

Przegląd usług tłumaczeniowych świadczonych dla opieki zdrowotnej w Lambeth, Southwark i Lewisham

Przegląd usług tłumaczeniowych świadczonych dla opieki zdrowotnej w Lambeth, Southwark i Lewisham.

Niniejsza ankieta dotyczy wyłącznie tych usług tłumaczeniowych, które są świadczone dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej czyli pierwszego punktu kontaktu pacjenta z systemem opieki. Należą tu Przychodnie Lekarskie, Dentystyczne czy Okulistyczne. Ankieta nie dotyczy usług tłumaczeniowych świadczonych w szpitalach.

Tłumacze mogą pomóc wielu osobom w komunikacji z lekarzami, dentystami, okulistami czy innymi pracownikami opieki. Tłumacze Brytyjskiego Języka Migowego (BSL) pomagają porozumiewać się osobom głuchym. Dzięki tej pomocy ludzie rozumieją treści angielskich dokumentów.

Potrzebujemy Państwa opinii by zapewnić, że każda potrzebująca tego osoba w rejonie Lambeth, Southwark i Lewisham otrzymuje niezbędną pomoc tłumaczeniową, gdy odwiedza lekarza, dentystę czy okulistę.

1. Proszę rozpocząć ankietę mówiąc nam, w jakim języku Państwo mówią. Jeśli jest to dialekt, proszę wpisać w rubryce 'uwagi' poniżej.

- Mandaryński
- Kantoński
- Hiszpański (europejski)
- Hiszpański (południowoamerykański)
- Portugalski (europejski)
- Portugalski (południowoamerykański)
- Turecki
- Wietnamski
- Arabski
- Somalijski
- Polski
- Brytyjski język migowy (BSL)
- Inny (proszę określić)

Uwagi: Proszę wskazać jeśli używają Państwo dialektu

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

2. W którym rejonie mieści się Państwa przychodnia lekarska (GP)?

- Lewisham
- Southwark
- Lambeth
- inny rejon (proszę określić)

3. Proszę powiedzieć, w której przychodni lekarskiej (GP) są Państwo zarejestrowani (to pozwoli nam sprawdzić, gdzie wszystko funkcjonuje dobrze a gdzie wymagana jest poprawa)**4. Czy kiedykolwiek korzystali Państwo z pomocy tłumacza w czasie wizyty u któregoś z wymienionych specjalistów? (proszę zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi)**

- lekarz rodzinny (GP)
- pielęgniarka w przychodni lekarskiej (GP)
- dentysta
- okulista
- żadne z powyższych

5. Proszę wskazać czy korzystali Państwo z poniższych usług. (proszę zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi)

- Tłumaczenia ustne 'face to face'
- Tłumaczenia przez telefon
- Brytyjski język migowy (BSL)
- Żadne z powyższych

6. Czy wspomniano Państwu o usługach tłumaczeniowych w czasie rejestracji w przychodni lekarskiej?

- Tak
- Nie
- Nie jestem pewien/nie pamiętam

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

7. Czy wymagają Państwo pomocy tłumacza żeby umówić się na wizytę?

Tak

Nie

8. Czy doświadczyli Państwo któregoś z poniższych, gdy korzystali z pomocy tłumacza? Proszę zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi. Więcej informacji można wpisać w rubryce 'uwagi' poniżej.

	BSL	Tłumaczenia ustne 'face to face'	Telefon	Nigdy nie było problemu
Prosimy Państwo lecz odmówiono im pomocy tłumacza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tłumacz nie przyszedł na spotkanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odwołano spotkanie ponieważ nie można było znaleźć odpowiedniego tłumacza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przychodni poproszono, by zamiast tłumacza pomógł Państwu członek rodziny lub przyjaciel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tłumacz nie rozumiał lub nie mówił w Państwa dialekcie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi

9. Jak długo musieli Państwo czekać na zorganizowanie wizyty z obecnością tłumacza?

	Jeden dzień	1-2 dni	3-5 dni	tydzień	1-2 tygodnie	dłużej niż 2 tygodnie
BSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tłumaczenia ustne 'face to face'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Co było dobre w usługach tłumaczeniowych, które Państwo otrzymali?

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

11. Co trzeba poprawić w oferowanych usługach?

12. Spójrzmy teraz na to, jak technologia może pomóc poprawić jakość oferowanych usług tłumaczeniowych. Czy zgodziliby się Państwo na to, aby w czasie wizyt korzystać z pomocy tłumacza, którego widzi się na ekranie komputera?

