
Stockholms stad brukarundersökning Hemtjänst yngre 2021

Q1

Asistencia domiciliaria para personas menores de 65 años

Servicio de asistencia domiciliaria en su conjunto

	Muy insatisfecho/a	Bastante insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿En general, en qué medida estás satisfecho/a con la asistencia domiciliaria que recibes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q1b

¿Satisface el servicio de asistencia domiciliaria tus necesidades de ayuda y atención?

- Sí
- En parte
- No
- No lo sé/no tengo ninguna opinión

Q2

Influencia

	No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Sí, siempre	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿Suele tomar en cuenta el personal tus puntos de vista y tus deseos sobre cómo se debe llevar a cabo la ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sueles poder influir en la hora a la que llega el personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q3

¿Cuentas con un plan de ejecución?

Es el plan que trata de ti y de tu situación en tu vivienda

- Sí
 - No
 - No lo sé
-

Q6b

En el contacto que has mantenido con el personal durante el último año, ¿has experimentado algo de lo que sigue a continuación?

Marca todas las opciones correctas

Que el personal:

- Haya hecho comentarios negativos sobre ti, tus cosas o tu casa
- Te haya tratado de manera irrespetuosa ya sea en la forma de expresarse, en la forma de dirigirse a ti o a través de gestos
- Te haya hablado con superioridad, por ejemplo, como si fueses un niño
- Haya ignorado tus deseos, por ejemplo, al ir al baño, a la ducha o al vestirse
- Se haya mostrado rudo, por ejemplo, en las visitas al baño, a la ducha o al vestirse
- Haya mostrado desagrado en relación con los cuidados personales
- Haya, de algún otro modo, actuado de forma incorrecta.
- No, en el último año no he experimentado nada de lo anteriormente citado.

Q7a

Seguridad

	Muy inseguro/a	Bastante inseguro/a	Ni seguro/a ni inseguro/a	Bastante seguro/a	Muy seguro/a	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿En qué medida te sientes seguro/a o inseguro/a viviendo en tu casa con la ayuda del servicio de asistencia domiciliaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7b

¿Tienes confianza en el personal que viene a tu casa?

- Sí, en todos
- Sí, en la mayoría
- Sí, en algunos
- No, en ninguno
- No lo sé/no tengo ninguna opinión

Q8a**La comida**

¿Recibes ayuda del personal del servicio de asistencia domiciliaria para cocinar o para encargar comida a domicilio?

- Sí, me ayudan a cocinar.
- Sí, suelo recibir comida a domicilio.
- No, no recibo ayuda del personal del servicio de asistencia domiciliaria con la comida a continúa al apartado Actividades

Q8b

	No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Sí, siempre	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿Está buena la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9a**Actividades**

¿Tienes permiso para dar paseos o pasar ratos al aire libre?

- Sí
- No

Q9b

	No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Sí, siempre	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿Estás satisfecho/a con los paseos o los ratos al aire libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10**Discriminación en la actividad**

Hay discriminación cuando usted es ofendido, tratado de manera injusta o de manera menos favorable que otras personas por alguno de los miembros del personal. El trato injusto o la ofensa deben estar relacionados con cualquiera de los siete motivos de discriminación (género, identidad o expresión de género, origen étnico, religión u otras creencias, discapacidad, orientación sexual y edad). Si un usuario de una vivienda ofende a otros usuarios, esto se denomina hostigamiento.

¿Sientes haber sido discriminado/a en tu vivienda durante los últimos doce meses?

- Sí
- No
- No desea contestar
- No lo sé

Q11

¿Cuál fue el motivo que hizo que te sintieras discriminado/a? Puedes elegir más de una opción.

- Porque soy mujer (género)
- Porque soy hombre (género)
- Porque me siento como mujer/hombre aunque nací como hombre o mujer (identidad o expresión de género)
- Porque vengo de otro país (origen étnico)
- Debido a mi religión (religión u otras creencias)
- Porque tengo una discapacidad (discapacidad)
- Porque estoy enamorado/me enamoro de o quiero tener relaciones sexuales con alguien de mi mismo sexo (orientación sexual)
- Debido a mi edad (edad)
- Por otro motivo
- No lo sé
- No desea contestar

Q12

¿Le has contado al personal lo que ha sucedido?

- Sí
- No
- No desea contestar

Q13

Si se lo has contado al personal, ¿crees que la situación ha mejorado

- Sí
- No
- No desea contestar

Q14ab

Contacto con el municipio

	Sí	En parte	No	No lo sé /no tengo ninguna opinión
¿Te sientes bien tratado/a por el responsable de gestión de ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es adecuada a tus necesidades la decisión que ha tomado el responsable de gestión de ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q14c

¿Conoces el tipo de ayuda que te ha sido concedida?

- Sí
- No

Q14de

	Sí	En parte	No	No lo sé/ no tengo ninguna opinión
¿Recibes la asistencia domiciliaria que el responsable de gestión de ayuda ha decidido para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sabías que puedes elegir al proveedor de asistencia domiciliaria? (puede ser el servicio de asistencia domiciliaria municipal o distintas empresas privadas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q14f

¿Quién ha elegido tu servicio de asistencia domiciliaria?

- Lo elegí yo mismo/a
- Lo elegí con un amigo o familiar
- Un familiar/administrador lo ha hecho en mi lugar
- Otra persona lo ha hecho en mi lugar
- No lo sé/no tengo ninguna opinión

Q14g

¿Sabes a quién dirigirte si quieres dar tu opinión o presentar una queja sobre la asistencia domiciliaria?

- Sí
- No

Q15a

Preguntas finales

¿Con qué frecuencia recibes servicios de asistencia domiciliaria?

- A diario
- Una o más veces a la semana
- Menos de una vez a la semana

Q15b

¿En general, recibes en tu casa a la misma persona del servicio de asistencia domiciliaria?

- Sí
- No

Q15c

¿Has contestado las preguntas tú mismo/a?

- Sí, las contesté yo mismo/a
- No, lo hice con un buen amigo, un familiar u otra persona.
- No, otra persona ha contestado por mí.

Complete

¡Gracias por tu colaboración!
