



# Fragebogen für Angehörige von Senioren\*innen

Liebe Angehörige von Senior\*innen,

wir arbeiten für das Projekt „Zielgruppen im Quartier“ (<http://www.zielgruppen-im-quartier.de>) und möchten in Hückelhoven neue Pflege- Beratungs- und Unterstützungsangebote u.a. für türkischstämmige/muslimische Senior\*innen entwickeln. Unser Projekt wird vom Gesundheitsministerium NRW und der EU unterstützt.

Bei der Planung neuer Angebote möchten wir Sie beteiligen und einbeziehen. Mit dieser Befragung wollen wir mehr über Ihre individuellen und persönlichen Wünsche und Bedürfnisse im Bereich Pflege und Unterstützung erfahren.

Dabei geht es einerseits darum, was Sie sich für Ihre Angehörigen wünschen, die vielleicht davorstehen, pflege- und unterstützungsbedürftig zu werden. Wir möchten aber auch Hinweise bekommen, was Sie sich für sich selbst in Ihrer Rolle als Angehörige wünschen und was Sie sich evtl. in Hinblick auf die Zukunft wünschen, in der Sie selbst evtl. einmal pflegebedürftig werden könnten.

Bei der Entwicklung neuer Angebote möchten wir besonders darauf achten, dass Senior\*innen sich auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sicher und wohl fühlen und dass Sie sich so autonom wie möglich in Ihrer Umgebung bewegen und diese bestimmen und kontrollieren können.

Ziel ist es, dass Senior\*innen sich in ihrer Selbständigkeit unterstützt bzw. gefördert fühlen, dass Ihre eigenen Ressourcen wertgeschätzt werden und dass die Senioren\*innen, aber auch die Angehörigen, die Unterstützung bekommen, die Sie benötigen und wünschen. Insbesondere sind uns die Aspekte respektvolle Begegnung und Austausch sowie gewaltfreie Kommunikation und Umgang wichtig.

Die neuen Angebote sollen die verschiedenen z.B. individuellen, kulturellen, religiösen und geschlechtsspezifischen Hintergründe der Menschen respektieren und berücksichtigen. Dabei hat uns auch der Wunsch nach dem Schutz vor Grenzüberschreitungen (kulturell, persönlich) geleitet.

Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertrauensvoll ausgewertet.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme. Bei Rückfragen können Sie sich gerne an Havva Colak bei den St. Gereon Seniorendiensten (02462/ 981-0) oder an Paul Fuchs-Frohnhofen bei MA&T in Würselen (02405/4552-0), dem Koordinator des ZIQ-Projektes, wenden.

