

AUSWERTUNG

Patientenbefragung 2020 Gesamtbericht

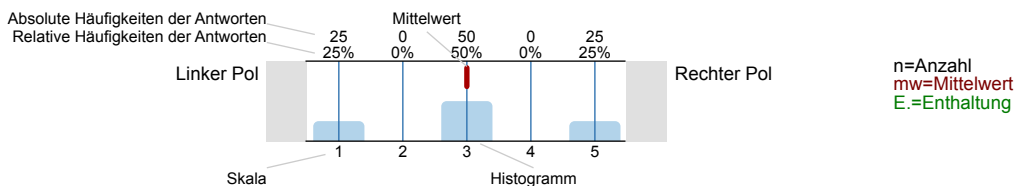
Auswertung Patientenbefragung 2020 - Gesamtbericht

Erfasste Fragebögen = 304

Auswertungsteil der geschlossenen Fragen

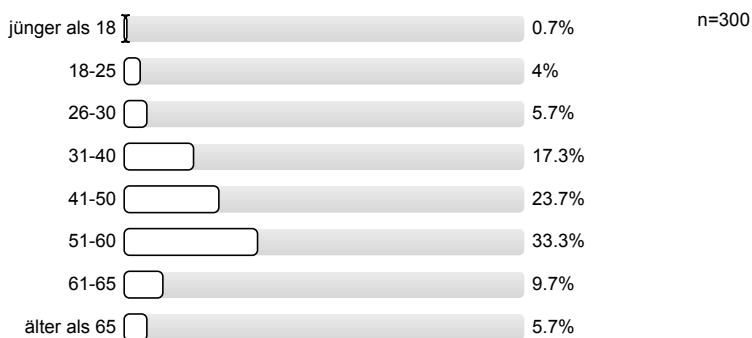
Legende

Frage**text**

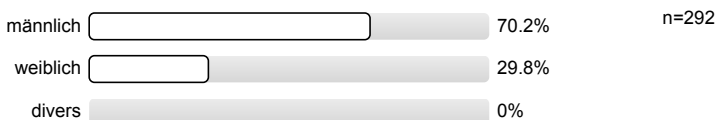


1. Allgemeine Angaben

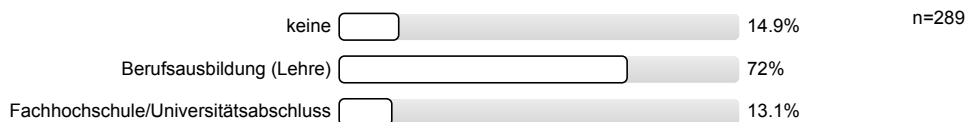
1.1) Altersgruppe



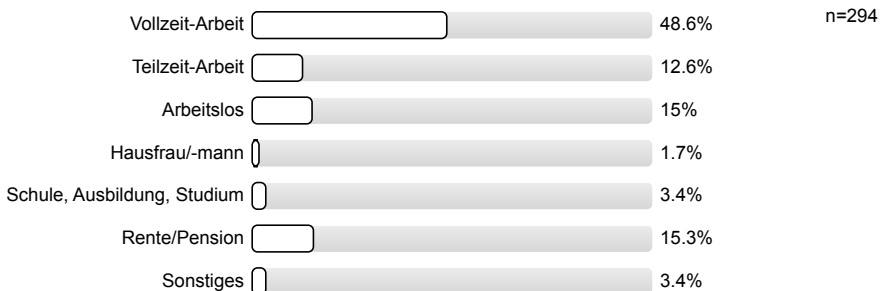
1.2) Geschlecht



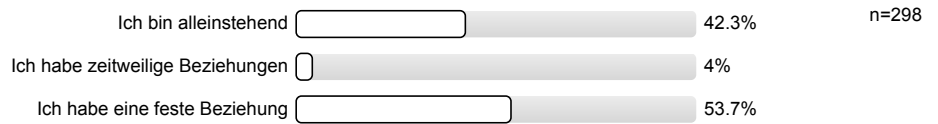
1.3) Ausbildung



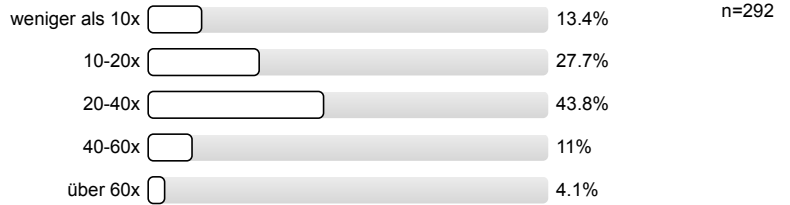
1.4) Beschäftigung



1.5) Partnerbeziehung

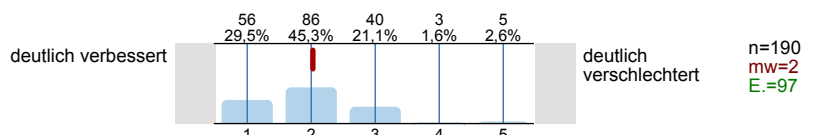


1.6) Wie oft hatten Sie in den letzten 6 Monaten Kontakt zur Fachstelle?

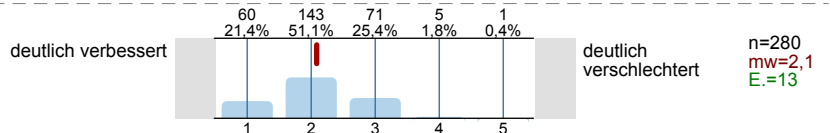


2. Lebenssituation

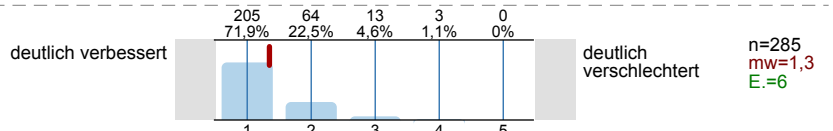
2.1) Beziehung zu meiner Partnerin/ meinem Partner



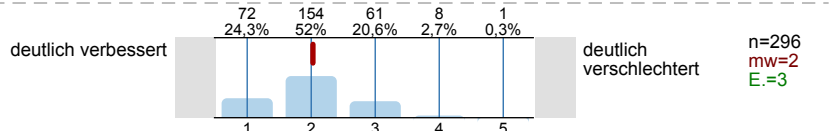
2.2) Beziehung zu sonstigen Nahestehenden



