

Spørreskjema (ved inklusjon) om din helse og om behandlingen de siste 6 månedene

Spørsmålene er om hvordan du har det, hva som er viktig for deg, og behandlingen du har fått de siste 6 månedene.

Vennligst kryss av for det beste svaret på hvert spørsmål.

Omtrent tusen pasienter vil delta i forskningsstudien, og svarene vil bidra til å gjøre helsetjenestene bedre.



Det første spørsmålet er om livet ditt slik det er nå	Svært misfornøyd	Meget misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både og	Ganske fornøyd	Meget fornøyd	Svært fornøyd
1 Hvor fornøyd er du med livet ditt samlet sett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 6 månedene deltatt i noen behandlinger som beskrevet nedenfor?

Vennligst svar ja eller nei på hvert spørsmål, og og hvis ja, antall ganger du har deltatt i dette de siste 6 månedene

1 Jeg har deltatt i undersøkelser og oppfølging av min fysiske helse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
2 Jeg har deltatt i undersøkelser og oppfølging av behandling med medisiner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
3 Jeg har deltatt i samtaler og møter sammen med mine nærmeste pårørende	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
4 Jeg har deltatt i undervisning og trening i utvikling og mestring av sykdom og stress	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp med din fysiske helse?

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg har fått god hjelp til å være i fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Jeg har fått god hjelp til å ha et sunt kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Jeg har fått undersøkelser for å kunne forebygge fysisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Jeg har fått god oppfølging av fysisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jeg har fått god hjelp til å redusere røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jeg har fått god hjelp til å ta vare på tenner og tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Jeg oppfatter at mine behandlere og fastlegen samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp sammen med dine pårørende?

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg synes vi har fått god informasjon om sykdom og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg synes vi har fått god trening og tips i å løse problemer sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg synes vi har fått god hjelp til kontakten vi har med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg oppfatter at mine pårørende har hatt god nytte av samtalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Det er viktig for meg at mine pårørende får hjelp og støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Har du de siste 6 måneder fått hjelp til å mestre liv og sykdom?		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
<i>Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best</i>							
1	Jeg har fått god trening i å sette meg mål og arbeide for å nå dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Jeg har fått nyttig kunnskap om stress, sårbarhet og sosial støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Jeg har fått nyttig kunnskap om å mestre stress og sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Jeg har fått nyttig kunnskap om hvordan jeg kan bruke helsetjenestene bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Jeg har fått nyttig kunnskap om medisiner jeg bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg har fått utarbeidet en plan for tidlig oppdaging av eventuelle tegn på forverrelse av plager, og hva som da bør gjøres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp med medisiner?		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
<i>Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best</i>							
1	Jeg har fått god hjelp til å vurdere om jeg trenger medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Jeg har fått god hjelp til å finne fram til riktige medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg har fått god hjelp til hvordan jeg kan huske å ta medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg har fått god hjelp til å redusere bivirkninger av medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Jeg har fått god hjelp til å vite om mine medisiner hjelper meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mine behandlere og fastlegen samarbeider godt om medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jeg har blitt respektert for mitt ønske om å ikke bruke medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dine synspunkter på medisiner som er forskrevet til deg		Svært enig	Enig	Usikker	Uenig	Svært uenig
<i>Vennligst svar i hvilken grad du er en enig eller uenig i hvert utsagn nedenfor ved å sette kryss for det svaret du synes passer best.</i>						
1	For tiden er min helse avhengig av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Å måtte ta medisiner bekymrer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mitt liv hadde vært umulig uten medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Noen ganger er jeg bekymret over langtidseffektene av mine medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Uten medisinene mine ville jeg være svært syk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Medisinene mine er et mysterium for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Min framtidige helse avhenger av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Medisinene mine forstyrrer livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jeg er noen ganger bekymret over å bli for avhengig av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Medisinene mine beskytter meg mot å bli verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Disse medisinene gir meg ubehagelige bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BMQ © Professor Rob Horne



Spørsmål om hvordan du har hatt det den siste uka

Spørsmålene nedenfor er om hvordan du føler det og gjør det i ulike områder i livet. Vennligst kryss av i boksen for det svaret som best beskriver deg selv i løpet av **DEN SISTE UKA**. Vennligst svar på alle spørsmål. Hvis du er usikker på hva du skal svare, ber vi deg likevel svare det som passer best.

