

## Anonymer Fragebogen

- über die Zufriedenheit während der psychosozialen Betreuung in der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg -

Vom 01.10.2016 bis zum 31.01.2017 führen wir **eine Befragung zur Klientenzufriedenheit** durch. Es interessiert uns, in welcher Situation sich die Substituierten sehen. Wir möchten auch herausfinden, ob unser Angebot den Bedürfnissen entspricht.

### Persönliche Daten

<b>Geschlecht</b>	<b>Alter in Jahren</b>		
<b>weiblich</b> <input type="checkbox"/> <b>männlich</b> <input type="checkbox"/>	unter 20 <input type="checkbox"/>	30 bis 40 <input type="checkbox"/>	älter als 50 <input type="checkbox"/>
	20 bis 30 <input type="checkbox"/>	40 bis 50 <input type="checkbox"/>	

### Gesundheit

Fühlen Sie sich medizinisch gut versorgt?	++	+	0	-	--
Hatten Sie in den letzten drei Jahren einen Gesundheits-Check-up?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Fühlen Sie sich psychologisch gut versorgt?	++	+	0	-	--
Sind Sie in den letzten drei Jahren psychiatrisch untersucht worden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Fühlen Sie sich mit Ihrem Substitut als Heroinersatz ausreichend versorgt?	++	+	0	-	--
Beeinflusst das Substitut Ihr Sexualeben negativ?	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie zusätzlich	THC <input type="checkbox"/>	Alkohol <input type="checkbox"/>	Heroin <input type="checkbox"/>	Kokain <input type="checkbox"/>	GHB <input type="checkbox"/>
	Benzodiazepine <input type="checkbox"/>	Extasy <input type="checkbox"/>	Amphetamine <input type="checkbox"/>	Medamphetamine <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>
Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Substitutionsarzt / Ihrer Substitutionsärztin?	++	+	0	-	--
Ist Ihr Impfschutz aktuell?	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv?	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis B?	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis C?	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hep B / C positiv sind, haben Sie Interesse an einer Behandlung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	ich brauche mehr Infos <input type="checkbox"/>

### Substitution

Wie lange werden Sie insgesamt substituiert?	weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/>	5 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/>	10 bis 15 Jahre <input type="checkbox"/>	länger als 15 Jahre <input type="checkbox"/>	
Sie erhalten:	Methadon <input type="checkbox"/>	Polamidon <input type="checkbox"/>	Subutex <input type="checkbox"/>	Suboxone <input type="checkbox"/>	Substitol <input type="checkbox"/>	Anderer <input type="checkbox"/>
Sie werden substituiert in der Arztpraxis	Reinhold-Dünow <input type="checkbox"/>	Dr. Bering <input type="checkbox"/>	Dr. Kraft <input type="checkbox"/>	Khan <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>	möchte ich nicht beantworten <input type="checkbox"/>
Wie würden Sie die Arztpraxis insgesamt bewerten?	++	+	0	-	--	

### Partnerschaft & Familie

Haben Sie einen festen Partner / eine feste Partnerin?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, leben Sie zusammen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/>
Haben Sie leibliche Kinder / ein leibliches Kind?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, lebt das Kind / leben die Kinder bei Ihnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/>
Wenn Nein, sind Sie bemüht die Kinder wieder bei sich aufzunehmen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Würden Sie sich bei Schwierigkeiten in der Erziehung an die DROBS wenden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wie sind Ihre Erfahrungen in Erziehungsfragen mit der DROBS Wolfsburg?	++ + 0 - --

### Strafrechtliche Probleme

Waren Sie jemals inhaftiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Einmal <input type="checkbox"/>	2 bis 5 mal <input type="checkbox"/>	mehr als 5 mal <input type="checkbox"/>
Haben Sie Auflagen der Justiz (Bewährung / Führungsaufsicht etc.)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, wünschen Sie sich mehr Unterstützung durch die DROBS?	++ + 0 - --			
Haben Sie einen Bewährungshelfer / eine Bewährungshelferin?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

### Arbeit

Üben Sie eine bezahlte Tätigkeit aus?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, sind Sie zufrieden mit der Arbeit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben bzw. hatten Sie durch die Substitution Schwierigkeiten im Arbeitsalltag?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Mussten Sie wegen der Substitution ein Arbeitsangebot ablehnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Sie keiner Beschäftigung nachgehen, wünschen Sie Unterstützung bei der Aufnahme einer Tätigkeit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, was stellen Sie sich als realistisch vor?	
1€ Job <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Ehrenamt <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitsprojekt <input type="checkbox"/>	

### Finanzen

<i>Reichen Ihre finanziellen Mittel aus?</i>	<i>Haben Sie Schulden?</i>
++ + 0 - --	Nein <input type="checkbox"/> bis 10.000€ <input type="checkbox"/> mehr als 10.000€ <input type="checkbox"/>

### Wohnen

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?

++ + 0 - --

Könnten Sie sich vorstellen, in einer betreuten  
Gemeinschaft mit Substituierten zu leben?

Ja  Nein   
ich brauche mehr Infos

### Angebote der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Fühlen Sie sich in Ihrer Situation von der DROBS verstanden / angenommen?

++ + 0 - --

Wie zufrieden sind sie mit Ihrer Ansprechperson bei der DROBS WOB?

++ + 0 - --

Fühlen Sie sich in schwierigen Situationen gut aufgehoben?

++ + 0 - --

### Angebote der SonderBar

Besuchen Sie die SonderBar?

Ja  Nein

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot der Sonderbar?

++ + 0 - --

Was fehlt Ihnen im Angebot der Sonderbar? \_\_\_\_\_

### Worüber nicht gesprochen wird

Gingen / gehen Sie partnerschaftliche oder sexuelle Verhältnisse ein, um eines der folgenden Grundbedürfnisse sicher zu stellen:

- Schlafplatz / Wohnung Ja  Nein  möchte ich nicht beantworten
- Essen Ja  Nein  möchte ich nicht beantworten
- Drogen Ja  Nein  möchte ich nicht beantworten
- persönliche Sicherheit Ja  Nein  möchte ich nicht beantworten
- Anderes Ja  Nein  möchte ich nicht beantworten

### Eigene Meinung

Was sollte nach Ihrer Meinung in der psychosozialen Betreuung verbessert werden?

\_\_\_\_\_

Womit sind Sie in Ihrer psychosozialen Betreuung zufrieden?

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**