### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΔΟΜΩΝ ΚΗΦΗ

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της αξιολόγησης των Κοινωνικών Δομών που χρηματοδοτούνται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα της Περιφέρειας ………………………. 2014-2020.

Σκοπός της αξιολόγησης είναι η συλλογή πληροφοριών, στοιχείων και εκτιμήσεων σχετικά με μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με τη λειτουργία των Κέντρων Κοινότητας, των Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών (παντοπωλεία, φαρμακεία, συσσίτια), των Δομών Αστέγων, των Κέντρων Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΔΗΦ) και των Κέντρων Διημέρευσης και Ημερήσιας φροντίδας για άτομα με Αναπηρία (ΚΔΗΦ).

Παράλληλα, η αξιολόγηση στοχεύει στην καταγραφή προτάσεων και υποδείξεων που θα συμβάλλουν στη βελτίωση του σχεδιασμού και του τρόπου υλοποίησης των παρεμβάσεων στο μέλλον.

Το παρόν Ερωτηματολόγιο **συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο Δομής του ΚΗΦΗ** (νοσηλευτής/τρια ή άλλο στέλεχος της Δομής που έχει ορισθεί ως Υπεύθυνός της, με βάση τον Εσωτερικό κανονισμό Λειτουργίας ή απόφαση του αρμόδιου οργάνου του Δικαιούχου).

Σημειώνεται ότι για την απάντηση επιμέρους ερωτημάτων **ο Υπεύθυνος του ΚΗΦΗ**, όπου αυτό κατά την κρίση του είναι αναγκαίο, **δύναται να συμβουλευθεί τον Υπεύθυνο Έργου** της Πράξης που χρηματοδοτεί τη δομή.

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ονομασία δομής |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Δικαιούχος |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Δήμος που καλύπτεται από τη Δομή |  |

| Ονοματεπώνυμο συντάκτη (Υπεύθυνος Δομής) |  | Ειδικότητα |  | Τηλέφωνο |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E-mail |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**  |

| **Β1.** | Αναφέρατε το συνολικό αριθμό στελεχών (πλήρους ή μερικής απασχόλησης / με σύμβαση έργου) |
| --- | --- |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Αριθμός |
| Νοσηλευτής/τρια |  |
| Επιμελητής/ήτρια Πρόνοιας ή Κοινωνικός Φροντιστής |  |
| Απόφοιτος/η ΔΕ ή ΙΕΚ ή ΥΕ |  |
| Οδηγός |  |
| Βοηθητικό προσωπικό |  |
| Άλλη ειδικότητα … (περιγράψτε) |  |

| **Β2.** | Πόσο επαρκής θεωρείτε ότι είναι η στελέχωση της δομής; |
| --- | --- |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Πολύ επαρκής | Σχετικά επαρκής | Σχετικά ανεπαρκής | Ανεπαρκής |
| Ως προς τον αριθμό στελεχών; |  |  |  |  |
| Ως προς τη σύνθεση των ειδικοτήτων;  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Β3.** | Στην περίπτωση που στο προηγούμενο ερώτημα χαρακτηρίσατε τη στελέχωση της δομής ως “σχετικά ανεπαρκή” ή “ανεπαρκή” αναφέρατε τις ελλείψεις σε προσωπικό (αριθμός και σύνθεση) και περιγράψτε τις ανάγκες/προβλήματα που δεν καλύπτονται από την υφιστάμενη στελέχωση. |
|  |

| **Β4.** | Για την παρακολούθηση των ωφελουμένων ποια από τα παρακάτω στοιχεία τηρούνται; |
| --- | --- |

|  |  |
| --- | --- |
| Δημογραφικά στοιχεία αιτούντων συνδρομή (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κτλ) |  |
| Δημογραφικά στοιχεία ωφελουμένων (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κτλ) |  |
| Κοινωνικά χαρακτηριστικά ωφελουμένων (στοιχεία ένταξης σε ευάλωτη ή ειδική κοινωνική ομάδα του πληθυσμού) |  |
| Άλλα ………………(αναφέρατε) |  |

| **Β5.** | Τα τηρούμενα στοιχεία είναι επαρκή και βοηθητικά για την παραγωγή των αναφορών της δομής (π.χ. των Μηνιαίων Εκθέσεων πεπραγμένων) και την ενημέρωση του ΟΠΣ; | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

