

Szanowni Państwo,

*Badanie jest anonimowe. Wyniki zostaną udostępnione w postaci raportu z wynikami zbiorczymi, które będą mogły posłużyć do oceny obecnych limitów refundacyjnych na sprzęt stomijny.*

*Dziękujemy za chęć wzięcia udziału w badaniu.*

**OPINIA OSOBY Z WYŁONIONĄ STOMIĄ  
O POTRZEBACH W ZAKRESIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT STOMIJNY  
OGÓLNOPOLSKIE BADANIE ANKIETOWE**

**Fundacja STOMAlife, Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych PTPS** postanowiły wspólnie zbadać potrzeby osób z wyłonioną stomią w obszarze zaopatrzenia w sprzęt stomijny i akcesoria stomine. Na zlecenie w/w organizacji badanie przeprowadzi grupa uznanych specjalistów w zakresie badań społecznych.



**Wszystkie poniższe pytania dotyczą osoby z wyłonioną stomią.**

**W przypadku wypełniania ankiety przez opiekuna prosimy o podanie danych osoby z wyłonioną stomią**

**DANE METRYCZKOWE**

**1. Wiek**

*Proszę wpisać liczbę ukończonych lat*

.....lat

**2. Ile stomii Pan / Pani posiada?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Jedną
- Dwie
- Więcej niż dwie

**3. Jaki rodzaj / rodzaje stomii Pan / Pani posiada?**

*Proszę zaznaczyć **wszystkie** pasujące odpowiedzi*

- Kolostomia – na jelicie grubym
- Ileostomia – na jelicie cienkim
- Urostomia - na układzie moczowym
- Inne przetoki

**4. Jak długo posiada Pan / Pani stomię?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź odnoszącą się do **pierwszej** wyłonionej stomii*

- 0-1 miesiąc
- 2-3 miesiące
- powyżej 3 miesięcy

**Na tym etapie dziękujemy za udział w badaniu osobom, które w powyższym pytaniu zaznaczyły odpowiedź: 0-1 miesiąc**

**CZĘŚĆ GŁÓWNA BADANIA**  
**(dla osób z wyłonioną stomią od 2 miesiąca i dłużej)**

**5. Czy posiada Pan / Pani dodatkowe uprawnienia (47ZN, 47ZND np. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności) dające możliwość zwiększenia limitu refundacyjnego na sprzęt stomijny?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź*

- Tak
- Nie

**6. Jeśli posiada Pan / Pani dodatkowe uprawnienia 47ZN, 47ZND, to jak została ustalona ilość przysługującego sprzętu w ramach limitu refundacyjnego?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź*

- Ilość sprzętu określił wystawiający zlecenie zgodnie ze zgłaszanymi przeze mnie potrzebami
- ilość sprzętu określił wystawiający zlecenie bez uwzględnienia moich faktycznych potrzeb

**7. Co jest dla Pana / Pani problemem w związku z posiadaną stomią?**

*Proszę zaznaczyć **wszystkie** pasujące odpowiedzi*

- Nic nie jest dla mnie problemem
- Powikłania skórne (np. odparzenia, rany wokół stomii, uczulenia i inne)
- Obawa, że inni mogą poczuć przykry zapach
- Obawa przed nieszczelnością sprzętu i zabrudzeniem ubrania
- Powikłania związane ze stomią
- Wykluczenie przez inne osoby

- Dodatkowe obciążenia finansowe związane z koniecznością zakupu akcesoriów do pielęgnacji stomii lub niewystarczająca ilość sprzętu stomijnego dostępna w ramach systemu refundacji
- Nie posiadam wystarczającej wiedzy nt. pielęgnacji i zaopatrzenia stomii
- Brak akceptacji stomii (przeze mnie jako pacjenta)
- Zaburzenia funkcjonowania stomii (biegunka, zaparcia)
- Problemy związane z leczeniem choroby (chemioterapia, sterydoterapia)

