



Vi vil gerne høre din mening om din kontakt med >>>AFSNITSAVN<<<

Vi vil gerne bruge dine erfaringer til at forbedre behandlingen for patienter i psykiatrien.
Vi håber derfor, du vil besvare dette spørgeskema og sende det retur i den vedlagte svarkuvert
senest den 18. oktober 2020.

Du kan også svare på www.svarpaaweb.dk. Din adgangskode er: >>>SURVEYXACTLOGIN<<<

Personalet i >>>BETEGNELSE<<<

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
1. Er personalet venligt og imødekommende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan du komme i kontakt med personalet i >>>BETEGNELSE<<<, når du har behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har personalet sat sig ind i dit sygdomsforløb ved samtaler om din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan du åbent tale med personalet om dine vanskeligheder og problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din behandling i >>>BETEGNELSE<<<

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
5. Får du alle de informationer, du har behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har personalet informeret dig om, hvordan din livsstil kan påvirke din sygdom? (Fx mad, motion, søvn, rygning, alkohol, stoffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Får du hjælp til at håndtere dine psykiske vanskeligheder og problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Taler personalet med dig om problemer, som du har med dit fysiske helbred? (Fysiske sygdomme ud over din psykiske sygdom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følger personalet op på din medicinske behandling? (Fx omkring virkning og bivirkninger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEND

Fejl under dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<<		Ja	Nej				
10. Er der sket fejl i forbindelse med dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gå til spm. 13			
11. Beskriv venligst den eller de fejl du har oplevet: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig, hvis du ikke ønsker dem videregivet)							
	Personalet kendte ikke fejlen	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
12. Tog personalet hånd om fejlen(e), efter den/de blev opdaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inddragelse							
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
13. Spørger personalet ind til din beskrivelse af din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Taler personalet med dig om, hvad du kan gøre for at få det bedre, hvis du bliver fx bange, urolig eller har svært ved at sove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Er du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i det omfang, du har behov for? Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke relevant for mig	Ja	Nej				Ved ikke
16. Inddrager personalet dine pårørende i din undersøgelse/behandling i det omfang, du har behov for? Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at inddrage pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammenhæng og samarbejde							
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
17. Hjælper >>>BETEGNELSE<<< dig til at tage kontakt til kommunen, når du har behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samlet indtryk								
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke	
18. Oplever du, at én læge tager et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser? Svar "ikke relevant for mig", hvis dit besøg ikke er en del af et forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Er du tilfreds med den behandling, som du modtager for din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Har du fået det bedre af behandlingen i >>>BETEGNELSE<<<?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Er du alt i alt tilfreds med dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Skriv venligst her, hvis du synes, >>>BETEGNELSE<<< kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig, hvis du ikke ønsker dem videregivet)								
Din baggrund								
23. Hvilket år er du født? (Fx 1956)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Mand	Kvinde						
24. Dit køn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	0-3 måneder	4-12 måneder	1-3 år	Over 3 år			Ved ikke	
25. Hvor længe har du ca. haft kontakt med >>>BETEGNELSE<<< i dit nuværende behandlingsforløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse)	Angst og/eller OCD	Dobbelt diagnose (en psykiatrisk lidelse kombineret med en afhængighedslidelse)				Ved ikke	
26. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for i >>>BETEGNELSE<<<? SÆT KUN 1 KRYD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Personlighedsforstyrrelse	Skizofreni	Spiseforstyrrelse					
	Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom:						<input type="text"/>	

Mange tak for dine svar
Vi glæder os til at læse dem