Ihr Projekt-Team ZIQ

# I. Persönliche Daten

<p>1. Geschlecht:  <input type="checkbox"/> Weiblich    <input type="checkbox"/> Männlich</p>	
<p>2. Alter:  <input type="checkbox"/> Bis 29 Jahre  <input type="checkbox"/> 30-39 Jahre  <input type="checkbox"/> 40-49 Jahre  <input type="checkbox"/> 50-59 Jahre  <input type="checkbox"/> Über 60 Jahre</p>	<p>Wie alt sind die pflegenden Angehörigen im Durchschnitt?</p>
<p>3. Familienstand:  <input type="checkbox"/> Verheiratet    <input type="checkbox"/> Verwitwet    <input type="checkbox"/> Nicht verheiratet</p>	<p>Pflegt Partner/Familie evtl.?</p>
<p>4. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?  <input type="checkbox"/> Grundschule    <input type="checkbox"/> Mittelschule    <input type="checkbox"/> Abitur    <input type="checkbox"/> Berufsschule  <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss    <input type="checkbox"/> keinen Abschluss</p>	<p>Wie sollten Informationen über pflegerische Dienstleistungsangebote/ Beratungsangebote gestaltet werden?</p>
<p>5. Wie lange leben Sie bereits in Deutschland?  <input type="checkbox"/> Bis zu 5 Jahre  <input type="checkbox"/> 6 bis 14 Jahre  <input type="checkbox"/> 15 bis 25 Jahre  <input type="checkbox"/> über 25 Jahre  <input type="checkbox"/> Ich bin in Deutschland geboren</p>	<p>Wie sollten die Informationen über pflegerischen Dienstleistungsangebote gestaltet sein? Wie sind die Deutschkenntnisse?</p>
<p>6. Pendeln Sie zwischen Ihrem ehemaligem Heimatort und Deutschland?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie lange bleiben Sie im Durchschnitt in Ihrer ehemaligen Heimat? _____</p> <p>Falls ja, welche Jahreszeit oder welche Monate verbringen Sie in Ihrer ehemaligen Heimat?          _____</p> <p>Glauben Sie, dass Ihr Angehöriger/Bekannter professionelle Betreuung braucht, wenn Sie z.B. im Urlaub sind?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Pendeln die (potentiellen) pflegenden Angehörigen auch zwischen zwei Ländern?</p> <p>Braucht man deswegen evtl. auch zusätzliche professionelle Hilfe für die Pflege und Betreuung?</p> <p>In welchen Jahreszeiten sind die professionellen Dienstleistungsangebote besonders gefragt?</p>
<p>7. Sind Sie berufstätig?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja,  <input type="checkbox"/> Vollzeit    <input type="checkbox"/> Teilzeit</p> <p>Falls nein, warum haben Sie Ihre Berufstätigkeit aufgegeben?          _____</p> <p>Ist Ihr Ehepartner*In berufstätig?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, in welchem Umfang?  <input type="checkbox"/> Vollzeit    <input type="checkbox"/> Teilzeit</p>	<p>Wie sehen die Lebensbedingungen der Angehörigen aus?</p> <p>Sind die Partner beide berufstätig?</p> <p>Falls nein, was sind die Ursachen? Geben einige Familienmitglieder ihre Berufstätigkeit für die Betreuung der Eltern auf?</p> <p>Sind (türkische) Familien auch Doppelverdiener? Sind Sachleistungen gefragt in Zukunft?</p>

## II. Pflege

<p>8. Haben Sie aktuell zu pflegende Angehörige/Bekannte?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b><u>Falls nein, bitte ab Frage 19 fortsetzen!</u></b></p> <p>Falls ja:  Wen pflegen Sie?  <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister  <input type="checkbox"/> Verwandter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Wie lange pflegen oder betreuen Sie Ihren Angehörigen/Bekannt  bereits?  _____</p> <p>Wie alt ist Ihr zu pflegender Angehöriger/Bekannter? _____ Jahre</p>	Pflegebedarf
<p>9. Braucht/wünscht Ihr Angehöriger/Bekannter Unterstützung am Tage  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Betreuen Sie regelmäßig einen Angehörigen/Bekannt  (Beispielsweise im gleichen Haus, Nachbarschaft, im Ort, Nachbarort)  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie oft?  <input type="checkbox"/> Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> Durchgehend</p> <p>Falls ja, wie sieht Ihre Unterstützung konkret aus?  _____  _____  _____</p> <p>Braucht Ihr Angehöriger/Bekannter Unterstützung in der Nacht?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	Konkrete Bedarfsermittlung:  Gibt es Ressourcen?
<p>10. Braucht/wünscht Ihr Angehöriger/Bekannter Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wobei?  <input type="checkbox"/> Einkaufen (allein oder mit Begleitung)  <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Wäsche waschen  <input type="checkbox"/> Putzen  <input type="checkbox"/> Beheizung  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	Bedarfsermittlung hauswirtschaftliche Versorgung

