

# Häusliche Pflege für Personen unter 65 Jahren

## 1. Häuslicher Pflegedienst insgesamt

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



a. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem häuslichen Pflegedienst?

### b. Erhalten Sie vom häuslichen Pflegedienst die erforderliche Unterstützung und Hilfe?

Ja  
Teilweise  
Nein  
Weiß nicht/keine Meinung

## 2. Einfluss

Nein, nie

Selten

Manchmal

Meistens

Ja, immer

Weiß nicht/keine Meinung



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

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

## 3. Haben Sie einen Durchführungsplan?










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

Ja  
Nein (bei Nein mit Frage 5 fortfahren)  
Weiß nicht






## 4. Waren Sie an der Erstellung Ihres Durchführungsplans beteiligt?

Ja  
Nein  
Weiß nicht

## 5. Ausführung der Hilfe

	Sehr schlecht	Eher schlecht	Weder gut noch schlecht	Eher gut	Sehr gut	Weiß nicht/keine Meinung
						
a. Wie erledigt das Personal Ihrer Meinung nach seine Arbeitsaufgaben?						
	Nein, nie	Sellen	Manchmal	Meistens	Ja, immer	Weiß nicht/keine Meinung
						
b. Kommt das Personal zur vereinbarten Zeit?						
c. Hat das Personal genug Zeit, um seine Arbeiten bei Ihnen zu erledigen?						
d. Teilt Ihnen das Personal vorübergehende Veränderungen im Vorfeld mit? (z. B. Wechsel von Zeiten/Tagen, Verspätungen, Personalveränderungen usw.)						

## 6. Behandlung

	Nein, nie	Sellen	Manchmal	Meistens	Ja, immer	Weiß nicht/keine Meinung
						
a. Werden Sie vom Personal gut behandelt?						

### b. 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

## 7. Geborgenheit

Sehr schlecht aufgehoben

Eher schlecht aufgehoben

Weder gut noch schlecht aufgehoben

Eher gut aufgehoben

Sehr gut aufgehoben

Weiß nicht/keine Meinung



a. Fühlen Sie sich zu Hause mit der Hilfe des häuslichen Pflegedienstes gut aufgehoben?

**b. 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

## 8. Mahlzeiten

**a. 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

Nein, nie

Selten

Manchmal

Meistens

Ja, immer

Weiß nicht/keine Meinung



b. Schmeckt das Essen gut?

## 9. Aktivitäten

**a. Dürfen Sie spazieren gehen oder sich im Freien aufhalten?**

Ja

Nein, weiter mit dem Bereich Diskriminierung beim Pflegedienst

Nein, nie

Selten

Manchmal

Meistens

Ja, immer

Weiß nicht/keine Meinung



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

**10. 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

Bei Ja beantworten Sie bitte noch Frage 11,12. Andernfalls fahren Sie bitte mit Frage 14 fort.

**11. 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

**12. Haben Sie über die Geschehnisse mit dem Personal gesprochen?**

- Ja
- Nein
- Möchte nicht antworten

Bei Ja beantworten Sie bitte noch Frage 13. Andernfalls fahren Sie bitte mit Frage 14 fort.

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

- Ja
- Nein
- Möchte nicht antworten

## 14. Kontakte mit der Gemeinde

Ja      Teilweise      Nein      Weiß nicht/keine Meinung

a. Hat Sie der/die Sachbearbeiter/in gut behandelt?

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

### c. Wissen Sie, welche Leistungen Ihnen zustehen?

Ja  
Nein  weiter mit Frage e.

Ja      Teilweise      Nein      Weiß nicht/keine Meinung

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

Ja      Teilweise      Nein      Weiß nicht/keine Meinung

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

### f. Wer hat Ihren häuslichen Pflegedienst ausgewählt?

Ich selbst  
Ich zusammen mit einer mir nahestehenden Person  
Ein Angehöriger/Betreuer  
Jemand anderes  
Weiß nicht/keine Meinung

g. Wissen Sie, an wen Sie sich wenden müssen, wenn Sie Meinungen oder Beschwerden über den häuslichen Pflegedienst vorbringen wollen?

Ja  
Nein

## 15. Abschließende Fragen

a. Wie oft besucht Sie der häusliche Pflegedienst?

Täglich  
Einmal oder mehrmals in der Woche  
Weniger als einmal in der Woche

b. Werden Sie meistens von derselben Person des häuslichen Pflegedienstes besucht?

Ja  
Nein

c. 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

Vielen Dank für die Teilnahme!