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor vanskelig har det vært for deg å.....

		Ikke vanskelig	Litt vanskelig	Moderat vanskelig	Ganske vanskelig	Svært vanskelig
1	Klare deg i det daglige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Takle problemene i livet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Konsentrere deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor mye av tiden har du.....

		Ikke noe av tiden	Litt av tiden	Halve tiden	Meste av tiden	Hele tiden
4	Kommet overens med folk i familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kommet overens med folk utenfor familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Klart deg bra i sosiale situasjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Følt nært forhold til en annen person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Følt at du hadde noen å henvende deg til hvis du trengte hjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Følt deg trygg på deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor mye av tiden har du.....

		Ikke noe av tiden	Litt av tiden	Halve tiden	Meste av tiden	Hele tiden
10	Følt deg trist eller deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hatt tanker om å gjøre slutt på livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Følt deg anspent eller nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte har du.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
13	Hatt tanker som farer gjennom hodet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tenkt at du hadde spesielle evner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Hørt stemmer eller sett ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Trodd at folk holdt øye med deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Trodd at folk var i mot deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte har du.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
18	Hatt svingninger i humøret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Følt at du hadde kort lunte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Hatt tanker om å skade deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
21	Hadde du trang til å drikke alkohol eller bruke stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Snakket noen med deg om at du drikker eller bruker stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Prøvde du å skjule din drikking eller bruk av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Hadde du problemer på grunn av din drikking eller bruk av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BASIS-24 © Mc Lean Hospital 2011 (Oversettelse T Ruud 2016)



Helseforetak		ID-NR		Dato utfyllt	
--------------	--	-------	--	--------------	--

Hva er viktig for deg, og hvordan støtter din tjenesteyter deg i slike områder som kan være viktige i din bedringsprosess?

Med «din tjenesteyter» menes den personen i psykisk helsevern som er din behandler eller hovedkontakt.

1. Vennligst les hver setning nedenfor, og sett ring rundt **Nei** om det ikke er viktig for deg, og ring rundt **Ja** om det er viktig for deg.

2. Hvis **Ja**, kryss av for hvor mye støtte du får fra din tjenesteyter når det gjelder dette

			Ikke i det hele tatt	Lite	Noe	Ganske nye	Veldig mye
1	Føle meg støttet av andre mennesker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ha positive relasjoner til andre mennesker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ha støtte fra andre personer som har erfaring med tjenestene	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Føle meg som en del av samfunnet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Føle meg håpefull for fremtiden min	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tro at jeg kan bli bedre	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Føle meg motivert til å gjøre endringer	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ha håp og drømmer for fremtiden	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Føle at jeg kan takle stigmatisering	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Føle meg fornøyd meg selv	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	At min tro blir respektert	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	At min etniske og kulturelle identitet blir respektert	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Forstå mine erfaringer med psykisk uhelse	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Gjøre ting som betyr noe for meg	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Bygge opp livet mitt etter vanskelige erfaringer	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ha god livskvalitet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Føle at jeg har kontroll på livet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Være i stand til å ivareta min psykiske helse	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Prøve nye ting	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Bygge på mine styrker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSPIRE version 3 © Section for Recovery, Institute of Psychiatry, King's College London

Samvalg (felles beslutninger) om din behandlingen de siste 6 månedene

Tenk på den kontakt du har hatt med psykisk helsevern de siste 6 månedene:

Sett ring rundt det tallet på hver linje som passer med hvor mye som ble gjort.

		0 = Det ble ikke gjort noe										9 = Alt som kunne gjøres ble gjort									
1	Hvor mye ble gjort for å hjelpe deg å forstå din helsesituasjon?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Hvor mye ble gjort for å lytte til det du synes er viktigst for din helsesituasjon?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Hvor mye ble gjort for å ta hensyn til det viktigste for deg i valg av hva som gjøres videre?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CollaboRATE



Helseforetak		ID-NR		Dato utfyllt	
--------------	--	-------	--	--------------	--

Spørsmålene nedenfor er om hvordan du opplever din egen bedringsprosess

Spørsmålene er basert på intervjuer med brukere om deres vei til bedring.

