

Eva More-Hollerweger, Selma Sprajcer, Sebastian Sacher

Evaluation des Projekts „Haus- krankenpflege im Zentrum“

Endbericht für Vorarlberg

Jänner 2023

WU
WIRTSCHAFTS
UNIVERSITÄT
WIEN VIENNA
UNIVERSITY OF
ECONOMICS
AND BUSINESS



 **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**

Inhalt

1.	Executive Summary	1
2.	Hintergrund der Studie	4
2.1.	HiZ - „Hauskrankenpflege im Zentrum“ – Projekt in vier Bundesländern	4
2.2.	Teilprojekt „HPC zuhause“ in Vorarlberg	5
3.	Evaluationsdesign	7
4.	Befragung der Mitarbeiter*innen.....	8
4.1.	Einleitung und Fragestellung	8
4.2.	Methodische Herangehensweise	8
4.3.	Ergebnisse.....	9
4.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	9
4.3.2.	Deskriptiver Vergleich Baseline- und Folgerhebung.....	10
4.3.3.	Signifikanztests Panel-Stichprobe	12
4.3.4.	Signifikanztests unabhängige Stichprobe (Trenddesign).....	13
4.3.5.	Einschätzung der Wirkungen von „HPC zuhause“ durch die Mitarbeiter*innen.....	14
4.4.	Resümee	15
5.	Befragung Workshop-Teilnehmer*innen	17
5.1.	Einleitung und Fragestellung	17
5.2.	Methodische Herangehensweise	17
5.3.	Ergebnisse.....	17
5.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	17
5.3.2.	Feedback.....	18
5.4.	Resümee	21
6.	Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation.....	22
6.1.	Einleitung und Fragestellung	22
6.2.	Methodische Herangehensweise	22
6.3.	Ergebnisse.....	22
6.4.	Resümee	25
7.	Befragung der operativen Führungskräfte Frühjahr 2022 - Prozessevaluation.....	26
7.1.	Einleitung und Fragestellung	26
7.2.	Methodische Herangehensweise	26
7.3.	Ergebnisse.....	26

7.4.	Resümee	28
8.	Zusammenfassung und Gesamtresümee	29
9.	Anhang	32
9.1.	Befragung Palliativbeauftragte - Antworten auf offene Fragen	32
9.2.	Befragung operative Führungskräfte – Antworten auf offenen Fragen	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsdesign.....	7
Abbildung 2: Mitarbeiter*innen: Vergleich - Gesamtstichprobe.....	11
Abbildung 3: Mitarbeiter*innen: Signifikante Veränderung bei Panelvergleich	13
Abbildung 4: Mitarbeiter*innen: Signifikante Veränderung bei Querschnittsvergleich	14
Abbildung 5: Mitarbeiter*innen: Einschätzung der Wirkungen von „HPC zuhause“	15
Abbildung 6: WS-Teilnehmer*innen: Berufsgruppe.....	18
Abbildung 7: WS-Teilnehmer*innen: Anteil Führungskräfte	18
Abbildung 8: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Inhalten.....	19
Abbildung 9: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zum Nutzen.....	19
Abbildung 10: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zur Methode	20
Abbildung 11: WS-Teilnehmer*innen: Feedback zu den Trainer*innen	20
Abbildung 12: WS-Teilnehmer*innen: gewünschte Themen zu HPC in zukünftigen Veranstaltungen	21
Abbildung 13: Palliativbeauftragte: Rolle, Ressourcen und Unterstützung - Vorarlberg	23
Abbildung 14: Palliativbeauftragte: Workshop und Zusammenarbeit (nur in Vorarlberg gefragt).....	24
Abbildung 15: operative Führungskräfte: Information – Einbindung - Unterstützung	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe Baseline- und Folgerhebung	9
Tabelle 2: Befragung der Mitarbeiter*innen von „HPC zuhause“, Vergleich Baseline und Folgerhebung Panelstichprobe – Signifikanzauswertung anhand Wilcoxon-Test (abhängige Stichprobe).....	12
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).....	13

1. Executive Summary

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde in vier österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg) im Zeitraum von 2019-2022 umgesetzt. Ziel des Projekts war es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur in den Trägerorganisationen und Krankenpflegevereinen zu entwickeln, wurden verschiedene Maßnahmen gesetzt. Das waren in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Oberösterreich die dreitägigen Workshops für das Pflege- und Betreuungspersonal, außerdem wurden Palliativbeauftragte und –gruppen eingeführt, Arbeitstreffen mit den operativen Führungskräften sowie mit zentralen externen Stakeholdern wie den Haus*ärztinnen, den mobilen Palliativteams abgehalten und ablauforganisatorische Veränderungen vorgenommen (z.B. vorausschauende Planung, Dokumentation). In Vorarlberg wurde aufgrund der anderen Ausgangssituation (keine großen Träger sondern viele kleine bis mittlere Krankenpflegevereine, Hospiz und Palliative Care ist schon länger Thema in den Krankenpflegevereinen, es gibt wesentlich mehr DGKP und mehr Mitarbeiter*innen haben bereits umfassende HPC Fortbildungen gemacht) ein eigenes Umsetzungskonzept entwickelt. Ein wichtiges Ziel war u.a. die Qualität der Krankenpflegevereine zu HPC auf ein ähnliches Niveau zu heben. In jedem Krankenpflegeverein wurde die Rolle der*des Palliativbeauftragten geschaffen. Für die Palliativbeauftragten, die bereits einen Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care absolviert haben mussten, wurde ein eigenes dreitägiges Curriculum erstellt und umgesetzt. Ein Beirat wurde installiert wo wichtige Stakeholder vertreten sind. Wesentliche Maßnahmen der Vernetzung und der Verbesserung der Zusammenarbeit z.B. mit den Hausärzt*innen, den mobilen Palliativteams etc. wurden gesetzt. Im Rahmen von HiZ wurden die Trägerorganisationen und Krankenpflegevereine bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung dieser Maßnahmen in vielfacher Weise unterstützt. Besonders wichtig war die bundesländerübergreifende Vernetzung sowie der Wissensaustausch und -transfer.

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

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 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. Die Befragung der Mitarbeiter*innen bestätigte bei der Baseline-Erhebung die im Vergleich zu den anderen Bundesländern bereits gut etablierte Hospizkultur. Signifikant verbessert hat sich im Zuge des Projekts beim Panelvergleich die Verfügbarkeit und das Aufliegen der vorausschauenden Planung bei den Patient*innen. Die sogenannte „gelbe Mappe“ wurde auch bei anderen Befragungen mehrfach positiv hervorgehoben. Verschlechtert hat sich im Querschnittvergleich hingegen die Möglichkeit zuhause zu versterben, wenn es von den Patient*innen gewünscht war, was allerdings möglicherweise auch auf die COVID-19 Pandemie zurückgeführt werden kann. Außerdem ist das Thema Palliative Care und Hospiz noch sichtbarer geworden und die Mitarbeiter*innen können sich in schwierigen Situationen an die Palliativbeauftragten wenden.

Das Feedback der Workshopteilnehmer*innen (in Vorarlberg waren das die Palliativbeauftragten) 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. Die Mehrheit der befragten Palliativbeauftragten sah den Workshop als eine hilfreiche Unterstützung für ihre Tätigkeit und geben an, dass die Entwicklung der Weiterarbeit an inhaltlichen Themen ihren Vorstellungen als Palliativbeauftragten entspricht. Für knapp drei Viertel der Befragten (73%) ermöglichte der Workshop Vernetzung mit anderen Palliativbeauftragten.

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen nachhaltig zu etablieren. Die Aufgabe der Palliativbeauftragten ist es, das Thema in den eigenen Organisationen/Krankenpflegevereinen zu verbreiten und als Ansprechperson für die Mitarbeiter*innen in Bezug auf Hospiz und Palliative Care zur Verfügung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Funktion und die Rolle der Palliativbeauftragten wurde im Rahmen des Projekts erarbeitet, um diese möglichst gut an die jeweiligen Gegebenheiten in den Organisationen anzupassen. Gleichzeitig war es wichtig, die Palliativbeauftragten zu vernetzen und durch begleitendes Coaching zu stärken, um diese gut für die neuen Aufgaben zu rüsten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde eine Online-Erhebung durchgeführt. Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten war zum Zeitpunkt der Befragung bereits sehr klar. Aufgaben und Ziele waren bekannt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sahen die Befragten die gute Versorgung der Patient*innen, den Austausch zwischen den beteiligten Systempartner*innen, die dafür notwendigen koordinierenden Tätigkeiten und die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für das Thema HPC. Möglichkeiten zur Verbesserung sahen sie neben den zeitlichen Ressourcen beim vermehrten Aufbau von Verständnis und Unterstützung durch den Verein. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrschte Zufriedenheit, letztere kannten auch die Rolle und Aufgabe der Palliativbeauftragten. Verbesserungsbedarf bestand demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Die Teilnahme am HPC-Workshop war eine positive Erfahrung und half den Palliativbeauftragten sich untereinander zu vernetzen.

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 „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 HiZ-Projekts. Die Führungskräfte involvierten sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und hatten Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegten den Austausch mit den Palliativbeauftragten und konnten sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wurden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sahen sie die Erweiterung der laufenden Informationsvermittlung an alle Systempartner*innen,

die Verstärkung des interdisziplinären Austausches, die stärkere Involvierung der Hausärzt*innen, und die Fortführung von Erfolgskonzepten wie dem vereinheitlichten Krisen- und Notfallplan („gelbe Mappe“).

In Summe lässt sich festhalten, dass die Ausgangssituation in Vorarlberg besser als in den anderen Bundesländern war. Hospizkultur und Palliative Care waren bereits bei Projektbeginn vorhanden. Die Qualität der Hauskrankenpflege war in Vorarlberg bereits zu Beginn besser als in den anderen Bundesländern. Allerdings war den Verantwortlichen bewusst, dass manche Krankenpflegevereine eine hohe und andere eine weniger hohe Qualität bezüglich des Themas Hospizkultur und Palliative Care hatten. Es war ein wichtiges Ziel, es allen Krankenpflegevereinen zu ermöglichen, auf ein ähnlich hohes Niveau zu kommen. Dies ist durch die Einführung z.B. der Palliativbeauftragten, der gelben Mappe etc. in allen Krankenpflegevereinen sehr gut realisiert worden. **Trotz der bereits besseren Ausgangssituation konnten weitere Verbesserungen erzielt werden, trotz der schwierigen Umstände, die durch die COVID-19 Pandemie bedingt waren. Die Workshops für die Palliativbeauftragten aller Krankenpflegevereine wurden überaus positiv angenommen. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen zu sein und die operativen Führungskräfte sind sich der Bedeutung des Themas bewusst und bereit, dieses zu unterstützen.**

Das größte Hindernis bei der Umsetzung stellt(e) auch in Vorarlberg die Knappheit der zeitlichen Ressourcen bei den Mitarbeiter*innen dar, insbesondere bei den Palliativbeauftragten, aber auch bei den Ärzt*innen. Diese wurde durch die COVID-19 Situation noch einmal verschärft und angesichts des generellen Personalmangels wird dies in Zukunft weiterhin ein wichtiges Thema sein. Ein besserer Informationsaustausch mit den Hausärzt*innen ist ebenfalls ein Ziel, an welchem künftig noch weitergearbeitet werden sollte.

2. Hintergrund 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 Bundesländer, nämlich Kärnten, Oberösterreich, die Steiermark und Vorarlberg, beteiligten sich an HiZ. Ziel beider Projekte war es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollen die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden.

Das Projekt startete im Jänner 2019 und war ursprünglich auf eine Laufzeit von drei Jahren ausgerichtet. Zu Beginn des zweiten Projektjahres, Anfang 2020, hat jedoch die COVID-19-Pandemie Österreich erreicht. Der Bereich der Pflege und Betreuung war davon in besonderem Maße betroffen, da es sich bei den Patient*innen um eine besonders vulnerable und schützenswerte Bevölkerungsgruppe handelt. Für HiZ hatte dies mehrfache Konsequenzen. Zum einen konnten die dreitägigen Workshops für die Mitarbeiter*innen längere Zeit nicht umgesetzt werden. Zum anderen wurden die diversen Vernetzungstreffen zunächst verschoben, dann aber auf Online-Formate umgestellt, um das Projekt nicht vollkommen zum Erliegen zu bringen. Selbst für den Workshop wurde eine Online-Version erstellt und ausprobiert. Schließlich wurde die Projektlaufzeit um ein Jahr verlängert und endete im Dezember 2022. In Oberösterreich wird HiZ um ein weiteres Jahr 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 Pilot 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 ein eigenes Umsetzungskonzept entwickelt wurde. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern gibt es in Vorarlberg keine großen Träger, sondern viele kleine bis mittlere Krankenpflegevereine und Hospiz und Palliative Care ist schon länger Thema in den Krankenpflegevereinen. Es gibt wesentlich mehr DGKP und mehr Mitarbeiter*innen haben bereits umfassende HPC Fortbildungen gemacht. In Vorarlberg war es daher u.a. ein wichtiges Ziel, die Qualität der Krankenpflegevereine zu HPC auf ein ähnliches Niveau zu heben. In jedem Krankenpflegeverein wurde die Rolle der*des Palliativbeauftragten geschaffen. Für die Palliativbeauftragten, die bereits

einen Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care haben mussten, wurde ein eigenes dreitägiges Curriculum erstellt und umgesetzt. Ein Beirat wurde installiert, wo wichtige Stakeholder vertreten sind. Wesentliche Maßnahmen der Vernetzung und der Verbesserung der Zusammenarbeit z.B. mit den Hausärzt*innen, den mobilen Palliativteams etc. wurden gesetzt.

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.
7. Ergebnissicherung
8. Presseaktivitäten und Webpage, Austauschplattform
9. Evaluierung

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

- Die Entwicklung von Zielen, Leistungen und Indikatoren,
- die Entwicklung eines eigenen Curriculums für die Palliativbeauftragten der Stützpunkte in Vorarlberg,
- die Umsetzung des Curriculums in entsprechenden Schulungsmaßnahmen für die Betreuenden (DKGS, Pflegeassistent*innen, Heimhilfe),
- strukturelle Maßnahmen, insbesondere die Einführung von Palliativbeauftragten und -gruppen und
- ablauforganisatorische Veränderungen (vorausschauende Planung, VSD Vorsorgedialog® Dokumentation, gelbe Mappe etc.

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

2.2. TEILPROJEKT „HPC ZUHAUSE“ IN VORARLBERG

Die Organisation der mobilen Pflege unterscheidet sich in Vorarlberg weitgehend von anderen Bundesländern. Zum einen gibt es strukturelle Unterschiede. Statt großer Trägerorganisationen sind dort 48 kleinstrukturierte Krankenpflegevereine aktiv, die sich mit rund 340 Mitarbeiter*innen an dem Projekt beteiligten. Weiters gibt es das Betreuungs- und Pflegenetz mit verschiedenen Organisationen, die unterstützend tätig sind¹. An HiZ unmittelbar beteiligt waren der Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg und die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege.

