



TIL PATIENTER

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 1. november 2026. Benyt venligst kuglepen og ikke blyant/tusch.

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

Personalet i ambulatoriet							
	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 ambulatoriet, 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 ambulatoriet							
	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. Taler personalet med dig om, hvordan du kan leve sundt? (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"/>

Fejl under dine besøg i ambulatoriet							
		Ja	Nej				
8. Er der sket fejl i forbindelse med dine besøg i ambulatoriet? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. 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
10. 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"/>

>>>IDNUMMER<<<

Inddragelse af dig og din familie							
	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
11. 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"/>
12. 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"/>
13. Er du med til at træffe beslutninger om din udredning/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
14. Inddrager personalet din familie i din udredning/behandling <u>i det omfang</u> , du har behov for? <i>Svar "ikke relevant for mig", hvis du ikke har behov for at inddrage familie</i>	<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
15. 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 dit besøg 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"/>
16. Er du tilfreds med den udredning og 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"/>
17. Har du fået det bedre af behandlingen i ambulatoriet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er du alt i alt tilfreds med dine besøg i ambulatoriet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Skriv venligst her, hvis du synes, ambulatoriet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt: <i>(Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig, hvis du ikke ønsker dem videregivet)</i>							

Din baggrund (Hvis du som forælder udfylder på vegne af barnet, skriv da <u>barnets svar</u>)						
20. Hvor gammel er du? (Fx 14 år)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	år			
21. Dit køn?		Dreng/ mand		Pige/ kvinde		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
22. Hvor mange samtaler/kontakter har du alt i alt haft med dette ambulatorium? (Fx samtaler, undersøgelser, gruppesamtaler, netværksmøder m.v.)		1-2	3-4	5-9	10 eller flere	Ved ikke
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Får du medicin for dine psykiske problemer?		Ja		Nej		Ved ikke
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Tager du din medicin på den måde, personalet har sagt, du skal? (Fx rette dosis og tidspunkt)		Altid	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for i ambulatoriet? SÆT KUN 1 KRYDS.		Adfærdsforstyrrelse (fx ADHD)	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse)	Angst og/eller OCD		Ved ikke
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Skizofreni	Spiseforstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Andet, skriv venligst <u>hvilken psykisk sygdom</u> :					
	<input type="checkbox"/>	_____				

Mange tak for dine svar

Vi glæder os til at læse dem

>>>IDNUMMER<<<

