

Пребывание вашего родственника в доме престарелых (в отделении реабилитации):

несколько вопросов к вам как к лицу, ответственному за медицинский уход

_____ является частью важного проекта по совершенствованию нашей работы с лицами, ответственными за медицинский уход. В рамках этого проекта мы предлагаем вам заполнить данную анкету, так как вы принимали личное участие в медицинском уходе за своим родственником во время его / ее пребывания в доме престарелых. Ваши ответы помогут нам усовершенствовать наши процедуры перевода пациента из больницы в другие условия.

Эта анкета касается вас, а не вашего родственника или друга, который пребывал в больнице. Помните, нет правильных или неправильных ответов. Пожалуйста, выбирайте те ответы, которые лучше всего описывают ваш опыт. Если вопрос выходит за сферы вашего опыта, или вы не знаете ответа, просто обведите или отметьте ответ «Не знаю» или «Не относится». В конце каждого раздела есть место, где вы можете оставить свои комментарии или пояснить какие-либо ответы. Для заполнения этой анкеты вам потребуется около 10 минут.

Вам не нужно будет указывать свое имя или иные личные данные. Ваш отчет никоим образом не повлияет на оказание медицинских услуг вашему родственнику сейчас или в будущем.

Данная анкета была составлена некоммерческой исследовательской организацией в области политики здравоохранения United Hospital Fund в рамках кампании «*Next Step in Care*». Более подробную информацию об этом вы найдете на сайте www.nextstepincare.org. На этом сайте также размещена справочная информация, которая поможет вам подготовить переход вашего родственника из одного учреждения здравоохранения в другое. Например, здесь вы прочитаете о том, чего следует ожидать при переходе из больницы в реабилитационный центр или дом престарелых.

Благодарим вас за то, что заполнили эту анкету. Нам важно знать ваше мнение. Заполнив эту анкету, вы внесли вклад в совершенствование процедур по уходу за пациентами и поддержке лиц, ответственных за медицинский уход.

Данные о лице, ответственном за медицинский уход

1. Я являюсь (отношение к пациенту): *(выберите один из вариантов, указанных ниже)*

Супругом(ой) / Партнером Родителем Сыном / Дочерью

Другим родственником Другом Другое: _____

2. Пациента приняли в дом престарелых по причине:

3. Пожалуйста, выберите название отделения, в которое поступил ваш родственник:

Отделение реабилитации Отделение сестринского ухода Другое: _____

4. Пациенту _____ лет.

Комментарии:

А. Поступление

1. Во время поступления моего родственника в дом престарелых персонал:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) поприветствовал меня и показал мне учреждение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) предоставил мне номер, по которому можно было круглосуточно 7 дней в неделю справляться о состоянии моего родственника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) разъяснил мне мою роль как представителя семьи на время лечения моего родственника в учреждении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) предоставил мне заявление, в котором указывается важность моего участия в уходе за здоровьем и благополучием моего родственника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

А. Поступление (продолжение)

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
e) предоставил мне копию личного заявления, в котором указано, что медицинскому персоналу разрешено предоставлять мне медицинскую информацию, если нет возражений со стороны моего родственника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) проинформировал меня об услугах и ресурсах, которыми я могу пользоваться, пока мой родственник находится в больнице (например, семейные собрания, пребывание в учреждении ночью и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. В течение первых нескольких дней пребывания моего родственника в учреждении медицинский персонал:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) сообщил мне, как долго может продолжаться пребывание моего родственника в учреждении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) разъяснил мне, как страховая компания будет определять, какие услуги будут покрыты, а также предупредил о возможности того, что мне сообщат о прекращении действия медицинской страховки очень незадолго до прекращения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) рассказал, как страховое покрытие может повлиять на услуги, предоставляемые моему родственнику во время текущего пребывания в учреждении и доступность услуг после выписки.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

