

FRAGEBOGEN ZU PATIENTENERFAHRUNGEN BEI DER KREBSBEHANDLUNG

Anweisungen

Bitte lesen Sie jede Frage und alle möglichen Antworten sorgfältig durch. Bitte markieren Sie die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten passt, deutlich mit einem schwarzen oder blauen Stift.

Richtig:

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Frage an (ausser bei Mehrfachantworten) und beantworten Sie bitte alle gestellten Fragen, es sei denn, es kann eine Anschlussfrage übersprungen werden.

Die Fragen sind von der Person zu beantworten, die im Einladungsschreiben namentlich genannt ist. Sollte diese Person Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, darf geholfen werden, aber die Antworten sind ausschliesslich aus der Perspektive der eingeladenen Person zu geben.

Es ist Ihre Ansicht, die zählt; es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Es ist wichtig, ehrlich zu antworten, um das Erleben adäquat wiederzugeben. Sie können am Ende des Fragebogens gerne persönliche Bemerkungen anfügen.

Da Ihre Antworten verschlüsselt werden, haben Sie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen zu schildern, identifiziert zu werden. Die Nummer am unteren Rand jeder Seite dient zur Registrierung Ihrer Teilnahme; der QR-Code ermöglicht es dem Scanprogramm, die Seiten des Fragebogens zu verarbeiten.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert zwischen 30 und 45 Minuten.

Vielen Dank für Ihren Beitrag und dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen. **Ihre Teilnahme ist wertvoll und wichtig.**

Einwilligungserklärung

Mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens erkläre ich:

- ✓ Dass ich schriftlich über den Zweck und den Ablauf der SCAPE-2 Studie informiert wurde.
- ✓ Dass ich freiwillig an dieser Studie teilnehme und den Inhalt des Informationsschreibens zu Sinn und Zweck der SCAPE-2 Studie akzeptiere.
- ✓ Dass ich genügend Zeit hatte, meine Entscheidung zu treffen.
- ✓ Dass meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie beantwortet worden sind.
- ✓ Dass ich einverstanden bin, dass die zuständigen Fachleute der Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken Einsicht in meine unverschlüsselten Daten Einsicht nehmen, unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- ✓ Dass ich weiss, dass die in diesem Fragebogen angegebenen Daten von Unisanté analysiert und in anonymer Form aufbewahrt werden; es werden keine Informationen, die eine Identifizierung meiner Person ermöglichen, an Dritte weitergegeben.
- ✓ Dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurücktreten kann. Meine weitere Behandlung ist unabhängig von der Teilnahme am Forschungsprojekt gewährleistet. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten werden für die Auswertung der Studie noch verwendet.

BESUCH BEI EINEM/R HAUSARZT/-ÄRZTIN ODER ALLGEMEINARZT/-ÄRZTIN vor der Krebsdiagnose

Falls Sie mehrere Krebserkrankungen hatten,
antworten Sie bitte mit Blick auf die zuletzt
diagnostizierte Krebserkrankung.

1. Wie oft waren Sie wegen der durch die Krebserkrankung verursachten Symptome bei einem/r Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin, bevor Sie einen/e Spezialisten/-in konsultiert haben?
 - Nie** – Ich bin direkt zu einem/r Spezialisten/-in gegangen
 - Nie** – Ich hatte keine Symptome und der Krebs wurde im Rahmen einer Routine-/Nachuntersuchung oder bei einer Vorsorgeuntersuchung entdeckt
 - Ich war **1** oder **2** Mal bei einem/r Arzt/Ärztin
 - Ich war **3** oder **4** Mal bei einem/r Arzt/Ärztin
 - Ich war **5** oder **mehr Mal** bei einem/r Arzt/Ärztin
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

2. Wie empfanden Sie die Wartezeit **vor** dem ersten Termin bei einem Spezialisten?
 - Ich bekam einen Termin, sobald mir dies notwendig erschien
 - Ich hätte etwas früher einen Termin bekommen müssen
 - Ich hätte viel früher einen Termin bekommen müssen
 - Es gab keine Wartezeit, da ich keinen Termin vereinbart habe (z. B. Notfall)
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN

3. Wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monate eine oder mehrere diagnostische Untersuchungen wegen Krebs im Zuger Kantonsspital (ZGKS) durchgeführt, wie zum Beispiel eine Endoskopie, eine Biopsie, eine Mammographie oder eine Computertomographie?

Ja → **weiter zu Frage 4**

Nein → **weiter zu Frage 7**

Wenn Sie an das letzte Mal denken, als bei Ihnen eine diagnostische Untersuchung wegen Krebs im ZGKS durchgeführt wurde ...

4. Haben Sie vor der Untersuchung alle Informationen erhalten, die Sie darüber benötigten?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein

5. Was halten Sie insgesamt von der Wartezeit zwischen der Anordnung dieser Untersuchung und ihrer Durchführung?

Sie war angemessen

Sie war ein bisschen zu lang

Sie war viel zu lang

6. Wurden Ihnen die Ergebnisse Ihrer Untersuchung verständlich erklärt?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden

Ich habe keine Erklärungen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt

Ich habe keine Erklärungen gebraucht

DER KRANKHEITSBESCHEID

Falls Sie mehrere Krebserkrankungen hatten, antworten Sie bitte mit Blick auf die zuletzt diagnostizierte Krebserkrankung.

7. Wann wurde Ihnen mitgeteilt, dass Sie die Krebserkrankung haben, wegen der Sie 2021 behandelt oder nachbehandelt wurden?

