
Stockholms stad brukarundersökning Hemtjänst yngre 2021

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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Einfluss darauf, zu welchen Zeiten das Personal kommt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q3

Haben Sie einen Durchführungsplan?

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

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

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

| | Sehr schlecht aufgehoben | Eher schlecht aufgehoben | Weder gut noch schlecht aufgehoben | Eher gut aufgehoben | Sehr gut aufgehoben | Weiß nicht/ keine Meinung |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Fühlen Sie sich zu Hause mit der Hilfe des häuslichen Pflegedienstes gut aufgehoben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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, nie | Sellen | Manchmal | Meistens | Ja, immer | Weiß nicht/ keine Meinung |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Schmeckt das Essen gut? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q9a**Aktivitäten****Dürfen Sie spazieren gehen oder sich im Freien aufhalten?**

- Ja
 Nein

Q9b

| | Nein, nie | Sellen | Manchmal | Meistens | Ja, immer | Weiß nicht/ keine Meinung |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Sind Sie mit den Spaziergängen oder dem Aufenthalt im Freien zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist der Beschluss des/der Sachbearbeiters/in an Ihre Bedürfnisse angepasst? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wissen Sie, dass Sie den Anbieter für den häuslichen Pflegedienst selbst auswählen können? (kommunaler häuslicher Pflegedienst oder diverse Privatunternehmen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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!
