

0 033 301

Bachelorarbeit

Sicherung der Palliativversorgung bei vulnerablen Gruppen, insbesondere Menschen ohne Obdach

Eingereicht von

Laura Fasching

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc. MSc.

Graz, 19.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, 19.03.2020

Laura Fasching e.h.

1 Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	i
Tabellenverzeichnis	i
Zusammenfassung	ii
Abstract	iii
1 Einleitung	1
1.1 Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich	4
1.2 VinziDorf-Hospiz	6
1.3 Palliativversorgung Weltweit	7
1.4 Pflegerelevanz des Themas	7
1.5 Fragestellung und Forschungsziel.....	11
2 Methode.....	12
2.1 Literaturrecherche.....	12
2.2 Suchstrategie.....	13
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	13
2.4 kritische Bewertung der Studien.....	14
3 Ergebnisse	15
3.1 Vorstellungen eines „guten“ / „schlechten“ Todes, Wünsche am Lebensende	21
3.2 Erschwerter Zugang zu Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach	22
3.3 besondere Bedürfnisse, komplexe Versorgung und Krankheitsverläufe.....	24
3.4 kontroverse Vorstellungen von pflegerischer und medizinischer Versorgung am Lebensende seitens Gesundheitspersonal und Menschen ohne Obdach.....	26
4 Diskussion.....	27
5 Forschungs- und Praxisempfehlung.....	32
5.1 Forschungsempfehlung	32
5.2 Praxisempfehlung.....	32
5.3 Limitationen	35

6	Schlussfolgerung.....	35
7	Literaturverzeichnis	37
8	Anhang	40
8.1	<i>Bewertung der Studien anhand des MMAT Mixed Methods Appraisal Tools</i>	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (© Hospiz Österreich, ÖBIG)	5
Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011).....	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL	13
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	16

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Obdachlosenzahl liegt in Österreich bei rund 13.900 Personen. Diese Menschen erfahren in vielen Dingen des alltäglichen Lebens Benachteiligung. Sei es am Arbeitsmarkt, bei der Wohnungssuche oder auch im Gesundheitswesen. Der Zugang ist erschwert, die Behandlungen mangelhaft und der zwischenmenschliche Umgang nicht immer respektvoll. Aufgrund der Normalität des Sterbens auf der Straße und der Unwissenheit, an wen man sich am Lebensende wenden soll, sterben viele unter weniger würdevollen Bedingungen.

Ziel: Das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, die Barrieren, Pflegebedürfnisse und Praxisempfehlungen bezüglich des Zugangs zu Palliativversorgung und Hospiz für Menschen ohne festen Wohnsitz kundzugeben. Der Schwerpunkt liegt dabei, auf den individuellen Lebens- und Verhaltensweisen und den Wünschen dieser Gruppe am Lebensende. Dies soll der Pflege einen Anhaltspunkt vermitteln, um den Weg dieser Menschen würdevoller gestalten zu können. **Methode:** Anhand eines Literaturreviews sollen die Barrieren, die Menschen ohne Obdach beim Zugang zu Gesundheits- und Palliativversorgung überwinden müssen und deren Wünsche am Lebensende dargestellt werden. Die Recherche wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Weiteres wurde auch in GoogleScholar eine Handsuche durchgeführt. Die Suche ergab 10 passende Studien. Im Anschluss wurden die ausgewählten Studien mit Hilfe des MMAT Bewertungsbogen bewertet. **Ergebnisse:** Für Menschen ohne Obdach ergibt sich durch zu strenge Auflagen und Verhaltensregeln in Institutionen, durch das Unverständnis und Unwissen seitens der Gesundheitsdienstleister gegenüber Obdachlosen und deren speziellen Verhaltensmuster und Bedürfnissen und durch Identifikationsprobleme ein erschwerter Zugang zu Gesundheitsdiensten und Palliativpflege. Der Mangel an spezialisierten Diensten behindert zudem die richtige Betreuung dieser Menschen. Auch die Vorstellungen, wie Pflege und insbesondere Palliativpflege von statten gehen soll, variiert stark zwischen Pflegepersonen und obdachlosen Menschen. **Schlussfolgerung:** Die Wünsche und Ängste der Obdachlosen sind denen der restlichen Bevölkerung sehr ähnlich. Der Zugang zur Gesundheits- und Palliativversorgung ist deutlich erschwert und muss an die speziellen Bedürfnisse dieser Gruppe angepasst werden.

Suchbegriffe: homeless, palliative care

Abstract

Background: The number of homeless people in Austria amounts to 13.900. These people experience disadvantages within their daily lives on a regular basis. Prejudices against the homeless can be felt by derelicts, when looking for work or an apartment or even within the health care setting. Their access to health care might be strained, their treatment be inadequate, and their interpersonal relationships are not being respected. The trivialization of dying on the street and not knowing who to contact at the end of life might lead to many homeless people dying in less dignified conditions. **Aim:** This thesis aims to disclose the barriers, care needs and recommendations for practice regarding the access of palliative care and hospice care for people without a permanent residence. The focus lies on the individual way of living, the attitudes towards and the wishes at the end of life for this group of people. This should give an informative basis for nurses in order to positively influence the quality of life and the palliative care for this people. **Methods:** This literature review demonstrates the barriers that homeless people have to overcome in order to receive quality health or palliative care and their needs and wishes at the end of their lives. A literature research in the relevant search engines PubMed and CINAHL has been carried out. Furthermore, the search has been supplemented by an Internet search in Google Scholar using a reference list. At least 10 studies have been selected and evaluated with the MMAT critical appraisal tool. **Results:** Due to too strict conditions and guidelines used in institutions, a lack of understanding and an ignorant attitude on the part of health service providers towards homeless people and their special behaviour and needs, accessing the health care and especially palliative care setting is more difficult for those people. Furthermore, there are not enough specialized services for the homeless. Besides the idea of nursing and palliative care vary between homeless and caregivers. **Conclusion:** The desires and fears of homeless people, concerning the end of life, are very similar to those of the rest of the population. Accessing health care services and palliative care setting is significantly more difficult and have to be adapted to the specific needs of this group.

Key words: homeless, palliative care

1 Einleitung

Wohnungs- und Obdachlose Menschen sind aus vielen Dingen des alltäglichen Lebens ausgegrenzt. Sei es im Wohnungsmarkt, in Bildung und Ausbildung, im Arbeitsmarkt, aber auch in der Gesundheitsversorgung. Sie erfahren häufig Stigmatisierung und Diskriminierung, wodurch viele dieser Menschen sozial sehr isoliert, ohne Normalität und einem verlässlichen Rückhalt sozialer Beziehungen leben (Rosenke 2016).

Die Zahl der in Österreich 2017 als wohnungslos registrierten Menschen beläuft sich auf 21.567 Personen, davon waren rund 13.900, also rund 64,45% Personen, als obdachlos gemeldet und 8.700 (40,34%) Personen lebten in einer Einrichtung für Wohnungslose, das sind um 3.798 Personen (17,6%) mehr als im Jahr 2008 (Till et al. 2018). Es ist festzustellen, dass überwiegend Männer (8.913), der 2010 ermittelten 12.103 Personen, an Wohnungslosigkeit leiden. Jedoch ist davon auszugehen, dass Frauen häufig bei Bekannten und Verwandten unterkommen, um nicht als wohnungslos zu gelten. Die am Stärksten besetzte Altersgruppe dieser Personen liegt bei den 15-29-Jährigen mit 3.711 Personen. Insgesamt leben 90,5% der Wohnungslosen in den sechs größten Städten Österreichs Wien, Graz, Linz, Innsbruck, Salzburg und Klagenfurt (Bauer & Klapfer 2015).

Die Gruppe der Obdachlosen, die am Stichtag dem 31.10.2012 laut abgestimmter Erwerbsstatistik erhoben worden ist (gesamt 6.701 Menschen mit Hauptwohnsitzbestätigung = Obdachlos), setzt sich aus 5.164 (77,1%) männlichen und 1.537 (22,9%) weiblichen Personen zusammen. Interessant ist, dass es sich dabei um 2.655 (39,6%) männliche und weibliche Personen zwischen 15 und 29 Jahren handelt und sogar 134 Personen (2%) unter 15 Jahre alt sind (Bauer et al. 2015). Ähnlich die Situation in Amerika. 2018 ermittelte man 552.830 Menschen als obdachlos, 36.361 davon waren Jugendliche. 89% aus dieser Gruppe waren im Alter von 18 und 24 Jahren und 11% waren unter 18. Oft lässt sich die Obdachlosigkeit von Jugendlichen auf familiäre Konflikte zurückführen. Zudem kommen wirtschaftliche Faktoren wie Armut, Wohnunsicherheit, Rassendisparitäten, aber auch psychische Probleme und die Abhängigkeit von Substanzen. Interessant ist, dass homosexuelle Jugendliche, schwangere und

erziehende Jugendliche, Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen und Behinderungen mit größerer Wahrscheinlichkeit obdachlos werden (National Alliance to End Homelessness 2019).

Laut der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ist die Zahl der Obdachlosigkeit in den OECD Ländern 2015 in Neuseeland mit ca. 1% (40.000 Personen) der Gesamtbevölkerung am höchsten. Eine weitere große Anzahl an Obdachlosen gibt es in den Vereinigten Staaten mit mehr als 500.000 und in Australien und Frankreich mit mehr als 100.000 obdachlosen Personen. Wie sich diese Situation in der Zukunft entwickelt wird, lässt sich nur schwer einschätzen. So ist die Zahl der Obdachlosen in Dänemark, England, Niederlande, Italien, Irland und Neuseeland in den vergangenen Jahren angestiegen, jedoch in Finnland und den Vereinigten Staaten zurückgegangen (Chamie 2017).

Wichtig zu erwähnen ist, dass Wohnungslosigkeit von Obdachlosigkeit zu unterscheiden ist. Als wohnungslos gelten Menschen, die in Wohnungsloseneinrichtungen wie Übergangwohnheimen, Asylen und Herbergen, in Frauenhäusern oder Einrichtungen für Migranten wohnen, ebenso aber auch Menschen, die aus Institutionen wie Krankenhäusern in ungesicherte Wohnverhältnisse entlassen werden. Auch Bewohner von Dauereinrichtungen für Wohnungslose zählen hierzu (FEANTSA 2005).

Als obdachlos gelten Menschen ohne Unterkunft, die auf der Straße oder an öffentlichen Plätzen wohnen oder sich in Parks oder unter Brücken und ähnlichem aufhalten. Obdachlos sind aber auch Menschen in Notunterkünften, die keinen festen Wohnsitz haben und in Wärmestuben, Notschlafstellen oder anderen niederschweligen Einrichtungen übernachten (FEANTSA 2005).