В. Что нужно мне как ответственному за медицинский уход

3. При подготовке к выписке сотрудники дома престарелых узнали у меня о том:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) какими навыками и умениями по оказанию медицинского ухода я владею	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) каков мой уровень комфортности при выполнении задач по медицинскому уходу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) свободен ли я в то время, когда необходимо оказывать медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

С. Подготовка к выписке

4. Во время подготовки моего родственника к выписке из дома престарелых, медицинский персонал позаботился о том, чтобы:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) сообщить мне заранее день и время, когда моему родственнику нужно будет покинуть дом престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) у меня было достаточно времени для принятия решений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) предоставить мне в письменном виде информацию о правах моего родственника относительно выписки, в том числе об апелляционном производстве	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) предоставить мне информацию обо всех доступных вариантах ухода, таких как домашний уход, дневной уход за взрослыми и др.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) рассказать мне о страховом покрытии различных вариантов медицинского ухода после того, как мой родственник будет дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) рассказать мне о том, какие услуги и оборудование понадобятся дома (транспорт, больничные койки, приспособления для ходьбы и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) проинформировать меня о том, куда я могу обратиться за поддержкой для себя (например, о группах поддержки лиц, ответственных за медицинский уход, о временном уходе и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Если моему родственнику назначили уход на дому, персонал дома престарелых сообщил мне о том, что между выпиской моего родственника из больницы и началом оказания услуг по уходу на дому может пройти некоторое время:

Да	Нет	Не знаю	Не относится
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

D. Общение

6. Чтобы помочь мне разобраться с инструкциями, мне предоставили

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) медицинскую информацию в доступной форме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) печатные материалы на моем языке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) профессионального переводчика (т.е. кого-то, кто говорит на моем языке), при необходимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

E. Обучение

7. Персонал дома престарелых научил меня:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) давать нужные лекарства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) следить за изменениями в состоянии моего родственника и сообщать о них	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) пользоваться медицинским оборудованием, если необходимо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) понимать, что рекомендуется есть родственнику и сколько ему / ей нужно заниматься упражнениями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) как узнавать чрезвычайную ситуацию или такое изменение в состоянии, которое требует немедленного реагирования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

Ф. Когда мой родственник выписывался из дома престарелых

8. Во время выписки сотрудники дома престарелых:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) проинструктировали меня относительно диеты, видов активности и симптоматики	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) предоставили мне имя и номер телефона лица, к которому можно обращаться с вопросами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) предоставили мне список медицинских препаратов, которые принимает мой родственник, с указанием дозировок и инструкциями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) дали мне информацию об оплате медицинских препаратов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) сказали мне, когда организовать будущий(ие) визит(ы) к врачу, и что с собой брать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Прежде чем перевести моего родственника по направлению на уход на дому или в новое учреждение, сотрудники дома престарелых предоставили мне информацию о службе по уходу на дому или о данном учреждении, чтобы я мог поговорить с их персоналом.

Да	Нет	Не знаю	Не относится
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

Г. Последующая поддержка

10. Сотрудники дома престарелых позвонили мне, чтобы поинтересоваться, нет ли у меня каких-либо вопросов или проблем:

	Да	Нет	Не знаю	Не относится
a) приблизительно в течение дня с момента выписки моего родственника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) в течение двух недель с момента выписки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) никто не звонил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Н. Степень удовлетворенности

11. В целом я доволен той подготовкой, которую мне дал медицинский персонал во время пребывания моего родственника в больнице и после.

Полностью согласен	Согласен	Ни то, Ни другое	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю/ Не относится
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. На основании полученного мною опыта я рекомендую этот дом престарелых другим.

Полностью согласен	Согласен	Ни то, Ни другое	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю/ Не относится
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

Н. Степень удовлетворенности (продолжение)

13. Какую поддержку оказывал вам как лицу, ответственному за медицинский уход, персонал дома престарелых во время пребывания вашего родственника в данном учреждении и при подготовке к выписке?

14. Что еще персонал дома престарелых мог бы сделать, чтобы помочь вам как лицу, ответственному за медицинский уход, во время пребывания вашего родственника в данном учреждении и при подготовке к выписке?