



## TIL PATIENTER

### Børn og unges oplevelse af indlæggelsen på

### >>>AFSNITSNAVN<<<

Vi vil gerne bruge dine erfaringer til at forbedre kontakten med patienter og forældre 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](http://www.svarpaaweb.dk). Din adgangskode er: >>>SURVEYXACTLOGIN<<<

Din modtagelse 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. Tog personalet godt imod dig, da du blev indlagt på afsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fik du klar information om dagligdagen og reglerne på afsnittet? (Fx afsnittets husorden)	<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
3. Da du blev indlagt, talte du da med personalet om, hvad der kan berolige dig? (Fx læse, snakke med andre, musik, motion)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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
4. 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"/>
5. 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"/>
6. Har personalet tid til at lytte til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler du dig tryk på afsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>
9. 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 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
10. 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"/>
11. Er du med til at bestemme hvilke aktiviteter, du kan deltage i? (Fx musik, værksted, motion, ture)	<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, 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"/>
13. 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"/>

>>>IDNUMMER<<<



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
23. 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"/>
24. 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"/>
25. Har du 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"/>
26. 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"/>
27. Skriv venligst her, hvis du synes, afsnittet 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 (Hvis du som forælder udfylder på vegne af barnet, skriv da <u>barnets svar</u> )					
28. Hvor gammel er du? (Fx 14 år)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	år		
29. Dit køn?		Dreng/mand	Pige/kvinde		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30. Har du været indlagt i psykiatrien før denne indlæggelse?		Ja	Nej		Ved ikke
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Hvilken psykisk sygdom er du <b>først og fremmest</b> i udredning/behandling for på afsnittet? <b>SÆT KUN 1 KRYDS.</b>		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<<<