bei der Folgerhebung nahmen deutlich weniger Mitarbeiter*innen teil. Insgesamt konnten 544 Fragebögen für die Auswertung herangezogen werden. Die Mitarbeiter:innenzahl hat sich jedoch in den drei Jahren ebenso auf insgesamt 1.703 reduziert. Folglich beträgt der Rücklauf bei der Folgerhebung knapp 32%.

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 gleichzeitiger Einhaltung der Anonymität. Man kann also beobachten, wie sich das Antwortverhalten einer Person zwischen Baseline-

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

und Folgebefragung verändert (Längsschnittanalyse). In Oberösterreich konnten 136 sogenannte Panel-paare 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 über 90% der befragten Mitarbeiter*innen weiblich. Etwa zwei Drittel waren jünger als 51 Jahre. In Bezug auf die Berufsgruppen waren Fachsozialbetreuer*innen mit 34% bei der Baseline- und 35% bei der Folgeerhebung sowie diplomierte Pflegekräfte (29% bei der Baseline- und 31% bei der Folgeerhebung) die größten Gruppen. Heimhilfen waren mit 21% auch eine große Gruppe der Befragten. 58% (Baseline) bzw. 61% (Folgeerhebung) der Mitarbeiter*innen arbeiteten bereits länger als sechs Jahre bei der Organisation. Etwa 6% sind nicht in Österreich geboren. Bei der Baseline-Erhebung haben bislang 54% bei der Folgeerhebung 48% noch keine Aus- und Weiterbildung zum Thema Hospiz und Palliative Care gemacht. Nur ein kleiner Anteil der Befragten (6% bzw. 7%) hat den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care absolviert.

TABELLE 1: BESCHREIBUNG DER STICHPROBE BASELINE- UND FOLGEERHEBUNG

	Baseline-Erhebung (2019) (n=846-910)	Folgeerhebung (2022) (n=473-544)
Geschlecht:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 94% ▪ männlich: 6% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 92,1% ▪ männlich: 7,7% ▪ divers: 0,2%
Alter:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 20% ▪ 36-50 Jahre: 48% ▪ Ab 51 Jahre: 32% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 16% ▪ 36-50 Jahre: 49% ▪ Ab 51 Jahre: 35%
Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 29% ▪ Pflegefachassistent*in: 3% ▪ Pflegeassistent*in: 12% ▪ Heimhilfe: 21% ▪ Besuchsdienst: 0% ▪ Fachsozialbetreuer*in: 34% ▪ Andere: 0% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 31% ▪ Pflegefachassistent*in: 2% ▪ Pflegeassistent*in: 9% ▪ Heimhilfe: 21% ▪ Besuchsdienst: 0% ▪ Fachsozialbetreuer*in: 35% ▪ Andere: 2%
Betriebszugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 10% ▪ 1 Jahr und 5 Jahre: 32% ▪ 6 und 15 Jahre: 42% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 9% ▪ 1 Jahr und 5 Jahre: 30% ▪ 6 und 15 Jahre: 42%

	<ul style="list-style-type: none"> mehr als 15 Jahre: 16% 	<ul style="list-style-type: none"> mehr als 15 Jahre: 19%
Geburtsland	<ul style="list-style-type: none"> Österreich: 94% Anderes Land: 6% 	<ul style="list-style-type: none"> Österreich: 94% Anderes Land: 6%
Aus- und Weiterbildung zum Thema Palliative Care und Hospiz (Mehrfachnennungen möglich)	<ul style="list-style-type: none"> Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 6% Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 24% andere Seminare/Kurse/Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 24% Nein, keine: 54% 	<ul style="list-style-type: none"> Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 7% Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 22% andere Seminare/Kurse/Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 29% Nein, keine: 48%
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: 46% Ehrenamtliches Hospizteam: 11% Rettungsdienst: 42% mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 41% 	<ul style="list-style-type: none"> Mobiles Palliativteam: 43% Ehrenamtliches Hospizteam: 10% Rettungsdienst: 19% mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 39%
Haben Sie bereits am dreitägigen Workshop HPC Mobil teilgenommen?		<ul style="list-style-type: none"> Ja: 53% Nein: 46% Weiß nicht: 1%
Gibt es in Ihrer Organisation bereits Palliativbeauftragte?		<ul style="list-style-type: none"> Ja: 63% Nein: 18% Weiß nicht: 19%
Gibt es in Ihrer Organisation bereits eine Palliativgruppe?		<ul style="list-style-type: none"> Ja: 32% Nein: 45% Weiß nicht: 24%

Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung

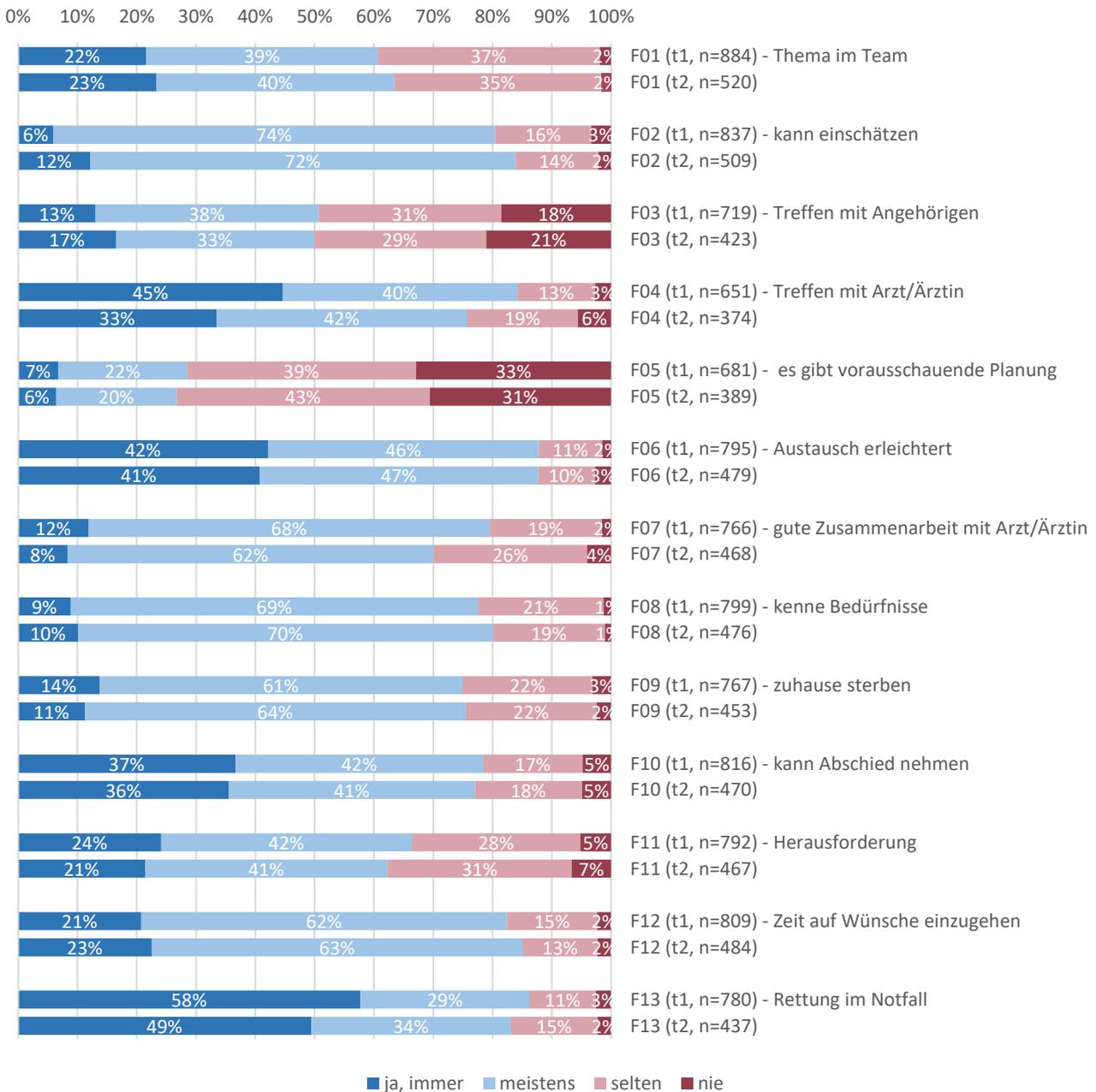
Bei der Folgerhebung gaben 53% an, dass sie bereits am HPC Mobil Workshop teilgenommen haben. 63% bejahten die Frage, ob es bereits Palliativbeauftragte und 32% die Frage, ob es eine Palliativgruppe in der Organisation gibt, wobei einige nicht Bescheid wussten (19% in Bezug auf die Palliativbeauftragten und 24% in Bezug auf die Palliativgruppe).

4.3.2. Deskriptiver Vergleich Baseline- und Folgerhebung

In Abbildung 3 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 manchen Aussagen war die Zustimmung in der Folgerhebung geringer, etwa bei der Aussage F04 (An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.), bei der Aussage F05 (Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt) sowie bei 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)). 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 sich nicht an der Panelerhebung beteiligt haben.

4.3.3. Signifikanztests Panel-Stichprobe

Bei der Panelanalyse zeigen die Signifikanztests für drei Aussagen signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 3 und Abbildung 3). Mehr Pflege- und Betreuungspersonen stimmten bei der Folgerhebung der Aussage F02 (Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.) zu. Hingegen empfanden signifikant weniger Mitarbeiter*innen die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen als zufriedenstellend (Aussage F07). 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.

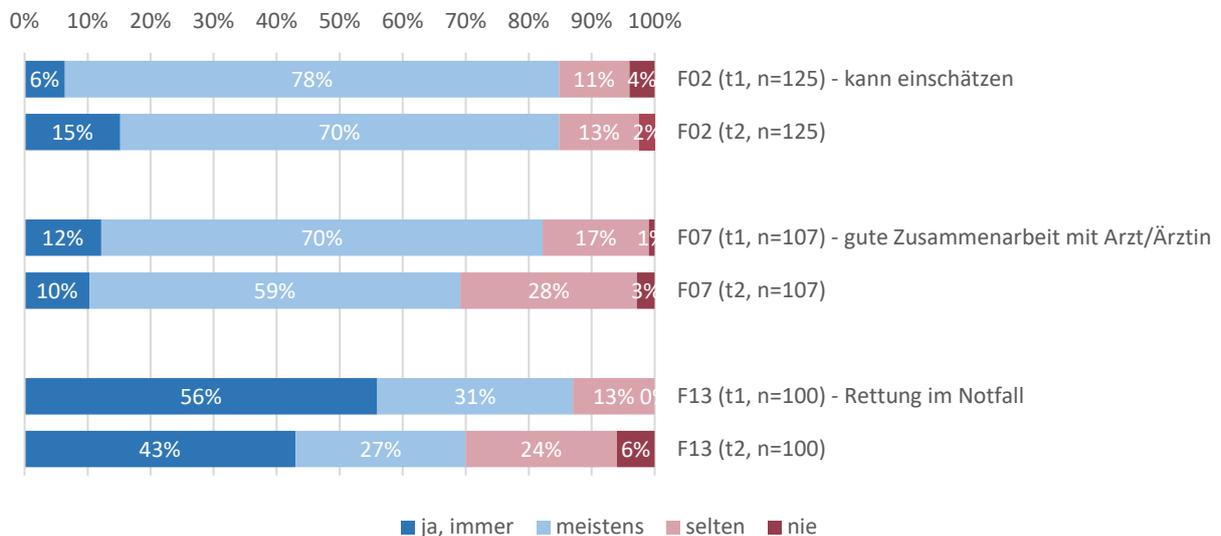
TABELLE 2: BEFRAGUNG DER MITARBEITER*INNEN VON „HPC ZUHAUSE“, VERGLEICH BASELINE UND FOLGERHEBUNG PANELSTICHPROBE – SIGNIFIKANZAUSWERTUNG ANHAND WILCOXON-TEST (ABHÄNGIGE STICHPROBE)

Nr.	Beschreibung	p-Wert
F01	In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.	0,468
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,048*
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.	0,506
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,908
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,361
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.	0,188
F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,022*
F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,749
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,577
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).	0,329
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,069
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,695
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.	0,000

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

Quelle: Baseline- und Folgerhebung, Panelstichprobe (n=100-125)

ABBILDUNG 3: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE BEI PANELVERGLEICH



Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, Panelstichprobe

4.3.4. Signifikanztests unabhängige Stichprobe (Trenddesign)

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 „HPC ZUHAUSE“, 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.	0,539
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,002**
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.	0,905
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,444
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,593
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.	0,874
F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,002**

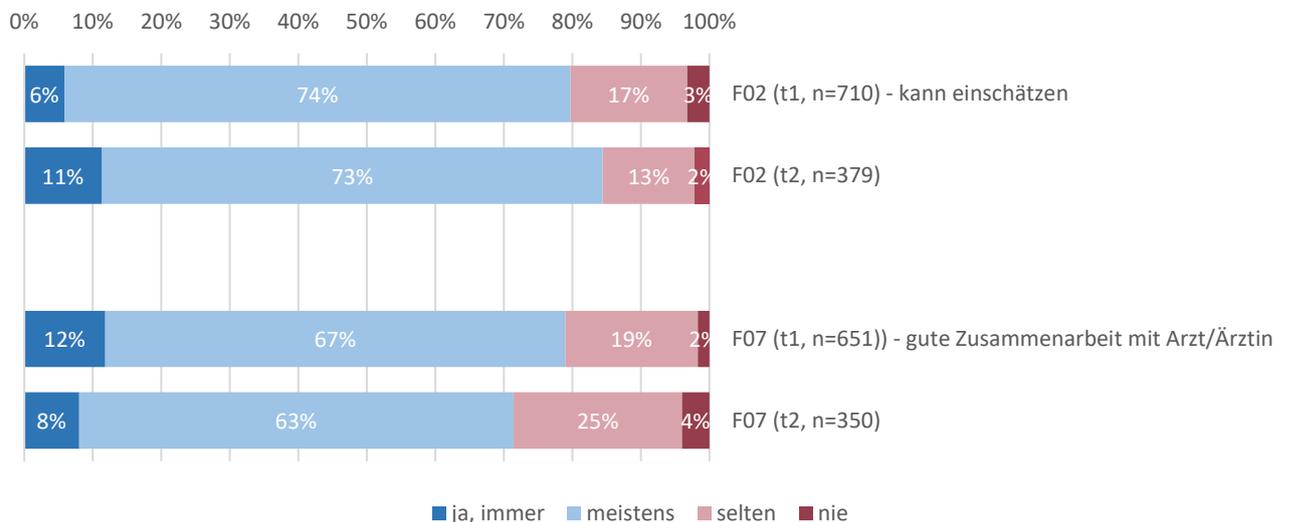
² Die Angabe des Pseudonymisierungscode war freiwillig. Nicht alle Befragten wollten diesen ausfüllen. Es ist daher denkbar, dass Befragte an beiden Erhebungen teilgenommen haben, jedoch nicht der Panelstichprobe zugeordnet werden konnten.

