

Spørgeskema om besøg i <<Ambulatorium>> på <<Sygehus>>

INDEN DIT FØRSTE BESØG OG VED MODTAGELSEN I AMBULATORIET

1. Hvordan vurderer du, at du blev <u>informeret</u> om længden af ventetiden, fra du blev henvist til ambulans behandling til dit første besøg i ambulatoriet?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det husker jeg ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1_1. Hvordan oplevede du modtagelsen i ambulatoriet?	Virkelig god	God	Dårlig	Virkelig dårlig	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oplevede du, at der var ventetid, fra du skulle møde i ambulatoriet, til du blev kaldt ind?		Ja, lang ventetid	Ja, kort ventetid	Nej, ingen ventetid	Det husker jeg ikke
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gå til spørgsmål 2_3		Gå til spørgsmål 2_3
2_1. Hvor lang var ventetiden i ambulatoriets venteværelse, fra du skulle møde, til du blev kaldt ind? (besvares ud fra seneste besøg)	Ingen ventetid (eller ind før tid)	Under 30 minutter	Mellem 30 og 60 minutter	Over 60 minutter	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2_2. Informerede personalet dig om ventetiden, fra du skulle møde, til du blev kaldt ind?	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Det husker jeg ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2_3. Hvordan vurderer du indretningen af venteværelset?	Virkelig god	God	Dårlig	Virkelig dårlig	Det husker jeg ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2_4. Har du uddybende kommentarer til forløbet inden dit første besøg eller til din modtagelse i ambulatoriet?					

PERSONALE

3. Oplevede du, at én eller flere kontaktpersoner i ambulatoriet havde særligt ansvar for dit undersøgelses-/behandlingsforløb? (En kontaktperson er en sundhedsperson, der skal informere dig og sikre sammenhæng i dit forløb)		Ja, én kontaktperson	Ja, flere kontaktpersoner	Nej	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hvordan vurderer du, at ambulatoriets personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?	For meget <input type="checkbox"/>	Passende <input type="checkbox"/>	For lidt <input type="checkbox"/>		
6. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?	For meget <input type="checkbox"/>	Passende <input type="checkbox"/>	For lidt <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>	
6_1. Lyttede personalet til dig med interesse, når du sagde noget?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>
6_2. Fik du indtryk af, at personalet var gode til deres fag?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>

UNDERSØGELSE-/BEHANDLINGSFORLØB

6_3. Vidste du, hvad der skulle ske under dit/dine besøg i ambulatoriet?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
6_4. Levede behandlingen op til dine forventninger?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
6_5. Var der sammenhæng i det, du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte i ambulatoriet?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
7. Oplevede du, at der skete fejl i forbindelse med dit/dine besøg i ambulatoriet (Sæt venligst ét kryds i hver række)	Ja			Nej	Jeg fik ikke udskrevet medicin	
a) Udskrevet forkert medicin?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Skade opstået under undersøgelse/operation?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Administrativ fejl (bortkommen journal, fejlregistrering m.v.)?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Andet: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Besvar kun, hvis du oplevede fejl: Hvordan synes du alt i alt, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Personalet havde intet kendskab til fejlen(e) <input type="checkbox"/>	
9. Oplevede du, at der opstod unødigt ventetid under din undersøgelse/behandling i ambulatoriet, der forlængede dit/dine besøg?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
10. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet samarbejdede med andre afdelinger/ambulatorier om din undersøgelse/behandling?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Der var ikke behov for samarbejde <input type="checkbox"/>

10_1. Har du uddybende kommentarer til dit undersøgelses-/behandlingsforløb?

INFORMATION

11. Har du i forbindelse med dit/dine besøg i ambulatoriet modtaget skriftlig information om din sygdom og undersøgelse/behandling?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Gå til spørgsmål 13		
12. Hvordan vurderer du alt i alt den <u>skriftlige</u> information, du fik i ambulatoriet?	Virkelig god <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Dårlig <input type="checkbox"/>	Virkelig dårlig <input type="checkbox"/>	Jeg læste den ikke <input type="checkbox"/>
13. Hvordan vurderer du alt i alt den <u>mundtlige</u> information, du fik i ambulatoriet?	Virkelig god <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Dårlig <input type="checkbox"/>	Virkelig dårlig <input type="checkbox"/>	

EFTER DIT/MELLEM DINE BESØG I AMBULATORIET

14. Var du tryk eller utryk, da du tog hjem efter dit/dine besøg i ambulatoriet?	Meget tryk <input type="checkbox"/>	Tryk <input type="checkbox"/>	Utryk <input type="checkbox"/>	Meget utryk <input type="checkbox"/>		
15. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>
16. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet har orienteret din praktiserende læge om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
17. Har du i forbindelse med dit undersøgelses-/behandlingsforløb i ambulatoriet været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred (fx motion, ernæring, rygning og alkohol)?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>	

17_1. Har du uddybende kommentarer til forløbet efter dit/mellem dine besøg i ambulatoriet?**SAMLET INDTRYK**

18. Hvordan vurderer du alt i alt, at dit samlede undersøgelses-/behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter dit/dine ambulatoriebesøg)?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>
19. Hvad er dit samlede indtryk af dit/dine besøg i ambulatoriet?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	
20. Skriv her, hvis du synes, ambulatoriet kunne gøre noget bedre, og/eller hvis du synes, ambulatoriet gjorde noget særligt godt.					

INFORMATIONER OM PATIENTEN

20_1. Hvem har udfyldt spørgeskemaet?	Patienten <input type="checkbox"/>	Pårørende <input type="checkbox"/>
20_2. Hvad er dit modersmål?	Dansk <input type="checkbox"/>	Ikke dansk <input type="checkbox"/>

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.
Tak for din medvirken!