In den Krankenpflegevereinen sind fast ausschließlich diplomierte Pflegekräfte beschäftigt. Ein zu den anderen Bundesländern vergleichsweise sehr hoher Prozentsatz hat bereits irgendeine Aus- oder Weiterbildung zum Thema Hospiz und Palliative Care (siehe Kapitel 4.3.1). Die Baseline-Erhebung, in der die Ausgangssituation bei den Mitarbeiter*innen befragt wurde, zeigte sich, dass Hospiz und Palliative Care in Vorarlberg in der mobilen Pflege und Betreuung zuhause bereits weit besser etabliert ist als in den anderen Bundesländern. Beispielsweise gaben 95% der Vorarlberger Mitarbeiter*innen an, dass der Tod und das Versterben von Patient*innen fast immer oder meistens in den Teambesprechungen thematisiert wird, im

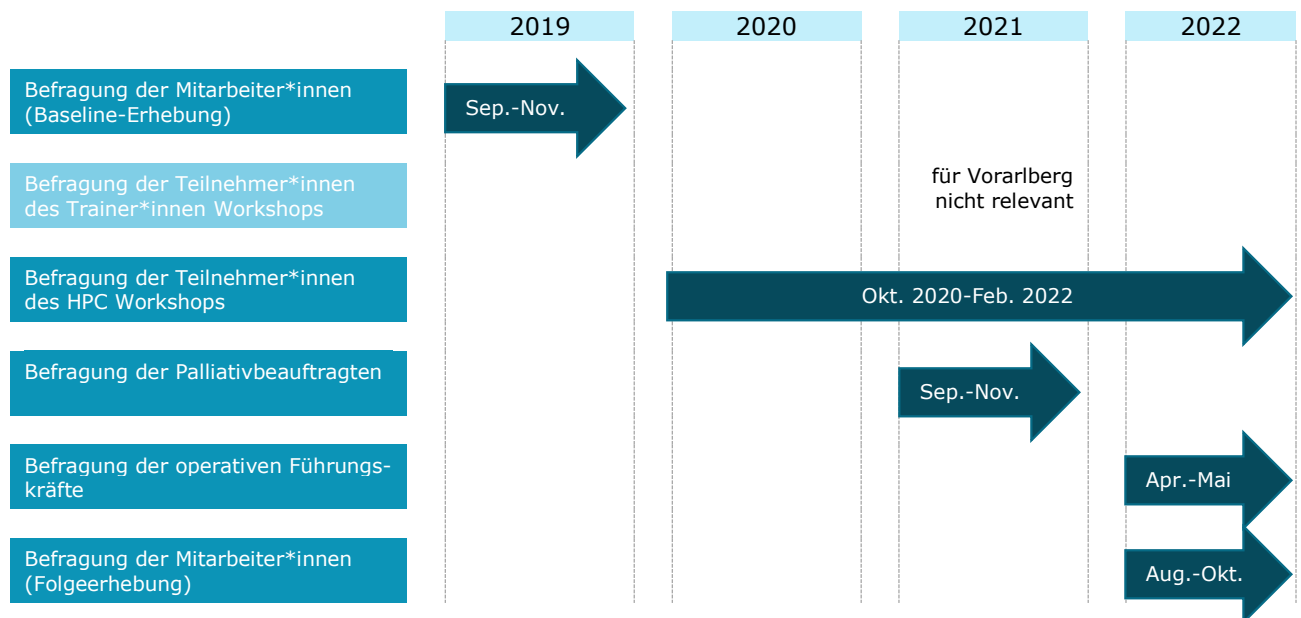
¹ <https://www.vorarlberg.care/betreuungs-und-pflegenetz/>, zuletzt abgerufen am 28.12.2022

Durchschnitt über alle vier Bundesländer (inkl. Vorarlberg) stimmten dieser Aussage nur 49% der Mitarbeiter*innen zu. Weiters stimmten 98% der Befragten in Vorarlberg zu, dass Patient*innen meist zuhause versterben konnten, wenn das ihr Wunsch war. Der Durchschnitt über alle vier Bundesländer lag hier bei 58%. Immerhin 57% der Befragten gaben zu Beginn des Projekts an, dass es eine vorausschauende Planung gibt für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt. Aus diesem Grund wich das Workshop-Format in Vorarlberg von den anderen Bundesländern ab. Hier wurde der Fokus auf die Palliativbeauftragten gelegt und ein eigenes Workshop-Format für diese entwickelt. Im Zeitraum von Oktober 2020 und Februar 2022 wurden in Vorarlberg vier Workshops mit insgesamt 60 Teilnehmer*innen durchgeführt. Aufgrund des eigenen Formats beteiligte sich Vorarlberg nicht an der bundesländerübergreifenden Ausbildung der Trainer*innen.

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 Rahmen 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 Hospiz und Palliative Care in der eigenen Organisation befragt. Diese Befragung wurde im Rahmen der 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 und die operativen Führungskräfte online befragt. Da das Projektteam in Vorarlberg ein eigenes Workshop-Format entwickelte, welches von einer Trainerin implementiert wurde, wurde die Befragung der Trainer*innen hier nicht eingesetzt. Details zur Methodik und den Fragestellungen der einzelnen Erhebungsformate sind bei den jeweiligen Unterkapiteln beschrieben.

4. Befragung der Mitarbeiter*innen

4.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

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

Haben die Schulungen sowie die begleitenden Maßnahmen im Rahmen des Projekts dazu beigetragen, dass Hospiz 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 Projekts gefragt.

4.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

In Vorarlberg wurde die Befragung sowohl bei der Baseline- als auch bei der Folgerhebung als Online-Erhebung durchgeführt. Ziel war es zumindest 30% der Mitarbeiter*innen zu erreichen. Dies gelang bei der Baseline-Erhebung nahezu, es nahmen 96 Mitarbeiter*innen teil (29%). Bei der Folgerhebung konnten trotz mehrfacher Erinnerung lediglich 66 Mitarbeiter*innen erreicht werden.

Der Fragebogen enthielt fast ausschließlich geschlossene Fragen. Kernstück waren Ratingskalen, die abfragten, inwieweit verschiedene Merkmale von Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen bereits etabliert sind. Außerdem wurden einige soziodemographischen Daten abgefragt. Die Teilnehmer*innen wurden gebeten, am Ende des Fragebogens einen Pseudonymisierungscode auszufüllen². Dies erlaubt es, die Fragebögen der beiden Erhebungszeitpunkte einer Person zuzuordnen, bei weitgehender Einhaltung der Anonymität. Man kann also beobachten, wie sich das Antwortverhalten einer Person zwischen Baseline- und Folgebefragung verändert (Längsschnittanalyse). In Vorarlberg konnten 17 sogenannte Panelpaare identifiziert werden. Alle anderen Daten wurden im Querschnitt verglichen. Hier sind die Stichproben der beiden Erhebungszeitpunkte nicht ident, Veränderungen könnten damit auch durch eine unterschiedliche

² Dieser Code setzt sich aus einzelnen Zahlen und Buchstaben aus persönlichen Daten, die sich nicht verändern (Namen, Geburtsdatum etc.) zusammen.

Zusammensetzung der Stichproben begründet sein. Die Panelauswertung ist demnach genauer, allerdings ist die Anzahl der beobachteten Fälle sehr gering.

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

4.3. ERGEBNISSE

4.3.1. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 1 beschreibt die Stichprobe für beide Erhebung. Bei beiden sind 95% der Befragten weiblich. Etwa die Hälfte sind älter als 51 Jahre. Nahezu alle Teilnehmer*innen sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, nur 5%(Baseline) bzw. 2% (Folgeerhebung) sind Pflegeassistent*innen. Zirka zwei Drittel der Befragten arbeiten bereits länger als sechs Jahre bei der Organisation. Etwa 10% sind nicht in Österreich geboren. In beiden Stichproben haben nur 21% noch keine Aus- und Weiterbildung zum Thema Palliative Care und Hospiz gemacht. Bei der Baseline- Erhebung haben 32%, bei der Folgeerhebung 47% der Befragten den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care gemacht. Da die Stichprobe bei der Folgeerhebung kleiner war entspricht das in Absolutwerten der nahezu gleichen Anzahl von 30 bzw. 31 Personen.

TABELLE 1: BESCHREIBUNG DER STICHPROBE BASELINE- UND FOLGEERHEBUNG

	Baseline-Erhebung (2019) (n=85-94)	Folgeerhebung (2022) (n=59-66)
Geschlecht:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 95% ▪ männlich: 5% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weiblich: 95% ▪ männlich: 5%
Alter:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 8% ▪ 36-50 Jahre: 42% ▪ Ab 51 Jahre: 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 35 Jahre: 6% ▪ 36-50 Jahre: 44% ▪ Ab 51 Jahre: 49%
Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 95% ▪ Pflegeassistent*in: 5% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGKP: 98% ▪ Pflegeassistent*in: 2%
Betriebszugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 4% ▪ 1 Jahr und 5 Jahren: 24% ▪ 6 und 15 Jahren: 40% ▪ mehr als 15 Jahre: 32% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als 1 Jahr: 5% ▪ 1 Jahr und 5 Jahren: 29% ▪ 6 und 15 Jahren: 30% ▪ mehr als 15 Jahre: 37%
Geburtsland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: 91% ▪ Anderes Land: 9% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: 89% ▪ Anderes Land: 11%
Aus- und Weiterbildung zum Thema Palliative Care und Hospiz (Mehrfachnennungen möglich)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 32% ▪ Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 10% ▪ andere Seminare/Kurse/ Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 61% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care: 47% ▪ Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung: 8% ▪ andere Seminare/Kurse/ Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit: 55%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, keine: 21% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, keine: 21%
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: 76% ▪ Ehrenamtliches Hospizteam: 30% ▪ Rettungsdienst: 9% ▪ mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 20% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiles Palliativteam: 76% ▪ Ehrenamtliches Hospizteam: 32% ▪ Rettungsdienst: 9% ▪ mit keinem der Dienste regelmäßig Kontakt: 17%
Haben Sie bereits am dreitägigen Workshop HPC Mobil teilgenommen?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja: 62,5% ▪ Nein: 37,5%
Gibt es in Ihrer Organisation bereits Palliativbeauftragte?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja: 93,8% ▪ Nein: 4,7% ▪ Weiß nicht: 1,6%

Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung

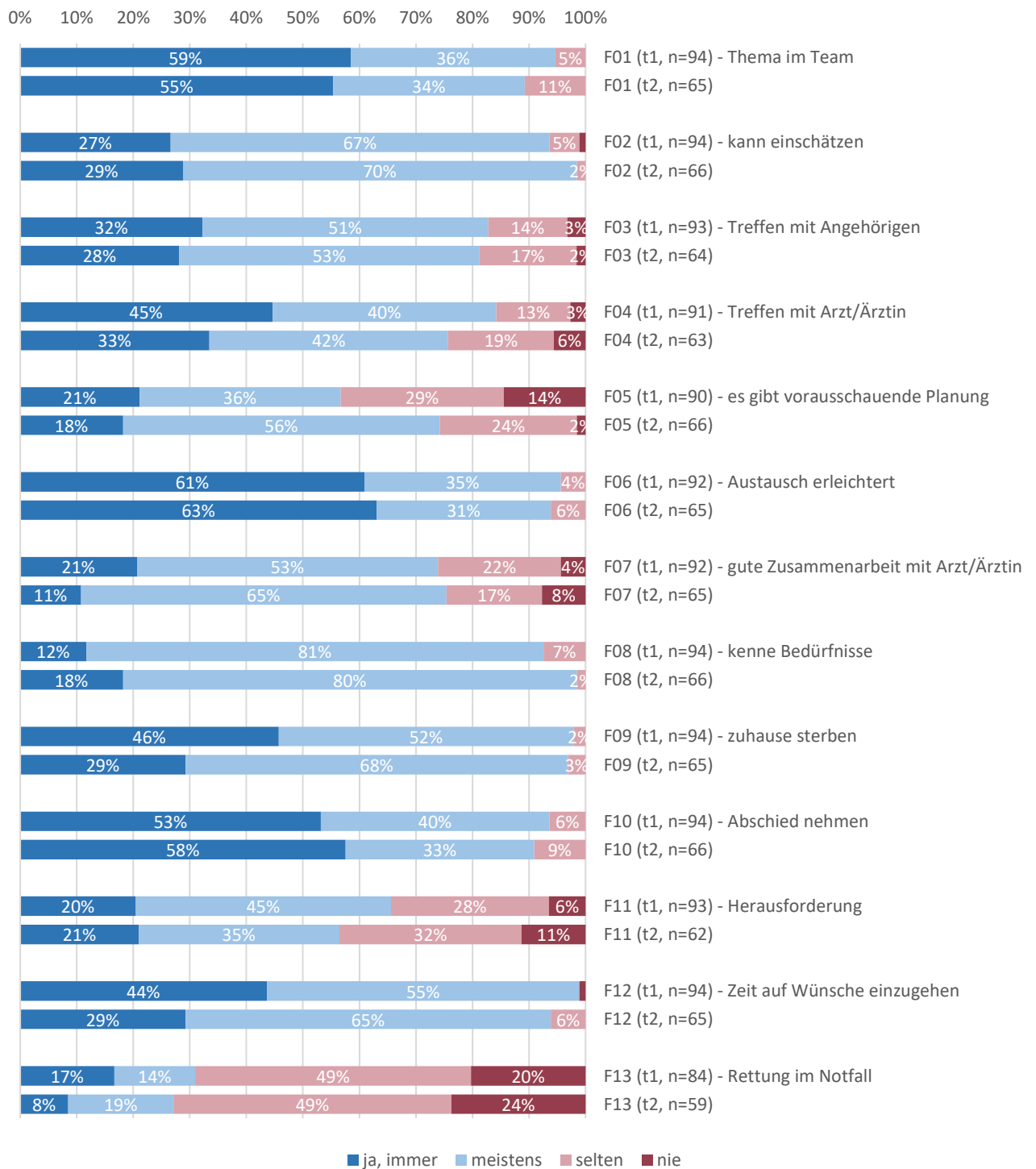
Bei der Folgerhebung gaben 62,5% an, dass sie bereits am HPC Mobil Workshop teilgenommen haben. Knapp 94% bejahten die Frage, ob es bereits Palliativbeauftragte gäbe.

4.3.2. Deskriptiver Vergleich Baseline- und Folgerhebung

In Abbildung 3 sind die Ergebnisse der beiden Befragungen ausgewiesen. Es zeigt sich, dass die Aussagen bei der zweiten Erhebung tendenziell eher weniger Zustimmung erhielten. Die Aussage F02 (Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.) wurde in der Folgerhebung prozentuell von mehr Befragten als zutreffend bewertet als in der Baseline-Erhebung sowie die Aussage F08 (Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation“). Tendenziell weniger Personen stimmten den Aussagen F11 („Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.“) und 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 aufgrund der Formulierung positiv interpretiert werden könnte.

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.

ABBILDUNG 2: MITARBEITER*INNEN: VERGLEICH - GESAMTSTICHPROBE



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

4.3.3. Signifikanztests Panel-Stichprobe

Die Signifikanztests zeigen bei einer Aussage einen signifikanten Unterschied. Mehr Pflege- und Betreuungspersonen stimmten bei der Folgerhebung der Aussage F05 („Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.“) zu (siehe Abbildung 3). Alle anderen Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

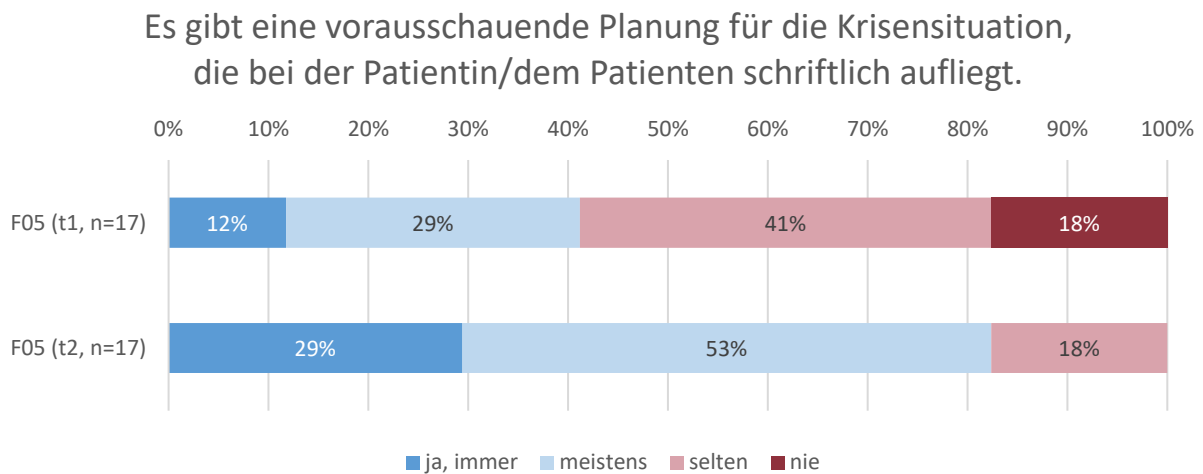
TABELLE 2: BEFRAGUNG DER MITARBEITER*INNEN VON „HPC ZUHAUSE“, VERGLEICH BASELINE UND FOLGERHEBUNG PANELSTICHPROBE – SIGNIFIKANZAUSWERTUNG ANHAND WILCOXON-TEST (ABHÄNGIGE STICHPROBE)

Nr.	Beschreibung	p-Wert
F01	In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Patient*innen immer wieder ein Thema.	1,00000
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,17971
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.	0,70546
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,25684
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,00811*
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.	0,41422
F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,79207
F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,41422
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,47950
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).	1,00000
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,73888
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,24821
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.	0,52709
		* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

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

Während bei der Baseline-Erhebung noch 59% der Panelteilnehmer*innen angaben, dass es (eher) keine vorausschauende Planung für Krisensituationen gibt, die bei den Patient*innen aufliegt, waren es zum Zeitpunkt der Folgerhebung nur noch 18%.

ABBILDUNG 3: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE VERÄNDERUNG BEI PANELVERGLEICH



Quelle: Baseline-Erhebung (n=17) und Folgerhebung (n=17), 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 konnten³.