- Vor weniger als 1 Jahr
- Vor mehr als 1 aber weniger als 5 Jahren
- Vor mehr als 5 Jahren
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

8. Welche Person hat Ihnen als erste mitgeteilt, dass Sie an einer Krebserkrankung leiden? (Mehrere Antworten möglich)

- Ein/e Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin
- Ein/e Facharzt/-ärztin (z. B. Onkologe/-in, Gynäkologe/-in, Urologe/-in, Chirurg/-in)
- Eine Pflegefachperson
- Andere Person
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

9. Hat man Ihnen gesagt, dass Sie ein Mitglied der Familie oder ein/e Freund/-in begleiten kann, als man Ihnen die Krebserkrankung mitgeteilt hat?

- Ja
- Nein
- Man hat es mir am Telefon oder per Brief mitgeteilt
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

10. Wie empfanden Sie die Art und Weise, wie Ihnen mitgeteilt wurde, dass Sie Krebs haben?

- Es war taktvoll
- Es hätte etwas taktvoller sein können
- Es hätte sehr viel taktvoller sein können
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

11. Haben Sie die Erklärungen zu Ihrer Situation verstanden?

- Ja, ich habe alles genau verstanden
- Ja, ich habe sie teilweise verstanden
- Nein, ich habe sie nicht verstanden
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

12. Hat man Ihnen beim Krebsbescheid **schriftliche Informationen** zur Art des Krebses mitgegeben?

- Ja, und sie waren **leicht** zu verstehen
- Ja, aber sie waren **schwer** zu verstehen
- Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Ich habe keine schriftlichen Erklärungen gebraucht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

13. Hat man Ihnen angeboten, eine medizinische Fachperson zu kontaktieren, um nach der Krebsdiagnose über Ihre **Bedenken und Ängste** zu sprechen?

- Ja → eine Pflegefachperson
 - einen/e Psychologen/-in
 - einen/e Arzt/Ärztin
 - einen/e Sozialarbeiter/-in
 - eine andere Fachperson
- Nein, aber ich hätte es mir gewünscht
- Das war nicht nötig
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

ENTSCHEIDUNG ÜBER DIE BESTE BEHANDLUNG FÜR SIE

14. Wurden Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten erklärt, bevor Sie Ihre Krebsbehandlung begonnen haben?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Für meine Situation gab es nur eine Art der Behandlung
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

15. Wurden Ihnen die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung(en) in verständlicher Weise erklärt?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden
- Ich habe keine Erklärungen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Ich habe keine Erklärungen gebraucht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

16. Hat man Sie auch über Nebenwirkungen informiert, die später und nicht nur direkt im Anschluss an die Behandlung auftreten können?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir Informationen dazu gewünscht
- Ich habe keine Informationen dazu gebraucht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

17. Wurden Sie in die Entscheidungen bezüglich Ihrer Behandlungen in gewünschtem Umfang einbezogen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir jedoch einen stärkeren Einbezug gewünscht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

18. Waren Ihre Familie oder nahestehende Personen im **von Ihnen** gewünschten Umfang in die Entscheidungen zu Ihren Behandlungen einbezogen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, ich hätte mir einen stärkeren (oder weniger starken) Einbezug gewünscht
- Die Frage betrifft mich nicht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

19. Wurden Ihre Lebensgewohnheiten und Ihre familiäre und/oder berufliche Situation bei den Entscheidungen zu Ihren Behandlungen berücksichtigt?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
- Das war nicht nötig
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

20. Hat man mit Ihnen darüber gesprochen oder Ihnen Informationen dazu gegeben, welche Auswirkungen die Krebserkrankung auf Ihren Alltag hat (z. B. auf Ihrer Arbeit, auf Ihre Freizeit)?

- Ja
- Nein, aber ich hätte mir ein Gespräch oder Informationen dazu gewünscht
- Das war nicht nötig
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

OPERATIONEN

21. Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monate **eine Operation wegen Krebs** im ZGKS durchgeführt (z. B. Entfernung eines Tumors / Knotens; Einsetzen / Entfernung eines Portkatheters)?

- Ja → weiter zu Frage 22
 Nein → weiter zu Frage 24

Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie wegen Krebs im ZGKS operiert wurden...

22. Haben Sie vor der Operation alle Informationen erhalten, die Sie darüber benötigen?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein

23. Hat man Ihnen nach der Operation verständlich erklärt, wie die Operation verlaufen war?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden
 Ich habe keine Erklärungen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt
 Ich habe keine Erklärungen gebraucht

PFLEGE UND BEHANDLUNGEN IM SPITAL (stationär bzw. mehr als 24 Stunden Dauer)

24. Waren Sie in den letzten 12 Monaten mindestens **eine Nacht wegen einer Krebsbehandlung** im ZGKS?

- Ja → weiter zu Frage 25
 Nein → weiter zu Frage 38

Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie wegen einer Krebsbehandlung mindestens eine Nacht im ZGKS waren ...

