



## Referat af møde i Styregruppen for LUP

**Tid:** Fredag den 21. juni 2019 kl. 12.30-13.30

**Sted:** Videomøde

Jens Ravnholt, Region Nordjylland	Marit Buccarella, Region Sjælland
Anne Munk, Region Nordjylland	Nadja Ausker, Region Hovedstaden
Louise Sjørsløv Frandsen, Region Nordjylland	Anne Skriver Andersen, Region Hovedstaden
Line Traumer, Region Nordjylland	Tove Vedige Brøchner, Region Hovedstaden
Ole Thomsen, Region Midtjylland	Martin Bredgaard Sørensen, Danske Regioner
Anne Gammelgaard, Region Midtjylland	Line Møller Rasmussen, Danske Regioner (deltog under pkt. 5)
Simone Witzel, DEFACTUM	Margit Pindstofte, patientrepræsentant, Region Sjælland
Lisbeth Hoffmann Thomsen, DEFACTUM	Marlene W. Würgler, Kompetencecenter for Patientoplevelser
Marianne Albertsen, Region Syddanmark	Pernille Vang Sørensen, Kompetencecenter for Patientoplevelser
Jørgen Østergaard, Region Syddanmark	Daisy Kyed, Kompetencecenter for Patientoplevelser
Troels Busk Hoff, Region Sjælland	

### 1. LUP Fødende: Orientering om validering af temaspørgsmål 2019

Temaspørgsmålene til LUP Fødende 2019 blev i marts og april 2019 valideret blandt 27 kvinder. Valideringen medførte mindre justeringer i de oprindelige udkast til temaspørgsmål. Styregruppen tog orienteringen om valideringen og resultaterne heraf til efterretning. Spørgeskemaet, som vil blive anvendt i LUP Fødende 2019, kan findes i bilag 1.

### 2. LUP Fødende: Valg af to temaer til national rapport 2019

Styregruppen fulgte anbefalingerne fra den faglige følgegruppe i LUP Fødende og valgte følgende to temaer til den nationale rapport for LUP Fødende 2019:

- Efterfødselssamtaler
- Fælles beslutningstagning

### 3. LUP Psykiatri: Orientering om validering af spørgsmål

Indholdet i registreringsarket er ændret, så det ikke længere indeholder spørgsmål om helbredsoplysninger m.m. Spørgsmålene indgår i stedet for i spørgeskemaet for LUP Psykiatri.



Spørgsmålet om patienternes evt. retslige forhold har tidligere været en del af det registreringsark, som personalet har udfyldt i forbindelse med patienternes udfyldelse af spørgeskemaet. Sekretariatet har valideret spørgsmålet om retsligt forhold som en del af selve spørgeskemaet til patienterne. På baggrund af valideringen anbefaler Kompetenceenheden for LUP Psykiatri, at spørgsmålet om retsligt forhold udgår af undersøgelsen.

Styregruppen drøftede konsekvenserne af en evt. beslutning om at lade spørgsmålet om retsligt forhold udgå. Styregruppen blev herefter enige om at lade spørgsmålet om retsligt forhold udgå af undersøgelsen for alle patientgrupper. Spørgsmålet kan dog ikke nå at udgå af alle spørgeskemaer i år, da flere af spørgeskemaerne allerede er sendt til tryk. Spørgsmålet vil dog ikke indgå i afrapporteringen af LUP Psykiatri 2019.

Styregruppen tog endvidere orienteringen om valideringen til efterretning. Spørgeskemaerne til LUP Psykiatri 2019 kan findes i bilag 2.

#### **4. LUP Psykiatri: Kobling mellem patient- og forældrespørgeskemaer**

I det nuværende koncept for LUP Psykiatri udleveres der i patient- og forældreundersøgelserne i børne- og ungdomspsykiatrien (B&U) op til to forældrespørgeskemaer pr. patient, men det er ikke muligt at koble svarene fra patienter- og forældreundersøgelserne i B&U. Sekretariatet har derfor udarbejdet to forslag til håndtering af patient- og forældrespørgeskemaerne, som gør det muligt fremover at koble svarene fra patienter og forældre med hinanden, og som dermed åbner op for at undersøge andre vinkler i analysen.

