

Fragebogen zur Kundinnenzufriedenheit

Schweizerischer Hebammenverband
 Fédération suisse des sages-femmes
 Federazione svizzera delle levatrici
 Federaziun svizra da las spendreras

Vielen Dank, dass Sie sich für diese Befragung Zeit nehmen!

Beachten Sie bitte die folgenden Informationen zum Ausfüllen:

Die Antworten sind meistens auf einer 4er-Skala anzukreuzen:

Bsp.: sehr gut gut mangelhaft schlecht +

ja, sehr ja, teilweise eher nicht gar nicht

immer meistens gelegentlich nie

Bei anderen Fragen kreuzen Sie ja oder nein an.

Bei der dritten Fragenkategorie haben Sie die Möglichkeit, Ihre Rückmeldung in Worten zu formulieren.

Wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, beziehen sich alle Fragen nur auf die freipraktizierende Hebamme (oder das Hebammenteam), die Sie betreut und Ihnen diesen Fragebogen abgegeben hat.

Sämtliche Fragen betreffen ausschliesslich die soeben erlebte Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit.

Wenn Sie zu Problemen, die nicht im Fragebogen erwähnt sind oder zu dieser Befragung noch etwas sagen möchten, wenden Sie sich bitte an die Qualitätsbeauftragte des Schweizerischen Hebammenverbandes:

Ella Benninger, e.benninger@hebamme.ch, Tel. 031 332 63 40

Zu Ihrem Hintergrund

Wieviele Geburten hatten Sie (inklusive der jetzigen)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 und mehr
Wie lange waren Sie nach der jetzigen Geburt im Spital?	<input type="checkbox"/> 0-24 Std.	<input type="checkbox"/> 25-96 Std.	<input type="checkbox"/> mehr als 96 Std.	
Höchste abgeschlossene Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Volksschule	<input type="checkbox"/> Berufs- ausbildung	<input type="checkbox"/> Hochschul- abschluss	
Familienstruktur:	<input type="checkbox"/> allein- erziehend	<input type="checkbox"/> mit Partner/in		
Alter:	<input type="checkbox"/> bis 20	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> über 40
Welche Leistungen haben Sie von einer freipraktizierenden Hebamme in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftskontrolle	<input type="checkbox"/> Wochenbettbetreuung zu Hause		
	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Wochenbettbetreuung im Geburtshaus		
	<input type="checkbox"/> Geburt im Geburtshaus	<input type="checkbox"/> Beratung (z.B. Stillberatung)		
	<input type="checkbox"/> Geburt mit Beleghebamme im Spital	<input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungskurs		
Von wievielen freipraktizierenden Hebammen wurden Sie betreut? Bitte zählen Sie nicht die angestellten Hebammen im Spital mit. Es geht nur um die Hebammen, die Sie zu Hause, im Geburtshaus oder als Beleghebamme im Spital betreut haben.	<input type="checkbox"/> 1 Hebamme	<input type="checkbox"/> 1 Hebamme + 2. Hebamme als Assistenz (z.B. für Geburt)		
	<input type="checkbox"/> 1 Hebamme + andere Hebamme für Kurs			
	<input type="checkbox"/> 1 Hebamme + Ferienvertretung			
	<input type="checkbox"/> mehrere Hebammen			