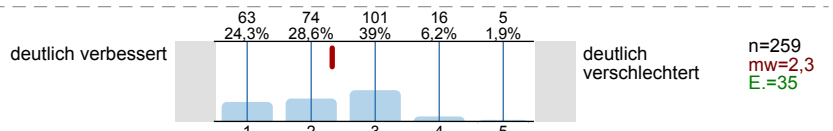
2.3) Suchtverhalten



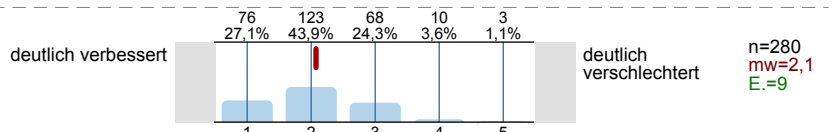
2.4) Freizeitgestaltung



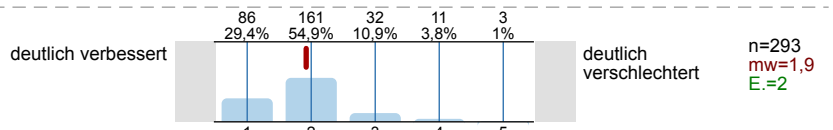
2.5) Arbeitssituation



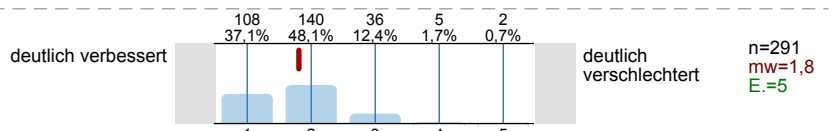
2.6) Körperliche Gesundheit



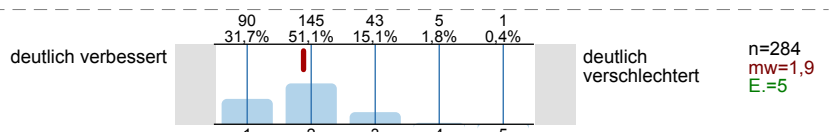
2.7) Psychische Befindlichkeit



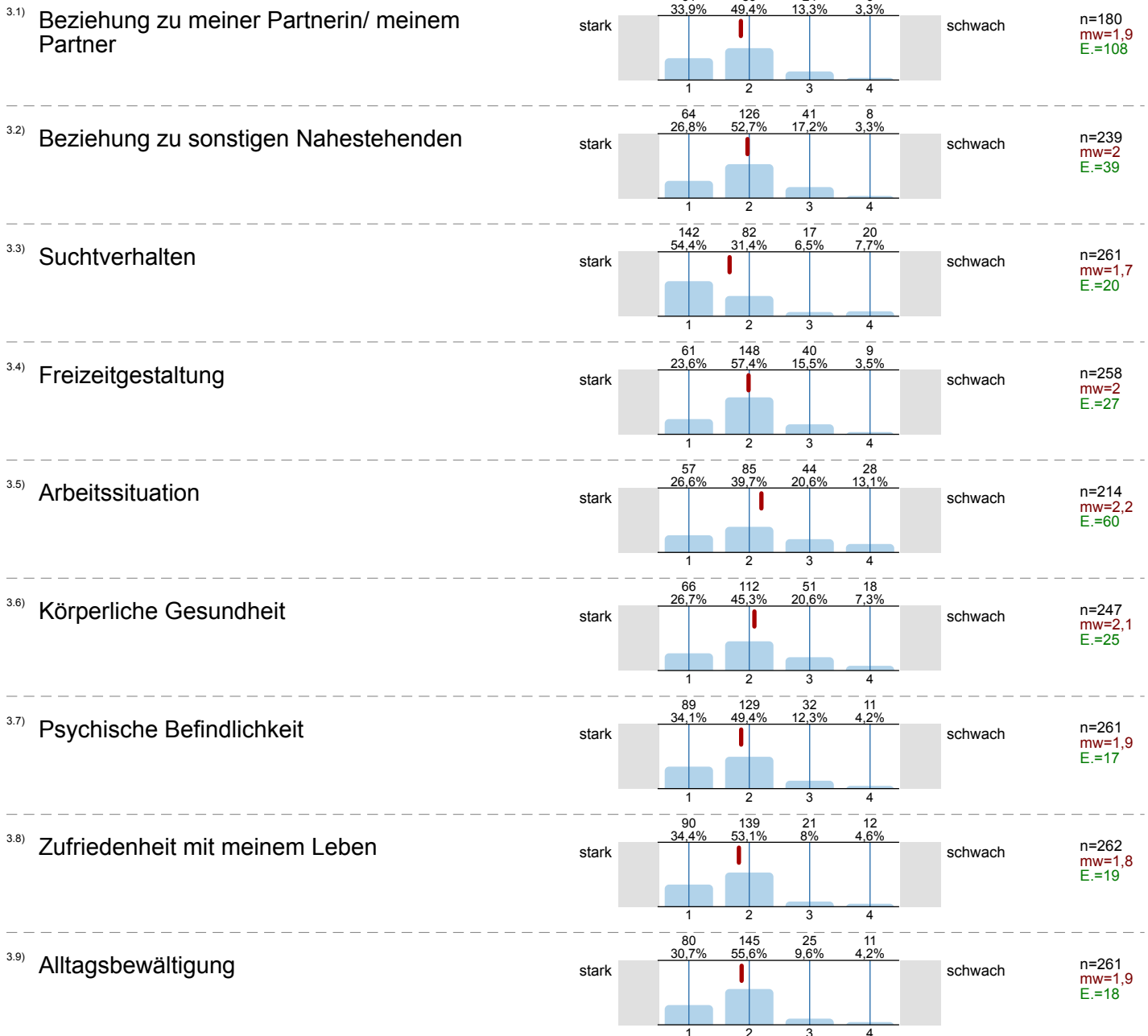
2.8) Zufriedenheit mit meinem Leben



