



Północno-Zachodni Londyn

## PROGRAM „SHAPING A HEALTHIER FUTURE” (KSZTAŁTUJĄC ZDROWSZĄ PRZYSZŁOŚĆ)

FORMULARZ ODPOWIEDZI

### PAŃSTWA ODPOWIEDŹ NA KONSULTACJĘ

W ramach konsultacji dotyczącej programu „*Shaping a healthier future*” (Kształtując zdrowszą przyszłość), pragniemy upewnić się, że wszyscy mieszkańcy północno-zachodniego Londynu mają okazję wyrazić swoje poglądy i uwagi. Zależy nam, aby jak największa liczba osób wyraziła swoje opinie wypełniając niniejszy formularz po przeczytaniu dokumentu konsultacyjnego. W razie potrzeby można dołączyć dodatkowe strony. Formularz można również wypełnić online na stronie [www.ipsos-mori.com/shapingahealthierfuture](http://www.ipsos-mori.com/shapingahealthierfuture).

Chcielibyśmy poznać Państwa opinie, co pozwoli nam ulepszyć nasze propozycje. Proszę pamiętać, że jest to konsultacja, a nie głosowanie. Państwa odpowiedzi zostaną wzięte pod uwagę wraz z szeregiem innych informacji. Interesują nas zarówno odpowiedzi na pytania wyboru, jak i podane przez Państwa uzasadnienie danej odpowiedzi. Jeśli nie mają Państwo żadnych uwag, proszę zostawić pole niewypełnione.

Analiza formularzy odpowiedzi zostanie przeprowadzona przez Ipsos MORI w naszym imieniu. Wyniki ankiety pozwolą NHS (Narodowej Służbie Zdrowia) na podjęcie ostatecznej decyzji. W ramach niniejszej konsultacji na terenie całego północno-zachodniego Londynu odbędą się zebrania konsultacyjne w celu poznania opinii szerszej grupy ludzi.

Proszę w całości przeczytać tekst dokumentu konsultacyjnego, a następnie udzielić odpowiedzi na pytania zawarte w niniejszym formularzu. Formularz zawiera odnośniki do poszczególnych części dokumentu konsultacyjnego, którego dotyczy dane pytanie. Podczas odpowiadania na pytania proszę odwoływać się do odpowiedniej części dokumentu.

Jeśli pragną Państwo szerzej uzasadnić którąkolwiek ze swoich odpowiedzi albo uważają, że pytania nie dają możliwości pełnego wyrażenia swoich poglądów lub nie wszystkie opcje odpowiedzi zostały przez nas uwzględnione, proszę umieścić swoje uwagi w polu na końcu formularza.

**Uwaga:** Proszę nie podawać imion i nazwisk żadnych osób w polach formularza.

Proszę odesłać wypełniony formularz do poniedziałku, **8 października 2012 r.** w załączonej kopercie lub przesłać do: FREEPOST SHAPING A HEALTHIER FUTURE CONSULTATION. Adres należy wpisać drukowanymi literami w jednej linii. Znaczek pocztowy nie jest wymagany.

Z góry dziękujemy Państwu za pomoc.

Wszelkie podane przez Państwa dane osobowe będą traktowane jako poufne, chyba że ich ujawnienie będzie wymagane przez prawo.

Ipsos MORI

## PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 1, 2 I 3 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 1, 2 I 3 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

**PYTANIE DO WSZYSTKICH OSÓB**

**1. Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że istnieją przekonujące powody, aby zmienić sposoby świadczenia usług opieki zdrowotnej w północno-zachodnim Londynie?**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ  TYLKO JEDNĄ ODPOWIEDŹ**

Zdecydowanie  
się zgadzam

Raczej się  
zgadzam

Nie mam  
zdania

Raczej się  
nie zgadzam

Zdecydowanie  
się nie zgadzam

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

**2. Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 1, 2 lub 3 niniejszego dokumentu konsultacyjnego?**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOŚZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.**

**PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIE 1.**

PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 4, 5, 6, 7 i 8 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 4, 5, 6, 7 I 8 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

**3** Proszę wskazać jak ważne dla Pani/a są starania, aby zapewnić Pani/u i wszystkim innym mieszkańcom północno-zachodniego Londynu każdy z niżej wymienionych elementów. Proszę określić znaczenie na skali 1- 10, gdzie 1 – nieistotne a 10 – kluczowe znaczenie.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ  TYLKO JEDNĄ ODPOWIEŹ W KAŻDEJ LINII