<p>11. Braucht/wünscht Ihr Angehöriger/Bekannter Unterstützung bei der körperlichen Pflege?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wobei?  <input type="checkbox"/> Waschen, duschen, baden  <input type="checkbox"/> Wechseln der Kleidung  <input type="checkbox"/> Zahn- und Mundpflege  <input type="checkbox"/> Kämmen und Rasieren  <input type="checkbox"/> Ernährung  <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei bestimmten Krankheiten  <input type="checkbox"/> Behandlungspflege z.B. Wundversorgung, Medikamentengabe, Dekubitusbehandlung oder Blutdruck- und Blutzuckermessung  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Bedarfsermittlung Körperpflege, Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,...)</p>
<p>12. Ist Ihr Angehöriger/Bekannter krankenversichert?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Hat Ihr Angehöriger eine zusätzliche Pflegeversicherung abgeschlossen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Ansprüche Pflegeversicherung?</p>
<p>13. Wurde für Ihren zu pflegenden Angehörigen/Bekanntem ein Antrag auf Pflegegrad gestellt?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger/Bekannter?  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Noch keinen/in Bearbeitung</p>	<p>Ermittlung Pflegegrad um Bedarf für Dienstleistungsangebote zu ermitteln</p>
<p>14. Nimmt Ihr Angehöriger/Bekannter finanzielle Leistungen der Pflegekasse in Anspruch?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, seit wann? _____</p>	<p>Ab wie viel Jahren pflegebedürftig?</p>
<p>15. Unterstützen Sie bereits Ihren Angehörigen/Bekanntem?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, in welchen Bereichen?  <input type="checkbox"/> Ernährung  <input type="checkbox"/> Körperpflege  <input type="checkbox"/> Haushaltsführung (putzen, Wäsche)  <input type="checkbox"/> Essenzubereitung  <input type="checkbox"/> Begleitung zum Einkauf  <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme  <input type="checkbox"/> Arztbesuche  <input type="checkbox"/> Begleitung bei Teilnahme kultureller und religiöser Veranstaltungen  <input type="checkbox"/> Begleitung bei Besuch von Verwandten und Freunden  <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Konkrete Bedarfsermittlung/ Ermittlung des Ist-Zustands</p> <p>Vergleich von Bedarfsanforderung oben und Ist-Zustand.</p> <p>Bedarfsermittlung für zusätzliche Angebote ableitbar?</p> <p>Welche Ressourcen hat man schon innerhalb der Familie/Bekanntem?</p>

<p>16. Falls Sie einen Angehörigen/Bekanntem unterstützen, wer hilft Ihnen?  <input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwester  <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Nachbar/Bekannte <input type="checkbox"/> Islamische  Organisation <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Konkrete Ressourcen und Bedarfsermittlung: Wer unterstützt? Gibt es schon Unterstützung? Sind es meistens Frauen, die pflegen?</p>
<p>17. Falls sie einen Angehörigen/Bekanntem pflegen, fühlen Sie sich durch die Pflege und Betreuung gesundheitlich beansprucht?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja: <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> körperlich</p> <p>Brauchen Sie weitere Unterstützung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, was könnte das sein?  _____  _____</p>	<p>Ist man mit Pflege des Angehörigen überfordert?</p> <p>Wird professionelle Hilfe (wie ambulanter Dienst, Pflegeschulung) gebraucht?</p> <p>Was sind konkrete Unterstützungsbedarfe?</p>
<p>18. Falls Sie merken, dass Sie in bestimmten Situationen (z.B. eigene Krankheit) mit der Versorgungssituation Ihres Angehörigen/Bekanntem überfordert sind, an wen wenden Sie sich?  _____</p>	<p>Gibt es Ansprechpersonen?  Kennt man schon Beratungsinstitute?</p>
<p>19. Wissen Sie, welche Leistungen (Pflegekasse oder Krankassen) Sie bei einer Pflegebedürftigkeit beantragen können?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Kenntnisse der Pflegeleistungen</p>
<p>20. Wissen Sie, wie Sie die Leistungen bei einer Pflegebedürftigkeit beantragen können?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Kenntnisse der Pflegeleistungen</p>
<p>21. Haben Sie/Ihr Angehöriger/Bekannter eine private Pflegeversicherung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Private Pflegeversicherung</p>
<p>22. Kennen Sie pflegerische Dienstleistungsangebote (türkischsprachige), wie z.B. Ambulanter Dienst oder Pflegeberatung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, welche? -  _____  _____</p>	<p>Gibt es schon pflegerische Dienstleistungsangebote innerhalb der muslimischen Community?</p>
<p>23. Kennen Sie das Angebot eines ambulanten Dienstes?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Das Personal des ambulanten Pflegedienstes kommt zu den Pflegebedürftigen nach Hause und hilft bei der körperlichen und medizinischen Pflege. Optionale Serviceleistungen sind Fahr- und Bringdienste, Haushaltshilfe und Hausmeisterdienste. Bei Krankheiten kann nur die</i></p>	<p>Ist ambulanter Dienst bekannt oder akzeptiert?</p> <p>Beschreibung „Ambulanter Dienst“</p>

