

CAHPS[®] Ankieta na temat usług hospicjum

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką pacjent uzyskał we wskazanym poniżej hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyły doświadczeń związanych z wyżej wymienionym hospicjum.

Aby dowiedzieć się więcej na temat tej ankiety, proszę zadzwonić pod [TOLL FREE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB#0938-1257

Traci ważność dnia 31.12.2020

CAHPS® Ankieta na temat usług hospicjum

WSKAZÓWKI DO ANKIETY

- ◆ Proszę przekazać tę ankietę domownikowi, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej, zapewnianej osobie wymienionej w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.
- ◆ Proszę wypełnić ankietę ciemnym długopisem.
- ◆ Proszę postawić X wewnątrz kratki przy wybranej odpowiedzi, jak w poniższym przykładzie.
 Tak
 Nie
- ◆ Czasami prosimy o opuszczenie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:
 Tak → **Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1**
 Nie

PACJENT HOSPICJUM

1. Kim jest dla Pana/Pani osoba wymieniona w liście towarzyszącym tej ankiecie?

- 1 Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- 2 Mój rodzic
- 3 Moja teściowa lub teść
- 4 Moja babcia lub dziadek
- 5 Moja ciotka lub wujek
- 6 Moja siostra lub brat
- 7 Moje dziecko
- 8 Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- 9 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza osobę wymienioną w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety. W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki tego hospicjum? Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- 1 Dom
- 2 Ośrodek opieki z zamieszkaniem (*Assisted living facility*)
- 3 Dom opieki pielęgniarstwa (*Nursing home*)
- 4 Szpital
- 5 Ośrodek / dom hospicjum
- 6 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

PANA/PANI ROLA

3. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?
- Nigdy →Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 41
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

OPIEKA HOSPICJUM NAD CZŁONKIEM RODZINY

Odpowiadając na pozostałe pytania tej ankiety, prosimy wziąć pod uwagę tylko doświadczenia członka rodziny związane z hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety.

4. W tej ankiecie personel hospicjum oznacza wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy, pracowników socjalnych, kapelanów i inne osoby, które zapewniały opiekę hospicyjną członkowi Pana/Pani rodziny. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy musiał/a Pan/Pani kontaktować się z personelem hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta w sprawie pytań lub pomocy w opiece nad członkiem rodziny?
- Tak
- Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 6

5. Jak często uzyskiwał/a Pan/Pani potrzebną pomoc personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta?

- Nigdy
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

6. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum informował Pana/Panią, kiedy ktoś przyjdzie, aby zaopiekować się członkiem rodziny?

- Nigdy
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

7. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum i Pan/Pani albo członek rodziny prosił personel hospicjum o pomoc, jak często zapewniana ona była tak szybko, jak była potrzebna?

- Nigdy
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

8. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum wyjaśniał różne informacje w przystępny sposób?

- Nigdy
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

9. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum przekazywał Panu/Pani informacje na temat stanu członka rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

10. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często ktoś z personelu hospicjum przekazywał Panu/Pani mylące lub sprzeczne informacje na temat stanu członka rodziny lub opieki nad nim?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

11. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum traktował członka rodziny z szacunkiem i godnością?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

12. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często miał/a Pan/Pani wrażenie, że zespół hospicjum naprawdę troszczy się o członka rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

13. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy rozmawiał/a Pan/Pani z zespołem hospicjum na temat problemów związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 15

14. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy mówił/a Pan/Pani o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

15. Czy członek rodziny odczuwał jakikolwiek ból, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 17

16. Czy członek rodziny otrzymywał tyle pomocy w opanowaniu bólu, ile potrzebował?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

17. Czy członek rodziny otrzymywał jakiś lek przeciwbólowy, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 21

18. Skutki uboczne leków przeciwbólowych obejmują np. senność. Czy ktoś z personelu hospicjum rozmawiał z Panem/Panią lub członkiem rodziny o skutkach ubocznych leków przeciwbólowych?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

19. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią w zakresie skutków ubocznych leków przeciwbólowych, na które trzeba uważać?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

20. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat okoliczności, w których należy podawać członkowi rodziny więcej leków przeciwbólowych?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie
- 4 Nie potrzebowałem/am podawać leków przeciwbólowych członkowi rodziny

21. Czy członek rodziny miał trudności z oddychaniem lub był leczony z powodu trudności z oddychaniem, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 24

22. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc z powodu trudności z oddychaniem?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

23. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku trudności z oddychaniem?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie
- 4 Nie potrzebowałem/am udzielać pomocy członkowi rodziny z powodu trudności z oddychaniem

24. Czy członkowi rodziny dokuczają kiedykolwiek zaparcia, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 26

25. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc w związku z zaparciami?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

26. Czy członek rodziny okazywał kiedykolwiek lęk lub smutek, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 28

27. Jak często członek rodziny otrzymywał od personelu hospicjum potrzebną pomoc w związku z odczuwanym lękiem lub smutkiem?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

28. Czy członek rodziny wykazywał kiedykolwiek niepokój ruchowy lub pobudzenie, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 30

29. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku niepokoju ruchowego lub pobudzenia?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

30. Pomoc członkowi rodziny w poruszaniu się obejmuje takie czynności jak pomoc przy obracaniu się na łóżku, wstawaniu z łóżka lub wózka inwalidzkiego. Czy personel hospicjum zapewnił Panu/Pani szkolenie na temat tego, jak bezpiecznie pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się?