TABELLE 3: BEFRAGUNG DER MITARBEITER*INNEN VON HPC ZUHAUSE, VERGLEICH BASELINE UND FOLGEERHEBUNG 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.	0,27205
F02	Ich kann einschätzen, wann bei einem Patienten oder einer Patientin das Sterben absehbar ist.	0,71358
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.	0,50958
F04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte/Hausärztinnen teil.	0,35978
F05	Es gibt eine vorausschauende Planung für die Krisensituation, die bei der Patientin/dem Patienten schriftlich aufliegt.	0,26721
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.	0,82670
F07	Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen ist für mich zufriedenstellend.	0,50374

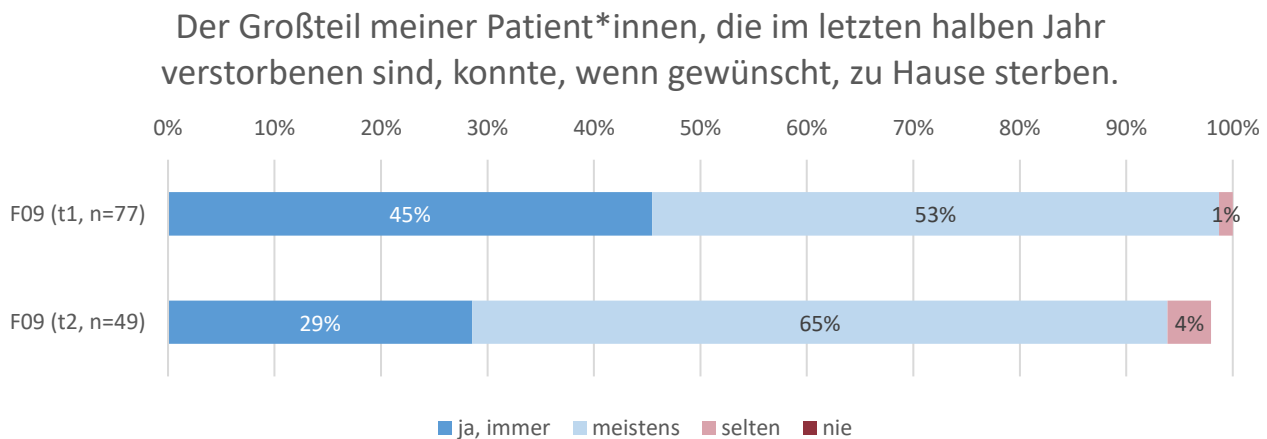
³ Die Angabe des Pseudonymisierungscode war freiwillig. Nicht alle Befragten wollten diesen ausfüllen. Es ist daher denkbar, dass Befragte an beiden Erhebungen teilgenommen haben, jedoch nicht der Panelstichprobe zugeordnet werden konnten.

F08	Ich kenne die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen für die letzte Lebensphase und für eine Krisensituation.	0,09209
F09	Der Großteil meiner Patient*innen, die im letzten halben Jahr verstorbenen sind, konnte, wenn gewünscht, zu Hause sterben.	0,03479*
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).	0,64887
F11	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen ist eine große Herausforderung für mich.	0,12687
F12	Ich habe die Zeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen und deren Angehörigen eingehen zu können.	0,06650
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.	0,27817
		* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Quelle: Baseline-Erhebung (n=76) und Folgerhebung (n=51), Gesamtstichprobe ohne Panelfälle

Hier zeigt sich ebenfalls nur bei einer Aussage ein signifikanter Unterschied. Signifikant weniger Befragte stimmten bei der Folgerhebung der Aussage zu, dass Patient*innen zu Hause sterben konnten, wenn sie sich dies gewünscht hatten (siehe Abbildung 4).

ABBILDUNG 4: MITARBEITER*INNEN: SIGNIFIKANTE VERÄNDERUNG BEI QUERSCHNITTSVERGLEICH



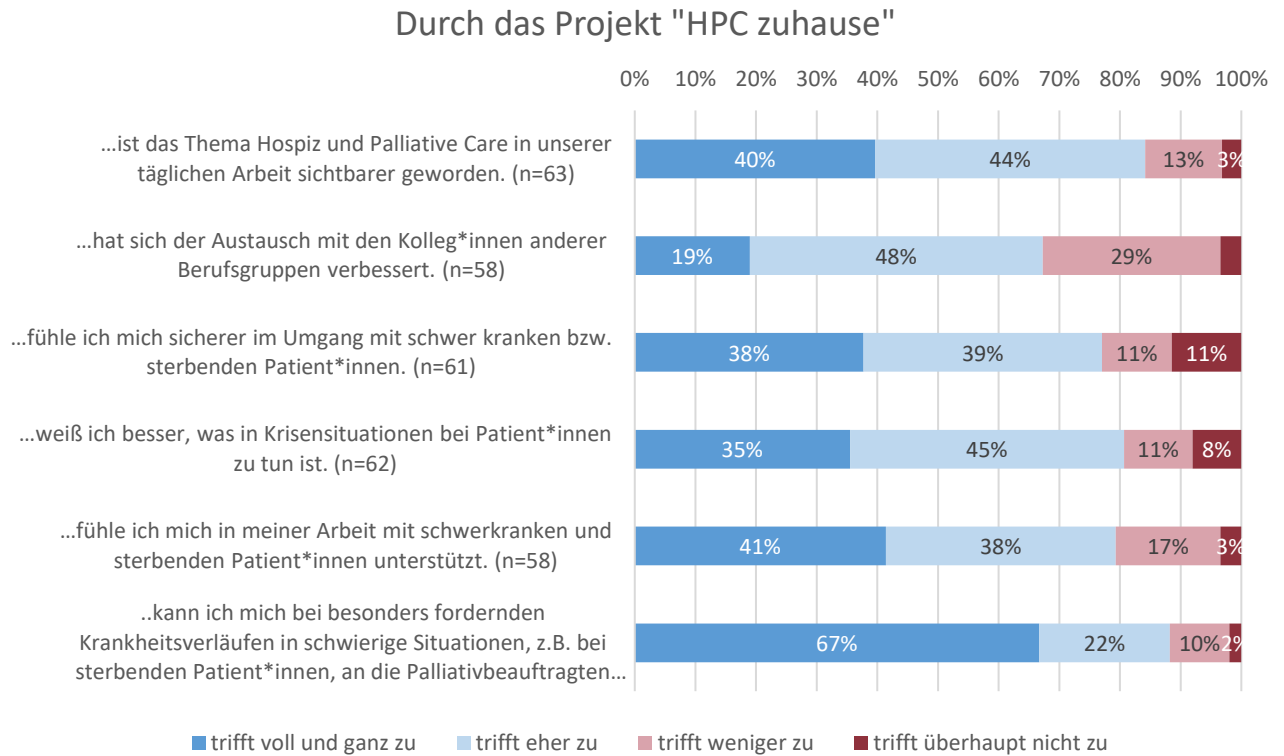
Quelle: Baseline-Erhebung und Folgerhebung, Gesamtstichprobe ohne Panelfälle

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

Im Rahmen der Folgerhebung wurden die Pflege- und Betreuungskräfte direkt zu Wirkungen des Projekts befragt. 84% der Befragten stimmt der Aussage (eher) zu, dass das Thema Hospiz und Palliativ Care durch das Projekt in der täglichen Arbeit sichtbarer geworden ist. Deutliche Zustimmung (88% voll oder eher zutreffend) erhielt auch die Aussage, dass sich die Pflegekräfte bei fordernden Krankheitsverläufen ihrer Patient*innen an Palliativbeauftragte wenden können. Rund 80% stimmen der Aussage zu, dass besser wissen, was in Krisensituationen zu tun ist, sich sicherer im Umgang mit schwer kranken bzw. sterbenden Patient*innen fühlen und sich in ihrer Arbeit mit schwer kranken Patient*innen unterstützt fühlen. Etwa zwei

Drittel der Befragten (67%) geben an, dass sich der Austausch mit anderen Berufsgruppen durch das Projekt verbessert hat.

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



Quelle: Folgeerhebung Vorarlberg 2022, n=51-63

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.

Die Befragung der Mitarbeiter*innen bestätigte bei der Baseline-Erhebung die im Vergleich zu den anderen Bundesländern bereits sehr gut etablierte Hospizkultur und Palliative Care. Signifikant verbessert hat sich im Zuge des Projekts beim Panelvergleich die Verfügbarkeit und das Aufliegen der vorausschauenden Planung bei den Patient*innen. Die sogenannte „gelbe Mappe“ wurde auch bei anderen Befragungen mehrfach positiv hervorgehoben. Verschlechtert hat sich im Querschnittvergleich hingegen die Möglichkeit zu Hause zu versterben, wenn es von den Patient*innen gewünscht war, was allerdings möglicherweise auch auf die

⁴ Im Fragebogen wurde zweimal der Begriff Klient*innen verwendet. Da im Rahmen des Projekts entschieden wurde, den Begriff Patient*innen zu verwenden wurde die Darstellung der Ergebnisse hier entsprechend angepasst.

COVID-19 Pandemie zurückgeführt werden kann, die generell einen starken Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte, weil sich die Rahmenbedingungen stark verändert haben. Außerdem ist das Thema Palliative Care und Hospiz noch sichtbarer geworden und die Mitarbeiter*innen können sich in schwierigen Situationen an die Palliativbeauftragten wenden.

5. Befragung Workshop-Teilnehmer*innen

5.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Mitarbeiter*innen konnten im Rahmen von HPC zuhause Workshops besuchen. In Vorarlberg wurde aufgrund der speziellen Ausgangslage ein eigenes dreitägiges Workshop-Format entwickelt. Die Workshop-Teilnehmer*innen wurden im Anschluss an den Workshop gebeten, einen Feedbackfragebogen auszufüllen.

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

Die Frage wurde mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

Fragestellungen:

- Feedback zu den Inhalten des Workshops
- Feedback zu den Trainer*innen
- Wunschthemen für weitere Workshops

5.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

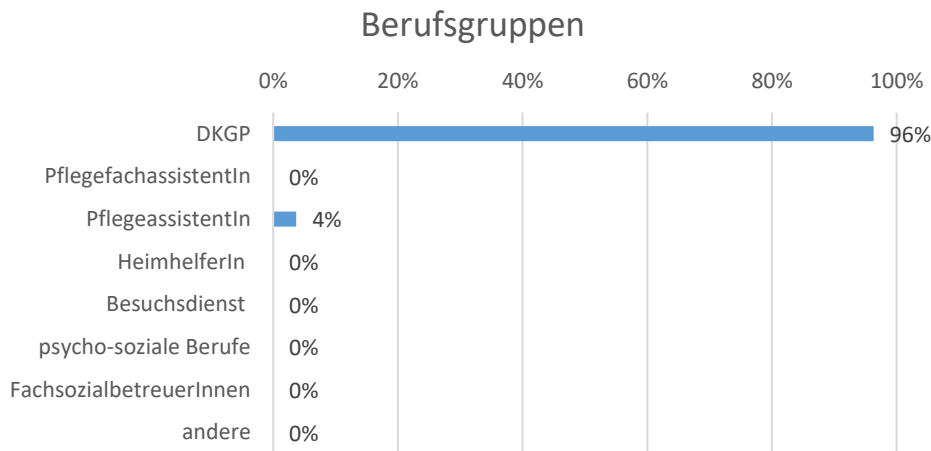
Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Workshops miteinbezogen, die bis Ende August 2022 durchgeführt wurden. Im Zeitraum von Oktober 2020 und Februar 2022 wurden vier Workshops mit zwischen 14 und 17 Teilnehmer*innen durchgeführt. In Summe nahmen 60 Personen an den Workshops teil, von denen 55 einen Feedbackbogen abgaben. Dies entspricht einem Rücklauf von 91,7%. Der Fragebogen enthielt geschlossene und offene Fragen.

5.3. ERGEBNISSE

5.3.1. Beschreibung der Stichprobe

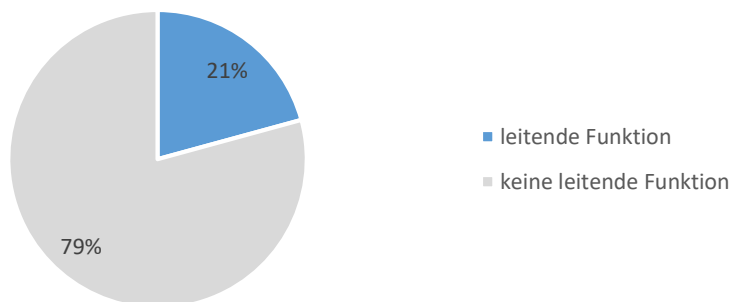
Fast alle Teilnehmer*innen, nämlich 96%, zählten zur Berufsgruppe der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, bei den restlichen 4 Prozent handelte es sich um Pflegeassistent*innen. Von den Teilnehmer*innen hatten 21% eine leitende Funktion.

ABBILDUNG 6: WS-TEILNEHMER*INNEN: BERUFSGRUPPE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=54

ABBILDUNG 7: WS-TEILNEHMER*INNEN: ANTEIL FÜHRUNGSKRÄFTE

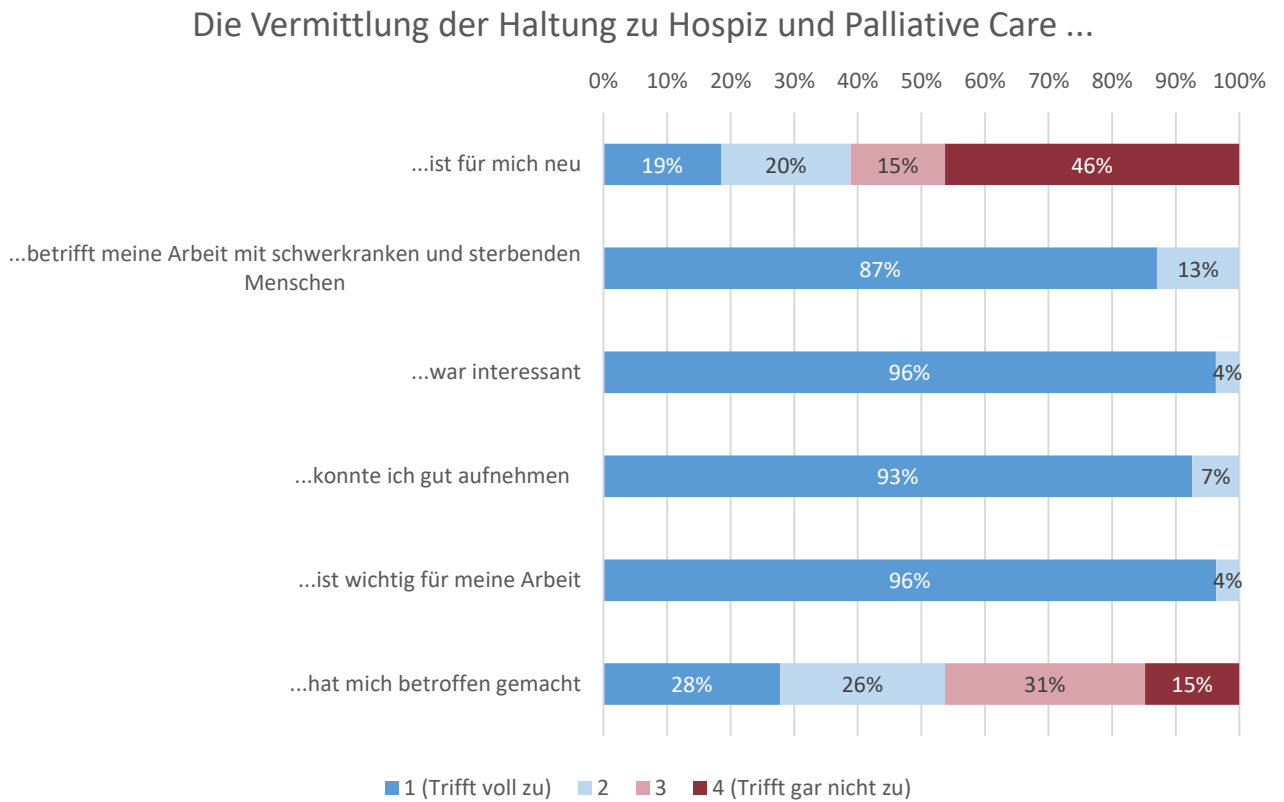


Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=53

5.3.2. Feedback

Für den Großteil der befragten Workshop-Teilnehmer*innen (61%) war die Vermittlung der Haltung zu Hospiz und Palliative Care nicht neu, allerdings wichtig und relevant für die eigene Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen und außerdem interessant, was jeweils von 100% als (eher) zutreffend eingeschätzt wurde. Etwas mehr als die Hälfte (54%) der Teilnehmer*innen gab an, dass sie die Inhalte des Workshops betroffen gemacht hätten, bei 46% war das (eher) nicht der Fall.

