

Angehörigenbefragung in Hamburger Wohn- und Pflegeeinrichtungen

1. Alltagsleben

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über- troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig die Angebote der Wohneinrichtung für die Bewohnerin sind (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie stark sich die Angebote der Wohneinrichtung nach den individuellen Wünschen und Fähigkeiten der Bewohnerin richten (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Bewohnerin dabei unterstützt wird, dass sie an sozialen, kulturellen oder religiösen Ereignissen teilhaben kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie stark die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Aktivitäten (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten) einbezogen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wohnen und Hauswirtschaft, Speise- und Getränkeangebot

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Wohnen und Hauswirtschaft“ sowie „Speise- und Getränkeangebot“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über- troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie für Sauberkeit und Hygiene gesorgt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie angenehm die Atmosphäre der Wohneinrichtung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie vielfältig die Auswahl an Speisen und Getränken ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin stets ausreichend mit Essen und Trinken versorgt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Versorgung durch das Personal

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Versorgung durch das Personal“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über- trifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie wertschätzend sich das Personal verhält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie das Personal auf Bitten und Wünsche eingeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie reibungslos das Personal arbeitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. anklopfen, Türen schließen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohnerin geachtet wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie schnell und einfach die Bewohnerin Unterstützung oder Hilfe erhält, wenn sie diese benötigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie respektvoll das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen umgeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie verlässlich Absprachen mit dem Personal sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das Personal bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen) <i>[Hinweis: Die Wohneinrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung oder Reparatur veranlassen oder jeweils Zuständige informieren.]</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie beständig das Stammpersonal ist, das die Bewohnerin versorgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie verlässlich eine Haupt-Ansprechpartnerin unter den Pflegefachkräften (sog. Bezugspflegekraft) für die Bewohnerin und mich ansprechbar ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie einfühlsam das Personal ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Kritische Ereignisse

Hinweis: Die Ergebnisse dieses Fragenkapitels werden nicht veröffentlicht.

Im Folgenden sind einige kritische Ereignisse genannt. Bitte geben Sie an, wie häufig im vergangenen Jahr ein solches Ereignis in der Wohneinrichtung vorgekommen ist.					
Wie häufig kam es vor, ...	nie	einmal	mehrfach	häufig	weiß nicht
dass Sie Mängel bei der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?	<input type="radio"/>				
dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>				
dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>				
dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?	<input type="radio"/>				
dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?	<input type="radio"/>				
dass schwerwiegende Ereignisse (z. B. Stürze, Verletzungen) nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden? [Hinweis: Die Pflegedokumentation darf nur von dazu bevollmächtigten Angehörigen oder Personen eingesehen werden.]	<input type="radio"/>				

5. Ihre Einschätzung insgesamt

Bitte beantworten Sie diese abschließenden Fragen zur Wohneinrichtung insgesamt.				
	ja, auf jeden Fall	eher ja	eher nein	nein, auf keinen Fall
Fühlt sich die Bewohnerin in der Wohneinrichtung so, dass sie diese als eine Art Zuhause betrachten kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie heute (noch mal) wählen könnten – würden Sie sich wieder für diese Wohneinrichtung entscheiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Würden Sie diese Wohneinrichtung Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Lob und Kritik an die Wohneinrichtung

Hinweis: Ihre Rückmeldung wird unverändert an die Wohneinrichtung weitergeleitet, aber nicht veröffentlicht. Falls Sie anonym bleiben möchten, sollten Sie nicht Ihren Namen, den Namen der Bewohnerin oder andere Angaben machen, die Sie oder die Bewohnerin erkennbar werden lassen.

Was möchten Sie der Wohneinrichtung als **Lob** zurückmelden?

Was möchten Sie der Wohneinrichtung als **Kritik** zurückmelden?

7. Persönliche Angaben

Hinweis: Die folgenden persönlichen Angaben dienen allein wissenschaftlichen Zwecken und werden nicht veröffentlicht oder an die Wohneinrichtung weitergegeben. Wir bitten Sie auch hier um Ihre freiwilligen Angaben.

Bitte vervollständigen Sie die Angaben zu Ihrer Person und der in der Wohneinrichtung lebenden Bewohnerin.									
	30 Jahre o. jünger	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	81-90 Jahre	91 Jahre o. älter	keine Angabe
Wie alt ist die Bewohnerin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie alt sind Sie selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte geben Sie das Geschlecht der Bewohnerin an.				weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>	keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie Ihr eigenes Geschlecht an.				weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>	keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie den Pflegegrad der Bewohnerin an.	Grad 1 <input type="radio"/>	Grad 2 <input type="radio"/>	Grad 3 <input type="radio"/>	Grad 4 <input type="radio"/>	Grad 5 <input type="radio"/>	kein Pflegegrad <input type="radio"/>	keine Angabe <input type="radio"/>		
Ist die Bewohnerin Ihres Wissens oder Ihrem Eindruck nach von einer geistigen Beeinträchtigung betroffen, die ihr Verhalten verändert (z. B. Demenz, Alzheimer o. Ä.)?				ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie lange die Bewohnerin bereits in der Wohneinrichtung lebt.	weniger als 3 Monate <input type="radio"/>	3 bis 6 Monate <input type="radio"/>	6 bis 12 Monate <input type="radio"/>	12 bis 24 Monate <input type="radio"/>	länger als 24 Monate <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich in der Regel die Bewohnerin in der Wohneinrichtung besuchen.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchent- lich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	viertel- jährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich ansonsten Kontakt mit der Bewohnerin haben, etwa per Telefon, Handy-App oder E-Mail.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchent- lich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	viertel- jährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		

Auf welche Weise sind Sie mit der Bewohnerin verwandt bzw. mit ihr verbunden? Bitte kreuzen Sie an:	
<input type="radio"/> Ehefrau/Ehemann	<input type="radio"/> Nichte/Neffe
<input type="radio"/> Partnerin/Partner	<input type="radio"/> Cousine/Cousin
<input type="radio"/> Tochter/Sohn	<input type="radio"/> Freundin/Freund
<input type="radio"/> Schwiegertochter/Schwiegersohn	<input type="radio"/> andere
<input type="radio"/> Schwester/Bruder	<input type="radio"/> keine Angabe
<input type="radio"/> Enkeltochter/Enkelsohn	

Bitte geben Sie an, ob Sie für die Bewohnerin in gesundheitsbezogenen Fragen die gesetzliche Betreuung übernommen haben.		
ja	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
		keine Angabe <input type="radio"/>

Vielen Dank!