- 1 Zdecydowanie tak
2 W pewnym stopniu tak
3 Nie
4 Nie potrzebowałem/am pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się

31. Czy personel hospicjum przekazał Panu/Pani wszystkie informacje, jakie chciał/a Pan/Pani uzyskać na temat tego, czego należy oczekiwać w czasie, kiedy członek rodziny umiera?

- 1 Zdecydowanie tak
2 W pewnym stopniu tak
3 Nie

**OPIEKA HOSPICJUM
ŚWIADCZONA W DOMU OPIEKI
PIELĘGNIARSKIEJ**

32. Niektórzy pacjenci mają zapewnianą opiekę hospicyjną, kiedy przebywają w domu opieki pielęgniarskiej. Czy członek rodziny miał zapewnioną opiekę tego hospicjum, kiedy przebywał w domu opieki pielęgniarskiej?

- 1 Tak
2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 35

33. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel domu opieki pielęgniarskiej współpracował z personelem hospicjum w zapewnianiu mu opieki?

- 1 Nigdy
2 Czasami
3 Zazwyczaj
4 Zawsze

34. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często informacje na temat członka rodziny przekazywane przez personel domu opieki pielęgniarskiej różniły się od tych, które przekazywał personel hospicjum?

- 1 Nigdy
2 Czasami
3 Zazwyczaj
4 Zawsze

**PANA/PANI WŁASNE
DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE
Z HOSPICJUM**

35. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- 1 Nigdy
2 Czasami
3 Zazwyczaj
4 Zawsze

36. Wsparcie dla wierzeń religijnych czy innych form duchowości obejmuje rozmowy, modlitwę, czas spędzany w ciszy i inne sposoby zaspakajania potrzeb religijnych lub duchowych. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak wiele wsparcia dla Pana/Pani wierzeń religijnych czy innych form duchowości otrzymał/a Pan/Pani od personelu hospicjum?

- 1 Za mało
2 Wystarczająco
3 Za dużo

37. Jak wiele wsparcia emocjonalnego dostarczał Panu/Pani personel hospicjum, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- 1 Za mało
2 Wystarczająco
3 Za dużo

38. Jak wiele wsparcia emocjonalnego otrzymała/a Pan/Pani od personelu hospicjum w tygodniach po śmierci członka Pana/Pani rodziny?

- 1 Za mało
2 Wystarczająco
3 Za dużo

OGÓLNA OCENA OPIEKI HOSPICJUM

39. Odpowiadając na kolejne pytania ankiety, prosimy wziąć pod uwagę opiekę, jaką członek rodziny otrzymał ze strony hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety. Prosimy nie uwzględniać w odpowiedziach opieki świadczonej przez inne hospicja.

Postępując się skalą od 0 do 10, na której 0 oznacza najgorszą możliwą opiekę hospicjum, a 10 oznacza najlepszą możliwą opiekę hospicjum, jak ocenił/a/by Pan/Pani opiekę hospicjum, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny?

- 0 0 Najgorsza możliwa opieka hospicjum
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9
10 10 Najlepsza możliwa opieka hospicjum

40. Czy polecił/a/by Pan/Pani to hospicjum znajomym i rodzinie?

- 1 Na pewno nie
2 Chyba nie
3 Chyba tak
4 Na pewno tak

INFORMACJE O CZŁONKU RODZINY

41. Jaki najwyższy poziom wykształcenia lub ile klas szkoły ukończył członek rodziny?

- 1 8 klas lub mniej
- 2 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- 3 Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- 4 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- 5 Skończone studia 4-letnie
- 6 Więcej niż skończone studia 4-letnie
- 7 Nie wiem

42. Czy członek Pana/Pani rodziny był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego lub miał przodków pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego?

- 1 Nie, nie był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego
- 2 Tak, Portorykańczyk
- 3 Tak, Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego (Chicano)
- 4 Tak, Kubańczyk
- 5 Tak, innego pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego

43. Jakiej rasy był członek Pana/Pani rodziny? Proszę wybrać co najmniej jedną odpowiedź.

- 1 Rasa biała
- 2 Rasa czarna - Afroamerykanin
- 3 Rasa azjatycka
- 4 Rodowity mieszkaniiec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- 5 Rodowity Indianin lub Alaskańczyk

INFORMACJE O PANU/PANI

44. Proszę podać swój wiek:

- 1 18 do 24 lat
- 2 25 do 34 lat
- 3 35 do 44 lat
- 4 45 do 54 lat
- 5 55 do 64 lat
- 6 65 do 74 lat
- 7 75 do 84 lat
- 8 85 lat lub więcej