<p><i>medizinische Betreuung in Anspruch genommen werden. Er bietet Familien Unterstützung im Alltag, damit Angehörige Beruf und Betreuung besser organisieren können. Finanzierungsmöglichkeit durch Pflegekasse oder Krankenkasse.</i></p> <p>Nimmt Ihr Angehöriger/Bekannter bereits das Angebot des ambulanten Dienstes bereits in Anspruch?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls nein, warum nicht?  <hr/><hr/></p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie und ihr Angehöriger/Bekannter sich das vorstellen?  <input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache  <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege  <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  <hr/><hr/></p> <p>Glauben Sie eine zusätzliche Unterstützung bei der Pflege vom ambulanten Dienst würde Ihnen und Ihren Angehörigen/Bekanntem helfen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Falls nein, Informationslücke?</p> <p>Begründung für nicht Akzeptanz des ambulanten Dienstes</p> <p>Was sind die konkreten Wünsche und Vorstellungen vom ambulanten Dienst?</p> <p>Hinweise auf Hilfebedarf und Akzeptanzbereitschaft?</p>
<p>24. Kennen Sie das Angebot der Tagespflege?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Tagespflege ist für ältere Menschen, die betreuungsbedürftig sind, aber weiterhin Zuhause wohnen wollen. Sie halten sich tagsüber (stundenweise) in der barrierefreien Tagespflegeeinrichtung auf und sind abends wieder in ihrer bekannten Umgebung. Die Gäste der Tagespflege werden von zu Hause abgeholt und wieder nach Hause gebracht. Zu den Leistungen einer Tagespflege gehören, z.B. pflegerische und medizinische Versorgung, Verpflegung und kreative Aktivitäten.</i></p> <p>Falls ein Angebot der Tagespflege bereits bekannt ist, warum wird es von Ihrem Angehörigen/Bekanntem nicht in Anspruch genommen?  <hr/><hr/><hr/></p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie die Tagespflege für sich selbst oder für Ihren Angehörigen/Bekanntem vorstellen?</p>	<p>Ist Tagespflege bekannt?</p> <p>Beschreibung „Tagespflege“</p> <p>Falls bekannt, warum wird Tagespflege nicht genutzt?</p> <p>Unter welchen Bedingungen würde man Tagespflege in Anspruch nehmen?</p>