25. Haben sich Mitglieder der **Ärzeschaft** und **Pflegfachpersonen** vor Ihnen unterhalten, als ob Sie nicht da wären?

- Ja, oft
 Ja, manchmal
 Nein

26. Haben Sie den **Ärzten/-innen** vertraut, die Sie betreut haben?

- Ja, allen
 Ja, einigen
 Nein, gar nicht

27. Wenn ein Mitglied Ihrer Familie oder eine nahestehende Person mit einem/r **Arzt/Ärztin** sprechen wollte, war das möglich?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein
 Meine Familie oder nahestehende Personen wollten nicht mit einem/r Arzt/Ärztin sprechen / betrifft mich nicht

28. Haben Sie den **Pflegfachpersonen** vertraut, die Sie betreut haben?

- Ja, allen
 Ja, manchen
 Nein, gar nicht

29. Gab es Ihrer Meinung nach genügend diensthabende **Pflegefachpersonen**, die sich im Spital um Sie gekümmert haben?

- Es waren immer genug
- Manchmal waren es genug
- Es waren nie genug

30. Hatten Sie bei den Gesprächen über Ihre Krankheit oder Ihre Behandlung genügend Privatsphäre?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein

31. Gab es während Ihres Spitalaufenthalts ein Mitglied des Personals, mit dem Sie über Ihre Bedenken und Ängste sprechen konnten?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich hatte keine Bedenken oder Ängste

32. Denken Sie, dass das Spitalpersonal alles Mögliche getan hat, um Ihnen beim Umgang mit Ihren Schmerzen zu helfen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Ich hatte keine Schmerzen

33. Sind Sie insgesamt der Meinung, dass Sie während Ihres Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt wurden?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein

34. Hat man Ihnen **schriftliche Informationen** dazu gegeben, was Sie tun oder nicht tun sollten, nachdem Sie das Spital verlassen haben?

- Ja, und sie waren **leicht** zu verstehen
- Ja, aber sie waren **schwer** zu verstehen
- Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Ich habe keine schriftlichen Erklärungen gebraucht
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

35. Hat Ihnen ein Mitglied des Personals erklärt, auf welche Warnzeichen in Bezug auf Ihre Erkrankung oder Ihre Operation Sie zu Hause achten müssen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

36. Hat Ihnen das Personal gesagt, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie nach dem Verlassen des Spitals Bedenken bezüglich Ihrer Erkrankung oder Behandlung haben?

- Ja
- Nein, aber ich hätte das gerne gehabt
- Das war nicht nötig
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

37. Hat die Organisation Ihrer Entlassung aus dem Spital gut geklappt?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

AMBULANTE PFLEGE UND BEHANDLUNGEN IM SPITAL ODER IN DER TAGESKLINIK (von weniger als 24 Stunden Dauer)

38. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten ambulant oder tagesklinisch wegen der Krebserkrankung im ZGKS nachuntersucht oder behandelt?

- Ja → **weiter zu Frage 39**
- Nein → **weiter zu Frage 43**

39. Haben Sie während Ihrer ambulanten Konsultationen oder Behandlungen ein Mitglied des Personals gefunden, mit dem Sie über Ihre Bedenken und Ängste sprechen konnten?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich hatte keine Bedenken oder Ängste

40. Hatte der/die Spitalarzt/-ärztin bei den ambulanten Terminen alle notwendigen Unterlagen wie Krankenakte, Röntgenbilder und Untersuchungsergebnisse zur Hand?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich hatte keinen Termin bei einem/r Spitalarzt/-ärztin
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

41. Wie empfinden Sie insgesamt die im Wartezimmer verbrachte Zeit anlässlich der Konsultationen oder Behandlungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung?

- Angemessen
- Etwas zu lang
- Viel zu lang

42. Wenn Sie dem/r Arzt/Ärztin bei ambulanten Konsultationen oder Behandlungen wichtige Fragen gestellt haben, haben Sie dann verständliche Antworten bekommen?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich habe keine Fragen gestellt

STRAHLENTHERAPIE

43. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine **Strahlentherapie** im ZGKS?

- Ja → **weiter zu Frage 44**
- Nein → **weiter zu Frage 47**

44. Hatten Sie vor den Sitzungen alle Informationen, die Sie zur Strahlentherapie brauchten?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

45. Haben Sie nach Beginn der Strahlentherapie verständliche Informationen zu ihrer Wirkung erhalten?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden
- Ich habe keine Informationen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Es ist zu früh, um zu wissen, ob meine Strahlentherapie wirkt
- Ich habe keine Informationen gebraucht

46. Hat man Ihnen praktische Ratschläge und/oder Unterstützung für den Umgang mit den Nebenwirkungen der Strahlentherapie angeboten?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Das war nicht nötig

CHEMOTHERAPIE

47. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine **Chemotherapie** im ZGKS?

- Ja → **weiter zu Frage 48**
- Nein → **weiter zu Frage 51**

48. Haben Sie vor der Chemotherapie alle nötigen Informationen zur Chemotherapie bekommen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

49. Haben Sie nach Beginn der Chemotherapie verständliche Informationen zu ihrer Wirkung erhalten?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, ich habe die Informationen nicht verstanden
- Ich habe keine Informationen erhalten, hätte aber gerne welche gehabt
- Es ist zu früh, um zu wissen, ob meine Therapie anschlägt
- Ich habe keine Informationen gebraucht

50. Hat man Ihnen praktische Ratschläge und/oder Unterstützung für den Umgang mit den Nebenwirkungen der Chemotherapie angeboten?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- Das war nicht nötig

PFLEGESPRECHSTUNDE

*Manche Spitäler bieten "Pflegesprechstunden" mit **spezialisierten Pflegefachpersonen** (Onko-Nurse) an, um Patienten/-innen und ihre Angehörigen zu unterstützen und ihnen bei der Bewältigung von Krebs zur Seite zu stehen.*

51. Hatten Sie eine Pflegesprechstunde mit dem Ziel, Sie zu beraten und Ihnen zu helfen, mit der Krebserkrankung umzugehen im ZGKS?