Warum kommen Menschen in diese schwere Situation? Zu den Gründen der Obdachlosigkeit zählen Gründe, wie

- steigende Wohnkosten
- prekäre Mietverhältnisse/Arbeitsverhältnisse
- materielle Armut
- persönliche Gründe wie Krankheits- und Todesfälle, Trennung
- Schulden
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Gewalt des Partners ein Auslöser für diese Situation sein (Rosenke 2016).

Die Folgen von Obdachlosigkeit sind sehr vielfältig.

- sichtbarer Verwahrlosung und Verelendung
- psychische Probleme
- fehlende medizinische Betreuung
- keine oder minderwertige Medikamente
- unzureichende Hygiene durch mangelnde Waschgelegenheiten
- schmutzige Kleidung
- fehlende körperliche Erholung
- unzureichende und/oder unausgewogene Ernährung
- Suchtverhalten und Abhängigkeit von Drogen (youngCaritasOÖ 2015).

Aufgrund der Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den Bewältigungsressourcen, den Erholungsmöglichkeiten, der gesundheitlichen Versorgung und im Gesundheits- und Krankheitshandeln besteht ein höheres Krankheits- und Sterberisiko in dieser Gesellschaft.

Wohnungslose Menschen leiden aufgrund ihrer Lebensumstände häufig an einem schlechteren Gesundheitszustand, der die Entstehung von Erkrankungen der Verdauungsorgane, von Herz- und Kreislauferkrankungen, aber auch von Haut- und Zahnerkrankungen begünstigt. Die Sterblichkeitsraten bei Obdachlosen sind bedeutend höher als bei der Allgemeinbevölkerung (Aldridge et al. 2018). Man geht davon aus, dass Menschen, die unter Wohnungslosigkeit leiden, um ca. 20 Jahre früher sterben, als die, die in einer Wohnung leben. Das Sterberisiko ist für Menschen, die an psychischen Erkrankungen oder Leberzirrhose leiden, am

höchsten. Diese Erkrankungen sind bei Menschen ohne Wohnung zehnmal häufiger für den Tod verantwortlich als in der Gesamtbevölkerung (Till et al. 2018).

Armutsbetroffene Menschen nehmen das Gesundheitssystem als eine „zwei-Klassen-Medizin“ wahr. Längere Wartezeiten auf Therapien und Behandlungen, wenig Zeit für die Patienten und Patientinnen während der Behandlung, Stigmatisierung und Ängste. Auch die „Nicht-Leistbarkeit“ von Gesundheitsleistungen durch zu hohe Selbstbehalte oder der fehlende Ersatz an Kosten stellen wesentliche Probleme dar. Wodurch Heilbehelfe, Brillen, Schuheinlagen oder auch Hörgeräte nicht finanzierbar sind. Ein weiteres Problem gibt es bei der Finanzierung der Medikamente. Medikamente, die von der Krankenkasse zuvor jahrelang bezahlt wurden, werden plötzlich nicht mehr finanziert und können in der Regel privat nur selten bezahlt werden. Dasselbe gilt für Therapien und Behandlungen. Aufgrund dessen müssen armutsbetroffene Menschen auf existenzielle Behandlungen verzichten. Vor allem die „Nicht-Leistbarkeit“ von Psychotherapien stellt einen zentralen Punkt dar. Der Zugang zu diesen Leistungen ist ein weiterer wesentlicher Faktor, der für diese Menschen erschwert ist, da man auf krankenkassenfinanzierte Leistungen lange warten muss und diese meist auf eine gewisse Anzahl an Plätzen beschränkt sind (Florian Riffer & Schenk 2015).

1.1 Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Im Jahr 1999 erfolgte erstmals die Verankerung der Hospiz- und Palliativversorgung im österreichischen Gesundheitssystem. Der flächendeckende Auf- und Ausbau von Palliativstationen in den Akutkrankenhäusern wurde 2001 zwischen dem Bund und den Bundesländern vereinbart und geplant. Somit war der erste Schritt zu einem umfassenden Hospiz- und Palliativversorgungskonzept in Österreich getan. Der Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung besteht in allen Bereichen der Gesundheits- und Pflegeversorgung wodurch sich das Ziel einer möglichst breit verankerten Hospiz- und Palliativbetreuung in der Grundversorgung ergibt. Diese Grundversorgung soll durch spezialisierte Betreuungsangebote unterstützt werden (Bundesministerium Soziales 2019).

Um eine adäquate Palliativversorgung gewährleisten zu können, erfolgt diese in einem abgestuften System, wodurch kann die Versorgung individueller von statten gehen. Dazu werden spezialisierte Versorgungsangebote benötigt, die sich neben den traditionellen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einfügen.

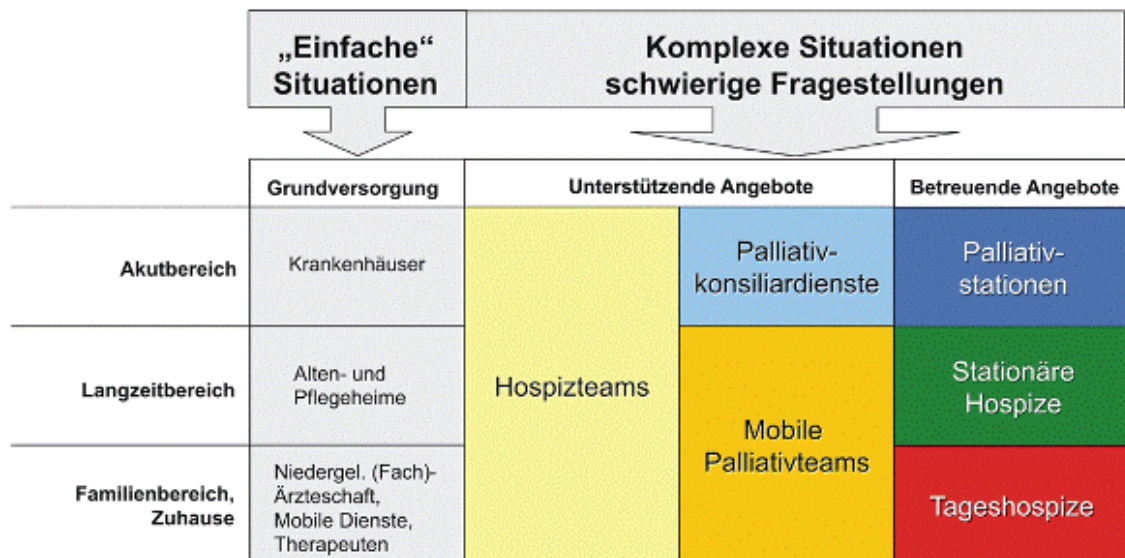


Abbildung 1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (© Hospiz Österreich, ÖBIG)

Palliativstationen: Übernahme der Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können.

Stationäre Hospize: Ununterbrochene Versorgung von Palliativpatienten und -patientinnen in besonders komplexen Situationen, mit dem Fokus der pflegerischen und psychosozialen Betreuung.

Tageshospize: Tägliche Betreuung von Palliativpatienten und -patientinnen, die einen überwiegenden Teil ihrer Zeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, wodurch das betreuende Umfeld tagsüber entlastet wird.

Palliativkonsiliardienste: Unterstützung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatienten und -patientinnen.

Mobile Palliativteams: Unterstützung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Gesundheits- und Sozialversorgung außerhalb des Krankenhauses mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatienten und -patientinnen.

Hospizteams: Begleitung von Palliativpatienten und -patientinnen sowie deren Angehörigen in allen Versorgungskontexten (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Neben diesen oben erwähnten spezialisierten, unterstützenden Angeboten der Palliativversorgung, nimmt das Vinzi-Dorf-Hospiz der Elisabethinen einen besonderen Stellenwert im Leben von Obdachlosen ein.

1.2 VinziDorf-Hospiz

Das VinziDorf-Hospiz ist eine Einrichtung, die speziell auf die Betreuung von Menschen ohne Obdach, die an ihrem Lebensende stehen, ausgerichtet ist. Diese Einrichtung ist einzigartig in ganz Mitteleuropa. Das VinziDorf-Hospiz in Graz, Steiermark, existiert seit April 2017, es umfasst zwei Hospizbetten und liegt direkt neben dem VinziDorf – eine Wohnversorgung für alkoholranke, obdachlose Männer – gelegen. Dadurch können die gewohnte Umgebung und etliche entstandene Freundschaften erhalten bleiben. Aufgenommen werden volljährige, obdachlose Menschen, die eine stationäre Hospizversorgung bedürfen. Ziel ist es, diesen Menschen eine höchstmögliche Lebensqualität zu gewährleisten, da eine Heilung nicht mehr erreicht werden kann. Die Grundversorgung der Bewohner wird von 24-Stunden-BetreuerInnen übernommen. Weiters kümmern sich vier Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sowie zwei Ärzte und Ärztinnen der Palliativstation der Elisabethinen mehrmals pro Woche um die benötigte fachliche Pflege. Um die ärztliche Versorgung durchgehend sicherstellen zu können, gibt es ein Team aus ehrenamtlichen Medizinerinnen und Medizinerinnen mit Rufbereitschaft. Auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Seelsorge sind in das Konzept eng eingebunden (Golla 2019). Frau Desiree Amschl-Strablegg, Pflegeleitung des Hospizes, erklärt, dass die Menschen, die vom Rest der Gesellschaft nicht immer akzeptiert werden, oft alleine auf einer Parkbank oder in Notschlafstellen sterben. Dies soll durch diese Organisationseinheit verringert oder sogar verhindert werden. Anders als in konventionellen Institutionen können im Vinzidorf-Hospiz diese Personen ihre nicht immer konventionelle Art der Lebensgestaltung weiterführen. Natürlich gibt es auch hier Regeln und Normen, die eingehalten werden müssen, etwa das Einhalten der Nachtruhe zum Schutz der

MitbewohnerInnen, dennoch ist der Konsum von Alkohol und Zigaretten und der Besuch von Freunden oder Freundinnen erlaubt. Besonders die Achtung der individuellen Lebensstile der Bewohner stellt an oberster Stelle (Amschl-Strablegg 2019).

1.3 Palliativversorgung Weltweit

Weltweit haben nur 14 Prozent der Weltbevölkerung Zugang zu Palliativversorgung und nur 30 von 198 Ländern bieten eine hoch entwickelte Palliativversorgung an, die vollständig in das Gesundheitssystem integriert ist. Zu den Besten 30 Ländern zählen unter anderem Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Island und Niederlande. Österreich befindet sich noch nicht unter diesen Top-30-Ländern, sondern liegt gemeinsam mit Schweiz, Tschechien, Ungarn und 17 weiteren Ländern in der darunterliegenden Kategorie „Palliative Care im Vorfeld der Integration in die Regelversorgung“. Zwischen den Jahren 2006 und 2017 stieg die Zahl der Länder weltweit, in denen Palliativdienste in irgendeiner Form angeboten werden, von 105 auf 138 Länder. Einen sehr schlechten bis gar keinen Zugang zu Palliativversorgung hat mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung (hauptsächlich aus Ländern mit niedrigem/mittlerem Einkommen). Und fast ein Viertel der Länder kann keinerlei Aktivitäten im Palliativversorgungsbereich aufweisen, das sind 3,1 Prozent der Weltbevölkerung (David Clark et al. 2019).

