

Tak fordi du vil hjælpe

Du får dette spørgeskema, fordi du deltager i et kommunalt forløb for personer med KOL i din kommune.

Din besvarelse af dette spørgeskema indgår i en undersøgelse for personer med KOL i Region Syddanmark. Undersøgelsen skal belyse dele af samarbejdet mellem sygehus, praktiserende læge og kommune.

Din tilbagemelding er vigtig, for at samarbejdet mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen kan blive bedre for personer med KOL.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Ved at udfylde spørgeskemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Dine svar behandles fortroligt. Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan gendes.

Region Syddanmark er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset, Damhaven 12, 7100 Vejle i samarbejde med kommunerne i Region Syddanmark.

I det følgende bliver du stillet spørgsmål opdelt i temaer. Temaerne er [farvemarkeret](#).

Du finder ud af, at du har KOL

1. Hvornår fik du første gang at vide af en læge, at du har KOL?

Angiv venligst årstal, fx 2018:

2. Hvilken læge var det, som fortalte dig, at du har KOL?

- Min egen læge
- En læge på sygehuset

3. Tænk på da lægen fortalte, at du har KOL. Hvad var sværhedsgraden af din KOL på daværende tidspunkt?

- Mild (Lungefunktion 80-100%)

- Moderat (Lungefunktion 50-79%)
- Svær (Lungefunktion 30-49%)
- Meget svær (Lungefunktion under 30%)
- Ved ikke

Tiden før du fik at vide hos en læge, at du har KOL

4. Tænk på årene/månederne før du fik at vide af en læge, at du har KOL. Fik du i denne periode før at din KOL-sygdom blev opdaget undersøgt din lungefunktion enten på sygehuset, hos egen læge eller i kommunen?

(Lungefunktion undersøges ved pustetest – spirometri – foretaget af en sundhedsfaglig uddannet person)

	Nej	Ja, en enkelt gang	Ja, to-tre gange	Ja, flere end tre gang	Ved ikke
På sygehuset (sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hos egen læge (sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I kommunen (sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Involvering af dig i behandlingen af din KOL

5. Har du været på sygehuset for at få behandlet din KOL?

(Sæt ét kryds)

- Ja
- Nej – (Gå til spørgsmål 7)

6. Du har i forrige spørgsmål angivet, at du har haft kontakt (konsultationer eller indlæggelser) til et sygehus med henblik på at blive behandlet for din KOL. Nedenfor følger en række spørgsmål om din kontakt til sygehuset. Du skal svare med tanke på de sygehuskontakter, hvor I talte om din KOL-behandling.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Spurgte lægen / sundhedspersonalet ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gav lægen / sundhedspersonalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om behandlingen af din KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gav lægen / sundhedspersonalet (efter din godkendelse) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling af din KOL? <i>(Hvis du ikke ønskede pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant")</i> (Sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havde du samtaler med lægen / sundhedspersonalet om, hvordan du bedst håndterer din KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tog lægen / sundhedspersonalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse? <i>(Hvis du ikke har været indlagt men kun til konsultation på sygehuset indenfor det seneste år bedes du svare "ikke relevant")</i> (Sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Har du været hos din egen læge for at få behandlet din KOL?

(Sæt ét kryds)

Ja

Nej – (gå til spørgsmål 9)

8. Du har i forrige spørgsmål angivet, at du har været hos egen læge med henblik på at planlægge eller modtage behandling for din KOL. Nedenfor følger en række spørgsmål om den/de konsultationer, hvor du har talt med lægen om behandlingen af din KOL. Du skal svare med tanke på den/de konsultationer, hvor I talte om din KOL-behandling.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Spurgte lægen ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gav lægen dig mulighed for at deltage i beslutninger om behandlingen af din KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gav lægen (efter din godkendelse) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling af din KOL? <i>(Hvis du ikke ønskede pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant")</i> (Sæt ét X i denne række)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havde du samtaler med lægen om, hvordan du bedst håndterer din KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidligere tilbud for at forebygge udvikling af KOL