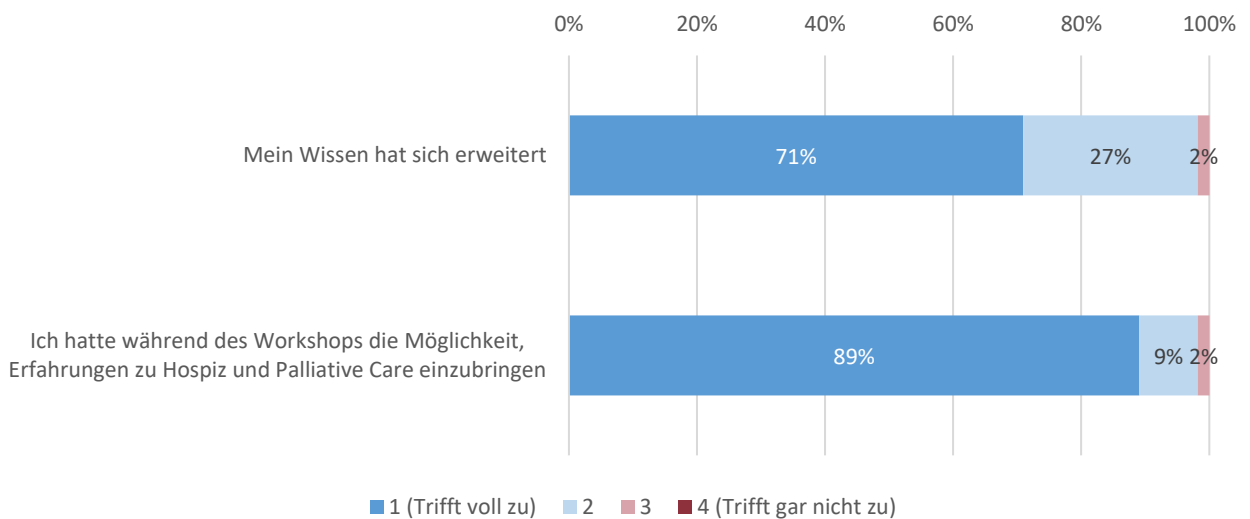
ABBILDUNG 8: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN INHALTEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=54-55

Fast alle Teilnehmer*innen (98%) konnten durch den Workshop ihr Wissen erweitern und hatten die Möglichkeit, ihre eigenen Erfahrungen zu Hospiz und Palliative Care einzubringen.

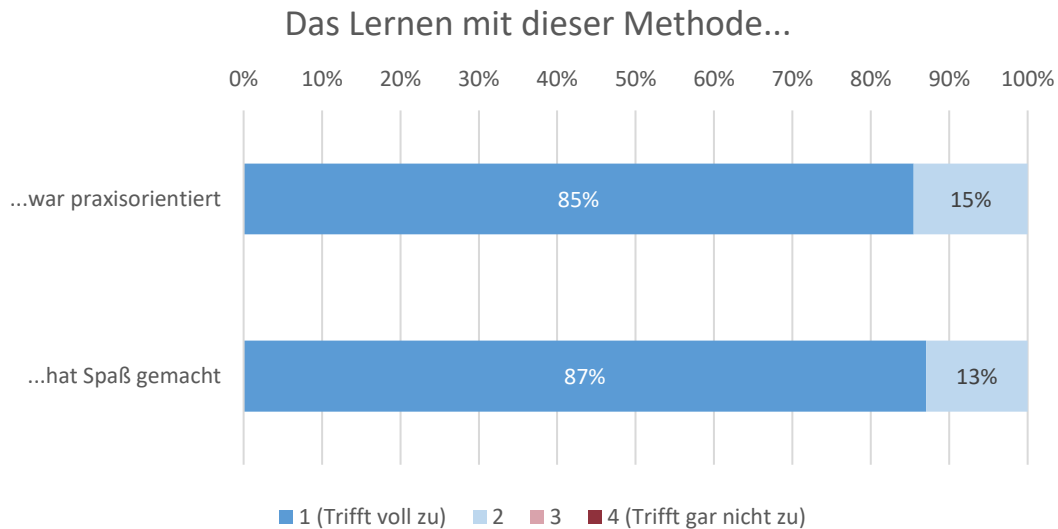
ABBILDUNG 9: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUM NUTZEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=55

Große Zustimmung erhielt auch die Methode des Workshops, 100% fanden die Methode (eher) praxisorientiert und hatten Spaß daran.

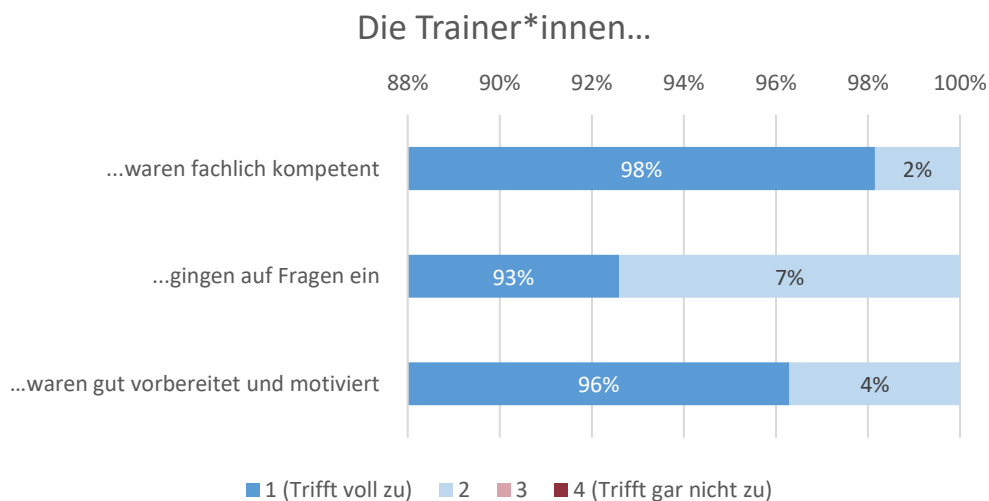
ABBILDUNG 10: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZUR METHODE



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=54-55

Auch die Trainer*innen wurde sehr gut bewertet, sie wurde von allen Workshop-Teilnehmer*innen als fachlich kompetent wahrgenommen, ging auf Fragen ein und war gut vorbereitet und motiviert.

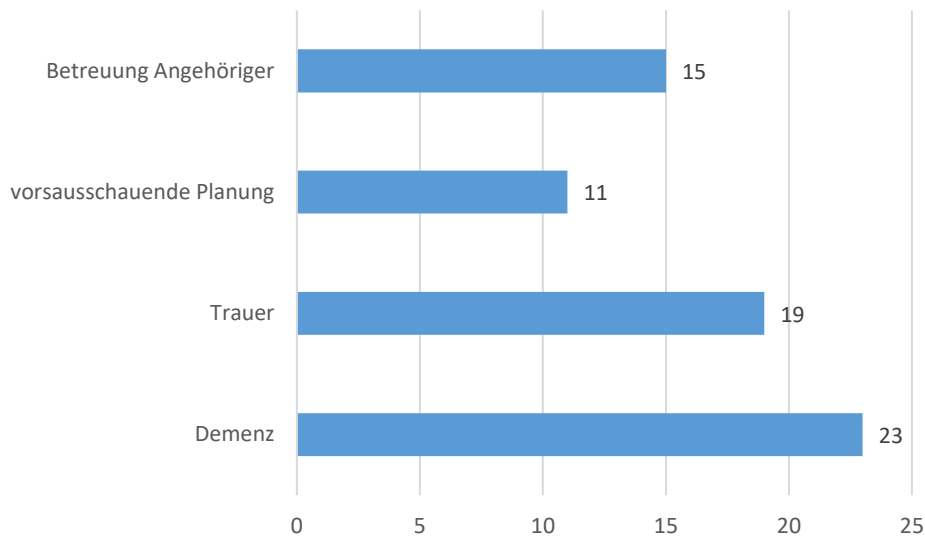
ABBILDUNG 11: WS-TEILNEHMER*INNEN: FEEDBACK ZU DEN TRAINER*INNEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=54

Als weitere Themen zu Hospiz und Palliative Care, die in Folgeveranstaltungen gerne bearbeitet würden, wurde das Thema „Demenz“ (23 Nennungen) am häufigsten genannt, gefolgt von „Trauer“ (19 Nennungen), „Betreuung Angehöriger“ (15 Nennungen) und „vorausschauender Planung“ (11 Nennungen).

ABBILDUNG 12: WS-TEILNEHMER*INNEN: GEWÜNSCHTE THEMEN ZU HPC IN ZUKÜNFTIGEN VERANSTALTUNGEN



Quelle: Feedbackfragebogen WS Teilnehmer*innen, n=54

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

- komplexe Versorgung zuhause
- Medikamente sinnvoll eingesetzt in der Terminalphase
- Symptomkontrolle (neueste Stand, Erfahrungswerte)
- Vernetzung Systempartner auf Augenhöhe
- Wo sind die Grenzen? Wo endet der Auftrag der KPVs

5.4. 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.

6. Befragung der Palliativbeauftragten Herbst 2021 - Prozessevaluation

6.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

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

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

Die Fragen wurden mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

Fragestellungen:

- Feedback zur Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit als Palliativbeauftragte*r
- Feedback zu den Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Palliativbeauftragte*r
- Feedback zum HPC-Workshop (ausschließlich in Vorarlberg gefragt)

6.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

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 Vorarlberg waren es 35. Da entschieden wurde, eigene Berichte für die Bundesländer zu erstellen, werden hier nur die Ergebnisse der Vorarlberger Palliativbeauftragten dargestellt. Der Fragebogen enthielt offene wie geschlossene Fragen

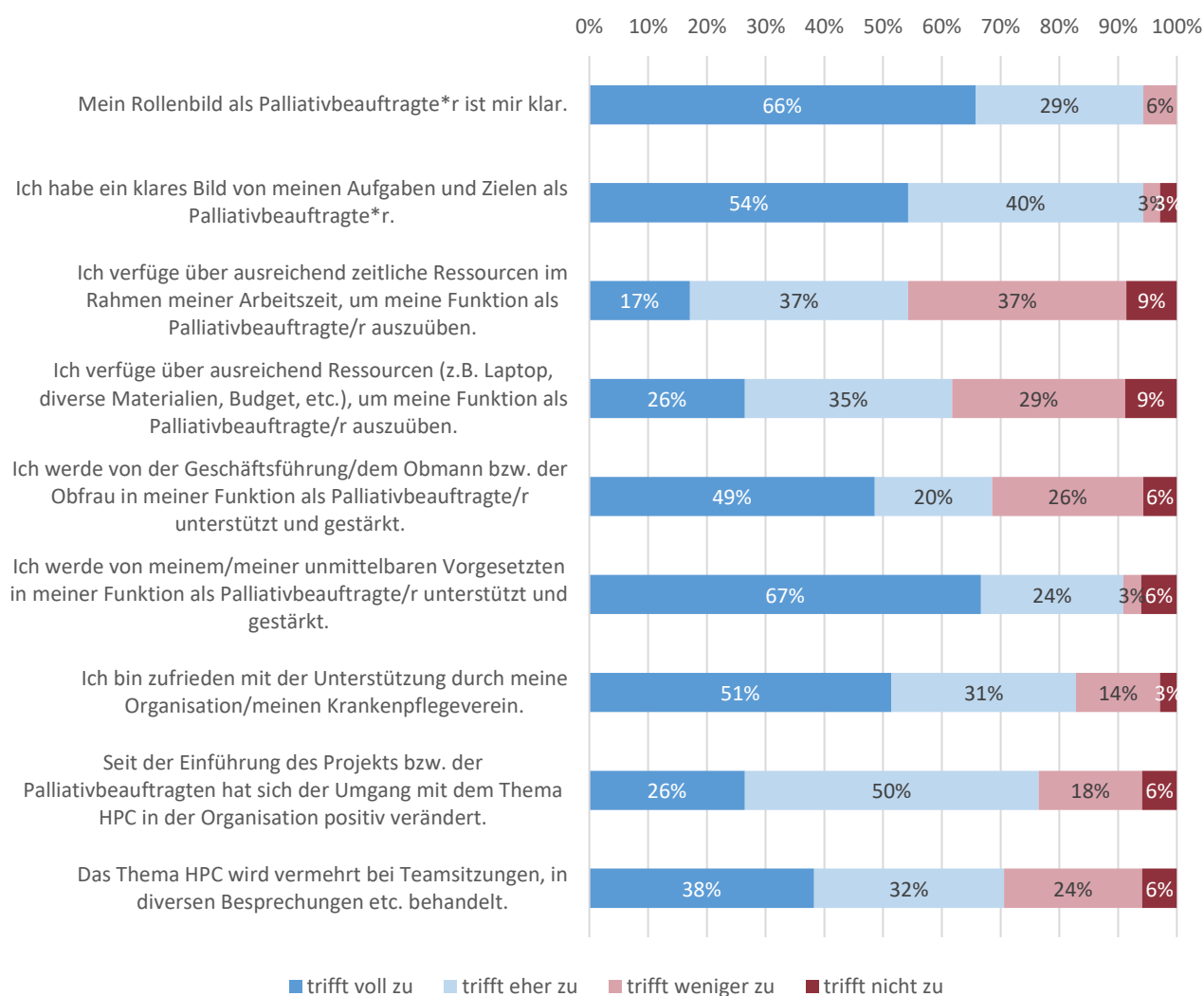
6.3. ERGEBNISSE

Rund 95% aller Befragten haben ein klares Bild von ihrer Rolle, ihren Aufgaben und Zielen als Palliativbeauftragte. Der Großteil der Vorarlberger Befragten (91%) wird zudem von ihren unmittelbaren Vorgesetzten in ihrer Funktion als Palliativbeauftragte unterstützt und gestärkt. Das trifft in Bezug auf Geschäftsführung bzw. Obmann oder Obfrau auch auf immerhin 69% (eher) zu. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Organisation ist hoch, 82% sehen diese (eher) als gegeben. Etwa drei Viertel der Befragten

beschreiben, dass sich der Umgang mit dem Thema HPC durch die Einführung der Palliativbeauftragten positiv verändert hat (76%), und dass die Thematik in Teamsitzungen und Besprechungen vermehrt behandelt wird (70%).

Kritischer wurde die Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen für die Ausübung ihrer Funktion bewertet. Nur knapp über die Hälfte der Befragten (54%) gaben an über ausreichend zeitliche Ressourcen im Rahmen ihrer Arbeitszeit zu verfügen, um ihre Funktion als Palliativbeauftragte*r auszuüben, bei 46% ist das hingegen (eher) nicht der Fall. 38% der befragten Palliativbeauftragten verfügten zudem auch nicht über ausreichend sonstige Ressourcen, wie Laptop, diverse Materialien, Budget etc., um ihre Funktion auszuüben.

