Polish

**Ankieta dotycząca usług tłumaczeń ustnych i pisemnych**

NHS Nottingham & Nottinghamshire Clinical Commissioning Group (CCG) pragnie poznać opinie osób i grup / organizacji pracujących z pacjentami, których ojczystym językiem nie jest angielski, a którzy wymagają usług tłumacza ustnego i pisemnego podczas korzystania z pomocy lekarza ogólnego. Przekazane informacje zwrotne będą od grudnia 2022 roku wykorzystywane do opracowywania specyfikacji nowej usługi.

Podczas udzielania odpowiedzi warto wziąć pod uwagę następujące kwestie:

* W trakcie pandemii COVID-19 pacjentom zaoferowano znacznie więcej wizyt telefonicznych. Choć z czasem ich liczba się zmniejszy, należy zauważyć, że część wizyt telefonicznych będzie nadal realizowana, gdy będzie to medycznie uzasadnione.
* Tłumacze ustni muszą być rezerwowani z co najmniej 48-godzinnym wyprzedzeniem.  W przypadku rezerwacji z wyprzedzeniem krótszym niż 48 godzin, zazwyczaj zaproponowana zostanie usługa tłumaczenia przez telefon podczas wizyty.
* W przypadku języków rzadziej używanych / rzadkich może być wymagane dłuższe wyprzedzenie. Będzie to zależeć od dostępności tłumaczy ustnych.
* Czasami mogą zaistnieć okoliczności uniemożliwiające tłumaczom ustnym stawienie się na umówioną wizytę.
* Wideokonsultacje mogą odbywać się w gabinecie lekarza ogólnego lub w domu.

Z niecierpliwością oczekujemy na wypełnione ankiety.

Ankieta zakończy się **28 kwietnia 2022 r.**

Dziękujemy za pomoc

**1**  Zanim przejdziemy dalej, musimy uzyskać zgodę na zapisanie przekazanych opinii. Opinie te zostaną wykorzystane do analizy i opracowania raportów. Informacje te mogą być udostępniane innym służbom, ale pozostaną one anonimowe i NIE BĘDĄ zawierały niczego, co mogłoby doprowadzić do ustalenia tożsamości użytkownika. Czy wyraża Pan/Pani zgodę?