	10 Kluczowe znaczenie	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 Nieistotne	Nie wiem
a) Pomoc oferowana, żeby móc lepiej zaopiekować się sobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lepsze zrozumienie gdzie, kiedy i w jaki sposób może być Pan/i leczony/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Narzędzia i wsparcie niezbędne do lepszego radzenia sobie ze swoimi chorobami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Łatwy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, np. lekarza pierwszego kontaktu (GP), 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu; przez telefon, email lub osobiście, jeśli Pan/i stan zdrowia wymaga pilnej interwencji medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Szybki i dobrze skoordynowany dostęp do specjalistów, pracowników opieki środowiskowej i społecznej (dostęp będzie regulowany przez lekarzy pierwszego kontaktu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Właściwie utrzymane i nowoczesne szpitale z nieograniczonym dostępem do bardzo dobrze wyszkolonej kadry specjalistów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4a** W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) ustalonym standardom opieki pozaszpitalnej?

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4b

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) ustalonym standardom opieki szpitalnej?**

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

**Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że część usług, które obecnie oferowane są w szpitalach mogą być dostarczane na poziomie bardziej lokalnym?**

Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) koncepcji skupienia większej ilości usług zdrowotnych w mniejszej liczbie ośrodków?**

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

**Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w częściach 4, 5, 6, 7 lub 8 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. jeśli nie zgadza się Pan/i z naszymi propozycjami, proszę wyjaśnić dlaczego).**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOŚĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.**

**PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIA 3, 4A, 4B, 5 I 6.**

**PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 9 I 10 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO**

**PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 9 I 10 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.**

Q8

**Przedstawiliśmy propozycje realizowania różnych form opieki zdrowotnej w różnych miejscach. W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) tym propozycjom?**

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9

Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 9 lub 10 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. czy ma Pan/i zastrzeżenia do proponowanej restrukturyzacji opieki zdrowotnej lub proponowanego sposobu klasyfikacji szpitali? Czy ma Pan/i sugestie dotyczące lepszego sposobu dostarczania usług opieki zdrowotnej?)

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOSZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.

PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIE 8.

### PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 11 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚĆ 11 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

10

W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) proponowanym planom poprawy zakresu usług pozaszpitalnych?

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

11

Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 11 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. jakie uwagi ma Pan/i w odniesieniu do naszych planów poprawy usług pozaszpitalnych?)

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOSZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.

PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIE 10.

### PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 12 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚĆ 12 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

12

Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że usługi świadczone przez szpitalne lokalne, jak np. izby przyjęć czynne 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu oraz wizyty pacjentów leczonych ambulatoryjnie, powinny być nadal kontynuowane w dziewięciu szpitalach opieki krótkoterminowej w północno-zachodnim Londynie?

Zdecydowanie  
się zgadzam

Raczej się  
zgadzam

Nie mam  
zdania

Raczej się  
nie zgadzam

Zdecydowanie  
się nie zgadzam

Nie wiem/Nie jestem  
pewien (pewna)

13

**W jakim stopniu zgadza/ nie zgadza się Pan/i z naszymi planami związanymi ze szpitalnymi izbami przyjęć?**

Zdecydowanie się zgadzam

Raczej się zgadzam

Nie mam zdania

Raczej się nie zgadzam

Zdecydowanie się nie zgadzam

Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)

14

**Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 12 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. jeśli nie zgadza się Pan/i z naszymi propozycjami, jakie proponuje Pan/i inne rozwiązania?)**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOSZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.**

**PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIA 12 I 13.**

#### PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 13 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

**PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚĆ 13 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.**

15

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) naszym zaleceniom dotyczącym użytkowania wysokiej jakości budynków szpitalnych z niezagospodarowaną przestrzenią jako szpitale planowe?**

Zdecydowanie popieram

Raczej popieram

Nie mam zdania

Jestem raczej przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)

16

**Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 13 niniejszego dokumentu konsultacyjnego?**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOSZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.**

**PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIE 15.**

#### PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 14 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

**PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚĆ 14 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.**

17

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) zaleceniom utworzenia pięciu szpitali głównych w północno-zachodnim Londynie?**

Zdecydowanie popieram

Raczej popieram

Nie mam zdania

Jestem raczej przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)