45. Proszę podać swoją płeć:

- 1 Mężczyzna
- 2 Kobieta

46. Jaki jest najwyższy poziom Pana/Pani wykształcenia lub liczba ukończonych klas?

- 1 8 klas lub mniej
- 2 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- 3 Ukończona szkoła średnia lub zdany GED
- 4 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- 5 Skończone studia 4-letnie
- 6 Więcej niż skończone studia 4-letnie

47. Jakim językiem głównie mówi Pan/Pani w domu?

- 1 Angielski
 - 2 Hiszpański
 - 3 Chiński
 - 4 Rosyjski
 - 5 Portugalski
 - 6 Wietnamski
 - 7 Polski
 - 8 Koreański
 - 9 Inny język (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

DZIĘKUJEMY

Prosimy odesłać wypełnioną ankietę w załączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki zwrotnej.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

CAHPS[®] Ankieta na temat usług hospicjum

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką pacjent uzyskał we wskazanym poniżej hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyły doświadczeń związanych z wyżej wymienionym hospicjum.

Aby dowiedzieć się więcej na temat tej ankiety, proszę zadzwonić pod [TOLL FREE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB#0938-1257

Traci ważność dnia 31.12.2020

CAHPS® Ankieta na temat usług hospicjum

WSKAZÓWKI DO ANKIETY

- ◆ Proszę przekazać tę ankietę domownikowi, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej, zapewnianej osobie wymienionej w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.
- ◆ Proszę wypełnić ankietę ciemnym długopisem.
- ◆ Odpowiedz na wszystkie pytania, wypełniając całkowicie kółko znajdujące się z lewej strony wybranej odpowiedzi.
 - Tak
 - Nie
- ◆ Czasami prosimy o opuszczenie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:
 - Tak → **Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1**
 - Nie

PACJENT HOSPICJUM

1. Kim jest dla Pana/Pani osoba wymieniona w liście towarzyszącym tej ankiecie?

- 10 Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- 20 Mój rodzic
- 30 Moja teściowa lub teść
- 40 Moja babcia lub dziadek
- 50 Moja ciotka lub wujek
- 60 Moja siostra lub brat
- 70 Moje dziecko
- 80 Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- 90 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza osobę wymienioną w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety. W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki tego hospicjum? Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- 10 Dom
- 20 Ośrodek opieki z zamieszkaniem (*Assisted living facility*)
- 30 Dom opieki pielęgniarskiej (*Nursing home*)
- 40 Szpital
- 50 Ośrodek / dom hospicjum
- 60 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

PANA/PANI ROLA

3. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?

- ¹0 Nigdy →Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 41
²0 Czasami
³0 Zazwyczaj
⁴0 Zawsze

OPIEKA HOSPICJUM NAD CZŁONKIEM RODZINY

Odpowiadając na pozostałe pytania tej ankiety, prosimy wziąć pod uwagę tylko doświadczenia członka rodziny związane z hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety.

4. W tej ankiecie personel hospicjum oznacza wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy, pracowników socjalnych, kapelanów i inne osoby, które zapewniały opiekę hospicyjną członkowi Pana/Pani rodziny. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy musiał/a Pan/Pani kontaktować się z personelem hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta w sprawie pytań lub pomocy w opiece nad członkiem rodziny?

- ¹0 Tak
²0 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 6

5. Jak często uzyskiwał/a Pan/Pani potrzebną pomoc personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta?

- ¹0 Nigdy
²0 Czasami
³0 Zazwyczaj
⁴0 Zawsze

6. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum informował Pana/Panią, kiedy ktoś przyjdzie, aby zaopiekować się członkiem rodziny?

- ¹0 Nigdy
²0 Czasami
³0 Zazwyczaj
⁴0 Zawsze

7. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum i Pan/Pani albo członek rodziny prosił personel hospicjum o pomoc, jak często zapewniana ona była tak szybko, jak była potrzebna?

- ¹0 Nigdy
²0 Czasami
³0 Zazwyczaj
⁴0 Zawsze

8. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum wyjaśniał różne informacje w przystępny sposób?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

9. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum przekazywał Panu/Pani informacje na temat stanu członka rodziny?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

10. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często ktoś z personelu hospicjum przekazywał Panu/Pani mylące lub sprzeczne informacje na temat stanu członka rodziny lub opieki nad nim?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

11. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum traktował członka rodziny z szacunkiem i godnością?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

12. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często miał/a Pan/Pani wrażenie, że zespół hospicjum naprawdę troszczy się o członka rodziny?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

13. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy rozmawiał/a Pan/Pani z zespołem hospicjum na temat problemów związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 10 Tak
- 20 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 15

14. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy mówił/a Pan/Pani o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

15. Czy członek rodziny odczuwał jakikolwiek ból, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹0 Tak

²0 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 17

16. Czy członek rodziny otrzymywał tyle pomocy w opanowaniu bólu, ile potrzebował?

¹0 Zdecydowanie tak

²0 W pewnym stopniu tak

³0 Nie

17. Czy członek rodziny otrzymywał jakiś lek przeciwbólowy, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹0 Tak

²0 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 21

18. Skutki uboczne leków przeciwbólowych obejmują np. senność. Czy ktoś z personelu hospicjum rozmawiał z Panem/Panią lub członkiem rodziny o skutkach ubocznych leków przeciwbólowych?