1.4 Pflegerelevanz des Themas

Im Ethikkodex der Pflege steht geschrieben: „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung“ (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2013). Sterbenden und unheilbar kranken Menschen muss gewährleistet werden, dass ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung gefördert wird und dass sie unter würdevollen Umständen sterben. Ebenso ist die Minderung von Leid ein wichtiges Element der Fürsorge am Lebensende (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

Der Zugang zu Palliativversorgung ist für Menschen ohne Obdach aufgrund der zunehmenden Isolation, aber auch durch Mangel an Wissen und Mobilität

erschwert. Viele dieser Menschen scheuen sich davor eine angemessene Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, da sie häufig mit dem Gefühl der Ablehnung und Missachtung seitens des Gesundheitspersonals konfrontiert werden (Hudson, B. F. et al. 2016).

Das Vorsorgeangebot von Palliative Care und Hospiz sollte sich an alle Menschen die es benötigen richten, auch, wenn sie nicht in einer spezialisierten Struktur betreut werden, auf die sich die mediale und politische Aufmerksamkeit in Österreich vorrangig richtet (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

Ein bedeutender Punkt in der Palliativmedizin ist es, den Patienten und Patientinnen, trotz ihrer schweren Erkrankung und einer aussichtslosen Heilung, eine Verbesserung der Lebensqualität und ein hohes Maß an Funktionsfähigkeit zu bieten. Es stehen das Befinden und die individuellen Wünsche der Patienten und Patientinnen im Vordergrund. Es soll die Zeit, die sie noch besitzen zu leben, lebenswert gemacht werden und nicht hinausgezögert werden. Die Lebensqualität ist das oberste Gebot. Der Ursprung dieses Vorhabens lag bei der Behandlung von Tumorpatienten und -patientinnen, jedoch gilt es für jegliche Erkrankung ohne Aussicht auf eine Heilung. Sie dient sowohl als Unterstützung, für den Patienten/der Patienten, als auch deren Familie und Angehörigen. Dies wird auch nach dem Tod des Patienten/der Patientin für die hinterbliebene Familie weitergeführt (Radbruch et al. 2012).

Die korrekte Definition von Palliativmedizin lautet:

Palliativmedizin/ Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch vorbeugen und lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an

- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten und Patientinnen zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln (WHO 2019)

Grundsätze der Palliativmedizin sind

- Die Behandlung von Patienten und Patientinnen in unterschiedlichen Settings, wie zum Beispiel in Pflegeheimen, ambulant oder stationär mit einem „high-person, low-technology“ Ansatz.
- Die Effiziente Betreuung zu Hause.
- Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit für die individuelle Behandlung der Patienten und Patientinnen.
- Sterben als Teil des Lebens zu akzeptieren.
- Ausgeprägte Fähigkeit in Kommunikation und Ethik.
- Einbeziehung psychischer, sozialer und seelsorgerischer Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen.
- Kompetente Pflegekräfte.
- Ausbildung und Unterricht von Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und -arbeiterinnen und Seelsorger.

- Stetige Unterstützung der Patienten und Patientinnen und der Angehörigen und die Weitergehende Hilfestellung für die Hinterbliebenen nach dem Tod des Patienten/der Patientin.
- Forschung und zielgerichtete Dokumentation und Ausarbeitung der Behandlungsergebnisse.

Bereits in frühen Krankheitsstadien können viele dieser Grundsätze bereits verwendet werden (Radbruch et al. 2012).

In der österreichischen Gesellschaft ist man sich einig, dass ein gutes bzw. würdevolles Sterben und Lebensende wünschenswert ist. Ein „würdevolles“ Sterben beinhaltet im Allgemeinen eine effektive Symptomlinderung physischer Beeinträchtigung (Schmerz, Atemnot, Übelkeit etc.), eine verantwortungsbewusste Indikationsstellung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, eine achtsame Einbeziehung in die Entscheidungsfindung, selbstgestaltbare soziale Beziehungen und Bewältigungshilfen für existentielle Krisen (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

Die Tatsache, dass obdachlose Menschen zunehmend an multipler Morbidität und an lebensbeschränkenden Krankheiten leiden, zeigt, dass für diese Gruppe von Menschen die Versorgung am Lebensende dringend notwendig ist. Diese Kombination und das Altern der Obdachlosenpopulation lässt darauf schließen, dass diese Dienste in Zukunft mehr gefragt sind (European Federation of National Organisations working with the Homeless 2015). Denn die meisten dieser Menschen sterben alleine auf Akutstationen, in Notunterkünften oder der Straße (Stajduhar et al. 2019).

1.5 Fragestellung und Forschungsziel

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: Welche speziellen Bedürfnisse ergeben sich im Zuge der Pflege und speziell der Palliativpflege bei Menschen ohne festen Wohnsitz und wie kann die Berufsgruppe der Pflege ein Sterben in Würde garantieren?

Insofern ergibt sich folgendes Forschungsziel: Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, die Barrieren, Pflegebedürfnisse und Praxisempfehlungen bezüglich des Zugangs zu Palliativversorgung und Hospiz für Menschen ohne festen Wohnsitz kundzugeben.

2 Methode

Es wurde als Design das Literaturreview gewählt, worunter eine Zusammenfassung der aktuellen Forschungsergebnisse eines bestimmten Forschungsproblems verstanden wird (Polit & Beck 2017, p. 733).

2.1 Literaturrecherche

Um die Forschungsfrage dieser wissenschaftlichen Arbeit beantworten zu können, wurde im Zeitraum von Oktober bis November 2019 eine Literaturrecherche durchgeführt. Am Beginn dieser Tätigkeit erfolgte ein Einlesen in das Thema mit Hilfe von Internet- und Zeitungsbeiträgen. Die anschließende systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatur) und auch als Handsuche in Google Scholar.

Es wurden folgende Keywords und Synonyme verwendet:

1. homeless
 - homeless people
 - shelterless
 - unsheltered people
 - houseless people
2. Palliative Care
 - End of Life
 - palliative treatment
 - palliative
 - terminal care
 - hospice care
 - hospice nursing

Diese wurden mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden.

Die MeSh Term Suche erzielte keine Ergebnisse.

2.2 Suchstrategie

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	((((((((hospice[Title/Abstract]) OR "hospice nursing"[Title/Abstract]) OR "hospice care"[Title/Abstract]) OR "Terminal care"[Title/Abstract]) OR "end of life"[Title/Abstract]) OR "palliative treatment"[Title/Abstract]) OR palliative[Title/Abstract])) AND (((((homeless[Title/Abstract]) OR shelterless[Title/Abstract]) OR unsheltered people[Title/Abstract]) OR "houseless people"[Title/Abstract]) OR "homeless people"[Title/Abstract])
CINAHL	(homeless or homelessness or unsheltered or unstably housed) AND (palliative care or end of life care or terminal care or dying or comfort care or hospice)

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die inhaltlichen Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien waren, dass es sich um die Palliativversorgung im Setting der Obdachlosigkeit handelt. Unabhängig der Krankheitsbilder sollte der Fokus auch auf die speziellen Bedürfnisse dieser gewählten Gruppe, deren Wünsche und Vorstellungen am Lebensende liegen.

Es wurde mit dem Literaturverwaltungsprogramm Endnote X9 gearbeitet. Mit den in der Tabelle ersichtlichen Suchstrategien wurden in PubMed 64 und in CINAHL 128 Ergebnisse gefunden. Aus der Datenbank Google Scholar wurden 21 Studien herangezogen. Wodurch bei insgesamt 213 Studien ein Titelscreening durchgeführt wurde. Daraufhin erfolgte bei 150 Studien ein Duplikat- und Abstractscreening, wodurch sich die Zahl der Studien auf 24 aussagekräftige Studien verringerte. Nach dem Verfahren des Volltextscreenings haben sich folglich 10 Studien als passend herausgestellt, um die Forschungsfrage beantworten zu können. Diese 10 eingeschlossenen Studien wurden einer kritischen Bewertung unterzogen. Der vollständige Auswahlprozess der Studien ist in Abbildung 1 abgebildet.

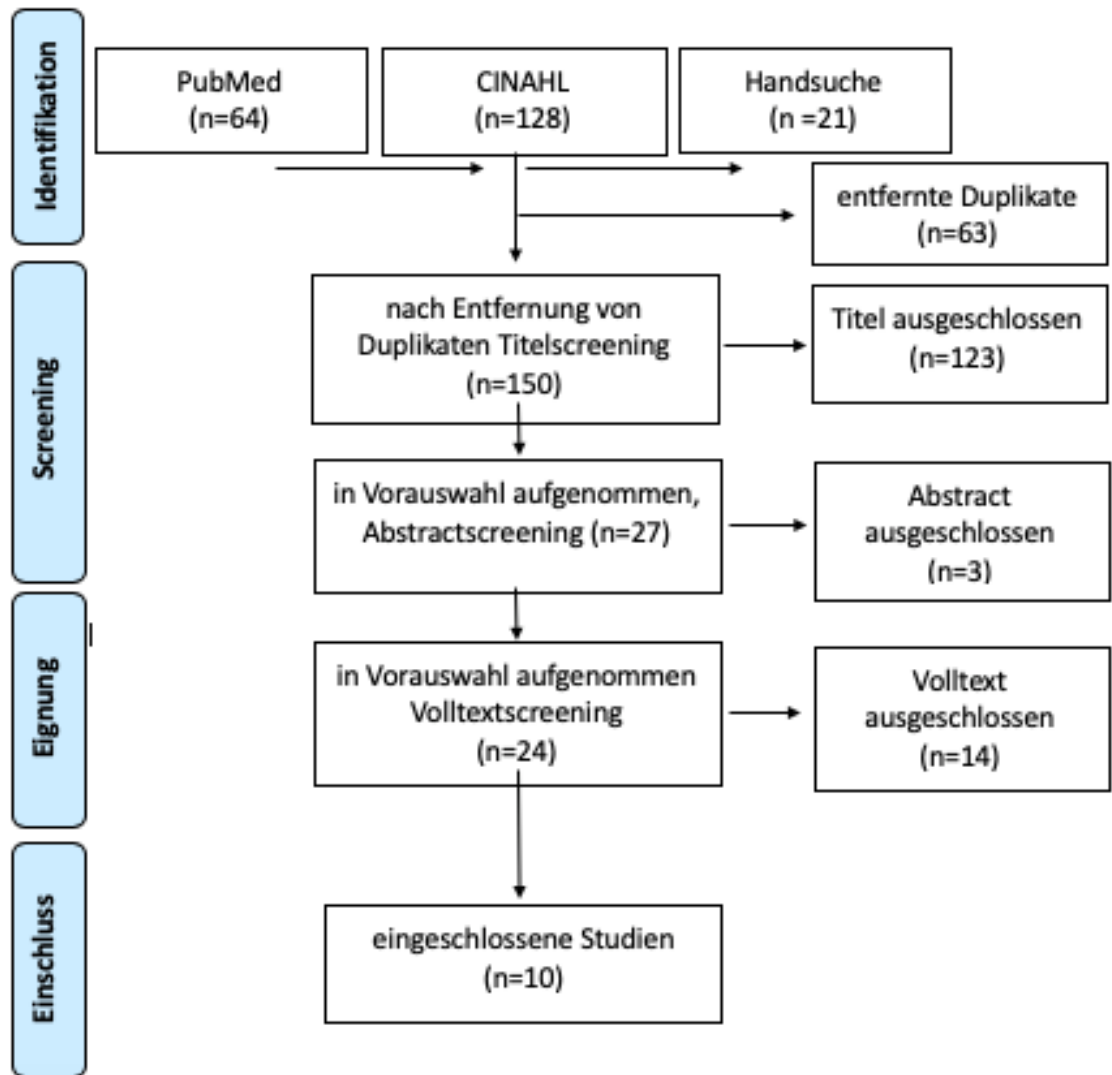


Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)