Styregruppen valgte den skitserede model 2, som giver personalet mulighed for at udlevere et ekstra forældreskema pr. patient, så begge forældre kan modtage et spørgeskema. Styregruppen havde et ønske om, at begge forældre tilbydes et skema hver. Sekretariatet svarede, at man vil skrive dette ind i guiden til personalet, men at der ikke vil være to forældreskemaer vedlagt patientskemaet, da det vil betyde en betydelig merudgift, men afsnittene får ekstra spørgeskemaer, som de kan udlevere, hvis begge forældre ønsker at udfylde et skema.

#### **5. LUP Psykiatri: Valg af tre temaer til den nationale rapport 2019**

Styregruppen havde en drøftelse af de enkelte forslag til temaer og valgte herefter følgende tre temaer:

- What matters to you/hvad er vigtigt for dig?
- Somatisk sygdom
- Forskelle i patienter og forældres svar i B&U-psykiatrien

I forbindelse med drøftelsen af temaerne havde Styregruppen en kort drøftelse af de nuværende spørgsmål om PAL. Sekretariatet orienterede om, at de arbejder på at udvikle en række andre spørgsmål, der kan måle patienternes oplevelse af PAL, uden at patienterne bliver spurgt direkte til PAL-begrebet.

#### **6. LUP Somatik: Uddybende beskrivelse af løbende målinger som supplement til LUP Somatik**

Styregruppen havde en kort drøftelse af konceptet, som de fandt attraktivt. Der var et ønske om at kunne inkludere og afrapportere på et lavere niveau end 7.sks-ciffer. Sekretariatet svarede, at et lavere niveau vil være muligt alt afhængig af, hvilke data LPR3 kommer til at



tilbyde. Der var ydermere et ønske om at man ville kunne vælge lokale spørgsmål, der ikke var en del af kataloget over validerede LUP-spørgsmål. Sekretariatet svarede, at lokale spørgsmål vil være mulige, men at de kræver en validering. Afhængig af efterspørgslen på andre spørgsmål, der kræver validering, vil dette kunne holdes inden for rammerne af testperioden.

De fem regioner tilsluttede sig herefter alle testperioden på ét år og godkendte procesplanen.



### Forberedelse under graviditeten

Spørgsmål 7-8 handler om den forberedelse, som du fik under graviditeten fra jordemodercentret/hospitalet (hos din jordemoder, til fødsels- og forældreforberedelse mv.)

	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
7. Blev du i <u>passende</u> omfang forberedt på, hvordan du skulle håndtere opstart af amning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Blev du i <u>passende</u> omfang forberedt på, hvordan du skulle håndtere forløbet fra fødslen gik i gang, til du havde født?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kontakt vedrørende graviditet med hospital/jordemodercenter ud over de almindelige planlagte konsultationer/besøg

	Ja	Nej	Ved ikke
9. Var du i kontakt med hospitalet/jordemodercentret under graviditeten <u>ud over</u> de almindelige planlagte konsultationer/besøg:  (fx ved mange plukveer, forhøjet blodtryk, lille vægtstigning hos barnet eller bækkenløsning)			
a) Ved besøg på hospital/i jordemodercenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ved indlæggelse i forbindelse med graviditeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ved telefonisk kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ved elektronisk kontakt (fx e-mail og chat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gå til spørgsmål 11, hvis du har svaret "Nej" eller "Ved ikke" i både 9a, 9b, 9c og 9d

### I spørgsmål 10 i den elektroniske opsætning er kun de svarmuligheder, hvor der er sat kryds i "Ja" i spørgsmål 9, synlige

Hvis du har været i kontakt med hospitalet/jordemodercentret flere gange under graviditeten ud over de almindelige planlagte besøg, skal du besvare spørgsmålene ud fra dit samlede 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
10. Fik du den hjælp, du havde behov for:  (fx ved mange plukveer, forhøjet blodtryk, lille vægtstigning hos barnet eller bækkenløsning)							
a) Ved besøg på hospital/i jordemodercenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under indlæggelse i forbindelse med graviditeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ved telefonisk kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ved elektronisk kontakt (fx e-mail og chat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### FØDSLEN