¹0 Zdecydowanie tak

²0 W pewnym stopniu tak

³0 Nie

19. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią w zakresie skutków ubocznych leków przeciwbólowych, na które trzeba uważać?

¹0 Zdecydowanie tak

²0 W pewnym stopniu tak

³0 Nie

20. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat okoliczności, w których należy podawać członkowi rodziny więcej leków przeciwbólowych?

¹0 Zdecydowanie tak

²0 W pewnym stopniu tak

³0 Nie

⁴0 Nie potrzebowałem/am podawać leków przeciwbólowych członkowi rodziny

21. Czy członek rodziny miał trudności z oddychaniem lub był leczony z powodu trudności z oddychaniem, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹0 Tak

²0 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 24

22. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc z powodu trudności z oddychaniem?

¹0 Nigdy

²0 Czasami

³0 Zazwyczaj

⁴0 Zawsze

23. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku trudności z oddychaniem?

- 10 Zdecydowanie tak
- 20 W pewnym stopniu tak
- 30 Nie
- 40 Nie potrzebowałem/am udzielać pomocy członkowi rodziny z powodu trudności z oddychaniem

24. Czy członkowi rodziny dokuczały kiedykolwiek zaparcia, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 10 Tak
- 20 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 26

25. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc w związku z zaparciami?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

26. Czy członek rodziny okazywał kiedykolwiek lęk lub smutek, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 10 Tak
- 20 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 28

27. Jak często członek rodziny otrzymywał od personelu hospicjum potrzebną pomoc w związku z odczuwanym lękiem lub smutkiem?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

28. Czy członek rodziny wykazywał kiedykolwiek niepokój ruchowy lub pobudzenie, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 10 Tak
- 20 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 30

29. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku niepokoju ruchowego lub pobudzenia?

- 10 Zdecydowanie tak
- 20 W pewnym stopniu tak
- 30 Nie

30. Pomoc członkowi rodziny w poruszaniu się obejmuje takie czynności jak pomoc przy obracaniu się na łóżku, wstawianiu z łóżka lub wózka inwalidzkiego. Czy personel hospicjum zapewnił Panu/Pani szkolenie na temat tego, jak bezpiecznie pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się?

- 10 Zdecydowanie tak
- 20 W pewnym stopniu tak
- 30 Nie
- 40 Nie potrzebowałem/am pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się

31. Czy personel hospicjum przekazał Panu/Pani wszystkie informacje, jakie chciał/a Pan/Pani uzyskać na temat tego, czego należy oczekiwać w czasie, kiedy członek rodziny umiera?

- 10 Zdecydowanie tak
- 20 W pewnym stopniu tak
- 30 Nie

**OPIEKA HOSPICJUM
ŚWIADCZONA W DOMU OPIEKI
PIELĘGNIARSKIEJ**

32. Niektórzy pacjenci mają zapewnianą opiekę hospicyjną, kiedy przebywają w domu opieki pielęgniarskiej. Czy członek rodziny miał zapewnioną opiekę tego hospicjum, kiedy przebywał w domu opieki pielęgniarskiej?

- 10 Tak
- 20 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 35

33. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel domu opieki pielęgniarskiej współpracował z personelem hospicjum w zapewnianiu mu opieki?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

34. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często informacje na temat członka rodziny przekazywane przez personel domu opieki pielęgniarskiej różniły się od tych, które przekazywał personel hospicjum?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

**PANA/PANI WŁASNE
DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE
Z HOSPICJUM**

35. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- 10 Nigdy
- 20 Czasami
- 30 Zazwyczaj
- 40 Zawsze

36. Wsparcie dla wierzeń religijnych czy innych form duchowości obejmuje rozmowy, modlitwę, czas spędzany w ciszy i inne sposoby zaspakajania potrzeb religijnych lub duchowych. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak wiele wsparcia dla Pana/Pani wierzeń religijnych czy innych form duchowości otrzymał/a Pan/Pani od personelu hospicjum?

- ¹0 Za mało
- ²0 Wystarczająco
- ³0 Za dużo

37. Jak wiele wsparcia emocjonalnego dostarczał Panu/Pani personel hospicjum, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- ¹0 Za mało
- ²0 Wystarczająco
- ³0 Za dużo

38. Jak wiele wsparcia emocjonalnego otrzymała/a Pan/Pani od personelu hospicjum w tygodniach po śmierci członka Pana/Pani rodziny?

- ¹0 Za mało
- ²0 Wystarczająco
- ³0 Za dużo

OGÓLNA OCENA OPIEKI HOSPICJUM

39. Odpowiadając na kolejne pytania ankiety, prosimy wziąć pod uwagę opiekę, jaką członek rodziny otrzymał ze strony hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety. Prosimy nie uwzględniać w odpowiedziach opieki świadczonej przez inne hospicja.

Postępując się skalą od 0 do 10, na której 0 oznacza najgorszą możliwą opiekę hospicjum, a 10 oznacza najlepszą możliwą opiekę hospicjum, jak ocenił/a/by Pan/Pani opiekę hospicjum, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny?