<p> <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (z.B. vegetarisch, Kaninchenfrei, Helal usw.)  <input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache    <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Betreuung    <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten  <input type="checkbox"/> Bauliche Berücksichtigung der Geschlechtertrennung  <input type="checkbox"/> Tagespflege mit Personen aus der gleichen Community  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  <hr/> </p> <p> Würden Sie oder Ihr Angehöriger/Bekannter ein Angebot der Tagespflege (optional mit individuellen Serviceangeboten) in Anspruch nehmen?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein </p> <p> Würden Sie oder Ihr Angehöriger ein „niedrigschwelliges Angebot“ der Tagespflege in Anspruch nehmen, z.B. Tagesbetreuung in Kleingruppen, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung Pflegepersonen im häuslichen Bereich.  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein </p>	<p>Hilfebedarf und Bereitschaft der Akzeptanz?</p> <p>Niedrigschwellige Tagespflege?</p>
<p>25. Kennen Sie das Angebot des betreuten Wohnens?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Betreutes Wohnen bedeutet, selbstbestimmend in einer barrierefreien und pflegegerechten eigenen Wohnung (z.B. 43 qm) leben mit individuellem Betreuungsservice. Die Zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen dazu, das eigenständige Wohnen zu erleichtern und vorhandene Fähigkeiten möglichst lang zu erhalten. Beispielsweise gibt es neben ambulanten Pflegeleistungen auch Gemeinschaftsräume für Veranstaltungen sowie Serviceleistungen wie Hausnotruf, Hausmeister-service, Fahr- und Begleitdienste, Reinigungs- und Wäscheservice, Hilfe bei Schriftverkehr und Behördengängen, Essenservice usw.. Finanzierungsmöglichkeiten durch Pflegekassen/Krankenkassen und oder privat. (Meistens geförderte Wohnungen).</i></p> <p>Falls das Angebot des betreuten Wohnen bereits bekannt ist, warum wird es nicht in Anspruch genommen?  _____  _____  _____</p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie oder ihr Angehöriger/Bekannter sich das vorstellen?  <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (Helal usw.)  <input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache  <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege</p>	<p>Ist betreutes Wohnen bekannt?</p> <p>Beschreibung „Betreutes Wohnen“</p> <p>Falls betreutes Wohnen nicht in Anspruch genommen wird, was sind die Ursachen?</p> <p>Wie sollte betreutes Wohnen organisiert werden, damit es in Anspruch genommen wird?</p>



<input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten <input type="checkbox"/> Geschlechtertrennung bei Gemeinschaftsräumen (Gebetsräume usw.) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  <hr/> <hr/> <p>Was würden Sie davon halten, wenn Ihr Angehöriger/Bekannter in einer Wohnanlage „Betreutes Wohnen“ (optional mit individuellen Service- und Betreuungsleistungen) wohnen würde?</p> <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Nicht gut	Hilfebedarf und Bereitschaft der Akzeptanz
<p>26. Kennen Sie das Angebot der Senioren-WG (gemeinschaftliches Wohnen)?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist Senioren-WG bekannt?
<p><i>In einem Senioren-WG hat jeder Senior sein eigenes Zimmer, die Gemeinschaftsräume (Küche, Wohnzimmer) werden zusammen genutzt. Die Senioren können sich im Alltag gegenseitig unterstützen und gemeinsame Aktivitäten unternehmen. Die Wohnqualität ist barrierefrei und pflegegerecht. Ebenso gibt es eine tägliche Verfügbarkeit von Beratung, Information und Betreuung. Zusätzlich kann man als WG einen Pflegedienst engagieren mit zusätzlichen Leistungen.</i></p>	Beschreibung Senioren-WG
<p>Falls das Angebot des Senioren-WG bereits bekannt ist, warum wird es nicht in Anspruch genommen?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	Warum wird es nicht genutzt?
<p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie und ihr Angehöriger/Bekannter sich das vorstellen?</p> <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (Helal usw.) <input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten <input type="checkbox"/> Bauliche Berücksichtigung der Geschlechtertrennung <input type="checkbox"/> WG mit Personen aus der gleichen Community <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <hr/> <hr/>	Konkrete Bedarfsermittlung_ Was sind die Erwartungen oder Bedingungen?
<p>Was würden Sie davon halten, wenn Ihr Angehöriger/Bekannter in einer Senioren-WG (optional mit individuellen Service- und Betreuungsleistungen) wohnen würde?</p> <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Nicht gut	Bedarfsermittlung und Bereitschaft der Akzeptanz