	På hospitalet	Hjemme	
11. Hvor fødte du?  <i>Hvis du havde en planlagt hjemmefødsel, men endte med at føde på hospitalet, skal du svare "På hospitalet"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vaginalt (gennem skeden)	Ved akut kejsersnit	Ved planlagt kejsersnit
12. Hvordan fødte du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Gå til spm. 15</b>	<b>Gå til spm. 15</b>	



	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
25. Blev du løbende vejledt om, hvad du selv kunne gøre under fødslen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger undervejs i fødslen?  <i>Hvis du ikke havde behov for at deltage i beslutninger, skal du svare "ikke relevant"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Fik du den støtte fra personalet, som du havde behov for under fødslen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
28. Opstod der komplikationer under din fødsel?  (fx mistanke om iltmangel hos barnet, kraftig blødning, behov for akut kejsersnit, fødsel ved hjælp af sugekop, skade på endetarmens ringmuskel)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Din samlede fødselsoplevelse

	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
29. Er du alt i alt tilfreds med fødselsforløbet/kejsersnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Skriv her, hvis du har kommentarer til fødslen/kejsersnittet:							

## EFTER FØDSLEN

### På hospitalet (Stilles ikke til de kvinder, der har født hjemme)

Med hospitalet menes de afsnit, der hører til hospitalet fx fødeafsnit, barselsafsnit, patienthotel eller mor-barn center (dog *ikke* neonatalafdeling)

	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
31. Fik du den hjælp, du havde brug for til at kunne amme eller give modermælkserstatning til dit barn, mens du var på hospitalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fik du den hjælp, du havde brug for til at kunne passe dit nyfødte barn, mens du var på hospitalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Fik du svar på de spørgsmål du stillede, mens du var på hospitalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Var der tilstrækkelig med ro til hvile og søvn, mens du var på hospitalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Var der mulighed for, at din partner kunne være til stede hos dig og jeres barn på hospitalet, i det omfang du havde behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Udskrivelsen (Stilles ikke til de kvinder, der har født hjemme)

36. Hvor lang tid gik der, fra du havde født, til du tog hjem?		_____ timer
(Angiv i antal hele timer. Hvis mere end 23 timer, angiv da antal døgn)		_____ døgn

		Ja	Nej, for kort	Nej, for lang	Ved ikke		
37. Var længden af perioden, fra du havde født, til du tog hjem passende?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
38. Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### At få talt om fødslen

Med hospitalet menes de afsnit, der hører til hospitalet fx fødeafsnit, barselsafsnit, mor-barn center eller barselsklinik

	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
39. Har du, efter du har født, talt om fødslen/kejsersnittet med personalet fra hospitalet/jordemodercentret i det omfang, du havde behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis du ikke havde behov for at tale med personale om fødslen/kejsersnittet eller har planlagt en samtale senere, skal du svare "ikke relevant"</i>							

### Vejledning og information

	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
40. Vidste du, hvad du skulle være opmærksom på i forhold til amning eller ernæring af dit barn, efter du kom hjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Vidste du, hvad du skulle være opmærksom på i forhold til dit nye barns trivsel eller mistrivsel, efter du kom hjem?  (fx gulsot, spise-, urin-, afførings- og sovemønster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål, når du kom hjem?  (fx om amning, pleje af barn eller dit helbred)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Perioden fra du kom hjem, til du havde besøg af sundhedsplejersken

		Ja	Nej	Ved ikke			
43. Er du blevet kontaktet per telefon eller haft besøg af en jordemoder fra hospitalet/jordemodercentret i perioden, fra du kom hjem, til du havde besøg af en sundhedsplejerske?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<b>Gå til spm. 45</b>		<b>Gå til spm. 45</b>			
	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
44. Fik du den rådgivning af <u>jordemoderen</u> , som du havde behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nej	Ved ikke			
45. Har du selv henvendt dig med spørgsmål til personalet fra hospitalet/jordemodercenter i perioden, fra du kom hjem, til du havde besøg af en sundhedsplejerske?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<b>Gå til spm. 47</b>		<b>Gå til spm. 47</b>			