2.4 kritische Bewertung der Studien

Anhand des MMAT (Mixed Methods Appraisal Tools, Version 2018) Bewertungsbogens wurden die 10 eingeschlossenen Studien einer kritischen Bewertung unterzogen. Dieses Instrument ist für den Bewertungsvorgang von Mixed Methods Reviews vorgesehen, welches sowohl qualitative als auch quantitative und Mixed Methods Studien enthält. Für jedes Design gibt es fünf verschiedene mit „Yes“, „No“ oder „Can't tell“ zu bewertenden Kategorien und zu Beginn zwei für jedes Design zu bewertenden Kategorien (Hong et al. 2018).

3 Ergebnisse

Um einen besseren Überblick zu gewähren, werden in der folgenden Tabelle 2 die Charakteristika der inkludierten Studien grafisch dargestellt. Insgesamt stammen die Studien aus 4 verschiedenen Ländern (USA, U.K., Niederlande, Kanada), bei denen es sich um qualitative Studien und auch Systematic Reviews handelt. Diese wurden eingeschlossen, da sie relevante Ergebnisse enthielten und somit zur Beantwortung meiner Fragestellung beitrugen.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor/Jahr/ Herkunft	Ziel	Methode	Ergebnisse
Briony F. Hudson et al. 2017 UK	Die Sichtweisen und Erfahrungen von Obdachlosen und auch den betreuenden Personen in Bezug auf Palliativversorgung darzustellen.	Qualitative Studie n=127	Obdachlose fokussieren sich eher auf den „Jetzt“ Zustand, die Obdachlosendienste jedoch eher auf die zukünftige Genesung mit dem Ziel der selbstständigen Lebensführung. Besonders herausfordernd sind die unvorhersehbaren Krankheitsverläufe dieser Menschen.
Briony F. Hudson et al. 2016 UK	Den erschwerten Zugang zu Palliativversorgung für Obdachlose aufzuzeigen.	Systematic Review	Gesundheitsversorgung der Obdachlosen ist häufig geprägt von Diskriminierung, Respektlosigkeit und Entmachtung. Inflexibilität seitens des Gesundheitssystems den Lebensstil und das Verhalten zu dulden stellt ebenso ein Problem dar. Der Beziehungsaufbau ist die Behandlung unerlässlich.

Autor/Jahr/ Herkunft	Ziel	Methode	Ergebnisse
Caroline Shulman, Briony F. Hudson et al. 2017 London	Die Sichtweisen und Erfahrungen von Obdachlosen und Gesundheitsdienstleistern bezüglich der Unterstützung von Obdachlosen mit fortgeschrittenen Erkrankungen aufzuzeigen und wie diese verbessert werden kann.	Qualitative Studie Interviews n=126	Die strukturellen Gegebenheiten in Institutionen, die Unerfahrenheit des Pflegepersonals und der Mangel an alternativen spezialisierten Einrichtungen erschweren die spezielle Betreuung der komplexen Krankheitsverläufe und Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Obdachlosen. Ebenso die fehlende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Wohnungs- und Sozialdiensten, sowie eine häufige Fehleinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes der Obdachlosen.
Anke J. E. de Veer et al. 2018 Niederlande	Den Zugang von Obdachlosen zu Palliativversorgung zu untersuchen.	Qualitative Studie n=19	Die Einschätzung des Bedarfs an Palliativversorgung ist bei Obdachlosen aufgrund der häufigen Kombination aus psychischen, physischen Erkrankungen und dem Einsatz von Suchtmitteln erschwert. Seitens der Obdachlosen besteht nur wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem, häufige Erfahrungen von Diskriminierung und Respektlosigkeit. Zu wenig spezialisierte Dienste und sehr komplexe Krankheitsverläufe.

Autor/Jahr/ Herkunft	Ziel	Methode	Ergebnisse
Lamb V., Joels C. 2014 London	Den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu verbessern, die Gesundheit zu fördern und die Ungleichheit zu reduzieren.	Systematic Review	Der Zugang ist erschwert durch: fehlenden Identitätsnachweis, Angst, Verleugnung der Krankheit, Kommunikationsschwierigkeiten, Diskriminierung, Unverständnis für das System, frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Berücksichtigung der Wohnverhältnisse.
Matthew Tobey, MD, Julia Manasson, MD et al. 2017 USA	Die speziellen Symptome von Obdachlosen am Lebensende, deren Einstellungen, Wünsche und Erfahrungen darzustellen.	Qualitative Studie n=20	Viele Obdachlose fürchten, dass niemand weiß, dass sie verstorben sind. Viele machen sich zuvor um die Versorgung und Pflege am Lebensende Gedanken und schalten auch Familie, Freunde und Gesundheitsdienstleister ein.

Autor/Jahr/ Herkunft	Ziel	Methode	Ergebnisse
K. I. Stajduhar, A. Mollison et al. 2019 Kanada	Lücken in der Leistungserbringungen zu identifizieren und eine gerechte Palliativversorgung für alle zu fördern.	Qualitative Studie Beobachtungen und Interviews n=119	5 Barrieren die den Zugang erschweren: -Überlebensnotwendigkeit -Normalität des Sterbens auf der Straße -Identifikationsprobleme -professionelles Risiko-und Sicherheitsmanagement
Yonah Krakowsky, MD, Marriam Gofine, BA et al. 2012 Kanada	Den Zugang zu Palliativversorgung für Obdachlose in Toronto untersuchen und zu untersuchen wie dieser verbessert werden kann.	Qualitative Studie Interviews n=7	Der Zugang zu Palliativversorgung ist aufgrund früherer negativer Erfahrungen der Obdachlosen mit dem Gesundheitssystem beeinträchtigt. Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens besitzen unzureichende Fähigkeit über den Tod zu sprechen und unzureichendes Wissen über die speziellen Bedürfnisse der Obdachlosen. Palliativversorgung muss in mehreren Ebenen stattfinden.

Autor/Jahr/ Herkunft	Ziel	Methode	Ergebnisse
Eunjeong Ko, Jung Kwak, Holly Nelson- Becker 2015 San Diego	Die Vorstellungen ältere Obdachloser eines guten bzw. schlechten Todes und deren Bedenken bezüglich der Versorgung am Lebensende aufzuzeigen.	Qualitativ e Studie Interviews n=21	„guter“ Tod: friedliches Sterben, nicht zu leiden, Spiritualität, Wiedergutmachung von zerbrochenen Beziehungen „schlechter“ Tod: Gewalt, Unfälle, Lebenserhaltung durch unterstützende Maßnahmen, Abhängigkeit
Hannah T. Klop, MSc, Sophie I. van Drogen, MSc et al. 2018 Niederlande	Die Erfahrungen und Hindernisse der Palliativversorgung von Obdachlosen zu untersuchen. Ob Beratung unter Fachpersonal diese Versorgung verbessern würde.	Qualitativ e Studie n=31	Unterschiedliche Vorstellungen der benötigten Pflege zwischen Pflegepersonal und Obdachlosen. Wichtig sind vertrauensvolle Beziehungen und die Beratung zwischen dem Fachpersonal würde eine spezifischere und bedürfnisorientierte Pflege ermöglichen.

Um die Ergebnisse der ausgewählten Studien zusammenzufassen, wurden Kategorien gebildet: Vorstellungen eines „guten“ / „schlechten“ Todes, erschwerter Zugang zu Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach, besondere Bedürfnisse, komplexe Versorgung und Krankheitsverläufe, kontroverse Vorstellungen von pflegerischer und medizinischer Versorgung am Lebensende seitens Gesundheitspersonal und Menschen ohne Obdach.

3.1 Vorstellungen eines „guten“ / „schlechten“ Todes, Wünsche am Lebensende

In einigen Studien wurde speziell auf die Wünsche eines am Rande der Gesellschaft lebenden Menschen und auf dessen Vorstellungen des Sterbens eingegangen. So wurden in der Studie von Eunjeong Ko et. al. (2015) 21 in San Diego lebenden obdachlosen Menschen im Rahmen eines Interviews die Fragen „Wie würden Sie einen guten/schlechten Tod beschreiben?“, „Was wäre die ideale oder beste Situation in der Sie sich vorstellen können zu sterben?“ und „Was könnte Ihrer Meinung nach einen guten Tod im Wege stehen?“ gestellt. Bei den Interviews handelte es sich um „face-to-face“ Interviews, die mit Hilfe eines semi-strukturierten Leitfadens 45-50 Minuten lang geführt wurden. Der Großteil der Partizipanten waren Männer (n=18) und im Durchschnitt 65 Jahre alt. Als guten Tod beschrieben acht ein friedliches Sterben, im Sinne von einfach einzuschlafen. Fünf beschrieben den guten Tod mit spiritueller und religiöser Begleitung zu erfahren, weitere zwei beim Tod nicht an körperlichen Schmerzen zu leiden. Drei der Partizipanten wünschen sich zuvor bestehende Konflikte mit der Familie, den Freunden oder Bekannten zu lösen und den Kontakt zu diesen Menschen wiederaufzubauen. Ein schlechter Tod wird von fünf Partizipanten durch das Sterben aufgrund eines Unfalles oder Gewalteinwirkung beschrieben, ein sehr plötzlicher Tod. Auch Überdosen werden gefürchtet. Sechs beschreiben einen schlechten Tod mit Kontrollverlust, Verlust der Selbstbestimmtheit und Autonomie, im Sinne von lebenserhaltenden Maßnahmen und Behandlungen und Therapien, die das Ausführen der täglichen Routine nicht mehr zulassen würden. Auch das Angewiesen zu sein auf die Hilfe eines Arztes galt als schlechter Tod. Fünf fürchteten alleine und isoliert in einer nicht vertrauten Umgebung zu sterben (Ko et al. 2015).

