

Anhang D - Fragebogen Befragung der Krankenhäuser



Sehr geehrte Damen und Herren,

im Jahr 2015 wurde das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet. Dieses Gesetz basiert auf vielen Jahren Erfahrung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Ziel und zentrale Aussage ist es, sterbenden Menschen jegliche Unterstützung zu geben, die sie sich wünschen und die sie benötigen. Die palliative und hospizliche Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen soll als Bestandteil der Regelversorgung weiter gestärkt werden und somit auch den Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zur Verfügung stehen.

Zur weiteren Verbesserung eines würdevollen Sterbeprozesses setzt ALPHA NRW ein vom Gesundheitsministerium NRW gefördertes Projekt zur „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ um. Im ersten Schritt erfolgt eine Bestandsaufnahme. Dazu werden alle nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und ihre relevanten Netzwerkpartner befragt. Die Befragung wird ca. 15 Minuten Ihrer Zeit beanspruchen. Die Ergebnisse werden im Anschluss dokumentiert und fließen in einem weiteren Schritt in Handlungsempfehlungen ein.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Antworten werden anonymisiert erhoben und streng vertraulich behandelt. Ein Rückschluss auf die antwortenden Personen ist nicht möglich. Bei einer Veröffentlichung wird aus den Ergebnissen auch nicht hervorgehen, welche Personen oder

Institutionen an der Untersuchung teilgenommen haben. Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben sondern dienen ausschließlich der Erhebung zur Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern in NRW.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie den Online-Fragebogen ausfüllen.

Herzlichen Dank!

Dr. Gerlinde Dingerkus, Heidi Mertens-Bürger, ALPHA-NRW

Martina Rubarth, Ursula Elisa Witteler, Projektmitarbeiterinnen



Allgemeine Fragen

★ Bei Ihrer Organisation handelt es sich um

- Eine Hausarztpraxis
- Einen ambulanten Hospizdienst
- Ein stationäres Hospiz
- Einen Palliativpflegedienst
- Einen palliativmedizinischen Versorger
- Eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

★ Sie sind

- Niedergelassene Ärztin, niedergelassener Arzt mit eigener Praxis
 - Angestellte Ärztin/angestellter Arzt
 - Keine Angabe
-

Sie haben eine palliativmedizinische Weiterbildung absolviert?

- Ja, im Umfang von bis zu 20 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 40 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 120 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 160 Stunden
- Ich werde im nächsten halben Jahr eine Weiterbildung beginnen
- Nein
- Sonstige (welche?)
- Keine Angabe

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihre Praxis befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
 - Bis 100.000 Einwohner
 - Bis 300.000 Einwohner
 - Über 300.000 Einwohner
 - Keine Angabe
-

Ihre Praxis befindet sich in

- Nordrhein
 - Westfalen-Lippe
 - Außerhalb NRWs
 - Keine Angabe
-

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune?

- Kein Krankenhaus
- Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr
- Weiß nicht

**Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der
Versorgung/Begleitung von Patientinnen und Patienten zusammen?**

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr



Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Patientin/diesen Patienten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hausärztin/Hausarzt
- Notärztin/Notarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Patientin/Patient
- Zugehörige/Angehörige
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der stationären Einrichtung
- Andere (wer?)
- Weiß nicht

Handelte es sich um eine geplante oder ungeplante Einweisung?

- Geplant Ungeplant Weiß nicht
-

Welche Informationen über diese Patientin/diesen Patienten wurden **bei der Aufnahme** an das Krankenhaus gegeben?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Symptome
- Diagnosen
- Untersuchungsergebnisse
- Medikamentenplan
- Kollegenbriefe
- Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten
- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
- Soziales Netzwerk dieser Patientin/dieses Patienten
- Sonstige (welche)
-
- Weiß nicht
-

Gab es während des Aufenthaltes einen Kontakt zwischen Ihnen und dem Krankenhaus?

- Ja Nein Keine Angabe

Wurden Sie darüber informiert, dass die Entlassung bevorsteht?

- Ja, rechtzeitig Ja, aber nicht rechtzeitig Nein
- Keine Angabe
-

Erhielten Sie den Arzt- bzw. Entlassbrief, nach Ihrer persönlichen Auffassung, ausreichend zeitnah?

- Ja, ausreichend zeitnah
- Ja, aber nicht ausreichend zeitnah
- Keine Angabe

Weche Informationen haben Sie *bei der Entlassung* dieser Patientin/dieses Patienten erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Diagnose
- Prognose
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose dieser Patientin/dieses Patienten
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose der Angehörigen
- Therapievorschläge incl. Medikamentenplan/Hilfsmittelplan
- Geäußerte Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten, z. B. Patientenverfügung
- Empfehlungen zur Pflege/Pflegeuberleitung
- Informationen/Empfehlung über den Einbezug eines erweiterten Netzwerks, z.B. ambulanter Hospizdienst, stationäres Hospiz, Palliativversorger
- Sonstige (welche?)
- Keine Informationen erhalten
- Keine Angabe

Wenn diese Patientin/dieser Patient im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja

- Zeitnah
 - Innerhalb von 24 Stunden
 - Nach 24 Stunden
-

Durch wen

- Durch Klinikmitarbeiter/innen, wen?

