**Bei einem feinen Punsch mit einem Lucky-Punch den Fragebogen ausfüllen - und damit dem Netzwerk Palliative Care Wiggertal zum Start Schwung verleihen.**

Vielen Dank für das Ausfüllen dieser Umfrage. Sie finden das Dokument auch unter <https://www.palliativ-luzern.ch/netzwerke/nw-wiggertal/themen>

Wir freuen uns, wenn Sie die Fragen in Ihrer Kommission oder Gruppe besprechen und uns die Umfrage bis am Dienstag, 5. November 2024 zurückschicken an:

* Bitte auf dem Antwortcouvert Adresse so ergänzen:

Kath. Landeskirche Luzern, Gregor Gander, Abendweg 1, Postfach, 6000 Luzern 6

oder per E-Mail

nw-wiggertal@palliativ-luzern.ch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Organisation  |   |  Angebot  |   |
|  Name  |  |  Vorname  |   |
|  Mailadresse  |   |  Telefon  |   |

1. Was verstehen Sie, versteht Ihre Organisation unter Palliative Care?

|  |
| --- |
|  |

2. Wie wird die Arbeit in Palliative Care in Ihrer Institution oder Ihrem Verein geleistet?

​​[ ] ​ Bezahlte Arbeit Anteil (%)

​​[ ] ​ Freiwillige Arbeit Anteil (%)

3. Welche Kompetenzen oder Ausbildungen kann ihre Organisation oder Gruppe ins Netzwerk Palliative Care Wiggertal einbringen?

 (Ausbildungen / Kompetenzen in % pro Ausbildung)

|  |  |
| --- | --- |
| A1 |  |
| A2 |  |
| B1 |  |
| B2 |  |
| C |  |
| Krisen- und Sterbebegleitung |  |
| andere |  |

4. In welchen Gemeinden ist Ihre Institution / Ihr Verein tätig?

​​[ ] ​ Altbüron [ ] ​ Reiden

​​[ ] ​ Altishofen ​ ​ [ ] ​ Roggliswil

​​[ ] ​ Dagmersellen ​ [ ] ​ Schötz

​​[ ] ​ Egolzwil [ ] ​ Wauwil

​​[ ]  Nebikon [ ] ​ Wikon

​​[ ]  Pfaffnau

5. Mit welchen Organisationen, Institutionen, Kommissionen etc. sind Sie im Austausch?

|  |
| --- |
|  |

6. Wo und wie findet der Austausch statt (Gefässe)?

|  |
| --- |
|  |

7. Findet nach Ihrer Einschätzung genügend Absprache für eine gute Betreuung

 und Begleitung in Palliative Care statt? (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ungenügend  |   |   |   |   |   |   |   |   | Sehr gut  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10  |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

8. Was fehlt oder wo sehen Sie Möglichkeiten zur Verbesserung in Ihrer Organisation, Ihrer Institution, Ihrem Verein etc. oder in der Region?

|  |
| --- |
|  |

9. Was wirkt unterstützend für einen guten Austausch?

|  |
| --- |
|  |

10. Kennen Sie gute Beispiele für Palliative Care, auch aus anderen Regionen?

|  |
| --- |
|  |

11. Was würden sich Angehörige und Betroffene aufgrund Ihrer Erfahrung wünschen?

|  |
| --- |
|  |

12. Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

Vielen Dank für ihre Zeit!