In der Studie von Matthew Tobey et al. (2017) sind 20 obdachlose Menschen bzw. im Laufe der Studie in einer Obdachlosenunterkunft lebende Menschen eingeschlossen. Anhand durchgeführter Interviews werden die Ängste allein zu sterben, ohne dass jemand davon weiß, bestätigt (n=13). Außerdem wird beschrieben, dass einige davor Angst hatten zu viel (n=8), andere wiederum zu wenig Pflege am Lebensende zu erfahren (n=11). Die gewünschte Versorgung am Lebensende wurde von 19 Partizipanten mit Familienangehörigen, Freunden oder auch Gesundheitsdienstleistern zuvor besprochen und festgelegt (Tobey et al. 2017).

In der Studie von Briony F. Hudson et al. werden als Wünsche am Lebensende Mitgefühl zu erfahren, in Gesellschaft und in einer vertrauten Umgebung zu sein, beschrieben (Hudson, B. F. et al. 2016). Dies wurde auch in der Studie von K. I. Stajduhar bestätigt.

3.2 Erschwerter Zugang zu Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach

In der kanadischen Studie von K. I. Stajduhar et al. waren obdachlose Personen (n=25), unterstützende Personen („die Familie der Straße“ – n=25) und formelle Dienstleister (Mitarbeiter von Unterkünften, Mitarbeiter des Gesundheitswesens - n=69) inkludiert, die über eine Zeitspanne von 30 Monaten beobachtet und interviewt wurden. Es werden fünf Barrieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren, beschrieben: Überlebensnotwendigkeit, die Normalisierung des Sterbens auf der Straße, das Problem der Identifikation, professionelles Management und ein Gesundheitssystem ohne Raum für Individualität. Aufgrund des mangelnden Zugangs zu unmittelbaren Notunterkünften und Nahrungsmitteln, stand der Zugang zu Palliativversorgung nicht im Vordergrund, sondern das tägliche Überleben. Die Normalisierung des Sterbens auf der Straße ist Folge der großen Anzahl an Todesfällen aufgrund einer Überdosis. Zudem stellt es große Herausforderung dar die Menschen, die Hilfe bedürfen, rechtzeitig zu erkennen, da ein überwiegender Teil der Betreuung dieser Menschen von Personen außerhalb des Gesundheitssystems übernommen wird und diese nur über ein begrenztes Wissen und Erfahrungen bezüglich Kranken- und Palliativpflege verfügen. So bleiben häufig klare Symptome und Signale, die auf einen palliativen Pflegebedarf hinweisen, unbemerkt. Das Wissen

über Palliativpflegedienste, die den obdachlosen Menschen zur Verfügung stehen, war entweder nur minimal oder nicht vorhanden (Stajduhar et al. 2019).

Weitere Gründe für den erschwerten Zugang ergeben sich aus der ebenfalls kanadischen Studie von Yonah Krakowsky et al., in der Interviews mit Mitarbeitern von Obdachlosendiensten geführt wurden. Es wird beschrieben, dass der Zugang aufgrund von früheren negativen Erfahrungen (wie z.B. Diskriminierung, Respektlosigkeit) mit dem Gesundheitssystem, die den Obdachlosen das Vertrauen in Gesundheitsdienstleistern nehmen, erschwert ist. Weitere zentrale Punkte sind die unzureichende Fähigkeit des betreuenden Personals über den Tod zu sprechen, das fehlende Wissen über die besonderen Probleme und die fehlende Akzeptanz der individuellen Komfortzonen, der sozialen Umfelder und der sozialen Kontakte Obdachloser (Krakowsky et al. 2013).

Aber auch die frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus zurück auf die Straße, ohne Berücksichtigung der zukünftigen Wohnverhältnisse und die unzureichende Kommunikation mit relevanten Gesundheitsdienstleistern wird in der Studie von Lamb V. et al. zusätzlich als Erschwernis betrachtet (Lamb & Joels 2014).

Es wird in der niederländischen Studie von Anke J. E. de Veer et al., in der Interviews mit 19 obdachlosen Menschen geführt wurden, berichtet, dass das Erkennen des Bedarfs aufgrund der nicht vorhandenen oder nicht vollständigen Krankengeschichten, sowie der häufig vorhandenen Kombination aus psychischen, physischen Symptomen und Suchtverhalten und die nicht Akzeptanz von Hilfe seitens dieser Gruppe deutlich erschwert ist. Somit findet der Zugang zu Palliativpflege auch zu spät statt. Auch das Fehlen von spezialisierten palliativen Diensten für Menschen ohne Obdach wird als Grund dieser Situation genannt (de Veer et al. 2018).

In der Studie von Caroline Shulman aus London wird beschrieben, dass die strukturellen Gegebenheiten in einer Institution es häufig erschweren die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Personen zu gewährleisten, wodurch sich die Gruppe der Obdachlosen in solchen Einrichtungen fehl am Platz fühlt, da zum Beispiel das Suchtverhalten einerseits nicht gern gesehen wird, andererseits diese aber auch nicht

auf dieses verzichten können. Dazu kommt ein Mangel an alternativen Einrichtungen, deren Fokus auf dieser Gruppe von Menschen liegt. Derzeit findet ein Großteil der Betreuung am Lebensende in Notunterkünften statt, deren Mitarbeiter nur selten in Medikamentenlehre oder im Umgang mit Tod und Sterben vorbereitet sind und somit auch auf deren Schultern eine schwere Last liegt (Shulman et al. 2018).

3.3 besondere Bedürfnisse, komplexe Versorgung und Krankheitsverläufe

Palliativpflegedienste müssen die besonderen Bedürfnisse, Gewohnheiten, Freunde und Lebensstile der Menschen ohne Obdach akzeptieren und anerkennen, um die gewünschten Erfahrungen am Lebensende erfüllen zu können. Diese Bedürfnisse beziehen sich auf den Gebrauch von Suchtmitteln, das in den Institutionen genauso weitergeführt werden will. Zudem stellt auch die weniger vorhandene Gesundheitskompetenz ein spezielles Bedürfnis dar. Diese Gruppe von Menschen besitzen oft nur einen eingeschränkten Zugang zu Internet oder Telefon, um Informationen von Pflegedienstleistern zu bekommen. Auch die Navigation und Vereinbarung von Terminen bei den einzelnen Gesundheitsdienstleister wurde als erhebliche Herausforderung abgeleitet (K.I. Stajduhar et al.).

Nennenswert ist auch, dass die Akzeptanz von Palliativversorgung seitens der Obdachlosen nicht immer gegeben ist und diese meistens nicht aktiv nach Hilfe fragen würden, aufgrund von bisherigen Enttäuschungen in ihrem Leben und dem – wie schon zuvor erwähnten – geringen Vertrauen in das Gesundheitswesen. Auch die Kontrolle von Schmerzen und die psychosoziale Betreuung stellt sich als sehr schwierig heraus, da Personen, die Kokain, Methadon, Antidepressiva oder ähnliches verwenden oder verwendet haben, häufig anders auf die üblichen Dosen von Schmerzmedikamenten reagieren. Auch die Behandlung von Angstzuständen und Depression ist erschwert, da diese Menschen nur sehr schwer ihre Gefühle zum Ausdruck bringen können und sich häufig mit dem Konsum von Suchtmitteln selbst behandeln, so steht es in der Studie von Anke J. E. de Veer geschrieben (de Veer et al. 2018).

In der Studie von Briony F. Hudson spricht man von unvorhersehbaren Krankheitsverläufen, da Menschen, die zum Beispiel an einer Leberzirrhose leiden,

schwer krank erscheinen können, sich das Leiden oder der Krankheitszustand aber nach einer Behandlung im Krankenhaus erheblich verbessern könnten. Außerdem wurden seitens der Obdachlosendienstleister viele Unsicherheiten darüber geäußert, wann Gespräche über eine palliative Versorgung geführt werden sollten (Hudson, Briony F et al. 2017).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Selbstbestimmung. Auch bei geistig eingeschränkter Leistungsfähigkeit ist es Menschen ohne Obdach ein besonderes Bedürfnis in Entscheidungen, betreffend die Gesundheit oder Therapien, stets miteinbezogen zu werden. Dies führt häufig zu Spannungsverhältnissen, da Fachkräfte diesbezüglich häufig Entscheidungen fällen, ohne den Betroffenen ausreichend miteinzubeziehen, weil viele der Meinung sind, dass diese Menschen unangemessene oder auch verantwortungslose Entscheidungen treffen, wie zum Beispiel das nicht Einnehmen von Medikamenten oder das Ablehnen von anderen Therapieanschlüssen. Besonders der vertrauensvolle Umgang mit diesen Menschen ist wesentlich, da sie schon zu oft in ihrem Leben enttäuscht und getäuscht geworden sind. Sie benötigen viel Geduld, um diese Beziehung aufzubauen (Klop et al. 2018).

Viele dieser Menschen verleugnen auch die Erkrankung aus Scham oder Angst. Besonders der richtige Umgang mit Opiaten ist ein Problem. Palliativdienste müssen laut der Studie von Yonah Krakowsky et al. in mehreren Ebenen niederschwellig bereitgestellt werden: im Krankenhaus, in Schlafunterkünften aber auch in spezialisierten „Street Care“ Diensten (Krakowsky et al. 2013).

„Street Care“ oder „Streetwork“ beschreibt ein niederschwelliges, aufsuchendes und nachgehendes Angebot. Es soll Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Zu den Angeboten zählen Beratung, Begleitung, Information, Prävention, aber auch Schulvorträge, Feldarbeit und Gemeinwesenarbeit.

Streetwork bestrebt mehrere Ziele, unter anderem:

- Stärkung des subjektiven Wohlbefindens und die Verbesserung des Allgemeinzustandes
- Aufzeigen neuer Perspektiven
- Förderung von Selbstbewusstsein und Verantwortung

- Vermittlung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- Reduzierung von Gewaltverhalten
- Aufzeigen von Chancen, Risiken oder Konsequenzen beim Umgang mit bestehenden oder weiterführenden Hilfen

Das Team besteht dabei aus Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Psychologen und Psychologinnen und Pädagogen und Pädagoginnen (Psychosoziales Netzwerk - gemeinnützige GmbH).