Tak

Nie

13. Co skłoniłoby Państwa do skorzystania z pomocy tłumacza ‘przez komputer’?

Krótszy czas czekania na wizytę

Inne (proszę określić)

14. Jeśli nie wybraliby Państwo opcji na pomoc tłumacza ‘przez komputer’ proszę powiedzieć dlaczego.

Równouprawnienie i różnicowanie

Odpowiedzi na poniższe pytania nie są obowiązkowe ale ich wypełnienie pomoże nam sprawdzić czy nasza ankieta dociera do odpowiednio szerokiej i zróżnicowanej grupy odbiorców w naszym środowisku lokalnym.

15. Tożsamość etniczna. Proszę zaznaczyć opcję, która najlepiej opisuje Państwa tożsamość etniczną. Jeśli wymagane, proszę wpisać w rubryce 'inna'.

- Biały – Anglik
 - Biały – Irlandczyk
 - Biały – Szkot
 - Biały – Północna Irlandia
 - Czarny – Brytyjczyk
 - Czarny – Afrykanin
 - Czarny – Karaib
 - Biały - Turek
 - Biały Turek – Cypryjczyk
 - Biały - Kurd
 - Biały - Hiszpan
 - Biały – Ameryka Łacińska
 - Biały – Portugalczyk
 - Mieszany - Biały & Czarny Afrykanin
 - Mieszany - Biały & Czarny Karaib
 - Mieszany - Biały & Azjata
 - Azjata & Azjata Brytyjczyk
 - Chińczyk
 - Wietnamczyk
 - Inna grupa etniczna (proszę określić)
-

16. Płeć

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mężczyzna | <input type="checkbox"/> Inna |
| <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Wolę nie ujawniać |

17. Zmiana płci. Czy obecna płeć różni się od płci przypisanej po urodzeniu?

- Tak
- Nie
- Wolę nie ujawniać

18. Religia lub wyznanie. Które z poniższych najlepiej Państwa opisuje:

- brak religii lub wyznania
- Chrześcijanin
- Hindus
- Muzułmanin
- Żyd
- Buddysta
- Sikh
- Rastafarian
- Sikh
- wyznawca Jainizmu
- Humanista
- Wolę nie ujawniać
- Inna religia/wyznanie (proszę określić):

19. Orientacja seksualna

- Homoseksualny
- Heteroseksualny
- Biseksualny
- Lesbijka
- Wolę nie ujawniać
- Inna orientacja (proszę określić)

20. Ciąża i macierzyństwo. Proszę powiedzieć czy jest Pani obecnie w ciąży lub urodziła dziecko w przeciągu ostatnich 12 miesięcy.

- | | Tak | Nie |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| W ciąży | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urodziłam dziecko w ostatnim roku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

21. Stan cywilny/związek partnerski. Które z poniższych najlepiej Pana/Panią opisuje:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kawaler/Panna | <input type="checkbox"/> Rozwiedziony/-a |
| <input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna | <input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa |
| <input type="checkbox"/> W związku (mieszka z partnerem) | <input type="checkbox"/> W związku partnerskim lub małżeńskim (osoby tej samej płci) |
| <input type="checkbox"/> W separacji | <input type="checkbox"/> Wolę nie ujawniać |

22. Wiek: Które z poniższych najlepiej Pana/Panią opisuje:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> poniżej 18 lat | <input type="checkbox"/> 51- 70 lat |
| <input type="checkbox"/> 18 – 29 lat | <input type="checkbox"/> powyżej 70 lat |
| <input type="checkbox"/> 30 – 50 lat | |

23. Niepełnosprawność. Według Ustawy o Równouprawnieniu z 2010 roku, osoba uważana jest za niepełnosprawną w przypadku, gdy jej stan fizyczny lub psychiczny utrudnia jej wykonywanie codziennych czynności. Czy mają Państwo którąś z wymienionych kondycji (która albo utrzymuje się już albo oczekuje się, że będzie trwała przez kolejne 12 miesięcy):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> brak niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność umysłowa |
| <input type="checkbox"/> głuchota lub częściowa utrata słuchu | <input type="checkbox"/> długoterminowa choroba/kondycja |
| <input type="checkbox"/> ślepotą lub częściowa utrata wzroku | <input type="checkbox"/> trudności w uczeniu się |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność fizyczna | |
| <input type="checkbox"/> inna kondycja (proszę określić): | |

24. Opieka. Czy pełnią Państwo funkcję opiekuna przyjaciela lub członka rodziny?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> Nie |