Hvis du har henvendt dig flere gange med spørgsmål, skal du besvare spørgeskemaet ud fra dit samlede 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
46. Fik du svar på de spørgsmål, du stillede til personalet fra hospital/jordemodercenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til, hvordan du oplevede perioden, fra du kom hjem fra hospitalet, til du fik besøg af sundhedsplejersken:							

### Sundhedsplejersken

							Jeg har ikke haft besøg
48. Hvor mange dage gik der, fra du kom hjem, til du fik besøg af sundhedsplejersken?						_____ dage	<input type="checkbox"/>
(fx hvis du kom hjem lørdag og fik besøg mandag = 2 dage)							<b>Gå til spm. 51</b>
	Ja	Nej, for kort	Nej, for lang				Ved ikke
49. Var længden af perioden, fra du kom hjem, til du fik besøg af sundhedsplejersken, passende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Hvis du har haft kontakt med flere sundhedsplejersker, skal du besvare spørgsmålet ud fra dit samlede 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
50. Fik du den rådgivning af sundhedsplejersken, du havde behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TEMASPØRGSMÅL

#### AMMERÅDGIVNING PÅ HOSPITALET LIGE EFTER DIN FØDSEL

Hvis du mødte flere jordemødre under din graviditet, skal du besvare spørgsmål 51 og 52 ud fra dit samlede 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
51. Gav personalet dig og dit barn mulighed for uforstyrret hud-mod-hud-kontakt indtil dit barn havde suttet på brystet første gang eller var faldet i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis du ikke havde mulighed for at få hud-mod-hud-kontakt med dit barn i forlængelse af fødslen, fx pga. sygdom hos dig eller dit barn, skal du svare "ikke relevant for mig"</i>							
	Ja		Nej			Ved ikke	
52. Blev du efter fødslen vejledt om, at dit barn lige fra fødslen bør ammes efter barnets behov og med fri adgang til brystet?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<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
53. Lyttede personalet til dine oplevelser med amning af dit nyfødte barn, da de rådgav dig om sutte- og ammeteknikker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Inviterede personalet din partner til at deltage i den vejledning de gav dig om amning af dit barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELE FORLØBET

### Kommentarer til hele forløbet (graviditets-, fødsels- og barselsforløb)

55. Skriv venligst her, hvis du mener, at noget kunne være gjort bedre i forbindelse med dit graviditets-, fødsels- og barselsforløb:

56. Skriv venligst her, hvis du mener, at noget var særlig godt i forbindelse med dit graviditets-, fødsels- og barselsforløb:

**Tak for din besvarelse**

**Bemærk:**

- Kvinderne besvarer spørgeskemaet i en elektronisk opsat udgave. De vil derfor kun se de spørgsmål, som er relevante i forhold til deres forudgående svar.
- I den elektroniske opsætning af spørgeskemaet, er der for nogle spørgsmål (nr. 15, 26, 27, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48 og 49) for hjemmefødende skiftet nogle ord ud. Fx er "personalet" erstattet med "jordmoderen" og "kom hjem" erstattet med "havde født".



Din baggrund					
28. Hvilket år er du født? (Fx 1956)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
29. Dit køn?	Mand <input type="checkbox"/>	Kvinde <input type="checkbox"/>			
30. Hvor længe har du ca. haft kontakt med >>>BETEGNELSE<<< i dit nuværende behandlingsforløb?	0-3 måneder <input type="checkbox"/>	4-12 måneder <input type="checkbox"/>	1-3 år <input type="checkbox"/>	Over 3 år <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
31. Har du en dom til behandling i løbet af kontakten til >>>BETEGNELSE<<<? (fx behandlingsdømt, anbringelsesdømt, mentalobservation, surrogatfængslet)	Ikke relevant for mig <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>	
32. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for i >>>BETEGNELSE<<<?  <b>SÆT KUN 1 KRYDS</b>	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse) <input type="checkbox"/>	Angst og/eller OCD <input type="checkbox"/>	Dobbeltdiagnose (2 eller flere psykiatriske diagnoser) <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>	
	Personlighedsforstyrrelse <input type="checkbox"/>	Skizofreni <input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelse <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

