|  |  |
| --- | --- |
| **Vad tycker du om din dagliga verksamhet?** |  |

För att kunna göra vår verksamhet bättre vill vi veta vad du tycker. Det är åtta frågor.

Du bestämmer själv om du vill svara på frågorna. Det är viktigt att det är du som svarar. Om du vill ha hjälp med att svara, kan en stödperson hjälpa dig. Svaren läggs ihop så att det inte går att se vad du har svarat.

1. Får du bestämma om saker som är viktiga för dig i din dagliga verksamhet?

|  |
| --- |
|[ ]  Ja |
|[ ]  Ibland |
|[ ]  Nej  |

2. Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet?

|  |
| --- |
|[ ]  Ja |
|[ ]  Ibland |
|[ ]  Nej |

3. Bryr sig personalen om dig?

|  |
| --- |
|[ ]  Ja |
|[ ]  Ibland  |
|[ ]  Nej |

4. Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?

|  |
| --- |
|[ ]  Alla |
|[ ]  Några |
|[ ]  Ingen |

5. Känner du dig trygg med personalen?

|  |
| --- |
|[ ]  Alla |
|[ ]  Några  |
|[ ]  Ingen |

6. Är du rädd för något på din dagliga verksamhet?

|  |
| --- |
|[ ]  Aldrig |
|[ ]  Ibland |
|[ ]  Ofta |
|  |  |

7. Trivs du på din dagliga verksamhet?

|  |
| --- |
|[ ]  Ja |
|[ ]  Ibland |
|[ ]  Nej |

8. Är du kvinna eller man?

|  |
| --- |
|[ ]  Kvinna |
|[ ]  Man |
|[ ]  Annat |

Tack för att du svarade på frågorna!