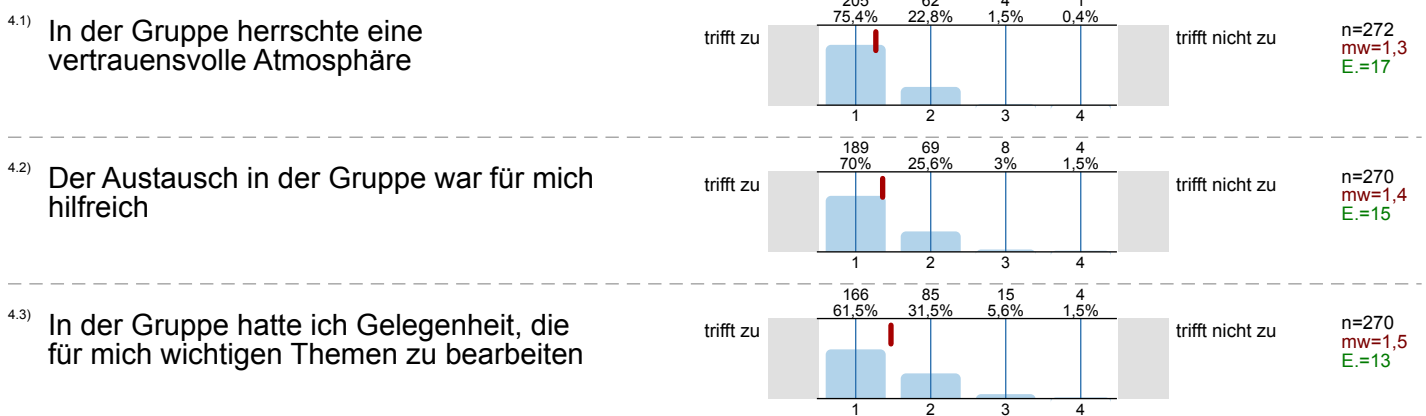
2.9) Alltagsbewältigung

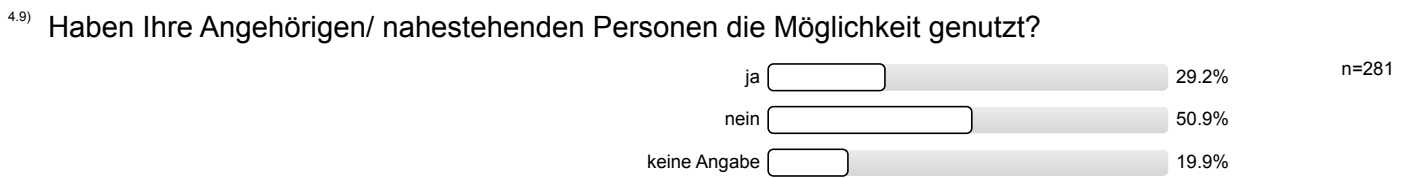
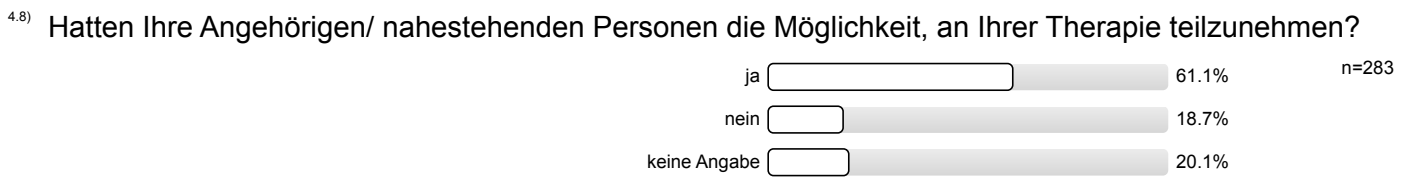
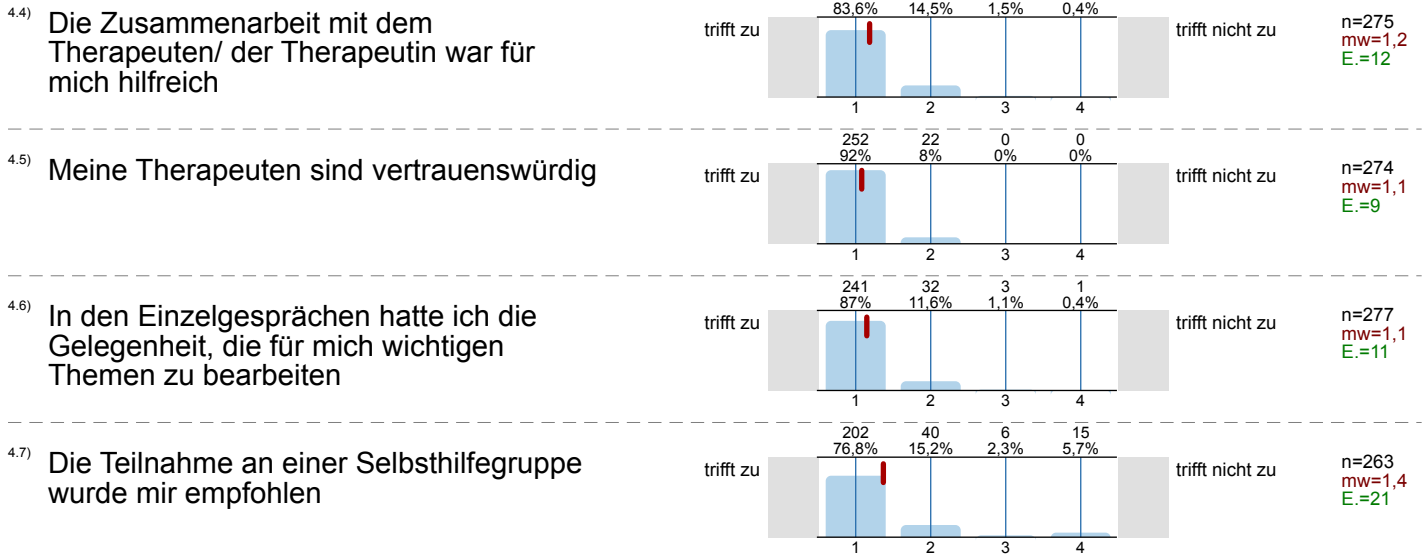