## **BADANIE – ZAOPATRZENIE STOMIJNE (worki, płytki)**

### **8. Czy wysokość obowiązującego limitu refundacyjnego na zaopatrzenie stomijne (worki, płytki) jest dla Pana / Pani wystarczająca?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Tak- limit refundacyjny jest wystarczający
- Nie - limit refundacyjny jest niewystarczający

### **9. Jeżeli zaznaczył Pan / Pani w pytaniu nr 8 „nie”, to z jakiego powodu wysokość limitu refundacyjnego na zaopatrzenie stomijne (worki, płytki) w Pana / Pani przypadku jest niewystarczająca?**

*Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*

- Nie dotyczy
- Trudna do zaopatrzenia stomia (np. położona w fałdzie brzuszynym, stomia wklęsła, wypadająca, przepuklina okołostomijna)
- Występujące powikłania (np. skórne wokół stomii - rany owrzodzenia, uczulenia, odparzenia)
- Aktywność życiowa np. rodzaj wykonywanej pracy wymagający zwiększonej częstotliwości wymiany sprzętu
- ilość sprzętu stomijnego, nie zapewnia zachowania wystarczającej higieny okołostomijnej
- Inne powody - proszę napisać jakie: .....

### **10. Czy dokupuje Pan / Pani sprzęt stomijny poza systemem refundacji tzn. na własny koszt?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Tak
- Nie - limit refundacyjny jest wystarczający
- Nie - nie stać mnie, żeby dokupywać sprzęt stomijny poza systemem refundacji

### **11. Jeśli dokupuje Pan / Pani sprzęt stomijny na własny koszt, to jaką kwotę średnio miesięcznie przeznaczają Pan / Pani na zakup sprzętu stomijnego (worki, płytki)?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Nie dotyczy
- Do 100 zł / miesiąc
- Od 100 do 200 zł / miesiąc

Powyżej 200 zł / miesiąc

## **BADANIE - ZAOPATRZENIE W AKCESORIA STOMIJNE**

(pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających i ochronnych, produkty do usuwania sprzętu stomijnego, do ochrony skóry wokół stomii, środki zagęszczające luźną treść jelitową, środki do mycia i pielęgnacji skóry wokół stomii itp.)

**12. Czy uważa Pan / Pani, że wysokość limitu refundacyjnego (120,00 zł) na akcesoria stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających i ochronnych, produkty do usuwania sprzętu stomijnego, do ochrony skóry wokół stomii, środki zagęszczające luźną treść jelitową, środki do mycia i pielęgnacji skóry wokół stomii itp.) jest wystarczająca?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Tak - limit refundacyjny jest wystarczający  
 Nie - limit refundacyjny jest niewystarczający

**13. Jeśli wysokość limitu refundacyjnego (120,00 zł) na akcesoria stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających i ochronnych, produkty do usuwania sprzętu stomijnego, do ochrony skóry wokół stomii, środki zagęszczające luźną treść jelitową, środki do mycia i pielęgnacji skóry wokół stomii itp.) w Pana / Pani przypadku jest niewystarczająca, to z jakiego powodu?**

*Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*

- Nie dotyczy  
 Trudna do zaopatrzenia stomia (np. położona w fałdzie brzuszny, stomia wklęsła, wypadająca, przepuklina okołostomijna)  
 Występujące powikłania (np. skórne wokół stomii - rany owrzodzenia, uczulenia, odparzenia)  
 Aktywność życiowa np. rodzaj wykonywanej pracy wymagający zwiększonej częstotliwości wymiany sprzętu  
 ilość akcesoriów stomijnych, nie zapewnia zachowania wystarczającej higieny osobistej.  
 Inne powody - proszę napisać jakie: .....