- Durch andere Personen, wen?

Erfolgte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Ihrem Team eine Reflexion über die Versorgung dieser Patientin/dieses Patienten im Krankenhaus und über die Überleitung?

- Ja
 - Nein
 - Keine Angabe
-

Anmerkungen

Fehlte Ihnen etwas bei der stationären **Aufnahme** dieser

- Ja (falls Ihnen etwas fehlte, haben Sie die Gelegenheit, es hier einzutragen)

- Nein
-

Fehlte Ihnen etwas bei der **Entlassung** dieser Patientin/dieses Patienten?

- Ja (falls Ihnen etwas fehlte, haben Sie die Gelegenheit, es hier einzutragen)

- Nein
-

Wenn etwas bei dem gesamten Versorgungsprozess dieser Patientin/dieses Patienten besonders gut gelungen ist, haben Sie die Gelegenheit, dies hier kurz zu beschreiben.



Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von schwerstkranken/sterbenden Menschen **während des Krankenhausaufenthaltes** führen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Palliativteam im Krankenhaus
- Palliativbeauftragte/Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Entlassmanagerin/Entlassmanager
- Bessere Kommunikation
- Fallbesprechungen
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben und Tod
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

Wie könnte aus Ihrer Sicht das **Entlassmanagement** im Krankenhaus verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung von schwerstkranken/sterbenden Menschen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanagerinnen/Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten auf "ihrer/seiner" Station (im Bedarfsfall)
- generell bessere Absprachen
- Sonstiges (welches?)
- keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?) <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort

Sie sind nicht zufrieden wegen (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassungsbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- der Medikation, weil
- Sonstigem (welchem?)



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung
und Versorgung von sterbenskranken Menschen in
NRW beigetragen haben!**

Allgemeine Fragen

★ Sie sind

- Koordinatorin/Koordinator
- Vorstandsmitglied
- Ehrenamtliche Mitarbeiterin/ehrenamtlicher Mitarbeiter
- Anderes (was?)

- Leitend Nicht leitend Keine Angabe

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihr Dienst befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
- Bis 100.000 Einwohner
- Bis 300.000 Einwohner
- Über 300.000 Einwohner
- Keine Angabe

Ihr Dienst befindet sich in

- Nordrhein
 - Westfalen-Lippe
 - Außerhalb NRWs
 - Keine Angabe
-

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune?

- Kein Krankenhaus
- Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr
- Weiß nicht

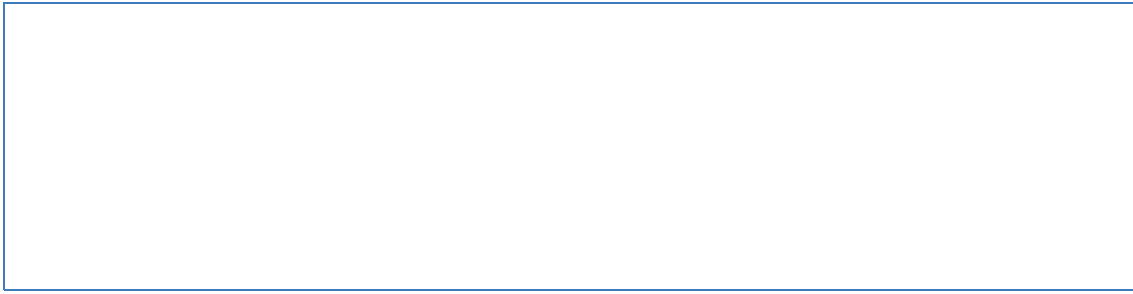
Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der Versorgung/Begleitung von Patientinnen und Patienten zusammen?

- Kein Krankenhaus
 - 1 Krankenhaus
 - Bis 3 Krankenhäuser
 - 4 Krankenhäuser und mehr
 - Weiß nicht
-

Mit wie vielen Krankenhäusern haben Sie einen Kooperationsvertrag?

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- 2 Krankenhäuser
- 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr

Anmerkungen





Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Patientin/diesen Patienten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hausärztin/Hausarzt
- Notärztin/Notarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Patientin/Patient
- Zugehörige/Angehörige
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der stationären Einrichtung
- Andere (wer?)
- Weiß nicht

Handelte es sich um eine geplante oder ungeplante Einweisung?