- Ja → **weiter zu Frage 52**
 - Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
 - Nein, das war nicht nötig
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
- } **weiter zu Frage 54**

52. Wie einfach oder schwierig war es, eine Pflegefachperson der Pflegesprechstunde zu kontaktieren?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Ich habe nicht versucht, eine Pflegefachperson der Pflegesprechstunde zu kontaktieren

53. Haben Sie verständliche Antworten erhalten, wenn Sie den Pflegefachpersonen während der Pflegesprechstunde wichtige Fragen gestellt haben?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich habe keine Fragen gestellt

PFLEGE UND UNTERSTÜTZUNG ZU HAUSE

54. Hat das Spitalpersonal überprüft, ob Sie zu Hause über die notwendige Hilfe (z. B. Spitex) und Ausrüstung (z. B. Rollstuhl, Sitzbad) zur Bewältigung Ihres Alltags verfügen?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig

55. Hat das Spitalpersonal Ihrer Familie oder Ihnen nahestehenden Personen alle Informationen gegeben, die für Ihre Betreuung zu Hause nötig waren?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig
- Die Frage betrifft mich nicht

56. Hat man Ihnen ausreichend praktische Ratschläge gegeben und/oder Unterstützung angeboten, wie Sie während der Behandlung mit Ihren Symptomen umgehen können (z. B. Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Angst)?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig

57. Hat man Ihnen ausreichend praktische Ratschläge gegeben und/oder Unterstützung angeboten, um mit den Langzeitfolgen der Krebserkrankung oder der Behandlungen umzugehen (z. B. Müdigkeit, Schmerzen, Angst)?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig
- Ich bin noch in Behandlung

58. Haben Sie genügend Pflege und Unterstützung durch die Gesundheitsdienste oder Sozialdienste erhalten (z. B. Spitex, Sozialarbeiter/-in)...

...während Ihrer Behandlung?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig

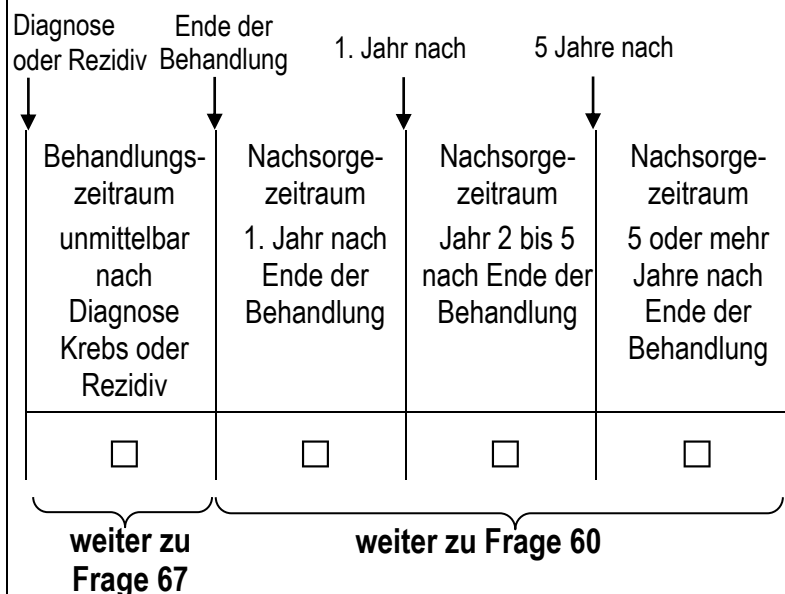
...nach Ihrer Behandlung?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Das war nicht nötig
- Ich bin noch in Behandlung

NACHSORGE NACH DER KREBSBEHANDLUNG

Dieser Abschnitt betrifft den Zeitraum der Nachsorge nach dem Ende der Behandlungen, die anschliessend an die Krebsdiagnose oder Diagnose des Rezidivs eingeleitet wurden (z. B. chirurgische Eingriffe, Strahlentherapie, Chemotherapie).

59. In welcher Phase der Krebsbehandlung befinden Sie sich derzeit?



60. Hatten Sie zu Beginn des Nachsorgezeitraums alle nötigen Informationen zur Nachsorge?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

61. Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

Stehen Sie in regelmässigem Kontakt mit einer Bezugsperson (z. B. Arzt/Ärztin, Pflegefachperson, Sozialarbeiter/-in) wegen der Nachsorge?

Ja → **weiter zu Frage 62**

Nein, aber ich hätte es gerne

Nein, das ist nicht nötig

Ich weiss es nicht

} **weiter zu Frage 67**

62. Bitte geben Sie an, wer diese Person zurzeit ist:

Onkologe/-in / Facharzt/-ärztin

Behandelnder/-e Arzt/Ärztin oder Hausarzt/-ärztin

Pflegefachperson

Sozialarbeiter/-in

Anderes: _____

63. Hat diese Bezugsperson Ihnen geholfen oder Sie bei Ihren Bemühungen unterstützt, mit den Symptomen der Krebserkrankung oder der(den) Behandlung(en) fertig zu werden?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein

Das war nicht nötig

64. Hat diese Bezugsperson Ihnen geholfen oder Sie bei Ihren Bemühungen unterstützt, Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern (z. B. körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchstopp)?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein

Das war nicht nötig

65. Hat Ihnen diese Bezugsperson geholfen, Lösungen (individuell oder in der Gruppe) für Ihre Bedürfnisse zu finden?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein

Das war nicht nötig

66. Hat diese Bezugsperson Ihnen einen Nachfolgeplan zur Verfügung gestellt, der Ihre Bedürfnisse darstellt und entsprechende Lösungen vorschlägt und regelmässige Treffen zur erneuten Beurteilung vorsieht?

