

# Enkät om behandlingstillfredsställelse

Ärende: «Ärendenummer» Register: «Register»

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer delvis	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
1. På vardagar kan jag alltid komma i kontakt med personal som deltar i min behandling inom 24 timmar (kan gälla telefon, E-mail, personligt besök)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag vet vart jag ska ringa om jag behöver tala med någon inom den psykiatriska vården utanför kontorstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag känner förtroende för den personal som deltar i min behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag tycker att personal som deltar i min behandling har den kunskap som behövs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag har fått information om vilka behandlingsalternativ som rekommenderas för mina problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag har haft tillräcklig möjlighet att påverka valet av behandlingsalternativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag har tillsammans med personal formulerat en skriftlig plan för min fortsatta vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag tycker att min behandling har haft bra resultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag tycker att jag har blivit väl bemött av den personal som deltar i min behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag tycker att jag har blivit väl bemött av övrig personal (till exempel i reception/motsv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag har blivit informerad om patientföreningar, stödgrupper eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Följande frågor besvaras om du blivit ordinerad medicin mot psykiska besvär någon gång under de senaste 12 månaderna. I annat fall fortsätter du till fråga 18.</b>					
12. Jag är nöjd med det inflytande jag haft när det gäller valet av läkemedel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag tycker att jag har hjälp av en eller flera av de mediciner som ordinerats de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. När jag inte tar mina mediciner enligt ordination brukar jag berätta det för personalen som deltar i min behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Senast jag fick en ny medicin mot psykiska besvär blev jag informerad om de biverkningar den kan ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Under de senaste 12 månaderna har jag fått biverkningar av min medicinering (Om "Ja", besvara även nästa fråga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mitt dagliga liv har påverkats av biverkningarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Följande fråga gäller om det förekommit någon annan behandling/åtgärd än läkemedelsbehandling någon gång under senaste 12 månaderna.</b>					
18. Följande behandlingar/åtgärder har varit aktuella:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Närståendutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoterapi eller annan samtalsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnastisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träning av vardagliga aktiviteter (exempelvis laga mat, äta, handla mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om du kryssat för "Annan behandling" ovan, skriv här vilken slags behandling</b>					

**Samtliga frågor gäller de senaste 12 månaderna!**

## Dina synpunkter på enkäten

För att få veta hur du upplever den enkät om behandlingstillfredsställelse som du fått skickad till dig vill vi be dig läsa igenom frågorna nedan och lämna dina synpunkter.

- Tycker du att enkäten är relevant?

---

---

- Finns det frågor som är svåra att förstå? Om ja, skriv frågenumren och lämna gärna kommentarer.

---

---

- Finns det frågor du tycker bör strykas? Om ja, skriv frågenumren och lämna gärna kommentarer.

---

---

- Saknar du någon fråga? Om ja, skriv gärna vilka frågor du tycker fattas.

---

---

- Har du några övriga synpunkter på frågeformuläret?

---

---

**TACK för din hjälp!**