|  |  |
| --- | --- |
| **Β6.** | Στην περίπτωση που η απάντησή σας είναι αρνητική στο προηγούμενο ερώτημα αναφέρατε συνοπτικά τα προβλήματα και διατυπώστε προτάσεις αντιμετώπισής τους |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ – ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Γ1.** | Αναφέρατε τη δυναμικότητα (μέγιστη) της δομής |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ2.** | Ποιος ο συνολικός αριθμός των ωφελουμένων που φιλοξενήθηκαν στη διάρκεια του έτους; | 2017 |  | 2018 |  | 2019 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ3.** | Ποιος είναι ο αριθμός τους ανά κατηγορία αυτοεξυπηρέτησης;[[1]](#footnote-1) | Πλήρως αυτοεξυπηρετούμενοι |  | Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενοι |  | Μη αυτοεξυπηρετούμενοι |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ4.** | Ποιος είναι ο αριθμός τους ως προς το ασφαλιστικό τους καθεστώς; | Ασφαλισμένος |  | Ανασφάλιστος  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ5.** | Σε σχέση με ότι είχε σχεδιασθεί αρχικά, κατά την έγκριση χρηματοδότησης του ΚΗΦΗ, πόσοι είναι οι φιλοξενούμενοι; | Περισσότεροι |  | Λιγότεροι |  | Το ίδιο μέγεθος |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ6.** | Εάν από την προηγούμενη ερώτηση προκύπτει ότι υπάρχουν αποκλίσεις σε ποιους παράγοντες αυτές οφείλονται;  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ7.** | Πόσο συχνά αναπτύσσονται / προσφέρονται οι παρακάτω υπηρεσίες στους ωφελούμενους;  |

|  | Καθημερινά | Σε εβδομαδιαία βάση | Σε μηνιαία βάση | Κατά περίπτωση / όποτε απαιτηθεί | Δεν παρέχονται |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Δράσεις δημιουργικής απασχόλησης (χειροτεχνία, ζωγραφική, μαγειρική, παιχνίδια μνήμης κοκ.) |  |  |  |  |  |
| Δράσεις ψυχαγωγίας (εκδρομές, περίπατοι, συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες, κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις κοκ.) |  |  |  |  |  |
| Δράσεις εκπαίδευσης κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων (εργαστήρια, αυτοεξυπηρέτηση, ατομική υγιεινή κλπ.) |  |  |  |  |  |
| Πρωινό |  |  |  |  |  |
| Γεύμα |  |  |  |  |  |
| Εργοθεραπείες / φυσικοθεραπείες |  |  |  |  |  |
| Νοσηλευτική φροντίδα (παρακολούθηση λήψης φαρμάκων, ενεσοθεραπεία, μέτρηση πίεσης, σακχάρου κλπ.) |  |  |  |  |  |
| Ιατρική επίσκεψη / εξέταση, συνταγογράφηση φαρμάκων |  |  |  |  |  |
| Κάλυψη εξωτερικών υποχρεώσεων ωφελουμένων (δημόσιες/δημοτικές υπηρεσίες, εξόφληση λογαριασμών κ.α.) |  |  |  |  |  |
| Παρακολούθηση και υποστήριξη από ψυχολόγο |  |  |  |  |  |
| Μεταφορά από και προς το σπίτι |  |  |  |  |  |
| Εκπαίδευση συγγενών σε θέματα φροντίδας & στήριξης των ωφελουμένων |  |  |  |  |  |
| Άλλη υπηρεσία………………(αναφέρατε) |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ8.** | Αναφέρατε τα τρία σημαντικότερα προβλήματα (πέραν της επάρκειας στελέχωσης του Κέντρου) που επηρεάζουν την ποιότητα και ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών |

|  |
| --- |
| 1. ………………………………………….. |
| 2. ………………………………………….. |
| 3. ………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ9.** | Εντοπίζονται καθυστερήσεις στην πρόοδο υλοποίησης του οικονομικού αντικειμένου της Πράξης; | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ10.** | Εάν ΝΑΙ αναφέρατε συνοπτικά τα τρία (3) σημαντικότερα προβλήματα που επηρεάζουν την απορρόφηση των πόρων της Πράξης |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **………………………………** |
| 2 | **………………………………** |
| 3 | **………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ11.** | Για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας, την προφύλαξη των ωφελουμένων και την απρόσκοπτη και ασφαλή συνέχιση της παροχής των υπηρεσιών προς αυτούς ποια μέτρα έχετε λάβει; |