3.4 kontroverse Vorstellungen von pflegerischer und medizinischer Versorgung am Lebensende seitens Gesundheitspersonal und Menschen ohne Obdach

Das Ziel darf nicht das Reduzieren von Suchtmitteln sein, sondern das Verbessern der Lebensqualität bzw. das Erhalten der Lebensqualität (Caroline Shulman et al.). In der Studie von Briony F. Hudson fokussiert sich die Gruppe der Obdachlosen vermehrt auf die Gegenwart, auf das tägliche Überleben, die Nahrungs- und Suchtmittelbeschaffung. Im Gegensatz dazu liegt der Fokus der Obdachlosen- und Gesundheitsdienste zunehmend auf der Genesung mit dem Ziel der selbständigen Lebensführung. Jedoch kann man bei Obdachlosen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung nicht von Genesung und Heilung sprechen. Man erkannte die Verwundbarkeit und Fragilität dieser Personen, die berichteten, wie Substanzen oder Alkohol verwendet wurden, um schmerzhaftes Erinnerungen oder Erfahrungen zu „betäuben“ oder zu blockieren. Dies stellte eine große Herausforderung dar, da diese Menschen im Zuge eines Gesprächs nicht über die Palliativversorgung über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder einen möglichen Tod nachdenken wollen (Hudson, Briony F et al. 2017).

Es wird auch beschrieben, dass der Schwerpunkt der bereits stattfindenden Palliativversorgung der Menschen ohne Obdach vermehrt auf der Versorgung von somatischen Problemen liegt und weniger auf die, der psychosozialen Beschwerden. Dies hängt mit dem häufig wechselnden Personal und der begrenzten Verfügbarkeit zusammen (Klop et al. 2018).

4 Diskussion

Diese Arbeit verfolgte das Ziel herauszufinden, vor welchen Barrieren Menschen ohne Obdach stehen, um eine Gesundheitsversorgung und insbesondere auch eine Palliativversorgung zu bekommen. Auch die speziellen Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende standen im Fokus dieser Arbeit. Es soll auch eine Empfehlung für die Praxis, wie dieses Problem in den Griff bekommen werden kann, aufgezeigt werden. Mit Hilfe der zehn ausgewählten Studien konnten die Ergebnisse in fünf Unterkategorien unterteilt werden: Vorstellungen eines „guten“ / „schlechten“ Todes, erschwerter Zugang zu Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach, besondere Bedürfnisse, komplexe Versorgung und Krankheitsverläufe und kontroverse Vorstellungen von pflegerischen und medizinischer Versorgung am Lebensende seitens Gesundheitspersonal und Menschen ohne Obdach.

Zum erschwerten Start ins eigenständige Leben kommt der erschwerte Zugang zu Gesundheitsdiensten. Dies war in vielen Studien ein großes Thema. Als Gründe für diesen erschwerten Zugang zu Gesundheits- und Palliativpflegedienste werden mangelnde finanzielle Mittel, Scham, fehlendes Wissen über Unterstützung- und Anlaufstellen, aber auch die Angst vor Diskriminierung, Entmachtung und Respektlosigkeit vermehrt genannt (de Veer et al. 2018; Krakowsky et al. 2013; Shulman et al. 2018; Stajduhar et al. 2019). Auch in einer kanadischen Studie von 2019 wird dies bestätigt. Aufgrund der Stigmatisierung dieser Gruppe von Menschen, inklusive dem Ausschluss deren Unterstützungsnetzwerken, die häufig aus ähnlichen sozialen Netzwerken stammen und dem Verweis dieser aus dem Krankenhaus, fühlen sie sich vermehrt unerwünscht, was dazu führte, dass Patienten und Patientinnen die Entscheidung treffen mussten, das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat zu verlassen und die medizinische Versorgung verweigern (Meredith MacKenzie & Purkey 2019). Vor allem die Angst vor Diskriminierung, verbunden mit schlechterer Behandlung und einen weniger respektvollen Umgang stellt sich für mich als sehr bedenklich dar. Grundsätzlich ist der Versicherungsschutz in Österreich verglichen mit dem der USA sehr gut, dennoch gibt es auch hier Probleme. Für manche ist der mangelnde Krankenversicherungsschutz nur für kurze Zeit, für einige jedoch auch für einen längeren Zeitraum. Dies kommt zu Stande durch die Kombination aus strukturellen

Lücken, sozialer Benachteiligung, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information (Florian Riffer et al. 2015).

Auch der fehlende Identitätsnachweis wird in den Studien von Lamb et al (2014) und Stajduhar et al (2019) als Barriere erkannt. Aufgrund dessen ist auch ein Blick in die Krankengeschichte, um vorherige Erkrankungen, Behandlungen und Therapien zu ermitteln, unmöglich. Oft spielen auch frühere negative Erfahrungen, die im Zuge einer Behandlung bei einem Gesundheitsdienstleister gemacht wurden, eine zentrale Rolle. Die Normalität des Sterbens auf der Straße und die Überlebensnotwendigkeit zählen auch zu Gründen, warum der Zugang erschwert ist. Das Sterben auf der Straße stellt für die Obdachlosengesellschaft keine Besonderheit dar. Es wird von Tag zu Tag gelebt, für jede Mahlzeit und jeden Schlafplatz gekämpft (Stajduhar et al. 2019). Die Problematik der Identitätsfeststellung wird auch in der Studie von Meredith MacKenzie & Purkey beschrieben, weiters auch das Fehlen eines Telefons um Termine entgegenzunehmen und der fehlende Transport, um zu Terminen zu gelangen (Meredith MacKenzie et al. 2019).

Um jedoch eine angemessene und effektive Betreuung und Pflege von Menschen mit unheilbaren Krankheiten am Lebensende gewährleisten zu können, besteht die Notwendigkeit diese zu erkennen. Entscheidungen über palliative und medizinische Vorkehrungen und auch zur spirituellen und psychosozialen Betreuung des Sterbenden können nur dann getroffen werden, wenn der Beginn der letzten Lebensphase rechtzeitig erkannt wird (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

Menschen, die auf der Straße von Tag zu Tag leben, setzen ihre Prioritäten nicht auf das, was in einigen Wochen oder Monaten passieren könnte, sondern konzentrieren sich auf das, was heute oder morgen geschehen könnte. Es wird von täglichem Überleben gesprochen, worunter bei vielen auch die Beschaffung von Substanzen fällt (Stajduhar et al. 2019).

Besonders die Inflexibilität und die unabwendbaren Grenzen, die in den Institutionen herrschen, wurden in vielen Studien mehrmals genannt. Denn diese erschweren oft die Versorgung von Menschen ohne Obdach. Es wurde festgestellt, dass

Substanzkonsum und psychische gesundheitliche Probleme häufig den Zugang zur Versorgung beeinflussen. Der Konsum von Suchtmitteln kann in Institutionen nicht in der Art und Weise weitergeführt werden, wie es zuvor auf der Straße der Fall war. Häufiges Verlassen der Stationen und nicht Akzeptanz des Verhaltens der Suchtmittelabhängigen seitens der Gesundheitsdienstleister führen oft zu Konflikten. Auch mangelndes Mitgefühl und Verständnis gegenüber der Obdachlosen wurden erwähnt. Dieser Gruppe von Menschen fällt es oft schwer zu Vertrauen und Hilfe anzunehmen, zudem kommen die chaotischen Lebens- und Verhaltensweisen (Shulman et al. 2018).

Das Vermeiden von Pflege und das Späte aufsuchen dieser wird auch in der Studie von Meredith MacKenzie & Purkey zum Thema. Dies bezog sich häufig auf den Substanzgebrauch, da dieser oberste Priorität besitzt, aber auch die Schwierigkeit sich an das aktuelle System anzupassen hinsichtlich der Wartezeiten in den Notaufnahmen. Zu gehen, wenn sie das Gefühl hatten, dass ihre Bedürfnisse nicht erfüllt wurden oder sie von Anderen verurteilt wurden (Meredith MacKenzie et al. 2019).

Allgemeine Gesundheitseinrichtungen sind oft nicht auf wohnungslose Menschen und deren besonderen Bedürfnisse und Lebensumstände ausgerichtet. Zu lange Wartezeiten, bürokratische, organisatorische, finanzielle und soziale Barrieren limitieren den Zugang. Auch Stigmatisierung und Vorurteile zählen zu den Barrieren (European Federation of National Organisations working with the Homeless 2013). Bezüglich der Entlassung der obdachlosen Menschen gibt es einige Problematiken in Hinsicht auf das richtige Entlassungsmanagement. Dies findet häufig nicht oder nur teilweise korrekt statt. Frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Berücksichtigung der Verhältnisse, in denen der Betroffene entlassen wird und eine unzureichende Kontaktaufnahme mit spezialisierten Obdachlosendiensten erschweren die vollständige Genesung dieser Menschen (Lamb et al. 2014).

Diese Barrieren werden auch von Frau Amschl-Strablegg beschrieben und werden versucht im VinziDorf-Hospiz zu reduzieren. Man geht auf die Menschen ein, auf deren besonderen Bedürfnisse und deren Lebensführung. Die Selbstbestimmtheit und

Kontrolle über ihr Leben steht absolut im Vordergrund. Auch die Akzeptanz des Nichtwollens einiger Therapien seitens der Obdachlosen wird im VinziDorf-Hospiz gezeigt. Diese Menschen lebten einen wesentlichen Teil ihres Lebens auf der Straße, mussten sich alleine durchs Leben kämpfen und waren auf sich selbst gestellt. Umso schwieriger fällt es dem einen oder anderen Hilfe anzunehmen und zu zuzulassen. Neben dem körperlichen Leid, welches aufgrund des Lebens auf der Straße auftritt, leidet auch die Psyche nicht unwesentlich darunter. Der Mensch verändert sich durch fehlende Privatsphäre, Erniedrigung, Ausgrenzung und Respektlosigkeit. Auch aus diesem Grund, ist die „herkömmliche“ Behandlung in einem Krankenhaus erschwert. Diese Menschen können sich den Regeln und Vorschriften in Institutionen nicht anpassen, sie kennen diesen Umgang von dem Leben auf der Straße nicht. Im VinziDorf-Hospiz versucht man, diesen Menschen die Annahme von Hilfe etwas zu vereinfachen und die Atmosphäre so zu schaffen, dass sie sich wohlfühlen können (Amschl-Strablegg 2019).

Auch Wünsche über den Tod, was einen guten oder schlechten Tod ausmacht werden in der Studie von Eunjeong Ko et al. 2015 beschrieben. Dabei wurden die Themen friedlicher Tod, nicht leiden zu müssen, religiöse und spirituelle Begleitung und das Lösen von bestehenden Konflikten mit Familienangehörigen oder Freunden als guter Tod definiert. Tod durch einen Unfall oder ein Gewaltverbrechen, Leben durch lebenserhaltende Maßnahmen, Verlust von Kontrolle oder Unabhängigkeit und alleine zu sterben wurden als Schilderungen eines schlechten Todes definiert (Ko et al. 2015). Dies wurde in keiner anderen Studie beschrieben. Bei den speziellen Bedürfnissen von obdachlosen Menschen wird der besondere Beziehungsaufbau zwischen Betreuenden und den Obdachlosen genannt. Dieser ist unerlässlich bei der Betreuung, um eine vertrauensvolle Basis zu schaffen (Hudson, B. F. et al. 2016; Klop et al. 2018).