3. Therapie

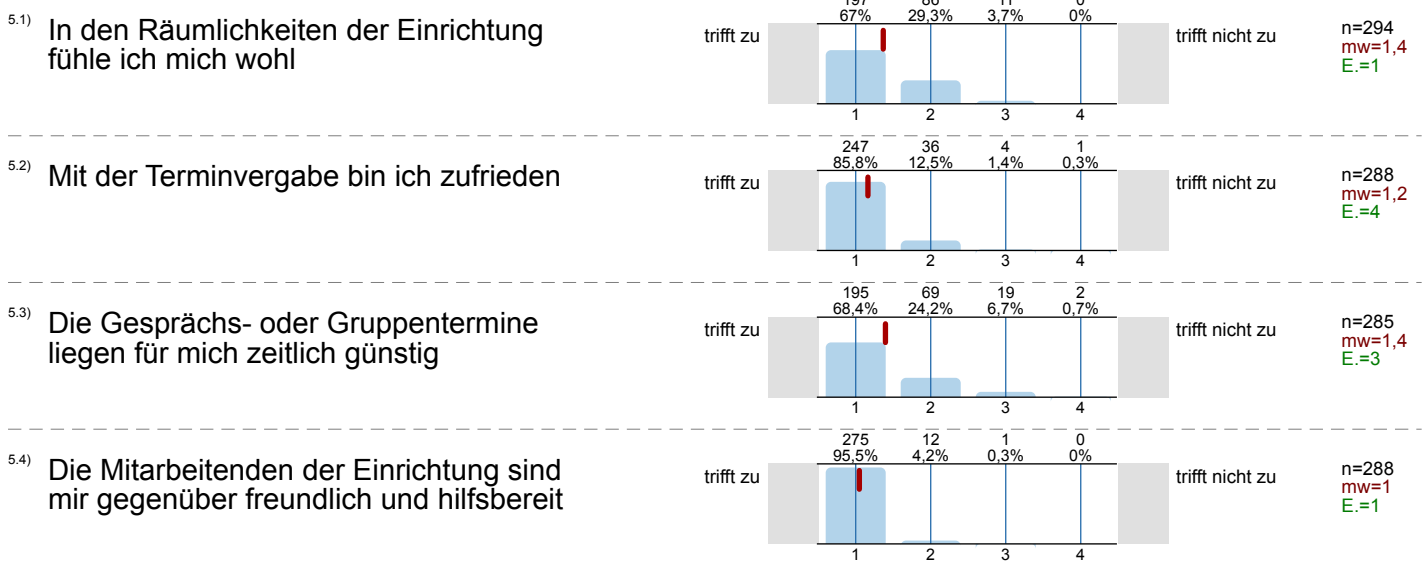


4. Therapeutisches Angebot

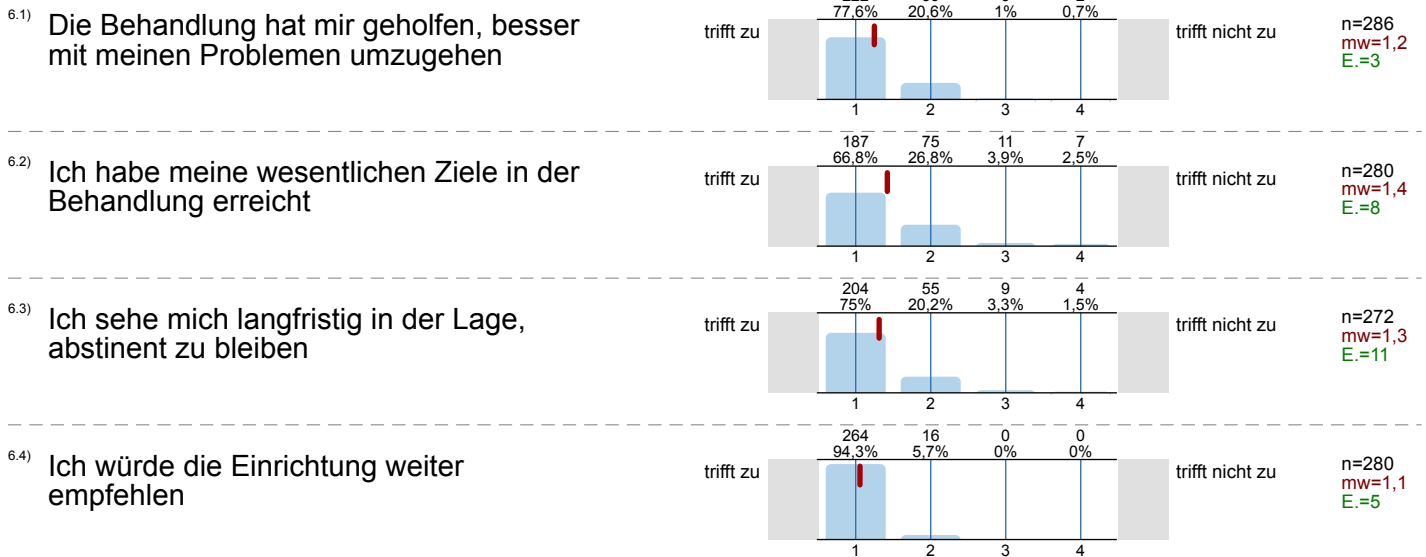




5. Äußerer Rahmen



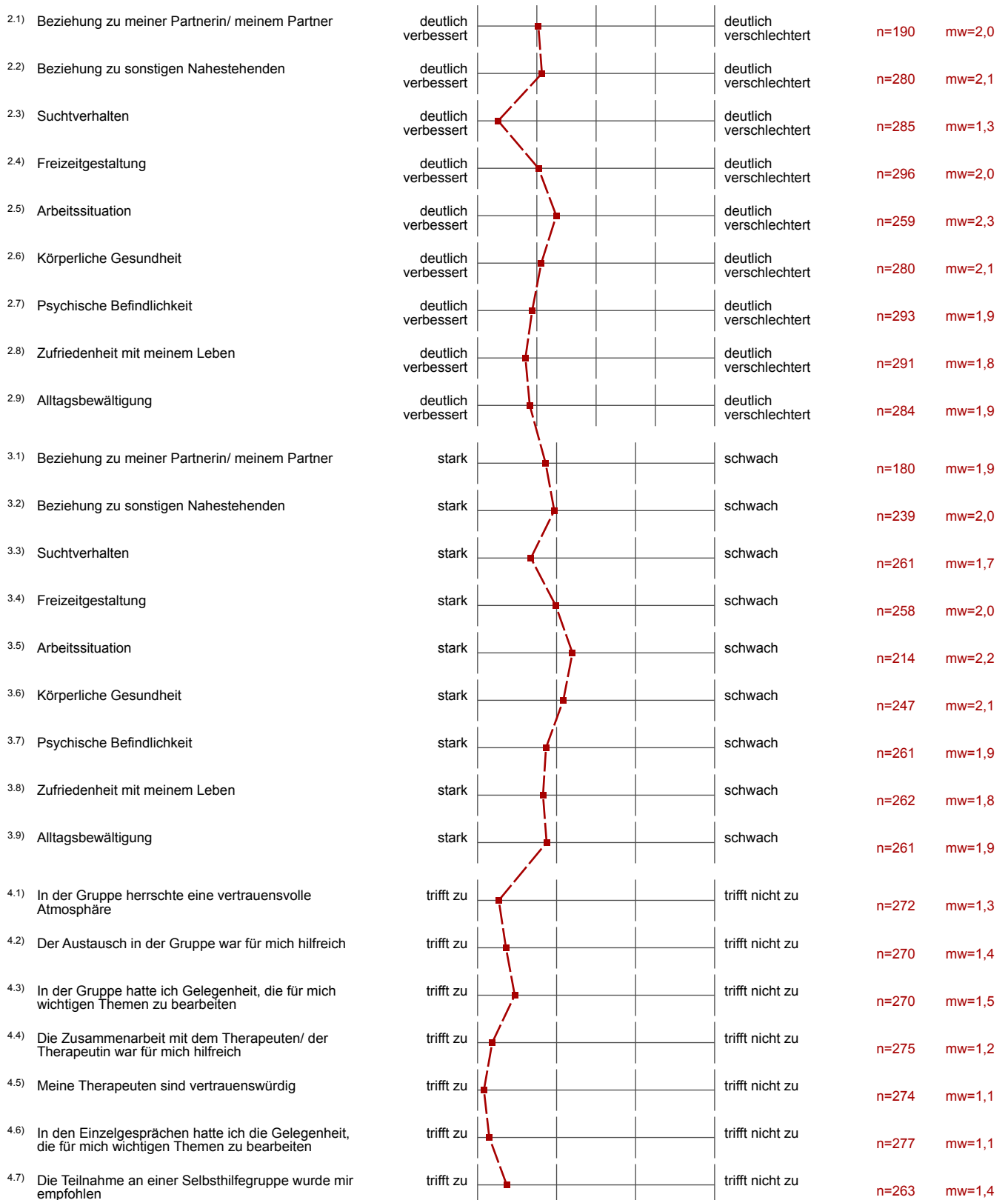
