

Frågor till Habiliteringschefer

Hur många barn- och ungdomshabiliteringsteam finns inom länet

Antal:.....

Hur många bedriver någon form av syskonverksamhet

Antal:.....

Fyll i namn och E-postadress till kontaktpersoner för syskonverksamheter i länet

Namn:

E- postadress:

.....

.....

.....

.....

.....

Uppgiftslämnare:

Namn.....

Befattning.....

E-post.....

Tfn.....

Mobil.....

Tack för din medverkan!

Frågor till habiliteringsteamerna som bedriver syskonverksamhet

1. Inom vilka åldersgrupper pågår syskonverksamhet

		Ja	Nej
Förskolebarn	< -6 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolbarn	7-12 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar	13-18 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuxna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Typ av verksamhet för åldersgrupperna

	< -6	7-12	13-18	Vuxna
Enstaka gruppaktiviteter för syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande gruppaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskongrupper under en sammanhållen period	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helgvistelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiviteter för hela familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utflykter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra aktiviteter, vilka	Åldersgrupp:			

.....

.....

.....

.....

3. Vilka metoder används

ge exempel:

- Lekar/spel/färg/form
- Böcker
- Teater/drama
- Film/ Musik
- Internet
- Dataspel
- Samtal om...
- Föreläsningar om...
- Annat:
.....
.....

4. Prioriteras syskonverksamhet för syskon med vissa diagnoser

- nej om ja, vilka?
- ovanliga diagnoser
- kronisk sjukdom
- neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- rörelsehinder
- flerfunktionsnedsättningar
- intellektuella funktionsnedsättningar

varför?.....

5. Involveras föräldrarna, i så fall hur

.....

.....
.....

6. Medverkar brukarorganisationer eller andra samverkanspartner

- nej
- ja, vilka.....

- hur?.....

7. Målsättning med syskonverksamhet

.....
.....

8. Pågår utvecklingsarbete inom ramen för syskonstödet

- nej ja, vad?.....

-

9. Nämn områden som ni skulle vilja ha mer kunskap om

.....
.....
.....

Uppgiftslämnare:

Namn
Befattning
E-post:
Tfn:
Mobil:

Tack för din medverkan!

Välkommen med frågor: Regine Lundholm tel.031 7509181 mobil 0709 115526
E-post: regine.lundholm@agrenska.se