18

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) zaleceniu, że wszystkie szpitale główne powinny mieć oddziały pediatrii (dziecięce)?**

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19

**W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) propozycji, że wszystkie szpitale główne w północno-zachodnim Londynie powinny mieć oddziały położnicze prowadzone przez lekarzy specjalistów, z dodatkowym takim oddziałem położniczym w szpitalach Queen Charlotte's i Chelsea, jeśli szpital Hammersmith nie zostanie szpitalem głównym?**

Zdecydowanie popieram	Raczej popieram	Nie mam zdania	Jestem raczej przeciwny(a)	Jestem zdecydowanie przeciwny(a)	Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

**Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w części 14 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. jeśli jest Pan/i przeciwny(a) ww. zaleceniom, ile Pana/i zdaniem szpitali głównych powinno być w północno-zachodnim Londynie? Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.)**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOŚĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.**

**PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIA 17, 18 I 19.**

## PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 15 I 16 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

**PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 15 I 16 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.**

21

**Proszę zapoznać się w jaki sposób zdecydowaliśmy, które ze szpitali staną się szpitalami głównymi. Wyjaśnienie przedstawiono w częściach 15 i 16.**

**Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że jest to właściwy sposób dokonania wyboru spośród różnych możliwości w celu podjęcia decyzji, jakie zaproponować rozwiązania?**

Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie wiem/Nie jestem pewien (pewna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

Proszę wskazać jak ważne Pana/i zdaniem powinno być każde z poniższych kryteriów (mierników oceny) przy wyborze szpitali głównych. Proszę określić rangę na skali 1- 10, gdzie 1 – nieistotne a 10 – kluczowe znaczenie. (Więcej informacji na temat podanych kryteriów znajduje się na liście w części 16 pod nagłówkiem 'Które z opcji są najbardziej praktyczne?')

PROSZĘ ZAZNACZYĆ  TYLKO JEDNĄ ODPOWIEDŹ

	10 Kluczowe znaczenie	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 Nieistotne	Nie wiem
a) Jakość usług medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Poziom satysfakcji pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Odległość i czas potrzebne na uzyskanie dostępu do usług	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wybór pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Koszt kapitałowy dla systemu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Koszty podczas okresu przejściowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dostępne fundusze i ośrodki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Nadwyżka dla sektora opieki krótkoterminowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Wartość bieżąca netto (NPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Pracownicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Spodziewany czas realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Integracja z innymi strategiami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Przeszkody w realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Wspieranie obecnych i rozwijających się badań oraz działalności na rzecz edukacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23

Czy ma Pan/i jakieś uwagi dotyczące zagadnień omówionych w częściach 15 i 16 niniejszego dokumentu konsultacyjnego? (Np. proszę podać kryteria, które pomineliśmy a które Pana/i zdaniem powinny być wzięte pod uwagę przy wyborze szpitali głównych.)

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SVOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOŚĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.

PROSZĘ W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ NA PYTANIA 21 I 22.



## PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 16 I 17 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 16 I 17 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

Biorąc pod uwagę propozycje przedstawione w częściach 16 i 17, proszę wskazać w jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) każdej z trzech zaproponowanych opcji lokalizacji szpitali głównych w północno-zachodnim Londynie. (Można wyrazić swoje poparcie dla więcej niż jednej opcji.) Proszę wyjaśnić dlaczego popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) każdej z opcji.

24a

### Opcja A (opcja preferowana)

**Szpitale główne - Chelsea and Westminster Hospital, Hillingdon Hospital, Northwick Park Hospital, St Mary's Hospital i West Middlesex Hospital.**

**Szpitale planowe i lokalne – Central Middlesex Hospital.**

**Szpitale lokalne – Charing Cross Hospital, Ealing Hospital.**

**Szpital specjalistyczny (z oddziałem położniczym) – Hammersmith Hospital.**

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

24b

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.**

25a

### Opcja B:

**Szpitale główne – Charing Cross Hospital, Hillingdon Hospital, Northwick Park Hospital, St Mary's Hospital i West Middlesex Hospital.**

**Szpital planowy i lokalny – Central Middlesex Hospital.**

**Szpitale lokalne – Chelsea i Westminster Hospital, Ealing Hospital.**

**Szpital specjalistyczny (z oddziałem położniczym) – Hammersmith Hospital**

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

25b

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.**

26a

**Opcja C:**

**Szpitaly Główne – Chelsea and Westminster Hospital, Ealing Hospital (z oddziałem udarowym przeniesionym z West Middlesex Hospital do Ealing Hospital), Hillingdon Hospital, Northwick Park Hospital i St Mary's Hospital.**

