

Stockholms stad brukarundersökning Hemtjänst yngre

Q1

Häusliche Pflege für Personen unter 65 Jahren

Häuslicher Pflegedienst insgesamt

Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Weiß nicht/ keine Meinung
---------------------	---------------------	---	-------------------	-------------------	------------------------------------

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit
Ihrem häuslichen Pflegedienst?

Q1b

Erhalten Sie vom häuslichen Pflegedienst die erforderliche Unterstützung und Hilfe?

- Ja
- Teilweise
- Nein
- Weiß nicht/keine Meinung

Q2

Einfluss

Nein, nie	Sellen	Manchmal	Meistens	Ja, immer	Weiß nicht/ keine Meinung
--------------	--------	----------	----------	--------------	------------------------------------

Nimmt das Personal Rücksicht auf Ihre Meinungen
und Wünsche bezüglich der Art und Weise, wie die
Hilfe durchgeführt werden soll?

Haben Sie Einfluss darauf, zu welchen Zeiten das
Personal kommt?

Q3

Haben Sie einen Durchführungsplan?

(Die Planung für Sie und Ihren Aufenthalt in der Einrichtung)

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Q4**Waren Sie an der Erstellung Ihres Durchführungsplans beteiligt?**

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Q5a**Ausführung der Hilfe**

Wie erledigt das Personal Ihrer Meinung nach seine Arbeitsaufgaben?

Sehr schlecht	Eher schlecht	Weder gut noch schlecht	Eher gut	Sehr gut	Weiß nicht/ keine Meinung
---------------	---------------	-------------------------	----------	----------	---------------------------

-
-
-
-
-
-

Q5b-d

Kommt das Personal zur vereinbarten Zeit?

Nein, nie	Sellen	Manchmal	Meistens	Ja, immer	Weiß nicht/ keine Meinung
-----------	--------	----------	----------	-----------	---------------------------

-
-
-
-
-
-

Hat das Personal genug Zeit, um seine Arbeiten bei Ihnen zu erledigen?

-
-
-
-
-
-

Teilt Ihnen das Personal vorübergehende Veränderungen im Vorfeld mit? (z. B. Wechsel von Zeiten/Tagen, Verspätungen, Personalveränderungen usw.)

-
-
-
-
-
-

Q6a**Behandlung**

Nein, nie	Sellen	Manchmal	Meistens	Ja, immer	Weiß nicht/ keine Meinung
-----------	--------	----------	----------	-----------	---------------------------

-
-
-
-
-
-

Werden Sie vom Personal gut behandelt?

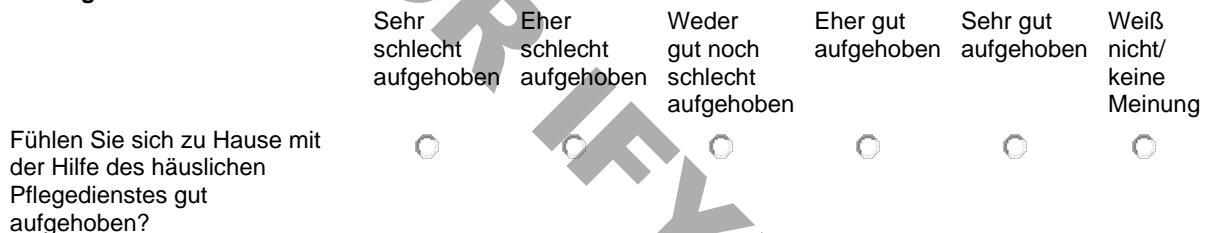
Q6b

Haben Sie im letzten Jahr bei Ihrem Kontakt mit dem Personal eine oder mehrere der folgenden Situationen erlebt?

Kreuzen Sie das Zutreffende an.

Das Personal hat

- Sie, Ihre Sachen oder Ihr Zuhause negativ kommentiert.
- Sie durch Wortwahl, Anrede oder Gesten respektlos behandelt.
- Sie herablassend behandelt, z. B. so als ob Sie ein Kind wären.
- Ihre Wünsche, z. B. beim Gang zur Toilette, Duschen, Ankleiden, ignoriert.
- Sie, z. B. beim Gang zur Toilette, Duschen, Ankleiden, grob behandelt.
- bei der Pflege seine Abneigung gezeigt.
- auf andere Weise unangemessen gehandelt.
- Nein, ich habe im letzten Jahr keine der oben genannten Situationen erlebt

Q7a
Geborgenheit

Q7b

Vertrauen Sie dem Personal, das zu Ihnen nach Hause kommt?

- Ja, allen Mitarbeitern
- Ja, den meisten Mitarbeitern
- Ja, einigen Mitarbeitern
- Nein, keinem Mitarbeiter
- Weiß nicht/keine Meinung

Q8a
Mahlzeiten

Hilft Ihnen der häusliche Pflegedienst bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder erhalten Sie gelieferte Mahlzeiten?

