

UMFRAGE CHRONISCHER SCHMERZ

Wünsche und Anforderungen von Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre Wünsche und Anforderungen, die Sie als Betroffener von chronischen Schmerzen haben, zu erheben. Die Ergebnisse sollen in der Folge mit Vertretern relevanter Institutionen des Gesundheitssystems diskutiert werden, um Möglichkeiten zur Umsetzung Ihrer Bedürfnisse zu finden. Die Teilnahme kann anonym erfolgen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

ALLGEMEINES

- Unter welcher Art von chronischem Schmerz leiden Sie? (Mehrfachnennung möglich!)
 Tumorschmerz Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat Kopfschmerz Nervenschmerz
 Sonstige:
- Ist Ihnen die Ursache Ihrer chronischen Schmerzen bekannt? Ja Nein
- Wann traten bei Ihnen die ersten Symptome auf? (Monat/Jahr)
- Wann wurde bei Ihnen eine Diagnose festgestellt? (Monat/Jahr)
- Wann begann Ihre Behandlung? (Monat/Jahr)
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen chronischen Schmerzbehandlung?
 sehr zufrieden zufrieden eher nicht zufrieden überhaupt nicht zufrieden
- Wie oft waren Sie in den letzten 3 Monaten wegen Ihrer chronischen Schmerzen beim Arzt?
 täglich mindestens 1x pro Woche mindestens 1x pro Monat seltener
- Wie viele Ärzte haben Sie wegen Ihrer chronischen Schmerzen in den letzten 3 Monaten aufgesucht?
 1 2 3-5 6-10 11-15 mehr als 16
- Hat Ihr Arzt bei Ihnen eine Schmerzmessung (Schmerzabschätzung) durchgeführt? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig von Ihrem Arzt verordnete Medikamente gegen Ihre chronischen Schmerzen ein?
 Ja Nein
- Kaufen Sie sich selbst Medikamente (ohne Verschreibung) gegen Ihre chronischen Schmerzen in der Apotheke?
 Ja Nein
- Welche Darreichungsform Ihres Schmerzmedikamentes bevorzugen Sie? (Mehrfachnennung möglich!)
 Pflaster Tropfen Tabletten Kapseln Spritzen Infusionen
- Woher beziehen Sie Ihre Schmerzmedikamente? (Mehrfachnennung möglich!)
 Apotheke Arzt mit Hausapotheke Internet Ausland
- Was haben Sie darüber hinaus unternommen? (Mehrfachnennung möglich!)
 Sport- und Bewegungstherapie Ergotherapie Physiotherapie
 psychologische Behandlung psychotherapeutische Behandlung Schmerzblockade
 Operationen alternative/komplementäre Methoden
 Sonstige:

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH INFORMATION

- Woher beziehen Sie Ihre Informationen zu Ihrer chronischen Schmerzerkrankung? (Mehrfachnennung möglich!)
 Arzt Apotheke Krankenkasse Sozialamt Betroffene Radio
 Bekanntenkreis Fernsehen Vorträge Zeitungen Zeitschriften Bücher
 Internet Chaträume Sonstige:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
61. Wie wichtig sind Ihnen Verständnis, Respekt und Akzeptanz für Ihre chronische Schmerzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie aufgrund Ihrer chronischen Schmerzerkrankung keine Einschränkung im täglichen Leben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie aufgrund Ihrer chronischen Schmerzerkrankung keine Einschränkung bei sportlichen Aktivitäten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Wie wichtig ist Ihnen die Erreichbarkeit Ihres Arztes mit öffentlichen Verkehrsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Mit welchen Verkehrsmitteln erreichen Sie in der Regel Ihren Arzt? (Mehrfachnennung möglich!) <input type="checkbox"/> U-Bahn <input type="checkbox"/> Straßenbahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Zug <input type="checkbox"/> fahre selbst mit dem Auto <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> werde von Verwandten, Bekannten zum Arzt geführt <input type="checkbox"/> Sonstige:				
66. Was wäre für Sie das ideale Verkehrsmittel?				
67. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Soziales und Gesellschaft. <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64				
68. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Soziales und Gesellschaft? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte. <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64				
69. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Soziales und Gesellschaft, nach denen nicht gefragt wurde?				