|  |  |
| --- | --- |
| Λήψη έκτακτων μέτρων ιατρικής παρακολούθησης ωφελουμένων |  |
| Λήψη πρόσθετων μέτρων καθαριότητας και απολύμανση των χώρων |  |
| Εφαρμογή πρόσθετων μέτρων ατομικής υγιεινής ωφελουμένων και χρήση μέσων προστασίας τους (απολύμανση χεριών, χρήση μάσκας κλπ.) |  |
| Εφαρμογή πρόσθετων μέτρων υγιεινής και προφύλαξης προσωπικού (απολύμανση χεριών, ιματισμού, χρήση γαντιών και μάσκας κοκ.) |  |
| Έλεγχος επισκεπτηρίου / εφαρμογή μέτρων προφύλαξης (περιορισμός επισκέψεων, υιοθέτηση ειδικών αδειών επίσκεψης, απολύμανση χεριών και χρήση μάσκας από τους επισκέπτες) |  |
| Άλλο μέτρο ……………………..(αναφέρατε) |  |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ – «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΤΥΩΣΗ» & ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ1.** | Με ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες/φορείς ή δομές της περιοχής σας: (α) υπήρχε πρόβλεψη συνεργασίας στο σχέδιο δικτύωσης της δομής και (β) υλοποιήθηκαν οι δράσεις συνεργασίας σύμφωνα με το σχέδιο δικτύωσης της δομής;*(Συμπληρώνεται με Χ ό,τι ισχύει*) |

|  | Υπήρχε πρόβλεψη συνεργασίας στο Σχέδιο Δικτύωσης | Υλοποιήθηκαν δράσεις συνεργασίας σύμφωνα με το Σχέδιο Δικτύωσης  |
| --- | --- | --- |
| Κοινωνικές Υπηρεσίες του Δήμου και της Περιφέρειας |  |  |
| Κέντρο Κοινότητας |  |  |
| Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφερειών και Παραρτήματα αυτών (δομές κλειστού και ανοικτού τύπου) |  |  |
| ΚΑΠΗ / ΚΔΗΦ της Περιφερειακής Ενότητας ή της Περιφέρειας |  |  |
| Άλλα ΚΗΦΗ της Περιφερειακής Ενότητας ή της Περιφέρειας |  |  |
| Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης |  |  |
| Άλλες δομές παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ) |  |  |
| Εκπαιδευτικά ιδρύματα όλων των βαθμίδων με εστίαση στην ειδική αγωγή |  |  |
| Πνευματικά Κέντρα / Πολιτιστικοί σύλλογοι κλπ |  |  |
| Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, ΚοιΣΠΕ |  |  |
| Νοσοκομεία |  |  |
| Μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας (ΤΟΜΥ, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κλπ) |  |  |
| Εκκλησιαστικά ιδρύματα |  |  |
| Άλλη κατηγορία (αναφέρατε……) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ2.** | Αναφέρατε δράσεις που υλοποιήθηκαν ή υλοποιούνται κατόπιν συνεργασίας με άλλο φορέα/υπηρεσία στο πλαίσιο της δικτύωσης της Δομής, καθώς και τον σχετικό φορέα / υπηρεσία.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Δράση** | **Φορέας** |
| 1 | **.............................** | **.............................** |
| 2 | **.............................** | **.............................** |
| 3 | **.............................** | **.............................** |
| 4 | **.............................** | **.............................** |
| 5 | **.............................** | **.............................** |
| 6 | **.............................** | **.............................** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ3.** | Με ποιες/ους από τις/τους παραπάνω υπηρεσίες/φορείς είχατε συχνότερη και πιο ουσιαστική συνεργασία;*(Καταγράψτε/αριθμήστε με βάση τη συχνότητα/σημαντικότητα της συνεργασίας)* |
| 1 | **………………………………** |
| 2 | **………………………………** |
| 3 | **………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ4.** | Τι ποσοστό (%) των ωφελουμένων, κατά μέσο όρο σε ετήσια βάση, παραπέμφθηκε; |
| από τη Δομή στο Κέντρο Κοινότητας για να λάβουν υπηρεσίες που χρειάζονταν |  |
| από το Κέντρο Κοινότητας στη Δομή |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Δ5.** | Έχουν διοργανωθεί δράσεις δημοσιότητας από τη Δομή (εκδηλώσεις, ημερίδες κλπ.); | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

| **Δ6.** | Εάν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα, αναφέρατε τις τρεις κυριότερες δράσεις | 1. …………………………………………………………………………………….. |
| --- | --- | --- |
| 2. …………………………………………………………………………………….. |
| 3. …………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου | \_ \_ /\_ \_ /2020 |

***Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή***

***Για απορίες και υποστήριξη στη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου μπορείτε να επικοινωνείτε με τον κ. ………… στο τηλ. …………………***

*--------* ***Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία και τις παρατηρήσεις σας*** *-------*

1. *σύμφωνα με τις σχετικές ιατρικές γνωματεύσεις που υποβλήθηκαν από τους ωφελούμενους* [↑](#footnote-ref-1)