## 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 2019.**

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://www.svarpaaweb.dk). Din adgangskode er: >>>SURVEYXACTLOGIN<<<

Personalet i >>>BETEGNELSE<<<							
	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. Kan du komme i kontakt med personalet i >>>BETEGNELSE<<<, 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"/>
2. 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"/>
3. 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 >>>BETEGNELSE<<<							
	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. Får du de informationer om din sygdom og behandling, 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"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>

Fejl under dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<							
		Ja	Nej				
9. Er der sket fejl i forbindelse med dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gå til spm. 12</b>			
10. Beskriv venligst den eller de fejl du har oplevet:							
11. Tog personalet hånd om fejlen(e), efter den/de blev opdaget?	Personalet kendte ikke fejlen <input type="checkbox"/>	I meget høj grad (5) <input type="checkbox"/>	I høj grad (4) <input type="checkbox"/>	I nogen grad (3) <input type="checkbox"/>	I ringe grad (2) <input type="checkbox"/>	Slet ikke (1) <input type="checkbox"/>	Ved ikke <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
12. Spørger personalet ind til dine egne erfaringer med din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 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"/>
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
14. Er du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for?  <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Inddrager personalet dine pårørende i din undersøgelse/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for?  <i>(Hvis du ikke har behov for at inddrage pårørende, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<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. Hjælper >>>BETEGNELSE<<< dig til at tage kontakt til kommunen, 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"/>

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
17. 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"/>
18. Har du fået det bedre af behandlingen i >>>BETEGNELSE<<<?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er du alt i alt tilfreds med dine besøg i >>>BETEGNELSE<<<?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Skriv venligst her, hvis du synes, >>>BETEGNELSE<<< kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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
21. Er du tryk i dit samlede forløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
22. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle udvalgte patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 25</b>		<b>Gå til spm. 25</b>
23. Har du en "patientansvarlig læge" i dit forløb?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

Spørgsmål fra >>>REGION<<<							
25.							
	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
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEND



>>>IDNUMMER<<<



Din baggrund						
(Hvis du som forælder udfylder på vegne af barnet, skriv da barnets svar)						
25. Hvor gammel er du? (Fx 14 år)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	år			
26. Dit køn?		Dreng /mand		Pige /kvinde		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
27. 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"/>
28. Får du medicin for dine psykiske problemer?		Ja		Nej		Ved ikke
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. 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"/>
30. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for i ambulatoriet?		Adfærdsforstyrrelse	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 hvilken psykisk sygdom:				
		<input type="checkbox"/>	_____			

**SÆT KUN 1 KRYDS**

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

## 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 10. november 2019.**

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://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. 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"/>
2. 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"/>
3. 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
4. Får du de informationer om din udredning og behandling, 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"/>
5. 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"/>
6. 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				
7. Er der sket fejl i forbindelse med dine besøg i ambulatoriet? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Gå til spm. 10</b>
8. Beskriv venligst den eller de fejl, du har oplevet:							
	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
9. 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
10. Spørger personalet ind til dine egne erfaringer med din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 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"/>
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
12. Er du med til at træffe beslutninger om din udredning/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant")</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Inddrager personalet din familie i din udredning/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at inddrage familie, skal du svare "ikke relevant")</i>	<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
14. 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"/>
15. 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"/>
16. 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"/>
17. Skriv venligst her, hvis du synes, ambulatoriet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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 tryk i dit <u>samlede forløb</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
19. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle <u>udvalgte</u> patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 22</b>		<b>Gå til spm. 22</b>
20. Har du en "patientansvarlig læge" i dit forløb?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

Spørgsmål fra >>>REGION<<<							
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<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
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.							

VEND



>>>IDNUMMER<<<



Spørgsmål fra >>>Region<<<							
	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
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.							