<p>27. Ein Dienstleistungsangebot, das unseren spezifischen Bedürfnissen entspricht, würden wir annehmen.  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, welche?  <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen  <input type="checkbox"/> Senioren-WG <input type="checkbox"/> Pflegeberatung <input type="checkbox"/> Pflegeschulung  <input type="checkbox"/> Begleitung durch Sozialarbeiter  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Falls nein, welche Befürchtungen haben Sie?  _____  _____  _____</p> <p>Was brauchen Sie konkret zu Ihrer Sicherheit, um sich von Fremden versorgen zu lassen und sich in diese fremde Umgebung begeben zu können?  _____  _____  _____</p>	<p>Allgemeine Grundeinstellung zu professioneller Pflege?</p> <p>Welche professionellen Dienstleistungs-Angebote kommen überhaupt in Frage?</p> <p>Bedarfsermittlung, kultur-, gender- und traumasensibler Aspekte</p>
<p>28. Wünschen Sie sich eine „türkischsprachige Beratungsstelle vor Ort“ für Fragen rund um die Themen Pflege/altersgerechtes Wohnen usw. ?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Bedarfsermittlung Wohnen/Pflege im Alter</p>

### III. Wohnsituation

<p>29. Wo leben Sie aktuell?  <input type="checkbox"/> Zur Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Haus meiner Eltern  <input type="checkbox"/> Wohnen mit Heizung <input type="checkbox"/> Wohnen mit Kohleheizung  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Aktuelle Wohnsituation</p>
<p>30. Wer wohnt noch in Ihrem Haushalt?  <input type="checkbox"/> Mein Ehemann <input type="checkbox"/> Meine Ehefrau <input type="checkbox"/> Meine Eltern <input type="checkbox"/> Wohne alleine  <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>	<p>Familie/Soziale Beziehungen als Ressource?</p>
<p>31. Wie ist Ihre Wohnsituation?  <input type="checkbox"/> Barrierefreie Wohnung (z.B. breite Türen) <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig  <input type="checkbox"/> zu viele Treppen, kein Aufzug <input type="checkbox"/> schlechte Ausstattung <input type="checkbox"/> Nähe zu meinen Angehörigen/Familie <input type="checkbox"/> Gebetsstätte/Moschee in der Nähe  <input type="checkbox"/> Nähe zur (türkischen) Community <input type="checkbox"/> ehrenamtliche Helfer/Helferin</p>	<p>Bedarfsermittlung Wohnsituation</p>
<p>32. Was ist Ihnen wichtig an Ihrer Wohnsituation?  <input type="checkbox"/> Lage Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> Nähe zu meinen Kindern <input type="checkbox"/> Nähe zu (türkischen) Nachbarn <input type="checkbox"/> Nähe zu islamischen Organisationen  <input type="checkbox"/> Nähe der Einkaufsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> ÖPNV (Bushaltestellen)  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Was sollte bei pflegerischen Dienstleistungs-angeboten beachtet werden?</p>
<p>33. Denken Sie die Wohnsituation Ihres Angehörigen/Bekanntes ist für die Pflege geeignet?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Wie ist die aktuelle Wohnsituation für die Pflege?</p>

<p>Falls nein, was würden Sie ändern?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Konkrete Bedarfsermittlung: Was fehlt?</p>
<p>34. In welchem Stadtteil oder Straße wohnen Sie in Hückelhoven/Kreis Heinsberg?</p> <p>_____</p>	<p>Relevant für Sozialraum-Monitoring</p>
<p>35. Welche Wohnform würden Sie für Ihre Eltern/Bekanntes vorziehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Zu Hause wohnen bleiben</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrgenerationen-Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen mit Ambulantes Dienst</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen mit Ambulantes Dienst und Tagespflege</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren-WG mit Ambulantes Dienst</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnen mit Personen aus der gleichen Community</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung der Geschlechtertrennung</p>	<p>Welche pflegerischen Wohnformen oder Dienstleistungsangebote sind erwünscht?</p>
<p>36. Wussten Sie, dass es bei Pflegebedarf von der Pflegekasse Leistungen für altersgerechte Wohnraumgestaltung gibt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Welche Kenntnisse gibt es über Leistungen der Pflegekassen?</p>
<p>37. Stellen Sie sich vor, Ihre Wohnung/Haus oder die Wohnung Ihres Angehörigen ist für Ihre aktuelle Situation nicht mehr bewohnbar, an wen wenden Sie sich?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Was macht man bei ungünstiger Wohnsituation?</p>

