

Ankieta oceniająca prawidłowość realizacji usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania – wersja podstawowa

Podstawa prawna: § 5 rozporządzenia w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania; art. 50b ust. 3 i 4 ustawy o pomocy społecznej

Informacja dla osoby wypełniającej ankietę

- Ankieta służy ocenie, czy usługi opiekuńcze są świadczone prawidłowo, bezpiecznie, skutecznie i zgodnie z Pani/Pana potrzebami.
- Udział w ankiecie jest dobrowolny. Odmowa udziału nie wpływa na przyznane usługi ani na ich zakres.
- Ankieta jest przeprowadzana nie rzadziej niż raz na pół roku u każdej osoby korzystającej z usług.
- Ankiety nie przeprowadza osoba, która wykonuje u Pani/Pana usługi. Ankieta nie powinna być wypełniana w jej obecności, chyba że wyrażnie sobie Pani/Pan tego życzy.
- Informacja o przetwarzaniu danych osobowych stanowi załącznik nr 16 do zarządzenia i została Pani/Panu przekazana odrębnie.

Metryczka

Numer ankiety w rejestrze / rok	
Data przeprowadzenia	
Odbiorca usług (imię i nazwisko / nr sprawy)	
Okres objęty oceną	
Podmiot świadczący usługi (jednostka / wykonawca)	
Osoba przeprowadzająca ankietę (imię, nazwisko, stanowisko)	
Forma przeprowadzenia	☐ rozmowa bezpośrednia w miejscu zamieszkania ☐ samodzielne wypełnienie ☐ rozmowa telefoniczna
Obecność osób trzecich	☐ nie ☐ tak – kto: ☐ na wyraźne życzenie odbiorcy usług
Ankietę wypełnia	☐ odbiorca usług ☐ odbiorca z pomocą osoby przeprowadzającej ☐ rodzina / opiekun faktyczny (uzasadnienie:)

Część I. Bezpieczeństwo usług

Lp.	Pytanie	Zawsze / tak	Najczęściej	Rzadko	Nigdy / nie	Nie dotyczy
1	Czuje się Pani/Pan bezpiecznie podczas wykonywania usług przez opiekuna.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Opiekun wykonuje czynności ostrożnie, nie powodując bólu ani urazów (przy myciu, kąpieli, przemieszczaniu, zmianie pozycji ciała).	☐	☐	☐	☐	☐
3	Pomoc przy zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych jest wykonywana starannie, a skóra jest chroniona przed odparzeniami i odleżynami.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Leki są przygotowywane i podawane zgodnie z zaleceniem lekarza, o właściwej porze.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Opiekun reaguje prawidłowo, gdy Pani/Pana samopoczucie się pogarsza (wzywa pomoc, informuje rodzinę lub CUS).	☐	☐	☐	☐	☐
6	Sprzęt, z którego Pani/Pan korzysta (wózek, balkonik, kule, podnośnik), jest czysty i sprawny.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ma Pani/Pan poczucie, że Pani/Pana pieniądze i rzeczy są bezpieczne; rozliczenia zakupów i rachunków są jasne.	☐	☐	☐	☐	☐
8	W mieszkaniu utrzymywane są warunki bezpieczne (brak zagrożeń, sprawne urządzenia sanitarne, wynoszone śmieci).	☐	☐	☐	☐	☐

Uwagi do części I:

.....

.....

.....

Część II. Skuteczność usług

Lp.	Pytanie	Zawsze / tak	Najczęściej	Rzadko	Nigdy / nie	Nie dotyczy
9	Opiekun przychodzi w ustalonych dniach i godzinach.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Usługi są wykonywane w pełnym, przyznanym Pani/Panu wymiarze godzin.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Wykonywane są wszystkie czynności, które zostały Pani/Panu przyznane.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Otrzymuje Pani/Pan pomoc w przygotowaniu posiłków, w tym co najmniej jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Otrzymuje Pani/Pan pomoc w codziennej toalecie, a w razie potrzeby w kąpielu.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Otrzymuje Pani/Pan pomoc w zakupach, praniu, sprzątaniu w niezbędnym zakresie.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Otrzymuje Pani/Pan pomoc w sprawach urzędowych, płatnościach i sprawach związanych z leczeniem.	☐	☐	☐	☐	☐
16	W razie nieobecności stałego opiekuna zapewniane jest zastępstwo, a usługi nie są pomijane.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Zgłaszane przez Panią/Pana uwagi są brane pod uwagę i sytuacja ulega poprawie.	☐	☐	☐	☐	☐

Uwagi do części II:

.....

.....

.....

Część III. Celowość usług

Lp.	Pytanie	Zawsze / tak	Najczęściej	Rzadko	Nigdy / nie	Nie dotyczy
18	Zakres przyznanych usług odpowiada Pani/Pana obecnym potrzebom.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Liczba godzin usług jest wystarczająca.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Nie są wykonywane czynności, które są dla Pani/Pana zbędne.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Są potrzeby, w których nie otrzymuje Pani/Pan pomocy, a powinna/powinien (jeżeli tak – proszę opisać poniżej).	☐	☐	☐	☐	☐
22	Otrzymuje Pani/Pan pomoc w kontaktach z otoczeniem (rozmowy, spacer, kontakt z rodziną, czytanie, wyjścia).	☐	☐	☐	☐	☐
23	Pani/Pana sytuacja zdrowotna lub rodzinna zmieniła się od ostatniej oceny w sposób wymagający zmiany zakresu usług.	☐	☐	☐	☐	☐

Uwagi do części III (w tym potrzeby niezaspokojone):

.....

.....

.....

Część IV. Godność, intymność, prawo do samostanowienia

Lp.	Pytanie	Zawsze / tak	Najczęściej	Rzadko	Nigdy / nie	Nie dotyczy
24	Opiekun odnosi się do Pani/Pana z szacunkiem i uprzejmie.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Podczas mycia, kąpieli i czynności higienicznych zapewniona jest intymność (zasłonięte okna, zamknięte drzwi, okrycie ciała).	☐	☐	☐	☐	☐
26	Opiekun pyta o Pani/Pana zdanie i respektuje Pani/Pana decyzje (kolejność czynności, prawo odmowy).	☐	☐	☐	☐	☐

Lp.	Pytanie	Zawsze / tak	Najczęściej	Rzadko	Nigdy / nie	Nie dotyczy
27	Opiekun informuje, co będzie robił, i wyjaśnia wykonywane czynności.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Wykonane czynności są potwierdzane w karcie, którą może Pani/Pan sprawdzić i podpisać.	☐	☐	☐	☐	☐
29	Wie Pani/Pan, komu i w jaki sposób może zgłosić uwagi do usług, w tym anonimowo.	☐	☐	☐	☐	☐

Część V. Pytania otwarte

1. Co w usługach ocenia Pani/Pan najlepiej?

.....

.....

2. Co wymaga poprawy?

.....

.....

3. Czy zdarzyła się sytuacja, która była dla Pani/Pana przykra, niebezpieczna lub niewłaściwa? Jeżeli tak – proszę opisać.

.....

.....

4. Czego brakuje Pani/Panu w zakresie przyznanej pomocy?

.....

.....

Część VI. Ocena ogólna

Ogólna ocena usług opiekuńczych	☐ 5 – bardzo dobra ☐ 4 – dobra ☐ 3 – dostateczna ☐ 2 – zła ☐ 1 – bardzo zła
Czy poleciłaby Pani / poleciłby Pan tę pomoc innej osobie w podobnej sytuacji?	☐ tak ☐ raczej tak ☐ raczej nie ☐ nie

.....
Podpis odbiorcy usług
(lub adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)

.....
Podpis osoby przeprowadzającej ankietę

Część. VII. Wypełnia osoba przeprowadzająca ankietę

Ocena wiarygodności odpowiedzi (obserwacja, spójność, ewentualny wpływ osób trzecich)	
Sygnały wymagające niezwłocznej reakcji	☐ podejrzenie zaniedbania ☐ odleżyny / odparzenia ☐ brak podawania leków ☐ przerwy w świadczeniu usług ☐ zachowanie naruszające godność ☐ podejrzenie nadużycia finansowego ☐ inne:
Wniosek o kontrolę doraźną	☐ nie ☐ tak – termin:
Wniosek o zmianę decyzji (zakres / wymiar usług)	☐ nie ☐ tak – uzasadnienie:
Ocena zbiorcza w kryteriach ustawowych (art. 50b ust. 4)	Bezpieczeństwo: ☐ poz. ☐ poz. z uwagami ☐ neg. Skuteczność: ☐ poz. ☐ poz. z uwagami ☐ neg. Celowość: ☐ poz. ☐ poz. z uwagami ☐ neg.
Data przekazania Koordynatorowi / nr w rejestrze	