**14. Czy 20% dopłata pacjenta do refundacji NFZ na akcesoria stomijne jest dla Pana / Pani ograniczeniem w prawidłowym zaopatrzeniu stomii?**

*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*

- Zdecydowanie tak  
 Raczej tak  
 Trudno powiedzieć  
 Raczej nie  
 Zdecydowanie nie

**15. Jeśli 20% dopłata pacjenta do refundacji NFZ na akcesoria stomijne wpłynęła na Pana / Pani funkcjonowanie, to w jaki sposób?**

*Proszę odpowiedzieć, jeśli w poprzednim pytaniu zaznaczył (a) Pan / Pani odpowiedź - Raczej tak lub Zdecydowanie tak. Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*

- Nie dotyczy
- Ograniczyła dostęp do akcesoriów ze względów finansowych (*nie stać mnie by dopłacać do zakupu akcesoriów*)
- Pojawiły się skórne powikłania okołostomijne (np. odparzenia, uczulenia, rany)
- Zmniejszyła się moja aktywność społeczna lub zawodowa
- Brak szczelności (podciekanie), nieprzyjemny zapach
- Problem z utrzymaniem sprzętu – często zdarza się niekontrolowane odklejanie się sprzętu
- Wpłynęło w inny sposób - proszę napisać jaki: .....

**16. Co według Pani / Pana poprawiłoby dostęp do akcesoriów stomijnych?**

*Proszę zaznaczyć **wszystkie** pasujące odpowiedzi*

- Nie dotyczy
- Zmniejszenie odpłatności za akcesoria z 20% do 10% limitu finansowania dla osób powyżej 18 roku życia
- Zniesienie odpłatności za akcesoria dla osób poniżej 18 roku życia
- Zwiększenie podstawowego limitu refundacyjnego powyżej 120,00 zł
- Inne: .....

**17. Czy podwyższenie limitu refundacji akcesoriów stomijnych mogłoby pozytywnie wpłynąć na Pana / Pani codzienne życie?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź*

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Trudno powiedzieć
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie

**18. Czy dokupuje Pan / Pani akcesoria stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających i ochronnych, produkty do usuwania sprzętu stomijnego, do ochrony skóry wokół stomii, środki zagęszczające luźną treść jelitową, środki do mycia i pielęgnacji skóry wokół stomii itp.) poza systemem refundacji tzn. na własny koszt?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź*

- Tak
- Nie - limit refundacyjny jest wystarczający
- Nie - nie stać mnie, żeby dokupywać akcesoria stomijne poza systemem refundacji

**19. Jeśli dokupuje Pan / Pani akcesoria stomijne na własny koszt, to jaką kwotę średnio miesięcznie przeznaczają Pan / Pani na zakup akcesoriów stomijnych?**

*Proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź*

- Nie dotyczy
- Do 100 zł / miesiąc

- Od 100 do 200 zł / miesiąc
- Powyżej 200 zł / miesiąc

**20. Jakie akcesoria dokupuje Pan / Pani lub chciałby / chciałyby Pan / Pani dokupić poza limitem refundacji:**

*Proszę zaznaczyć **wszystkie** pasujące odpowiedzi*

- Nie dotyczy
- Preparaty do odklejania sprzętu stomijnego
- Preparaty do zmywania kleju - pozostałość po płytce stomijnej (zmywacze w piance, chusteczki zmywające)
- Preparaty barierowe do ochrony skóry wokół stomii
- Środki do łagodzenia podrażnień, maceracji skóry wokół stomii (pudry, kremy)
- Preparaty uszczelniające, zabezpieczające przed podciekaniem (pasta uszczelniająca, pierścienie uszczelniające)
- Preparaty do zagęszczania treści jelitowej
- Preparaty do neutralizacji zapachu
- Specjalistyczną bieliznę stomijną
- Paski stomijne
- Pasy brzuszne przeciw przepuklinowe
- Opatrunki specjalistyczne do gojenia ran / owrzodzeń wokół stomii

**21. Jakich zmian w zakresie wsparcia w opiece nad pacjentami ze stomią i refundacji sprzętu stomijnego potrzebowałby / potrzebowałaby Pan / Pani?**

*Proszę uwzględnić **wszystko** co mogłoby być dla Pani/Pana pomocne.*

.....

.....

.....

.....