F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,235
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,838
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).	0,764
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,255
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,332
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.	0,108
		* 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, für die bereits bei der Panelstichprobe signifikante Unterschiede identifiziert wurden. Signifikant mehr Befragte stimmten bei der Folgerhebung den Aussagen F02 (Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.), signifikant weniger Mitarbeiter*innen stimmen der Aussage F07 (Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen ist für mich zufriedenstellend.) zu (siehe Abbildung 4).

ABBILDUNG 4: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE BEI QUERSCHNITTSVERGLEICH



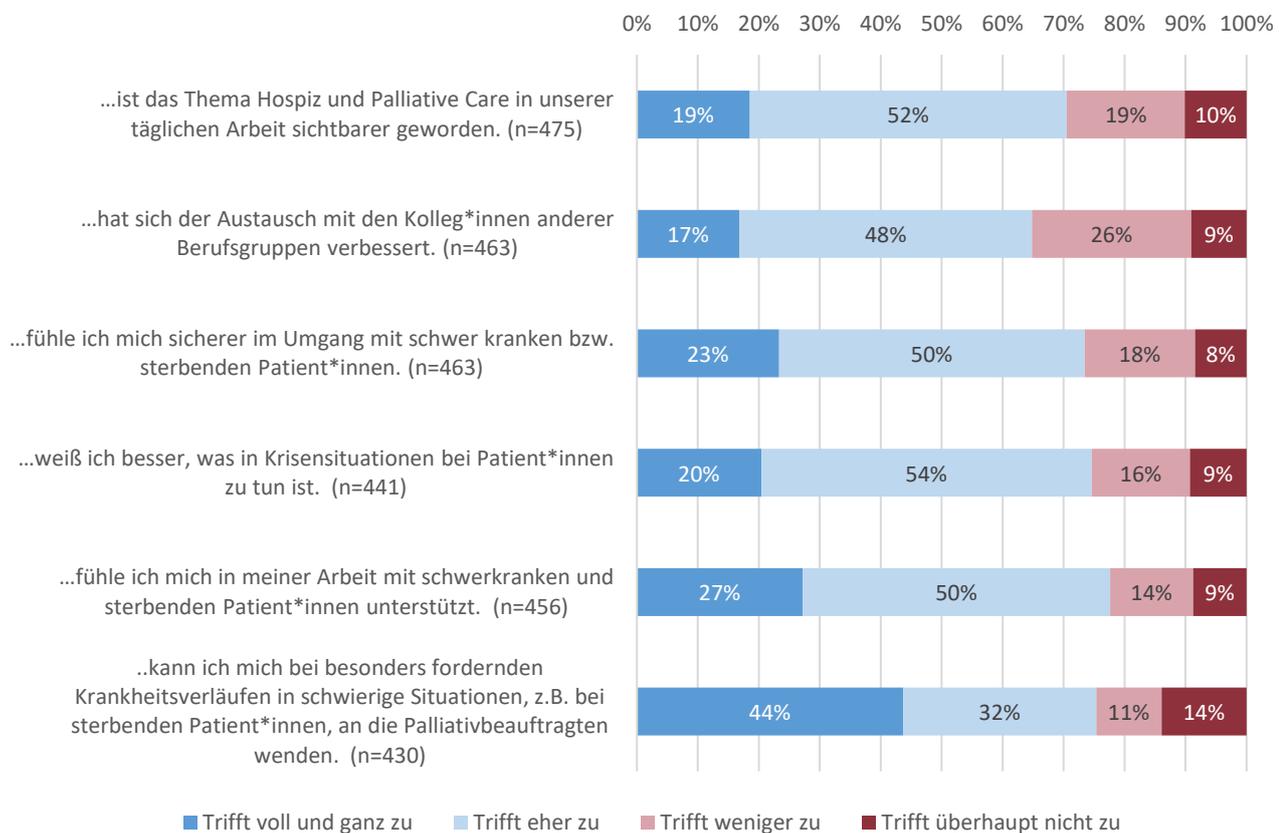
Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, Gesamtstichprobe ohne Panelfälle

4.3.5. Einschätzung der Wirkungen von „HiM“ durch die Mitarbeiter*innen

Im Rahmen der Folgeerhebung wurden die Pflege- und Betreuungskräfte direkt zu Wirkungen des Projekts befragt. Fast alle Aussagen wurden von mehr als 70% als (eher) zutreffend bewertet, lediglich dem verbesserten Austausch mit den Kolleg*innen anderer Berufsgruppen stimmten nur 65% (eher) zu. Die stärkste Zustimmung erhielten die Aussagen, dass sich die Mitarbeiter*innen unterstützt fühlen in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen (77%), dass sie sich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen an die Palliativbeauftragten wenden können (76%), wobei bei der letzten Aussage 14% angaben, dass dies überhaupt nicht zutrifft³. Ebenfalls positiv bewertet wurde von Mitarbeiter*innen, dass sie besser wissen, was in Krisensituationen zu tun ist (74%) und dass sie sich sicherer im Umgang mit schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen fühlen (73%).

ABBILDUNG 5: MITARBEITER*INNEN: EINSCHÄTZUNG DER WIRKUNGEN VON „HiM“⁴

Durch das Projekt „HiM“...



Quelle: Folgeerhebung Oberösterreich 2022, n=430-475

³ Von jenen Mitarbeiter*innen, die angaben, dass es bereits eine*n Palliativbeauftragte*n in der Organisation gibt, haben lediglich knapp 8% diese Aussage als überhaupt nicht zutreffend bewertet, hingegen haben knapp 26% der Mitarbeiter*innen, die angaben, dass es noch keine*n Palliativbeauftragte*n in der Organisation gibt, diese Aussage als überhaupt nicht zutreffend bewertet.

⁴ 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.

Signifikanztests zeigten, dass Mitarbeiter*innen, die bereits den Workshop absolviert haben, alle Aussagen bis auf die letzte (Durch das Projekt „HiM“ kann ich mich bei besonders fordernden Krankheitsverläufen in schwierigen Situationen, z.B. bei sterbenden Patient*innen, an die Palliativbeauftragten wenden.) signifikant besser bewerteten. Diese Aussage wurde hingegen von Mitarbeiter*innen signifikant besser bewertet, die angaben, dass es bereits Palliativbeauftragte in der Organisation gibt, was sehr gut nachvollziehbar ist.

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. Die Mitarbeiter*innen können besser einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist. Außerdem fühlen sich die Mitarbeiter*innen großteils sicherer und unterstützt in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen und wissen besser, was in Krisensituationen zu tun ist. Die stärkere Unzufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen ist ein Phänomen, das sich bereits im Projekt „HPC mobil“ in Wien zeigte. Wir interpretieren sie als höheres Bewusstsein darüber, wie wichtig die Hausärzt*innen in der Zusammenarbeit sind z.B. auch für die vorausschauende Planung. Im Falle von HiZ bzw. HiM ist es allerdings auch möglich, dass die Pandemie einen Einfluss hatte und die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen zusätzlich einschränkte.

5. Befragung der 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 (K, OÖ, Stmk) 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

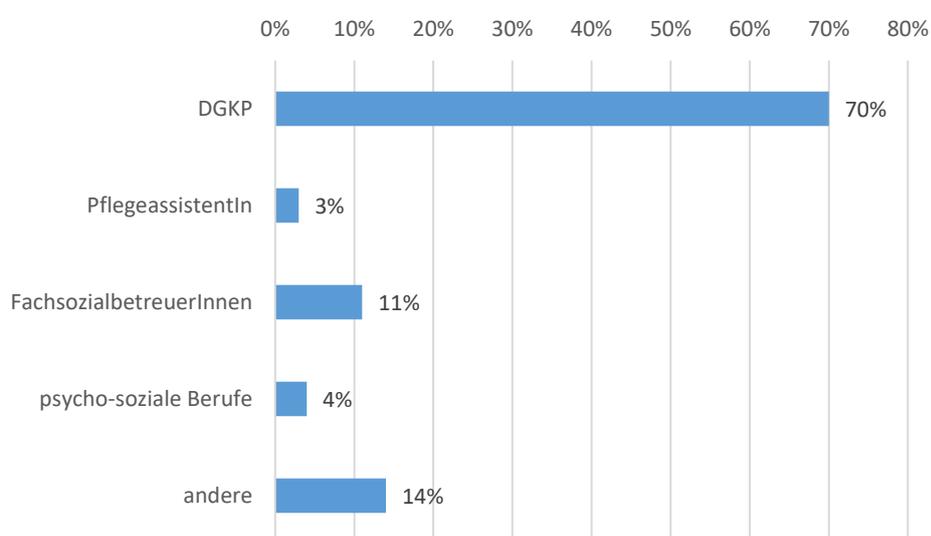
Die Trainer*innen erhielten unmittelbar nach den Workshops einen Feedbackfragebogen. Alle 73 Trainer*innen haben den Feedbackbogen ausgefüllt, d.h. der Rücklauf beträgt 100%. Außerdem wurden die bis dahin 51 ausgebildeten Trainer*innen im September/Oktober 2021 im Rahmen einer Onlineerhebung befragt. 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 zwölf oberösterreichischen 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 auszuüben. 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

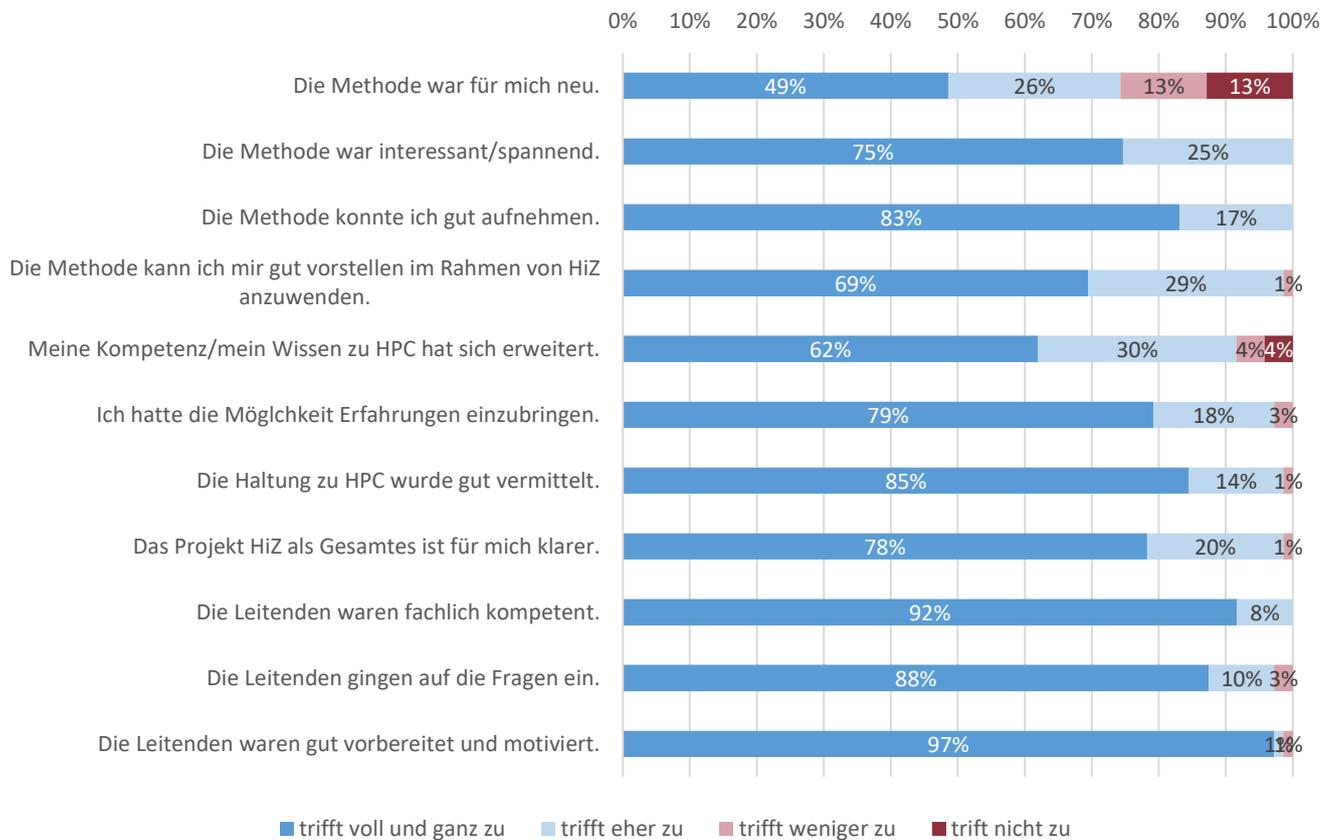
Von den 14%, die angaben, anderen Berufsgruppen anzugehören wurde Folgendes genannt:

- 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.