- Geplant Ungeplant Weiß nicht
-

Erhielten Sie von Seiten des Krankenhauses Informationen zu dem Gesundheitszustand dieser Patientin/dieses Patienten?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Wenn nicht, was waren die Gründe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Zeitmangel
- Fehlendes Personal
- Datenschutz
- Sonstige (welche?)
- Weiß nicht

Wer war Ihre Ansprechpartnerin/Ihr Ansprechpartner im Krankenhaus? (Mehrfachnennungen möglich)

Ärztin/Arzt

Stationsleitung

Pflegekraft

Palliativfachkraft

Sozialdienst

Seelsorge

Casemanagerin/Casemanager

Sonstige (welche?)

Ich hatte keine Ansprechpartnerin/keinen Ansprechpartner

Wurden Sie nach Ihrer Auffassung rechtzeitig darüber informiert, dass die Entlassung bevorsteht?

Ja

Nein

Keine Angabe

Welche Informationen haben Sie bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Diagnose
 - Prognose
 - Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose der Patientin/des Patienten
 - Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose der Angehörigen
 - Geäußerte Wünsche der Patientin/des Patienten, der Bewohnerin/des Bewohners, z. B. Patientenverfügung
 - Informationen/Empfehlungen über den Einbezug eines erweiterten Netzwerkes, z.B. ambulanter Hospizdienst, stationäres Hospiz, Palliativversorger
 - Sonstige (welche?)
 - Keine Informationen erhalten
 - Keine Angabe
-

Wenn diese Patientin/dieser Patient im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja

- Zeitnah
 - Innerhalb von 24 Stunden
 - Nach 24 Stunden
-

Durch wen? (Mehrfachnennungen möglich)

Durch Klinikmitarbeiter/innen, wen?

Durch andere Personen, wen?

Erfolgte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Ihrem Team eine Besprechung über die Versorgung dieser Patientin/dieses Patienten im Krankenhaus und in der Überleitung?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Anmerkungen

Fehlte Ihnen etwas bei der Aufnahme dieser Patientin/dieses

Ja Nein Keine Angabe

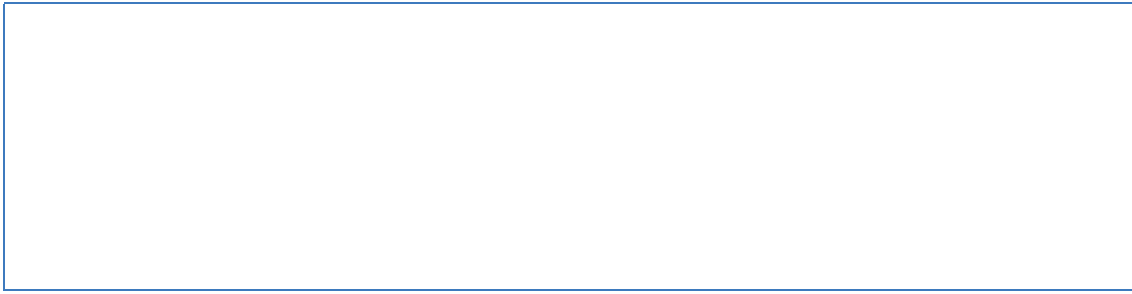
Wenn ja, was?

Fehlte Ihnen etwas bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, was?

Was war bei dem gesamten Versorgungsprozess dieser Patientin/dieses Patienten besonders gut?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the user to provide their answer to the question above.



Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

**Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von schwerstkranken/sterbenden Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Ein Palliativteam im Krankenhaus
- Eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Eine Entlassmanagerin/ein Entlassmanager
- Fallbesprechungen
- Bessere Kommunikation
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben und Tod
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

**Wie könnte aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement im Krankenhaus verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung von schwerstkranken/sterbenden Menschen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten auf "seiner" Station (im Bedarfsfall)
- Generell bessere Absprachen
- Sonstiges (welches?)
- Keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
<input type="text"/>						

Sie sind nicht zufrieden wegen (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassungsbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- Unterschiedlicher Medikation
- Sonstigem (welchem?)
- Keine Angabe



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung und
Versorgung von sterbenskranken Menschen in NRW
beigetragen haben!**



Allgemeine Fragen

★ Sie sind

Geschäftsführung/Vorstand

Hospizleitung

Pflegedienstleitung

Pflegekraft

Sozialdienst

Anderes (was?)

Sie haben eine palliative Weiterbildung absolviert

- Ja, im Umfang von bis zu 20 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 40 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 120 Stunden
- Ja, im Umfang von bis zu 160 Stunden
- Ich werde im nächsten halben Jahr eine Weiterbildung beginnen
- Nein
- Sonstige (welche?)

