

Положение об анкетировании пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь и (или) их законных представителей

1. Настоящее положение регулирует отношения, связанные с проведением анкетирования пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, и (или) их законных представителей в целях изучения их мнения и оценки удовлетворённости качеством и доступностью паллиативной медицинской помощи, оказываемой детям в медицинских организациях Республики Башкортостан.

2. Анкетирование проводится Республиканским детским центром паллиативной медицинской помощи (далее – РДЦПМП). Уполномоченной организацией за проведение анкетирования и анализ его результатов назначается Автономная некоммерческая медицинская организация «Уфимский Хоспис» (далее – АНМО «Уфимский Хоспис»).

3. Первичное анкетирование проводится первично через 1 месяц после признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи и выписки из стационара с использованием анкеты № 1, утвержденной пунктом 10 настоящего приложения. Периодическое анкетирование пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, проводится с использованием анкеты № 2, утвержденной пунктом 11 настоящего приложения, в течение последних 10 дней месяца в марте, июне, сентябре, декабре ежегодно. Анализ результатов и формирование отчета проводится в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

4. Внеплановое анкетирование может проводиться в целях оперативного анализа ситуации или изучения отдельных вопросов оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе не включенных в утвержденные настоящим приложением анкеты.

5. До начала анкетирования специалист РДЦПМП информирует по телефону респондентов о его целях и порядке заполнения анкет.

6. Анкета может быть заполнена респондентом самостоятельно или специалистами РДЦПМП под его диктовку, на бумажном носителе или в онлайн-формате. Специалист РДЦПМП, при необходимости, разъясняет респонденту отдельные формулировки анкеты.

7. Обработка анкет и первичный анализ по итогам анкетирования выполняется ответственным лицом РДЦПМП. Результаты проведенного анализа анкетирования представляются в Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, обсуждаются на Координационном совете и используются в целях совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи детям.

АНКЕТА № 1 первичная
ПО ОЦЕНКЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЯМ

Уважаемый пациент/законный представитель пациента!

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество оказания паллиативной медицинской помощи детям в Республике Башкортостан. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов ответов на каждый вопрос. При этом не нужно указывать свое имя или персональные данные ребенка, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

Укажите место проживания (название населенного пункта) _____
К какой медицинской организации Ваш ребенок прикреплен для обслуживания? _____

1. Общие сведения

1.1. укажите пол получателя паллиативной медицинской помощи: М / Ж

1.2 укажите возраст получателя паллиативной медицинской помощи _____

1.3. с каким основным диагнозом получаете паллиативную медицинскую помощь (вписать) _____

1.4. укажите, в каких условиях была установлена нуждаемость в паллиативной медицинской помощи: в поликлинике / в стационаре

1.5. после выписки из стационара в течение какого времени Вас посетила выездная бригада паллиативной медицинской помощи на дому:

- в течение 3 дней

- от 3 до 7 дней

- от 7 до 30 дней

- не посещала в течение месяца.

2. Оцените по пятибалльной шкале удовлетворенность обстоятельствами сообщения диагноза

2.1. корректное и внимательное отношение медицинского персонала при сообщении диагноза и признании нуждающимся в паллиативной медицинской помощи

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2. ответы на все возникшие вопросы по оказанию паллиативной медицинской помощи

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3. обучение навыкам ухода и использования технических средств реабилитации, медицинских изделий, в том числе их самостоятельной замене

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4. обучение правилам кормления, разъяснения по рациону питания и приготовлению пищи

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5. обеспечение необходимыми медикаментами

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6. обеспечение необходимыми медицинскими изделиями

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7. обеспечение средствами ухода

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8. разъяснения по вопросам социальной помощи, социально-ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных фондов

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Укажите, консультации каких специалистов в рамках паллиативной медицинской помощи на дому Вы хотели бы получить (вписать) _____

4. Как часто Вы хотели бы получать осмотр специалистов выездной паллиативной помощи на дому (отметить, при другой частоте – вписать в свободную графу)

1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	
---------------	------------------	-------------------	--

5. Оцените по пятибалльной шкале оказание паллиативной помощи **в стационарных условиях**.

5.1. удовлетворенность доступностью паллиативной медицинской помощи в стационаре (ребенка можно госпитализировать по первому требованию)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.2. удовлетворенность качеством и набором медицинских процедур в рамках стационарной паллиативной медицинской помощи

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3. удовлетворенность обеспеченностью медикаментами при оказании паллиативной медицинской помощи в стационаре

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.4. удовлетворенность обеспеченностью медицинскими изделиями при оказании паллиативной медицинской помощи в стационаре

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.5. оцените в баллах внимание и доброжелательное отношение медицинских работников

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Как часто Вы **хотели бы** получать паллиативную помощь в стационаре?