**Szpital planowy i lokalny – Central Middlesex Hospital i West Middlesex Hospital.**

**Szpital lokalny – Charing Cross Hospital.**

**Szpital specjalistyczny (z oddziałem położniczym) – Hammersmith Hospital.**

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

26b

**Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.**

27a

**Powyższe opcje dotyczą zalecenia, że Szpital Central Middlesex będzie 27a szpitalem planowym i lokalnym. W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) propozycji, żeby Szpital Central Middlesex stał się szpitalem planowym i lokalnym?**

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

27b

**Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.**

28a

**Powyższe opcje dotyczą zalecenia, że Szpital Hillingdon stanie się 28a szpitalem głównym. W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) propozycji, żeby Szpital Hillingdon stał się szpitalem głównym?**

Zdecydowanie  
popieram

Raczej  
popieram

Nie mam  
zdania

Jestem raczej  
przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie  
przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem  
pewien (pewna)

28b

**Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.**

**PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.**

29a

Powyższe opcje dotyczą zalecenia, że Szpital Northwick Park stanie się 29a szpitalem głównym. W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a) zaleceniu, że Szpital Northwick Park powinien być szpitalem głównym?

Zdecydowanie popieram

Raczej popieram

Nie mam zdania

Jestem raczej przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)

29b

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.

30a

Powyższe opcje dotyczą zalecenia, że Szpital Hammersmith stanie się 30a szpitalem specjalistycznym. W Szpitalu Hammersmith wciąż będzie znajdował się oddział położniczy. W jakim stopniu popiera lub jest Pan/i przeciwny(a), że Szpital Hammersmith powinien być szpitalem specjalistycznym z oddziałem położniczym?

Zdecydowanie popieram

Raczej popieram

Nie mam zdania

Jestem raczej przeciwny(a)

Jestem zdecydowanie przeciwny(a)

Nie wiem/ Nie jestem pewien (pewna)

30b

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.

31

Czy uważa Pan/i, że istnieją jakieś inne opcje, które powinniśmy rozważyć przy podejmowaniu decyzji? Jeśli tak, proszę wyjaśnić dlaczego?

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ.

## PYTANIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI 18 I 19 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA PROSZĘ PONOWNIE PRZECZYTAĆ CZĘŚCI 18 I 19 DOKUMENTU KONSULTACYJNEGO.

**32a** Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że oddział dla wylewów z ostrym przebiegiem (który po konsultacji na temat udaru i urazów poważnych został przypisany do Szpitala Charing 32a Cross), powinien zostać przeniesiony do Szpitala St Mary's, gdzie znajduje się Oddział Urazów Poważnych (Major Trauma Unit)?.

Zdecydowanie się zgadzam

Raczej się zgadzam

Nie mam zdania

Raczej się nie zgadzam

Zdecydowanie się nie zgadzam

Nie wiem/Nie jestem pewien (pewna)

**32b** Proszę wyjaśnić dlaczego.  
PROSZĘ UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ.

**33a** Czy zgadza/ nie zgadza się Pan/i, że Western Eye Hospital powinien zostać przeniesiony, a szpitalem głównym powinien stać się St Mary's?

Zdecydowanie się zgadzam

Raczej się zgadzam

Nie mam zdania

Raczej się nie zgadzam

Zdecydowanie się nie zgadzam

Nie wiem/Nie jestem pewien (pewna)

**33b** Proszę wyjaśnić dlaczego.  
PROSZĘ UZASADNIĆ SWOJĄ ODPOWIEDŹ.

**34** Czy chciałby (chciałaby) Pan/i coś jeszcze dodać na temat konsultacji lub omawianych zagadnień? Jeśli pragną Państwo szerzej uzasadnić którąkolwiek ze swoich odpowiedzi albo uważają, że pytania nie dają możliwości pełnego wyrażenia swoich poglądów lub nie wszystkie opcje odpowiedzi zostały przez nas uwzględnione, proszę tutaj umieścić swoje uwagi i spostrzeżenia.

PROSZĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ SWOJE NAJWAŻNIEJSZE UWAGI W POLU PONIŻEJ. JEŚLI UWAGI ODNOSZĄ SIĘ DO OKREŚLONEJ KWESTII, PROSZĘ WSKAZAĆ DO KTÓREJ.