6. Gesamtbewertung

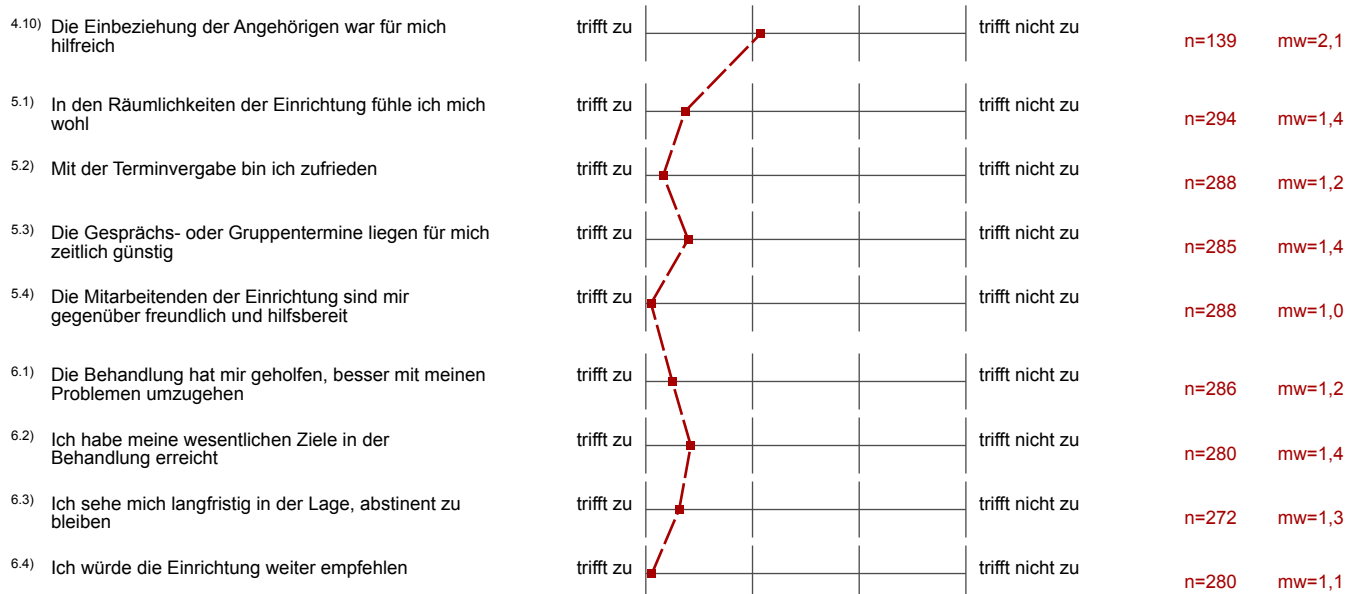


Profilinie

Zusammenstellung: Auswertung Patientenbefragung 2020 - Gesamtbericht

Verwendete Werte in der Profillinie: Mittelwert






Anhang

FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen wurde von den Mitgliedseinrichtungen des Qualitätsverbundes Suchthilfe der Diakonie entwickelt.



Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift.

Korrektur: Zur Korrektur bitte Kästchen schwärzen und neue Auswahl ankreuzen. (wie links abgebildet)

Hinweise zum Ausfüllen

Mit Hilfe Ihrer Angaben möchten wir die Qualität unseres Angebotes verbessern und bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Die Befragung und Auswertung erfolgt so, dass wir nicht herausfinden können, wer diesen Bogen ausgefüllt hat.

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Angaben an.

Im Zweifel wählen Sie bitte die Angabe, die am ehesten zutrifft. Manche Fragen mögen für Sie nicht zutreffen, dann kreuzen Sie bitte ab Seite 2 das Kästchen "keine Angabe" an.

Vielen Dank!

1. Allgemeine Angaben

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 Altersgruppe | <input type="checkbox"/> jünger als 18
<input type="checkbox"/> 31-40
<input type="checkbox"/> 61-65 | <input type="checkbox"/> 18-25
<input type="checkbox"/> 41-50
<input type="checkbox"/> älter als 65 | <input type="checkbox"/> 26-30
<input type="checkbox"/> 51-60 |
| 1.2 Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| 1.3 Ausbildung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung (Lehre) | <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universitätsabschluss |
| 1.4 Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Vollzeit-Arbeit
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann
<input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Teilzeit-Arbeit
<input type="checkbox"/> Schule, Ausbildung, Studium | <input type="checkbox"/> Arbeitslos
<input type="checkbox"/> Rente/Pension |
| 1.5 Partnerbeziehung | <input type="checkbox"/> Ich bin alleinstehend | <input type="checkbox"/> Ich habe zeitweilige Beziehungen | <input type="checkbox"/> Ich habe eine feste Beziehung |
| 1.6 Wie oft hatten Sie in den letzten 6 Monaten Kontakt zur Fachstelle? | <input type="checkbox"/> weniger als 10x
<input type="checkbox"/> 40-60x | <input type="checkbox"/> 10-20x
<input type="checkbox"/> über 60x | <input type="checkbox"/> 20-40x |



2. Lebenssituation

Wie hat sich Ihr Leben seit Beginn der Behandlung in Bezug auf die folgenden Bereiche verändert?

	<i>deutlich verbessert</i>	<i>verbessert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>deutlich verschlechtert</i>	<i>keine Angabe</i>
2.1 Beziehung zu meiner Partnerin/ meinem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Beziehung zu sonstigen Nahestehenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Psychische Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Zufriedenheit mit meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Therapie

Welchen Einfluss hatte die Therapie auf die Veränderungen Ihrer Lebenssituation?

	<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>eher schwach</i>	<i>schwach</i>	<i>keine Angabe</i>
3.1 Beziehung zu meiner Partnerin/ meinem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Beziehung zu sonstigen Nahestehenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Therapie [Fortsetzung]

	eher stark	eher schwach	stark	schwach	keine Angabe
3.3 Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Psychische Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Zufriedenheit mit meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Therapeutisches Angebot

	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
4.1 In der Gruppe herrschte eine vertrauensvolle Atmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Der Austausch in der Gruppe war für mich hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 In der Gruppe hatte ich Gelegenheit, die für mich wichtigen Themen zu bearbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten/ der Therapeutin war für mich hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Meine Therapeuten sind vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Therapeutisches Angebot [Fortsetzung]

	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
4.6 In den Einzelgesprächen hatte ich die Gelegenheit, die für mich wichtigen Themen zu bearbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wurde mir empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Hatten Ihre Angehörigen/ nahestehenden Personen die Möglichkeit, an Ihrer Therapie teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe
4.9 Haben Ihre Angehörigen/ nahestehenden Personen die Möglichkeit genutzt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe
	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
4.10 Die Einbeziehung der Angehörigen war für mich hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Äußerer Rahmen

5.1 In den Räumlichkeiten der Einrichtung fühle ich mich wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Mit der Terminvergabe bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die Gesprächs- oder Gruppentermine liegen für mich zeitlich günstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Die Mitarbeitenden der Einrichtung sind mir gegenüber freundlich und hilfsbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Gesamtbewertung

	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>keine Angabe</i>
6.1 Die Behandlung hat mir geholfen, besser mit meinen Problemen umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Ich habe meine wesentlichen Ziele in der Behandlung erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ich sehe mich langfristig in der Lage, abstinent zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Ich würde die Einrichtung weiter empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Mühe!