ZUR STATISTISCHEN AUSWERTBARKEIT ERSUCHEN WIR SIE, FOLGENDE FRAGEN ZU BEANTWORTEN

- Ich bin männlich weiblich
- Wie alt sind Sie? unter 20 21-30 31-40 41-50 51-60
 61-70 über 70
- In welchem Bundesland wohnen Sie? Burgenland Tirol Vorarlberg Oberösterreich
 Salzburg Steiermark Kärnten Wien Niederösterreich
- Wie geht es Ihnen derzeit mit Ihrer chronischen Schmerzerkrankung?
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht



BITTE SCHICKEN SIE DEN FRAGEBOGEN AN

Österreichischer Patientenbericht, c/o PERI CONSULTING GmbH, z. Hd. Gertraud Eckart,
Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien, (T) +43/1/908 11 46 0, (F) +43/1/402 13 41 18

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Umsetzung dieses Projektes erfolgte mit freundlicher Unterstützung der Mundipharma GmbH. Der Österreichische Patientenbericht wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer Österreich, der Ärztekammer Wien, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Schmerzgesellschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, dem Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien realisiert.



Die in diesem Fragebogen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Vorliegender Fragebogen unterliegt den Bestimmungen der § 1 Abs. 2; § 2 des UrhR. März 2008. | © PERI CONSULTING GmbH

Alle Rechte vorbehalten – diese Konzeption ist geistiges Eigentum der PERI CONSULTING GmbH. Jede auch nur auszugsweise Verwertung, insbesondere Verbreitung, Vervielfältigung, Veröffentlichung, Zugänglichmachung im Internet oder Umsetzung ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung zulässig. | © [2008] PERI CONSULTING GmbH

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
16. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information zur medikamentösen Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über die Risikofaktoren für eine Chronifizierung von Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über die Einnahme Ihrer Schmerzmedikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie wichtig ist es Ihnen, aktuelle Kontaktdaten von Schmerzspezialisten zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie wichtig ist Ihnen die Information über Fahrdienste zu Ihren behandelnden Ärzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie durch Ihren Arzt ausreichend und rechtzeitig über Ihre chronische Schmerzerkrankung informiert sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Information. 16 17 18 19 20 21 22				
24. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Information? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte. 16 17 18 19 20 21 22				
25. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Information, nach denen nicht gefragt wurde?				

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH MEDIZIN UND GESUNDHEIT

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
26. Wie wichtig ist Ihnen eine höhere Dichte an Fachärzten (Ärzte mit Schmerzdiplom der ÄK)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wie wichtig ist Ihnen eine höhere Dichte an Schmerzambulanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wie wichtig sind Ihnen gut informierte Fachärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Wie wichtig sind Ihnen gut informierte Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Kooperation zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wie wichtig ist Ihnen ein ausführliches Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wie wichtig ist Ihnen die Wohnortnähe zu Ihrem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr behandelnder Arzt ein Kassenarzt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie wichtig ist Ihnen eine kurze Wartezeit bei Ihrem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie ein Angebot von verschiedenen Therapiemöglichkeiten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie einen Therapieplan/ein Schmerztagebuch haben und dieses mit Ihrem Arzt regelmäßig besprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wie wichtig ist Ihnen die Darreichungsform Ihres Schmerzmedikamentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament die chronischen Schmerzen auf ein erträgliches Maß bzw. Schmerzfreiheit reduziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wie wichtig ist Ihnen ein schneller Wirkungseintritt Ihres Schmerzmedikamentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
40. Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich Ihr Schmerzmedikament mit anderen Medikamenten verträgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament nicht abhängig macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament bei Dauermedikation in großen Packungen erhältlich ist (Gebühr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament kein Völlegefühl auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Übelkeit bzw. kein Erbrechen auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Müdigkeit auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Kreislaufprobleme auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Verwirrtheit auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Stimmungsschwankungen auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Beeinträchtigung des regelmäßigen Stuhlganges auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine Stuhlverstopfung verursacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Schmerzmedikament keine sonstigen Einschränkungen der Lebensqualität bewirkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Wie wichtig sind Ihnen komplementärmedizinische Maßnahmen, um Ihre chronischen Schmerzen zu lindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Nehmen Sie gleichzeitig mit dem Schmerzmedikament auch andere Mittel ein? (Mehrfachnennung möglich!) <input type="checkbox"/> Magenschutz <input type="checkbox"/> Mittel gegen Übelkeit <input type="checkbox"/> Abführmittel <input type="checkbox"/> Homöopathische Medikamente <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Sonstige:				

54. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Medizin und Gesundheit. 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52				
55. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Medizin und Gesundheit? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte. 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52				
56. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Medizin und Gesundheit, nach denen nicht gefragt wurde?				

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH SOZIALES UND GESELLSCHAFT

57. Sind Sie aufgrund Ihrer chronischen Schmerzerkrankung berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
58. Sind Sie aufgrund Ihrer chronischen Schmerzerkrankung in Frühpension?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
59. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie wegen Ihrer chronischen Schmerzerkrankung Ihre Arbeit nicht verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Wie wichtig ist Ihnen mehr Öffentlichkeitsarbeit zu Ihrer chronischen Schmerzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>