Sett kryss ved hvert utsagn for det som best beskriver din opplevelse nå for tiden.

		Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1	Jeg har det bedre med meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg føler meg i stand til å ta sjanser i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg er i stand til å utvikle positive forhold til andre mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg føler meg som en del av samfunnet og ikke isolert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Jeg er i stand til å hevde meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg føler at livet har en mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mine erfaringer har endret meg til det bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Jeg har vært i stand til å akseptere ting som har skjedd med meg i fortiden og gått videre i livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jeg er i grunnen sterkt motivert for å bli bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Jeg kan verdsette de positive tingene jeg har gjort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Jeg er i stand til å forstå meg selv bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Jeg kan ta ansvar for livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Jeg kan engasjere meg aktivt i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Jeg kan ta kontroll over deler av livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Jeg kan finne tid til å gjøre de tingene jeg liker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QPR v2

Spørsmål om plan for behandlingen

Setningene nedenfor gjelder om du har en plan for behandlingen.

Vennligst sett ett kryss på hver linje om i hvilken grad dette stemmer

		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig
1	Det er en plan for hva slags behandling og hjelp jeg skal få	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg har vært med på å utarbeide planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Planen blir fulgt opp av de som skal gi behandling og hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg har en egen plan for hva jeg og andre skal gjøre dersom det skjer noe som kan føre til en forverring av min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Min nærmeste pårørende har også kopi av denne planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spørsmål om hjelp fra tjenester i kommune eller bydel

Setningene nedenfor er om andre tjenester de siste 6 månedene

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det som passer best for deg

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg har fått god hjelp fra fastlegen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg har fått god hjelp fra kommunale tjenester for psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg har fått god hjelp fra NAV når det gjelder bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg har fått god hjelp fra NAV når det gjelder økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jeg har fått god praktisk hjelp fra hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jeg har fått god hjelp til arbeid eller meningsfylte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Fastlegen og de kommunale tjenestene samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Psykisk helsevern og de kommunale tjenestene samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Det helsetilbudet jeg har er godt samordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De siste spørsmålene gjelder hvordan du har opplevd tjenestene i psykisk helsevern de siste 6 månedene

Vennligst kryss av for ett svar på hvert spørsmål

- | | |
|--|---|
| <p>1 Hvordan vil du vurdere kvaliteten på tjenesten du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Utmerket</p> <p><input type="checkbox"/> 3 God</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Grei</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Dårlig</p> | <p>5 Hvor fornøyd er du med hvor mye hjelp du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ganske misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Likegyldig eller litt misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stort sett fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Veldig fornøyd</p> |
| <p>2 Fikk du den type tjeneste du ønsket?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, egentlig ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, stort sett</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt.</p> | <p>6 Har tjenesten du har mottatt hjulpet deg å takle problemene dine på en bedre måte?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, de var til stor hjelp</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, de hjalp noe</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, de hjalp egentlig ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, de syntes å gjøre ting verre</p> |
| <p>3 I hvilken grad har tjenesten møtt dine behov?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nesten alle mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 3 De fleste av mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Bare noen få av mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ingen av mine behov er møtt.</p> | <p>7 Alt i alt, hvor fornøyd er du med tjenesten du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Veldig fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stort sett fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Likegyldig eller litt misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ganske misfornøyd</p> |
| <p>4 Hvis en venn skulle trenge lignende hjelp, ville du da anbefale denne tjenesten til ham/henne?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, jeg tror ikke det</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, jeg tror det</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt</p> | <p>8 Hvis du skulle søke hjelp igjen, ville du gå tilbake til denne tjenesten?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, jeg tror ikke det</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, jeg tror det</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt</p> |

CSQ-8

Vennligst se over at du ha svart på alle spørsmål. Legg utfyllt spørreskjema i svarkonvolutten og lukk den.

Takk for at du gir informasjon om hva som er viktig for deg, og om dine erfaringer med helsetjenesten!