- ⁰0 0 Najgorsza możliwa opieka hospicjum
- ¹0 1
- ²0 2
- ³0 3
- ⁴0 4
- ⁵0 5
- ⁶0 6
- ⁷0 7
- ⁸0 8
- ⁹0 9
- ¹⁰0 10 Najlepsza możliwa opieka hospicjum

40. Czy polecił/a/by Pan/Pani to hospicjum znajomym i rodzinie?

- ¹0 Na pewno nie
- ²0 Chyba nie
- ³0 Chyba tak
- ⁴0 Na pewno tak

**INFORMACJE O CZŁONKU
RODZINY**

41. Jaki najwyższy poziom wykształcenia lub ile klas szkoły ukończył członek rodziny?

- 10 8 klas lub mniej
- 20 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- 30 Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- 40 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- 50 Skończone studia 4-letnie
- 60 Więcej niż skończone studia 4-letnie
- 70 Nie wiem

42. Czy członek Pana/Pani rodziny był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego lub miał przodków pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego?

- 10 Nie, nie był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego
- 20 Tak, Portorykańczyk
- 30 Tak, Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego (Chicano)
- 40 Tak, Kubańczyk
- 50 Tak, innego pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego

43. Jakiej rasy był członek Pana/Pani rodziny? Proszę wybrać co najmniej jedną odpowiedź.

- 10 Rasa biała
- 20 Rasa czarna - Afroamerykanin
- 30 Rasa azjatycka
- 40 Rodowity mieszkaniowiec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- 50 Rodowity Indianin lub Alaskańczyk

INFORMACJE O PANU/PANI

44. Proszę podać swój wiek:

- 10 18 do 24 lat
- 20 25 do 34 lat
- 30 35 do 44 lat
- 40 45 do 54 lat
- 50 55 do 64 lat
- 60 65 do 74 lat
- 70 75 do 84 lat
- 80 85 lat lub więcej

45. Proszę podać swoją płeć:

- 10 Mężczyzna
- 20 Kobieta

46. Jaki jest najwyższy poziom Pana/Pani wykształcenia lub liczba ukończonych klas?

- ¹0 8 klas lub mniej
- ²0 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- ³0 Ukończona szkoła średnia lub zdany GED
- ⁴0 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- ⁵0 Skończone studia 4-letnie
- ⁶0 Więcej niż skończone studia 4-letnie

47. Jakim językiem głównie mówi Pan/Pani w domu?

- ¹0 Angielski
 - ²0 Hiszpański
 - ³0 Chiński
 - ⁴0 Rosyjski
 - ⁵0 Portugalski
 - ⁶0 Wietnamski
 - ⁷0 Polski
 - ⁸0 Koreański
 - ⁹0 Inny język (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

DZIĘKUJEMY

Prosimy odesłać wypełnioną ankietę w załączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki zwrotnej.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

CAHPS[®] Ankieta na temat usług hospicjum

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką pacjent uzyskał we wskazanym poniżej hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyły doświadczeń związanych z wyżej wymienionym hospicjum.

Aby dowiedzieć się więcej na temat tej ankiety, proszę zadzwonić pod [TOLL FREE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB#0938-1257

Traci ważność dnia 31.12.2020

CAHPS® Ankieta na temat usług hospicjum

WSKAZÓWKI DO ANKIETY

- ◆ Proszę przekazać tę ankietę domownikowi, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej, zapewnianej osobie wymienionej w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.
- ◆ Proszę wypełnić ankietę ciemnym długopisem.
- ◆ Odpowiedz na wszystkie pytania, wypełniając całkowicie kółko znajdujące się z lewej strony wybranej odpowiedzi.
 - Tak
 - Nie
- ◆ Czasami prosimy o opuszczenie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:
 - Tak → **Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1**
 - Nie

PACJENT HOSPICJUM

1. Kim jest dla Pana/Pani osoba wymieniona w liście towarzyszącym tej ankiecie?

- 1 Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- 2 Mój rodzic
- 3 Moja teściowa lub teść
- 4 Moja babcia lub dziadek
- 5 Moja ciotka lub wujek
- 6 Moja siostra lub brat
- 7 Moje dziecko
- 8 Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- 9 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza osobę wymienioną w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety. W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki tego hospicjum? Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- 1 Dom
- 2 Ośrodek opieki z zamieszkaniem (*Assisted living facility*)
- 3 Dom opieki pielęgniarstwa (*Nursing home*)
- 4 Szpital
- 5 Ośrodek / dom hospicjum
- 6 Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):

PANA/PANI ROLA

3. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?
- 1 Nigdy →Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 41
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

OPIEKA HOSPICJUM NAD CZŁONKIEM RODZINY

Odpowiadając na pozostałe pytania tej ankiety, prosimy wziąć pod uwagę tylko doświadczenia członka rodziny związane z hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety.

