

Samarbejde med personalet

1. Følte du dig mødt med respekt af personalet?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

2. Oplevede du at din pårørende blev mødt respektfuldt?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

3. Oplevede du nærværende samtaler med personalet?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

4. Blev din viden om din pårørende inddraget?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

*Yderligere kommentarer til samarbejdet – noget du var særlig godt tilfreds med?
Noget du har savnet?*

Tilbud i rehabiliteringen/genoptræning

5. Er det dit indtryk, at din pårørende har fået den hjælp, han/hun har haft behov for?

a. Støtte til samtale

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

b. Træning af kognitive vanskeligheder (f.eks. hukommelse, opmærksomhed, mv)

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

c. Fysisk træning

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

d. Støtte til at kunne deltage i aktiviteter

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

e. Hjælpemidler

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

f. Psykologisk støtte

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

g. Andet _____

6. Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din pårørendes genoptræning/rehabilitering?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

7. Har du kendt planen for genoptræningen (GOP)?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

8. Har du modtaget tilbud om støtte til dig som pårørende?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

Yderligere kommentarer til genoptræningen/rehabiliteringen – noget du var særlig godt tilfreds med?

Noget du har savnet?

Indvirkning på livssituation

9. Talte personalet med dig om eventuelle forandringer i din oplevelse af livskvalitet?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

10. Lyttede personalet til dine eventuelle bekymringer for fremtiden?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

*Yderligere kommentarer til samtaler om din situation – noget du var særlig godt tilfreds med?
Noget du har savnet?*

Baggrundsoplysninger (her spørger vi ind til din situation netop nu)

11. Kan du gå på arbejde, som før din pårørende blev syg?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

12. Kan du lave det samme i din fritid, som før din pårørende blev syg?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

13. Kan du opretholde kontakt med venner og familie, som før din pårørende blev syg?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

14. Er din relation til din pårørende den samme, som før han/hun blev syg?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

15. Oplever du, at din rolle som pårørende er en belastning i din hverdag?

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

16. Har du af nogle af følgende problemer:

Sæt kryds (eventuel flere):

- trist
- manglende overskud
- stress
- angst
- følt mig alene

16a. I hvor høj grad er du generet af problemerne

Slet ikke I ringe grad I nogen grad I høj grad I meget høj grad Ved ikke

Køn						
Mand <input type="checkbox"/>			Kvinde <input type="checkbox"/>			
Alder						
18-29 <input type="checkbox"/>	30-39 <input type="checkbox"/>	40-49 <input type="checkbox"/>	50-59 <input type="checkbox"/>	60-69 <input type="checkbox"/>	70-79 <input type="checkbox"/>	80-89 <input type="checkbox"/>
Pensionist						
<input type="checkbox"/>						
Kommune						
<input type="text"/>						
Din relation til personen, der er ramt af hjerneskade						
Partner <input type="checkbox"/>	Forælder <input type="checkbox"/>	Søskende <input type="checkbox"/>	Barn <input type="checkbox"/>	Andet		
Diagnose for familiemedlem						
Hjerneblødning <input type="checkbox"/>	Blodprop <input type="checkbox"/>	Hjernetraume <input type="checkbox"/>	Andet: _____			

Andre kommentarer

Må vi kontakte dig til interview for at få din oplevelse af spørgeskemaet og høre nærmere om din oplevelse af genoptrænings/rehabiliteringsforløbet

Ja

Nej

Hvis ja, skriv telefon og/eller mail: