

Kortversjon med tillegg som er relevante for psykisk helsevern, voksne med døgnopphold

[Avdelingens logo/navn og adresse]

Hvilke erfaringer hadde du på [avdelingsnavn, så spesifikt som mulig]?

Ettersom du nylig har hatt kontakt med [avdelingsnavn, så presist som mulig] spør vi deg med dette om du vil besvare dette spørreskjemaet.

Spørsmålene handler om hvilke erfaringer du hadde ved avdelingen.

Svarene blir brukt som informasjon om kvaliteten på tjenestene, sett med brukernes øyne.

Det er helt frivillig å svare.

* * *

VED BRUK AV SKJEMAET:

- Hvis det ikke skal brukes følgebrev/eget informasjonsskriv, må informasjon om personverntiltak settes inn her.
- Instruksjon for retur av skjema.
- De blåskraverte spørsmålene er felles, på tvers av alle brukergrupper, de øvrige er foreslåtte som relevante tillegg i et skjema for den aktuelle brukergruppa. Se «Notat fra Kunnskapssenteret september 2009» (ISBN elektronisk: 978-82-8121-297-8).

Med "behandlerne" mener vi:

De som har hatt hovedansvar for undersøkelser og behandling. Oftest er dette leger, men mange får behandling av psykologer eller annet helse- og sosialpersonale.

Med "det øvrige personalet" mener vi:

På sengeposter → pleiepersonalet eller miljøpersonalet.

På poliklinikk/ dagavdeling → de du hadde med å gjøre utenom behandleren.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
Snakket behandlerne til deg slik at du forsto dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplvde du at det øvrige personalet hadde omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplvde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplvde du at institusjonens arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplvde du at institusjonen forberedte deg på tiden etter at behandlingen der var avsluttet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var hjelpen og behandlingen du fikk på institusjonen, alt i alt, tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, altfor lenge
Måtte du vente for å få tilbud ved institusjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikke aktuelt
Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på institusjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>