Ja

Nein

Das war nicht nötig

BETREUUNG IN DER PRAXIS IHRES/R BEHANDELNDEN ARZTES/ÄRZTIN ODER HAUSARZTES/-ÄRZTIN

67. Hat Ihr/e behandelnder/e Arzt/Ärztin oder Hausarzt/-ärztin nach Ihrer Kenntnis genügend Informationen über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Krebsbehandlung vom Spital oder Spezialist/-in erhalten?

Ja

Nein

Ich habe keinen/e behandelnden/e Arzt/Ärztin oder Hausarzt/-ärztin

Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

68. Denken Sie, dass Ihr/e behandelnder/e Arzt/Ärztin oder Hausarzt/-ärztin und sein/ihr Team das Möglichste getan haben, um Sie während Ihrer Krebsbehandlung zu unterstützen?

Ja, absolut

Ja, bis zu einem gewissen Grad

Nein, sie hätten mehr tun können

Die Praxis meines/r behandelnden Arztes/Ärztin oder Hausarztes/-ärztin war nicht involviert

Ich habe keinen/e behandelnden/e Arzt/Ärztin oder Hausarzt/-ärztin

UNTERSTÜTZUNG FÜR PERSONEN MIT KREBS

69. Hat man Ihnen Informationen zu Unterstützungs- oder Selbsthilfegruppen für Krebsbetroffene gegeben?
- Ja
 - Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
 - Das war nicht nötig
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
70. Hat man Ihnen Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten gegeben, um Ihnen zu helfen, mit Ihren Gefühlen umzugehen (z. B. Stress, Angst, Traurigkeit)?
- Ja
 - Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
 - Das war nicht nötig
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
71. Hat man Ihnen Informationen dazu gegeben, wie Sie finanzielle Unterstützung oder Leistungen erhalten können, auf die Sie möglicherweise Anspruch haben?
- Ja
 - Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
 - Das war nicht nötig
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

IHRE BEHANDLUNG UND BETREUUNG INSGESAMT

72. Haben die verschiedenen Personen, die Sie behandelt und betreut haben (wie Ihr Hausarzt/-ärztin, Onkologe/-in, die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen im Spital, Spitex) gut zusammengearbeitet, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten?
- Ja, immer
 - Ja, manchmal
 - Nein
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
73. Hat man Ihnen einen Behandlungsplan gegeben? *Dabei handelt es sich um ein schriftliches Dokument, in dem Ihre Bedürfnisse und Ziele in Bezug auf die Behandlung der Krebserkrankung dargestellt sind. Es ist ein Plan oder eine Übereinkunft zwischen Ihnen und den Gesundheitsfachpersonen, der Ihnen helfen soll, diese Ziele zu erreichen.*
- Ja
 - Nein
 - Ich weiss nicht / verstehe nicht, was ein Behandlungsplan ist
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
74. Kam es im Lauf Ihrer Behandlung vor, dass Testergebnisse oder Ihre Krankenakte nicht rechtzeitig zum Behandlungstermin verfügbar waren?
- Ja, oft
 - Ja, manchmal
 - Nein
 - Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

75. Kam es im Lauf Ihrer Behandlung vor, dass man Ihnen verwirrende oder widersprüchliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder Ihren Behandlungen gegeben hat?

- Ja, oft
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

76. Hatten Sie während Ihrer Behandlung den Eindruck, dass Tests oder andere Analysen unnötig wiederholt wurden?

- Ja, oft
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

77. Hat man Sie seit der Mitteilung Ihrer Diagnose gefragt, ob Sie an einer klinischen Krebsstudie teilnehmen möchten (ausserhalb dieser Umfrage)?

- Ja
- Nein, aber ich hätte das gerne gehabt
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

78. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer klinischen Krebsstudie teilgenommen oder nehmen Sie im Moment an einer solchen Studie teil (ausserhalb dieser Umfrage)?

- Ja
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

79. Wie schätzen Sie Ihre Behandlung und Betreuung insgesamt ein?

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr | | | | | | | | | | | Sehr |
| schlecht | | | | | | | | | | | gut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

ZUSÄTZLICHE FRAGEN ZUR COVID-19-PANDEMIE

Die folgenden Fragen betreffen die Auswirkungen, welche die COVID-19-Pandemie auf Krebsbehandlungen gehabt haben kann, seit dem Beginn der Pandemie in der Schweiz (März 2020).

Stornierung und Verschiebung von Krebsbehandlungen

80. Wurde ein Spitalaufenthalt oder eine Konsultation wegen Krebs (einschliesslich Tests und Untersuchungen) Covid-19 bedingt abgesagt oder verschoben?