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihr stationäres Hospiz befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
- Bis 100.000 Einwohner
- Bis 300.000 Einwohner
- Über 300.000 Einwohner

Ihr Haus befindet sich in

- Nordrhein
- Westfalen-Lippe
- Außerhalb NRWs
- Keine Angabe

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune?

- Kein Krankenhaus
 - Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
 - 1 Krankenhaus
 - Bis 3 Krankenhäuser
 - 4 Krankenhäuser und mehr
 - Keine Angabe
-

Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der Versorgung/Begleitung von Gästen zusammen?

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr



Erinnern Sie sich nun bitte an einen Gast, der vom Krankenhaus in Ihr Hospiz verlegt wurde!

Erinnern Sie sich nun bitte an einen Gast, der vom Krankenhaus in Ihr Hospiz verlegt wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Hospizunterbringung für diesen Gast? (Mehrfachnennungen möglich)

- Klinikärztin/Klinikarzt
- Hausärztin/Hausarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Gast
- Zugehörige/Angehörige
- Andere (wer?)
- Keine Angabe

Handelte es sich um eine etwas länger geplante oder um eine kurzfristige Aufnahme in Ihr Haus?

- Länger geplant Kurzfristig Keine Angabe

Gab es vor der Aufnahme einen Kontakt zwischen Ihnen und dem Krankenhaus?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Welche Informationen über diesen Gast wurden bei der Überleitung in das stationäre Hospiz gegeben? (Mehrfachnennungen möglich)

- Symptome
- Diagnosen
- Prognose
- Untersuchungsergebnisse
- Medikamentenplan/Therapievorschläge
- Empfehlung an den MDK bzw. Notwendigkeitsbescheinigung
- Wünsche des Gastes
- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
- Soziales Netzwerk des Gastes
- Sonstige (welche?)
-
- Weiß nicht
-

Erhielten Sie diese Informationen ausreichend zeitnah?

- Ja Nein Keine Angabe

War der Übergang vom Krankenhaus zum Hospiz nach Ihrer

- Ja Nein Keine Angabe
-

Anmerkungen

Wenn der Gast (vor der geplanten Aufnahme) im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Wenn ja

- Zeitnah
 Innerhalb von 24 Stunden
 Nach 24 Stunden

Durch wen

Durch Klinikmitarbeiter/innen, wen?

Durch andere Personen, wen?

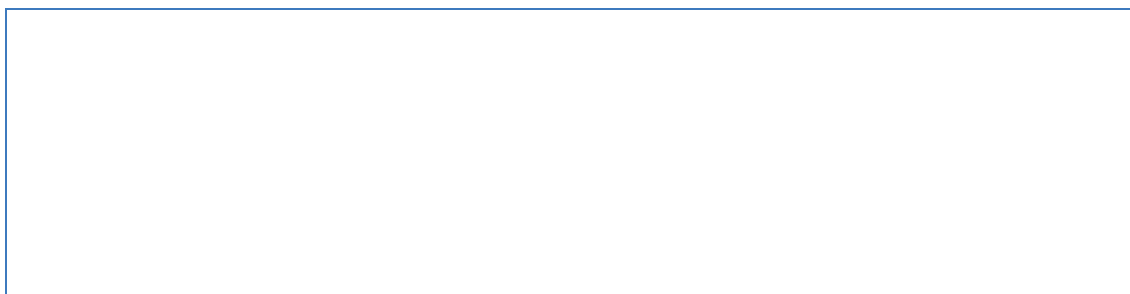
Erfolgte im Anschluss an die Aufnahme in Ihrem Team eine Reflexion über die Überleitung aus dem Krankenhaus in das Hospiz?

Ja Nein Keine Angabe

Anmerkungen

Was fehlte Ihnen besonders bei der Überleitung des Gastes?

Was war besonders gut?





Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

**Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von schwerstkranken/sterbenden Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Ein Palliativteam im Krankenhaus
- Eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Eine Entlassmanagerin/ein Entlassmanager
- Bessere Kommunikation
- Fallbesprechungen
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben und Tod
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

**Wie könnte aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement im Krankenhaus verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung von schwerstkranken/sterbenden Menschen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten auf "seiner" Station (im Bedarfsfall)
- Generell bessere Absprachen
- Sonstiges (welches?)
- Keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?) <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort

Sie sind nicht zufrieden wegen: (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassungsbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- Unterschiedlicher Medikation
- Sonstigem (welchem?)



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung und
Versorgung von sterbenskranken Menschen in NRW
beigetragen haben!**



Allgemeine Fragen

Sie sind

- Inhaberin/Inhaber
- Geschäftsführerin/Geschäftsführer
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkraft
- Anderes (was?)

Sie haben eine palliative Weiterbildung absolviert?