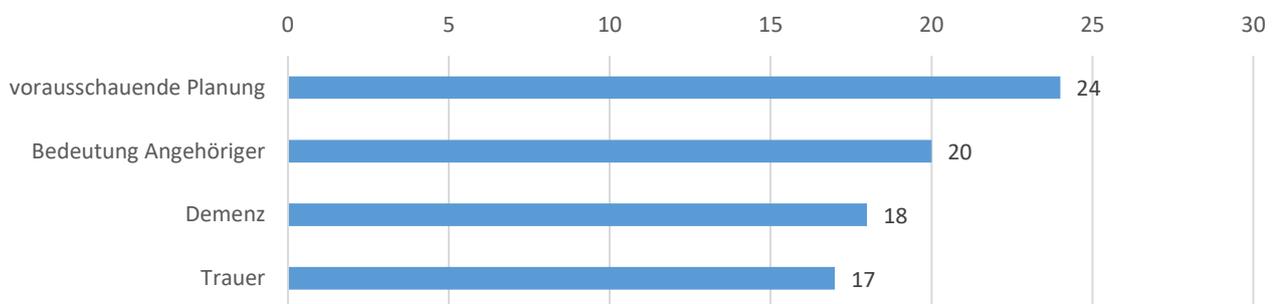
ABBILDUNG 7: WS-TRAINER*INNEN: FEEDBACK



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

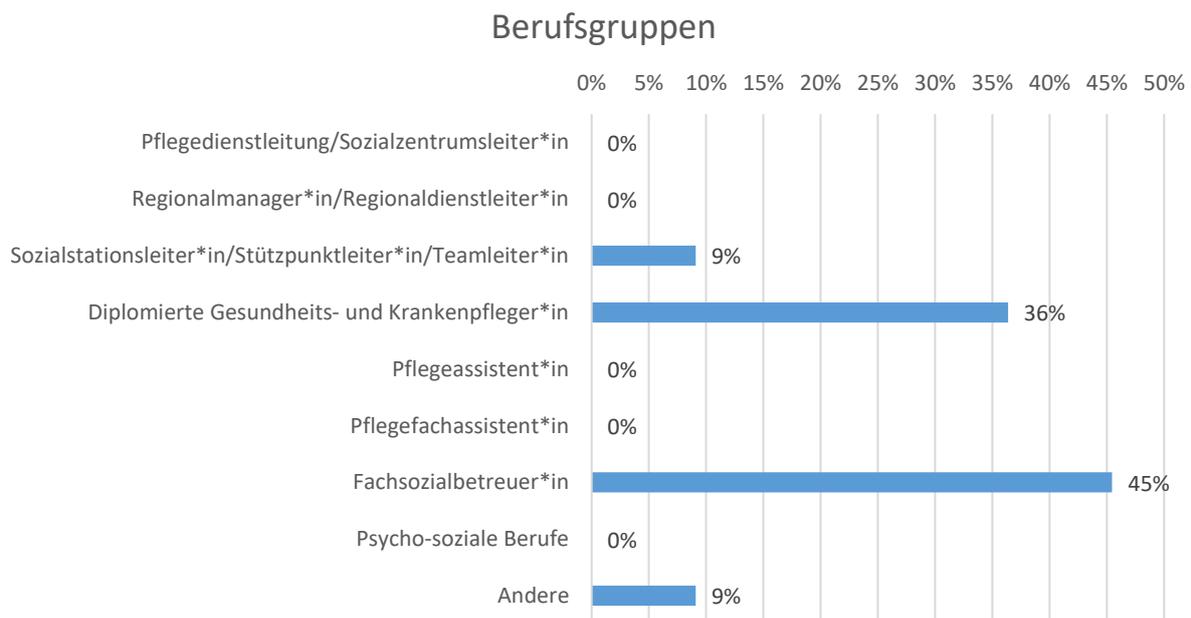
In einer offenen Frage wurde als weiteres Thema „Ethische Aspekte in der Hospiz und Palliative Care“ eingebracht.

5.4. ERGEBNISSE DER ONLINE-BEFRAGUNG

5.4.1. Beschreibung der Stichprobe

Von den elf Trainer*innen-, die Auskunft zu ihrer Berufsgruppe erteilten, waren fünf Fachsozialbetreuer*innen (45%) und vier Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (36%). Dazu kam ein*e Sozialstationsleiter*in/Stützpunktleiter*in/Teamleiter*in und ein*e Angehörige*r einer anderen Berufsgruppe.

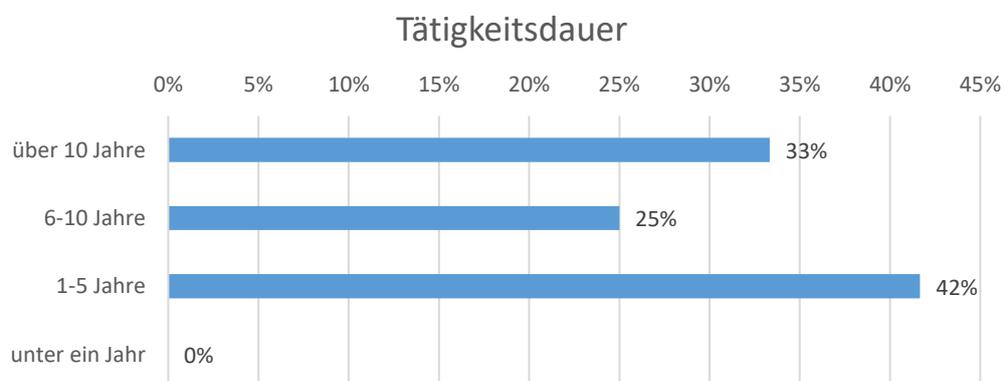
ABBILDUNG 9: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: BERUFSGRUPPE



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=11

Von den ausgebildeten Trainer*innen waren 42% unter 5 Jahren, 25% zwischen 6 und 10 Jahren und 33% bereits über 10 Jahre in der mobilen Betreuung und Pflege tätig.

ABBILDUNG 10: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: TÄTIGKEITSDAUER IN DER MOBILEN BETREUUNG UND PFLEGE

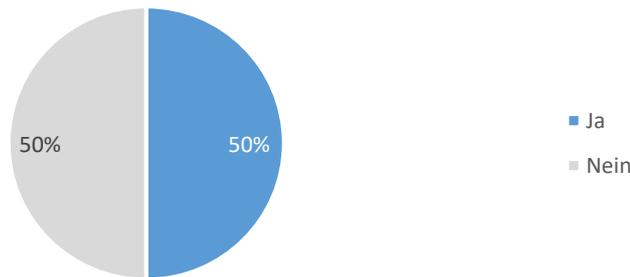


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=12

Die Hälfte der Teilnehmenden hat vor dem Besuch der Schulung Fortbildungen zu Hospiz und Palliative Care besucht. Namentlich genannt wurden folgende Kurse:

- Hospiztage Wels
- Interdisziplinärer Basislehrgang Palliative Care
- Lehrgang für Hauskrankenpflege an der Krebsakademie Ried im Innkreis

ABBILDUNG 11: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: FORTBILDUNG HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE BESUCHT



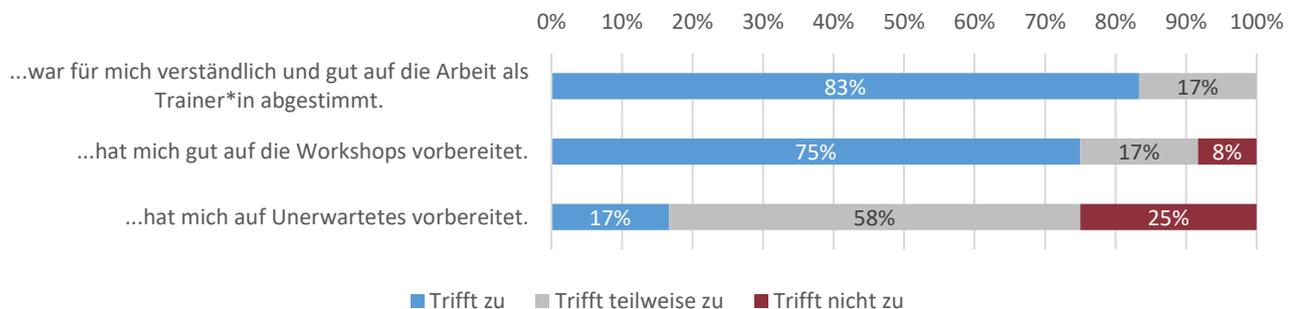
Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=12

5.4.2. Feedback

Auch mehrere Monate nach der Schulung beschrieben die meisten Teilnehmenden der Trainer*innen-Schulung (83%) diese als verständlich und gut auf die Arbeit als Trainer*in abgestimmt, die restlichen Befragten (17%) stimmen dem zumindest zum Teil zu. Drei Viertel (75%) fühlten sich gut auf die Workshops vorbereitet, weitere 17% immerhin teilweise, 8% stimmten dieser Aussage nicht zu. Die meisten Trainer*innen fühlten sich ganz (17%) oder teilweise (58%) auf Unerwartetes vorbereitet (etwa auf Verweigerer*innen in den Workshops), drei Personen (25%) lehnten diese Einschätzung dagegen ab.

ABBILDUNG 12: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: EINSCHÄTZUNG DER SCHULUNG

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

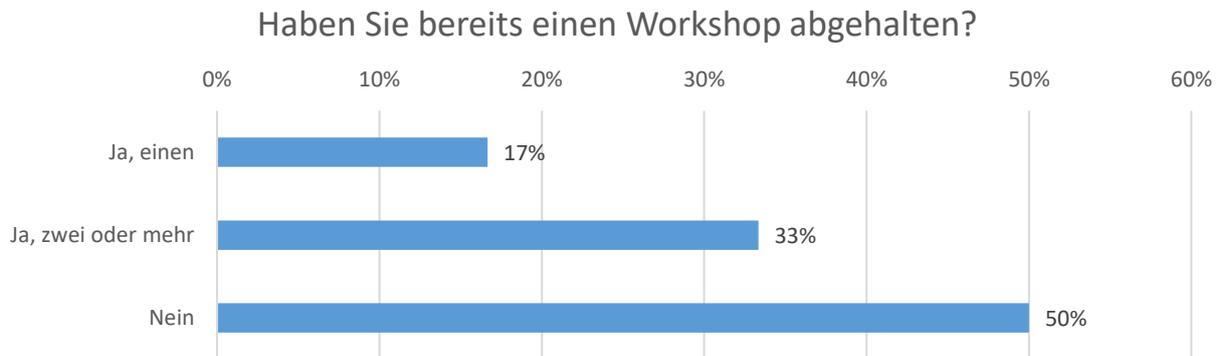


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=12

Die Hälfte der Befragten hat bereits einen oder mehrere Workshops abgehalten. Diese Workshops fanden großteils 2021 (55%) und 2020 (36%) statt, die restlichen im Jahr 2019 (9%). Die andere Hälfte der Trai-

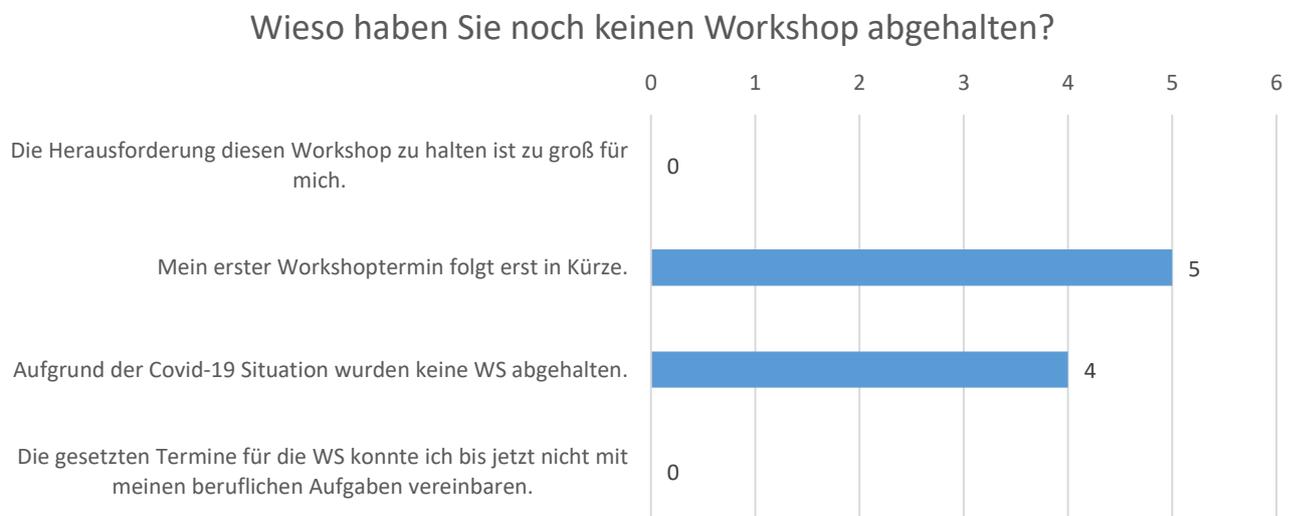
ner*innen konnten bisher noch keinen Workshop abhalten, was bei vier dieser sechs Personen auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Fünf von ihnen gaben an, bereits einen Termin für ihren ersten Workshop zu haben.

ABBILDUNG 13: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: WORKSHOP ABGEHALTEN



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=12

ABBILDUNG 14: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: GRÜNDE, WARUM NOCH KEIN WORKSHOP ABGEHALTEN WURDE

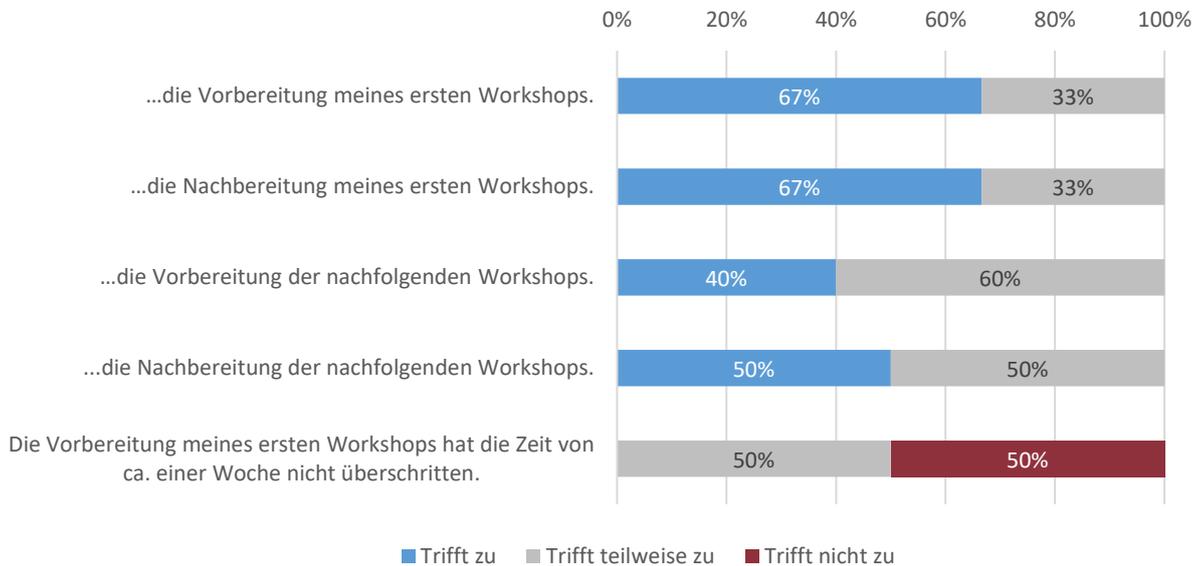


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=6

Die Bewertung der Rahmenbedingungen um die Workshops durch jene, die bereits zumindest einen Workshop abgehalten haben, fiel in fast allen Punkten gut aus, allerdings muss hier nochmals drauf hingewiesen werden, dass diese Fragen nur 4-6 Personen ausgefüllt haben. Für Vor- und Nachbereitung des ersten Workshops haben die Trainer*innen von ihren Vorgesetzten genügend (67%) oder zumindest teilweise genügend (33%) Stunden im Rahmen ihrer bezahlten Arbeitszeit bekommen. Einzig die Vorbereitungsdauer der ersten Workshops überschreitet in der Hälfte der Fälle eine Woche Arbeitszeit (38 Stunden), bei der anderen Hälfte war dies zum Teil der Fall.

ABBILDUNG 15: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFRAGUNG: RAHMENBEDINGUNGEN

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

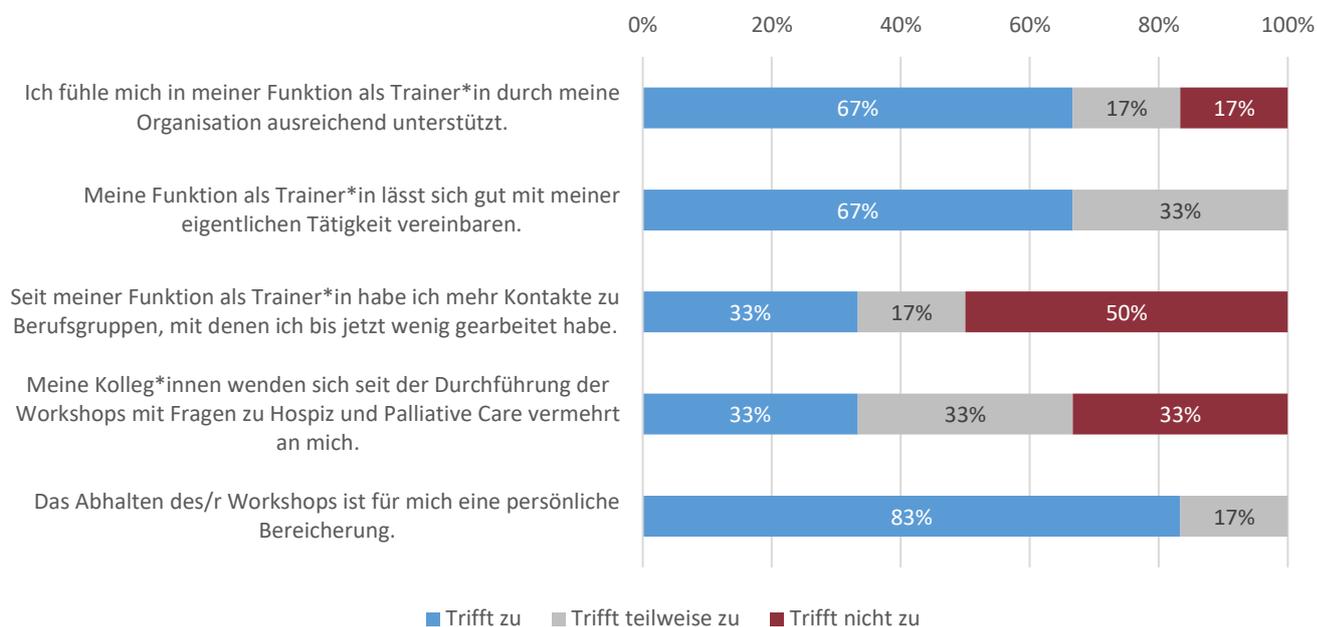


Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=4-6

Durch ihre Organisation fühlten sich die meisten der Befragten, die einen Workshop abhalten konnten, völlig (67%) oder teilweise ausreichend (17%) unterstützt, für 17% war dies hingegen nicht der Fall. Die Vereinbarkeit mit der eigentlichen Tätigkeit wurde als gegeben (67%) oder teilweise gegeben (33%) beschrieben.

Ein Drittel gab an, nun mehr Kontakte zu Berufsgruppen zu haben, mit denen bis zu diesem Zeitpunkt wenig gearbeitet wurde, für weitere 14% war das zumindest teilweise der Fall. Die Hälfte der Befragten konnte dagegen keine solchen Vorteile aus der Trainer*innenfunktion ziehen. Eine ähnliche Verteilung ergab sich für die Erfahrung, vermehrt Ansprechperson von Kolleg*innen zu den Themen Hospiz und Palliative Care geworden zu sein. Für ein Drittel der Befragten war dies der Fall, für ein weiteres Drittel zum Teil, für das dritte Drittel hingegen nicht. Als persönliche Bereicherung, auf der anderen Seite, empfanden das Abhalten der Workshops 83% der Trainer*innen, die restlichen 17% stimmen dem teilweise zu.

ABBILDUNG 16: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: STIMMUNGSBILD



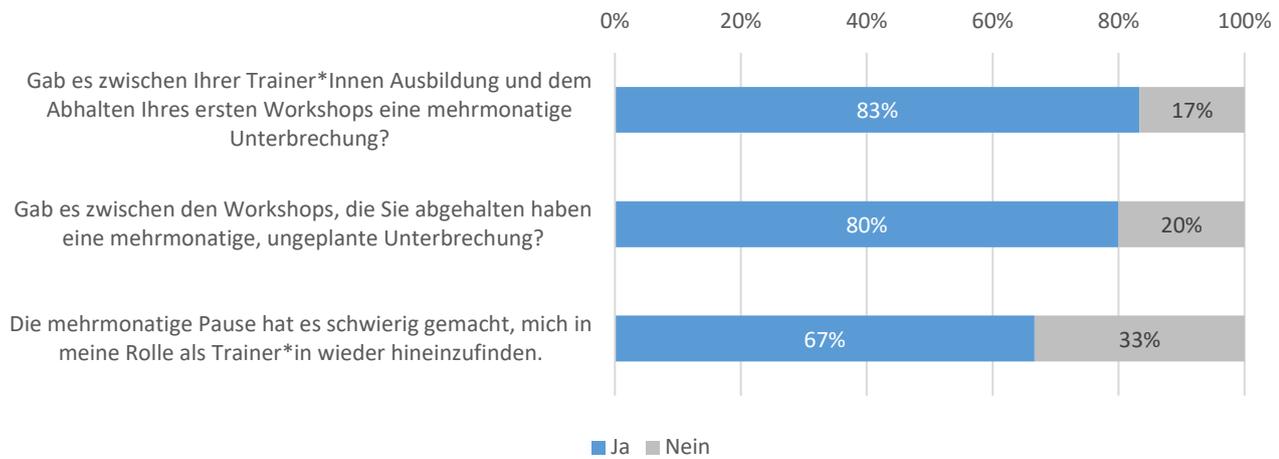
Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=6

Zur Unterstützung der Trainer*innentätigkeit zählen die Befragten folgende Punkte als wünschenswert auf:

- Einen freien Tag vor und nach Abhalten des Workshops
- Regelmäßiger gemeinsamer Austausch bzw. Refresher, um neue Inputs zu bekommen
- Umgang mit nicht für alle Teilnehmer*innen passende Methoden (z.B. Meer der Kraft, Übung wo man etwas gibt oder entgegennimmt) anpassen, etwa durch alternative Umsetzungsmethoden der betroffenen Inhalte
- Wiederholung von Themen im Curriculum reduzieren

Die Covid-19-Pandemie führte bei fünf von sechs Trainer*innen zu einer mehrmonatigen Unterbrechung zwischen Ausbildung und erstem Workshop. Ebenso kam es auch zwischen den Workshops zu Verzögerungen. Die Pausen erschwerten es für 67% der Befragten, zurück in ihre Rolle als Trainer*innen zu finden.

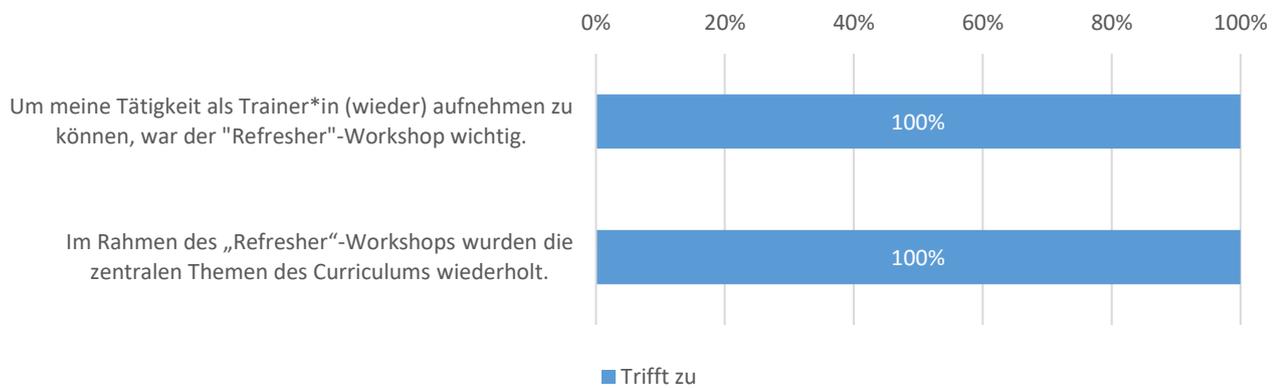
ABBILDUNG 17: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: AUSWIRKUNGEN DER COVID-19 PANDEMIE



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=5-6

Alle Befragten gaben an, in ihrem Bundesland einen Refresher-Workshop zur Verfügung gehabt zu haben, welchen 58% der Befragten auch nutzten. Die Besucher*innen der Refresher-Workshops empfanden diesen als wichtig, um ihre Tätigkeit als Trainer*innen wieder aufnehmen zu können, und geben an, dass die zentralen Themen der Schulung wiederholt wurden.

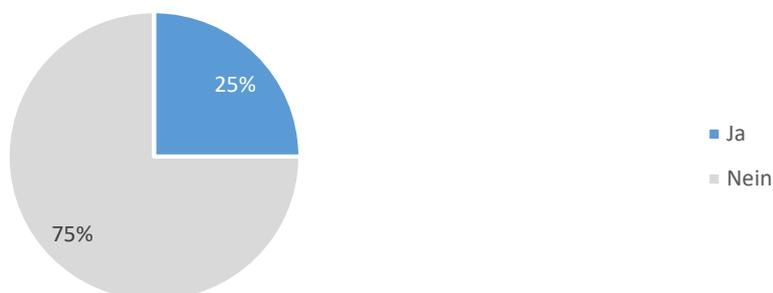
ABBILDUNG 18: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: REFRESHER-WORKSHOP



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=7

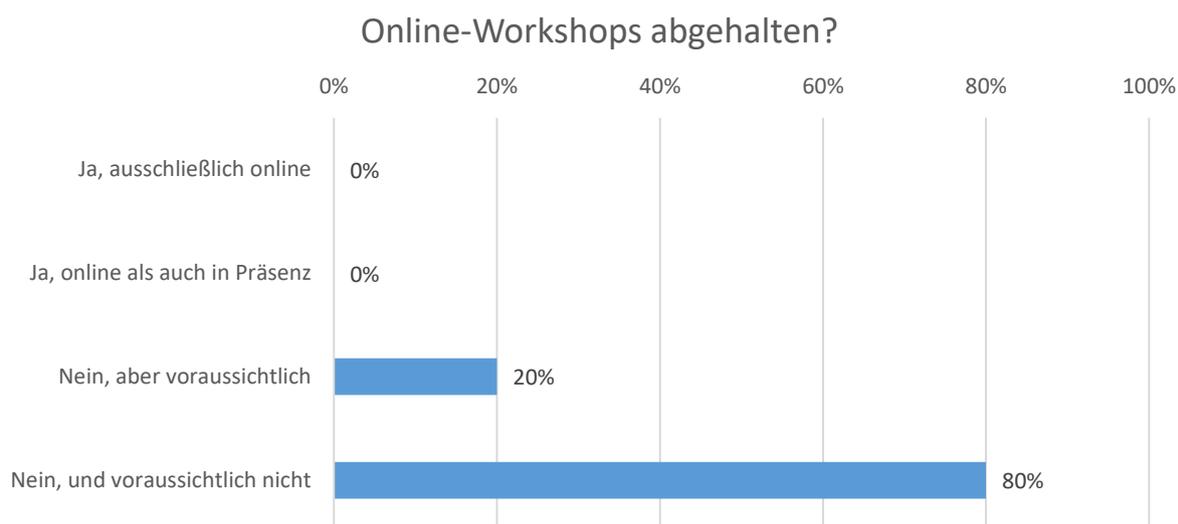
Weniger Zulauf erhielt die zweitägige Ausbildung für die Durchführung von Online-Workshops. Diese wurde nur von 25% der Befragten besucht. Online abgehalten haben die Befragten keinen ihrer Workshops, 20% gaben aber immerhin an, dies in Zukunft tun zu wollen. Die restlichen 80% hatten dagegen nicht vor, Online-Workshops abzuhalten.

ABBILDUNG 19: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: TEILNAHME AN AUSBILDUNG FÜR ONLINE-WORKSHOPS



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=12

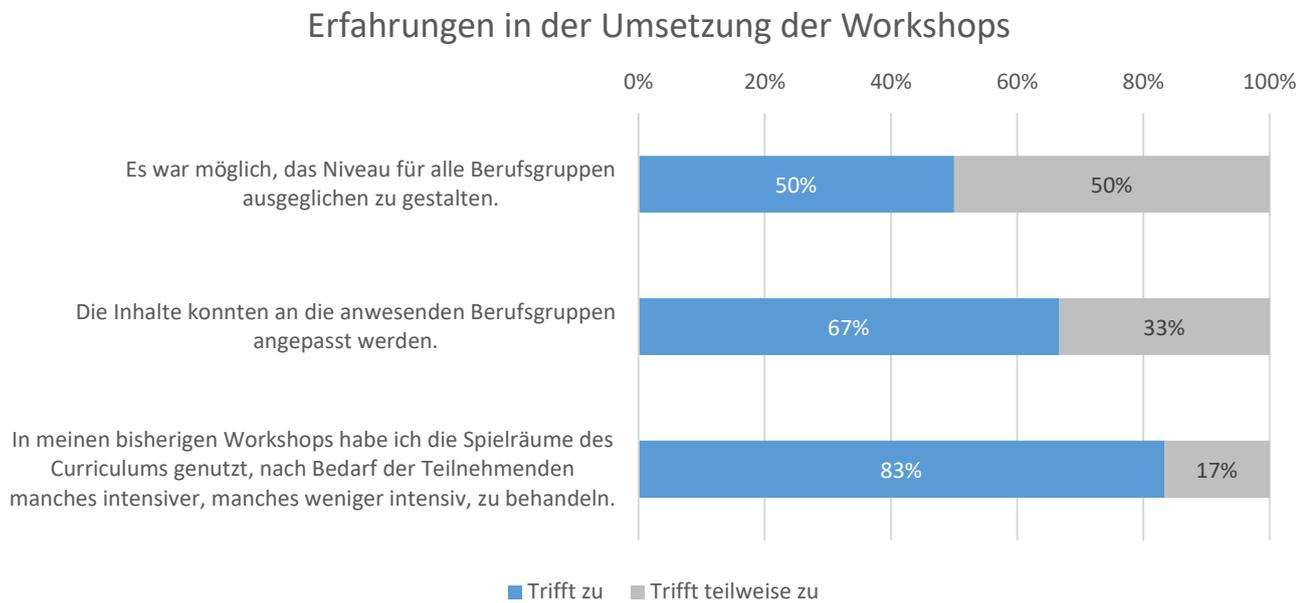
ABBILDUNG 20: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: ABHALTEN VON ONLINE-WORKSHOPS



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

In der Umsetzung der Workshops ist es einer Hälfte der Trainer*innen ganz, der anderen teilweise gelungen, das Niveau für alle Berufsgruppen ausgeglichen zu gestalten. Die Befragten konnten die Inhalte an die anwesenden Berufsgruppen vollständig (67%) oder zumindest zum Teil (33%) 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 (83% Zustimmung, 17% teilweise Zustimmung).

ABBILDUNG 21: TRAINER*INNEN-ONLINE-BEFragung: UMSETZUNG DER WORKSHOPS



Quelle: Online-Befragung der Trainer*innen, n=6

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. Lediglich die Vorbereitung auf Unerwartetes kam etwas zu kurz. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten ebenfalls überwiegend positiv, wobei die Hälfte der Trainer*innen noch nicht die Möglichkeit hatte, einen Workshop abzuhalten, was unter anderem auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Diese erschwerte die Umsetzung der Workshops, hierfür abgehaltene Refresher-Workshops konnten die Trainer*innen jedoch bei der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit unterstützen. Die Möglichkeit von Schulungen für Online-Workshops wurde dagegen kaum genutzt. Jenen, die bereits einen Workshop abhalten konnten, gelang es 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.

Der Fragebogen war in drei Frageblöcke unterteilt:

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

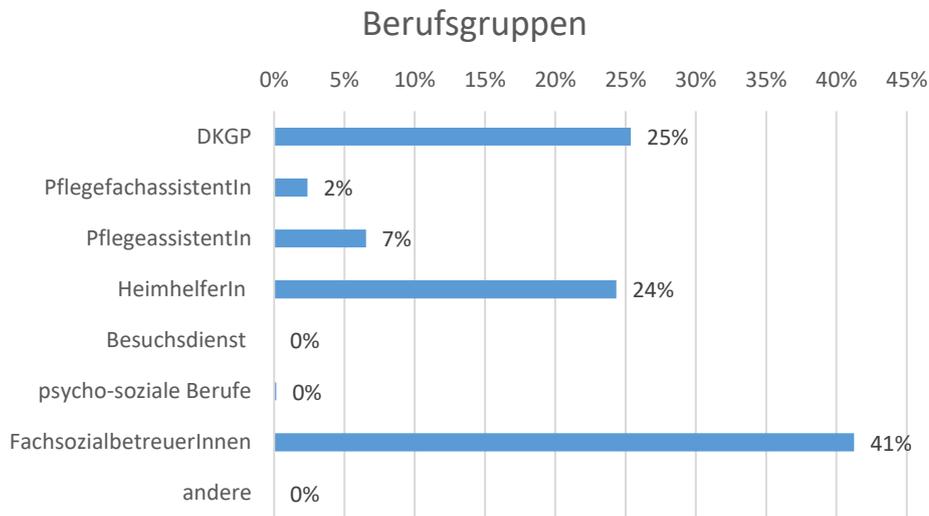
Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Workshops miteinbezogen, die bis Ende August 2022 durchgeführt wurden. Im Zeitraum von Februar 2020 bis Juni 2022 wurden 40 Workshops mit zwischen 12 und 22 Teilnehmer*innen durchgeführt. In Summe nahmen 672 Personen an den Workshops teil, von denen alle einen Feedbackbogen abgaben, was einem Rücklauf von 100% entspricht. Der Fragebogen enthielt geschlossene und offene Fragen.

6.3. ERGEBNISSE

6.3.1. Beschreibung der Stichprobe

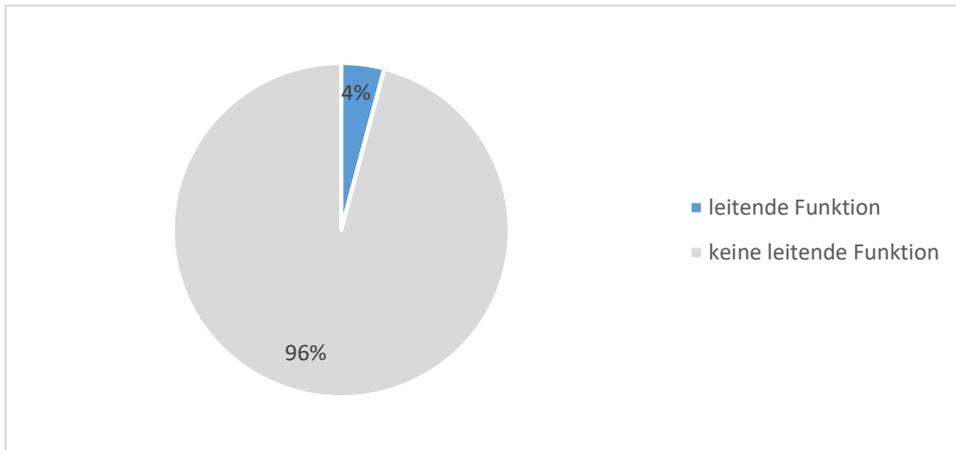
Die größten Berufsgruppen unter den Teilnehmer*innen bildeten die Fachsozialbetreuer*innen mit 41%, gefolgt von den Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit 25%, sowie den Heimhelfer*innen mit 24%. Dazu kamen 8% Pflegeassistent*innen, sowie 2% Pflegefachassistent*innen. Von den Teilnehmer*innen hatten 4% eine leitende Funktion.

ABBILDUNG 22: WS-TEILNEHMER*INNEN: BERUFSGRUPPE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=674

ABBILDUNG 23: WS-TEILNEHMER*INNEN: ANTEIL FÜHRUNGSKRÄFTE

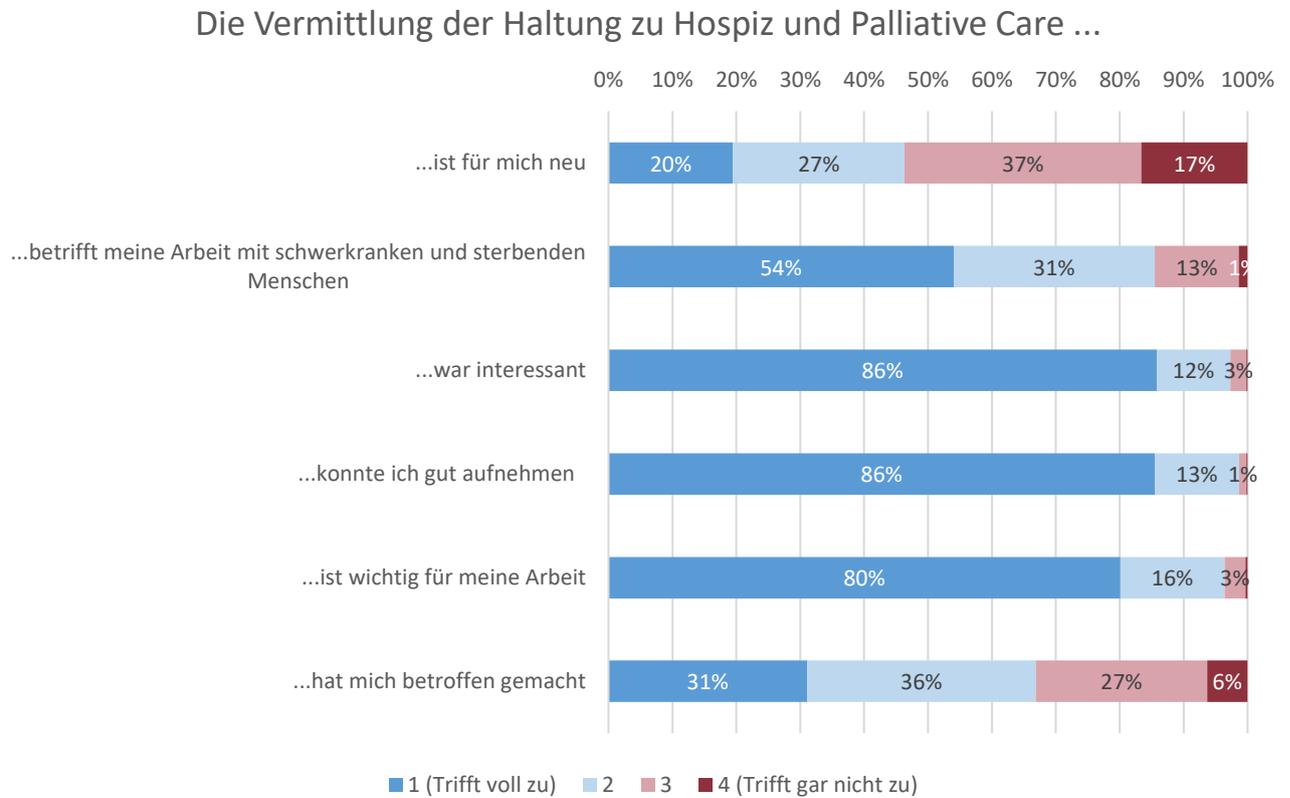


Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=630

6.3.2. Feedback

Für mehr als die Hälfte der befragten Workshop-Teilnehmer*innen (54%) war die Vermittlung der Haltung zu Hospiz und Palliative Care nicht neu, allerdings stufte es der Großteil als (eher) zutreffend ein, dass die Inhalte interessant (98%), wichtig (96%) und relevant (85%) für die eigene Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen sind. Zwei Drittel (67%) der Teilnehmer*innen gaben an, dass sie die Inhalte des Workshops betroffen gemacht hätten, bei 33% war das (eher) nicht der Fall.

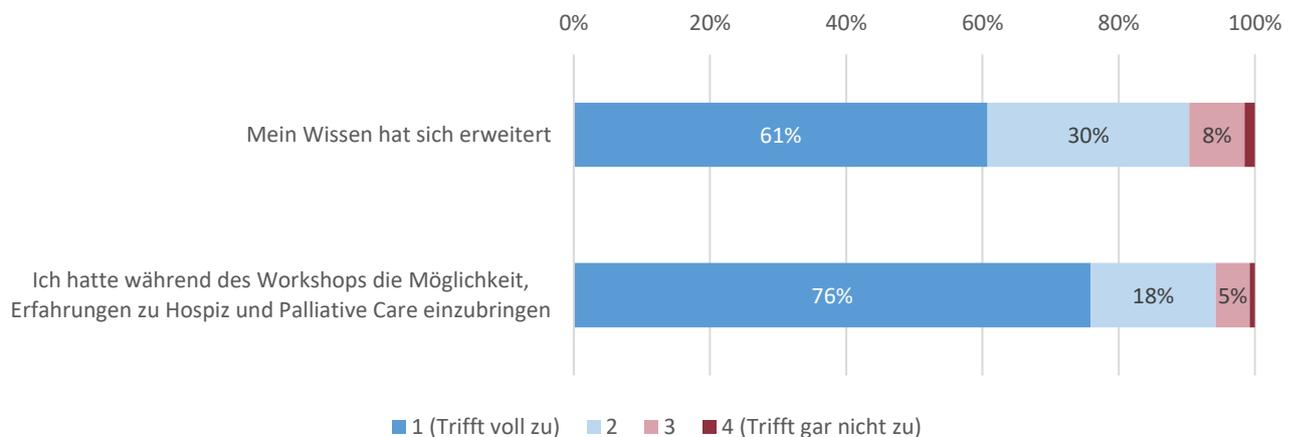
ABBILDUNG 24: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN INHALTEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=649-669

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 (94%).

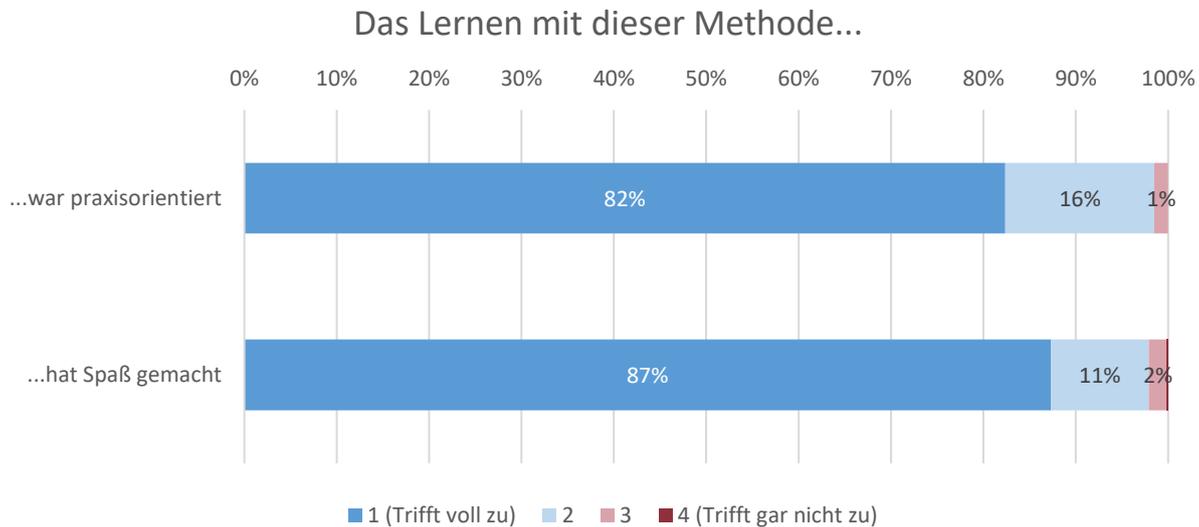
ABBILDUNG 25: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUM NUTZEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=652-656