Tak

Nie

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **O respondencie**  **W jakim miejscu Pan(i) lub pacjenci, z którymi Pan(i) pracuje, korzystają z usług lekarza  ogólnego?**  Mid Nottinghamshire (Mansfield, Ashfield, Newark, Sherwood)  Nottingham City  Nottingham South (Gedling, Broxtowe, Rushcliffe) |
| **3** | **Czy wypełnia Pan/Pani tę ankietę jako:**  Pracownik opieki zdrowotnej  Grupa wsparcia  Przedstawiciel pacjentów  Pacjent  Inna osoba |
| **4** | **Usługi tłumaczenia ustnego podczas wizyt lekarskich w przychodniach – rutynowe  wizyty**  Proszę uszeregować pod względem istotności opcje, które należy oferować pacjentom potrzebującym  wizyty u lekarza ogólnego lub pielęgniarki, którzy muszą korzystać z usług tłumaczeniowych  na **rutynowych wizytach**, gdyż angielski nie jest ich pierwszym językiem.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | W ogóle nie istotne | Nieco istotne | Neutralne | Istotne | Bardzo istotne | | Wizyty bezpośrednie (wizyty bezpośrednie, czyli **twarzą w twarz**, z udziałem tłumacza ustnego wymagają oczekiwania) |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie telefoniczne |  |  |  |  |  | | Spotkanie bezpośrednie (twarzą w twarz) z pracownikiem opieki zdrowotnej z udziałem tłumacza za pośrednictwem wideopołączenia |  |  |  |  |  | | Wideokonsultacja z udziałem pacjenta, pracownika opieki zdrowotnej i tłumacza ustnego |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie ustne bezpośrednie (twarzą w twarz), telefoniczne lub za pośrednictwem wideopołączenia, które umożliwi jak najwcześniejsze umówienie wizyty |  |  |  |  |  | | |
| **5** | **Usługi tłumaczenia ustnego podczas wizyt lekarskich w przychodniach – wizyty tego  samego dnia / pilne wizyty**  Proszę uszeregować pod względem istotności opcje oferowane pacjentom, którzy muszą korzystać z usług tłumaczeniowych, gdyż angielski nie jest ich pierwszym językiem, i potrzebują **wizyty tego**  **samego dnia / pilnej wizyty** u lekarza ogólnego lub pielęgniarki.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | W ogóle nie istotne | Nieco istotne | Neutralne | Istotne | Bardzo istotne | | Tłumaczenie telefoniczne |  |  |  |  |  | | Wizyta bezpośrednia, czyli twarzą w twarz, (w zależności od potrzeb medycznych) u pracownika opieki zdrowotnej za pośrednictwem wideopołączenia |  |  |  |  |  | | Wideokonsultacja z udziałem pacjenta, pracownika opieki zdrowotnej i tłumacza ustnego |  |  |  |  |  | | Wideokonsultacja z pacjentem, pracownikiem opieki zdrowotnej i tłumaczem |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie ustne bezpośrednie (twarzą w twarz), telefoniczne lub za pośrednictwem wideopołączenia, które umożliwi jak najwcześniejsze umówienie wizyty |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Jak prawdopodobne jest, że skorzysta Pan(i) z następujących opcji?**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Bardzo prawdopodobne | Dość prawdopodobne | Ani prawdopodobne, ani mało prawdopodobne | Mało prawdopodobne | Bardzo mało prawdopodobne | | Tłumaczenie ustne bezpośrednie, czyli **twarzą w twarz** (wizyta z udziałem tłumacza ustnego wymaga oczekiwania). |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie telefoniczne |  |  |  |  |  | | Spotkanie bezpośrednie (twarzą w twarz) z pracownikiem opieki zdrowotnej z udziałem tłumacza za pośrednictwem wideopołączenia |  |  |  |  |  | | Wideokonsultacja z udziałem pacjenta, pracownika opieki zdrowotnej i tłumacza ustnego |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie ustne bezpośrednie (twarzą w twarz), telefoniczne lub za pośrednictwem wideopołączenia, które umożliwi jak najwcześniejsze umówienie wizyty |  |  |  |  |  | | |
| **7** | **Jedną z propozycji jest oferowanie bezpośredniego tłumaczenia ustnego  (twarzą w twarz), jedynie tym osobom, które nie posługują się angielskim jako swoim pierwszym językiem ORAZ które mają jedną z poniższych potrzeb lub zaburzeń  komunikacyjnych:**   * Demencja * Trudności w uczeniu się / niepełnosprawność * Choroba psychiczna * komunikacja poprzez czytanie z ruchu ust, zaburzenia słuchu lub prośba pacjenta o  rozsądną korektę / adaptację zgodnie ze standardem dotyczącym ułatwień dostępu do  informacji   Czy uważa Pan/Pani, że należy to zrobić?  Tak  Nie  Nie wiem |
| **8** | **Jedna z propozycji polega na wprowadzeniu kryterium, zgodnie z którym tłumaczenia  bezpośrednie (twarzą w twarz) oferowane byłyby wyłącznie pacjentom, dla których  angielski nie jest pierwszym językiem, potrzebującym usług tłumaczeniowych i  przychodzącym na wizytę podczas której:**   * otrzymają skomplikowane / złe wiadomości * lub muszą podejmować istotne decyzje dotyczące ich opieki * lub gdy przeprowadzane jest badanie miejsc intymnych   Czy uważa Pan/Pani, że należy to zrobić?  Tak  Nie  Nie wiem |
| **9** | **Określanie priorytetów**  Jak ważne są, według Pana(i) następujące kwestie podczas zlecania usług w zakresie  tłumaczeń ustnych i pisemnych?   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | W ogóle nie istotne | Nieco istotne | Neutralne | Istotne | Bardzo istotne | | Koszt ponoszony przez NHS |  |  |  |  |  | | Wyraźne promowanie dostępności różnych rodzajów tłumaczeń ustnych i pisemnych |  |  |  |  |  | | Tłumacz ustny musi mieć doświadczenie w tłumaczeniach ustnych w placówkach opieki zdrowotnej |  |  |  |  |  | | Elastyczne terminy wizyty |  |  |  |  |  | | Pozytywne doświadczenia pacjentów |  |  |  |  |  | | Pozytywne doświadczenia z wizyty w placówce związane z łatwością umawiania wizyty, praktycznymi aspektami, dostępnością tłumacza |  |  |  |  |  | | Zakres oferowanych języków |  |  |  |  |  | | Zakres oferowanych metod (telefon, wideo / twarzą w twarz, twarzą w twarz, wideo) |  |  |  |  |  | | Niezawodność usługi |  |  |  |  |  | | Szybkość reakcji |  |  |  |  |  | | Stosunek jakości do ceny |  |  |  |  |  | | Tłumaczenie pisemne dokumentów medycznych w celu wsparcia opieki świadczonej przez przychodnię lekarską |  |  |  |  |  | |
| **10** | **Proszę dodać wszelkie uwagi, które nie zostały jeszcze uwzględnione w tym kwestionariuszu.** |

**Część poświęcona równości i różnorodności**

Dążymy do zapewnienia wszystkim członkom społeczności równego dostępu do usług opieki zdrowotnej. Aby to osiągnąć, musimy zbierać poniższe informacje, co pomoże nam świadczyć jak najskuteczniejszą i najodpowiedniejszą opiekę zdrowotną.

Udzielanie odpowiedzi na te pytania jest całkowicie dobrowolne, a wszelkie podane informacje pozostaną anonimowe.