- Ja → weiter zu Frage 81
- Nein → weiter zu Frage 84

81. Falls ja, kreuzen Sie bitte an, was abgesagt oder aufgeschoben wurde. (Mehrere Antworten möglich)

- Test / Untersuchung (z. B. Labor, MRT-Untersuchung, PET-Scan, Endoskopie)
- Konsultation wegen Krebs
- Ambulante Krebsbehandlung (z. B. Strahlentherapie, Chemotherapie)
- Operation / Behandlung wegen Krebs mit einem stationären Spitalaufenthalt
- Klinische Krebsstudie
- Anderes: _____

82. Haben Sie den Eindruck, dass diese Stornierung und/oder Verschiebung einen grossen negativen Einfluss auf Ihre Krebsbehandlung hatte?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein
- Ich weiss es nicht

83. Haben Sie den Eindruck, dass diese Stornierung und/oder Verschiebung einen grossen negativen Einfluss...

...auf Ihr körperliches Wohlbefinden?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

...auf Ihr emotionales Wohlbefinden?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein

84. Haben Sie selbst seit Beginn der COVID-19-Pandemie eine Krebsbehandlung abbrechen oder verschieben wollen?

Ja → **weiter zu Frage 85**

Nein → **weiter zu Frage 86**

85. Falls ja, welches war der Hauptgrund? (Nur eine Antwort möglich)

Ich hatte Angst, mich mit dem Coronavirus zu infizieren (z. B. beim Transport, am Ort der Beratung)

Ich wollte die Gesundheitsdienste nicht überlasten

Andere: _____

Anmerkungen zu Stornierungen und Verschiebungen von Krebsbehandlungen:

Online-Sprechstunden für Krebskranke

*Eine Online-Sprechstunde ist eine Konsultation, die per **Telefon, Video oder E-Mail** mit einer medizinischen Fachperson durchgeführt wird, anstelle einer persönlichen Konsultation, die in der Praxis oder im Spital stattfindet.*

86. Hatten Sie seit Beginn der Pandemie eine Online-Sprechstunde für Krebskranke?

Ja → **weiter zu Frage 87**

Nein → **weiter zu Frage 90**

87. Falls ja, welche Art der Online-Sprechstunde hatten Sie **am häufigsten**? (Nur eine Antwort)

Telefonische Konsultation

Konsultation per Videokonferenz

Konsultation per E-Mail

88. Wie beurteilen Sie die Online-Sprechstunde im Vergleich mit einer Konsultation vor Ort?

	Online-Sprechstunde ist besser	Konsultation vor Ort ist besser	Kein Unterschied	Ich weiss es nicht
Einfacher Zugang zur Konsultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt leicht, mit der Fachperson über Ihre Gesundheitsprobleme zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt leicht, Fragen an die Fachperson zu stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfaches Verstehen der von der Fachperson gegebenen Erklärungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit seitens der Fachperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Unterstützung durch die Fachperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuversicht, dass der Krebs angemessen behandelt oder überwacht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Wenn Sie die Wahl hätten, würden Sie wieder an einer Online-Sprechstunde teilnehmen?

Ja, sicher

Ja, wahrscheinlich

Nein

Anmerkungen zu Online-Sprechstunden:

Massnahmen gegen COVID-19 im Spital

90. Wie sicher haben Sie sich während der **ambulanten Konsultationen** wegen Krebs im ZGKS in Bezug auf eine mögliche Ansteckung mit dem Coronavirus gefühlt?

- Sehr sicher
- Halbwegs sicher
- Nicht sicher

91. Wie sicher haben Sie sich während Ihres(r) **stationären Spitalaufenthaltes(e)** wegen Krebs im ZGKS in Bezug auf eine mögliche Ansteckung mit dem Coronavirus gefühlt?

- Sehr sicher
- Halbwegs sicher
- Nicht sicher
- Ich hatte keinen stationären Spitalaufenthalt im ZGKS während der Pandemie

92. Aufgrund der Pandemie wurden im Spital Besuchsbeschränkungen eingeführt. Hat Ihnen das Personal während Ihres(r) **stationären Spitalaufenthaltes(e)** wegen Krebs im ZGKS geholfen, mit Ihren Angehörigen und oder nahestehenden Personen in Kontakt zu bleiben?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir das gewünscht
- Das war nicht nötig
- Ich hatte keinen stationären Spitalaufenthalt im ZGKS während der Pandemie

Anmerkungen zu Massnahmen gegen COVID-19 im Spital:

Information über COVID-19 und Unterstützung während der Pandemie

93. Hat Ihnen Ihr/e Arzt/Ärztin alle notwendigen Informationen über COVID-19 und Ihr Risiko, eine schwere Form der Krankheit zu entwickeln, gegeben?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht

94. Wie sehr haben Sie sich während der Pandemie unterstützt gefühlt (z. B. emotionale, praktische oder professionelle Unterstützung) durch...

	Sehr stark	Sehr	Mässig	Ein wenig	Gar nicht	Es war nicht nötig / die Frage betrifft mich nicht
Ihre Familie und/oder nahestehende Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr/e Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr/e Spezialist/-in/ Onkologe/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre zuständige Pflegefachperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr/e Arbeitgeber/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Hatten Sie während der Pandemie Zugang ...

... zu emotionalen Unterstützungsdiensten (z. B. Psychologe, Selbsthilfegruppe)?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
- Das war nicht nötig

... zu Hilfeleistungen, die Ihnen im täglichen Leben helfen (z. B. Hilfe beim Einkaufen)?