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

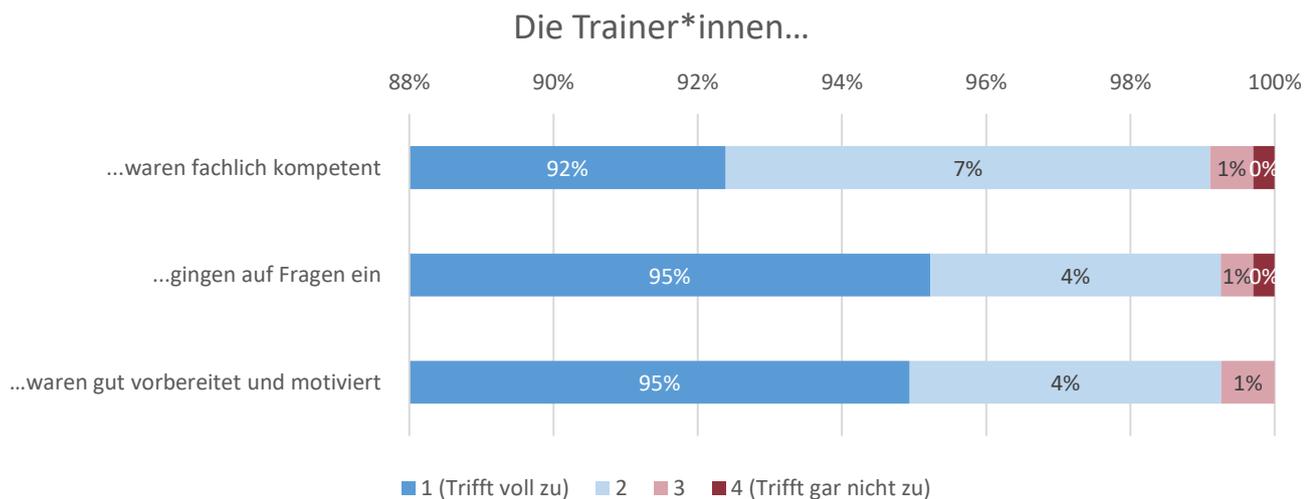
ABBILDUNG 26: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUR METHODE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=670

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

ABBILDUNG 27: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN TRAINER*INNEN



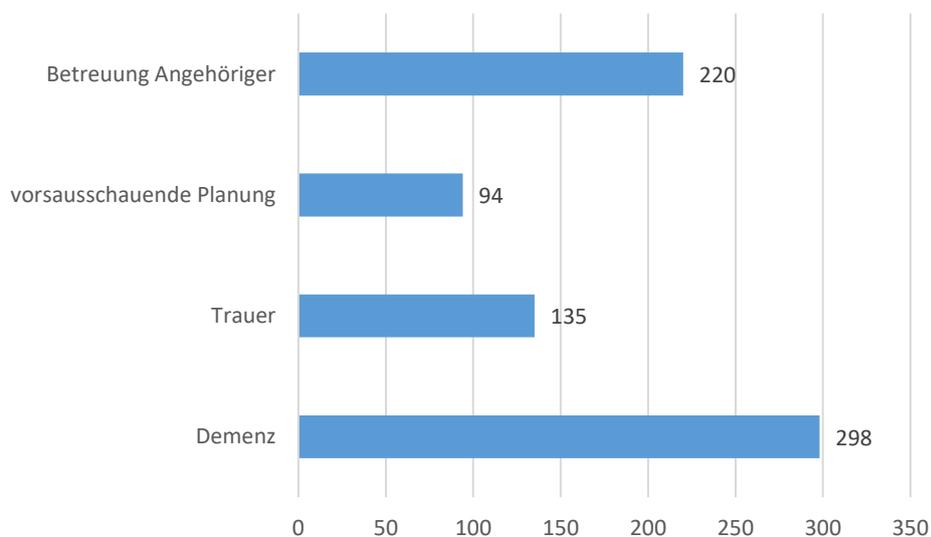
Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=670-672

Als weitere Themen zu Hospiz und Palliative Care, die in Folgeveranstaltungen gerne bearbeitet würden, wurde das Thema Demenz (298 Nennungen) am häufigsten genannt, gefolgt von „Betreuung Angehöriger“ (220 Nennungen), „Trauer“ (135 Nennungen) und „vorausschauender Planung“ (94 Nennungen). In einer

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

- Aromapflege
- Einbindung von Heimhilfen in der Hospiztätigkeit
- Humor in der Pflege
- Kinästhetik
- Kommunikation mit sterbenden Personen
- Kultursensible Pflege
- Medikamente in Pflege und Palliativpflege
- Palliativbetreuung
- Pflegeplanung
- Schmerzbehandlung
- Selbstfürsorge
- Sterbebegleitung
- Validation
- Therapiehundeeinsatz
- Trauerbegleitung verschiedener religiöser Bekenntnisse
- Trauerbegleitung mit Kindern

ABBILDUNG 28: WS-TEILNEHMER*INNEN: GEWÜNSCHTE THEMEN ZU HPC IN ZUKÜNFTIGEN VERANSTALTUNGEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=513, Mehrfachnennungen möglich

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 nicht neu, allerdings relevant und wichtig und die Workshops konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen. Ein sehr gutes Zeugnis wurde auch den Trainer*innen ausgestellt.

7. Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation

7.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um eine 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, 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

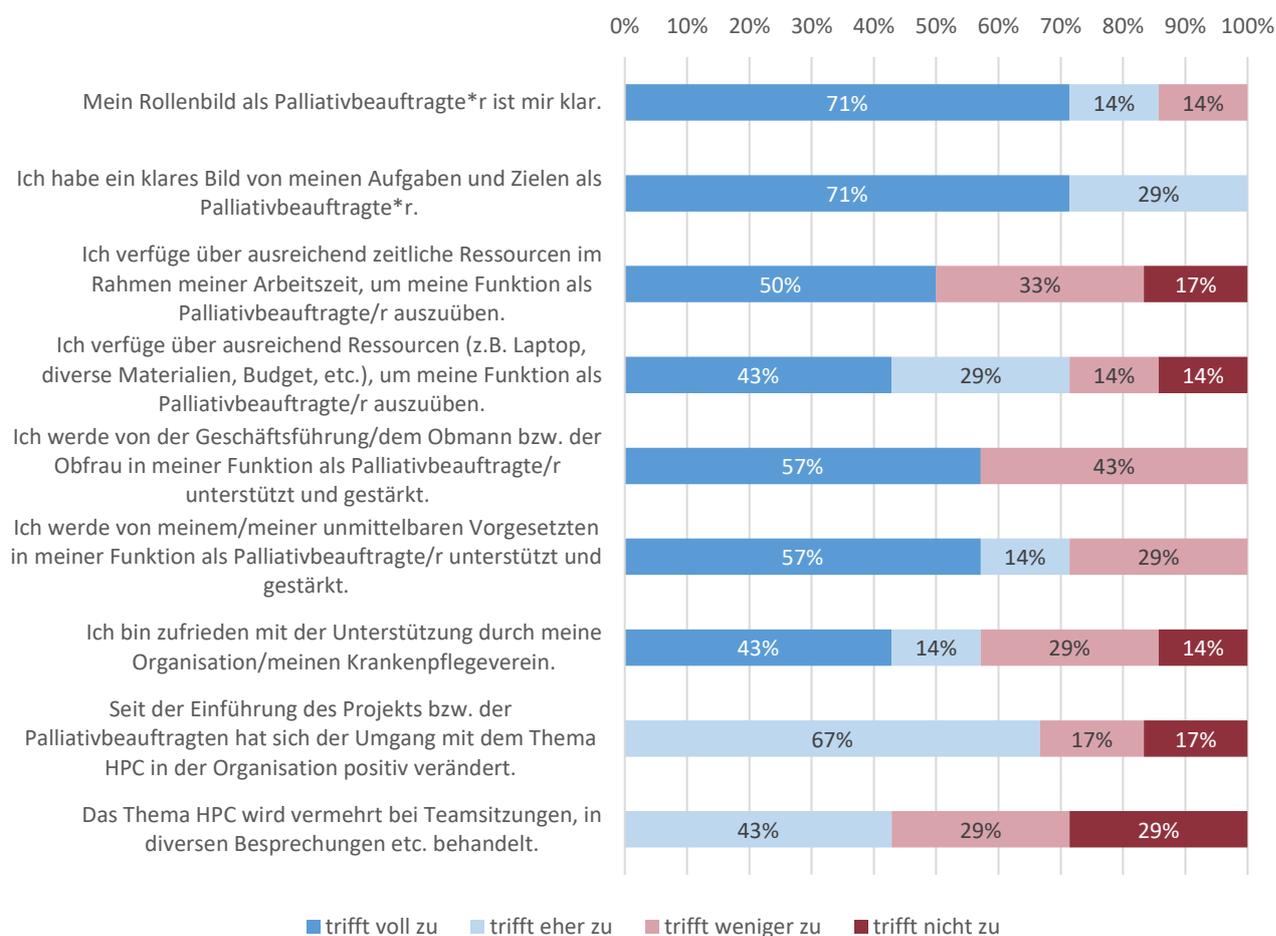
Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Palliativbeauftragten miteinbezogen, die im Herbst 2021 beantwortet wurden. Der Link für den Online-Fragebogen wurde am 27. September 2021 an die OE-Teams geschickt, die diesen an die Palliativbeauftragten weiterleiteten. Insgesamt nahmen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

7.3. ERGEBNISSE

Die Befragten haben ein klares Bild von ihren Aufgaben und Zielen als Palliativbeauftragte, 85% stimmen dem auch in Bezug auf ihr Rollenbild zu. Der Großteil der oberösterreichischen Befragten (71%) wird zudem von ihren unmittelbaren Vorgesetzten in ihrer Funktion als Palliativbeauftragte unterstützt und gestärkt. Das stimmt in Bezug auf Geschäftsführung bzw. Obmann oder Obfrau auch für immerhin 57%, 43% stimmen dem dagegen eher nicht zu. Zwei Drittel der Befragten beschreiben, dass sich der Umgang mit dem Thema HPC durch die Einführung der Palliativbeauftragten eher positiv verändert hat.

Kritischer wurde die Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen für die Ausübung ihrer Funktion bewertet. Nur die Hälfte der Befragten gab an über ausreichend zeitliche Ressourcen im Rahmen ihrer Arbeitszeit zu verfügen, um ihre Funktion als Palliativbeauftragte*r auszuüben, bei den restlichen 50% ist das hingegen (eher) nicht der Fall. Besser ist das Bild bei der Verfügbarkeit von sonstigen Ressourcen, wie Laptop, diverse Materialien, Budget et cetera: Hier melden 28% Mängel an. Auch die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Organisation wird gemischt bewertet, 57% sehen diese (eher) gegeben, auf 43% trifft dies dagegen (eher) nicht zu. Der Einschätzung, dass die Thematik HPC in Teamsitzungen und Besprechungen vermehrt behandelt wird, stimmen nur 43% eher zu, 58% sehen das (eher) nicht.

ABBILDUNG 29: PALLIATIVBEAUFTRAGTE: ROLLE, RESSOURCEN UND UNTERSTÜTZUNG - OBERÖSTERREICH



Quelle: Befragung der Palliativbeauftragten, Oktober 2021, n=6-7

Als wichtigste Aufgaben wurden von den Palliativbeauftragten verschiedenste Dinge genannt (siehe Anhang 9.1.). Sie sehen sich als zentrale Ansprechpartner*innen, die Information, Beratung und Unterstützung in schwierigen Betreuungssituationen anbieten können. Zudem sind sie im Rahmen von Schulungen und Fortbildungen (etwa den HiM-Workshops) koordinierend und organisierend tätig. Zudem leisten die Palliativbeauftragten Vernetzungsarbeit mit den verschiedenen beteiligten Systempartner*innen (Ärzt*innen, andere Palliativbeauftragte, Angehörige, Teamkolleg*innen etc.) und unterstützen Teamleitungen, Projektleitungen und Mitarbeiter*innen in der Koordination. Ein zentrales Ziel stellt dabei die langfristige Verankerung des Hospiz- und Palliative Care-Gedankens dar.

Erneute Erwähnung in den offenen Fragen finden die mangelnden zeitlichen Ressourcen für die Erfüllung der Tätigkeiten. Wünschenswert fänden die Befragten zudem noch klarere Kommunikation in Bezug auf den Auftrag der Palliativbeauftragten und eine Bekanntmachung der Palliativbeauftragten in der jeweiligen Organisation (siehe Anhang 9.1.). Außerdem wünschen sich manche Palliativbeauftragte mehr Akzeptanz des Themengebiets auf allen Ebenen der Organisation. Eine stärkere Einbindung der Mitarbeiter*innen wird als wichtiger Schritt beschrieben, ebenso wie regelmäßiges in Erinnerung rufen der HPC-Thematik, etwa durch Mikroschulungen in Teambesprechungen. Als wichtiger Startschuss für die organisatorische Umsetzung des Themas HPC wird der Workshop für operative Führungskräfte beschrieben.

7.4. RESÜMEE

Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten ist klar und wertschätzend. Aufgaben und Ziele sind bekannt, die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wird als tendenziell positiv wahrgenommen und in der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten herrscht Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf besteht demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Zudem wird vermehrte Unterstützung durch die eigene Organisation als wünschenswert genannt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sehen die Befragten, zentrale Ansprechpartner*in für das Thema HPC zu sein, Vernetzungsarbeit mit Systempartner*innen zu leisten, in der Koordination und Organisation unterstützend tätig zu sein und für eine Verankerung des Hospiz- und Palliative Care-Gedankens zu sorgen. Möglichkeiten zur Verbesserung sehen sie neben den zeitlichen Ressourcen in klarerer Kommunikation ihrer Tätigkeiten gegenüber dem anderen Personal und einem vermehrten Aufbau von Verständnis durch die Organisation. Zu erwähnen ist der Workshop für operative Führungskräfte, den die Palliativbeauftragten als wichtigen Startschuss für die organisatorische Umsetzung von HPC sehen.

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 Oberösterreich waren es 34. Da entschieden wurde, eigene Bericht für die Bundesländer zu erstellen, werden hier nur die Ergebnisse der oberösterreichischen operativen Führungskräfte dargestellt. Der Fragebogen enthielt offene wie geschlossene Fragen.

