

## Qualität von Sterben und Tod (QODD)

### Fragebogen für Fachpersonal von Palliativstationen

#### A. Fragebogen für Personal zu den Erfahrungen eines Patienten am Lebensende

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Erfahrungen, die Ihr Patient möglicherweise während der Sterbephase vor seinem Tod auf der Palliativstation gemacht hat. Die Sterbephase kann individuell länger oder kürzer sein. Falls Sie länger als sieben Tage war, betrachten Sie bitte nur den Zeitraum der letzten sieben Tage vor dem Versterben. Bitte richten Sie sich in Ihren Einschätzungen danach, wie diese Erfahrungen **Ihrer eigenen Meinung nach** die Qualität des Sterbens und Todes Ihres Patienten beeinflusst haben. Uns ist bewusst, dass Sie nicht die ganze Zeit anwesend waren, aber bitte geben Sie Ihre bestmögliche Einschätzung ab.

Jede Frage hat zwei Teile: Im ersten Teil wird erfragt, ob oder wie oft der Patient eine bestimmte Situation erlebt hat, wobei „ja“ oder „nein“ ausgewählt oder eine Skala von 0 = „nie“ bis 5 = „immer“ verwendet wird. (ZEIGEN SIE ANTWORTKARTE 1 UND TRAGEN SIE IN DIE SPALTE ‚HÄUFIGKEIT‘ DIE ENTSPRECHENDE ZAHL EIN ODER MARKIEREN SIE DIE ENTSPRECHENDE ANTWORT ‚JA‘ ODER ‚NEIN‘.)

Im zweiten Teil werden Sie gebeten, diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens des Patienten auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen, bei der 0 „sehr schlecht“ und 10 „ideal“ bedeutet. (ZEIGEN SIE ANTWORTKARTE 2.)

Falls Sie nicht wissen, ob Ihr Patient eine bestimmte Erfahrung gemacht hat, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen „weiß nicht“ auf der rechten Seite an.

		Häufigkeit	sehr schlecht											ideal	WEISS NICHT
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<u>1.</u>	Schmerzen schienen unter Kontrolle zu sein.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>2.</u>	Schien Einfluss auf das zu haben, was um ihn herum geschah.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>3.</u>	Konnte etwas zu sich nehmen.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>4.</u>	Schien ruhig zu atmen.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>5.</u>	Schien Frieden mit dem Sterben geschlossen zu haben.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>6.</u>	Schien Angst vor dem Sterben zu haben.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>7.</u>	Lachte, lächelte.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>8.</u>	Schien seine Würde und Selbstachtung zu bewahren.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>9.</u>	Verbrachte Zeit mit Familie oder Freunden.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>10.</u>	Verbrachte Zeit alleine.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>11.</u>	Würde von Angehörigen* berührt oder umarmt.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>12.</u>	Verabschiedete sich von Angehörigen*.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>13.</u>	Klärte für sich ungute Gefühle, die anderen gegenüber bestanden.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>14.</u>	Würde ein- oder mehrmalig von einem Seelsorger/ spirit. Begleiter besucht.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
<u>15.</u>	Ein Gottesdienst/ spirituelles Ritual fand vor seinem Tod statt.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	

## B. Medizinische Versorgung am Lebensende

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Aspekte der medizinischen Versorgung Ihres Patienten während des Aufenthaltes auf der Palliativstation.

**1a. Hat Ihr Patient seine Wünsche bezüglich der Betreuung am Lebensende während des Aufenthaltes auf der Palliativstation mit seinen Ärzten besprochen – z. B. Reanimation, Intensivmedizin, Palliative Sedierung?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 1b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 2a.

**1b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**2a. Denken Sie, dass Ihr Patient während der letzten sieben Tage auf der Palliativstation die richtige Menge Analgetika erhalten hat?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 2b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 3a.

**2b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**3a. Denken Sie, dass Ihr Patient während der letzten sieben Tage auf der Palliativstation die richtige Menge Sedativa erhalten hat?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 3b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 4a.

**3b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**4a. Wurde der Patient während der letzten sieben Tage auf der Palliativstation künstlich ernährt (inkl. Flüssigkeit)?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 4b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 5a.

**4b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**5a. Wurde der Patient während der letzten sieben Tage auf der Palliativstation dialysiert?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 5b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 6a.

**5b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**6a. Wurde Ihr Patient während der letzten sieben Tage auf der Palliativstation künstlich beatmet?**

(ES SIND ALLE FORMEN KONTINUIERLICHER UND INTERMITTIERENDER KÜNSTLICHER BEAUMTUNG GEMEINT.)

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 6b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 7.

**6b. Wie würden Sie diesen Aspekt für die Erfahrung des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**7. Denken Sie, dass Ihr Patient zu lange am Leben erhalten wurde?**

JA       NEIN       WEISS NICHT / BIN UNSICHER

### C. Erfahrungen zum Zeitpunkt des Todes

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitpunkt des Todes Ihres Patienten.

**1a. War jemand (einschließlich Familie, Freunde oder Personal) zum Zeitpunkt des Todes Ihres Patienten anwesend?**

JA       NEIN      → WEITER MIT FRAGE 1b      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 2a.

**1b. Wie würden Sie diesen Aspekt des Todes des Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**2a. War Ihr Patient unmittelbar vor dem Todeseintritt:**

wach       somnolent (schlafend aber erweckbar)       komatös (nicht erweckbar)      → WEITER MIT FRAGE 2b.      |       WEISS NICHT      → WEITER MIT FRAGE 3.

**2b. Wie würden Sie diesen Aspekt des Todes des Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

**3. Insgesamt gesehen – wie würden Sie die Qualität des Sterbens Ihres Patienten einschätzen?**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ideal	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------------------------------------

### D. Gesamteinschätzung der Versorgung

**1. Schätzen Sie die Versorgung ein, die Ihr Patient in den letzten sieben Tagen seines Lebens auf der Palliativstation – von allen Ärzten und anderem betreuendem Personal zusammengenommen – erhalten hat.**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

schlechtest mögliche Versorgung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	bestmögliche Versorgung
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

**2. Schätzen Sie die Versorgung ein, die Ihr Patient in den letzten sieben Tagen seines Lebens auf der Palliativstation von seinen Ärzten erhalten hat.**

(KREUZEN SIE EINE ZAHL AN.)

schlechtest mögliche Versorgung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	bestmögliche Versorgung
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

FALLS DIE BEFRAGTEN ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN HABEN, KÖNNEN SIE DIESE HIER ODER AUF DER RÜCKSEITE HINZUFÜGEN.

**VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG BEI DIESER STUDIE.**