- Ja, im Umfang von bis zu 20 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 40 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 120 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 160 Stunden
 - Ich werde im nächsten halben Jahr eine Weiterbildung beginnen
 - Nein
 - Sonstige (welche?)
 - Keine Angabe
-

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihr Pflegedienst befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
 - Bis 100.000 Einwohner
 - Bis 300.000 Einwohner
 - Über 300.000 Einwohner
 - Keine Angabe
-

Ihr Dienst befindet sich in

- Nordrhein
- Westfalen-Lippe
- Außerhalb NRWs
- Keine Angabe

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune?

- Kein Krankenhaus
 - Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
 - 1 Krankenhaus
 - Bis 3 Krankenhäuser
 - 4 Krankenhäuser und mehr
 - Weiß nicht
-

Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der Versorgung/Begleitung von Patientinnen und Patienten zusammen?

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr



Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Patientin/diesen Patienten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hausärztin/Hausarzt
- Notärztin/Notarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Patientin/Patient
- Zugehörige/Angehörige
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes
- Andere (wer?)

Handelte es sich um eine geplante oder ungeplante Einweisung?

- Geplant Ungeplant Keine Angabe

Welche Informationen über diese Patientin/diesen Patienten

- Symptome
 - Diagnosen
 - Untersuchungsergebnisse
 - Medikamentenplan
 - Kollegenbriefe
 - Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten
 - Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
 - Soziales Netzwerk dieser Patientin/dieses Patienten
 - Sonstige (welche?)
 - Weiß nicht
-

Gab es während des Aufenthaltes einen Kontakt zwischen Ihnen und dem Krankenhaus?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Wurden Sie rechtzeitig darüber informiert, dass die Entlassung bevorsteht?

- Ja Nein Keine Angabe

Erhielten Sie den Arzt- bzw. Entlassungsbrief ausreichend zeitnah?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Welche Informationen haben Sie bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Diagnose
- Prognose
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose dieser Patientin/dieses Patienten
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose der Angehörigen
- Therapievorschläge incl. Medikamentenplan/Hilfsmittelplan
- Geäußerte Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten z.B. Patientenverfügung
- Empfehlungen zur Pflege/Pflegeuberleitung
- Informationen/Empfehlungen über den Einbezug eines erweiterten Netzwerkes, z.B. ambulanter Hospizdienst, stationäres Hospiz, Palliativversorger
- Sonstige (welche?)
- Keine Informationen erhalten
- Keine Angabe

Wenn diese Patientin/dieser Patient im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein Keine Angabe
-

Wenn ja

- Zeitnah
 Innerhalb von 24 Stunden
 Nach 24 Stunden
-

Durch wen

- Durch Klinikmitarbeiter/innen, wen?

- Durch andere Personen, wen?

Erfolgte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Ihrem Team eine Reflexion über die Versorgung dieser Patientin/dieses Patienten im Krankenhaus?

- Ja Nein Keine Angabe

Anmerkungen

Fehlte Ihnen etwas bei der stationären Aufnahme dieser Patientin/dieses Patienten?

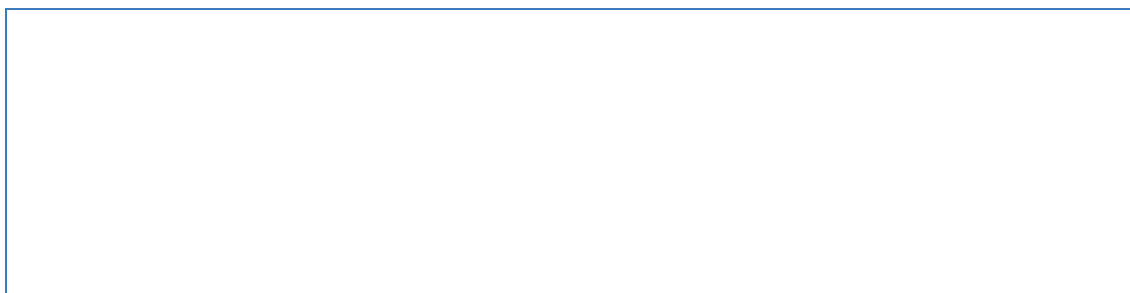
Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, was?

Fehlte Ihnen etwas bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, was?





Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

**Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von schwerstkranken/sterbenden Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Ein Palliativteam im Krankenhaus
- Eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Eine Entlassmanagerin/ein Entlassmanager
- Bessere Kommunikation
- Fallbesprechungen
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben und Tod
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

**Wie könnte aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement im Krankenhaus verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung von schwerstkranken/sterbenden Menschen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanagerinnen/Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder eines Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten auf "seiner" Station (im Bedarfsfall)
- Generell bessere Absprachen
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?) <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort

Sie sind nicht zufrieden wegen (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassungsbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- Unterschiedlicher Medikation
- Sonstigem (welchem?)
- Keine Angabe



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung und
Versorgung von sterbenskranken Menschen in NRW
beigetragen haben!**



Allgemeine Fragen

Sie sind

- Leitende Ärztin/leitender Arzt
- Angestellte Ärztin/Angestellter Arzt
- Koordinatorin/Koordinator, Pflegekraft
- Sozialer Dienst
- Anderes (was?)