ABBILDUNG 13: PALLIATIVBEAUFTRAGTE: ROLLE, RESSOURCEN UND UNTERSTÜTZUNG - VORARLBERG



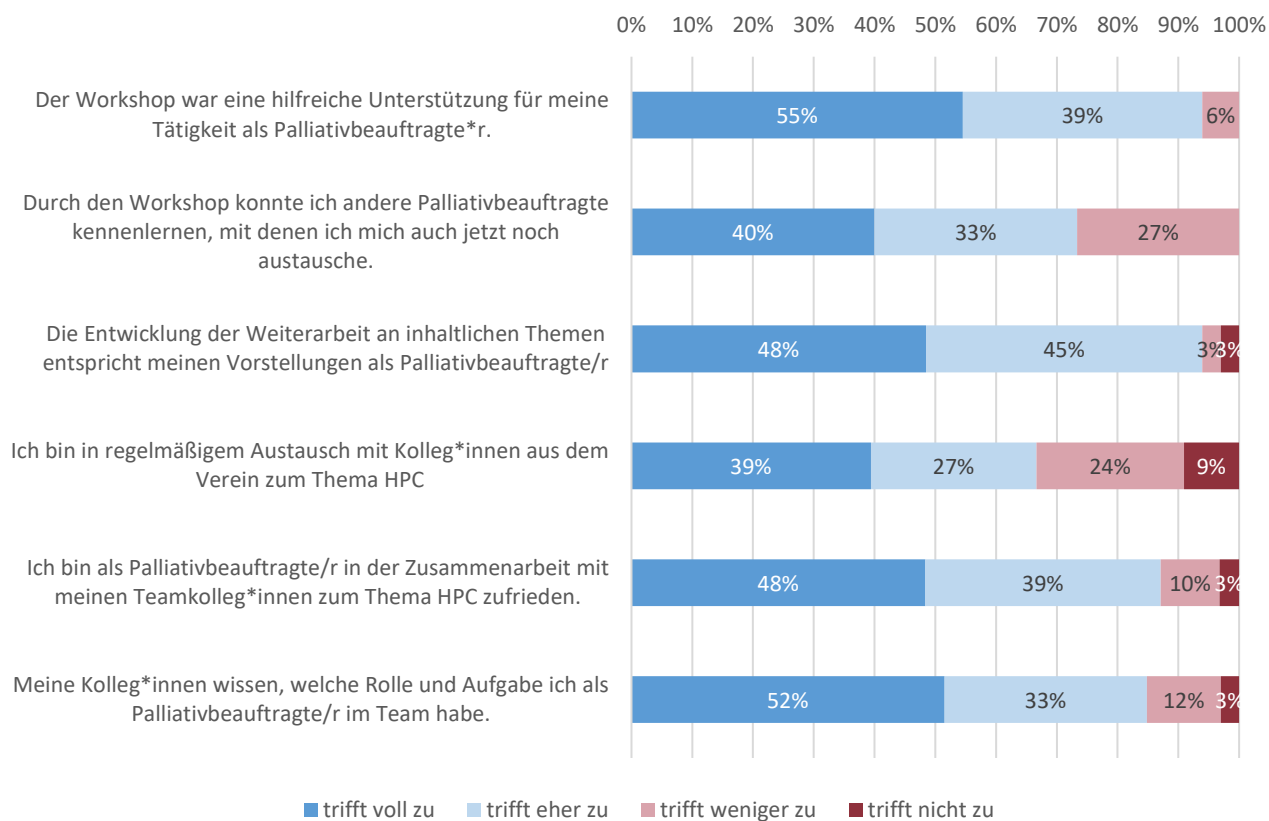
Quelle: Befragung Palliativbeauftragte, Oktober 2021, n=33-35

In Vorarlberg wurde im Rahmen der Befragung der Palliativbeauftragten noch ein zusätzlicher Block an Fragen in Bezug auf den HPC-Workshop gestellt.

Die Mehrheit der befragten Palliativbeauftragten (94%) sah den Workshop als eine hilfreiche Unterstützung für ihre Tätigkeit und geben an, dass die Entwicklung der Weiterarbeit an inhaltlichen Themen ihren Vorstellungen als Palliativbeauftragten entspricht. Für knapp drei Viertel der Befragten (73%) ermöglichte der

Workshop eine Vernetzung mit anderen Palliativbeauftragten. Etwas geringer fällt der Austausch mit Kolleg*innen aus dem Verein zum Thema HPC aus, der Bereich ist für zwei Drittel (66%) regelmäßiges Gesprächsthema. Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Teamkolleg*innen fällt gut aus, rund 85% der Palliativbeauftragten sind mit dieser (eher) zufrieden und beschreiben, dass Kolleg*innen (eher) wissen, welche Rolle und Aufgabe sie im Team einnehmen.

ABBILDUNG 14: PALLIATIVBEAUFTRAGTE: WORKSHOP UND ZUSAMMENARBEIT (NUR IN VORARLBERG GEFRAGT)



Quelle: Befragung Palliativbeauftragte, Oktober 2021, n=30-33

Als wichtigste Aufgaben wurden von den Palliativbeauftragten verschiedenste Dinge genannt. Im Kern geht es um die gute Versorgung der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, um ihnen eine gute Lebensqualität zu gewährleisten. Dafür notwendig ist der Austausch zwischen den verschiedenen beteiligten Systempartner*innen (Ärzt*innen, Krankenhäuser, Angehörige, Teamkolleg*innen etc.) und dafür notwendige koordinierende Tätigkeiten. Außerdem sehen sie sich verantwortlich für die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für das Thema. Dazu zählt auch das rechtzeitige Erkennen, wann bei Patient*innen entsprechende Maßnahmen erforderlich sind und die Sicherung von Qualitätsstandards.

Als problematisch wurden auch in den offenen Antworten vor allem die zeitlichen Ressourcen für die Erfüllung der Tätigkeiten genannt, die auch durch COVID-19 und die damit einhergehende verstärkte Personalknappheit eingeschränkt waren. Außerdem wünschen sich manche Palliativbeauftragte mehr Verständnis und Unterstützung vom Verein.

6.4. RESÜMEE

Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten ist klar und wertschätzend. Aufgaben und Ziele sind bekannt, die Auswirkung der Tätigkeit auf den Umgang mit dem Themengebiet HPC wird als positiv wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrscht Zufriedenheit, letztere kennen auch die Rolle und Aufgabe der Palliativbeauftragten. Verbesserungsbedarf besteht demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Die Teilnahme am HPC-Workshop war eine positive Erfahrung und half den Palliativbeauftragten, sich untereinander zu vernetzen. Als ihre wichtigsten Aufgaben sehen die Befragten die gute Versorgung der Patient*innen, den Austausch zwischen den beteiligten Systempartner*innen, die dafür notwendigen koordinierenden Tätigkeiten und die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für das Thema HPC. Möglichkeiten zur Verbesserung sehen sie neben den zeitlichen Ressourcen beim vermehrten Aufbau von Verständnis und Unterstützung durch den Verein.

7. Befragung der operativen Führungskräfte Frühjahr 2022 - Prozessevaluation

7.1. 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 wichtig, 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

7.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

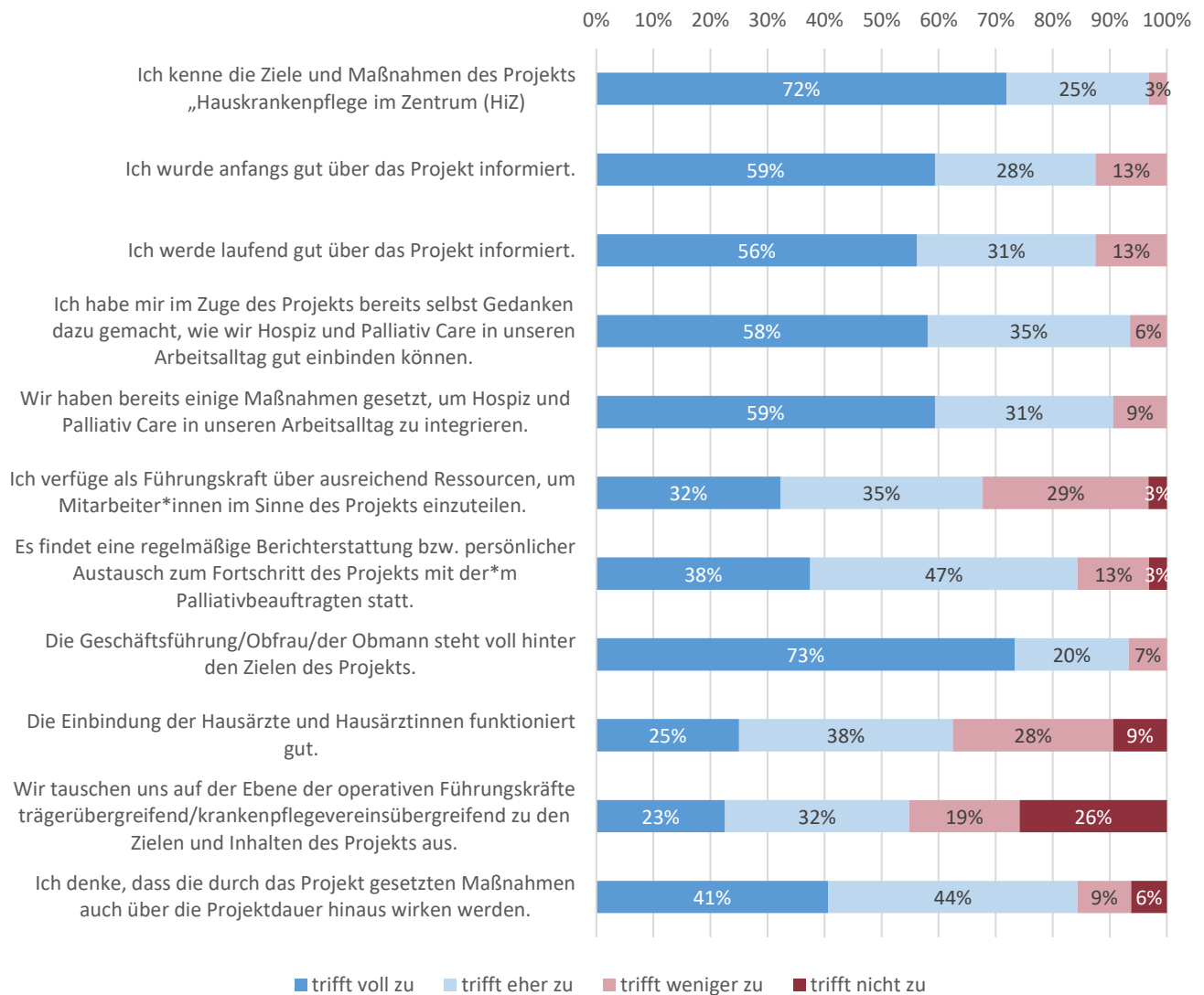
Der Link für den Online-Fragebogen wurde am 20. April 2022 an die OE-Teams geschickt, die diesen an die Palliativbeauftragten weiterleiteten. Insgesamt nahmen 106 operative Führungskräfte an der Erhebung teil, aus Vorarlberg waren es 32. Da entschieden wurde, eigene Bericht für die Bundesländer zu erstellen, werden hier nur die Ergebnisse der Vorarlberger operativen Führungskräfte dargestellt. Der Fragebogen enthielt offene wie geschlossene Fragen.

7.3. ERGEBNISSE

Von den befragten operativen Führungskräften sind 38% aktiv in das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ involviert. Nahezu alle haben Kenntnis der Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ: 72% stimmen dem voll zu, 25% zumindest eher, und nur 3% geben an, diese weniger gut zu kennen. Die Informationslage zum Projekt ist gut, nur 13% melden hier tendenzielle Mängel an. Über 90% 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. 85% beschreiben, dass eine (eher) regelmäßige Berichterstattung oder persönlicher Austausch zum Fortschritt des Projektes mit den Palliativbeauftragten stattfindet. Auf der anderen Seite können sich die meisten Führungskräfte (93%) auch auf die Unterstützung der Ziele des Projekts durch die Geschäftsführung bzw. die Obfrau oder den Obmann verlassen. Zudem herrscht innerhalb der Führungskräfte weitgehendes (85%) Vertrauen, dass die durch das Projekt gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden.

Eine etwas kritischere Sicht haben die operativen Führungskräfte auf die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projekts einzuteilen. Diese Verfügbarkeit sehen 29% weniger, 3% nicht gegeben. Auch die Einbindung der Hausärzt*innen könnte noch besser funktionieren, 63% bewerteten diese als (eher) gut, 37% dagegen als weniger oder nicht gut. Den größten Nachholbedarf gibt es beim trägerübergreifenden bzw. vereinsübergreifenden Austausch der operativen Führungskräfte zu den Inhalten des Projekts: 45% sehen diesen als weniger oder nicht gegeben.

ABBILDUNG 15: OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE: INFORMATION – EINBINDUNG - UNTERSTÜTZUNG



Quelle: Befragung der operativen Führungskräfte, April/Mai 2022, n=30-32

Die Antworten zu den offenen Fragen sind in Anhang 9.2. aufgelistet. Die meisten befragten operativen Führungskräfte haben von dem Projekt über Connexia erfahren. Dazu kamen der Landesverband Hauskrankenpflege, sowie Palliativbeauftragte und andere Arbeitskontakte. Um noch mehr Klarheit in Bezug auf das Projekt zu bekommen, werden laufende Informationsvermittlung an die Führungskräfte selbst, das Team und die (Haus-)Ärzt*innen, sowie öffentliche Aufklärungskampagnen vorgeschlagen. Auch werden regelmäßiger Austausch mit anderen HPC-Beauftragten, klar formulierte Projektziele und Informationen über die Veranstaltungen und Austauschtreffen der Palliativbeauftragten als wünschenswert angegeben.

Als bisher wesentliche Schritte für die Integration von HPC in die internen Abläufe der Organisation wurde zunächst der Einsatz der Palliativbeauftragten selbst angegeben, sowie deren Fortbildung und Evaluierung. Hier war das Einplanen der Zeitressourcen neben der Pflege ein wichtiger Punkt. Auch kam es zu vermehrter Vernetzung der Vereine untereinander, sowie zu mehr Kommunikation innerhalb des Pflegeteams und Zusammenarbeit mit den Systempartner*innen (etwa Hausärzt*innen, Obleute, etc.). Auch Angehörigenarbeit und direkter Kontakt mit Patient*innen konnten ausgebaut werden. Als spezifische Fortschritte wurden der vereinheitlichte Krisen- und Notfallplan in der sogenannten ‚gelben Mappe‘ sowie die Integration von HPC in das Dokumentationssystem Transdoc genannt. Auch wird eine allgemeine Sichtbarmachung der Palliative Care positiv hervorgehoben.

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.):

- Aufklärung und Schulung der Ärzt*innen
- Bereitschaft der 24h-Betreuung, Palliativpatienten zu Hause zu betreuen
- Bessere Zusammenarbeit und Erreichbarkeit der Ärzt*innen
- Mehr Personalressourcen
- Möglichst viele Mitarbeiter*innen im Basislehrgang Palliative Care
- Öffnung der Gremien und strukturierte Kommunikation und Diskussion
- Regelmäßiger Austausch zwischen allen Systempartner*innen, auch krankensvereinsübergreifend
- Unkomplizierte Sonderrufbereitschaft für Palliativpatient*innen mit adäquater Verrechnung
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Vorstellung der ‚gelben Mappe‘ bei Jahreshauptversammlungen & Infostände bei Veranstaltungen von Krankenpflegevereinen

Speziell für die bessere Involvierung von Hausärzt*innen legen die operativen Führungskräfte nahe, diese in Kommunikationsnetze (etwa E-Mailverteiler) aufzunehmen und sie regelmäßig in interdisziplinäre Besprechungen zu involvieren, um etwa gemeinsame Evaluierung der HPC zu ermöglichen. Auch sehen die Führungskräfte bessere Information und Fortbildung der Ärzt*innen zum Thema HPC, etwa durch die Ärztekammer oder durch Teilnahme am Palliativ-Basislehrgang, als wünschenswert. Es wird zudem auf die Arbeitsauslastung der Hausärzt*innen hingewiesen, die durch neue Ärzt*innen und eine Reduktion der Menge an Dokumentation gemildert werden könnte. In der direkten Interaktion mit Hausärzt*innen halten die Führungskräfte ein nachhaltiges Auffordern zum Ausfüllen der ‚gelben Mappe‘ für sinnvoll, was besonders bei Demenzkranken frühzeitig zu erledigen wäre.

7.4. RESÜMEE

Die befragten operativen Führungskräfte kennen die Ziele und Maßnahmen des Projekts HiZ und die Informationslage ist gut. Die Führungskräfte involvieren sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und haben Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegen den Austausch mit den Palliativbeauftragten und können sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt werden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sehen sie die Erweiterung der laufenden Informationsvermittlung an alle Systempartner*innen, die Verstärkung des interdisziplinären Austausches, die stärkere Involvierung der Hausärzt*innen, und die Fortführung von Erfolgskonzepten wie dem vereinheitlichten Krisen- und Notfallplan („gelbe Mappe“).