4. W tej ankiecie personel hospicjum oznacza wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy, pracowników socjalnych, kapelanów i inne osoby, które zapewniały opiekę hospicyjną członkowi Pana/Pani rodziny. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy musiał/a Pan/Pani kontaktować się z personelem hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta w sprawie pytań lub pomocy w opiece nad członkiem rodziny?
- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 6

5. Jak często uzyskiwał/a Pan/Pani potrzebną pomoc personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

6. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum informował Pana/Panią, kiedy ktoś przyjdzie, aby zaopiekować się członkiem rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

7. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum i Pan/Pani albo członek rodziny prosił personel hospicjum o pomoc, jak często zapewniana ona była tak szybko, jak była potrzebna?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

8. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum wyjaśniał różne informacje w przystępny sposób?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

9. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum przekazywał Panu/Pani informacje na temat stanu członka rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

10. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często ktoś z personelu hospicjum przekazywał Panu/Pani mylące lub sprzeczne informacje na temat stanu członka rodziny lub opieki nad nim?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

11. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum traktował członka rodziny z szacunkiem i godnością?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

12. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często miał/a Pan/Pani wrażenie, że zespół hospicjum naprawdę troszczy się o członka rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

13. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy rozmawiał/a Pan/Pani z zespołem hospicjum na temat problemów związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 15

14. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy mówił/a Pan/Pani o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

15. Czy członek rodziny odczuwał jakikolwiek ból, kiedy był pod opieką hospicjum?

- Tak
 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 17

16. Czy członek rodziny otrzymywał tyle pomocy w opanowaniu bólu, ile potrzebował?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie

17. Czy członek rodziny otrzymywał jakiś lek przeciwbólowy, kiedy był pod opieką hospicjum?

- Tak
 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 21

18. Skutki uboczne leków przeciwbólowych obejmują np. senność. Czy ktoś z personelu hospicjum rozmawiał z Panem/Panią lub członkiem rodziny o skutkach ubocznych leków przeciwbólowych?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie

19. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią w zakresie skutków ubocznych leków przeciwbólowych, na które trzeba uważać?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie

20. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat okoliczności, w których należy podawać członkowi rodziny więcej leków przeciwbólowych?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie
 Nie potrzebowałem/am podawać leków przeciwbólowych członkowi rodziny

21. Czy członek rodziny miał trudności z oddychaniem lub był leczony z powodu trudności z oddychaniem, kiedy był pod opieką hospicjum?

- Tak
 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 24

22. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc z powodu trudności z oddychaniem?

- Nigdy
 Czasami
 Zazwyczaj
 Zawsze

23. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku trudności z oddychaniem?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie
- 4 Nie potrzebowałem/am udzielać pomocy członkowi rodziny z powodu trudności z oddychaniem

24. Czy członkowi rodziny dokuczały kiedykolwiek zaparcia, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 26

25. Jak często członek rodziny otrzymywał potrzebną pomoc w związku z zaparciami?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

26. Czy członek rodziny okazywał kiedykolwiek lęk lub smutek, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 28

27. Jak często członek rodziny otrzymywał od personelu hospicjum potrzebną pomoc w związku z odczuwanym lękiem lub smutkiem?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

28. Czy członek rodziny wykazywał kiedykolwiek niepokój ruchowy lub pobudzenie, kiedy był pod opieką hospicjum?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 30

29. Czy personel hospicjum przeszkolił Pana/Panią na temat sposobów udzielania pomocy członkowi rodziny w przypadku niepokoju ruchowego lub pobudzenia?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

30. Pomoc członkowi rodziny w poruszaniu się obejmuje takie czynności jak pomoc przy obracaniu się na łóżku, wstawaniu z łóżka lub wózka inwalidzkiego. Czy personel hospicjum zapewnił Panu/Pani szkolenie na temat tego, jak bezpiecznie pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie
- 4 Nie potrzebowałem/am pomagać członkowi rodziny w poruszaniu się

31. Czy personel hospicjum przekazał Panu/Pani wszystkie informacje, jakie chciał/a Pan/Pani uzyskać na temat tego, czego należy oczekiwać w czasie, kiedy członek rodziny umiera?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 W pewnym stopniu tak
- 3 Nie

**OPIEKA HOSPICJUM
ŚWIADCZONA W DOMU OPIEKI
PIELĘGNIARSKIEJ**

32. Niektórzy pacjenci mają zapewnianą opiekę hospicyjną, kiedy przebywają w domu opieki pielęgniarskiej. Czy członek rodziny miał zapewnioną opiekę tego hospicjum, kiedy przebywał w domu opieki pielęgniarskiej?

- 1 Tak
- 2 Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 35

33. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel domu opieki pielęgniarskiej współpracował z personelem hospicjum w zapewnianiu mu opieki?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

34. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często informacje na temat członka rodziny przekazywane przez personel domu opieki pielęgniarskiej różniły się od tych, które przekazywał personel hospicjum?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

**PANA/PANI WŁASNE
DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE
Z HOSPICJUM**

35. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- 1 Nigdy
- 2 Czasami
- 3 Zazwyczaj
- 4 Zawsze

36. Wsparcie dla wierzeń religijnych czy innych form duchowości obejmuje rozmowy, modlitwę, czas spędzany w ciszy i inne sposoby zaspakajania potrzeb religijnych lub duchowych. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak wiele wsparcia dla Pana/Pani wierzeń religijnych czy innych form duchowości otrzymał/a Pan/Pani od personelu hospicjum?

