

***Untersuchung zur Zufriedenheit von Angehörigen mit der Behandlung auf der
Intensivstation: FS-ICU 24R©***

Ihre Meinung zum kürzlichen Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation ist uns wichtig.

Ihr Angehöriger war als Patient in der Abteilung für Intensivmedizin hospitalisiert. Die folgenden Fragen an **Sie** betreffen den **Aufenthalt Ihres Angehörigen** auf unserer Intensivstation. Wir wissen, dass verschiedene Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere Mitarbeiter bei der Behandlung Ihres Angehörigen beteiligt waren. Wir sind an **Ihrem Gesamteindruck** zur Qualität unserer medizinischen Leistungen interessiert, sind uns aber bewusst, dass vielleicht auch Ausnahmesituationen vorgekommen sind. Wir verstehen, dass dies wahrscheinlich eine sehr schwere Zeit für Sie und Ihre Familie war. Umso mehr sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen, uns Ihre Meinung mitzuteilen, damit wir unser Pflege und Betreuung verbessern können.

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Die Mitarbeiter, die Ihren Angehörigen behandelt haben, werden Sie als Antwortende nicht identifizieren können. Bitte bewerten Sie nur die Intensivstation, nicht die Zeit vor Eintritt oder nach Entlassung aus der Intensivstation.

Alle Bezeichnungen gelten für weibliche wie für männliche Personen.

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**











TEIL 1: ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG IN DER INTENSIVSTATION

Bitte markieren Sie das Feld, das Ihre Meinung am besten widerspiegelt. Falls eine Frage auf Ihren Angehörigen nicht zutrifft oder kein Bedarf (z.B. an Informationen) bestand, so kreuzen Sie bitte das Feld „nicht zutreffend“ (n. z.) an.

WIE HABEN WIR IHREN ANGEHÖRIGEN (DEN PATIENTEN) BEHANDELT?






- | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|-----------------------------------|
| 1. Wie zufrieden waren Sie mit der Höflichkeit, Respekt und Einfühlsamkeit der Mitarbeiter gegenüber dem Patienten? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 2. Wie gut haben die Mitarbeiter die Beschwerden Ihres Angehörigen erfasst und behandelt? | | | | | | |
| a) Wie gut haben die Mitarbeiter die Schmerzen Ihres Angehörigen erfasst und behandelt? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| b) Wie gut haben die Mitarbeiter die Atemnot Ihres Angehörigen erfasst und behandelt? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| c) Wie gut haben die Mitarbeiter die Unruhe und Angst Ihres Angehörigen erfasst und behandelt? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |

WIE HABEN WIR SIE BETREUT?





- | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|-----------------------------------|
| 3. Wie zufrieden waren Sie mit der Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse durch die Mitarbeiter? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 4. Wie zufrieden waren Sie mit der emotionalen Unterstützung durch die Mitarbeiter? | 
sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

5. Wie zufrieden waren Sie mit der Zusammenarbeit der verschiedenen Mitarbeiter (Pflege, Ärzte, andere)?






					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

6. Wie zufrieden waren Sie mit der Höflichkeit, Respekt und Einfühlsamkeit der Mitarbeiter Ihnen gegenüber?





					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

DAS PERSONAL AUF DER INTENSIVSTATION:






7. Wie zufrieden waren Sie mit der praktischen Arbeit und Kompetenz des Pflegepersonals?

					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

8. Wie zufrieden waren Sie mit der Häufigkeit mit der das Pflegepersonal mit Ihnen über den Krankheitsverlauf Ihres Angehörigen gesprochen hat?






					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

9. Die zufrieden waren Sie mit der praktischen Arbeit und Kompetenz der Ärzte?

					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>





















DER WARTERAUM ODER DER RAUM FÜR ANGEHÖRIGE

10. Wie zufrieden waren Sie mit der Atmosphäre im Warte- und Angehörigenzimmer?

					
sehr unzufrieden	etwas unzufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden	völlig zufrieden	n. z.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

DIE INTENSIVSTATION ALLGEMEIN

- | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|-----------------------------------|
| 11. Wie zufrieden waren sie mit der allgemeinen Atmosphäre in der Intensivstation? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 12. Wie zufrieden waren Sie mit der Art wie Sie in die täglichen Visiten einbezogen wurden? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 13. Wie zufrieden waren Sie mit der Möglichkeit, sich bei der Patientenpflege zu beteiligen? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 14. Einige Menschen wollen einen maximalen Aufwand für eine Verbesserung ihrer Gesundheit, während andere nur erleichternde Massnahmen wünschen. Wie zufrieden waren Sie mit dem Ausmass oder Intensität der Behandlung, die Ihr Angehöriger auf der Intensivstation erhalten hat? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**































TEIL 2: ZUFRIEDENHEIT DER ANGEHÖRIGEN MIT DEM ENTSCHEIDUNGSPROZESS BEI DER BEHANDLUNG

Hinweise für die Angehörigen

Dieser Teil der Befragung ist so gestaltet, dass Ihre Gefühle über IHRE Beteiligung in der Entscheidungsfindung bei der Behandlung Ihres Angehörigen erfasst werden können. Auf der Intensivstation wurde Ihr Angehöriger von verschiedenen Mitarbeitern betreut. Bitte denken Sie an die gesamte Betreuung, die Ihr Angehöriger erhalten hat und nicht an Einzelsituationen, wenn Sie diese Fragen beantworten.

Bitte markieren Sie das Feld, das Ihre Meinung am besten widerspiegelt. Falls eine Frage auf Ihren Angehörigen nicht zutrifft oder kein Bedarf (z.B. an Informationen) bestand, so kreuzen Sie bitte das Feld „nicht zutreffend“ (n. z.) an.

INFORMATIONSBEDARF:

- | | | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|--|--|-----------------------------------|
| 15. | Wie zufrieden waren Sie mit der Häufigkeit, mit der die Ärzte mit Ihnen über den Zustand Ihres Angehörigen gesprochen haben? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 16. | Wie zufrieden waren Sie mit der Bereitschaft der Mitarbeiter, Ihre Fragen zu beantworten? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 17. | Wie zufrieden waren Sie mit der Verständlichkeit der Erklärungen? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 18. | Wie zufrieden waren Sie mit der Offenheit und Ehrlichkeit der Informationen über den Zustand Ihres Angehörigen? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 19. | Wie zufrieden waren Sie mit der Vollständigkeit der Informationen darüber, was und warum etwas bei Ihrem Angehörigen gemacht wurde? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |
| 20. | Wie zufrieden waren Sie mit der Übereinstimmung der Informationen über den Zustand Ihres Angehörigen: erhielten Sie die gleichen Informationen vom Arzt, Pflegefachperson, etc.? | 
sehr
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 1 | 
etwas
unzufrieden
<input type="checkbox"/> 2 | 
meist
zufrieden
<input type="checkbox"/> 3 | 
sehr
zufrieden
<input type="checkbox"/> 4 | 
völlig
zufrieden
<input type="checkbox"/> 5 | n. z.
<input type="checkbox"/> |

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

PROZESS DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Während des Aufenthalts Ihres Angehörigen auf der Intensivstation wurden viele wichtige Entscheidungen über die Behandlung getroffen. Kreuzen Sie bei jeder der folgenden Fragen die Antwort an, die Ihren Empfindungen und Gefühlen am besten entspricht:

21. Fühlten Sie sich bei anstehenden Entscheidungen im Rahmen der Behandlung einbezogen oder ausgeschlossen?

- 1 Ich fühlte mich sehr ausgeschlossen
- 2 Ich fühlte mich teilweise ausgeschlossen
- 3 Ich fühlte mich im Entscheidungsprozess weder einbezogen noch ausgeschlossen
- 4 Ich fühlte mich teilweise einbezogen
- 5 Ich fühlte mich sehr einbezogen

22. Wie sehr fühlten Sie sich bei Entscheidungen unterstützt?

- 1 ich fühlte mich überhaupt nicht unterstützt
- 2 ich fühlte mich zu wenig unterstützt
- 3 Ich fühlte mich weder überfordert noch unterstützt
- 4 Ich fühlte mich unterstützt
- 5 Ich fühlte mich sehr unterstützt

23. Hatten Sie das Gefühl, bei der Behandlung/Pflege Ihres Familienmitgliedes einbezogen gewesen zu sein?

- 1 Ich fühlte mich völlig ausgeschlossen, und ich hatte den Eindruck, dass das behandelnde Team die Kontrolle vollständig übernommen und die Behandlung diktiert hat, die mein Angehöriger erhalten hat.
- 2 Ich fühlte mich etwas ausgeschlossen, und ich hatte den Eindruck, dass das behandelnde Team die Kontrolle weitgehend übernommen und die Behandlung diktiert hat, die mein Angehöriger erhalten hat
- 3 Ich fühlte mich weder ausgeschlossen noch einbezogen
- 4 Ich fühlte mich teilweise einbezogen in die Behandlung, die mein Angehöriger erhalten hat
- 5 Ich fühlte mich gut einbezogen in der Behandlung, die mein Angehöriger erhalten hat

24. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie genügend Zeit hatten, um über Fragen und Informationen nachdenken zu können?

- 1 Mir wurde viel zu wenig Zeit gelassen für alle Fragen, Sorgen und Informationen
- 2 Ich hatte etwas zu wenig Zeit zum Nachdenken
- 3 Mir wurde genügend Zeit gelassen
- 4 Ich hatte reichlich Zeit
- 5 Ich hatte mehr als genug Zeit

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

Falls ihr Angehöriger auf der Intensivstation verstorben ist, so tut uns dies sehr leid. Dürfen wir Sie dennoch bitten, die Fragen 25 - 27 auch zu beantworten: Anderenfalls gehen Sie bitte direkt zu Frage 28.

25. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle am besten?

- 1 Ich empfand, dass das Leben und Leiden meines Angehörigen unnötig und erheblich verlängert wurde
- 2 Ich empfand, dass das Leben und Leiden meines Angehörigen unnötigerweise etwas verlängert wurde
- 3 Ich empfand, dass das Leben und Leiden meines Angehörigen weder unnötig verlängert noch verkürzt wurde
- 4 Ich empfand, dass das Leben meines Angehörigen unnötigerweise etwas verkürzt wurde
- 5 Ich empfand, dass das Leben meines Angehörigen unnötig erheblich verkürzt wurde

26. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle während der letzten Lebensstunden Ihres Angehörigen am besten?

- 1 Ich empfand, dass er sehr gelitten hat
- 2 Ich empfand, dass er etwas gelitten hat
- 3 Ich empfand, dass er nicht gelitten hat
- 4 Ich empfand dass er ruhig und zufrieden war
- 5 Ich empfand, dass er sehr ruhig und zufrieden war

27. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle während der letzten Stunden vor dem Tod Ihres Angehörigen am besten?

- 1 Ich fühlte mich vom behandelnden Team sehr verlassen
- 2 Ich fühlte mich vom behandelnden Team verlassen
- 3 Ich fühlte mich vom behandelnden Team weder verlassen noch unterstützt
- 4 Ich fühlte mich vom behandelnden Team unterstützt
- 5 Ich fühlte mich vom behandelnden Team sehr unterstützt

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

28. Haben Sie Vorschläge, wie man die Behandlung auf der Intensivstation verbessern könnte?

29. Möchten Sie etwas erwähnen, was wir gut gemacht haben?

30. Mit welchen Massnahmen hätten wir Ihre Zufriedenheit mit der Betreuung von Ihnen und anderen Angehörigen des Patienten verbessern können?

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der Intensivstation**

Angaben zu Ihrer Person:

Die folgenden Angaben über Sie helfen uns, Sie und die Beziehung zu Ihrem Angehörigen, **dem Patienten**, besser zu verstehen.

1. Geschlecht: Männlich Weiblich nicht zutreffend

2. Mein Alter: Jahre

3. Meine Beziehung zum Patienten:
 Ehefrau Ehemann Lebenspartner
 Mutter Vater Schwester Bruder
 Tochter Sohn andere Beziehung (bitte spezifizieren) _____

4. Hatten Sie (vor dem jetzigen Aufenthalt) schon einmal Erfahrungen auf einer Intensivstation?
 Ja Nein

5. Wohnen Sie zurzeit zusammen mit dem Patienten? Ja Nein

Falls Sie nicht mit dem Patienten leben, wie oft treffen Sie sich?
 mehrfach wöchentlich
 wöchentlich
 einmal im Monat
 wenige male im Jahr
 seltener als einmal im Jahr

6. In welchem Umfeld wohnen Sie?
 in der gleichen Stadt in der dieses Spital ist
 anderswo

7. Auf welcher Schul- oder Bildungsstufe haben Sie abgeschlossen?
 Ich habe die obligatorische Schulzeit (noch) nicht abgeschlossen.
 Ich habe die obligatorische Schulzeit abgeschlossen.
 Ich habe einen Lehrabschluss oder einen Abschluss in einer höheren Fachschule.
 Ich habe einen Abschluss an einer Fachhochschule.
 Ich habe eine Universitäre Ausbildung mit Abschluss

Besten Dank für Ihre Teilnahme und Ihre Kommentare.