

8. ANLAGEN

Patientenbefragung perioperative Schmerztherapie

Sehr geehrte(r) Patient(in)!

Sie sind bei uns operiert worden. Sicher hatten Sie nach der Operation Schmerzen, die Sie mehr oder weniger stark belastet haben. Jeder Patient empfindet Schmerzen unterschiedlich.

Wir, der Akut - Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Martin-Luther-Universität Halle, möchten von Ihnen erfahren, wie **Sie** Ihre Schmerzen erlebt haben.

Von Interesse ist für uns weiterhin, wie zufrieden Sie mit der Schmerzbehandlung waren.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, es geht ausschließlich um Ihre persönlichen Erfahrungen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenbefragung

1. Aufklärung

- **Wurde Ihnen erklärt, welche Schmerztherapie nach der Operation vorgenommen werden sollte?**

Ja Nein

- **Wann wurden Sie darüber aufgeklärt?**

Vor

nach oder

vor und nach der Operation.

- **Wer hat Ihnen dies erklärt?**

Arzt

Schwester

Pfleger

ich weiß nicht wer

- **Haben Sie verstanden, was Ihnen erklärt wurde?**

Ja Nein

2. Eindrücke und Nebenwirkungen

Sind die nachfolgenden Aussagen zutreffend oder nicht zutreffend:

- Die Methode der Schmerztherapie war schmerzhaft. ja nein
- Ich habe zu lange auf Schmerzmittel warten müssen. ja nein
- Die Schmerzbekämpfung dauerte zu lange. ja nein
- Ich hatte nie eine ausreichende Schmerzfreiheit. ja nein
- Ich wollte nicht die Schwester belästigen, um nach Schmerzmittel zu fragen. ja nein
- Ich war besorgt, von dem Schmerzmittel süchtig zu werden. ja nein
- Ich hatte sehr viel Juckreiz. ja nein
- Ich hatte zeitweise ein taubes oder prickelndes Gefühl in den Beinen. ja nein
- Ich fühlte mich zu oft schläfrig. ja nein
- Ich hatte ein Gefühl von Übelkeit oder Erbrechen. ja nein

3. Dauer des Schmerzes

- Wie oft war der Schmerz nach der OP erträglich?
 immer fast immer häufig manchmal nie

- Als Sie Schmerzmittel benötigten, wie lange haben Sie darauf warten müssen?
 weniger als 5 Minuten 5 - 30 Minuten 30 - 60 Minuten
 mehr als eine Stunde

4. Schmerzintensität

- Kennzeichnen Sie das größte Schmerzempfinden nach der OP!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein
Schmerz

unerträgliche
Schmerzen

- Kennzeichnen Sie das geringste Schmerzempfinden nach der OP!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein
Schmerz

unerträgliche
Schmerzen

- Verglichen mit dem was Sie erwartet haben, wie groß waren die Schmerzen nach der OP?

- mehr als erwartet
- ein wenig mehr als erwartet
- wie erwartet
- etwas weniger als erwartet
- weniger als erwartet

5. Zufriedenheit und Empfehlungen

- **Waren Sie mit Ihrer Schmerztherapie zufrieden?**

- sehr unzufrieden**
- unzufrieden**
- weder noch**
- zufrieden**
- sehr zufrieden**

- **Sollten sie nochmal operiert werden, möchten Sie die gleiche Schmerztherapie wieder haben?**

- Ja**
- Nein**

- **Sagen Sie uns, was wir an der Schmerztherapie verbessern können?**

- Die Schmerztherapie besser erklären**

Kommentar:.....

- Bessere Schmerzbehandlung**

Kommentar:.....

- Schnellere Wirkung der Schmerztherapie**

Kommentar:.....

Patientendaten

Operationsdatum:Alter: Geschlecht: w m

Art der OP:

Orthopädische OP , Abdominale OP , Urologische OP ,
Gefäßchir. OP , Thorakale OP , Gyn-OP , Kreißsaal , Andere

Hauptsächlich durchgeführte postoperative Schmerztherapie:

PCA, Kont. EDA, PCEA, i.v. Injektion / Infusion

i.m. Injektion, s.c. Injektion, Oral, Andere

Dauer der Schmerztherapie: Tage

Patient des Schmerzdienstes: ja nein