- Ja, man hilft mir bei der Zubereitung von Mahlzeiten
- Ja, ich bekomme gelieferte Mahlzeiten
- Nein, der häusliche Pflegedienst hilft mir nicht bei den Mahlzeiten à weiter mit Bereich

Q8b

Nein, Sellen Manchmal Meistens Ja, Weiß
nie immer nicht/
keine
Meinung

Schmeckt das Essen gut?

Q9a**Aktivitäten**

Dürfen Sie spazieren gehen oder sich im Freien aufhalten?

Ja
 Nein

Q9b

Nein, Sellen Manchmal Meistens Ja, Weiß
nie immer nicht/
keine
Meinung

Sind Sie mit den Spaziergängen oder dem Aufenthalt
im Freien zufrieden?

Q10**Diskriminierung in der Wohneinrichtung**

Diskriminierung liegt vor, wenn Sie vom Personal gekränkt, benachteiligt oder schlechter als andere Personen behandelt werden. Die Benachteiligung oder Kränkung muss mit einem der sieben Gründe für Diskriminierung verbunden sein, nämlich: Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -verhalten, ethnische Zugehörigkeit, Religion oder andere Glaubensrichtung, sexuelle Orientierung sowie Alter. Wenn Nutzer in einer Unterbringung andere Nutzer kränken so handelt es sich um Belästigung.

Haben Sie sich während der letzten 12 Monate durch das Personal der Wohneinrichtung diskriminiert gefühlt?

Ja
 Nein
 Möchte nicht antworten
 Weiß nicht

Q11

Weswegen haben Sie sich diskriminiert gefühlt? Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten auswählen

- Weil ich eine Frau bin (Geschlecht)
- Weil ich ein Mann bin (Geschlecht)
- Weil ich mich als Frau/Mann/ empfinde obwohl ich als Junge oder Mädchen geboren bin (Geschlechtsidentität oder -verhalten)
- Weil ich von einem anderen Land komme (ethnische Zugehörigkeit)
- Auf Grund meiner Religion (Religion oder andere Glaubensrichtung).
- Weil ich behindert bin (Funktionseinschränkung)
- Weil ich Zuneigung zu Personen meines Geschlechts empfinde und Sex haben möchte (Sexuelle Orientierung)
- Auf Grund meines Alters (Alter)
- Aus einem anderen Grund
- Weiß nicht
- Möchte nicht antworten

Q12

Haben Sie über die Geschehnisse mit dem Personal gesprochen?

- Ja
- Nein
- Möchte nicht antworten

Q13

Wenn Sie die Geschehnisse angesprochen haben, hat sich die Situation seither gebessert

- Ja
- Nein
- Möchte nicht antworten

Q14ab

Kontakte mit der Gemeinde

Ja	Teilweise	Nein	Weiß nicht/keine Meinung
----	-----------	------	--------------------------

Hat Sie der/die Sachbearbeiter/in gut behandelt?

-
-
-
-

Ist der Beschluss des/der Sachbearbeiters/in an Ihre Bedürfnisse angepasst?

-
-
-
-

Q14c**Wissen Sie, welche Leistungen Ihnen zustehen?** Ja Nein

Q14de

Ja	Teilweise	Nein	Weiß nicht/keine Meinung
----	-----------	------	--------------------------

Bekommen Sie den häuslichen Pflegedienst, den der/die Sachbearbeiter/in festgelegt hat?

Wissen Sie, dass Sie den Anbieter für den häuslichen Pflegedienst selbst auswählen können? (kommunaler häuslicher Pflegedienst oder diverse Privatunternehmen)

Q14f**Wer hat Ihren häuslichen Pflegedienst ausgewählt?** Ich selbst Ich zusammen mit einer mir nahestehenden Person Ein Angehöriger/Betreuer Jemand anderes Weiß nicht/keine Meinung

Q14g**Wissen Sie, an wen Sie sich wenden müssen, wenn Sie Meinungen oder Beschwerden über den häuslichen Pflegedienst vorbringen wollen?** Ja Nein

Q15a**Abschließende Fragen****Wie oft besucht Sie der häusliche Pflegedienst?** Täglich Einmal oder mehrmals in der Woche Weniger als einmal in der Woche

Q15b

Werden Sie meistens von derselben Person des häuslichen Pflegedienstes besucht?

- Ja
- Nein

Q15c

Haben Sie die Fragen selbst beantwortet?

- Ja, ganz allein
- Nein, zusammen mit einem Angehörigen, einem Freund oder einer anderen Person
- Nein, jemand anderes hat die Fragen für mich beantwortet

Complete

Vielen Dank für die Teilnahme!

FOR FILLNAD