## IV. Was sind Ihre Erwartungen an Pflege/Wohnen?

In wieweit sind die unteren Kriterien für das Wohnen/Leben im Alter **für Sie als Angehöriger** wichtig?

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| a. Gebetsstätte/Moschee in der Nähe                  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| b. Eine geschlechtlich getrennte Wohngemeinschaft    | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| c. Die Pflegekräfte sprechen meine Muttersprache     | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| d. Berücksichtigung von Ess- und Trinkgewohnheiten   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| e. Begleit- und Dolmetscherdienste                   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| f. Kulturspezifische Sterbe- und Beerdigungsvorsorge | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| g. Betreten des Wohnraums ohne Straßenschuhe         | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| h. Mit Menschen aus meinem Kulturkreis leben         | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| i. Wohncafé  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| j. Gebetsräume                                       | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| k. Besucherräume                                     | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| l. Nutzgarten  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| m. Anbindung Nachbarschaft (Einkaufen, Ärzte)        | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| n. Gemeinschaftsräume (für Feste, Veranstaltungen)   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |

- o. Eigenes Zimmer  Eher wichtig  Eher unwichtig
- p. Familiäre Nähe  Eher wichtig  Eher unwichtig
- q. Bleiben im gewohnten Umfeld  Eher wichtig  Eher unwichtig
- r. Begleitung durch Sozialarbeiter  Eher wichtig  Eher unwichtig
- s. Kontakt zu anderen Generationen  Eher wichtig  Eher unwichtig
- t. Einbindung der Angehörigen für die Pflege  Eher wichtig  Eher unwichtig
- u. Pflegestation in der Nähe Ihres Wohnumfeldes  Eher wichtig  Eher unwichtig
- v. Ich sollte möglichst von meinen Kinder gepflegt werden  Eher wichtig  Eher unwichtig
- w. Medizinisch-pflegerische Aufklärung/Beratung auf Türkisch  Eher wichtig  Eher unwichtig
- x. Die Pflege wird nur von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften erbracht  Eher wichtig  Eher unwichtig
- y. Die Pflege wird nur von muslimischen Pflegekräften erbracht  Eher wichtig  Eher unwichtig
- z. Berücksichtigung von spezifischen Feiertagen, Gebets- und Fastenzeiten  Eher wichtig  Eher unwichtig
- aa. Kooperation mit örtlichen Multiplikatoren (Kulturverein, Moscheeverein, Konsulat)  Eher wichtig  Eher unwichtig
- bb. Berücksichtigung kulturspezifischer Hygiene-gewohnheiten  Eher wichtig  Eher unwichtig
- cc. Ich möchte selbstverständliche und permanente Einsicht in die Pflegedokumentation und alle Unterlagen, die mich betreffen  Eher wichtig  Eher unwichtig
- dd. Ich möchte keine freiheitsentziehenden Maßnahmen und Medikamente, ohne dass mir (oder meinen Vertrauenspersonen) die Nutzen und Risiken genau erklärt werden  Eher wichtig  Eher unwichtig
- ee. Ich wünsche Schutz vor Folgen eines eventuell selbstgefährdendem Verhalten  Eher wichtig  Eher unwichtig
- ff. Ich möchte keine Medikamente und Behandlungen gegen meinen Willen und übernehme die Verantwortung für die Folgen meiner Gesundheit  Eher wichtig  Eher unwichtig
- gg. Ich wünsche eine ausreichende Schmerztherapie entsprechend meines Bedürfnisses und meiner Wünsche  Eher wichtig  Eher unwichtig
- hh. Ich wünsche schamrespektierende Pflege (von nicht mehr als einer Person durchgeführt mit Schutz vor anderen Blicken)  Eher wichtig  Eher unwichtig