+

+

Kompetenz

Ist die Hebamme auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingegangen?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Hat die Hebamme sich Zeit für Sie genommen?	immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Wurden Sie ermutigt, Fragen zu stellen?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Wurden Ihre Fragen klar und verständlich beantwortet?	immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Hat die Hebamme Ihre Schwierigkeiten aufgenommen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeiten
Hat die Hebamme Ihre Schmerzen ernst genommen?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Falls Sie in der Schwangerschaft von einer frei praktizierenden Hebamme betreut wurden: Hat sie Ihnen bei Schmerzen Möglichkeiten der Schmerzlinderung wie Wickel, Massage oder Medikamente angeboten?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Falls Sie während der Geburt (Beleggeburt, Haus-/Geburtshausgeburt) von einer frei praktizierenden Hebamme betreut wurden: Hat sie Ihnen bei Schmerzen Möglichkeiten der Schmerzlinderung wie Wickel, Massage oder Medikamente angeboten?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Falls Sie im Wochenbett von einer frei praktizierenden Hebamme betreut wurden: Hat sie Ihnen bei Schmerzen Möglichkeiten der Schmerzlinderung wie Wickel, Massage oder Medikamente angeboten?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Hat die Hebamme Ihre Intimsphäre geschützt?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Hat die Hebamme Sie in Ihrer Aufgabe als Mutter unterstützt?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Wurde der Vater (falls er anwesend war) mit einbezogen?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Wurden ältere anwesende Kinder ihrem Alter gemäss mit einbezogen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht nötig/ nicht gewünscht
War die Hebamme liebevoll im Umgang mit dem Neugeborenen?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Hat die Hebamme andere an Ihrer Betreuung Beteiligte gut informiert (z.B. Mütterberaterin, Ihre Ärztin oder Arzt, die Kinderärztin oder -arzt)?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht nötig/ nicht gewünscht
Hat die Hebamme Sie über sämtliche Handlungen informiert, bevor sie sie ausführte (z.B. Blutentnahme, Untersuchungen oder Medikamentenabgabe bei Mutter und Kind)?	immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nicht nötig/ nicht gewünscht
Hat Ihnen die Hebamme alle nötigen Informationen gegeben, damit Sie eigene Entscheidungen fällen konnten?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht nötig/ nicht gewünscht
Ist es vorgekommen, dass die Hebamme Ihre geäußerte Entscheidung oder Ihren geäußerten Wunsch nicht berücksichtigt hat?	nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> keine Antwort
War die Hebamme aus Ihrer Sicht kompetent?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Haben Sie der Hebamme vertraut?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort

Organisation (Erreichbarkeit, Flexibilität)

War die Hebamme telefonisch erreichbar oder hatte sie eine Vertretung organisiert?	immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Haben Sie alle Auskünfte innert nützlicher Frist bekommen?	immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Hat sich die Hebamme mit den Terminen der Hausbesuche nach Möglichkeit nach Ihren Bedürfnissen gerichtet?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort

Fragen zur Geburt

Bitte beantworten Sie diese Fragen, wenn Sie **bei der Geburt** von einer freipraktizierenden Hebamme betreut wurden (zu Hause, im Geburtshaus oder von einer Beleghebamme im Spital).

Konnten Sie Ihre Gebärlage frei wählen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht möglich wegen Geburt mit Geburtszange, Saugglocke oder Kaiserschnitt
Falls Sie vor der Geburt mitgeteilt haben, ob Sie einen Dammschnitt möchten oder auf keinen Fall möchten: Wurde Ihrem Wunsch entsprochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht möglich wegen Geburt mit Geburtszange, Saugglocke oder Kaiserschnitt
Wenn bei Ihnen ein Dammschnitt vorgenommen wurde: Haben Sie das Gefühl, dass der Dammschnitt notwendig war?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kein Dammschnitt

↳

→

Informationsstand im Wochenbett

Hat die freipraktizierende Hebamme Sie über folgende Themen informiert?	Stillen (Ernährung, Positionen, Stillprobleme usw.)	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	Wachphasen, Schreien, Schlafen des Kindes	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	Pflege des Kindes	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	Umgang mit körperlichen Veränderungen im Wochenbett	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	Möglichkeiten den Beckenboden zu schützen/zu stärken	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Hat die Hebamme Sie aufmerksam gemacht auf mögliche starke Gefühlsschwankungen und Sie aufgefordert, Ihr psychisches Befinden ernst zu nehmen und frühzeitig Hilfe anzufordern?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort	
Hat die Hebamme Ihnen Informationen über Sexualität und Verhütung angeboten?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> nicht nötig	
Hat die Hebamme Sie über ergänzende oder nachfolgende Betreuungsangebote informiert, z.B. Rückbildung, Mütterberatung, Besuch bei Kinder- oder Hausarzt/-ärztin, Nachkontrolle bei der Hebamme oder beim Arzt/Ärztin?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Antwort	

