



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

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**.

Personalet og dagligdagen på sengeafsnittet

	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 på sengeafsnittet, 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. Oplever du, at reglerne på sengeafsnittet fungerer godt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler du dig tryk sammen med de andre patienter på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. Oplever du, at der er en god omgangstone mellem dig og personalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din behandling på sengeafsnittet

	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
8. 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"/>
9. Er du med til at bestemme hvilke aktiviteter, du kan deltage i? (Fx musik, værksted, motion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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"/>
11. 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"/>
12. 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"/>
13. 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"/>

Fejl under din indlæggelse		Ja	Nej			
14. Er der sket fejl i forbindelse med din indlæggelse? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gå til spm. 17		
15. 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 nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
16. 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"/>
Inddragelse						
17. Spørger personalet ind til din beskrivelse af din sygdom/tilstand?	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
18. 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"/>
19. 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"/>
20. Inddrager personalet dine pårørende i din behandling i det omfang, du har behov for? Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at inddrage pårørende	Ikke relevant for mig	Ja	Nej			Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvang under indlæggelsen						
21. Har personalet anvendt tvang under din indlæggelse inden for det seneste år? (Fx fastholdelse, tilbageholdelse, tvangsbehandling eller fiksering)	Ikke relevant for mig	Ja	Nej			Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Fik du udbytte af den opfølgende samtale med personalet, efter at tvangen var ophørt?	<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
24. Oplever du, at én læge tager et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser? Svar "ikke relevant for mig", hvis din indlæggelse 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"/>
25. 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"/>
26. Har du fået det bedre af at være indlagt på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er du alt i alt tilfreds med din indlæggelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Skriv venligst her, hvis du synes, sengeafsnittet 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							
29. 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"/>	
30. Dit køn?	Mand <input type="checkbox"/>	Kvinde <input type="checkbox"/>					
31. Hvor længe har du været indlagt på dette sengeafsnit? (Denne gang)	0-3 måneder <input type="checkbox"/>	4-6 måneder <input type="checkbox"/>	7-12 måneder <input type="checkbox"/>	1-2 år <input type="checkbox"/>	3-4 år <input type="checkbox"/>	5-6 år <input type="checkbox"/>	Over 6 år <input type="checkbox"/>
32. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for på sengeafsnittet? SÆT KUN 1 KRYD.	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse) <input type="checkbox"/>		Dobbeltdiagnose (en psykiatrisk lidelse kombineret med en afhængighedslidelse) <input type="checkbox"/>		Skizofreni <input type="checkbox"/>		Personlighedsforstyrrelse <input type="checkbox"/>
Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom: <input type="text"/>							

Mange tak for dine svar

Vi glæder os til at læse dem