Sie haben eine palliative Weiterbildung absolviert?

- Ja, im Umfang von bis zu 20 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 40 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 120 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 160 Stunden
 - Ich werde im nächsten halben Jahr eine Weiterbildung beginnen
 - Nein
 - Sonstige (welche?)
 - Keine Angabe
-

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihr Dienst befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
- Bis 100.000 Einwohner
- Bis 300.000 Einwohner
- Über 300.000 Einwohner
- Keine Angabe

Ihr Dienst befindet sich in

- Nordrhein
 - Westfalen-Lippe
 - Außerhalb NRWs
 - Keine Angabe
-

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kein Krankenhaus
 - Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
 - 1 Krankenhaus
 - Bis 3 Krankenhäuser
 - 4 Krankenhäuser und mehr
 - Weiß nicht
-

Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der Versorgung/Begleitung von Patientinnen und Patienten zusammen?

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr



Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Erinnern Sie sich nun bitte an eine sterbenskranke Patientin/einen sterbenskranken Patienten, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Patientin/diesen Patienten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hausärztin/Hausarzt
- Notärztin/Notarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Koordinatorin/Koordinator
- Pflegekraft
- Patientin/Patient
- Zugehörige/Angehörige
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der stationären Einrichtung
- Andere (wer?)
- Weiß nicht

Handelte es sich um eine geplante oder ungeplante Einweisung?

- Geplant Ungeplant Weiß nicht
-

Welche Informationen über diese Patientin/diesen Patienten wurden bei der Aufnahme an das Krankenhaus gegeben? (Mehrfachnennungen möglich)

- Symptome
- Diagnosen
- Untersuchungsergebnisse
- Medikamentenplan
- Arztberichte
- Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten
- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
- Soziales Netzwerk dieser Patientin/dieses Patienten
- Sonstige (welche?)
-
- Weiß nicht
-

Gab es während des Aufenthaltes einen Kontakt zwischen Ihnen und dem Krankenhaus?

- Ja Nein Keine Angabe

Wurden Sie rechtzeitig darüber informiert, dass die Entlassung bevorsteht?

Ja Nein Keine Angabe

Erhielten Sie den Arzt- bzw. Entlassungsbrief ausreichend zeitnah?

Ja Nein Keine Angabe

Welche Informationen haben Sie bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten erhalten?

- Diagnose
- Prognose
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose dieser Patientin/dieses Patienten
- Erfolgte Aufklärung bzgl. Diagnose und Prognose der Angehörigen
- Therapievorschläge incl. Medikamentenplan/Hilfsmittelplan
- Geäußerte Wünsche dieser Patientin/dieses Patienten, dieser Bewohnerin/dieses Bewohners, z. B. Patientenverfügung
- Empfehlungen zur Pflege/Pflegeuberleitung
- Informationen/Empfehlung über den Einbezug eines erweiterten Netzwerkes, z.B. ambulanter Hospizdienst, stationäres Hospiz, Palliativversorger
- Sonstiges
- Keine Angabe

Wenn diese Patientin/dieser Patient im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein keine Angabe

Wenn ja

- Zeitnah
 - Innerhalb von 24 Std.
 - Nach 24 Std.
-

Durch wen

- Durch Klinikmitarbeiter/inne, wen?

- Durch andere Personen, wen?

Erfolgte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Ihrem Team eine Reflexion über die Versorgung dieser Patientin/dieses Patienten im Krankenhaus und der Überleitung bei der Entlassung?

- Ja
 - Nein
 - Keine Angabe
-

Anmerkungen

Fehlte Ihnen etwas bei der stationären Aufnahme dieser

Ja Nein Keine Angabe

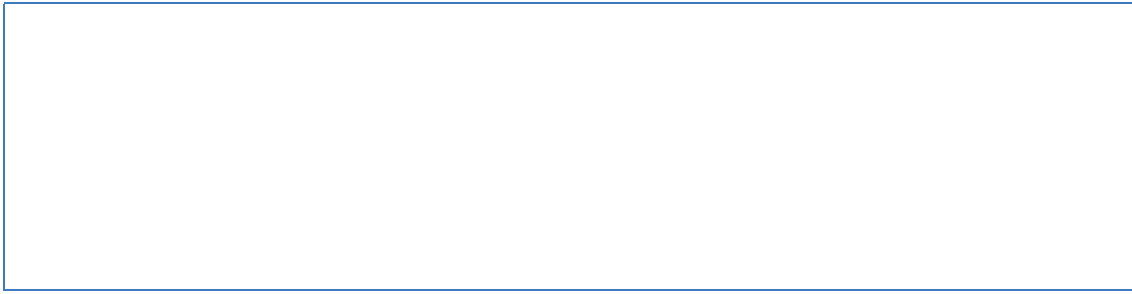
Wenn ja, was?