8. Zusammenfassung und Gesamtresümee

Das Projekt „Hauskrankenpflege im Zentrum“ (HiZ) wurde in vier österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg) im Zeitraum von 2019-2022 umgesetzt. Ziel des Projekts war es, Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen/Krankenpflegevereinen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern. Dadurch sollten die Mitarbeiter*innen (Heimhelfer*innen und Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterstützt werden. Um eine entsprechende Hospizkultur in den Trägerorganisationen und Krankenpflegevereinen zu entwickeln, wurden verschiedene Maßnahmen gesetzt. Das waren in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Oberösterreich die dreitägigen Workshops für das Pflege- und Betreuungspersonal, außerdem wurden Palliativbeauftragte und -gruppen 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). In Vorarlberg wurde aufgrund der anderen Ausgangssituation (keine großen Träger sondern viele kleine bis mittlere Krankenpflegevereine, Hospiz und Palliative Care ist schon länger Thema in den Krankenpflegevereinen, es gibt wesentlich mehr DGKP und mehr Mitarbeiter*innen haben bereits umfassende HPC Fortbildungen gemacht) ein eigenes Umsetzungskonzept entwickelt. Ein wichtiges Ziel war u.a. die Qualität der Krankenpflegevereine zu HPC auf ein ähnliches Niveau zu heben. In jedem Krankenpflegeverein wurde die Rolle der*des Palliativbeauftragten geschaffen. Für die Palliativbeauftragten, die bereits einen Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care haben mussten, wurde ein eigenes dreitägiges Curriculum erstellt und umgesetzt. Ein Beirat wurde installiert wo wichtige Stakeholder vertreten sind. Wesentliche Maßnahmen der Vernetzung und der Verbesserung der Zusammenarbeit z.B. mit den Hausärzt*innen, den mobilen Palliativteams etc. wurden gesetzt. Im Rahmen von HiZ wurden die Trägerorganisationen und Krankenpflegevereine bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung dieser Maßnahmen in vielfacher Weise unterstützt. Besonders wichtig war die bundesländerübergreifende Vernetzung sowie der Wissensaustausch und -transfer.

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

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 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. Die Befragung der Mitarbeiter*innen bestätigte bei der Baseline-Erhebung die im Vergleich zu den anderen Bundesländern bereits gut etablierte Hospizkultur. Signifikant verbessert hat sich im Zuge des Projekts beim Panelvergleich die Verfügbarkeit und das Aufliegen der vorausschauenden Planung bei den Patient*innen. Die sogenannte „gelbe Mappe“ wurde auch bei anderen Befragungen mehrfach positiv hervorgehoben. Verschlechtert hat sich hingegen im Querschnittvergleich die Möglichkeit, zu Hause zu versterben, wenn es von den Patient*innen gewünscht war, was allerdings möglicherweise auch auf die COVID-19-Pandemie zurückgeführt werden kann. Außerdem ist das Thema Palliative Care und Hospiz noch sichtbarer geworden und die Mitarbeiter*innen können sich in schwierigen Situationen an die Palliativbeauftragten wenden.

Das Feedback der Workshopteilnehmer*innen (in Vorarlberg waren das die Palliativbeauftragten) 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. Die Mehrheit der befragten Palliativbeauftragten sah den Workshop als eine hilfreiche Unterstützung für ihre Tätigkeit und geben an, dass die Entwicklung der Weiterarbeit an inhaltlichen Themen ihren Vorstellungen als Palliativbeauftragten entspricht. Für knapp drei Viertel der Befragten (73%) ermöglichte der Workshop Vernetzung mit anderen Palliativbeauftragten.

Die Einführung von Palliativbeauftragten war eine wesentliche Maßnahme von HiZ, um Hospizkultur und Palliative Care in den Organisationen nachhaltig zu etablieren. Die Aufgabe der Palliativbeauftragten ist es, das Thema in den eigenen Organisationen/Krankenpflegevereinen zu verbreiten und als Ansprechperson für die Mitarbeiter*innen in Bezug auf Hospiz und Palliative Care zur Verfügung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Funktion und die Rolle der Palliativbeauftragten wurde im Rahmen des Projekts erarbeitet, um diese möglichst gut an die jeweiligen Gegebenheiten in den Organisationen anzupassen. Gleichzeitig war es wichtig, die Palliativbeauftragten zu vernetzen und durch begleitendes Coaching zu stärken, um diese gut für die neuen Aufgaben zu rüsten. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde eine Online-Erhebung durchgeführt. Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der Palliativbeauftragten war zum Zeitpunkt der Befragung bereits sehr klar. Die Aufgaben und Ziele waren bekannt. Als ihre wichtigsten Aufgaben sahen die Befragten die gute Versorgung der Patient*innen, den Austausch zwischen den beteiligten Systempartner*innen, die dafür notwendigen koordinierenden Tätigkeiten und die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für das Thema HPC. Möglichkeiten zur Verbesserung sahen sie neben den zeitlichen Ressourcen beim vermehrten Aufbau von Verständnis und Unterstützung durch den Verein. In der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten wie Kolleg*innen herrschte Zufriedenheit, letztere kannten auch die Rolle und Aufgabe der Palliativbeauftragten. Verbesserungsbedarf bestand demgegenüber bei den zeitlichen und materiellen Ressourcen, welche von einigen Befragten als noch unzureichend beschrieben wurden. Die Teilnahme am HPC-Workshop war eine positive Erfahrung und half den Palliativbeauftragten sich untereinander zu vernetzen.

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. Zum Zeitpunkt der Befragung kannten die operativen Führungskräfte die Ziele und Maßnahmen des HiZ-Projekts. Die Führungskräfte involvierten sich aktiv in den Bereich Hospiz und Palliative Care und hatten Vertrauen, dass die gesetzten Maßnahmen auch über die Projektdauer hinaus wirken werden. Sie pflegten den Austausch mit den Palliativbeauftragten und konnten sich auch auf Unterstützung der Geschäftsführung für Ziele des Projektes verlassen. Kritischer beurteilt wurden die Verfügbarkeit von Ressourcen, um Mitarbeiter*innen im Sinne des Projektes einzuteilen, die Einbindung der Hausärzt*innen, sowie der träger- bzw. vereinsübergreifende Austausch zwischen den operativen Führungskräften. Zentral für die Weiterentwicklung des Gebietes HPC sahen sie die Erweiterung der laufenden Informationsvermittlung an alle Systempartner*innen,

die Verstärkung des interdisziplinären Austausches, die stärkere Involvierung der Hausärzt*innen, und die Fortführung von Erfolgskonzepten wie dem vereinheitlichten Krisen- und Notfallplan („gelbe Mappe“).

In Summe lässt sich festhalten, dass die Ausgangssituation in Vorarlberg besser als in den anderen Bundesländern war. Hospizkultur und Palliative Care waren bereits bei Projektbeginn vorhanden. Die Qualität der Hauskrankenpflege war in Vorarlberg bereits zu Beginn besser als in den anderen Bundesländern. Allerdings war den Verantwortlichen bewusst, dass manche Krankenpflegevereine eine hohe und andere eine weniger hohe Qualität bezüglich des Themas Hospizkultur und Palliative Care hatten. Es war ein wichtiges Ziel allen Krankenpflegevereinen zu ermöglichen auf ein ähnlich hohes Niveau zu kommen. Dies ist durch die Einführung z.B. der Palliativbeauftragten, der gelben Mappe in allen Krankenpflegevereinen sehr gut realisiert worden. **Trotz der bereits besseren Ausgangssituation konnten weitere Verbesserungen erzielt werden, trotz der schwierigen Umstände, die durch die COVID-19-Pandemie bedingt waren. Die Workshops für die Palliativbeauftragten aller Krankenpflegevereine wurden überaus positiv angenommen. Die Palliativbeauftragten scheinen bereits gut in ihrer Rolle angekommen sein und die operativen Führungskräfte sind sich der Bedeutung des Themas bewusst und bereit dieses zu unterstützen.**

Das größte Hindernis bei der Umsetzung stellt(e) auch in Vorarlberg die Knappheit der zeitlichen Ressourcen bei den Mitarbeiter*innen dar, insbesondere bei den Palliativbeauftragten, aber auch bei den Ärzt*innen. Diese wurde durch die COVID-19-Situation noch einmal verschärft und angesichts des generellen Personalmangels wird dies in Zukunft weiterhin ein wichtiges Thema sein. Ein besserer Informationsaustausch mit den Hausärzt*innen ist ebenfalls ein Ziel, an welchem künftig noch weitergearbeitet werden sollte.

9. Anhang

9.1. BEFRAGUNG PALLIATIVBEAUFTRAGTE - ANTWORTEN AUF OFFENE FRAGEN

Was sind Ihre wichtigsten Aufgaben als Palliativbeauftragte/r?

- Erste Ansprechperson für Mitarbeiter, Angehörige, Hausärzte bezgl. allen Fragen über palliative Begleitung und Betreuung, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit: z.B. Treffen mit HA organisieren..., Einführung von Krisen-/Notfallplan, pall. Behandlungsplan und neue gelbe Mappe: Mitarbeiter, Hausärzte, Patienten und Angehörige darüber informieren, MA informieren über mögliche Fortbildungen in Bezug auf PC, Ich sehe mich als Hüterin des Themas PC
- Angehörigenberatung
Koordination mit Ärzten
Anlegen der gelben Mappen
- dass Palliativpatient*innen eine gute angemessene Betreuung zu Hause erhalten. Angehörige gut begleitet werden in dieser Phase
- Mitarbeiter und Auszubildende gut instruiert sind
- Dass sich Patienten bzw. Klienten in ihrer letzten Lebensphase möglichst sicher fühlen.
- Erhalt oder wenn möglich Verbesserung der Lebensqualität.
- Den Patienten ein würdevolles, möglichst schmerzfreies und gutes Lebensende zu ermöglichen bzw. sie und ihre Angehörigen zu unterstützen
- die gelbe Mappe einführen im Team
Vernetzung von Pflege, Arzt, MPT, Angehörige rund um den pall. Patient
Qualität für den kranken Menschen optimieren
- Die Integration und Verbesserung von Hospiz und Palliative Care in der täglichen Arbeit, der Grundversorgung in der Hauskrankenpflege.
Die Sensibilisierung der Mitarbeiter, des Teams und der Hausärzte, mit denen wir zusammenarbeiten.
- Ein höherer Standard in Palliative Care im Verein zu sichern. Kolleginnen zu unterstützen und weiter zu bilden in Palliative Betreuung.
- Eine Palliativsituation frühest möglich zu erkennen, Hausarzt sowie bei Bedarf MIT hinzuzuziehen um dem Patienten ein daheim bleiben zu ermöglichen sowie die Angehörigen in allen Fragen und Problemen zu unterstützen. Natürlich auch Fragen und Unsicherheiten im Pflorgeteam zu klären und Überforderungen zu vermeiden.
- Einerseits versuche ich durch Fortbildungen und Weitergabe an Informationen ans Team die Qualität der Hospiz-Palliativkultur, die in unserem Verein seit über 10 Jahren verankert ist, weiter zu entwickeln, zu verbessern. (3 Kolleginnen haben den Palliativbasislehrgang absolviert)
Andererseits sehe ich durch die landesweite Vernetzung, Verankerung die Chance mehr Gewicht, Aufklärung für die Bevölkerung, an die Politik die Bedeutung der Palliativbetreuung und Pflege. Oft tauchen ähnliche, gemeinsame Problemlösungen, Herausforderungen auf. Diese zu erkennen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, Standards zu entwickeln ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Nicht zu vergessen, die bessere interdisziplinäre Vernetzung mit Ärzten, Apothekern.
- Für Angehörige da zu sein und zuhören.
- Hospiz- und Palliativkultur leben, teilen und weitervermitteln

- Information und Austausch der Systempartner (Teamkolleg*innen, Ärzt*innen, Krankenhaus, Angehörige,...)
Übernahme und Organisation der Betreuung zu Hause
- Kommunikation mit den Klienten, den Angehörigen, dem Arzt.
Symptomkontrolle
Da sein und Zuhören.
- Kommunikation zum Thema HPC im Team, mit Hausarzt
Achtsamkeit beim Patienten
Notfallpläne mit Hausarzt erstellen
- Meine Kollegen zu unterstützen und die Aufgaben zu machen damit es gut klappt
- Mit Hausärzten und Apotheke, MPT kommunizieren. Fachliche Beratung Teamintern. Angehörigen Gespräche, Selbstmanagement unterstützen, fördern...
- Palliative Betreuung ist eine unserer Kernaufgaben - muss für alle Mitarbeiter ein wichtiges Thema sein!
- Mitarbeiter dabei unterstützen Palliative Situationen möglichst gut einzuschätzen, Belastende Symptome erfassen und eine möglichst optimale Systemkontrolle anzustreben.
- frühzeitig vorausschauende Gespräche mit den Betroffenen, Angehörigen, behandelnden Arzt zu führen und das Gelingen einer guten Palliativen Betreuung im Einzelfall anzustreben.
- Mit dem Träger abklären, dass Einsätze im Bedarfsfall ausgeweitet werden können, Sonderbereitschaft ist manchmal erforderlich und muss finanziell abgegolten werden.
- Regelmäßiger Austausch mit den Hausärzten im Rahmen eines monatlichen Jour fix.
- Nach einem Sterbefall wird gemeinsam kurz evaluiert, wie die Situation vom Team erlebt wurde, hätte es rückblickend Verbesserungsmöglichkeiten gegeben? Was hat belastet/entlastet?
- Von öffentlicher Seite einzufordern, dass die Strukturen bedarfsentsprechen angepasst werden, gute und in Einzelfällen sehr aufwendige Betreuung darf nicht zu einem Kostenproblem für einen Verein werden, unsere Vereine benötigen ausreichend sehr gut ausgebildetes Personal, insbesondere ein Palliativlehrgang wäre eine optimale Voraussetzung, es darf längerfristig keine Benachteiligung mehr gegenüber einem Anstellungsverhältnis im Krankenhaus geben, wir betreuen "ähnliches" Klientel wie im Krankenhaus, jedoch in einem tw. sehr mangelhaft angepassten Umfeld und oft ohne kurzfristige Erreichbarkeit eines Arztes!
- Erwarte mir durch eine gute Ausarbeitung des Themas in unserem Dokumentationssystem Transdoc, dass der einzelne Mitarbeiter eine Hilfestellung bei der Situationseinschätzung erhält, eine gute Dokumentation mit möglichst geringem Aufwand möglich ist.
- Vertrete Palliative Care auch gegenüber dem Vereinsausschuss und der Öffentlichkeit im Rahmen der JHV.
- Palliative Care im ambulanten Bereich bewusster zu machen, Qualität zu verbessern, transparenter zu machen...
- Palliative Care transparenter und bewusster zu machen, Qualität zu verbessern
- Palliative Pat. erkennen - das im Team zu kommunizieren - Kooperation mit Hausarzt - ambulantes Palliativteam - Angehörige - Krankenhaus ...
- Probleme im Frühstadium zu erkennen und Lösungen für Pat. und Angehörige zu finden;
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Palliativpflege im häuslichen Setting in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Mobilem Palliativteam, 24Stundenbetreuungen, und weiteren Systempartnern
- Schmerzsymptommanagement
- Palliativmappe an Patienten und Angehörige verteilen mit anschließender Beratung, Edukation, Begleitung
- Austausch mit Arzt
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen
- Pflege des Patienten

- Vernetzung und Koordination, Begleitung Sterbender und deren An/-Zugehörigen, Schmerz/Symptomkontrolle, Ansprechperson,
- Versuchen vor Ort die Betroffenen zu begleiten
- Vertretung des Teams in palliativen Belangen nach außen.
Betreuung von Patienten mit stark reduziertem AZ
- Weitergabe des Erfahrenen bei den Austauschtreffen und ev. Umsetzung des Gehörten.
- Wissen, Information, Handlungsbereiche, ...(mein Wissen, meinen Informationsstand) der Palliativbetreuung/Palliativpflege ins Team bringen und gut integrieren. Netzwerkpartner informieren, für Mitarbeit gewinnen - betrifft hauptsächlich Hausärzte.
Ansprechpartnerin für Kolleginnen/Kollegen sein.
Dem Sterben Raum geben - den höheren Betreuungs- und Pflegebedarf Sterbender in den Vordergrund stellen, Zeit schaffen für öftere Hausbesuche, Kommunikation mit Angehörigen, Hausärzten, Hospizbegleitung, mobilem Palliativteam, ...
Rituale schaffen - wie gehen wir im Team mit Tod/Sterben um?
- Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und Krankenhaus. Mit den Angehörigen die Ängste, Sorgen usw. besprechen. Begleitung von den Klienten, Wünsche und Fragen beantworten.

