

ID – Code:

**Inselspital Bern
Klinik für Intensivmedizin**

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
Ihre Meinung über den kürzlichen Aufenthalt Ihres Angehörigen auf der
Intensivstation (Klinik für Intensivmedizin, KIM)**

Ihr Angehöriger¹ war als Patient in der Klinik für Intensivmedizin (**KIM**) hospitalisiert. Sie sind in unseren Unterlagen als sein/seine Angehörige/r vermerkt. 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 Familienangehörigen beteiligt waren. Wir sind an **Ihrem Gesamteindruck** betreffend der 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. Sagen Sie uns, was wir gut gemacht haben und wo wir uns noch verbessern können. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Die Mitarbeiter, die Ihren Angehörigen behandelt haben, werden Sie als Antwortenden nicht identifizieren können. Sollten Sie Fragen betreffend des Ausfüllens haben, so geben wir Ihnen gerne weitere Informationen.

TEIL 1: ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG IN DER KIM

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“ an. Unter „Mitarbeiter“ verstehen wir alle an der Behandlung beteiligten Personen, z.B. Pflegendе und Pflegehilfspersonal, Physiotherapeuten, Ärzte, Mitarbeiter der Röntgenabteilung, Spitalseelsorger und andere.

WIE HABEN WIR IHREN ANGEHÖRIGEN (DEN PATIENTEN) BEHANDELT?

| | | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|--------------|----------------|------------------------|
| 1. | Zuwendung und Sorge durch die Mitarbeiter der KIM: wie sind die Mitarbeiter dem Patienten gegenüber aufgetreten? (Höflichkeit, Respekt und Mitgefühl dem Patienten gegenüber) | O1 ausgezeichnet | O2 sehr gut | O3 gut | O4 mässig | O5 schlecht | |
| 2. | Behandlung von Symptomen: Wie gut haben die Mitarbeiter der KIM die Beschwerden Ihres Angehörigen wahrgenommen und behandelt? | | | | | | |
| | Die Schmerzen des Patienten | O1 ausgezeichnet | O2 sehr gut | O3 gut | O4 mässig | O5 schlecht | O6 nicht zutreffend |
| | Die Atemnot des Patienten | O1 ausgezeichnet | O2 sehr gut | O3 gut | O4 mässig | O5 schlecht | O6 nicht zutreffend |
| | Die Unruhe / Angst des Patienten | O1 ausgezeichnet | O2 sehr gut | O3 gut | O4 mässig | O5 schlecht | O6 nicht zutreffend |

¹ 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

| WIE HABEN WIR SIE BETREUT? | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|----------|--------|----------|------------------|
| 3. | Eingehen auf Ihre Bedürfnisse: Wie gut sind die Mitarbeiter der KIM auf Ihre Bedürfnisse eingegangen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 4. | Emotionale Unterstützung: Wie gut haben die Mitarbeiter der KIM Sie emotional / psychisch unterstützt? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 5. | Seelsorgerische Unterstützung: Wie haben die Mitarbeiter der KIM Ihre seelischen / religiösen Bedürfnisse respektiert und unterstützt? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 6. | Koordination der Behandlung: Wie empfanden Sie die Zusammenarbeit der verschiedenen Mitarbeiter (Pflege, Ärzte, und andere), die Ihren Angehörigen betreut haben? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 7. | Zuwendung durch die Mitarbeiter der KIM: Wie sind die Mitarbeiter Ihnen gegenüber aufgetreten (Höflichkeit, Respekt, Mitgefühl für Sie)? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| PFLEGEFACHPERSONAL | | | | | | | |
| 8. | Praktische Arbeit und Kompetenz des Pflegepersonals der KIM: Wie beurteilen Sie die Pflege Ihres Angehörigen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 9. | Häufigkeit der Kommunikation mit dem Pflegepersonal: Wie oft hat das Pflegepersonal mit Ihnen über den Krankheitsverlauf Ihres Angehörigen gesprochen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | sehr oft | oft | manchmal | selten | nie | nicht zutreffend |
| ÄRZTE (alle Ärzte der KIM, inkl. Assistenzärzte) | | | | | | | |
| 10. | Praktische Arbeit und Kompetenz der Ärzte der KIM: Wie beurteilen Sie die Betreuung Ihres Angehörigen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 11. | Häufigkeit der Kommunikation mit den KIM Ärzten: Wie oft haben die Ärzte mit Ihnen über den Zustand Ihres Angehörigen gesprochen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | sehr oft | oft | manchmal | selten | nie | nicht zutreffend |