Fehlte Ihnen etwas bei der Entlassung dieser Patientin/dieses Patienten?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, was?

Was war bei dem gesamten Versorgungsprozess dieser Patientin/dieses Patienten besonders gut?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the user to provide their answer to the question above.



Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

**Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von schwerstkranken/sterbenden Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Ein Palliativteam im Krankenhaus
- Eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Eine Entlassmanagerin/ein Entlassmanager
- Bessere Kommunikation
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben und Tod
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

**Wie könnte aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement im Krankenhaus verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung von schwerstkranken/sterbenden Menschen?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanagerinnen/Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder eines Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Patientinnen/der Patienten auf "ihrer" Station (im Bedarfsfall)
- Generell bessere Absprachen
- Sonstiges (welches?)
- Keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
<input type="text"/>						

Sie sind nicht zufrieden wegen (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassungsbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- Unterschiedlicher Medikation
- Sonstigem (welchem?)



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung und
Versorgung von sterbenskranken Menschen in NRW
beigetragen haben!**



Allgemeine Fragen

★ Sie sind

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkraft
- Sozialdienst
- Anderes (was?)

Sie haben eine palliative Weiterbildung absolviert

- Ja, im Umfang von bis zu 20 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 40 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 120 Stunden
 - Ja, im Umfang von bis zu 160 Stunden
 - Ich werde im nächsten halben Jahr eine Weiterbildung beginnen
 - Nein
 - Sonstige (welche?)
 - Keine Angabe
-

Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihre Einrichtung befindet?

- Bis 15.000 Einwohner
- Bis 100.000 Einwohner
- Bis 300.000 Einwohner
- Über 300.000 Einwohner
- Keine Angabe

Ihr Haus befindet sich in

- Nordrhein
 - Westfalen-Lippe
 - Außerhalb NRWs
 - Keine Angabe
-

Wie viele Krankenhäuser befinden sich in Ihrer Kommune? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kein Krankenhaus
 - Ein Krankenhausverbund mit mehreren Krankenhäusern
 - 1 Krankenhaus
 - Bis 3 Krankenhäuser
 - 4 Krankenhäuser und mehr
 - Weiß nicht
-

Mit wie vielen Krankenhäusern arbeiten Sie in der Versorgung/Begleitung Ihrer Bewohnerinnen/Bewohner zusammen?

- Kein Krankenhaus
- 1 Krankenhaus
- Bis 3 Krankenhäuser
- 4 Krankenhäuser und mehr



Erinnern Sie sich bitte an eine sterbenskranke Bewohnerin oder einen sterbenskranken Bewohner, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Erinnern Sie sich bitte an eine sterbenskranke Bewohnerin oder einen sterbenskranken Bewohner, an deren oder dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung Sie beteiligt waren, und die/der auf Grund einer Erkrankung oder Notfallsituation ins Krankenhaus eingewiesen wurde!

Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Bewohnerin/diesen Bewohner?

- Hausärztin/Hausarzt
- Notärztin/Notarzt
- Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
- Patientin/Patient
- Zugehörige/Angehörige
- Mitarbeiterin/Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung
- Andere (wer?)
- Keine Angabe

Handelte es sich um eine geplante oder ungeplante Einweisung?

- Geplant Ungeplant Keine Angabe
-

Welche Informationen über diese Bewohnerin/diesen Bewohner wurden bei der Aufnahme an das Krankenhaus gegeben? (Mehrfachnennungen möglich)

- Symptome
- Diagnosen
- Untersuchungsergebnisse
- Medikamentenplan
- Wünsche dieser Bewohnerin/dieses Bewohners
- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
- Soziales Netzwerk dieser Bewohnerin/dieses Bewohners
- Neulegung des Katheters
- Essen und Abführung
- Sonstige (welche?)
-
- Weiß nicht
-

Hat das Krankenhaus während des Aufenthaltes Kontakt zu Ihnen aufgenommen?

- Ja Nein Keine Angabe

Aus welchem Grund?

Wurden Sie rechtzeitig darüber informiert, dass die Entlassung bevorsteht?

- Ja Nein Keine Angabe

Erhielten Sie den Arzt- bzw. Entlassungsbrief ausreichend zeitnah?