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

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

## 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 10. november 2019.**

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://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. 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"/>
2. 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"/>
3. 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
4. Får du de informationer om dit barns udredning og behandling, 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"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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				
8. 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"/>	<b>Gå til spm. 11</b>			
9. Beskriv venligst den eller de fejl, du har oplevet:							
	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							
	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 dine egne erfaringer med 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"/>
12. 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"/>
13. 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"/>
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
14. Er du med til at træffe beslutninger om dit barns udredning/behandling <u>i det omfang</u> , som du har behov for?  <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant")</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
15. 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"/>
16. 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"/>
17. 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"/>
18. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til samarbejdet:							

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
19. 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"/>
20. 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"/>
21. 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"/>
22. Skriv venligst her, hvis du synes, ambulatoriet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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 tryk ved dit barns samlede forløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
24. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle udvalgte patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit barns samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 27</b>		<b>Gå til spm. 27</b>
25. Har dit barn en "patientansvarlig læge" i sit forløb?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

VEND



>>>IDNUMMER<<<



Spørgsmål fra >>>REGION<<<

34.

	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
35. Oplevede du, at dit forløb var tilrettelagt efter dine ønsker og behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Gav personalet dig troen på, at du kunne få det bedre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din baggrund

37. Hvilket år er du født? (fx 1956)	<input type="text"/>						
38. Dit køn?	Mand <input type="checkbox"/>	Kvinde <input type="checkbox"/>					
39. Hvor længe har du været indlagt på dette sengeafsnit? (denne gang)	Under 1 døgn <input type="checkbox"/>	1-3 døgn <input type="checkbox"/>	4-6 døgn <input type="checkbox"/>	1-2 uger <input type="checkbox"/>	3-4 uger <input type="checkbox"/>	1-2 måneder <input type="checkbox"/>	Over 2 måneder <input type="checkbox"/>
40. Har du haft en dom til behandling i løbet af indlæggelsen? (fx behandlingsdømt, anbringelsesdømt, mentalobservation, surrogatfængsel)	Ikke relevant for mig <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>			Nej <input type="checkbox"/>		Ved ikke <input type="checkbox"/>
41. Hvilken psykisk sygdom var du først og fremmest i udredning/behandling for på sengeafsnittet?	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse) <input type="checkbox"/>	Angst og/eller OCD <input type="checkbox"/>		Dobbeltdiagnose (2 eller flere psykiatriske diagnoser) <input type="checkbox"/>			Ved ikke <input type="checkbox"/>
	Personlighedsforstyrrelse <input type="checkbox"/>	Skizofreni <input type="checkbox"/>		Spiseforstyrrelse <input type="checkbox"/>			
	<b>SÆT KUN 1 KRYDS</b> Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom: <input type="text"/>						

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

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 8. december 2019.**

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://www.svarpaaweb.dk). Din adgangskode er: >>>SURVEYXACTLOGIN<<<

Din modtagelse 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. Tog personalet godt imod dig, da du blev indlagt på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Talte du med personalet om, hvad der kan berolige dig, da du blev indlagt? (fx motion, musik, kugledyne)	Ikke relevant for mig <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>		Ved ikke <input type="checkbox"/>	

Personalet 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
3. Kunne du komme i kontakt med personalet på sengeafsnittet, når du havde behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Følte du dig tryk på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Havde 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. Kunne 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 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
7. Fik du de informationer om din sygdom og behandling, som du havde brug for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Var du med til at bestemme hvilke aktiviteter, du kunne 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"/>
9. Informerede personalet 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"/>
10. Fik 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"/>
11. Talte 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"/>
12. Fulgte 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"/>

Fejl under din indlæggelse							
		Ja	Nej				
13. Skete der fejl i forbindelse med din indlæggelse? (fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Gå til spm. 16
14. Beskriv venligst den eller de fejl du oplevede:							
	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
15. 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
16. Spurgte personalet ind til dine egne erfaringer med 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 personalet talt 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"/>
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
18. Var du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i <u>det omfang</u> , som du havde behov for? <i>(Hvis du ikke havde behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19. Inddrog personalet dine pårørende i din behandling i <u>det omfang</u> , som du havde behov for? <i>(Hvis du ikke havde behov for at inddrage pårørende, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Tvang under indlæggelsen							
	Ikke relevant for mig	Ja	Nej				Ved ikke
20. Har personalet anvendt tvang under din indlæggelse? (fx fastholdelse, tilbageholdelse, tvangsbehandling eller fiksering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Gå til spm. 23
	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
21. 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"/>
22. 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"/>