Selbstbestimmung und die Autonomie sind Menschen ohne Obdach sehr wichtig und es stehen besonders die psychosozialen Themen im Vordergrund, wie Zeit für Smalltalk oder Gespräche über das vergangene Leben, um die derzeitige Situation besser verstehen zu können. Und auch die Ängste, nach dem Tod vergessen zu werden oder zu sterben und niemand weiß, dass man verstorben ist sind Themen, die

den obdachlosen Menschen beschäftigen. Es wird auch erwähnt, dass sich einige auch um die gewünschte Versorgung am Lebensende zuvor Gedanken machen und Familie und Pflegedienstleister einschalten (Tobey et al. 2017). Diese Wünsche und Vorstellungen am Lebensende ähneln denen, der Gesamtbevölkerung. Zeitlich gut abgestimmte, klar und deutliche Kommunikation durch die Mediziner und Medizinerinnen, eine patientenorientierte Entscheidungsfindung in Hinsicht auf die Behandlungspräferenzen des Patienten/der Patientin, Selbstbestimmung und die Wahrung der persönlichen Privatsphäre und Fürsorge für die Familienangehörigen sind Vorstellungen einer guten Palliativversorgung (Clara Granda-Cameron & Arlene Houldin 2016).

Die Komponenten eines „guten“ bzw. eines „schlechten“ Todes der restlichen Bevölkerung unterscheiden sich nicht grundlegend von denen der Obdachlosenbevölkerung. Auch hier steht die Schmerzlinderung, die Symptomkontrolle, die Entscheidungsfreiheit, Kontakte zu Angehörigen im Zusammenhang mit einem guten Tod. Sie wünschen sich Frieden mit Gott, ein lebenswertes Leben und gelöste Konflikte (BG Universitätsklinikum Bergmannsheil et al. 2009). Dies wird in einer weiteren Studie bestätigt. Auch hier werden Linderung von Schmerzen und Leiden, Bewusstsein für das Sterben, Akzeptanz und Autonomie und auch das Erhalten der Hoffnung am Lebensende beschrieben (Clara Granda-Cameron et al. 2016).

In einer weiteren Studie von Eva Purkey & Meredith MacKenzie in der 31 obdachlose Personen interviewt wurden, wird davon berichtet, dass einige über den Tod nachdenken und sie auch schon versucht hatten, Selbstmord zu begehen. Die meisten Teilnehmer hatten keine Angst vor dem Tod, jedoch fürchteten sich viele davor, allein zu sterben, nicht ausreichend Pflege und Schmerzmittel zu erhalten oder gegen ihren Willen wiederbelebt zu werden. Ein neuer Aspekt dieser Studie ist, die Furcht, in einem ungekennzeichneten Grab begraben zu werden. Interessanterweise wird in dieser Studie auch ausdrücklich erwähnt, dass es niemand der Teilnehmer bevorzugen würde, in einem Krankenhaus zu sterben. Auch der Wunsch nach Substanzkonsum bis zum Ende, von denen die solche konsumierten, wird besonders erwähnt (Eva Purkey & MacKenzie 2019).

Gespräche über den Tod und über die aufgrund dessen aufkommenden Ängste und Wünsche zu führen gehört zur Versorgung und Pflege am Lebensende. Personen, die in der Versorgung und Betreuung von Obdachlosen geschult sind, nicht aber in der Gesundheitsversorgung, verfügen bezüglich der einfühlsamen und richtigen Gesprächsführung über den Tod und das Sterben womöglich nicht über die notwendigen Fähigkeiten (Krakowsky et al. 2013).

Die gewünschten Umstände und Orte des Sterbens der Obdachlosen Gesellschaft unterscheiden sich nicht grundlegend von denen der restlichen Bevölkerung.

Obdachlose wollen ebenso in ihrer gewohnten Umgebung sterben wie der Rest der Bevölkerung. In der Studie von Eunjeong Ko beschreibt ein Teilnehmer den Wunsch, in einer vertrauten Umgebung zu sterben. Umgeben von einem vertrautem sozialen Unterstützungsnetzwerk (Ko et al. 2015). Auch von der restlichen Bevölkerung besteht der Wunsch in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben. Wobei festzustellen ist, dass fast 70% der Österreicher im Krankenhaus oder im Pflege- bzw. Altenheim versterben (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

5 Forschung- und Praxisempfehlung

5.1 Forschungsempfehlung

Wichtig wäre, dass es im Bereich der vulnerablen unserer Gesellschaft, speziell im Bereich der Obdach- und Wohnungslosigkeit mehr Forschung betrieben wird. Wie schon in der Einleitung erwähnt, kann man die Entwicklung der Obdachlosensituation weltweit in der Zukunft nicht eindeutig voraussagen, jedoch kann man aufgrund der derzeitigen Situation daraus schließen, dass die Gesundheitsversorgung dieser Menschen nicht optimal verläuft. Die momentane betriebene Forschung legt den Fokus primär auf die Erforschung der Lebensumstände der restlichen Bevölkerung, weniger auf die der Obdachlosengesellschaft.

5.2 Praxisempfehlung

Folgende Punkte können zur Verbesserung und Veränderung der derzeitigen Situation von Obdachlosen im Gesundheitswesen beitragen.

Ein erster wichtiger Punkt in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Obdachlosen ist die Bereitstellung eines flexiblen und niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Das würde bedeuten, dass sich die Dienste besser an den Patienten und die Patientinnen orientieren und die angebotene Hilfe speziell auf die besonderen Bedürfnisse der jeweiligen Personen fokussiert. Dies würde es ermöglichen, den Zugang zu diesen Diensten auch für wohnungslose Menschen zu garantieren. Flexibilität, Toleranz, Individualität bezüglich des Bedarfes an medizinischer Versorgung und ein niederschwelliger Zugang ohne bürokratische Hindernisse. Diese Angebote sollten auf einer Drop-in Basis und weniger auf Ordinationsterminen basieren. Entweder im Zuge stationärer Angebote (zum Beispiel in einem medizinischen Zentrum oder einem Spital) oder ambulanter Angebote wie Besuchsdienste und Streetwork. Diese gezielten Angebote können nicht nur zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dieser Gruppe beitragen, sondern auch Stereotypen wohnungsloser Menschen positiv verändern. Diese spezialisierten Angebote spielen eine wesentliche Rolle, wohnungslose Menschen ins System zurückzuholen.

Der zweite wichtige Punkt besteht in der Notwendigkeit, dass die Angebote der Gesundheitsdienstleister an die Bedürfnisse der wohnungslosen Gesellschaft angepasst werden. Die administrativen und physischen Zugangshürden müssen beseitigt werden, außerdem muss die Informationsweitergabe über diese spezialisierten Dienste und deren Anspruchsberechtigungen verbessert werden. Zusätzlich sollten diese Menschen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten von Gesundheits- und Krankenpflegefachpersonal und SozialarbeiterInnen begleitet und unterstützt werden. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die unterstützende Umgebung, denn das Misstrauen von Obdachlosen gegenüber dem Gesundheitssystem stellt eine wesentliche Barriere dar. Um dies zu verringern, bedarf es eine gesteigerte Aufmerksamkeit und einem vermehrten Verständnis der komplexen Gesundheitsbedürfnisse von wohnungslosen Menschen seitens der Gesundheitsdienstleister. Der respektvolle Umgang ist ein wesentlicher Bestandteil, um diesen Menschen einen regelmäßigen Zugang zum Gesundheitssystem zu gewähren.

Der vierte Punkt beschreibt ein effektives Entlassungsmanagement aus Spitälern. Oft werden wohnungs- und obdachlose Menschen nach der Erstbehandlung des akuten

Einweisungsgrundes, ohne der Berücksichtigung gleichzeitig vorherrschender psychischer Erkrankungen, entlassen. Durch eine frühzeitige Entlassung in einen ungeeigneten Ort wie die Straße oder instabile Wohnverhältnisse kann die Heilung nicht oder nur unzureichend von statten gehen und so die Wiederaufnahme in kürzester Zeit geschehen. Aus diesem Grund soll die Wohnsituation nach der Entlassung frühzeitig nach der Aufnahme gesichert werden. Dies soll von einem spezialisierten Team bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften, die sich um die Wohnsituation kümmern, und Allgemeinmedizinern, an die sich die wohnungslosen Menschen wenden können, organisiert werden. Bei der Entlassung aus dem Spital sollte eine geklärte Wohnsituation Grundvoraussetzung sein.

Der fünfte Punkt besteht in der Vorsorge und Gesundheitsförderung. Oft unterscheidet sich die Einschätzung des Gesundheitszustandes von den Obdachlosen selbst stark von dem wirklich diagnostizierten Krankheitsbild. Obdachlose Menschen ignorieren sehr lange Zeit Krankheitssymptome und suchen erst in einem fortgeschrittenen Stadium eine Notfallambulanz auf. Demzufolge sollten Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen dort stattfinden, wo sie für obdachlose am leichtesten erreichbar sind, beispielsweise in mobilen Ambulanzen oder Notfallabteilungen.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Verringerung von Beeinträchtigung – „harm reduction“. Dabei liegt der Fokus eher auf Prävention der schädlichen Wirkungen von Substanzen, als der Abgewöhnung. Durch „harm reduction“ wird die Entscheidung für Enthaltensamkeit und einem sicheren und kontrollierten Gebrauch anerkannt und es wird davon ausgegangen, dass verschiedene Menschen unterschiedliche und individuelle Hilfsangebote benötigen.

Die letzten wichtigen Punkte sind eine unabhängige Lebensführung und wohnungsfokussierte Ansätze. Durch die Bereitstellung der nötigen Hilfsdienste in den individuellen Wohnungen können wohnungs- und obdachlose Menschen ihren eigenständigen Mietvertrag erfolgreich aufrechterhalten. Diese Dienste unterstützen in den entsprechenden Bedürfnissen in der eigenen Wohnung. Unterstützendes Wohnen kann so die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und die Aufenthalte in Spitälern verringern. Auch das eigene Wohlbefinden und der Heilungsprozess können so verbessert und Rückfälle verringert werden (European Federation of National Organisations working with the Homeless 2013).

5.3 Limitationen

Als Limitation kann sowohl die Suche in nur zwei Datenbanken (PubMed und CINAHL), als auch die Limitation auf deutsch- und englischsprachige Literatur angesehen werden. Möglicherweise hätten durch die Suche in weiteren Datenbanken noch andere relevante Ergebnisse ermittelt werden können.

6 Schlussfolgerung

Durch die Ergebnisse dieser Arbeit lässt sich darauf schließen, dass die Obdachlosengesellschaft in Bezug auf Gesundheits- und Krankenpflege deutlich benachteiligt ist. Schon durch deren speziellen Lebensweise ist die Lebenserwartung deutlich verringert, zudem kommen vermehrte Krankheitszustände und Stress. Auch der Konsum von Suchtmitteln und anderen Substanzen tragen zum schlechteren Gesundheitszustand sowohl auf der psychischen als auch auf der physischen Ebene dieser Gesellschaft bei.

