



## 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 20. oktober 2024.** Benyt venligst kuglepen og ikke blyant/tusch.

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"/>

>>>IDNUMMER<<<

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"/>				<b>Gå til spm. 17</b>
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 høj grad (4)	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"/>	<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
17. 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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling <u>i det omfang</u> , du har behov for?  <i>Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger</i>	<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
20. Inddrager personalet dine pårørende i din behandling <u>i det omfang</u> , du har behov for?  <i>Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at inddrage pårørende</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tvang under indlæggelsen							
	Ikke relevant for mig	Ja	Nej				Ved ikke
21. Har personalet anvendt tvang under din indlæggelse inden for det seneste år? (Fx fastholdelse, tilbageholdelse, tvangsbehandling eller fiksering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<b>Gå til spm. 24</b>	<input type="checkbox"/>
	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
22. Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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 en bestemt læge tager et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser?  <i>Svar "ikke relevant for mig", hvis din indlæggelse ikke er en del af et forløb</i>	<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"/>	<input type="text"/>
30. Dit køn?	Mand	Kvinde					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
31. Hvor længe har du været indlagt på dette sengeafsnit? (Denne gang)	0-3 måneder	4-6 måneder	7-12 måneder	1-2 år	3-4 år	5-6 år	Over 6 år
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hvilken psykisk sygdom er du <b>først og fremmest</b> i udredning/behandling for på sengeafsnittet? <b>SÆT KUN 1 KRYDS.</b>	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse)	Dobbeltdiagnose (en psykiatrisk lidelse kombineret med en afhængighedslidelse)				Ved ikke	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	Skizofreni	Personlighedsforstyrrelse					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom:	<input type="text"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					

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