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
23. Hjalp sengeafsnittet dig til at tage kontakt til kommunen, når du havde behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din udskrivelse fra 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
24. Har du og personalet talt om, hvilke symptomer du skal være opmærksom på efter din udskrivelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Oplever du, at du i tilstrækkelig grad er blevet forberedt på tiden efter din udskrivelse?	<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
26. Er du tilfreds med den behandling, som du modtog 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"/>
27. 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"/>
28. Er du alt i alt tilfreds med forløbet fra du blev indlagt og frem til din udskrivelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Skriv venligst her, hvis du synes, sengeafsnittet kunne gøre noget bedre eller gjorde noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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
30. Var du tryk i dit samlede forløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
31. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle udvalgte patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.)  Har du hørt om ordningen "patientansvarlig læge"?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
				Gå til spm. 34			Gå til spm. 34
32. Har du en "patientansvarlig læge" i dit forløb?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

VEND



>>>IDNUMMER<<<



## Spørgsmål fra &gt;&gt;&gt;REGION&lt;&lt;&lt;

30.

## Din baggrund

(Hvis du som forælder udfylder på vegne af barnet, skriv da barnets svar)

31. Hvor gammel er du? (Fx 14 år)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	år	
32. Dit køn?	<input type="checkbox"/>	Dreng /mand	<input type="checkbox"/>	Pige /kvinde
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
33. Har du været indlagt i psykiatrien før denne indlæggelse?	<input type="checkbox"/>			Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
34. Har du dom til behandling i løbet af indlæggelsen? (fx behandlingsdømt, anbringelsesdømt, mentalobservation, surrogatfængslet)	<input type="checkbox"/>	Ikke relevant for mig		Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	Adfærdsforstyrrelse	<input type="checkbox"/>	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse)
	<input type="checkbox"/>	Skizofreni	<input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelse
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Angst og/eller OCD
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Udviklingsforstyrrelse
	<input type="checkbox"/>	Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom:		
	<input type="checkbox"/>	_____		

**SÆT KUN 1 KRYDS****Mange tak for dine svar**

Vi glæder os til at læse dem

## Børn og unges oplevelse af indlæggelsen på

## &gt;&gt;&gt;AFSNITSNAVN&lt;&lt;&lt;

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 10. november 2019**.

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. 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"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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"/>
8. 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
9. Får du de informationer om din udredning og behandling, 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"/>
10. 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"/>
11. 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"/>
12. 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"/>

&gt;&gt;&gt;IDNUMMER&lt;&lt;&lt;

Fejl under din indlæggelse							
		Ja	Nej				
13. 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. 16</b>
14. Beskriv venligst den eller de fejl du har oplevet:							
	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
15. 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 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
16. Spørger personalet ind til dine egne erfaringer med 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. 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"/>
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
18. Er du med til at træffe beslutninger om din udredning/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant")</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Inddrager personalet din familie i din udredning/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at inddrage familie, skal du svare "ikke relevant")</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				
20. Har personalet anvendt tvang under din indlæggelse? (Fx fastholdelse, tilbageholdelse, tvangsbehandling eller fiksering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Gå til spm. 22</b>
	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
21. Talte personalet med dig om tvangen, efter at den var slut?	<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
22. 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"/>
23. 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"/>
24. Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt og frem til nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Skriv venligst her, hvis du synes, afsnittet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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
26. Er du tryk i dit <u>samlede forløb</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej			Ved ikke
27. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle <u>udvalgte</u> patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 30</b>		<b>Gå til spm. 30</b>
28. Har du en "patientansvarlig læge" i dit forløb?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

VEND



>>>IDNUMMER<<<



Spørgsmål fra >>>REGION<<<							
	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
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.							

Om dig og dit barn										
32. Dit barns alder? (fx 06 år eller 14 år)	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>år</td> </tr> </table>							<input type="text"/>	<input type="text"/>	år
<input type="text"/>	<input type="text"/>	år								
33. Dit barns køn?		Dreng /mand	Pige /kvinde							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Ja	Nej	Ved ikke						
34. Har dit barn været indlagt i psykiatrien før denne indlæggelse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
35. 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"/>				
36. 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"/>				
37. Føler du dig tynget 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"/>				
38. På hvilke områder føler du dig tynget af dit barns vanskeligheder og problemer?										

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

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 10. november 2019.**

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://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. 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"/>
2. 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"/>
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 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
5. Får du de informationer om dit barns udredning og behandling, 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"/>
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. 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"/>
9. 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				
10. Er der sket fejl i forbindelse med dit barns indlæggelse? (fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Gå til spm. 13</b>
11. Beskriv venligst den eller de fejl, du har oplevet:							
	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
12. 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
13. Spørger personalet ind til dine egne erfaringer med 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"/>
14. 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"/>
15. 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"/>
	Ikke relevant for mig		Ja		Nej		Ved ikke
16. Er du med til at træffe beslutninger om dit barns udredning/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant")</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
17. 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"/>
18. 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"/>
19. 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"/>
20. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til samarbejdet:							

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
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 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"/>
23. Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra dit barn blev indlagt og frem til nu?	<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, afsnittet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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
25. Er du tryk ved dit barns <u>samlede forløb</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ja		Nej		Ved ikke
26. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle udvalgte patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit barns samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 29</b>		<b>Gå til spm. 29</b>
27. Har dit barn en "patientansvarlig læge" i sit forløb?	<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 har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

VEND



>>>IDNUMMER<<<



Din baggrund								
31. 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"/>	
32. Dit køn?	Mand <input type="checkbox"/>	Kvinde <input type="checkbox"/>						
33. Hvor længe har du været indlagt på dette sengeafsnit? (denne gang)	0-3 måneder <input type="checkbox"/>	4-6 måneder <input type="checkbox"/>	7-12 måneder <input type="checkbox"/>	1-2 år <input type="checkbox"/>	3-4 år <input type="checkbox"/>	5-6 år <input type="checkbox"/>	Over 6 år <input type="checkbox"/>	
34. Hvilken psykisk sygdom er du først og fremmest i udredning/behandling for på sengeafsnittet?  <b>SÆT KUN 1 KRYDS</b>	Affektiv lidelse (fx depression, bipolar lidelse)	Dobbeltdiagnose (2 eller flere psykiatriske diagnoser)		Ved ikke			<input type="checkbox"/>	
	Skizofreni	Personlighedsforstyrrelse					<input type="checkbox"/>	
	Andet, skriv venligst hvilken psykisk sygdom:						<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	

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

## 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 2019.

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. 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"/>
2. 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"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. 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
7. Får du de informationer om din sygdom og behandling, 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"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
11. 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"/>
12. 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"/>



Fejl under din indlæggelse							
		Ja	Nej				
13. 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. 16</b>
14. Beskriv venligst den eller de fejl du har oplevet:							
15. Tog personalet hånd om fejlen(e), efter den/de blev opdaget?	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
	<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
16. Spørger personalet ind til dine egne erfaringer med 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. 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"/>
	Ikke relevant for mig		Ja		Nej		Ved ikke
18. Er du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at træffe beslutninger, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19. Inddrager personalet dine pårørende i din behandling i <u>det omfang</u> , som du har behov for? <i>(Hvis du ikke har behov for at inddrage pårørende, skal du svare "ikke relevant for mig")</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Tvang under indlæggelsen							
	Ikke relevant for mig	Ja	Nej				
20. 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. 23</b>
21. Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?	<input type="checkbox"/>	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"/>
22. 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
23. 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"/>
24. 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"/>
25. Er du alt i alt tilfreds med at være her på sengeafsnittet?	<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, sengeafsnittet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt:							

Tema: Patientansvarlig læge							
	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
27. Er du tryk i dit samlede forløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ja		Nej		Ved ikke
28. ("Patientansvarlig læge" er en ny ordning for nogle udvalgte patienter. Den "patientansvarlige læge" er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.)  Har du hørt om <u>ordningen</u> "patientansvarlig læge"?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<b>Gå til spm. 31</b>		<b>Gå til spm. 31</b>
29. Har du en "patientansvarlig læge" i dit forløb?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge":							

VEND



>>>IDNUMMER<<<