## DODATKOWE INFORMACJE

35

**Czy:**

- Podaje Pan/i swoje własne odpowiedzi? – **PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYT. 36.**
- Podaje Pan/i odpowiedzi w imieniu organizacji? – **PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYT. 48.**

**JEŚLI WYPEŁNIA PAN/I NINIEJSZY FORMULARZ W SWOIM WŁASNYM IMIENIU, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA.**

36

**Które z poniższych zdań odnoszą się do Pana/i sytuacji?**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE MOŻLIWE ODPOWIEDZI**

- Jestem obecnym pracownikiem NHS.
- Jestem byłym pracownikiem NHS.
- Obecnie pracuję w niezależnym sektorze zdrowotnym.
- Pracowałem (pracowałam) w niezależnym sektorze zdrowotnym
- Nie pracuję i nigdy nie pracowałem (pracowałam) ani w NHS, ani w niezależnym sektorze zdrowotnym.
- Nie wiem.

37

**Proszę podać pierwszą część kodu pocztowego Pana/i miejsca zamieszkania (np. NW4, WC1, UB8). Pozwoli nam to określić czy otrzymujemy odpowiedzi z całego obszaru północno-zachodniego Londynu i czy mieszkańcy różnych części północno-zachodniego Londynu mają różne opinie.**

Q38

**Jeśli przebywał/a by Pan/i w domu, do którego z poniższych szpitali najprawdopodobniej udałby (udałaby) się Pan/i w celach skorzystania z opieki doraźnej?**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ ODPOWIEŹ**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Central Middlesex Hospital       | <input type="checkbox"/> Hillingdon Hospital      |
| <input type="checkbox"/> Charing Cross Hospital           | <input type="checkbox"/> Northwick Park Hospital  |
| <input type="checkbox"/> Chelsea and Westminster Hospital | <input type="checkbox"/> St Mary's Hospital       |
| <input type="checkbox"/> Ealing Hospital                  | <input type="checkbox"/> West Middlesex Hospital  |
| <input type="checkbox"/> Hammersmith Hospital             | <input type="checkbox"/> Inny (PROSZĘ PODAĆ JAKI) |

## DANE OSOBOWE

**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, co umożliwi nam ustalenie czy otrzymaliśmy odpowiedzi od reprezentatywnej grupy osób oraz analizę ogólną wyników, jak również w poszczególnych grupach respondentów.**

**Wszelkie podane przez Państwa dane osobowe będą traktowane jako poufne, chyba że ich ujawnienie będzie wymagane przez prawo.**

39

**Jaki jest Pana/i wiek?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poniżej 16 lat | <input type="checkbox"/> 45 do 54 lat      |
| <input type="checkbox"/> 16 do 24 lat   | <input type="checkbox"/> 55 do 64 lat      |
| <input type="checkbox"/> 25 do 34 lat   | <input type="checkbox"/> 65 lat lub więcej |
| <input type="checkbox"/> 35 do 44 lat   | <input type="checkbox"/> Nie chcę ujawniać |

40

**Jaka jest Pana/i płeć?**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mężczyzna         | <input type="checkbox"/> Kobieta |
| <input type="checkbox"/> Nie chcę ujawniać |                                  |

41

**Do jakiej grupy etnicznej Pan/i przynależy?**

- Biała
- Mieszana
- Azjatycka lub azjatycka brytyjska
- Czarna lub czarna brytyjska
- Chińska
- Inna (PROSZĘ WPISAĆ JAKA)

- Nie chcę ujawniać

42

Czy uważa się Pan/i za osobę niepełnosprawną? \[Ustawa o równości z 2012 r. (The Equality Act 2012) definiuje niepełnosprawność jako „fizyczne lub umysłowe upośledzenie, które w sposób znaczący i długotrwały niekorzystnie wpływa na zdolność jednostki do prowadzenia normalnych codziennych czynności”.

- Tak  Nie  
 Nie chcę ujawniać

43

Które z poniższych zdań odnoszą się do Pana/i sytuacji?

