Ankieta oceny satysfakcji pacjentów hospitalizowanych

Wzór dokumentu przeznaczonego do systematycznej oceny poziomu zadowolenia pacjentów hospitalizowanych z udzielanych świadczeń medycznych.

# ANKIETA PACJENTA

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie swoich uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu. Dziękujemy.

|  |
| --- |
| **Pytania ogólne** |
| **1. Rodzaj leczenia:** |
| *Hospitalizacja w ramach:*  |
| [ ]  | chirurgii |
| [ ]  | onkologii |
| [ ]  | radioterapii |
| [ ]  | chemioterapii |
| *Hospitalizacja jednego dnia w ramach* |
| [ ]  | chirurgii |
| [ ]  | onkologii |
| [ ]  | radioterapii |
| [ ]  | chemioterapii |
| **2. Klinika/Oddział (jeżeli Pani/Pan nie wie, prosimy o podanie jednostki chorobowej/rozpoznanie):** |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |
| [ ]  | jednostka chorobowa/rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………. |
| **3. Pobyt**  |
| [ ]  | pierwszorazowy |
| [ ]  | kolejny |
|  | wskaż ogólną liczbę hospitalizacji/hospitalizacji jednego dnia w Klinice/Oddziale: ……………………………………………………………………………………………. |
| **4. Ile czasu minęło od skierowania na Oddział/do Kliniki do przyjęcia Pani/Pana do szpitala?** |
| [ ]  | do 1 tygodnia |
| [ ]  | powyżej 1 tygodnia do 2 tygodni |
| [ ]  | powyżej 2 tygodni do 1 miesiąca |
| [ ]  | powyżej 2 miesiąca do 2 miesięcy |
| [ ]  | powyżej 2 miesięcy |
|  |  |
| **5. Czy korzystała Pani/korzystał Pan z dedykowanej pacjentom chorym onkologicznie „informacji onkologicznej”?** |
| [ ]  | tak |
| [ ]  | nie |
| *Jeśli „tak” - jak ocenia Pani/Pan działanie „infolinii onkologicznej”?* |
| [ ]  | zdecydowanie nieprzydatna, niepomocna |
| [ ]  | raczej nieprzydatna |
| [ ]  | trudno ocenić jej przydatność |
| [ ]  | raczej przydatna |
| [ ]  | zdecydowanie przydatna, pomocna |
| **I. Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia** |
| **1. Proszę ocenić Izbę Przyjęć:** |
| *Jak Pani/Pan ocenia czas załatwienia formalności na Izbie Przyjęć?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo źle | źle | przeciętnie | dobrze | bardzo dobrze |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Jak Pani/Pan ocenia jakość obsługi na Izbie Przyjęć?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. Proszę ocenić Pani/Pana pobyt w szpitalu, w tym infrastrukturę i organizację leczenia:** |
| *Jakość posiłków:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Czystość Pani/Pana sali:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostępność do łazienki z toaletą:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Czystość łazienek i toalet:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niskie | niskie | przeciętne | wysokie | bardzo wysokie |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostępność do lekarza dyżurującego, w czasie nieobecności lekarza prowadzącego:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostęp do wsparcia ze strony specjalistów:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
|  | bardzo niski | niski | przeciętny | wysoki | bardzo wysoki |
| psychoonkologa | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| dietetyka klinicznego | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| fizjoterapeuty | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| pracownika socjalnego | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na Pani/Pana wezwania:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostęp do parkingu:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie korzystałam/em z parkingu |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Poruszanie się po szpitalu, oznaczenie zakładów, poradni, Klinik/Oddziałów:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Organizacja Klinik/Oddziałów, zakładów w kontekście zabiegów* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
|  | bardzo niski | niski | przeciętny | wysoki | bardzo wysoki |
| oczekiwanie na podanie chemioterapii | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| badania diagnostyczne | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| radioterapii | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| wizyty u psychologa | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| **II. Ocena opieki medycznej:** |
| **1. Proszę ocenić opiekę medyczną:** |
| *Jak Pani/Pan ocenia jakość opieki lekarskiej podczas hospitalizacji?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem lekarze w Klinice/na Oddziale byli:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| zaangażowani | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| uprzejmi/ życzliwi | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| empatyczni | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Zainteresowanie i gotowość lekarza prowadzącego do odpowiadania na pytania dotyczące stanu Pani/Pana zdrowia:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Jak Pani/Pana zdaniem lekarz prowadzący reagował na zadawane przez Panią/Pana pytania?:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| niecierpliwił się | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| odpowiadał na pytania | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| pospieszał | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| uważnie słuchał | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zachęcał do zadawania pytań | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *W jakim stopniu informacje przekazane przez lekarza prowadzącego były dla Pani/Pana zdaniem?:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| wyczerpujące | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zrozumiałe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| przystępne | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostępność do lekarza prowadzącego:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Prosimy wpisać ewentualne uwagi:* |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| *W jakim stopniu personel pielęgniarski Pani/Pana zdaniem był?:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| zaangażowany | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| uprzejmy/ życzliwy | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| empatyczny | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Zakres informacji przekazanych Pani/Panu przez personel pielęgniarski na temat sposobu przygotowania się do badań i zabiegów:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niski | niski | przeciętny | wysoki | bardzo wysoki |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *W jakim stopniu informacje przekazane przez personel pielęgniarski po wykonanych zabiegach były Pani/Pana zdaniem?:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| wyczerpujące | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zrozumiałe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| przystępne | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Dbałość o zachowanie Pani/Pana poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Jak Pani/Pan ocenia w trakcie zabiegów pielęgniarskich poziom?:* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania |
|  | wcale | mało | średnio | bardzo |
| Pani/Pana poczucia bezpieczeństwa | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| przygotowania pacjenta przez personel pielęgniarski do zabiegu | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| sprawności wykonywania zabiegu przez personel | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| reagowania przez personel pielęgniarski na zgłoszone potrzeby/problemy | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Gotowość personelu medycznego do niesienia pomocy, gdy zgłaszał/a Pani/Pan dolegliwości bólowe:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania  |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| *Czy uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczany pacjentom onkologicznym do koordynowania opieki w trakcie trwania leczenia?:* |
| [ ]  | tak |
| [ ]  | nie |
|  |
| *Czy zapewniono możliwość towarzyszenia osoby najbliższej podczas rozmowy /konsylium/ badania:* |
| [ ]  | tak |
| [ ]  | nie |
| [ ]  | nie było takiej potrzeby |
|  |
| *Prosimy wpisać ewentualne uwagi:* |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **III. Ocena zakresu informacji przekazanych Państwu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia** |
| **1. Proszę ocenić zakres informacji przekazywanych Pani/Panu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia:** |
| *Dostępność do rozmów z lekarzami różnych specjalności (w tym w ramach konsylium):* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Przekazana została zrozumiała informacja o badaniach jakie powinny być wykonane:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Przekazana informacja o możliwym postępie choroby była zrozumiała:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Podany mi został jasno stopień choroby (np. stopień 1-4):* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Informacje o planie leczenia były dla Pani/Pana wystarczające:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Przekazano wyczerpującą informację o możliwych terapiach:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Przekazano jasne informacje o możliwych ubocznych efektach terapii:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Przedstawione zostały przewidywane konkretne oczekiwane wyniki terapii:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Byliście Państwo na bieżąco informowani o zmianach w planie leczenia onkologicznego?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Dostaliście Państwo od personelu medycznego informacje na temat dalszego postępowania po opuszczeniu placówki onkologicznej?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Jak ocenia Pani/Pan poziom wsparcia emocjonalnego udzielonego członkom Pani/Pana rodziny (lub opiekunom)?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Jak ocenia Pani/Pan dostęp do dokumentacji medycznej?:* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo nisko | nisko | przeciętnie | wysoko | bardzo wysoko |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| **IV. Podsumowanie** |
| *Czy w razie potrzeby pomocy onkologicznej poleciłaby Pani/poleciłby Pan Klinikę/Oddział swojej rodzinie/znajomym?:* |
| [ ]  | tak |
| [ ]  | nie |
| [ ]  | nie mam zdania |
|  |
| *Czy w Pani/Pan opinii należy poprawić pewne aspekty naszej pracy?:* |
| [ ]  | tak (jakie? Zwracamy się z prośbą o wskazanie i opisanie sytuacji) |
|  | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| [ ]  | nie |
| [ ]  | trudno powiedzieć |
| *Czy spotkała się Pani/spotkał się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel?:* |
| [ ]  | tak (proszę opisać sytuację) |
|  | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| [ ]  | nie |
| *Prosimy wpisać uwagi na temat pobytu w Klinice/Oddziale, które nie zostały ujęte w ankiecie:* |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| **V. Informacje dodatkowe** |
| *Wiek:* |
| [ ]  | 18-24 |
| [ ]  | 25-44 |
| [ ]  | 45-64 |
| [ ]  | 65 i więcej |
|  |
| *Płeć:* |
| [ ]  | kobieta |
| [ ]  | mężczyzna |
|  |
| *Miejsce zamieszkania:* |
| [ ]  | wieś |
| [ ]  | miasto do 50 tys. |
| [ ]  | miasto od 50 tys. do 150 tys. |
| [ ]  | miasto od 150 tys. do 500 tys. |
| [ ]  | miasto powyżej 500 tys. |