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

- Austausch Treffen und Austausch sind sehr wichtig. Leichte Kommunikation z.B. whats app Gruppe wäre wünschenswert.
- Bei uns geht's im Team eh ganz gut. Wir arbeiten gut mit Ärzten zusammen.
- bessere Zusammenarbeit mit Systempartnern wie Hausärzte und MPT
- Budget, Zeitressourcen, Mitarbeiter,
- Den Ärzten die Wichtigkeit der gelben Mappen noch mehr zu verdeutlichen.
Bessere Zusammenarbeit mit den Ärzten. Teilweise keine Reaktionen oder Rückmeldungen/ Sprache mit uns.
- ein klares Stellenprofil: was sind d. Aufgaben des Palliativbeauftragten
- Es gibt keine Personelle Ressource für diese Aufgabe, wir sind unterbesetzt und durch diese 1,5Jahre COVID alle am Limit
- Exaktes Rollenbild
- Mehr Kommunikation im Team
- Für mich ist die Rolle klar.
- Gute Vernetzung aller Partner
- In jedem Verein werden sich unterschiedliche Schwerpunkte ergeben, wenn bei jedem Verein "das-selbe" gewünscht ist, müsste diese Vorgabe von den Verantwortlichen konkret formuliert werden.
- Infos, Austauschtreffen beibehalten.
- keine besonderen Wünsche
- mehr Info an die PDL von oben
- Mehr Zeitressourcen - im Moment läuft meine Funktion als Palliativbeauftragte nebenher - tägliche Arbeitsaufwand sehr groß, kaum Zeitressourcen um Rolle zu erfüllen. Muss Zeit für Palliativbetreuung, Informationsweitergabe, Organisation, ... regelrecht rausschinden auf Kosten anderer Aufgaben, die Alternative sind längere Arbeitstage/Überstunden.
- Stabsstelle zu schaffen! Ganz klar definieren, dass man sich Zeit dafür nehmen kann um gezielte Hausbesuche zu tätigen. Nicht nur "nebenbei". Sollte ähnlich geführt werden wie AGP...
- Verbesserung der Kommunikation mit dem Hausarzt;
- Zeitreserven

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

- ??? Bin erst am Anfang meiner Tätigkeit als Palliativbeauftragte
- ausreichend zeitliche Ressourcen, kostenlose Fortbildungen, Möglichkeit einer akuten Fallbesprechung
- Dass vom Land diese Stelle definiert und unterstützt wird, es sind zu wenige Stunden die einberechnet werden, ist auch sehr von der Struktur und Größe des HKP abhängig. Im ländlichen Gebiet ist man viel mehr auf sich selbst gestellt was Palliativ Versorgung angeht!
- Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten gestaltet sich manchmal schwierig, auch die Entlassungen aus den Krankenhäusern laufen im Moment sehr schlecht ab. Wir würden uns bessere Information von Pflege zu Pflege wünschen.
- es benötigt Zeit für diese Aufgabe, diese ist bei chron. Personalmangel nicht gegeben
- Es würde zusätzlich Zeit benötigt und nicht nur Stunden "umschichten"
- Finanzielle Unterstützung
Zeitliche Unterstützung
Supervisor
Zeit für neue Entwicklungen
- Finanzierung von aufwendigen palliativen Betreuungssituationen im häuslichen Bereich darf nicht zu einem "Problem" für einen Verein werden, entspricht nicht der Kostenwahrheit, wenn in Wirklichkeit die Betreuung nirgends so kostengünstig erfolgen kann wie zuhause; Rufbereitschaften müssen überdacht werden, werden immer noch oft "ehrenamtlich" angeboten, weil es in Einzelfällen für das System sehr entlastend ist, wenn eine Pflegeperson im "Notfall" erreichbar ist.
- Fix eingeplante Zeit für Palliativarbeit - bereits im Dienstplan vorgesehen.
Ressourcen (Materialien, Budget, ...) wird im Moment größtenteils ehrenamtlich von mir durchgeführt. Offizielle "Anordnung" dass es ein Budget dafür braucht, es ist ermüdend immer um alles kämpfen zu müssen.
Möglichkeit schaffen, dass eine zweite Pflegefachkraft im Verein die Palliativausbildung macht. In knapp zwei Jahren steht meine Pensionierung an, möchte meine Arbeit/Aufgabe gut übergeben können.
Keine Reaktion von Seiten des Vorstandes - mein Fehler? Rolle zu wenig präsentiert?
- Ich bekomme zwar zeitliche Ressourcen bei der Begleitung von Sterbenden, ein anderer Mitarbeiter hat aber dadurch Mehrarbeit und nimmt mir Patienten ab. Personalschlüssel könnte angepasst werden, es fehlen dzt. noch ca. 30%.
Mehr zeitliche Ressourcen, d.h. im Dienstplan vorgemerkt z.B. 1 Tag freigestellt nur für HPC, dzt. organisiere ich vieles neben dem normalen Dienst oder in meiner Freizeit, kann aber die dafür erforderliche Zeit schreiben, auch wenn Überstunden anfallen.
- in der Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten - Notfallplan
MPT zeitnahe Einsätze vor Ort
- mehr Interesse von Seiten des Vereins
- Mehr zeitliche Ressourcen zur Umsetzung (z.B. Informationsmappe für Angehörige, Betreuerinnen)
- Momentan sind wir personell unterbesetzt - wir sind bemüht um eine weitere Fachkraft für unser Team zu finden - um mehr Zeit- Ressourcen für meine Aufgabe zu erhalten
- PDL
findet das Projekt unwichtig
und verwaltet meine gelben Mappen in einem verschlossenen Kasten
- Vom Obmann des Vereines, er sieht es als finanzielle zusätzliche Belastung, die der Verein zu tragen hat.
Besonders weil wir vorher schon auf eine gute palliative Pflege, Begleitung großen Wert gelegt haben und auch 2 Mitarbeiter einen Palliativlehrgang gemacht haben, sieht er keinen zusätzlichen Bedarf.
- von den Ärzten

- Wir haben Personalmangel und da kommt meine palliativbeauftragter Arbeit zu kurz.
- Wir sind dran, es gibt Gespräche noch mit dem Obmann.

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?

- Basislehrgang Fortbildungen mehrerer Kolleginnen. Die gute Zusammenarbeit, Hilfestellungen durch das Mobile Palliativteam.
Gelbe Mappe und Notfallplan vor über 10 Jahren als verbindliches Kommunikationsmittel Patient-Ärzte-KH-HKP-Angehörige
Mehr Platz, Gewicht bei Teambesprechungen
- bisher 5min in einer Teamsitzung um schnell die gelbe Mappe zu zeigen
- Das Thema HPC bei diversen Besprechungen präsent zu halten.
- Der Basiskurs und die Austauschtreffen.
- Die Hausärzte in die Pflicht zunehmen, Notfall Plan einfach vorlegen und bitten diesen auszufüllen, ohne große Erklärung, im Anhang Medikamentenliste von Hospiz Tirol, war sehr hilfreich und stieß auf breite Zustimmung. Braucht aber auch da Zeit, beim Hausarzt vorbei zu gehen und alles abzuholen inkl. Rezepte... Etc.
- Die Hospiz und Palliativ Care war vorher schon in unserm KPV verankert.
- Die Mitarbeiter wurden mit ins Boot geholt, sie stehen hinter dem Projekt und sind froh, dass sie durch d. Palliativbeauftragte eine kompetente Ansprechperson haben. PC wurde zum Thema gemacht, Sterben ist kein Tabuthema mehr, wir versuchen offen auch mit d. Pat. u. Angehörigen damit umzugehen.
Austauschtreffen mit den Hausärzten hat dazu beigetragen, dass die Kommunikation untereinander besser funktioniert und der Krisen-/Notfallplan immer öfter zur Anwendung kommt.
- Einführung der Gelben Mappe mit HCP Register, Information der umliegenden Hausärzte
- Einführung der gelben Mappe
Gespräche darüber und bereits vorhandenes in den Vordergrund holen
- Einführung der Gelben Mappe, mehr Zusammenarbeit, Gespräch mit den Hausärztinnen, klar werden der Schwierigkeiten die wiederholt auftreten
- Einführung der HPC Mappe
Gespräch mit Hausärztin bzgl Krisenplan usw.
Gespräch im Team
- erneuerte gelbe Mappe mit Beteiligung der Ärztekammer;
- Erst seit der Einführung. Vorher eher weniger
- Erstellung einer eigenen Palliativmappe
Gespräche mit Hausärzten
- Es war vorher schon so, jetzt ist mehr Know-How da. Läuft die Zusammenarbeit gut.
- Fallbesprechungen - Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Case und Carmanagement geplant
- Gelbe Mappe
- gelbe Mappe, gute Kommunikation mit Hausarzt
- Gespräch meinerseits mit Hausärzten (noch nicht alle, da gerade ein großer Wechsel war) um meine Arbeit als Palliativbeauftragte vorzustellen und den Notfallplan zu integrieren, Merkblatt wie einzelne Ärzte den Ablauf wünschen.
Sehr persönlich gestaltete Trauerkarten wurden von einer Kollegin und mir gestaltet und angefertigt, werden beim Tod eines Patienten an die Angehörigen versandt und ca. einen Monat nach dem Versterben wird nochmals ein Hausbesuch durch die Hauptbezugsperson bei den Angehörigen eingeplant. Ist auf positive Reaktionen von Seiten der Angehörigen aber auch von den Teammitgliedern gestoßen.
In den Teamsitzungen werden die einzelnen Situationen durchbesprochen, was ist gut gelaufen,

was ist verbesserungsfähig, wie ist es mir mit dem Sterben von Hr./Fr. XY ergangen. Anschließend wird eine Kerze entzündet und nochmals an die Verstorbenen gedacht - Ritual.

Bei Teamsitzungen wird immer wieder ein spezielles Palliativthema besprochen - meist aufgrund einer aktuellen Situation.

- Gut,
- HPC war (insbesondere durch die Absolvierung eines Palliativ-Basislehrgangs!) für mich bereits im Vorfeld ein sehr wichtiges Aufgabenfeld. Es ist für mich befriedigend, wenn nun von offizieller Seite Palliative Care jener Stellenwerte eingeräumt werden darf/kann, der ihm auch entspricht. Ich kann bei Hausärzten einfacher Gespräche mit Angehörigen insbesondere auch die Erstellung von Krisenplänen einfordern. Zusammenarbeit mit den Hausärzten hat sich positiv entwickelt. Palliative Gespräche werden nun offiziell als wichtig erachtet. Wir werden weniger von "Notfällen" sprich Krisensituationen überrascht.
Welche Schritte??
- die offizielle Erkenntnis: HPC ist eine unserer Kernaufgaben, es darf dafür Zeit aufgewendet werden
- die flächendeckende Verwendung einer Gelben Mappe wird angestrebt (wir können uns seit Jahren eine Arbeit ohne Gelbe Mappe nicht vorstellen)
- auf die Umsetzung von HPC im Dokumentationssystem Transdoc bin ich sehr gespannt
- Neueinstufung der Pat nach palliativem Bedarf
Notfallplanerstellung zusammen mit Hausarzt
Dokumentation
gelbe Mappe mit Palliativem Notfallblatt
- Organisatorische Abläufe
Notfallplan
- Palliative Care hatte bei uns auch vorher schon einen sehr hohen Stellenwert und wird vom Team mitgetragen.
- Schmerztherapie
- Spickt Zettel
Palliative Krisenplan
Neue gelbe Mappe
Schulungen und Austausch während der Teamsitzungen.
- Vorstellung beim Team und Obmann
Vorstellung bei den Ärzten
Auflegen der gelben Mappe zur Ansicht
Schriftliche Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Indikatoren, Dran bleiben
- wir hatten schon vor dem Projekt alle den Palliativkurs und waren gut strukturiert, bei uns hat sich eigentlich nichts geändert;
- Workshop HPC zuhause, Zielsetzung Anfang des Jahres für HPC

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

- wir benötigen mehr und gut ausgebildete Mitarbeiter, damit Zeitressourcen für Palliative Begleitung vorhanden sind.
- Dokumentationssystem Transdoc könnte im Bereich von HPC auch für weniger spezialisierte Mitarbeiter förderlich sein.
- Austausch mit die Hausärzte
Mehr fixe Zeitressourcen
- Bei uns läuft die Zusammenarbeit gut, vielleicht mehr Treffen. Ist eine Zeitfrage.
- bessere Informationen durch interdisziplinäre Einrichtungen (KH, Nachsorgestationen)
- Bessere Vernetzung mit allen Partner, besonders mit den ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern

- bessere Zusammenarbeit mit den einzelnen Systempartnern.
- Die Abbildung von HPC in der digitalen Patientenakte ist ausbaufähig.
- die können wunderbar integriert werden, wenn die Pfleger*innen das tun
- Dokumentationssystem verbessern
- Durch noch bessere Zusammenarbeit, zeitliche Ressourcen mit den Hausärzten. Mehr Runde Tische, Aufklärung der der Patienten und Zugehöriger, gemeinsame Visiten. Mehr Bewusstseinsbildung, dass Palliative Betreuung nicht nur die Terminale Phase beinhaltet, sondern viel früher beginnt.
- Einen Tag für Palliativ beauftragte um Hausbesuche bei Palliativ pat zu tätigen. Würde großes Vertrauen und Sicherheit stärken. Viel Organisatorisches könnte den Angehörigen abgenommen werden, und das ganze besorgen von Medikamente Formulare etc. ist etwas vom ermüdendsten und ärgerlichsten für Angehörige
- Einführung des Notfallsets
Die gelbe Mappe den Vereinsmitgliedern vorstellen und in den Gemeindeblättern veröffentlichen (Medienarbeit)
- Information an den Vorstand des KPV.
Stundenförderung überdenken und erhöhen, weil es sehr zeitintensiv ist.
Fortbildung und immer präsent halten in den Teamsitzungen
- mehr Personal, Zeit für Sonderaufgaben
- Mehr Zeit
- mehr Zeitreserven und strukturelles Vorgehen
- Mehrere Kolleginnen in Fortbildung PC schicken
- Möglichst viele Pflegefachkräfte mit Palliativkurs, immer wieder Gespräche mit den Hausärzten
- Pflege diagnose HPC.
- Pflegeplanung erstellen bei palliativen Patienten im Transdoc
HPC in den Statuten des KP Vereins einarbeiten
- regelmäßige Treffen mit den Hausärzten, da sie einer der wesentlichsten Partner in einer gelungenen Palliativen Situation darstellen, Kontaktaufnahme erfolgt eher einseitig. (KPV -----> HA)
- Thema muss Zeit haben zu reifen, noch ist es nicht im Alltag integriert, sehe meine Aufgabe auch darin, es immer wieder anzusprechen, darauf aufmerksam zu machen im Team.
Mein großes Ziel wäre, dass sobald Palliativbedarf besteht, die Planung, Dokumentation, ... so automatisiert abläuft wie z.B. bei Wundbehandlungen.
Möglichkeit schaffen, dass Dokumentation im Trans Dok auch für Palliativpatienten möglich ist - auch die Planung. Ist in Arbeit lt. letztem Austauschtreffen.

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

- 5 von 10 Kolleginnen haben den Interdisziplinären Palliativlehrgang absolviert. Palliativpflege hat schon seit Jahren einen hohen Stellenwert.
- Dachverband und Connexia sollten die PDL bitten, informieren, anweisen, dass wir Palliativbeauftragte den Sinn haben, das Projekt umsetzen zu dürfen im Team ...
in Bregenz ist dies bislang nicht der Fall,
da sind die gelben Mappen weggesperrt worden
- Ein wirklich tolles Projekt, da es mir persönlich ein Anliegen ist, Menschen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung, aber vor allem auch Angehörige im Sterben zu begleiten.
- Hospiz und Palliativ Care braucht Zeit, die leider in der durch Personalmangel geprägten Zeit nicht immer da ist.
Wünschen würde ich mir auch, dass sich die ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen regional bei den KPV`s vorstellen bzw. melden. Vielleicht wäre die Zusammenarbeit dann einfacher. (örtliche bzw. regionale Ansprechperson)

- Ich bin überzeugt, dass es ein Schritt in die richtige Richtung ist und bin dankbar diese Funktion ausüben zu dürfen.
- Ich hoffe, dass die Begeisterung, Wahrnehmung, Wichtigkeit für die Thematik, die ich bei den Treffen wahrgenommen habe, anhält.
In Zukunft sehe ich die größte Herausforderung bei der Personalsituation (Pflege, Ärzte, Betreuung)
- Mehr Präsenz in den Medien - Tageszeitungen, Fernsehbeiträge. Es ist so ein wichtiges Thema, wir leisten sehr gute Arbeit, ich finde es wichtig, dass auch aufzuzeigen!
Noch immer falsche Vorstellungen seitens der Bevölkerung bezüglich Palliativstation, Hospiz am See, Palliativbetreuung daheim, ... schade. Dem könnte man entgegenwirken.
- Mehr Wissen fördern
Master in PC fördern
Notfallplan sollte digitalisiert werden und über ecard eingesehen werden
- Muss aufpassen, dass man Menschen nicht in die Pflege zu Hause "drängt". Man hat den Eindruck mit 24h Hilfe kann man alle sofort aus KH nach Hause schicken... Kein Rehabilitativer Ansatz mehr festzustellen. Es gibt keine Wahlmöglichkeit da keine Heim-, Hospiz- oder Palliativstationsplätze vorhanden...
- ohne die personellen und zeitlichen Ressourcen kann es leider nicht funktionieren
- Schwierig ist es, wenn mehrere Erwachsenenvertreter bei einem Menschen sind. Hatten wir eine komplizierte Geschichte. Es ist schon wichtig in Würde zu sterben.
- Würde es besser finden, wenn Dinge wie z.B. die Pflegediagnose HPC ausgereifter auf den Tisch kommen (zu viele Köche verderben den Brei).
- Wurde von einem Hausarzt (nicht aus unserem Sprengel) sehr enttäuscht. Die gelbe Mappe kam ohne Eintragungen zurück. Auf sie Bitte um einen Anruf folgte keine Reaktion. Patient*in erfüllt alle Indikatoren (Herzinfarkt, Hirnblutung, Schlaganfall lange Dialysepatient*in und wiederholte Krankenhausaufenthalte. War und ist sehr frustrierend.
- Zusammenarbeit mit Hausarzt oft schwierig, da Hausärzte nicht zu HPC zuhause informiert sind, oder das Thema Palliativ ist beim Hausarzt zweitrangig bzw. das Verständnis dafür lässt zu wünschen übrig

9.2. BEFRAGUNG OPERATIVE FÜHRUNGSKRÄFTE – ANTWORTEN AUF OFFENEN FRAGEN

Wie haben Sie von dem Projekt erfahren?