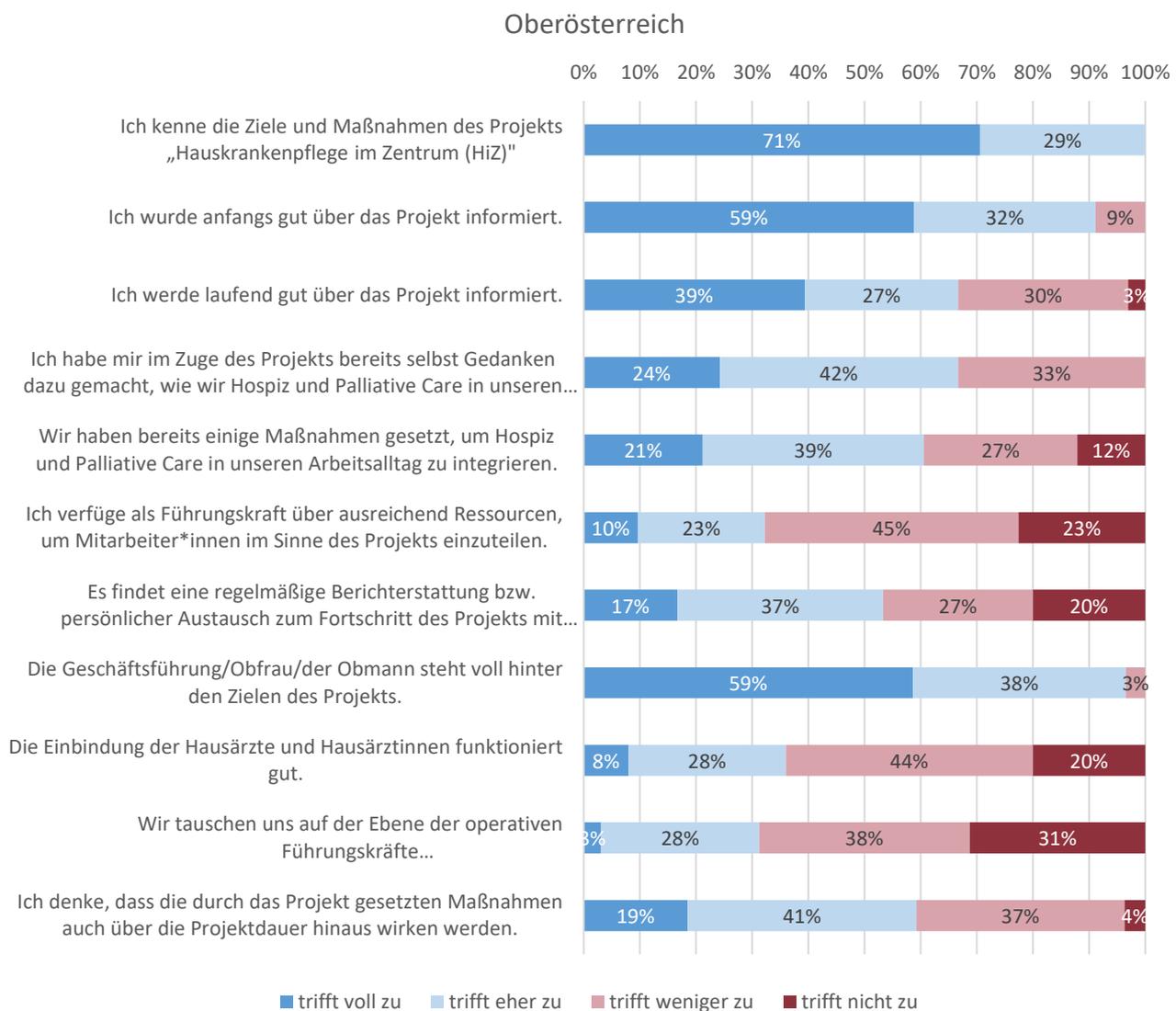
8.3. ERGEBNISSE

Von den befragten operativen Führungskräften sind 7% aktiv in das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ involviert. Die Befragten kennen Ziele, Leistungen und Indikatoren des Projekts HiM: 71% stimmen dem voll, 29% eher zu. Knapp zwei Drittel 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, das übrige Drittel hatte diese Möglichkeit noch nicht oder nur in geringem Ausmaß. Auf die Unterstützung der Ziele des Projekts durch die Geschäftsführung bzw. die Obfrau oder den Obmann können sich nahezu alle Führungskräfte (97%) verlassen.

Eine etwas kritischere Sicht haben die operativen Führungskräfte auf die Informationslage zum Projekt, diese war anfänglich gut, nur 9% melden hier Mängel. In der Folge kam es jedoch zu einer Verschlechterung, 33% beschreiben nicht oder nur wenig gut auf dem Laufenden gehalten zu sein. Zudem bestehen Verbesserungsmöglichkeiten bei der regelmäßigen Berichterstattung bzw. dem persönlichen Austausch

zum Fortschritt des Projektes mit den Palliativbeauftragten: 47% der Befragten beschreiben, dass diese erst weniger oder noch nicht stattfinden. Auch die Einbindung der Hausärzt*innen könnte noch besser funktionieren, 36% bewerten diese als (eher) gut, 64% dagegen als weniger oder nicht gut. Zudem gibt es Nachholbedarf beim trägerübergreifenden bzw. vereinsübergreifenden Austausch der operativen Führungskräfte zu den Inhalten des Projekts: 69% sehen diesen als weniger oder nicht gegeben. Weiters mangelt es an der Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projekts einzuteilen: Diese Verfügbarkeit sehen 45% weniger, 23% nicht gegeben. Besser sieht die Bilanz beim Vertrauen, dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden aus. 60% teilen diese Ansicht bereits zum Teil oder vollständig, 37% weniger, und 4% nicht.

ABBILDUNG 30: OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE: INFORMATION, EINBINDUNG UND UNTERSTÜTZUNG - OBERÖSTERREICH



Quelle: Befragung der operativen Führungskräfte, April/Mai 2022, n=25-34

Die meisten befragten operativen Führungskräfte haben von dem Projekt über Leitungskräfte und die Projektleitung erfahren, sowie über verschiedene Kontakte im Arbeitsumfeld (siehe Anhang 9.2.). Um noch mehr Klarheit in Bezug auf das Projekt zu bekommen, wurden fortlaufende Information, Ausbreitung der

Teilnahme am Workshop und zusätzliche zeitliche Ressourcen genannt. Zudem wurde die Involvierung aller Beteiligten in durchgeführte Projekte von Beginn an als wünschenswert beschrieben (siehe Anhang 9.2.).

Als bisher wesentliche Schritte für die Integration von HPC in die internen Abläufe der Organisation angegeben wurden zunächst die Ausbildung der Palliativbeauftragten selbst, sowie das Pflegen eines engen Kontaktes zum Mobilen Palliativteam und anderen Systempartner*innen. Weiters leisteten den Führungskräften zufolge die HiM-Workshops und -Fortbildungen einen großen Beitrag und förderten unter anderem die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und den Abbau von Berührungängsten (siehe Anhang 9.2.).

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) (siehe Anhang 9.2.):

- Fortlaufende Fortbildungen & Informationsveranstaltungen
- Interprofessionelle Teams
- Öffentlichkeitsarbeit
- Regelmäßige Einbindung der HPC-Thematik in Teambesprechungen
- Sensibilisierung der Angehörigen
- Stärkere Vernetzung mit Systempartner*innen (Ärzt*innen, Krankenhäuser, Entlassungsmanagement, Mobile Palliativteams)
- Zusätzliche Personal-, Finanz- und Zeitressourcen

Speziell für die bessere Involvierung von Hausärzt*innen legen die operativen Führungskräfte nahe, diese stärker in den Prozess einzubinden, etwa in Teambesprechungen, und sie über neue Entwicklungen zu informieren. Auch eine Verbesserung ihrer Zeitressourcen könnte dazu beitragen, dass diese sich vermehrt über die Palliativthematik informieren könnten (siehe Anhang 9.2.).

8.4. RESÜMEE

Die befragten operativen Führungskräfte kennen die Ziele, Leistungen und Indikatoren des Projekts HiM und involvieren sich zu einem großen Teil aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care. Sie können sich dabei auf die Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wird die Informationslage und die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen. Auch beim regelmäßigen Austausch mit den Palliativbeauftragten und operativen Führungskräften in anderen Vereinen sowie der Einbindung der Hausärzt*innen gibt es noch Aufholbedarf. Mehr Vertrauen gibt es hingegen darin, dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sehen die Führungskräfte unter anderem die Pflege eines engen Kontaktes zum Mobilen Palliativteam und anderen Systempartner*innen (etwa Hausärzt*innen), die Fortführung der Workshops und Fortbildungen, sowie Sensibilisierung der Angehörigen und Öffentlichkeitsarbeit.

9. Zusammenfassung

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde in vier österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg) im Zeitraum von 2019-2022 umgesetzt. In Oberösterreich läuft das Projekt unter dem Namen HiM (Hospizkultur und Palliative Care in den Mobilien Diensten) und wurde um ein weiteres Jahr bis Ende 2023 verlängert. Ziel des Projekts war und ist es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen, Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege, Fachsozialbetreuer*in für Altenarbeit, Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur 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 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 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 HiM-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. Die Mitarbeiter*innen können besser einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist. Außerdem fühlen sich die Mitarbeiter*innen großteils sicherer und unterstützt in ihrer

Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen und wissen besser, was in Krisensituationen zu tun ist.

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. Lediglich die Vorbereitung auf Unerwartetes kam etwas zu kurz. Die Rahmenbedingungen, etwa in Bezug auf Arbeitgeber und Organisation, bewerteten die Befragten ebenfalls überwiegend positiv, wobei die Hälfte der Trainer*innen bis zur Befragung noch nicht die Möglichkeit hatte, einen Workshop abzuhalten, was unter anderem auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Diese erschwerte die Umsetzung der Workshops, hierfür abgehaltene Refresher-Workshops konnten die Trainer*innen jedoch bei der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit unterstützen. Die Möglichkeit von Schulungen für Online-Workshops wurde dagegen kaum genutzt. Jenen, die bereits einen Workshop abhalten konnten, gelang es auf die Bedürfnisse der Workshop-Teilnehmer*innen einzugehen.

Äußerst positiv war auch das Feedback der Mitarbeiter*innen, die die HiM-Workshops besuchten. Sowohl Inhalte als auch Methode und die Trainer*innen erhielten hervorragende Bewertungen. Die Inhalte waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen nicht neu, allerdings relevant und wichtig und die Workshops konnten zu einer Wissenserweiterung beitragen.

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um eine 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, 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 bereits sehr klar. Aufgaben und Ziele waren bekannt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sahen die Befragten, zentrale Ansprechpartner*in für das Thema HPC zu sein, Vernetzungsarbeit mit Systempartner*innen zu leisten, in der Koordination und Organisation unterstützend tätig zu sein und für eine Verankerung des Hospiz- und Palliative Care-Gedankens zu sorgen. Möglichkeiten zur Verbesserung sehen sie neben den zeitlichen Ressourcen in klarerer Kommunikation ihrer Tätigkeiten gegenüber anderem Personal und vermehrtem Aufbau von Verständnis durch die Organisation. Zu erwähnen ist der Workshop für operative Führungskräfte, den die Palliativbeauftragten als wichtigen Startschuss für die organisatorische Umsetzung von HPC sahen. Die Auswirkungen der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wurden als positiv wahrgenommen und in der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten herrschte Zufriedenheit. Verbesserungsbedarf bestand demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Zudem wurde vermehrte Unterstützung durch die eigene Organisation als wünschenswert genannt.

Die operativen Führungskräfte spielen eine essenzielle Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Etablierung einer Hospiz- und Palliative Care-Kultur in den Organisationen und bei der Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Es war daher essenziell, sie rechtzeitig „aufs Boot“ zu holen und ihre Unterstützung zu gewährleisten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde ihr Feedback eingeholt. Zum Zeitpunkt der Befragung kannten die operativen Führungskräfte die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiM und involvierten sich zu einem großen Teil aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care. Sie konnten sich dabei auf die Unterstützung der Geschäftsführung für die Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wurde die Informationslage und die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes

einzuteilen. Auch beim regelmäßigen Austausch mit den Palliativbeauftragten und operativen Führungskräften in anderen Vereinen sowie der Einbindung der Hausärzt*innen gab es noch Aufholbedarf. Mehr Vertrauen gab es hingegen darin, dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken würden. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sahen die Führungskräfte unter anderem die Pflege eines engen Kontaktes zum Palliativteam und anderen Systempartner*innen (etwa Hausärzt*innen), die Fortführung der Workshops und Fortbildungen sowie Sensibilisierung der Angehörigen und Öffentlichkeitsarbeit.

In Summe lässt sich festhalten, dass das Projekt HiM in Oberösterreich trotz widriger Umstände, die durch die COVID-19 Pandemie bedingt waren, sehr gut gelaufen ist. Die HiM-Workshops wurden bislang überaus positiv angenommen, was sich nicht nur in den Feedbacks widerspiegelte, sondern auch im Zuge anderer Erhebungen immer wieder betont wurde. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen sein und auch viele operativen Führungskräfte sind sich der Bedeutung des Themas bewusst und bereit dieses zu unterstützen.

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. Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen, die vielfach noch nicht zufriedenstellend läuft. Für die Etablierung einer Hospizkultur und von 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?

- Ansprechpartner für Mitarbeiter*innen
- Unterstützung bei Entscheidungsfindungen - Input
- Vernetzungsarbeit
- Fortbildung im Bereich Palliativarbeit - HiM
- Information, Beratung, Schulung
- Koordination und Organisation der HiM Workshops, bin selber auch Trainerin
- Sprechstunden
- Gestalten einer Palliativmappe für die Teams
- Langfristige Verankerung des Hospiz- und Palliative Care Gedankens in der Organisation
- Unterstützung der Teamleitungen, Mitarbeiter*innen und Projektleitung in der Umsetzung des Projektes
- Vernetzungsarbeit mit Systempartner*innen
- Multiplikator*in innerhalb der Mobilen Diensten SHG zum Thema Hospiz und Palliative Care – Neuerungen, ...
- Ansprechpartner*in für die Einsatzleitungen, Mitarbeiter*innen und Projektleitung bei themenrelevanten Neuerungen
- Kontaktperson für interne und externe Vernetzung zu den Themenschwerpunkten Hospiz und Palliative Care in den Mobilen Diensten SHG
- Proaktives Betreiben von Kooperationen und Vernetzung, als auch Weiterentwicklung der Funktion der Palliativbeauftragten
- Umsetzung der Haltung von Palliative Care in der Grundversorgung, Unterstützung der Kolleg*innen bei schwierigen Betreuungssituationen, Zusammenarbeit in der Organisation intern, Schulung der MA
- Wissen aneignen und zur Verfügung stellen
- Vernetzung
- Planung, Koordination und Organisation von diversen Tätigkeiten zum Thema in der Org.