- Ja, absolut
- Ja, bis zu einem gewissen Grad
- Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
- Das war nicht nötig

Anmerkungen zu Information über COVID-19 und Unterstützung während der Pandemie

Behandlungen insgesamt (Krebserkrankung und andere Gesundheitsprobleme)

96. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre Krebserkrankung während der Pandemie genauso wie in normalen Zeiten behandelt wurde (das heisst vor der Pandemie)?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein
 Ich weiss es nicht

97. Haben Sie generell den Eindruck, dass die Krebsversorgung gegenüber dem COVID-19 Management in den Hintergrund getreten ist?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein
 Ich weiss es nicht

98. Machen Sie sich Sorgen, dass die Krebsforschung wegen der Forschung zu COVID-19 und der COVID-19 Impfung ins Hintertreffen gerät?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein
 Ich weiss es nicht

99. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre anderen Gesundheitsprobleme während der Pandemie genauso wie in normalen Zeiten behandelt wurden (das heisst vor der Pandemie)?

- Ja, absolut
 Ja, bis zu einem gewissen Grad
 Nein
 Ich weiss es nicht
 Ich habe keine anderen Gesundheitsprobleme

Aktuelle Bedenken

100. Wie besorgt sind Sie derzeit über Folgendes:

	Gar nicht	Ein wenig	Mässig	Sehr	Sehr stark	Ich weiss es nicht / die Frage betrifft mich nicht
Sich mit dem Coronavirus zu infizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsgefahr mit dem Coronavirus für Ihre Familie und nahestehende Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Fortschreiten der Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19-Infektion und Impfung

101. Wurden bei Ihnen ein positiver COVID-19-Test (PCR oder Antigen-Schnelltest) durchgeführt?

- Ja
 Nein

102. Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?

- Ja
 Nein

**Anmerkungen zu den Auswirkungen der
Pandemie auf Sie und die Krebsversorgung**

<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

IHR GESUNDHEITZUSTAND

Wir würden gerne etwas mehr über die Krebserkrankung erfahren, wegen der Sie in den letzten 12 Monaten behandelt oder nachbehandelt wurden, und über Ihren aktuellen Gesundheitszustand.

103. Welches ist die **Hauptkrebsart**, wegen der Sie in den letzten 12 Monaten behandelt oder nachbehandelt wurden? *Bitte nur eines ankreuzen.*

- Bauchspeicheldrüse
- Blase
- Brust
- Dickdarm/Enddarm/kolorektales Karzinom
- Eierstock
- Gebärmutter
- Gehirn
- Hoden
- Leber
- Leukämie
- Lunge, Bronchien, Luftröhre
- Lymphom
- Magen
- Melanom der Haut
- Mund/Rachenraum
- Myelom
- Niere
- Prostata
- Schilddrüse
- Speiseröhre
- Anderes: _____
- Ich weiss es nicht

- 104.** Der oben angegebene Krebs ist:
- Ein erster Krebs
 - Ein Rezidiv (Krebs, der zuvor behandelt und geheilt wurde aber zurückgekehrt ist)
 - Ein 2. oder 3. Krebs (völlig verschieden von einem zuvor diagnostizierten Krebs)

105. Hatte sich der oben genannte Krebs zum Zeitpunkt der Diagnose bereits auf andere Organe oder Körperteile ausgebreitet (metastasierender Krebs)?

- Ja
- Nein, aber der Krebs hat sich danach ausgebreitet
- Nein und der Krebs hat sich danach nicht ausgebreitet
- Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

106. Welche Art von Behandlung haben Sie gegen die oben genannte Krebserkrankung erhalten? (Mehrere Antworten möglich)

- Chirurgischer Eingriff
- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Hormontherapie
- Immuntherapie
- Zielgerichtete Therapie
- Stammzellen- oder Knochenmarktransplantation
- Andere: _____
- Ich habe noch keine Behandlung erhalten
- Ich weiss es nicht

107. Haben Sie eine der folgenden komplementärmedizinischen Therapien zur Krebsbehandlung oder Kontrolle der Symptome erhalten? (Mehrere Antworten möglich)

- Keine
- Aromatherapie, Bachblüten, Phytotherapie
- Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin (inklusive Akupunktur)
- Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren
- Hypnose, Meditation, Sophrologie
- Kinesiologie, Reiki, Bioresonanz
- Osteopathie, therapeutische Massagen, Reflexologie, Shiatsu
- Andere: _____

108. Werden Sie zurzeit wegen einem oder mehreren chronischen Gesundheitsproblemen (ausser der Krebserkrankung) medizinisch behandelt oder sind Sie im Lauf der letzten 12 Monate deshalb behandelt worden?

- Ja, ich habe mindestens eine andere chronische Erkrankung (z. B. Depression, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lungenkrankheit)
- Nein, ich habe keine anderen chronischen Krankheiten
- Ich weiss es nicht

109. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

110. FACT-G7 (Version 4)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen, die von anderen Personen mit Krebs für wichtig befunden wurden. **Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zutreffen hat.**

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Ziemlich	Sehr
Mir fehlt es an Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Zustand verschlechtern wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Leben geniessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin derzeit mit meinem Leben zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 1987, 1997 German (Universal) 15. April 2013

111. Haben Sie sich im letzten Monat oft traurig, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?

- Ja
- Nein

112. Hatten Sie im letzten Monat oft das Gefühl, dass Ihnen das Interesse und die Freude an den meisten Aktivitäten fehlt, die Sie normalerweise genießen?

- Ja
- Nein

113. Haben Sie Verständnisprobleme, wenn Sie eine schriftliche Information zu einer medizinischen Behandlung oder zu Ihrem Gesundheitszustand erhalten?