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

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------------|------------------|
| ANDERE MITARBEITER: einige Angehörige wünschen die Begleitung durch einen Sozialarbeiter oder Seelsorger. | | | | | | | |
| 12. | Sozialarbeiter: Wie gut hat der Sozialarbeiter Sie begleitet und unterstützt? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 13. | Seelsorger: Wie gut hat der Pfarrer / Priester Sie begleitet und unterstützt? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| DIE KIM ALLGEMEIN | | | | | | | |
| 14. | Die allgemeine Atmosphäre (z.B. Organisation, Arbeitsabläufe, Besuchszeiten, Möglichkeiten bei der Pflege mitzuwirken, etc) in der KIM war | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| 15. | Die Atmosphäre im Warte- und Angehörigenzimmer (Grösse, Privatsphäre, Informationsbrochüren, Telefon, Verpflegungsmöglichkeit, etc) der KIM war | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | |
| ZUSAMMENFASSENDE RÜCKBLICK AUF DIE BEHANDLUNG, DIE IHR ANGEHÖRIGER UND SIE ERHALTEN HABEN | | | | | | | |
| 16. | Wie ist Ihr Gesamteindruck in Bezug auf Ihre Erfahrungen auf der KIM? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | |
| | | vollständig zufrieden | sehr zufrieden | weitgehend zufrieden | leicht unzufrieden | sehr unzufrieden | |

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

TEIL 2: ZUFRIEDENHEIT DER ANGEHÖRIGEN MIT DEN INFORMATIONEN, DIE SIE ERHALTEN HABEN UND DEM ENTSCHEIDUNGSPROZESS BEI DER BEHANDLUNG VON PATIENTEN DER KIM

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 bewerten Sie nur die Intensivstation, und nicht die Zeit vor Eintritt oder nach Entlassung aus der Intensivstation.

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

| BEDARF AN INFORMATIONEN | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-----|--------|----------|------------------|
| 1. | Zugang zu Informationen: Wie war die Bereitschaft der Mitarbeiter der KIM, Fragen zu beantworten? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 2. | Verständlichkeit der Informationen: Gaben die Mitarbeiter der KIM verständliche Erklärungen? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 3. | Ehrlichkeit der Informationen: Empfanden Sie die Informationen über den Zustand Ihres Angehörigen als offen und ehrlich? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 4. | Vollständigkeit der Informationen: Wie gut haben die Mitarbeiter der KIM Sie informiert über das, was bei Ihrem Angehörigen geschah und weshalb etwas gemacht wurde? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |
| 5. | Übereinstimmung der Information: Wie war die Übereinstimmung der Ihnen gegebenen Informationen über den Zustand Ihres Angehörigen (erhielten Sie die gleichen Informationen vom Arzt, Pflegefachperson, etc.)? | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |
| | | ausgezeichnet | sehr gut | gut | mässig | schlecht | nicht zutreffend |

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. Wählen Sie bei den folgenden Fragen diejenige Antwort aus, die Ihren Empfindungen und Gefühlen am besten entspricht: |
| 6. | Fühlten Sie sich bei anstehenden Entscheidungen im Rahmen der Behandlung einbezogen? O1 Ich fühlte mich sehr ausgeschlossen |
| | O2 Ich fühlte mich teilweise ausgeschlossen |
| | O3 Ich fühlte mich im Entscheidungsprozess weder einbezogen noch ausgeschlossen |
| | O4 Ich fühlte mich teilweise einbezogen |
| | O5 Ich fühlte mich sehr einbezogen |
| | |
| 7. | Wurden Sie zum richtigen Zeitpunkt in den Entscheidungsprozess einbezogen? O1 Ich wurde viel zu spät einbezogen |
| | O2 Ich wurde etwas zu spät einbezogen |
| | O3 Ich wurde zum richtigen Zeitpunkt einbezogen |
| | O4 Ich wurde etwas zu früh einbezogen |
| | O5 Ich wurde viel zu früh einbezogen |
| | |
| 8. | Erhielten Sie eine adäquate Art und Ausmass an Information, um bei Entscheidungen mitmachen zu können? O1 Ich erhielt zu viel Information |
| | O2 Ich erhielt ausreichend und angemessene Informationen |
| | O3 Ich erhielt zu wenig Information |
| | |
| 9. | Hatten Sie das Gefühl, dass Sie genügend Zeit hatten, um über die gegebenen Informationen nachdenken zu können? O1 Ich hätte mehr Zeit zum nachdenken benötigt |
| | O2 Ich hatte genügend Zeit zum nachdenken |
| | O3 Ich hatte mehr als genug Zeit zum nachdenken |

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

| | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. | Fühlten Sie sich bei Entscheidungen unterstützt? O1 Ich fühlte mich völlig überfordert |
| | O2 Ich fühlte mich teilweise überfordert |
| | O3 Ich fühlte mich weder überfordert noch unterstützt |
| | O4 Ich fühlte mich unterstützt |
| | O5 Ich fühlte mich sehr unterstützt |
| 11. | Hatten Sie das Gefühl, bei der Behandlung / Pflege Ihres Familienmitgliedes einbezogen gewesen zu sein? O1 Ich fühlte mich völlig ausgeschlossen, und ich hatte den Eindruck, dass das behandelnde Team die Kontrolle übernommen und die Behandlung diktiert hat, die mein Angehöriger erhalten hat. |
| | O2 Ich fühlte mich teilweise ausgeschlossen, und ich hatte teilweise den Eindruck, dass das behandelnde Team die Kontrolle übernommen und die Behandlung diktiert hat, die mein Angehöriger erhalten hat |
| | O3 Ich fühlte mich weder ausgeschlossen noch einbezogen |
| | O4 Ich fühlte mich teilweise einbezogen in die Behandlung, die mein Angehöriger erhalten hat |
| | O5 Ich fühlte mich gut einbezogen in der Behandlung, die mein Angehöriger erhalten hat |
| 12. | Gaben die Ihnen gegebenen Informationen eine realistische Hoffnung, dass sich Ihr Angehöriger erholen würde? O1 Ich empfand, dass ich gar keine Hoffnung erhielt, dass sich mein Angehöriger erholen würde |
| | O2 Ich empfand, dass ich zu wenig Hoffnung erhielt, dass sich mein Angehöriger erholen würde |
| | O3 Ich empfand, dass ich das richtige Mass Hoffnung erhielt, dass sich mein Angehöriger erholen würde |
| | O4 Ich empfand, dass ich etwas zu viel Hoffnung erhielt, dass sich mein Angehöriger erholen würde |
| | O5 Ich empfand, dass ich viel zu viel Hoffnung erhielt, dass sich mein Angehöriger erholen würde |
| 13. | Bestand innerhalb Ihrer Familie Einigkeit betreffend der Behandlung Ihres Angehörigen? O1 Ich spürte grosse Konflikte innerhalb meiner Familie |
| | O2 Ich spürte einige Konflikte innerhalb meiner Familie |
| | O3 Ich spürte weder Konflikte noch Einigkeit innerhalb meiner Familie betreffend der Behandlung, die mein Angehöriger erhielt |
| | O4 Ich spürte Einigkeit innerhalb meiner Familie |
| | O5 Ich spürte starke Einigkeit innerhalb meiner Familie |
| | O6 nicht zutreffend |

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

| | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|----------------|-----------------------|
| 14. | Als Entscheidungen getroffen wurden, wurden Ihren Sorgen und Fragen genügend Zeit gewidmet? | | | | |
| | O1 Ich hätte mehr Zeit benötigt | | | | |
| | O2 Ich hatte genügend Zeit | | | | |
| | O3 Ich hatte mehr als genug Zeit. | | | | |
| 15. | Einige Menschen wollen einen maximalen Aufwand für eine Verbesserung ihrer Gesundheit, während andere wünschen, dass nur erleichternde Massnahmen getroffen werden. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass an Behandlung, die Ihr Angehöriger auf der Intensivstation erhalten hat? | | | | |
| | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 |
| | sehr unzufrieden | etwas unzufrieden | einigermassen zufrieden | sehr zufrieden | vollständig zufrieden |
| 16. | Wie sind sie insgesamt zufrieden in Bezug auf die Ihnen gegebenen Informationen und Ihren Einbezug in die Entscheidungsfindung bei der Behandlung Ihres Angehörigen auf der Intensivstation? | | | | |
| | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 |
| | sehr unzufrieden | etwas unzufrieden | einigermassen zufrieden | sehr zufrieden | vollständig zufrieden |

| | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| | Falls ihr Angehöriger auf der Intensivstation verstorben ist, so tut uns dies sehr leid. Dürfen wir Sie dennoch bitten, die Fragen 17-19 auch zu beantworten: | | | | |
| 17. | Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle am besten: | | | | |
| | O1 Ich empfand, dass das Leben und Leiden meines Angehörigen unnötig verlängert wurde | | | | |
| | O2 Ich empfand, dass das Leben und Leiden meines Angehörigen weder unnötig verlängert noch verkürzt wurde | | | | |
| | O3 Ich empfand, dass das Leben meines Angehörigen unnötig verkürzt wurde | | | | |
| 18. | Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle während der letzten Lebensstunden Ihres Angehörigen am besten: | | | | |
| | O1 Ich empfand, dass er sehr gelitten hat | | | | |
| | O2 Ich empfand, dass er etwas gelitten hat | | | | |
| | O3 Ich empfand, dass er nicht gelitten hat | | | | |
| | O4 Ich empfand, dass er ruhig war | | | | |
| | O5 Ich empfand, dass er sehr ruhig war | | | | |

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

| | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. | Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Gefühle während der letzten Stunden vor dem Tod Ihres Angehörigen am besten: |
| | O1 Ich fühlte mich vom behandelnden Team sehr verlassen |
| | O2 Ich fühlte mich vom behandelnden Team verlassen |
| | O3 Ich fühlte mich vom behandelnden Team weder verlassen noch unterstützt |
| | O4 Ich fühlte mich vom behandelnden Team unterstützt |
| | O5 Ich fühlte mich vom behandelnden Team sehr unterstützt |

20. Haben Sie zusätzliche Vorschläge, wie man die Behandlung auf der KIM verbessern könnte?

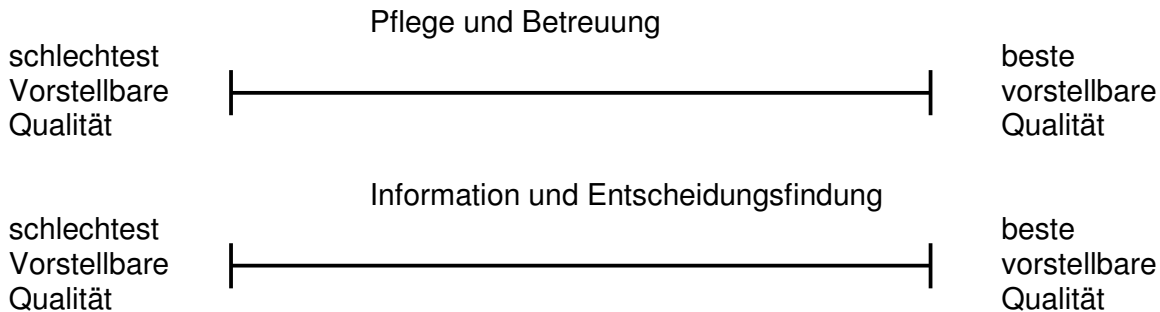
21. Möchten Sie etwas erwähnen, was wir gut gemacht haben?

22. Hier haben Sie die Möglichkeit, weitere Kommentare oder Vorschläge einzufügen, die für die Mitarbeiter der Intensivstation hilfreich sein könnten.

23. Wünschen Sie noch einmal ein Gespräch mit jemandem von uns? Wenn ja, mit wem?

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

Untenstehend finden sie die beiden Analogskalen, welche in der "Information für Angehörige" beschrieben sind. Die obere Linie betrifft die Einschätzung der "Pflege und Betreuung", die untere Skala die "Information und Entscheidungsfindung". Das linke Ende repräsentiert jeweils die schlechtest vorstellbare Qualität, das rechte Ende die bestvorstellbare Qualität. Bitte markieren Sie auf den beiden Linie mit einem Strich, wie Ihr allgemeiner Eindruck über die Qualität auf der Intensivstation ist.



Verwandtschaftsgrad:
Ich bin vom Patienten der:

- Ehemann Bruder Onkel andere Beziehung:
- Ehefrau Schwester Tante
- Vater Sohn Freund
- Mutter Tochter Lebenspartner

Mein Alter

18 - 24 25 - 34 35 - 44 45 - 54 55 - 64 65 und älter

Wie viele Tage war Ihr Angehöriger in der Intensivstation?

0 - 3 4 - 7 8 - 10 mehr als 10

Aus verschiedenen Gründen kann es nicht möglich sein, einen Patienten regelmässig zu besuchen. Wie oft haben Sie Ihren Angehörigen (den Patienten) besucht?

5 - 7 x / Woche 3 - 4 x / Woche 1 - 2 x / Woche weniger als 1 x / Woche

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme an dieser Befragung.