- 1 Za mało
 2 Wystarczająco
 3 Za dużo

37. Jak wiele wsparcia emocjonalnego dostarczał Panu/Pani personel hospicjum, kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum?

- 1 Za mało
 2 Wystarczająco
 3 Za dużo

38. Jak wiele wsparcia emocjonalnego otrzymała/a Pan/Pani od personelu hospicjum w tygodniach po śmierci członka Pana/Pani rodziny?

- 1 Za mało
 2 Wystarczająco
 3 Za dużo

OGÓLNA OCENA OPIEKI HOSPICJUM

39. Odpowiadając na kolejne pytania ankiety, prosimy wziąć pod uwagę opiekę, jaką członek rodziny otrzymał ze strony hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety. Prosimy nie uwzględniać w odpowiedziach opieki świadczonej przez inne hospicja.

Postępując się skalą od 0 do 10, na której 0 oznacza najgorszą możliwą opiekę hospicjum, a 10 oznacza najlepszą możliwą opiekę hospicjum, jak ocenił/a/by Pan/Pani opiekę hospicjum, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny?

- 0 0 Najgorsza możliwa opieka hospicjum
 1 1
 2 2
 3 3
 4 4
 5 5
 6 6
 7 7
 8 8
 9 9
 10 10 Najlepsza możliwa opieka hospicjum

40. Czy polecił/a/by Pan/Pani to hospicjum znajomym i rodzinie?

- 1 Na pewno nie
 2 Chyba nie
 3 Chyba tak
 4 Na pewno tak

**INFORMACJE O CZŁONKU
RODZINY**

- 41. Jaki najwyższy poziom wykształcenia lub ile klas szkoły ukończył członek rodziny?**
- 1 8 klas lub mniej
 - 2 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
 - 3 Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
 - 4 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
 - 5 Skończone studia 4-letnie
 - 6 Więcej niż skończone studia 4-letnie
 - 7 Nie wiem
- 42. Czy członek Pana/Pani rodziny był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego lub miał przodków pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego?**
- 1 Nie, nie był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego
 - 2 Tak, Portorykańczyk
 - 3 Tak, Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego (Chicano)
 - 4 Tak, Kubańczyk
 - 5 Tak, innego pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego

- 43. Jakiej rasy był członek Pana/Pani rodziny? Proszę wybrać co najmniej jedną odpowiedź.**

- 1 Rasa biała
- 2 Rasa czarna - Afroamerykanin
- 3 Rasa azjatycka
- 4 Rodowity mieszkaniowiec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- 5 Rodowity Indianin lub Alaskańczyk

INFORMACJE O PANU/PANI

- 44. Proszę podać swój wiek:**

- 1 18 do 24 lat
- 2 25 do 34 lat
- 3 35 do 44 lat
- 4 45 do 54 lat
- 5 55 do 64 lat
- 6 65 do 74 lat
- 7 75 do 84 lat
- 8 85 lat lub więcej

- 45. Proszę podać swoją płeć:**

- 1 Mężczyzna
- 2 Kobieta

46. Jaki jest najwyższy poziom Pana/Pani wykształcenia lub liczba ukończonych klas?

- 1 8 klas lub mniej
- 2 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- 3 Ukończona szkoła średnia lub zdany GED
- 4 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- 5 Skończone studia 4-letnie
- 6 Więcej niż skończone studia 4-letnie

47. Jakim językiem głównie mówi Pan/Pani w domu?

- 1 Angielski
 - 2 Hiszpański
 - 3 Chiński
 - 4 Rosyjski
 - 5 Portugalski
 - 6 Wietnamski
 - 7 Polski
 - 8 Koreański
 - 9 Inny język (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

DZIĘKUJEMY

Prosimy odesłać wypełnioną ankietę w załączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki zwrotnej.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Szanowny Panie/ Szanowna Pani,

[HOSPICE NAME] prowadzi ankietę na temat usług świadczonych przez hospicjum na rzecz pacjentów i ich rodzin. Wybrano Pana/Panią do tej ankiety, ponieważ ustaliliśmy, że był/a Pan/Pani opiekunem/opiekunką [DECEDENT NAME] Zdajemy sobie sprawę, że może to być dla Pana/Pani trudny okres, mamy jednak nadzieję, że pomoże nam Pan/Pani uzyskać informacje na temat jakości opieki, jaką członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel otrzymał ze strony hospicjum.

Pytania [NOTE THE QUESTION NUMBERS] w załączonej ankiecie są częścią ogólnokrajowej inicjatywy sponsorowanej przez federalny Departament Zdrowia i Usług dla Ludności (Department of Health and Human Services, HHS), którego celem jest określenie jakości opieki świadczonej przez hospicja. Ośrodki Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), będące częścią HHS, prowadzą tę ankietę w celu poprawy jakości opieki w hospicjach. CMS pokrywa koszty większości opieki w hospicjach w USA. CMS ma również obowiązek zapewnić, że pacjenci hospicjów, członkowie ich rodzin i przyjaciele otrzymują opiekę wysokiej jakości. Jednym ze sposobów wywiązywania się z tego obowiązku jest uzyskanie informacji bezpośrednio od Pana/Pani na temat opieki hospicyjnej, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel. Udział w ankiecie jest dobrowolny i nie będzie miał wpływu na Pana/Pani opiekę zdrowotną ani świadczenia.