- Connexia (19x)
- Landesverband Hauskrankenpflege (8x)
- Durch die Teilnahme im Rahmen des Projektes
- Fachbereichsleitung, Hospizbewegung
- Forum Pflegeleitung
- Information via Projektbetreuer
- Pflegeleitersitzung
- Über Palliativverantwortliche

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

- Aufklären der Bevölkerung
- Das Projekt mit seinen Zielen sind verständlich
- Information auch an Hausärzte
- Info ist ausreichend
- Informationen über die Veranstaltung und Austauschtreffen von den Palliativbeauftragten in unserem Stützpunkt

- Kleinere Gruppen zum Austausch
- Kurze aussagekräftige Broschüren
- Medienpräsenz, mehr Informationen an Ärzte, besseres Annehmen der gelben Mappe der Ärzte
- Nichts
- Projektziele klar formulieren und regelmäßige Info bezüglich Projektentwicklung. Projektgruppe wirkt in sich abgeschlossen.
- Regelmäßig Austausch mit anderen HPC Beauftragten
- Wir hatten bis jetzt keinen Palliativbeauftragten im Team und somit zu wenig Aufklärung
- Ziel von HPC zuhause scheint klar.

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?

- Abstimmung untereinander
- Angehörigenarbeit
- Arzt informieren
- Aufgestellt und strukturiert gewesen, das Projekt hat uns nicht viel Neues aufgezeigt.
- Ausreichend Pflegepersonal um notwendige zeitliche Ressourcen der Arbeitsgruppe bereitstellen zu können
- Austausch mit den Verantwortlichen des Projektes und Fachbereich
- Beauftragte, die HPC weiterentwickelt
- Beauftragten zu finden, gelbe Mappe
- Beim Patienten vor Ort mit dem Arzt vom Palliativteam und den Angehörigen ausfüllen und besprechen
- Benennen von zuständigen Personen
- Deutliche Zunahme an komplexen Palliativ Situation mit Symptomlast
- Die Integration im Dokumentationssystem Transdoc scheint u. a. ein wesentliches Zeichen dafür, dass HPC "angekommen" ist
- Die momentane Erneuerung ist bei der Dokumentation das palliative Assessment.
- Diese durch Fortbildungen fördern
- Einführungstage für Palliativverantwortliche und spätere Treffen sind eine gute Motivation HPC-zuhause (eine unserer Kernaufgaben) laufend weiter zu entwickeln.
- Einstufung unserer Patienten auf palliativen Bedarf
- Es muss in den verschiedensten Gremien (in der Vereinsstruktur, im Fachbereich Pflege/Info über Connexia, in der Information an die Krankenpflegevereinsmitglieder und Klienten, in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten und natürlich innerhalb des Pflegeteams) immer wieder thematisiert werden.
- Es wird mehr darüber gesprochen
- Gelbe Mappe
- Gute Zusammenarbeit mit der Hausärztin
- Hatten wir vor dem Projekt schon
- Im Zusammenhang mit HPC-zuhause wurde mit den Hausärzten mit einem monatlichen Jour fix begonnen, wurde die Zusammenarbeit enger, insgesamt verbessert, wir (- und unsere Klienten) profitieren gegenseitig davon.
- Information der Obleute, Palliativbeauftragte FB, laufende Austauschtreffen
- Informationen an alle Mitarbeiter
- Installation der Palliativbeauftragten im Team. Zeitliche Ressource für die Palliativbeauftragte für IST-Zustand Erhebung, Einführung von Verbesserungen, Evaluierungen usw. Zeitliche Ressource für die Weitergabe an das gesamte Team.
- Kann ich nicht beurteilen
- Kommunikation im Pflegeteam und mit Systempartner

- Krisen- und Notfallfallplan in gelber Mappe
- Medikamentöse Notfallpläne zusammen mit Hausarzt erstellt und in der gelben Mappe für Kollegen und Ärzte zugänglich
- Palliative Austauschtreffen
- Palliatives Notfallset
- Schulen von Palliativbeauftragten, Austausch, gelbe Mappe, verankern im Transdok
- Sichtbar machen der palliativen Pflege. Den Focus schärfen. Das Projekt dem Vorstand vorstellen.
- Teamsitzungen
- Ursprünglich werden viele Leistungen sichtbar gemacht in dem Sie aufgezeigt werden. (Kollegin in Ausbildung Palliative Care)
- Vereinheitlichung der Dokumentation durch die gelben Mappen; Möglichkeit die Notfallmedikamente einfacher zu bekommen;
- Vernetzung der einzelnen Vereine untereinander und regelmäßiger Austausch.
- Wir hatten davor schon Palliativbeauftragte, das Projekt ist deshalb nur erweiternd bzw. als Bestätigung für unsere bisherige Arbeit
- Wir hatten schon vor dem Projekt alle im Team den Basiskurs Pall. Care absolviert und sind schon vorher in diesem Thema gut geschult bzw.
- Wir haben vor dem Projekt schon eine sehr gute Palliativ Care im Verein und im Team gelebt. Wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Hausärztin, dies beruht auf Gegenseitigkeit. Ein guter Austausch mit gemeinsamen Visiten beim Pat. werden regelmäßig durchgeführt.
- Wir hatten vorher schon alle im Team den Basispalliativkurs gemacht, für uns hat sich eigentlich nicht viel geändert
- Wurde gut von der Connexia organisiert einheitliches Vorgehen Gelbe Mappe
- Zeitressourcen neben der Pflege einplanen

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

- Alle Ärzte sollen mitmachen. Sind Ärzte über HPC zu Hause informiert??
- Aufklärung, Systempartner mit ins Boot holen
- Bereitschaft der 24h-Betreuung einen Palliativpatienten zu Hause zu betreuen.
- Bessere Aufklärung und Schulung der Ärzte
- Bessere Zusammenarbeit mit den Hausärzten
- Bessere Zusammenarbeit mit Hausärzten
- Breit gefächerte Info an alle KPVs, Aufklärungsarbeit, erneute Bekanntgabe, welche Ziele das HPC hat und alle MA der Hauskrankenpflege motivieren
- Das war immer schon in der Hauskrankenpflege integriert und ein großer Bestandteil
- Das wurde bereits vor dem Projekt bei uns integriert und ist tägliche Arbeit
- Die Gremien wirken sehr abgeschottet - eine Öffnung der Gremien und eine strukturierte Kommunikation und Diskussion (auch mit eher kritischen Geistern) wäre sicher hilfreich
- Die zeitliche Ressource muss weiterhin gegeben sein! Weiter regelmäßige Austauschtreffen der Palliativbeauftragten der verschiedenen Vereine.
- Gutes Basiswissen im Bereich von HPC ist von großer Bedeutung, möglichst viele weitere Mitarbeiter sollten den Basislehrgang für Palliative Care absolvieren!
- Höherer Personalschlüssel
- Infostände bei Veranstaltungen von den Krankenpflegevereinen
- Läuft bestens, aber mehr Zeit für HPC Beauftragte, ist ab Juni fix geplant
- Mehr Zeit! gute Information für Mitarbeiter und Klienten Öffentlichkeitsarbeit
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung durch Palliativbeauftragte aufrechterhalten
- Regelmäßiger Austausch

- Regelmäßiger Austausch zwischen Pflege, Ärzte, Angehörige bzw. Systempartner die in einer palliativen Situation beteiligt sind.
- Sonderrufbereitschaft für Palliativpatienten sollte möglichst unkompliziert möglich sein und adäquat verrechnet werden
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, bessere Erreichbarkeit der Ärzte
- Vorstellung der Mappe bei Jahreshauptversammlungen
- War bereits integriert
- Weitere Austauschtreffen 2x jährlich
- mehr personelle Ressourcen, spezielle Fortbildungen
- Verantwortungsbereich der Hausärzte zur Mitarbeit.

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

- Abrechnungsmöglichkeit vom Zeitaufwand
- Arzt - Austausch über Pat mit palliativem Bedarf
- Auf allen Ebenen dranbleiben!
- Austauschtreffen krankenkopfvereinsübergreifend
- Bessere Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Gebrauch der gelben Mappen
- Die Doku straff halten, nicht zu viel "Papierkram" verursachen
- Die erforderlichen Ressourcen müssen immer zur Verfügung gestellt werden
- Die gelbe Mappe im Krankenhaus / Palliativstation schon bei der Entlassung ausgefüllt mitgeben;
- Dienstbesprechung: Besprechung der Pat mit palliativem Bedarf
- Dran bleiben
- Gute Regelungen für Sonderrufbereitschaften suchen!
- HCP sichtbar machen, Austausch von Informationen unter den Vereinen
- Immer wieder Infos an die KPVs schicken, Ziele des HPCs nennen, sodass alle MA der Hauskrankenpflege mitbekommen, was HPC ist und wofür es steht
- Kommunikation
- Kommunikation im Pflorgeteam und mit Systempartner
- Kontaktaufnahme des Palliativteams mit der HKP
- Laufender Austausch, Vernetzung, Fortbildungen,
- Öffentlichkeitsarbeit (Gemeindeblatt/Regionalanzeiger....etc.....).
- Oft kurzfristig starke Schwankungen in der Arbeitsbelastung, flexibler Einsatz der Mitarbeiter muss honoriert werden (nirgends ist eine Betreuung und Pflege von Palliativpatienten so kostengünstig möglich wie zuhause!)
- Regelmäßiger Austausch auch mit anderen Vereinen
- Regelmäßige Austauschtreffen der Palliativbeauftragten
- Regelmäßige Austauschtreffen, Fortbildungen
- Ressourcen schaffen, Steuerungsgremien mit mehr Führungspersonen besetzen.
- Schulungen für alle Mitarbeiter
- Siehe oben - das Projekt bringt nichts wirklich Neues, wurde alles von uns schon lange gemacht
- Weiterbildungsmöglichkeiten nutzen
- Zeitliche Ressourcen dafür einplanen und beim Personalschlüssel beachten.
- Zeit zur Verfügung um gute Begleitung zu machen

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

- Auch sie sollten verpflichtend in palliative Fortbildungen eingebunden werden
- Durch die KPVs?! Persönlich anschreiben

- Einfacherweise indem sie in den Emailverteiler aufgenommen werden und über die Formulare, Ergebnisse usw. der Sitzungen ebenfalls informiert werden und im Bilde sind
- Einladungen zur Jahreshauptversammlung
- Einträge ganz klar von den Ärzten fordern.
- Es geht um das Interesse und die Haltung der Ärzte.
- Frühzeitiges Ausfüllen des Krisen- bzw. Behandlungsplanes besonders bei Demenzkranken
- Gespräche
- Hartnäckig bleiben und die Ärzte immer wieder an die gelbe Mappe erinnern.
- Information über das Projekt, aktive Teilnahme an Austauschtreffen (ist eher utopisch)
- Keine Ahnung
- Kommunikation mit den Ärzten
- Lustig - wäre das erste Mal, dass die Hausärzte sich an etwas orientieren, was sich außerhalb ihres Wirkungskreises befindet
- Mehr Hausärzte, die Ärzte sind extrem ausgelastet
- Mehr Info durch die Ärztekammer? In unserem Verein haben wir das Gefühl, der Bittsteller zu sein. Ärzte und Ärztinnen sollte langsam klar sein, dass wir in der Pflege keine Assistenten sind, sondern gleichwertige Systempartner die gemeinsam für die PatientIn das beste rausholen. Nach wie vor müssen wir auf die Ärzt*innen zugehen. Warum sind die Ärzt*innen so erstaunt über dieses Projekt, wenn wir davon berichten. Sie müssten doch ebenfalls informiert sein?
- Mehr Infos über Krankenpflegevereine durch die Ärztekammer an die Ärzte - sie kennen die einfachen Gesetze nicht; z. B. dass wir immer eine schriftliche Anordnung brauchen (bei mediz. Tätigkeiten)
- Möglichst viele Ärzte nehmen an einem Palliativ-Basislehrgang teil!
- Nur bei einem von 4 Ärzt*innen wird Palliativmedizin für uns ersichtlich gelebt. Die anderen haben m.E. zu wenig Information/Fortbildung in diesem Bereich.
- Regelmäßig Besprechungen
- Regelmäßige Treffen im interdisziplinären Team, gemeinsames Evaluieren, Nachbesprechungen was gut und was weniger gut gelaufen ist.
- Rückmeldung (Fallnachbesprechung)
- Sie haben kein Interesse noch mehr Zettel auszufüllen
- Sie müssen auch von Seiten der Ärztekammer und bei Ärzte interner Fortbildungen dafür sensibilisiert werden.
- Vermutlich benötigen auch Ärzte Kommunikationstrainings!
- Was möglich ist wird eh gemacht, es hängt dann einfach vom Wollen und "Charakter" des Arztes ab;
- Vorstellung des Projekts bei den Hausärzten evtl. durch Dachverband
- Wenn Ärzte Interessiert sind, dann sind sie dabei !!!!!!!!!!!!!!!

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

- Bessere Schulung der Ärzte.
- Die Fortbildungen und Austauschtreffen festigen die Kompetenz zum Thema im Team.
- Durch das Projekt hat unser Tun ein Name, die Zusammenarbeit mit den Ärzten hat sich verbessert, wichtige Instrumente wurden umgesetzt.
- Es ist sehr begrüßenswert, dass ein zentrales Thema in der mobilen Pflege mit dem Projekt HPC-zuhause jenen Stellenwert erhalten hat, der ihm zusteht. Nun liegt es an jedem einzelnen von uns, die Anliegen von HPC im Alltag umzusetzen.
- Einerseits ist oft herausfordernde und manchmal ressourcenintensive Betreuung und Pflege notwendig um eine gute Symptomkontrolle und Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen, andererseits muss darauf geachtet werden, dass die momentan vorhandenen Ressourcen nicht überstrapaziert werden.

- Für den optimale Ausführung sind mehr Mitarbeiter nötig.
- Grundsätzlich ist das Thema HPC gut gestartet, im Alltag zeigt sich trotzdem in jeder einzelnen Betreuungssituation, dass die Arbeit, losgelöst vom Projekt immer wieder neu fordert und nach guten Lösungen gesucht werden muss.
- Gute Idee, gutes Projekt, weiterhin regelmäßige Treffen mit anderen HPC Beauftragen
- Habe noch zu wenig Informationen von unserem Beauftragten
- HPC ist ein sehr gutes wichtiges Projekt für die Zukunft.
- Schade, dass vom Bund nicht gesehen wird, was in den einzelnen Bundesländern vor so einem Projekt schon präsent ist, das Geld könnte individueller verwendet werden!
- Schön das der Fokus auch auf diesen Teil unserer Arbeit gelenkt wird
- Was ist zu tun mit den gelben Mappen nach dem Versterben des Klienten, weil wir ja nachher nicht immer nochmals Hausbesuche machen?
- Wenn das Geld in Förderungen gesteckt würde, damit jede Pflegeperson den Palliativkurs machen könnte, wäre das Geld wahrscheinlich nachhaltiger angelegt!
- Würde mich freuen, wenn es in allen Ebenen angenommen würde....
- Zukunft Stabsstelle (Bezirksbezogen) im Bereich der Palliativcare.

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