



TIL FORÆLDRE

Vi vil gerne høre din mening om din kontakt med

>>>AFSNITSNAVN<<<

Vi vil gerne bruge dine erfaringer til at forbedre kontakten med forældre/pårørende og patienter i psykiatrien.

Vi håber derfor, du vil besvare dette spørgeskema og sende det retur i den vedlagte svarkuvert

senest den 15. november 2026.

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

Personalet på afsnittet							
	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 afsnittet, 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. Er det trygt for dig, at dit barn er på afsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har personalet sat sig ind i dit barns sygdomsforløb ved samtaler om barnets sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Får du den opbakning fra personalet, som du har brug for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit barns behandling på afsnittet							
	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
6. 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"/>
7. Taler personalet med dig om, hvordan dit barn 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"/>
8. Får du hjælp til at håndtere dit barns 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"/>
9. Tror du, at behandlingen vil gøre dit barn bedre i stand til at klare hverdagen efter udskrivelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Følger personalet op på dit barns 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 dit barns indlæggelse

		Ja	Nej				
11. Er der sket fejl i forbindelse med dit barns indlæggelse? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gå til spm. 14			
12. Beskriv venligst den eller de fejl, du har oplevet: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, 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
13. 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
14. Spørger personalet ind til din beskrivelse af dit barns sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har du talt med personalet om dine forventninger til indlæggelsesforløbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Taler personalet med dig om, hvad du kan gøre for at hjælpe dit barn til at få det bedre, hvis det fx bliver 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"/>
17. Er du med til at træffe beslutninger om dit barns 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"/>

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
18. Er du tilfreds med samarbejdet mellem afsnittet og daginstitution/skole/uddannelsessted?	<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 samarbejdet mellem afsnittet og PPR/Socialforvaltning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Er du tilfreds med samarbejdet mellem afsnittet og dit barns praktiserende læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til samarbejdet: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)							

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
22. Oplever du, at en bestemt læge tager et overordnet ansvar for dit barns samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser? <i>Svar "ikke relevant for mig", hvis dit barns 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"/>
23. Er du tilfreds med den udredning og behandling, som dit barn modtager for sin sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Har dit barn fået det bedre af at være indlagt på afsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Er du alt i alt tilfreds med dit barns indlæggelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Skriv venligst her, hvis du synes, afsnittet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt: <i>(Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)</i>							

VEND



Om dig og dit barn

27. Dit barns alder? (Fx 06 år eller 14 år)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			år				
28. Dit barns køn?		Dreng/ mand	Pige/ kvinde						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
29. Har dit barn været indlagt i psykiatrien før denne indlæggelse?		Ja	Nej			Ved ikke			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
30. Hvor ofte har du ca. haft planlagte samtaler med personalet under dit barns indlæggelse?		Flere gange pr. uge	1 gang pr. uge	1 gang hver 14. dag	1 gang pr. mdr.	Sjældnere end 1 gang pr. mdr.			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
31. Hvor lang tid har dit barn indtil videre været indlagt på afsnittet? (Kun denne indlæggelse)		3-7 døgn	8 døgn – 2 mdr.	3-6 mdr.	7-12 mdr.	Over 1 år			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
32. Føler du dig tynget af dit barns vanskeligheder og problemer?	<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	
33. På hvilke områder føler du dig tynget af dit barns vanskeligheder og problemer? <i>(Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)</i>									

Mange tak for dine svar

Vi glæder os til at læse dem