Mamy nadzieję, że znajdzie Pan/Pani czas na wypełnienie tej ankiety. Po wypełnieniu ankiety prosimy zwrócić ją w dołączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki. Pana/Pani odpowiedzi mogą być udostępnione hospicjum w celu poprawy jakości świadczonych usług. [OPTIONAL: Być może zauważy Pan/Pani numer podany na ankiecie. Numer ten służy do powiadomienia nas, że odesłał/a Pan/Pani swoją ankietę, co oznacza, że nie musimy wysłać upomnień].

W razie jakichkolwiek pytań na temat załączonej ankiety, prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer 1-800-xxx-xxxx. Dziękujemy za przyczynienie się do poprawy opieki hospicjów nad wszystkimi pacjentami.

Z poważaniem,

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Szanowny Panie/ Szanowna Pani,

Nasze dane wskazują, że niedawno opiekował/a się Pan/Pani [DECEDENT NAME] w [NAME OF HOSPICE]. Mniej więcej trzy tygodnie temu wysłaliśmy do Pana/Pani ankietę na temat jakości opieki, jaką Pan/Pani i członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel otrzymał ze strony hospicjum. Jeżeli już odesłał/a Pan/Pani do nas ankietę, bardzo za to dziękujemy i prosimy zignorować to przypomnienie. Jeżeli jednak jeszcze Pan/Pani tego nie zrobił/a, byłibyśmy zobowiązani, gdyby znalazł/a Pan/Pani chwilę na wypełnienie tej ważnej ankiety.

Mamy nadzieję, że skorzysta Pan/Pani z tej możliwości, aby pomóc nam uzyskać informacje na temat jakości opieki, jaką otrzymał Pan/Pani i członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel. Wyniki ankiety przyczynią się do zapewnienia najwyższej jakości opieki hospicyjnej wszystkim Amerykanom.

Pytania [NOTE THE QUESTION NUMBERS] w załączonej ankiecie są częścią ogólnokrajowej inicjatywy sponsorowanej przez federalny Departament Zdrowia i Usług dla Ludności (Department of Health and Human Services, HHS), którego celem jest określenie jakości opieki świadczonej przez hospicja. Ośrodki Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), będące częścią HHS, prowadzą tę ankietę w celu poprawy jakości opieki w hospicjach. CMS pokrywa koszty większości opieki w hospicjach w USA. CMS ma również obowiązek zapewnić, że pacjenci hospicjów, członkowie ich rodzin i przyjaciele otrzymują opiekę wysokiej jakości. Jednym ze sposobów wywiązywania się z tego obowiązku jest uzyskanie informacji bezpośrednio od Pana/Pani na temat opieki hospicyjnej, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel. Udział w ankiecie jest dobrowolny i nie będzie miał wpływu na Pana/Pani opiekę zdrowotną ani świadczenia.

Prosimy o znalezienie kilku minut na wypełnienie załączonej ankiety. Po wypełnieniu ankiety prosimy zwrócić ją w dołączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki. Pana/Pani odpowiedzi mogą być udostępnione hospicjum w celu poprawy jakości świadczonych usług. [OPTIONAL: Być może zauważy Pan/Pani numer podany na tej ankiecie. Ten numer służy do powiadomienia nas, że odesłał/a Pan/Pani swoją ankietę, co oznacza, że nie musimy wysyłać upomnień].

W razie jakichkolwiek pytań na temat załączonej ankiety, prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer 1-800-xxx-xxxx. Dziękujemy za przyczynienie się do poprawy opieki hospicjów nad wszystkimi pacjentami.

Z poważaniem,

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear in the mailing, either on the cover letter or on the front or back of the questionnaire. In addition, the OMB control number must appear on the front page of the questionnaire. The following is the language that must be used:

Polish Version

Zgodnie z Ustawą o ograniczeniu dokumentacji z roku 1995, nie ma obowiązku odpowiadania na wnioski o informacje, jeżeli wniosek nie zawiera ważnego numeru kontrolnego OMB. Ważny numer kontrolny OMB dotyczący tego wniosku o informacje to 0938-1257 (traci ważność dnia 31.12.2020). Szacuje się, że czas wymagany do wypełnienia tego wniosku o informacje to ok. 11 minut dla pytań 1 – 40, pytań z części „Informacje o członku rodziny” i „Informacje o Panu/Pani”, co obejmuje czas na zapoznanie się z instrukcją, przeszukanie istniejących źródeł danych, zgromadzenie potrzebnych danych, wypełnienie i przegląd formularza użytego do gromadzenia informacji. Wszelkie uwagi na temat dokładności wyznaczonego szacunkowo czasu wypełnienia ankiety i sugestie odnośnie ulepszenia formularza należy kierować na adres: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

