

## **Appendix G**

### **Frequently Asked Questions for Customer Support (Polish)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

# CAHPS Hospice Survey

## Frequently Asked Questions for Customer Support

### Overview

This document provides customer support guidance on responding to frequently asked questions (FAQ) from caregivers answering the CAHPS Hospice Survey. It should be used for all modes of survey administration. The FAQ provide answers to general questions about the survey, concerns about participating in the survey and questions about completing/returning the survey. Survey vendors may amend the document to be specific to their operations or revise individual responses for clarity.

*Note: Survey vendors conducting the CAHPS Hospice Survey must NOT attempt to influence caregivers in a particular way. For example, the survey vendor conducting the CAHPS Hospice Survey must NOT say, imply or persuade caregivers to respond to items in a particular way. In addition, survey vendors must NOT indicate or imply in any manner that the hospice, its personnel or its agents will appreciate or gain benefits if caregivers respond to the items in a particular way. Please refer to the “Program Requirements” section of the CAHPS Hospice Survey Quality Assurance Guidelines for more information on communicating with caregivers.*

### I. Pytania ogólne dotyczące ankiety

#### ➤ Kto przeprowadza tę ankietę? Kto jest sponsorem tej ankiety?

Jestem ankierem/ankierką z organizacji badawczej [SURVEY VENDOR NAME]. [HOSPICE NAME] poprosiło naszą organizację o pomoc w przeprowadzeniu tej ankiety, aby uzyskać opinie opiekunów, których członek rodziny lub przyjaciel ostatnio zmarł, gdy znajdował się pod opieką hospicjum.

#### ➤ Jaki jest cel tej ankiety? W jaki sposób zebrane dane zostaną wykorzystane?

Ankieta jest częścią ogólnokrajowej inicjatywy sponsorowanej przez Medicare mającej na celu ocenę jakości opieki w hospicjach.

Ankieta ma na celu zbadanie opinii opiekunów na temat opieki hospicyjnej w celu podania jej do publicznej wiadomości. Dane zebrane w ramach ankiety zostaną przekazane konsumentom, aby pomóc im w podjęciu świadomej decyzji przy wyborze hospicjum. Dane są podawane do publicznej wiadomości na stronie Care Compare (<https://www.medicare.gov/care-compare/>). Zostaną one także wykorzystane do podniesienia jakości opieki zapewnianej przez hospicja. Pana/Pani udział jest bardzo ważny.

#### ➤ Jak mogę zweryfikować autentyczność tej ankiety?

Może się Pan/Pani skontaktować z [HOSPICE NAME] pod numerem telefonu [TELEPHONE NUMBER] w celu uzyskania informacji o tej ankiecie.

*NOTE: SURVEY VENDORS MUST OBTAIN CONTACT INFORMATION FROM THE HOSPICE ABOUT WHO TO CONTACT TO VERIFY THE LEGITIMACY OF THE SURVEY.*

- **Czy istnieje agencja rządowa, z którą mogę się skontaktować, aby uzyskać informacje o tej ankiecie?**

Tak, można skontaktować się z ośrodkami usług Medicare i Medicaid (CMS), agencją federalną działającą w ramach Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (HHS), dzwoniąc pod numer telefonu pomocy technicznej ankiety CAHPS Hospice Survey: 1-844-472-4621 lub wysyłając wiadomość e-mail na adres [hospicecahpsurvey@hsag.com](mailto:hospicecahpsurvey@hsag.com).

- **Czy moje odpowiedzi są poufne? Kto będzie mieć dostęp do moich odpowiedzi?**

Pana/Pani odpowiedzi będą widoczne dla personelu badawczego i mogą zostać udostępnione hospicjum w celu poprawy jakości usług.

- **Ile czasu to zajmie?**

Wypełnienie ankiety zajmie około 9 minut [OR SURVEY VENDOR SPECIFY].

*NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER THE SURVEY IS INTEGRATED WITH HOSPICE-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTIONS.*

- **Jakie pytania będą zadawane?**

W ankiecie zadawane będą pytania dotyczące doświadczeń członka Pana/Pani rodziny lub przyjaciela podczas korzystania z opieki i usług hospicjum. Będą tam pytania do Pana/Pani o wszelkie problemy, których mógł doświadczać otrzymując opiekę lub usługi. Będzie Pan/Pani też proszony/-a o ocenę różnego rodzaju opieki i usług, które członek Pana/Pani rodziny lub przyjaciel mógł otrzymywać.

