

## OPIEKA KOORDYNOWANA

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do udziału w badaniu dotyczącym opieki koordynowanej realizowanej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Z góry dziękujemy za Państwa poświęcony czas.

Fundacja My Pacjenci wraz z Partnerami

1. Ile ma Pan/i lat? (Prosimy o wpisanie liczby.)

-----

2. Jakiej jest Pan/i płci?

*Można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

- kobieta
- mężczyzna
- inna/nie chce podawać

3. Jakie ma Pan/i wykształcenie?

*Można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

- niepełne podstawowe
- podstawowe lub gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

4. Jak jest Pana/Pani miejsce zamieszkania?

*Można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

- wieś
- miasto do 20 tys. mieszkańców
- miasto od 21 tys. do 100 tys. mieszkańców
- miasto od 101 tys. do 300 tys. mieszkańców
- miasto powyżej 300 tys. mieszkańców

5. W jakim województwie Pan/i mieszka?

Można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

- Dolnośląskie
- Kujawsko-pomorskie
- Lubelskie
- Lubuskie
- Łódzkie
- Małopolskie
- Mazowieckie
- Opolskie
- Podkarpackie
- Podlaskie
- Pomorskie
- Śląskie
- Świętokrzyskie
- Warmińsko-mazurskie
- Wielkopolskie
- Zachodniopomorskie

6. W jakiej miejscowości jest Pana/Pani placówka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)?

-----

7. Czy choruje Pan/i na którąś z wymienionych chorób przewlekłych?

Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- tak - choroby kardiologiczne: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków
- tak - choroby diabetologiczne: stany przedcukrzycowe, cukrzyca
- tak - choroby pulmonologiczne/alergologiczne: POCHP, astma
- tak - choroby endokrynologiczne: niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, guzki pojedyncze/mnogie
- tak - choroby nefrologiczne – przewlekła choroba nerek
- tak - inna choroba (jaka?): -----
- nie (koniec badania)

8. Czy poza badaniami krwi miał/a Pan/i robione inne badania diagnostyczne?

*Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.*

- tak, Holter EKG (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- tak, Echo serca (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- tak, USG Doppler (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- tak, biopsja tarczycy (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- tak, Holter RR (ciśnieniowy) (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- tak, spirometria (Ile wynosił czas oczekiwania w tygodniach?): \_\_ \_\_
- nie

9. Czy został/a Pan/i objęty/a programem opieki koordynowanej, to znaczy lekarz/rka ustalił/a z Panem/Panią Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- tak
- nie
- nie wiem

10. Ile miesięcy temu został z Panem/Panią ustalony Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)?

*Prosimy o odpowiedź w miesiącach (wpisanie tylko liczby).*

-----

11. Czy została z Panem/Panią przeprowadzona porada edukacyjna?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- tak, przez lekarza/lekarzkę
- tak, przez pielęgniarza/pielęgniarkę
- tak, zarówno przez lekarza/lekarzkę, jak i przez pielęgniarza/pielęgniarkę
- nie

12. Ile odbyło się porad edukacyjnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- więcej niż 3

13. Jak je Pan/i ocenia?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- 1 - bardzo źle
- 2 - źle
- 3 - przeciętnie
- 4 - dobrze
- 5 - bardzo dobrze

14. Czy została z Panem/Panią przeprowadzona porada dietetyczna?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- tak (ile porad?): \_\_\_\_\_
- nie - zaproponowano mi, ale nie byłem/am zainteresowany/a (dlaczego?): \_\_\_\_\_
- nie, nie zaproponowano mi takiej porady

**Poniższa część kwestionariusza dotyczy oceny opieki koordynowanej, z której Pani/Pan korzysta w placówce medycznej.**

15. Czy przy ustalaniu planu opieki medycznej wszystkie Pana/Pani potrzeby zostały uwzględnione?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- Wszystkie moje potrzeby zostały uwzględnione.
- Prawie wszystkie moje potrzeby zostały uwzględnione.
- Niektóre z moich potrzeb zostały uwzględnione.
- Niewiele z moich potrzeb zostało uwzględnione.
- Żadne z moich potrzeb nie zostały uwzględnione.

16. W jakim stopniu zgadza się Pana/Pani z następującymi stwierdzeniami:

*W każdym wierszu prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

	<b>Zdecydowanie się zgadzam</b>	<b>Zgadzam się</b>	<b>Nie mam zdania</b>	<b>Nie zgadzam się</b>	<b>Zdecydowanie się nie zgadzam</b>
Byłam/em zaangażowana/y w decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia na takim poziomie, jakiego chciałam/em.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarz/rka przedstawił/a mi plan diagnostyki i leczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moja diagnostyka i leczenie przebiegają zgodnie z ustalonym planem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lista leków, które przyjmuję, została sprawdzona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem, z kim się skontaktować w przychodni, jeśli mam pytania dotyczące mojego stanu zdrowia lub leczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jest dla mnie jasne jak mam brać przepisane leki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zespół Przychodni dobrze współpracuje, aby zapewnić mi jak najlepszą opiekę i wsparcie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem zadowolony/a z opieki zdrowotnej w mojej Przychodni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wszystkie informacje były mi przekazywane na czas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wszystkie informacje były mi przekazywane w zrozumiały sposób.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. W jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z następującymi stwierdzeniami:

*W każdym wierszu prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie mam zdania	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam
Mogę skontaktować się z moim lekarzem, jeśli potrzebuję dodatkowych informacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej placówce jest osoba, która wspiera mnie w realizacji zaleceń lekarza, tzw. koordynator.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka zdrowotna, którą otrzymuję w ramach opieki koordynowanej, sprawia, że czuję się bezpiecznie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Jak często Pan/i...?

*W każdym wierszu prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

	<b>zawsze</b>	<b>często</b>	<b>czasami</b>	<b>rzadko</b>	<b>nigdy</b>
stosuje się całkowicie do zaleceń lekarza POZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsultuje zalecenia lekarza POZ u lekarza specjalisty poza swoją przychodnią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsultuje zalecenia lekarza POZ na forach internetowych lub mediach społecznościowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsultuje zalecenia lekarza POZ z kimś zaufanym w mojej rodzinie lub wśród przyjaciół	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jeśli ma Pan/i problem związany z chorobą przewlekłą, to od którego miejsca szuka Pan/i pomocy? Prosimy uszeregować od pierwszego (1) do ostatniego, wpisując numer obok zaznaczonej odpowiedzi.

Nie trzeba zaznaczać wszystkich odpowiedzi, ale można więcej niż jedną.

lekarz/rka podstawowej opieki zdrowotnej: \_ \_

lekarz/rka w poradni specjalistycznej: \_ \_

pielęgniarz/rka podstawowej opieki zdrowotnej: \_ \_

internet - fora internetowe, media społecznościowe: \_ \_

internet - medyczne strony internetowe: \_ \_

rodzina/przyjaciele: \_ \_

20. Na ile jest prawdopodobne, że poleciłby/poleciłaby Pan/i udział w programie opieki koordynowanej swojej rodzinie lub znajomym?

*Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

*Zdecydowanie  
nie polecę*

*Zdecydowanie  
polecę*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

21. Jeśli chciałby Pan/i zostawić jakiś komentarz, można to zrobić tutaj.

-----  
-----  
-----

22. Jeśli zgadza się Pan/i na kilka dodatkowych pytań dotyczących opieki koordynowanej, prosimy o zostawienie numeru telefonu i imienia.

-----