Ernährung des Kindes

Hatten Sie vor der Geburt Ihres Kindes vor zu stillen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> war unsicher
Konnten Sie Ihr Kind in den ersten 10 Tagen nach der Geburt stillen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, ich wollte stillen, aber konnte nicht <input type="checkbox"/> nein, ich wollte nicht stillen
Wenn Sie stillen wollten: Hat Ihre frei praktizierende Hebamme Ihre Stillmotivation gefördert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wollte nicht stillen
Wenn Sie gestillt haben: Hat Ihre frei praktizierende Hebamme Ihnen alles erklärt und gezeigt, was Sie über das Stillen wissen müssen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> habe nicht gestillt
Falls Sie gestillt haben und Ihnen vor dem Milcheinschuss empfohlen wurde, dem Kind Tee oder Zusatznahrung zu geben:	Von wem wurde das empfohlen?	<input type="checkbox"/> freipraktizierende Hebamme <input type="checkbox"/> Spitalpersonal
	Welche Methode wurde empfohlen?	<input type="checkbox"/> mit dem Schoppen <input type="checkbox"/> mit dem Löffel oder Finger Feeding <input type="checkbox"/> mit dem Becher

Fragen zur Wochenbettbetreuung zu Hause im Anschluss an einen Spitalaufenthalt

Falls Sie im Spital geboren haben und dann von einer Hebamme zu Hause betreut wurden, beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

Bekamen Sie widersprüchliche Informationen von Ihrer Hebamme im Vergleich zu den Aussagen der Spitalhebammen oder Pflegefachfrauen?	zum Stillen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zur Pflege des Kindes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zur Ernährung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, konnten Sie diese Widersprüche zu Hause mit der Hebamme klären?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht nötig

weiter auf der Rückseite



+

+

Fragen, falls **Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett nicht wie erhofft verlaufen sind**

(z.B. bei Ödemen, Geburtsstillstand, Brustentzündung):

Hat die Hebamme das Problem / die Probleme erfasst?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> hatte keine Komplikationen
Hat sie schnell reagiert?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> hatte keine Komplikationen
Hat sie schwierige Situationen souverän gemeistert?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> hatte keine Komplikationen
Verfügte sie über das nötige Material, um auf schwierige Situationen reagieren zu können?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> hatte keine Komplikationen
Falls eine Verlegung ins Spital oder eine Überweisung zum Arzt stattgefunden hat: Hat die Hebamme gut mit den anderen beteiligten Diensten zusammengearbeitet?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Verlegung

←

Fragen, falls Sie an einem **Geburtsvorbereitungskurs bei einer Hebamme** teilgenommen haben:

Haben Sie die Informationen erhalten, die Sie sich erhofft haben?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Konnte die Hebamme den Stoff gut vermitteln?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
War der Kurs für Sie nützlich?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort

Fragen, falls Sie eine **Beratung bei einer Hebamme** in Anspruch genommen haben

(z.B. Stillberatung bei einer anderen Hebamme):

Haben Sie in der Beratung die Unterstützung erhalten, die Sie gebraucht haben?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Wenn nicht, was hat gefehlt?	

Allgemeine Beurteilung

Waren Sie zufrieden mit der Betreuung durch die Hebamme(n)?	ja, sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Würden Sie Ihre Hebamme weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Was haben Sie am meisten an der Betreuung durch die Hebammen geschätzt?	
Was haben Sie am wenigsten geschätzt?	
Zu folgenden Themen hätte ich gerne noch schriftliche Informationen erhalten:	

←

Beurteilung durch den Partner (vom Partner auszufüllen, falls er anwesend war)

Wie haben Sie als Partner die Betreuung Ihrer Frau und Ihres Kindes erlebt?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Antwort
Wurden Sie als Partner von der Hebamme in die Pflege des Kindes miteinbezogen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> nicht nötig/ nicht gewünscht
Hatten Sie als Partner die Möglichkeit, Ihre Fragen zu stellen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Antwort