



Vi vil gerne høre din mening om din kontakt med

>>>AFSNITSNAVN<<<

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

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

senest den 12. november 2023.

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 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"/>
4. 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 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 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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>

Fejl under dit barns besøg i ambulatoriet							
		Ja	Nej				
9. Er der sket fejl i forbindelse med dit barns besøg i ambulatoriet? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Gå til spm. 12
10. 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
11. 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							
	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
12. 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"/>
13. Har du talt med personalet om dine forventninger til kontakten med ambulatoriet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 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"/>
15. Er du med til at træffe beslutninger om dit barns udredning/behandling i <u>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
16. Er du tilfreds med samarbejdet mellem ambulatoriet 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"/>
17. Er du tilfreds med samarbejdet mellem ambulatoriet og PPR/Socialforvaltning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er du tilfreds med samarbejdet mellem ambulatoriet 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"/>
19. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til samarbejdet: <i>(Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)</i>							

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
20. 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 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"/>
21. 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"/>
22. Har dit barn 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"/>

Samlet indtryk (fortsat)							
	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. Er du alt i alt tilfreds med dit barns besøg i ambulatoriet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 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 eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)</i>							

Om dig og dit barn							
25. Dit barns alder? <i>(Fx 06 år eller 14 år)</i>	<input type="text"/>		år				
26. Dit barns køn?	Dreng/mand		Pige/Kvinde				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
27. Hvor mange samtaler/kontakter har dit barn alt i alt haft med dette ambulatorium? <i>(Fx samtaler, undersøgelser, observationer, netværksmøder m.v.)</i>	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"/>		
28. Hvor mange samtaler/kontakter har du alt i alt haft med dette ambulatorium? <i>(Fx samtaler i ambulatoriet, hjemmebesøg, netværksmøder m.v.)</i>	Ja		Nej		Ved ikke		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
29. Er dit barns kontakt med ambulatoriet afsluttet?	Ja		Nej		Ved ikke		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
30. Føler du dig tyngtet af dit barns vanskeligheder og problemer?	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. På hvilke områder føler du dig tyngtet 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

>>>IDNUMMER<<<