9. Har du tidligere deltaget i ét eller flere af følgende tilbud for at forebygge udvikling / forværring af KOL?

		Ja	Nej	Ved ikke
Forløb på sygehus vedrørende forebyggelse for personer med KOL. (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt forløb for personer med KOL, fx et træningsforløb eller et andet forløb vedrørende forebyggelse (et forløb <u>før</u> dét, du deltager i nu). (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt rygestopkursus (hvis du ryger / har røget). (Sæt ét X i denne række)	Jeg har aldrig røget <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygestoprådgivning ved egen læge, apotek, patientforening (fx lungeforening) eller andet sted. (Sæt ét X i denne række)	Jeg har aldrig røget <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvem har henvist dig til dette forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen? (Sæt ét kryds)

- Sygehuset
- Min læge
- En medarbejder i kommunen
- Jeg er ikke blevet henvist, jeg har selv henvendt mig
- Andre: _____ – (gå til spørgsmål 15)
- Ved ikke – (gå til spørgsmål 15)

Tid fra din henvisning eller egen henvendelse til din start på deltagelse i kommunalt forløb for personer med KOL

11. Hvornår blev du henvist til eller henvendte dig for deltagelse i det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

_____-_____- (Angiv måned og år ved MM-ÅÅÅÅ, fx 05-2018)

12. Hvornår startede du på det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

____ - _____ (Angiv måned og år ved MM-ÅÅÅÅ, fx 05-2018)

13. Hvilken beskrivelse passer bedst på tiden, fra du blev henvist eller selv henvendte dig, og til du startede på det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

(Sæt kun ét kryds)

- Jeg tog imod det første tilbud fra kommunen om forløb for personer med KOL. Det er det forløb, jeg deltager i nu.
- Jeg var forhindret i at tage imod det første tilbud fra kommunen om forløb for personer med KOL (fx pga. helbredsmæssige eller praktiske omstændigheder), og jeg blev derfor forsinket i min opstart på et forløb for personer med KOL.
- Jeg påbegyndte ét eller flere tidligere forløb for personer med KOL i kommunen, som jeg ikke afsluttede, inden jeg startede op på det forløb, som jeg deltager i nu.
- Andet _____

14. Hvordan oplevede du ventetiden, fra du blev henvist eller selv henvendte dig for at deltage i et forløb for personer med KOL, og til du fik mulighed for at starte på forløbet?

Alt for kort	Lidt for kort	Passende	Lidt for lang	Alt for lang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Nedenfor følger en række spørgsmål om dine første samtaler med det kommunale sundhedspersonale i forbindelse med, at du skulle deltage i et kommunalt forløb for personer med KOL.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Har sundhedspersonalet spurgt ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har sundhedspersonalet givet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din pleje og rehabilitering i kommunen i relation til din KOL?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Sæt ét X i denne række)							
Har sundhedspersonalet (efter din godkendelse) givet dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din pleje og rehabilitering i kommunen i relation til din KOL? (Hvis du ikke har ønsket pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sæt ét X i denne række)							
Har du haft samtaler med sundhedspersonalet om, hvordan du bedst håndterer din KOL?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sæt ét X i denne række)							

Uddannelse

16. Hvad er din højst fuldførte uddannelse?

(Sæt ét X)

- Grundskole (Folkeskoleklassetrin, fx 9.klasses afgangseksamen)
- Erhvervsuddannelse / faglært (Fx frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)
- Gymnasial uddannelse (Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX))
- Kort videregående uddannelse (2-3 år. Fx politibetjent, laborant, økonoma, tandplejer)
- Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år. Fx folkeskolelærer, socialrådgiver, sygeplejerske, bachelor)
- lang videregående uddannelse (Længere end 4 år. Fx civilingeniør, cand.mag, psykolog, ph.d.)

Tak for din deltagelse!

Venlig hilsen

Din region og kommune