1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 12 месяцев	не нуждается
------------------	---------------------	----------------------	-----------------------	--------------

7. Нуждается ли Ваша семья в помощи психолога? **да / нет**

8. Нуждается ли Ваш ребенок в госпитализации в рамках «передышки» для семьи? **да / нет**

9. Разъясняют ли Вам медицинские работники в поликлинике по месту жительства правила и порядок направления на освидетельствование в Бюро МСЭ? **да / нет**

10. Знаете ли Вы контактные данные социального работника? **да / нет**

11. Состоит ли Ваша семья на социальном обслуживании? **да / нет**

12. Пользуетесь ли Вы помощью благотворительных фондов (кроме БФ «Круг добра»)? **да / нет** (если «да», укажите какими) _____

13. Ваши предложения, пожелания по улучшению оказания паллиативной медицинской помощи: _____

Дата заполнения анкеты: «__» _____ 20__ г

**АНКЕТА № 2 периодическая
ПО ОЦЕНКЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЯМ**

Уважаемый пациент/законный представитель пациента!

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество оказания паллиативной медицинской помощи детям в Республике Башкортостан. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов ответов на каждый вопрос. При этом не нужно указывать свое имя или персональные данные ребенка, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

Укажите место проживания (название населенного пункта) _____
К какой медицинской организации Ваш ребенок прикреплен для обслуживания? _____

1. Общие сведения

- 1.1. укажите пол получателя паллиативной медицинской помощи: М / Ж
1.2 укажите возраст получателя паллиативной медицинской помощи _____
1.3. как долго получаете паллиативную медицинскую помощь (месяцев, лет) _____
1.4. с какого возраста получаете паллиативную медицинскую помощь: _____
1.5. с каким основным диагнозом получаете паллиативную медицинскую помощь (вписать) _____

2. Оцените по пятибалльной шкале удовлетворенность получаемой паллиативной медицинской помощи на дому

- 2.1. удовлетворенность частотой осмотров ребенка медицинскими специалистами на дому

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.2. продолжительность осмотра ребенка медицинскими специалистами на дому

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.3. удобство расписания визитов специалистов на дом

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.4. обеспечение необходимыми медикаментами

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.5. обеспечение необходимыми медицинскими изделиями

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.6. обеспечение средствами ухода

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.7. внимание и доброжелательное отношение медицинских работников

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Укажите, консультации каких специалистов в рамках паллиативной медицинской помощи на дому Вы хотели бы получить (вписать) _____

4. Как часто Вы хотели бы получать осмотр специалистов выездной паллиативной помощи на дому (отметить, при другой частоте – вписать в свободную графу)

1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	
---------------	------------------	-------------------	--

5. Оцените по пятибалльной шкале оказание паллиативной помощи **в стационарных условиях**.

5.1. удовлетворенность доступностью паллиативной медицинской помощи в стационаре (ребенка можно госпитализировать по первому требованию)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.2. удовлетворенность качеством и набором медицинских процедур в рамках стационарной паллиативной медицинской помощи

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3. удовлетворенность обеспеченностью медикаментами при оказании паллиативной медицинской помощи в стационаре

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.4. удовлетворенность обеспеченностью медицинскими изделиями при оказании паллиативной медицинской помощи в стационаре

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.5. оцените в баллах внимание и доброжелательное отношение медицинских работников

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Как часто Вы **хотели бы** получать паллиативную помощь в стационаре?

1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 12 месяцев	не нуждается
---------------	------------------	-------------------	--------------------	--------------

7. Укажите, как часто Ваш ребенок **сейчас получает** паллиативную медицинскую помощь в стационаре:

1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 12 месяцев	не получает
---------------	------------------	-------------------	--------------------	-------------

8. Нуждается ли Ваш ребенок в госпитализации в рамках «передышки» для семьи? **да / нет**

9. Разъясняют ли Вам медицинские работники в поликлинике по месту жительства правила и порядок направления на освидетельствование в Бюро МСЭ? **да / нет**

10. Знаете ли Вы контактные данные социального работника? **да / нет**

11. Состоит ли Ваша семья на социальном обслуживании? **да / нет**

12. Пользуетесь ли Вы помощью благотворительных фондов (кроме БФ «Круг добра»? **да / нет** (если «да», укажите какими) _____

13. Ваши предложения, пожелания по улучшению оказания паллиативной медицинской помощи: _____

Дата заполнения анкеты: «___» _____ 20__ г