**11 Proszę podać płeć.**

Chłopiec/mężczyzna

Dziewczyna/kobieta

Osoba niebinarna (ogólny termin dla osób, których tożsamość płciowa nie pasuje do terminu „mężczyzna” ani „kobieta”)

Inna odpowiedź (można sprecyzować)

Wolę nie mówić

**12 Czy Pana(i) tożsamość płciowa jest taka sama jak płeć zarejestrowana w chwili urodzenia?**

Tak

Nie

Wolę nie mówić

**13 Do jakiego przedziału wiekowego Pan(i) należy?**

Poniżej 16 lat

16–17

18–24

25–34

35–44

45–54

55–64

65–74

75–84

Ponad 85 lat

Wolę nie mówić

**14 Jaka rasa / pochodzenie etniczne najlepiej Pana(-ią) opisuje?**

Arab

Azjata / Brytyjczyk azjatyckiego pochodzenia – Bangladesz

Azjata / Brytyjczyk azjatyckiego pochodzenia – Hindus

Azjata / Brytyjczyk azjatyckiego pochodzenia – Pakistańczyk

Rasa czarna / czarnoskóry Brytyjczyk – Afrykańczyk

Rasa czarna / czarnoskóry Brytyjczyk – Karaib

Chińczyk

Rom lub Irish Traveller

Rasa mieszana – biała i żółta

Rasa mieszana – biała i czarna (afrykańskie pochodzenie)

Rasa mieszana – biała i czarna (karaibskie pochodzenie)

Azjaci o innym pochodzeniu

Osoby czarnoskóre o innym pochodzeniu

Inne pochodzenie etniczne

Inne rasy mieszane

Rasa biała

Rasa biała – Irlandczyk

Wolę nie mówić

**15 Proszę wybrać używany język**

Albański

Amharski

Arabski

Bengalski

Kantoński / mandaryński

Czeski

Dari

Angielski

Farsi

Francuski

Hinduski

Pendżabski (Indie)

Sorani (kurdyjski)

Łotewski

Litewski

Mandaryński

Mongolski

Pendżabski (Pakistan)

Paszto

Polski

Portugalski

Rumuński

Rosyjski

Sorani

Hiszpański

Tigrinia

Urdu

Wietnamski

Inny

**16 Czy ma Pan(i) chorobę lub niepełnosprawność, która wpływa na Pana(-i) życie?**

Nie mam stwierdzonej niepełnosprawności, problemów zdrowotnych ani upośledzenia umysłowego

Chroniczna choroba lub schorzenie, np. rak, HIV, cukrzyca, przewlekła choroba serca lub epilepsja

Problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak depresja, schizofrenia lub zaburzenia lękowe

Upośledzenie fizyczne lub problemy z poruszaniem się, np. trudności w posługiwaniu się rękami, korzystanie z wózka inwalidzkiego lub kul.

Upośledzenie społeczne / komunikacyjne, takie jak zaburzenia mowy i języka lub zespół Aspergera / inne zaburzenia ze spektrum autyzmu

Konkretne trudności w uczeniu się, takie jak dysleksja, dyspraksja lub AD(H)D

Ślepota lub upośledzenie wzroku, które nie może zostać skorygowane okularami

Głuchota lub upośledzenie słuchu

Upośledzenie, schorzenie lub trudności w uczeniu się, które nie zostały wymienione powyżej (można je podać według własnego uznania)

Wolę nie mówić

**17 Czy jest Pan(i) opiekunem udzielającym nieodpłatnego wsparcia członkowi rodziny, partnerowi lub przyjacielowi, który potrzebuje pomocy z powodu choroby, osłabienia, niepełnosprawności, problemów ze zdrowiem psychicznym lub uzależnienia?**

Tak

Nie  
Wolę nie mówić

**18 Jaka jest Pana(-i) religia/wyznanie?**

Brak religii

Ateista (niewierzący)

Buddysta

Chrześcijanin

Chrześcijanin – Kościół Szkocji

Chrześcijanin – Kościół Katolicki

Chrześcijanin – Kościół Prezbiteriański w Irlandii

Chrześcijanin – Kościół Irlandii

Chrześcijanin – Kościół Metodystyczny w Irlandii

Chrześcijanin – Inne wyznanie

Hindus

Żyd

Muzułmanin

Sikh

Osoba uduchowiona

Inna religia lub światopogląd

Wolę nie mówić

**19 Jaka jest Pana(-i) orientacja seksualna?**

Osoba aseksualna

Osoba biseksualna

Gej

Lesbijka

Osoba heteroseksualna

Queer

Inna

Wolę nie mówić

**Dziękujemy za wzięcie udziału w tym badaniu**

**Pana(-i) odpowiedzi są dla nas ważne i zostaną wykorzystane do kształtowania przyszłości opieki zdrowotnej**