- **Skąd mają Państwo moje imię i nazwisko? W jaki sposób zostałem/-am wybrany/-na do udziału w ankiecie?**

Pana/Pani nazwisko zostało losowo wybrane spośród wszystkich ostatnich zgonów pacjentów w [HOSPICE NAME].

- **Gdzie mogę znaleźć wyniki tej ankiety?**

Oficjalne wyniki ankiety CAHPS Hospice Survey podawane są do publicznej wiadomości cztery razy do roku na stronie Care Compare (<https://www.medicare.gov/care-compare/>). Planowane aktualizacje danych dotyczących ankiety CAHPS Hospice Survey odbywają się w lutym, maju, sierpniu i listopadzie. Publicznie ogłaszane wyniki ankiety CAHPS Hospice Survey są obliczane na podstawie danych z ośmiu kwartałów; podsumowanie w postaci oceny gwiazdkowej [ang. Star Rating], opartej na wynikach ankiety CAHPS Hospice Survey jest aktualizowane dwa razy w roku.

## **II. Obawy dotyczące uczestnictwa w ankiecie**

- **Nie wypełniam ankiet.**

Rozumiem, mam jednak nadzieję, że rozważy Pan/Pani udział w ankiecie. To bardzo ważne badanie dla [HOSPICE NAME]. Wyniki ankiety pomogą im zrozumieć co robią dobrze, a co należy poprawić.

- **Nie jestem zainteresowany/-a.**  
[HOSPICE NAME] naprawdę przydałaby się Pana/Pani pomoc. Czy może mi Pan/Pani wyjaśnić, dlaczego nie jest Pan/Pani zainteresowany(-a) udziałem w ankiecie?
- **Obawiam się, że ankieta może być „oszustwem” i, jeśli udzielę takich odpowiedzi, mogą one zostać zapisane i wykorzystane przeciwko mnie.**  
Może Pan/Pani udzielać alternatywnych pozytywnych lub negatywnych odpowiedzi na pytania.
- **Jestem bardzo zajęty/-a. Naprawdę nie mam na to czasu.**  
Wiem, że Pan/Pani czas jest ograniczony, jednakże, jest to bardzo ważna ankieta i będę bardzo wdzięczny/-a za Pana/Pani dzisiejszą pomoc. Wywiad zajmie około 9 minut [OR SURVEY VENDOR SPECIFY]. Może moglibyśmy zacząć i zobaczyć jakie są to pytania. Możemy przerwać w dowolnym momencie.

*[IF NECESSARY:]* W razie potrzeby wywiad można podzielić na części; nie musi Pan/Pani odpowiadać na wszystkie pytania podczas jednej sesji.

*[IF NECESSARY:]* Mogę umówić Pana/Panią na to w dogodnym dla Pana/Pani momencie, w tym wieczorem lub w weekend, jeżeli tak Pan/Pani preferuje.

*NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER THE SURVEY IS INTEGRATED WITH HOSPICE-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTIONS.*

- **Zadzwoń/-a Pan/Pani na mój telefon komórkowy. Czy może Pan/Pani oddzwonić po godzinie [CAREGIVER SPECIFY TIME]?**  
Tak, możemy oddzwonić po [CAREGIVER SPECIFIED TIME].

*[IF “NO,” SET FUTURE DATE/TIME FOR CALL BACK.]*

*NOTE: TELEPHONE CALL ATTEMPTS ARE TO BE MADE BETWEEN THE HOURS OF 9 AM AND 9 PM, RESPONDENT TIME, UNLESS AN ALTERNATIVE TIME IS REQUESTED BY THE CAREGIVER.*

- **Nie chcę odpowiadać na wiele pytań osobistych.**  
Rozumiem Pana/Pani obawy. To bardzo ważna ankieta. Jeśli któreś pytanie jest dla Pana/Pani niekomfortowe, proszę po prostu powiedzieć, że nie chce Pan/Pani na nie odpowiadać, i przejdę do następnego pytania. Może zaczniemy i będzie mógł/mogła Pan/Pani zobaczyć, jakie są to pytania?
- **Jestem bardzo niezadowolony/-na z [HOSPICE NAME] i nie widzę powodu, dla którego miałbym/-abym pomagać im poprzez wypełnienie tej ankiety.**  
Jest mi bardzo przykro, że jest Pan/Pani niezadowolony/-a. To bardzo dobry powód, aby w tym Pan/Pani uczestniczył/-a. Pana/Pani odpowiedzi pomogą hospicjum zrozumieć co musi poprawić.