Als wichtiges Thema haben sich die Wünsche und Ängste der Obdachlosen bezüglich des Sterbens und des Todes herausgestellt. Denn auch deren Wünsche ähneln denen der restlichen Bevölkerung sehr. Mitgefühl, soziale Unterstützung, Spiritualität und Schmerzfreiheit wären dabei beschrieben.

Der erschwerte Zugang von Obdachlosen zu Gesundheitsdienstleistungen ist durch frühere negative Erfahrungen seitens der obdachlosen Menschen mit dem Gesundheitsdiensten, Bürokratie, Schwierigkeiten beim Einschätzen des momentanen Bedarfes an Behandlung und Betreuung aufgrund von nicht vorhandenen Krankengeschichten begründet. Auch das fehlende Wissen der Obdachlosen über spezialisierte Dienste, aber auch das Wissensdefizit seitens des Gesundheitspersonals über besondere Bedürfnisse dieser Gruppe von Menschen trägt einen wesentlichen Teil dazu bei.

Unvorhersehbare Krankheitsverläufe in Kombination mit psychischen Erkrankungen und Suchtmittelkonsum erschweren die Behandlung dieser Menschen. Auch die Anpassung der Medikation ist erschwert.

Schlussendlich ist auch durch die kontroverse Vorstellung von Lebensführung und Gesundheitsversorgung zwischen der Obdachlosen und der Zugehörigen des Gesundheitssystem die Palliativversorgung erschwert und verändert.

7 Literaturverzeichnis

Aldridge, RW, Story, A, Hwang, SW, Nordentoft, M, Luchenski, SA, Hartwell, G, Tweed, EJ, Lewer, D, Katikireddi, SV & Hayward, AC 2018, 'Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis', *Lancet*, vol. 391, pp. 241-50

Amschl-Strablegg, D 2019.

Bauer, A & Klapfer, K 2015, *Abgestimmte Erwerbsstatistik Wohnungslosigkeit in Österreich*, Statistik Austria, https://statistik.at/web_de/nomenu/suchergebnisse/index.html

BG Universitätsklinikum Bergmannsheil, M. Zenz Klinik für Anaesthesiologie, I-, Palliativ- und Schmerzmedizin, & Universitätsklinik, KL 2009, *Patientenwünsche zum Lebensende*, https://www.kk-bochum.de/de/Aktuelles_und_Presse/Veranstaltungen/Vortraege_2009_2012/2009_07_09_vortrag_zenz.pdf

Bundesministerium Soziales, G, Pflege und Konsumentenschutz 2019, *Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html>

Bundesministerium für Gesundheit 2014, *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*, https://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10089962_2885653/41550d12/broschue_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf

Chamie, J 2017, *As Cities Grow, So Do the Numbers of Homeless*, YaleGlobal Online, <https://yaleglobal.yale.edu/content/cities-grow-so-do-numbers-homeless>

Clara Granda-Cameron, M, CRNP, AOCN & Arlene Houldin, P, PMHCNS, RN 2016, 'Concept Analysis of Good Death in Terminally Ill Patients', *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, vol. 29,

David Clark, P, Nicole Bauer, P & David Clelland, M 2019, *Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017*, *Journal of Pain and Symptom Management*, viewed 2019, [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(19\)30664-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(19)30664-5/fulltext)

de Veer, AJE, Stringer, B, van Meijel, B, Verkaik, R & Francke, AL 2018, 'Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care', *BMC Palliat Care*, vol. 17, no. 1, p. 119, doi:10.1186/s12904-018-0368-3

European Federation of National Organisations working with the Homeless 2015, *End-of-life Care for Homeless People*,
https://www.feantsa.org/download/end_of_life_policy_paper_final7506746292413293636.pdf

European Federation of National Organisations working with the Homeless 2013, *Gesundheit und Wohlbefinden für ALLE - Integrierte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen*, https://www.feantsa.org/download/gesundheit_und_wohlbefinden_fur_alle_-_integrierte_gesundheitsversorgung_fur_wohnungslose_menschen4866443916030364109.pdf

Eva Purkey & MacKenzie, M 2019, *Experience of Palliative Health Care for Homeless and Vulnerably Housed Individuals*, The Journal of the American Board of Family Medicine, <https://www.jabfm.org/content/32/6/858.long>

FEANTSA 2005, <https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf>

Florian Riffer & Schenk, M 2015, *Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen*, Die Armutskonferenz-Österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. ,
http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf

Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015, *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen*, Geschäftsstelle der Bioethikkommission,
<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

Golla, M 2019, *VinziDorf-Hospiz - eine Herzenssache der Elisabethinen*, Pflege Professionell, <https://pflege-professionell.at/at-vinzidorf-hospiz-eine-herzenssache-der-elisabethinen>

Hong, QN, Fábregues, S & Bartlett, Gea 2018, 'The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers.', *Education for Information*, vol. 34 (4), pp. 285-91

Hudson, BF, Flemming, K, Shulman, C & Candy, B 2016, 'Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research', *BMC Palliat Care*, vol. 15, no. 1, p. 96, doi:10.1186/s12904-016-0168-6

Hudson, BF, Shulman, C, Low, J, Hewett, N, Daley, J, Davis, S, Brophy, N, Howard, D, Vivat, B & Kennedy, PJBo 2017, 'Challenges to discussing palliative care with people experiencing homelessness: a qualitative study', vol. 7, no. 11, p. e017502

Klop, HT, van Dongen, SI, Francke, AL, de Veer, AJE, Rietjens, JAC, Gootjes, JRG & Onwuteaka-Philipsen, BD 2018, 'The Views of Homeless People and Health Care

Professionals on Palliative Care and the Desirability of Setting Up a Consultation Service: A Focus Group Study', *J Pain Symptom Manage*, vol. 56, no. 3, pp. 327-36, doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.05.026

Ko, E, Kwak, J & Nelson-Becker, H 2015, 'What Constitutes a Good and Bad Death?: Perspectives of Homeless Older Adults', *Death Stud*, vol. 39, no. 7, pp. 422-32, doi:10.1080/07481187.2014.958629

Krakowsky, Y, Gofine, M, Brown, P, Danziger, J & Knowles, H 2013, 'Increasing access--a qualitative study of homelessness and palliative care in a major urban center', *Am J Hosp Palliat Care*, vol. 30, no. 3, pp. 268-70, doi:10.1177/1049909112448925

Lamb, V & Joels, CJNS 2014, 'Improving access to health care for homeless people', vol. 29, no. 6, p. 45

Meredith MacKenzie & Purkey, E 2019, *Barriers to End-of-Life Services for Persons Experiencing Homelessness as Perceived by Health and Social Service Providers*, The Journal of the American Board of Family Medicine, <https://www.iabfm.org/content/32/6/847.long>

National Alliance to End Homelessness 2019, *Who Experience Homelessness?*, <https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/who-experiences-homelessness/youth/>

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2013, *ICN-Ethikkodex für Pflegende*, [https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex fuer Pflegende-print-final2014_2_.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014_2_.pdf)

Polit, D & Beck, C 2017, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Psychosoziales Netzwerk - gemeinnützige GmbH *Streetwork*, <https://www.psn.or.at/index.php/gruppenangebote-bei-abhaengigkeit-von-alkohol-oder-gluecksspiel/>

Radbruch, L, Nauck, F & Aulbert, E 2012, *Grundlagen der Palliativmedizin*, Lehrbuch der Palliativmedizin edn, Schattauer GmbH.

Rosenke, W 2016, *Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016*, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Arbeitsbericht/doc/ab2016_komplett_web.pdf

Shulman, C, Hudson, BF, Low, J, Hewett, N, Daley, J, Kennedy, P, Davis, S, Brophy, N, Howard, D, Vivat, B & Stone, P 2018, 'End-of-life care for homeless people: A qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care', *Palliat Med*, vol. 32, no. 1, pp. 36-45, doi:10.1177/0269216317717101

Stajduhar, KI, Mollison, A, Giesbrecht, M, McNeil, R, Pauly, B, Reimer-Kirkham, S, Dosani, N, Wallace, B, Showler, G, Meagher, C, Kvakic, K, Gleave, D, Teal, T, Rose, C, Showler, C & Rounds, K 2019, "'Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life', *BMC Palliat Care*, vol. 18, no. 1, p. 11, doi:10.1186/s12904-019-0396-7

Till, M, Klotz, J & Siegert, C 2018, *Eingliederungsindikatoren 2017: Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich.*, Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), https://statistik.at/web_de/nomenu/suchergebnisse/index.html

Tobey, M, Manasson, J, Decarlo, K, Ciraldo-Maryniuk, K, Gaeta, JM, Wilson, EJ & management, s 2017, 'Homeless individuals approaching the end of life: symptoms and attitudes', vol. 53, no. 4, pp. 738-44

WHO 2019, *Definition of Palliative Care*, <https://www.who.int/about/copyright/en/>

youngCaritasOÖ 2015, *Wohnungslos - was ist ohne Wohnung los?!*, https://www.youngcaritas.at/sites/default/files/wohnungsnot_hp.pdf

8 Anhang

8.1 Bewertung der Studien anhand des MMAT Mixed Methods Appraisal Tools

Study: Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, dieses ist klar und gut verständlich definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				

trials	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: Challenges to discussing palliative care with people experiencing homelessness: a qualitative study					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Nur ein Ziel gegeben, dieses ist klar und gut verständlich definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?			X	
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
---	--	--	--	--

Study: Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, klar und gut definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
---	--	--	--	--

Study: End-of-life care for homeless people: A qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, klar und gut definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
--	---	--	--	--	--

Study: Homeless Individuals Approaching the End of Life: Symptoms and Attitudes					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X	Keine definiert	
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?		X		
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: Improving access to health care for homeless people	
Methodological quality criteria	Responses

Category of study designs		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Es ist kein explizites Ziel gegeben, lässt sich ableiten.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				
	3.1. Are the participants representative of the target population?				

3. Quantitative nonrandomized	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: Increasing Access—A Qualitative Study of Homelessness and Palliative Care in a Major Urban Center	
Methodological quality criteria	Responses

Category of study designs		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		x		Es ist kein explizites Ziel gegeben, lässt sich ableiten.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?			X	
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?			X	
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?		X		
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?			X	
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: “Just too busy living in the moment and surviving”: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, klar und gut definiert.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: The Views of Homeless People and Health Care Professionals on Palliative Care and the Desirability of Setting Up a Consultation Service: A Focus Group Study

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, klar und gut definiert.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Study: What Constitutes a Good and Bad Death?: Perspectives of Homeless Older Adults

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur ein Ziel gegeben, klar und gut definiert.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Gut, um das Ziel zu erreichen.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