PROSZĘ WYBRAĆ  WSZYSTKIE MOŻLIWE ODPOWIEDZI

- Mam dzieci  
 Jestem w ciąży  
 Opiekuję się dziećmi poniżej 16 roku życia  
 Żadne z powyższych  
 Nie chcę ujawniać

44

Czyj jest Pan/i osobą homo-, hetero-, biseksualną czy transpłciową? Zadajemy powyższe pytania, by upewnić się, że zaproponowane zmiany nie dyskryminują określonych grup ludzi.

- Tak  Nie  
 Nie chcę ujawniać

45

Kiedy po raz ostatni odwiedził/a Pan/i jeden ze szpitali wymienionych w pytaniu 38?

- W ciągu ostatniego roku  
 Ponad rok temu  
 Nigdy  
 Nie pamiętam

46

Czy opiekuje się Pan/i członkiem rodziny lub przyjacielem ze względu na ich stan zdrowia?

PROSZĘ WYBRAĆ  WSZYSTKIE MOŻLIWE ODPOWIEDZI

- Tak – osoba powyżej 16 roku życia  
 Tak – dziecko w wieku 16 lat lub mniej  
 Nie

47

Czy Pan/i lub ktoś z Pana/i rodziny korzystał z usług NHS w ciągu ostatniego roku?

PROSZĘ WYBRAĆ  WSZYSTKIE MOŻLIWE ODPOWIEDZI

- Opieka lekarza pierwszego kontaktu (GP)  
 Pielęgniarka środowiskowa i usługi terapeutyczne  
 Środowiskowe usługi pediatryczne (np. pielęgniarka środowiskowa)  
 Opieka zdrowia psychicznego  
 Opieka u schyłku życia  
 Szpitalna opieka pediatryczna (dziecięca)  
 Opieka położnicza i opieka nad noworodkiem  
 Opieka w nagłych wypadkach i opieka doraźna, w tym intensywna opieka medyczna  
 Szpitalna opieka planowa (wyjaśnienie w części 13 dokumentu konsultacyjnego)  
 Leczenie ambulatoryjne  
 Inne (PROSZĘ PODAĆ JAKIE)

- Żadne z powyższych  
 Nie chcę ujawniać

## DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI LUB GRUPY

JEŚLI WYPEŁNIA PAN/I FORMULARZ W IMIENIU ORGANIZACJI LUB GRUPY, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA.

Proszę podać jak najwięcej informacji. Np. jeśli odpowiada Pan/i na pytania w imieniu grupy lub organizacji, proszę podać jej nazwę. Wszelkie podane przez Państwa dane osobowe będą traktowane jako poufne, chyba że ich ujawnienie będzie wymagane przez prawo.

48

Proszę podać swoje imię i nazwisko, wykonywany zawód oraz nazwę i adres organizacji lub grupy, w imieniu której wypełnia Pan/i formularz. Nazwa i informacje dotyczące Pana/i organizacji mogą wystąpić w raporcie końcowym.

+

+

Q49

Proszę podać liczbę członków organizacji lub grupy, którą Pan/i reprezentuje.

Q50

Proszę podać kogo reprezentuje ww. organizacja lub grupa (jeśli dotyczy), czy zebrał/a i przedstawił/a Pan/i poglądy jej członków.

#### DO PRZECZYTANIA PRZEZ WSZYSTKIE OSOBY

Dziękujemy za Państwa uwagi.

Proszę odesłać wypełniony formularz do poniedziałku, **8 października 2012** r. w załączonej kopercie lub przesłać do: FREEPOST SHAPING A HEALTHIER FUTURE CONSULTATION. Pisane drukowanymi literami, w jednej linii. Nie jest potrzebny znaczek pocztowy.

Tekst dokumentu konsultacyjnego i formularza odpowiedzi na konsultację jest dostępny w formie elektronicznej lub w formie papierowej. Niniejsza publikacja może być udostępniona w innych wersjach językowych lub w języku Braille'a. Prosimy o kontakt z zespołem ds. komunikacji (Communications Team).

Nr telefonu: 0800 881 5209

Adres email: [consultation@nw.london.nhs.uk](mailto:consultation@nw.london.nhs.uk)

W przypadku pytań lub zażaleń dotyczących procesu konsultacji lub treści dokumentu konsultacyjnego, prosimy kontaktować się z:

Lynne Spencer  
Head of Corporate Affairs,  
NHS NW London,  
Southside,  
105 Victoria Street,  
London, SW1E 6QT.

Uwaga: pytania i zażalenia zgłoszone tą drogą nie mogą być traktowane jako część oficjalnej konsultacji.