- Immer
- Oft
- Manchmal
- Gelegentlich
- Nie

114. Wie möchten Sie generell, dass medizinische Entscheidungen über Krebsbehandlungen getroffen werden?

- Ich treffe Entscheidungen lieber selbst
- Ich treffe die Entscheidungen am liebsten gemeinsam mit meinem/r Arzt/Ärztin
- Ich ziehe es vor, dass mein/e Arzt/Ärztin die Entscheidungen trifft

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Wir danken Ihnen die folgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns dabei, die Ergebnisse besser zu verstehen.

115. Sie sind:

- Weiblich
- Männlich
- Anderes: _____

116. Wie alt sind Sie? _____

117. Welches ist Ihre Hauptsprache, das heisst die Sprache, in der Sie denken und die Sie am besten können?

- Deutsch (oder Schweizerdeutsch)
- Französisch
- Italienisch
- Andere

118. Welche Nationalität haben Sie? (*Mehrere Antworten möglich*)

- Schweizer
- Europäisch
- Aussereuropäisch

119. Wie ist Ihr Zivilstand?

- Ledig
- Verheiratet / eingetragene Partnerschaft
- Getrennt / geschieden / aufgelöste Partnerschaft
- Verwitwet

120. Was beschreibt Ihre aktuelle Lebenssituation am besten?

- Ich lebe allein
- Ich lebe allein, mit Kind/Kindern im Haushalt
- Wir sind ein Paar, ohne Kinder im Haushalt
- Wir sind ein Paar, mit Kind/Kindern im Haushalt
- Ich lebe mit anderen Personen (z. B. Verwandte, Mitbewohner)
- Sonstige Wohnform (z. B. in einer Einrichtung)

121. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Keine Schule / obligatorische Schule
- Fachmittelschule / Gymnasiale- oder Berufsmaturität / Lehrkräfte-Seminar
- Anlehre (EFZ) / jährige Berufslehre / berufliche Grundbildung
- Höhere Fach- und Berufsausbildung mit eidgenössischem Fachausweis, Diplom oder Meisterdiplom / Höhere Fachschule
- Universität, Fachhochschule oder Pädagogische Hochschule, Eidgenössische Technische Hochschule
- Sonstige: _____

122. Was beschreibt Ihre aktuelle berufliche Situation am besten?

- Berufstätigkeit in Vollzeit (80 % – 100 %)
- Berufstätigkeit in Teilzeit (< 80 %)
- In Ausbildung (Schüler/-in, Student/-in, Lehrling)
- Arbeitsuchend (arbeitslos gemeldet oder nicht)
- Hausmann/-frau
- Invalide (z. B. IV-Rentner/-in) oder längere Zeit krankgeschrieben
- In Rente (AHV und/oder andere Rente ausser Invalidenrente)
- Sonstiges: _____

123. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Schwierigkeiten, Ihre laufenden Rechnungen zu bezahlen (Haushalt, Steuern, Versicherungen, Telefon, Strom, Kreditkarte usw.)?

- Ja
- Nein

124. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf bestimmte Behandlungen verzichtet?

- Ja
- Nein

FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER KREBSERKRANKUNG

125. Haben Sie oder Ihre Familie aufgrund der Krebserkrankung, der Behandlung oder der Langzeitwirkungen finanzielle Aufwände bringen müssen? (*Mehrere Antworten möglich*)

- Reduktion der Ausgaben für Ferien oder Freizeit
- Verzicht auf grössere Anschaffungen (z. B. Auto)
- Reduktion der Grundaussgaben (z. B. Nahrung oder Kleidung)
- Verwendung von Ersparnissen, die für andere Zwecke zurückgelegt wurden (z. B. für den Ruhestand, Ausbildung)
- Sonstiges: _____
- Keine finanziellen Opfer

126. Hatten Sie jemals Angst, aufgrund von Krebs Ihren Arbeitsplatz und/oder Ihr Einkommen zu verlieren oder in Zukunft ein eingeschränktes Einkommen zu haben?

- Ja
- Nein
- Zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose nicht erwerbstätig

127. Hat ein Mitglied Ihrer Familie oder eine nahestehende Person jemals unbezahlten Urlaub genommen oder die Arbeitszeit reduziert, um Sie zu unterstützen?

- Ja
- Nein
- Angehörige/-r nicht erwerbstätig / Nicht zutreffend

128. Hat man Ihnen aufgrund von Krebs einen Kredit oder eine Versicherung verweigert?

- Ja
- Nein
- Ich habe seit der Krebsdiagnose keinen Kredit- oder Versicherungsantrag gestellt

Gab es während Ihrer Krebsversorgung etwas, das sie besonders geschätzt haben?

Gibt es etwas, das verbessert werden könnte?

Weitere Bemerkungen

Wie haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt? Alleine Mit Hilfe einer nahestehenden Person

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Umfrage werden auf der Website www.scape-enquete.ch veröffentlicht. Wenn Sie die Ergebnisse per E-Mail oder Post erhalten möchten, geben Sie bitte unten Ihre E-Mail-Adresse oder Ihren Namen und Ihre Postadresse an:

Diese Informationen werden nur für den Versand der Umfrageergebnisse verwendet. Nach Erhalt des Fragebogens werden wir Ihre Adresse entfernen, um den Fragebogen vollständig zu anonymisieren.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Wir wissen Ihr Feedback zu schätzen.

Bitte senden Sie es mit dem frankierten Rückumschlag an folgende Adresse zurück:

Unisanté – SCAPE-2, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne