

Voss DPS NKS Bjørkeli		Dok.id.: 11.8
Evalueringsskjema pasient, døgn		Sidenr: 1 av 2
Ansvarleg: Direktør	Gjelder fra:	06.01.2022

Me ynskjer å gje eit best mogleg tilbod til pasientane. Difor ynskjer me dine synspunkt på korleis opphaldet har vore. Kryss av for det svaralternativet som passar best for deg. Det er frivillig å svare, men dine erfaringar er viktige for oss. Du skal ikkje setje namnet ditt på skjemaet. Opplysningane vil ikkje bli knytt til deg som person. Svarskjema kan du leggja i den grå postkassa i avdelinga (ved utgang/heis)

Med «behandlar» meiner me:

Den/dei som har hatt hovudansvar for behandlinga. Kan vera lege og/eller psykolog.

Med «det andre personalet» meiner me:

På sengepost → miljøpersonale

		Ikkje i det heile	I liten grad	I noko grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikkje aktuelt
1	Snakka behandlar til deg slik at du forstod han/ho/dei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Har du tillit til behandlar sin faglege kompetanse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Opplevde du at det andre personalet hadde omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fekk du tilstrekkelig informasjon om diagnosen din/plagene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Opplevde du at behandlinga var tilpassa situasjonen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Var du involvert i avgjersler som vedkom behandlinga di?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Opplevde du at institusjonen sitt arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Opplevde du at institusjonen førebudde deg på tida etter at behandlinga var avslutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Var hjelpa og behandlinga du fekk på institusjonen, alt i alt, tilfredsstillande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ikkje i det heile	I liten grad	I noko grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikkje aktuelt
10	Meiner du at du på nokon måte vart feilbehandla (etter det du sjølv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nei	Ja, men ikkje lenge	Ja, ganske lenge	Ja, altfor lenge		
11	Måtte du vente for å få tilbod ved institusjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Ikkje noko utbytte	Lite utbytte	Ein del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikkje aktuelt
12	Kva for utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlinga på institusjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt om deg sjølv:

Er du mann eller kvinne?	Mann	Kvinne				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kva er di høgaste fullførte utdanning?	Grunnskule (7-10 år)	Gymnas, yrkesskule, vidaregåande skule	Høgskule/ universitet			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Stort sett vil du seie at helsa di er:	Utmerka	Svært god	God	Nokså god	Dår-leg	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kva er alderen din?

18-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75 år eller eldre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du tok deg tid til å svare 😊