➤ **Czy muszę wypełnić tę ankietę? Co się stanie, jeżeli nie zrobię tego? Dlaczego powinienem/powinnam?**

Pana/Pani uczestnictwo jest dobrowolne. Nie ma żadnych kar za rezygnację z udziału. Ale jest to bardzo ważna ankieta i Pana/Pani odpowiedzi pomogą nam poprawić jakość opieki świadczonej przez [HOSPICE NAME] oraz pomogą także innym klientom podjąć świadome decyzje przy wyborze hospicjum dla siebie lub ich członka rodziny bądź przyjaciela.

➤ **Czy po wypełnieniu tej ankiety będę otrzymywać spam/reklamy?**

Nie, nie będzie Pan/Pani otrzymywać spamu/reklam w wyniku wypełnienia tej ankiety.

➤ **Jestem na liście osób, do których nie należy dzwonić. Czy powinien Pan/Pani do mnie dzwonić?**

Lista osób, które nie życzą sobie telefonów zabrania kontaktu w celach handlowych i telemarketingowych. Niczego nie sprzedajemy ani nie prosimy o pieniądze. Jesteśmy firmą przeprowadzającą ankietę. Pana/Pani hospicjum poprosiło nas o pomoc w przeprowadzeniu tej ankiety.

➤ **Nie chcę niczego kupować.**

Niczego nie sprzedajemy ani nie prosimy o pieniądze. Chcemy zadać Panu/Pani kilka pytań dotyczących opieki i usług świadczonych przez [HOSPICE NAME].

### **III. Pytania dotyczące wypełnienia/odesłania ankiety**

➤ **Czy jest ostateczny termin na wypełnienie tej ankiety?**

*[FOR MAIL SURVEY:]* Ponieważ musimy skontaktować się z dużą liczbą osób, bardzo pomocne byłoby, gdyby mógł Pan/mogła Pani odesłać ją w ciągu kilku następnych dni.

*[FOR PHONE SURVEY:]* Musimy zakończyć wszystkie wywiady możliwie najszybciej, ale ponieważ musimy skontaktować się z dużą liczbą osób, bardzo by nam pomogło, gdybyśmy mogli przeprowadzić ten wywiad teraz. Jeżeli nie ma Pan/Pani czasu, może mogę umówić się z Panem/Panią na inny termin w ciągu kilku następnych dni.

*[DURING WEB SURVEY WINDOW:]* Ponieważ musimy jak najszybciej zakończyć ankietę, byłoby bardzo pomocne, gdyby mógł Pan/Pani wypełnić ją w ciągu najbliższych kilku dni.

➤ **Gdzie w kwestionariuszu należy wpisać moje imię i nazwisko oraz adres?**

W kwestionariuszu nie należy podawać swojego imienia i nazwiska ani adresu. Każdej ankiecie został przypisany numer identyfikacyjny, który pozwala nam monitorować którzy opiekunowie odesłali wypełniony kwestionariusz.

➤ **Opiekun, z którym się Pan/Pani skontaktował /-a przebywa w placówce opieki zdrowotnej.**

Nazywam się [INTERVIEWER NAME] i dzwonię z [SURVEY VENDOR]. Przeprowadzamy ankietę dotyczącą opieki hospicyjnej. Na potrzeby tej ankiety musimy

rozmawiać bezpośrednio z [SAMPLED CAREGIVER NAME]. Czy [SAMPLED CAREGIVER NAME] jest dostępny/-a?

*[IF NECESSARY:]* Przeprowadzamy bardzo ważną ankietę będącą częścią ogólnokrajowej inicjatywy sponsorowanej przez amerykański Departament Zdrowia i Usług Społecznych [ang. United States Department of Health and Human Services]. Wyniki ankiety pomogą hospicjom zrozumieć co robią dobrze, a co należy poprawić.

*NOTE: CAREGIVERS IN HEALTHCARE FACILITIES SUCH AS ASSISTED LIVING FACILITIES, LONG-TERM CARE FACILITIES OR NURSING HOMES ARE ELIGIBLE FOR THE SURVEY.*

➤ **Chciałbym/chciałabym wypełnić tę ankietę przez Internet, czy jest taka możliwość?**

*[FOR MAIL ONLY/PHONE ONLY/MAIL PHONE MODE:]* Nie, ankietę CAHPS Hospice Survey może być wypełniona jedynie za pośrednictwem [DEPENDING ON MODE: poczty / telefonicznie/ poczty lub telefonicznie].

*[FOR WEB MAIL MODE:]* Jeżeli hospicjum miało Pana/Pani adres mailowy, najprawdopodobniej wysłaliśmy już Panu/Pani link do wypełnienia ankiety w sieci. W innym przypadku, ankietę może być przeprowadzona jedynie za pośrednictwem poczty.