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 zusług 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 swoimpierwszym 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**