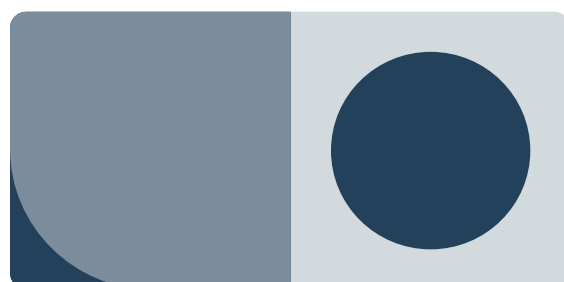


Ankieta oceny satysfakcji pacjentów hospitalizowanych

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:	
<i>Hospitalizacja w ramach:</i>	
☐	chirurgii
☐	onkologii
☐	radioterapii
☐	chemioterapii
<i>Hospitalizacja jednego dnia w ramach</i>	
☐	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 miesięcy do 2 miesięcy
☐	powyżej 2 miesięcy
5. Czy korzystała Pani/korzystał Pan z dedykowanej pacjentom chorym onkologicznie „informacji onkologicznej”?	
☐	tak
☐	nie
<i>Jeśli „tak” - jak ocenia Pani/Pan działanie „infolinii onkologicznej”?</i>	
☐	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 bardzo źle ☐	2 źle ☐	3 przeciętnie ☐	4 dobrze ☐	5 bardzo dobrze ☐	nie mam zdania ☐
---	--------------------------------------	--	---	--	---

Jak Pani/Pan ocenia jakość obsługi na Izbie Przyjęć?:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

2. Proszę ocenić Pani/Pana pobyt w szpitalu, w tym infrastrukturę i organizację leczenia:

Jakość posiłków:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

Czystość Pani/Pana sali:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

Dostępność do łazienki z toaletą:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

Czystość łazienek i toalet:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu:

1 bardzo niskie ☐	2 niskie ☐	3 przeciętne ☐	4 wysokie ☐	5 bardzo wysokie ☐	nie mam zdania ☐
--	---	---	--	---	---

Dostępność do lekarza dyżurującego, w czasie nieobecności lekarza prowadzącego:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

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 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	--

Dostęp do parkingu:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie korzystałam/em z parkingu ☐
---	--	---	---	--	---

Poruszanie się po szpitalu, oznaczenie zakładów, poradni, Klinik/Oddziałów:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	--

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 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	---

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 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

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 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

Prosimy wpisać ewentualne uwagi:

W jakim stopniu personel pielęgniarski Pani/Pana zdaniem był?:

	1 wcale	2 mało	3 średnio	4 bardzo	nie mam zdania
zaangażowany	☐	☐	☐	☐	☐
uprzejmy/ życzliwy	☐	☐	☐	☐	☐
empatyczny	☐	☐	☐	☐	☐

Zakres informacji przekazanych Pani/Panu przez personel pielęgniarski na temat sposobu przygotowania się do badań i zabiegów:

1 bardzo niski ☐	2 niski ☐	3 przeciętny ☐	4 wysoki ☐	5 bardzo wysoki ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	---

W jakim stopniu informacje przekazane przez personel pielęgniarski po wykonanych zabiegach były Pani/Pana zdaniem?:

	1 wcale	2 mało	3 średnio	4 bardzo	nie mam zdania
wyczerpujące	☐	☐	☐	☐	☐
zrozumiałe	☐	☐	☐	☐	☐
przystępne	☐	☐	☐	☐	☐

Dbłość o zachowanie Pani/Pana poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań:

1 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	---	---

Jak Pani/Pan ocenia w trakcie zabiegów pielęgniarstwa poziom?:

	1	2	3	4	nie mam zdania
	wcale	mało	średnio	bardzo	
Pani/Pana poczucia bezpieczeństwa	☐	☐	☐	☐	☐
przygotowania pacjenta przez personel pielęgniarstwa do zabiegu	☐	☐	☐	☐	☐
sprawności wykonywania zabiegu przez personel	☐	☐	☐	☐	☐
reagowania przez personel pielęgniarstwa 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 bardzo niska ☐	2 niska ☐	3 przeciętna ☐	4 wysoka ☐	5 bardzo wysoka ☐	nie mam zdania ☐
---	--	---	---	--	--

Przekazana została zrozumiała informacja o badaniach jakie powinny być wykonane:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Przekazana informacja o możliwym postępie choroby była zrozumiała:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Podany mi został jasno stopień choroby (np. stopień 1-4):

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Informacje o planie leczenia były dla Pani/Pana wystarczające:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Przekazano wyczerpującą informację o możliwych terapiach:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Przekazano jasne informacje o możliwych ubocznych efektach terapii:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Przedstawione zostały przewidywane konkretne oczekiwane wyniki terapii:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Byliście Państwo na bieżąco informowani o zmianach w planie leczenia onkologicznego?:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Dostaliście Państwo od personelu medycznego informacje na temat dalszego postępowania po opuszczeniu placówki onkologicznej?:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Jak ocenia Pani/Pan poziom wsparcia emocjonalnego udzielonego członkom Pani/Pana rodziny (lub opiekunom)?:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

Jak ocenia Pani/Pan dostęp do dokumentacji medycznej?:

1 bardzo nisko ☐	2 nisko ☐	3 przeciętnie ☐	4 wysoko ☐	5 bardzo wysoko ☐	nie mam zdania ☐
---	--	--	---	--	--

IV. Podsumowanie

Czy w razie potrzeby pomocy onkologicznej poleciliby Pani/poleciliby 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	
<i>Wiek:</i>	
☐	18-24
☐	25-44
☐	45-64
☐	65 i więcej
<i>Płeć:</i>	
☐	kobieta
☐	mężczyzna
<i>Miejsce zamieszkania:</i>	
☐	wieś
☐	miasto do 50 tys.
☐	miasto od 50 tys. do 150 tys.
☐	miasto od 150 tys. do 500 tys.
☐	miasto powyżej 500 tys.