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

- Alles klar
- Für mich ist die Rolle klar, bereichernd ist für mich der Austausch mit anderen Palliativbeauftragten im Bundesland, da hier viele Ideen generiert werden, die man selbst umsetzen kann.
- Gemeinsame Weiterentwicklung im Rahmen des Projektes
- Klare Kommunikation (insb. zu den FK)
- Klare Kommunikation über Aufgaben und Ziele und zeitliche Kapazitäten
- Offizielle Bekanntgabe der Aufgabe bzw. Person

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

- Akzeptanz der Thematik bis in die GF
- Ausreichend Zeitressourcen (insb. auch für den Austausch!)
- Über einen klar kommunizierten und gemeinsam erarbeiteten Auftrag bzw. Arbeitsfeld z.B.: Sprechstunden für Mitarbeiter 1x im Monat
- Offene Darlegung über vorhandenes Budget und wie viel wofür vorgesehen ist durch gemeinsame Besprechungen
- Offizielle Bekanntgabe meiner Person als Palliativbeauftragte und meiner Rollen bzw. Aufgabenfelder z.B.: bei einer Team Besprechung

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?

- Aufgrund der Coronapandemie hat sich sehr viel verzögert.
- Der Workshop
- Erarbeitung und Vorstellung eines Rollenbildes/Funktionsbeschreibung, Vorstellung in den Teams, dies ist meiner Meinung nach sehr wichtig. Ebenfalls wichtig die Einbindung der MA (was haben sie für Ideen, Wünsche, Sorgen, ...); "dranbleiben" am Thema ist wichtig, um wieder in Erinnerung zu rufen (Teambesprechungen) ,...
- "Inputs und Mikroschulungen bei TB's
- Monitoring von Fortbildungs- und Schulungsbedarf der MA und Abklärung mit EL
- Erheben von relevanten Themen, Wünschen und Bedürfnissen der MA
- Standards erarbeiten und unterweisen
- Literatur wird zur Verfügung gestellt bzw. freie Zugänglichkeit zu einer Liste aktueller Literaturempfehlungen im Bereich Hospizkultur und Palliative Care
- Entwicklung von Informationsmaterial, Handouts - Infofluss innerhalb der Mobilen Dienste"
- Wir stehen noch am Anfang der Ausrollung innerhalb der Organisation, es wurden jetzt auch erst die ersten MA geschult.
- Der WS für op. Führungskräfte hat Ende September stattgefunden und ist als Startschuss für die Umsetzung in der Organisation zu sehen.
- Sehr positiv war der erste Austausch auf Ebene der PB in OÖ. Die Ausrollung ist in den Organisationen unterschiedlich weit fortgeschritten. Von den bisherigen Erfahrungen profitieren alle und die Vernetzung/Zusammengearbeitet ist sehr gut, sowie inspirierend für die Umsetzung in der eigenen Organisation.
- WS für die op. FK im Sept. --> Kick Off zur Weiterarbeit

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

- Bekanntgabe der Palliativbeauftragten und deren Aufgabe
- Ich denke, es ist eine Frage der Zeit, dass sich Palliative Care auch als Gedanke festigen kann, d.h. meines Erachtens braucht es für mich momentan keine zusätzlichen Maßnahmen, sondern die Vergegenwärtigung in den TB's,,...und immer wieder transparente Information über den Verlauf/ die momentanen Projekte und Tätigkeiten.
- Klare Kommunikation, Prozesse definieren,,...
- Siehe zuvor. Diese Frage kann beantwortet werden, wenn die Verankerung in der Organisation weiter fortgeschritten ist. Bisher ist viel Zeit in Vorbereitungsarbeiten geflossen und die nächsten Schritte sind klar.
- Zeitressourcen dafür schaffen

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

- DANKE, dass dieses Projekt gestartet wurde, ich glaube, es ist SEHR wichtig, diese Haltung auch in der Grundversorgung gut zu verankern, einerseits, um Sterben zu Hause zu ermöglichen und andererseits um die spezialisierte Versorgung zu entlasten.
- Es ist eine sehr wertvolle Rolle.

10.2. BEFRAGUNG OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE – ANTWORTEN AUF OFFENEN FRAGEN

Wie haben Sie von dem Projekt erfahren?

- Ausschreibungen der Trainer*innen und Leitung MPD
- Bei einem Einsatzleitungsteam
- Bin selber im Projekt involviert
- Durch das Kompetenzmanagement unserer Organisation
- Durch den Arbeitgeber
- Durch die Pflegebeauftragte
- Durch Informationen per Mail und Vivendi Nachrichten von Gebietsleitung
- Durch meinen Arbeitgeber
- Durch meine Vorgesetzte
- Durch meine Vorgesetzten
- Durch unsere Organisation
- Fachlichen Leitung
- HiM Workshop wurde angeboten, ich habe ihn besucht
- Ich habe im Rahmen meiner Tätigkeit von diesem Projekt erfahren
- Im Zuge einer Besprechung mit der fachlichen Leitung unserer Firma.
- Information bei einer Besprechung, Startveranstaltung
- Information durch RK-Landesverband erhalten
- Leitung
- PDL Tagung
- Projektleitungen
- Über Organisation, Infoveranstaltung
- Von der Bereichsleitung
- Von Pflegedienstleitung
- Über meine Pflegedienstleitung
- Über meine Vorgesetzte
- Über die Landespflegedienstleitung und die Palliativbeauftragte
- Von den HIM Projektverantwortlichen in der Organisation

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

- alles bestens, man bekommt von der zuständigen Palliativbeauftragten immer alle Infos
- Bevor Projekte gestartet werden, sollten alle beteiligten Involviert werden
- Das alle den Workshop besuchen
- Endlich einmal Zeit und keine Zwischenfälle mehr damit ich die HIM-Schulung auch einmal besuchen kann.
- Es wurde sehr gut aufgeklärt und vorgestellt
- Evaluierungen der Feedbackbögen mit den Führungskräften

- Ev. Folder mit kurzer Zusammenfassung
- Fortlaufende Infos
- Führen laufend Informationen durch. Teamarbeit.
- In den Teamsitzungen Mitarbeiter ständig informieren
- Laufende Information diverser Umsetzungsschritte zusätzlich zu den Mitarbeiter*innenschulungen
- Laufende Info über aktuellen Stand, konkrete Implementierung und Vorschau auf Regelbetrieb.
- Laufende Informationen über den aktuellen Stand des Projekts, sowie der praktischen Umsetzung
- Nicht nötig
- Weitere Info-Veranstaltung über IST-Stand

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?

- Ausbildung der HIM Beauftragen, Start mit den HIM Schulungen der Mitarbeiter*innen.
- Bewusstseinsbildung - Workshops für die Mitarbeiter*innen
- Die Schulung möglichst vieler Mitarbeiter*innen
- Die Workshops sind perfekt
- Einladung einer Mitarbeiterin von Palliativ Care und mobile Hospiz in eine Teambesprechung.
- Es besteht schon seit längerem Kontakt mit einem Palliativteam, hierzu gibt es bereits regelmäßige Quartalstreffen- involviert sind Rotes Kreuz (Mobiles Palliativ Team und Hospiz Team), Palliativstation, Onkologie, andere Organisationen des Mobilen Diensts, SHV, KBP sowie den Ärzt*innen. Wir als Team (insbesondere meine DGKP) stehen im engen Kontakt mit dem Mobilen Palliativteam und der Palliativstation.
- Es haben schon viele MA*innen den WS besucht
- Es ist sehr schwierig im mobilen Bereich. Viele Angehörige sind mit den Situationen überfordert - Klienten kommen oft ins KH - versterben dort
- Fallbesprechungen im Team bei Dienstbesprechungen im Rahmen des gesamten Teams insbes. mit Hauskrankenpflege.
- Fortbildungen
- Fortbildung der Mitarbeiter*innen in allen Sparten zum besseren Umgang und Erlangen von mehr Sicherheit bei der Betreuung von Palliativpatienten.
- Für mich war der Workshop für die Führungskräfte sehr informativ. Ausschlaggebend ist natürlich die progressive Umsetzung der WS für die Mitarbeiter*innen, welche jeweils mit einem sehr positiven Feedback zurückkommen. Die Aufteilung der Aufgaben in Palliativbeauftragte durch die Projektleitung finde ich ebenfalls sehr zielführend.
- HIM Projekt, Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen
- Hospiz und Palliative Care ist bereits lange integriert, durch das Projekt erhoffe ich eine Unterstützung für die Mitarbeiter*innen (Berührungängste abbauen, Nachschlagewerk diverser regionaler Angebote, ...)
- Laufende Info und HIM Schulungen
- Schulung alle Mitarbeiter--> wenn es möglich gewesen wäre (Personalmangel)
- Sensibilisierung der MA, HIM-Workshop ist guter Einstieg bzw. Auffrischung des Themas
- Wir haben eine eigene Hospizgruppe im Bezirk
- Weil Patient*innen zuhause sterben möchten wurden wir tätig und aktiv. Es gibt sehr viele und immer mehr Palliativpatient*innen.
- Weiterbildungen (allerdings begrenzt)
- Zusammenarbeit mit Hospiz und Palliativteam.

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

- Ärzt*innen, Koordinator*innen KH, Entlassungsmanagement, Palliativteams müssten informiert werden und je Region vernetzt werden.
- Ausreichend Ressourcen, laufende Weiterbildung, Palliativbeauftragte auf kleinere Strukturen herunterbrechen.
- Bei uns im Team ist es schon sehr gut integriert.
- Bereitstellung von Ressourcen durch Genehmigung von zusätzlichen Leistungsstunden vom SHV.
- Durch kleine Teams bestehend aus allen Professionen. Zusammenarbeit mit Hausärzten. Angehörigenarbeit. Vernetzungsarbeit
- Es wäre hilfreich, wenn der dafür notwendige Zeitaufwand berücksichtigt werden würde.
- Fortlaufende Fortbildungen, Inputs bzw. Infoveranstaltungen. Die MA müssen immer wieder an die Integration erinnert werden, ist als Führungskraft schwierig, da auch noch dran zu bleiben.
- Immer wieder Auffrischung der Thematik
- Indem Ressourcen geschaffen werden; alle Beteiligten im Pflege- und Betreuungsprozess mit eingebunden werden; Hausärzte ebenfalls entsprechend beteiligt sind,...
- Mehr Personal--> dann mehr Schulungen --> dann leichtere bessere Integration
- Mehr Personal und mehr Zeitressourcen
- Mehr Zeit und Personal
- Personalproblem
- Schulungsangebote für die Mitarbeiter - Auch in den zukünftigen Jahren. Vor allem neue Mitarbeiter sollen auch die Möglichkeit zur Schulung haben.
- Wir arbeiten daran
- Wir brauchen mehr Zeitressourcen
- wenn ausreichend Zeit- und Personalressourcen vorhanden wären
- Unsere Hospizgruppe ist sehr gut integriert
- Zeit für Schulungen, genug Personal damit MA auf die Schulung gehen können.

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

- Austauschrunden
- Bereitstellung von Ressourcen
- Es muss geübt werden
- Follow- ups, Ausfinanzierung der Palliativgruppen/Ausbildungen
- Immer wieder auffrischen
- HiM Schulung trägt sicher dazu bei. Das Thema muss mit laufenden Angeboten (FB, Austausch) im Bewusstsein bleiben. Ein Teil davon soll in den Pflegeteams passieren.
- Laufende Schulungen
- Laufende Teambesprechungen, Vernetzungsarbeit, Fortbildungen
- Mehr Personal- und Zeitressourcen schaffen, Ärzte mit einbeziehen
- Mehr Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit
- Mehr Zeit und Personal
- Nach Schulung aller MA, regelmäßig in Teambesprechungen einbinden, um das HIM Projekt am Leben zu halten. Dabei würden die HIM Beauftragten Mitarbeiter Besprechungszeit bekommen.
- Regionale Vernetzungen
- Sensibilisierung auch der Angehörigen, dem Thema in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit schenken, mehr Zeit haben können bei palliativen Klient*innen
- So viele Mitarbeiter*innen wie möglich schulen
- Wir leben es bereits

- Wie gesagt: Mehr Personal--> dann mehr Schulungen --> dann funktioniert das auch im tgl. TUN

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

- Ärzt*innen fragen!
- Der Kontakt mit meinen HKP und den Hausärzten sowie mit Ärzten/DGKP im stationären Bereich läuft gut
- Derzeit noch nicht involviert
- Durch Information und Zeitressourcen
- Gemeinsame Besprechungen wären sinnvoll, Fallbesprechungen übergreifend für alle Beteiligten der Betreuung
- In dem man auch ihnen genug Zeit verschafft um sich mit dem Thema zu befassen.
- Information der Hausärzte von der Projektleitung.
- Keine Ahnung
- Wenn sie mehr Zeit hätten
- Wir fragen uns die in Bezug auf die "gewöhnliche" Versorgung ständig, daher bin ich hierzu überfragt, Jedoch für jegliche Anregung offen.
- Wir laden sie zu uns ins Team ein und besprechen Probleme und suchen gemeinsam Lösungen um immer am best möglichen Stand zu sein. Verbesserungsvorschläge um die Arbeit zu erleichtern.
- Zusammenarbeit mit Hausarzt*innen leider sehr schwierig, ihnen im NSM das Projekt vorstellen
- ??

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

- Die Mitarbeiter*innen sind super begeistert von den Workshops...unbedingt weiter machen!!!!!!
- Ein tolles Projekt, welches ich zu 100% unterstütze.
- Es wäre von Vorteil gewesen, bevor das Projekt gestartet ist, sich mit den operativen Führungskräften auszutauschen, ob ein solches Projekt überhaupt notwendig gewesen wäre. Ich kann nur von meinem Team sprechen, dass wir (den Grundgedanken des HIM Projektes) bereits in unserem Team bereits ausleben und praktizieren.
- Für Angehörige und Klient*innen wäre es gut, wenn es eine Anlaufstelle gäbe wo man sich informieren kann, Beratungsgespräche unkompliziert in Anspruch zu nehmen, bessere Vernetzung aller möglichen Unterstützungen im Palliativbereich
- Ich halte es für ein sehr sinnvolles Projekt, bereits geschulte Mitarbeiter*innen sind sensibilisiert und erhalten einen guten Blick dafür. Unbedingt weitermachen!
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigeninformation und Aufklärung der Angehörigen schon im Spital. Angehörige sind überfordert, weil sie nicht wissen was auf sie zukommt. Seelsorge im Alltag. Pfarrämter einbeziehen.
- Sehr wichtiges Projekt, der Vorsorgedialog sollte so rasch wie möglich geschult und umgesetzt werden und die Zeitressourcen dafür bereitgestellt werden, sowie die Formulare dazu entwickelt werden

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