- Ja Nein Keine Angabe

Welche Informationen haben Sie bei der Entlassung dieser Bewohnerin/dieses Bewohners erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Diagnose
 - Prognose
 - Erfolgte Aufklärung bzgl. der Diagnose und Prognose dieser Bewohnerin/dieses Bewohners
 - Erfolgte Aufklärung bzgl. der Diagnose und Prognose der Angehörigen
 - Therapievorschläge incl. Medikamentenplan/Hilfsmittelplan
 - Geäußerte Wünsche der Bewohnerin/des Bewohners, z. B. Patientenverfügung
 - Empfehlungen zur Pflege/Pflegeuberleitung
 - Informationen/Empfehlungen über den Einbezug eines erweiterten Netzwerkes, z.B. ambulanter Hospizdienst, stationäres Hospiz, Palliativversorger
 - Sonstiges
 - Keine Informationen erhalten
-

Wenn diese Bewohnerin/dieser Bewohner im Krankenhaus starb, wurden Sie informiert?

- Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja

- Zeitnah
 - Innerhalb von 24 Std.
 - Nach 24 Std.
-

Durch wen

- Durch Klinikmitarbeiter/innen, wen?

- Durch andere Personen, wen?

Erfolgte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Ihrem Team eine Reflexion über die Versorgung dieser Bewohnerin/dieses Bewohners im Krankenhaus?

- Ja
 - Nein
 - Keine Angabe
-

Anmerkungen

Fehlte Ihnen etwas bei der stationären Aufnahme dieser

Ja Nein Keine Angabe

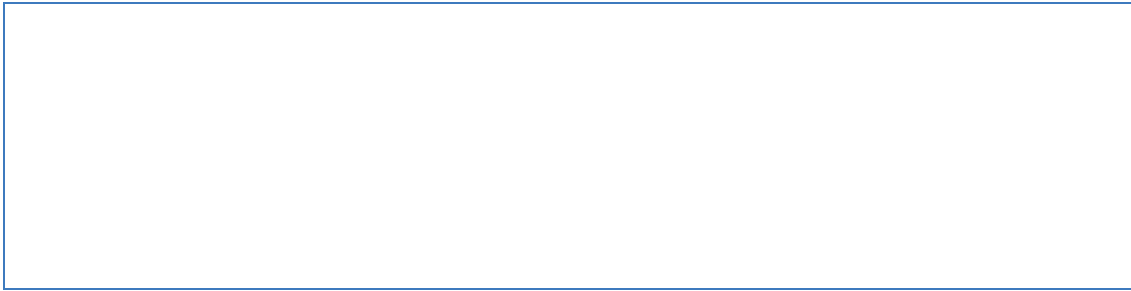
Wenn ja, was?

Fehlte Ihnen etwas bei der Entlassung dieser Bewohnerin/dieses Bewohners?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, was?

Was war bei dem gesamten Versorgungsprozess dieser Bewohnerin/dieses Bewohners besonders gut?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the user to provide their answer to the question above.



Sie haben es gleich geschafft! Jetzt bitten wir Sie noch um die Beantwortung von vier Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung, dann ist die Befragung abgeschlossen.

Was würde aus Ihrer Sicht zu einer Verbesserung der Versorgung/Begleitung von sterbenskranken Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ein Palliativteam im Krankenhaus
- Eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter im Krankenhaus
- Eine Entlassmanagerin/ein Entlassmanager
- Bessere Kommunikation
- Fallbesprechungen
- Eine klarere Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Sterben, Tod und Trauer
- Mehr Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Nahestehender
- Sonstiges (was?)
- Keine Angabe

Wie könnte aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement des Krankenhauses verbessert werden im Sinne der bestmöglichen Versorgung sterbenskranker Menschen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Festgelegte Standards zum Entlassmanagement
- Palliativgeschulte Entlassmanagerinnen/Entlassmanager
- Verbesserte Kommunikation
- Frühzeitige Information über Entlassung
- Angabe einer Telefonnummer mit sicheren Erreichbarkeitszeiten
- Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit
- Organisation eines Heim- oder eines Hospizplatzes
- Vermittlung an einen ambulanten Hospizdienst
- Zusage einer Wiederaufnahme der Bewohnerinnen/Bewohner auf "ihre" Station (im Bedarfsfall)
- Generell bessere Absprachen
- Sonstiges (welches?)
- Keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit...

Bewerten Sie von **1 = sehr unzufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

	1	2	3	4	5	
Den Krankenhäusern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Anderen ambulanten Kooperationspartnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort
Sonstigen (welchen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine Antwort

Sie sind nicht zufrieden wegen (Mehrfachnennungen möglich)

- Wechselnder Ansprechpartner
- Fehlender Papiere
- Fehlender Entlassbögen
- Mangelhafter Erreichbarkeit
- Unterschiedlicher Medikation
- Sonstigem (welchem?)



**Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich
für die Beantwortung der Fragen genommen und
damit zur weiteren Verbesserung der Begleitung und
Versorgung von sterbenskranken Menschen in NRW
beigetragen haben!**