## V. Soziale Beziehungen

<p>38. Haben Sie Geschwister?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wohnen Ihre Geschwister in der Nähe?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wohnen Ihre Eltern in der Nähe?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Wie ist die Lebenssituation in Deutschland?</p>
<p>39. Wie häufig sehen Sie Ihre Eltern/ Bekannten?  <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Wie sind die Beziehungen zu den Eltern?</p>
<p>40. Wenn Ihre Eltern Hilfe oder Beratung brauchen, sind Sie immer für sie erreichbar?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls nein, warum nicht?          _____</p>	<p>Beziehungen zu Kindern als Ressource?           Haut sich die Lebenssituation (wg. Beruf etc.) geändert?</p>
<p>41. Welche der folgenden Unterstützungsangebote sollten die Eltern den Kindern gegenüber leisten?  <input type="checkbox"/> Finanziell <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Haushalt <input type="checkbox"/> Gartenarbeit <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/Vertrauensperson  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Was sind die Erwartungen an die Eltern?           Werden die Senioren im Familienleben noch integriert?</p>
<p>42. Unterstützen Ihre Eltern Sie bei unterschiedlichen Bedarfen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie?  <input type="checkbox"/> Finanziell <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Haushaltsführung <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Hinweise auf Ressourcen von Senioren, sozialen Beziehungen, Gesundheitszustand</p>
<p>43. Wie haben Sie sich bisher über rechtliche, bürokratische oder berufliche Themen informiert?  <input type="checkbox"/> nie  <input type="checkbox"/> Anwalt  <input type="checkbox"/> Rathaus  <input type="checkbox"/> Organisationen  <input type="checkbox"/> Medien  <input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte  <input type="checkbox"/> Meine Kinder  <input type="checkbox"/> Internet  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Wie informiert man sich generell?           Über welche Wege sollte man die Zielgruppe über adäquate pflegerische Dienstleistungsangebote informieren?</p>

<p>44. Mit welcher Organisation (religiöse, kulturelle, sportliche) fühlen Sie sich verbunden? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Falls ja, wie häufig gehen Sie dort hin?</p> <p><input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrmals pro Monat <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Jahr <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Falls ja, warum gehen Sie in diese Organisation?</p> <p><input type="checkbox"/> Um an religiösen Veranstaltungen teilzunehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Meditation/Mystik/Spirituelle Transzendenzerfahrung (maneviyat)</p> <p><input type="checkbox"/> Um Freunde/Bekannte zu treffen <input type="checkbox"/> Um Menschen kennenzulernen</p> <p><input type="checkbox"/> Liegt in der Nähe meines Wohnorts <input type="checkbox"/> Um ehrenamtlich aktiv zu sein</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Wenn Sie ehrenamtlich oder freiwillig engagiert sind: Was tun Sie genau?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Gibt es Ressourcen?</p> <p>Wie sind die sozialen Kontakte in der muslimischen Community?</p> <p>Welche Angebote gibt es von Organisationen für ältere Muslime?</p> <p>Gibt es Möglichkeiten der Einbindung (z.B. Ehrenamtliche/ Multiplikatoren) für Dienstleistungsangebote?</p>
--	--

## VI. Allgemeine offene Fragen

<p>45. Wünschen Sie oder Ihre Familie sich eine zusätzliche Beratung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, zu welchen Themen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Bedarfsermittlung für Pflegeberatung</p> <p>Welche Beratung braucht man konkret? Wünsche, Bedürfnisse.</p>
<p>46. Möchten Sie uns noch etwas mit auf den Weg geben?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	