# Tevredenheid over de zorgverlening bij zorgvrager v2022

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum:** | |  | **Opnameduur op de afdeling (kruis aan):**   * 1-2 weken * 2-4 weken * 1-2 maanden * 2-6 maanden * 6-12 maanden * Meer dan 1 jaar | | | | | | |
| **AFDELING:** | |  |
| **Bij opname (kruis aan)** | * **vrije opname** * **Gedwongen opname** |  |
| **KRUIS STEEDS JE EIGEN MENING AAN** | | | | | | | | | |
| 1. **Informatie over psychische problemen en behandeling** | | | | | | | | | |
|  | | | | **Niet van toepassing** | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Ik kreeg informatie over mijn psychische problemen. | | | |  | |  |  |  |  |
| 1. Ik kreeg informatie over de mogelijke manieren om mijn psychische problemen te behandelen (vb soorten therapie, medicatie, …). | | | |  | |  |  |  |  |
| 1. Ik kreeg informatie over wat mijn behandeling inhoudt. | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik kreeg informatie over mijn medicatie en de mogelijke bijwerkingen ervan. | | | |  | |  |  |  |  |
| 1. Ik kreeg informatie over de kosten van mijn behandeling. | | | |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **Inspraak** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners (vb dokter, verpleging, therapeuten) moedigen mij aan om mee te beslissen over mijn behandeling, onderzoeken en/of testen | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik kan meebeslissen over de inhoud van mijn behandeling. | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **(nog) Niet van toepassing** | | **Nee** | **Ja** |
| 1. Ik kan meebeslissen over mijn ontslag *(antwoord ‘Niet van toepassing’ indien voor u nog te vroeg)* | | | | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **Therapeutische relatie** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners geven me begrijpelijke uitleg. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners respecteren mij. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik heb vertrouwen in mijn hulpverleners. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik voel me vrij om mijn hulpverleners vragen te stellen over mijn behandeling en mijn medicatie. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners respecteren mijn privacy. | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **Zorg op maat** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners begrijpen mijn psychische problemen. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners vragen me wat voor mij het belangrijkste is om aan te werken. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners gaan uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners kijken naar mijn totale persoon, niet alleen naar mijn problemen. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners moedigen me aan om ook zelf de verantwoordelijkheid voor mijn zorg op te nemen. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners hebben aandacht voor mijn lichamelijke gezondheid. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. **Organisatie van zorg en samenwerking tussen hulpverleners** | | | | | | | | | |
|  | | | | | **Niet van toepassing** | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners geven dezelfde (geen tegenstrijdige) informatie. | | | | |  |  |  |  |  |
| 1. In dit ziekenhuis werken mijn hulpverleners goed samen. | | | | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners werken goed samen met externe hulpverleners of diensten zoals mijn huisarts, zelfstandig therapeut, OCMW, mobiel team, … | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik vind dat mijn hulpverleners voldoende tijd voor mij nemen. | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik kan vlot een afspraak krijgen met een hulpverlener van deze afdeling. | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik ben tevreden over de afspraken die gemaakt zijn voor wanneer het niet goed met mij gaat (vb crisisplan). | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | **(nog) Niet van toepassing** | **Nee** | **Ja** |  | |
| 1. Ik kan mijn psychiater voldoende spreken. | | | | |  |  |  |
| 1. Ik kan mijn sociale dienst voldoende spreken. | | | | |  |  |  |
| 1. Ik kan mijn psycholoog voldoende spreken. | | | | |  |  |  |
| 1. Ik kan mijn individuele begeleider voldoende spreken. | | | | |  |  |  |
| 1. Mijn therapieprogramma gaat door zoals gepland. | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  |
| 1. **Veilige zorg** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Tijdens het eerste contact stellen mijn hulpverleners zich voor met naam en functie. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik voel me veilig tijdens mijn behandeling. | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Ik vind dat mijn hulpverleners goed reageren wanneer ik zeg dat het niet goed met mij gaat. | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **Deskundigheid** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Ik vind mijn hulpverleners goed in hun job. | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **Patiëntenrechten** | | | | | | | | | |
|  | | | | **Niet van toepassing** | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners vragen mijn toestemming om informatie over mij met externe hulpverleners te delen. | | | |  | |  |  |  |  |
| 1. Ik heb de mogelijkheid om een andere hulpverlener te kiezen. | | | |  | |  |  |  |  |
| 1. Ik kreeg informatie over mijn recht om een ‘tweede mening’ te vragen. | | | |  | |  |  |  |  |
|  | | | |  | | **Nee** | **Ja** |  | |
| 1. Ik weet bij wie ik terecht kan met een klacht. | | | |  |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. **Resultaat en evaluatie van zorg** | | | | | | |  | **(nog) Niet van toepassing** | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** | | 1. Mijn hulpverleners en ik evalueren regelmatig het verloop van de behandeling. *(antwoord ‘Niet van toepassing’ indien voor u nog te vroeg)* |  |  |  |  |  | | 1. Ik voel me geholpen door mijn behandeling. *(antwoord ‘Niet van toepassing’ indien voor u nog te vroeg)* |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultaat en evaluatie van zorg** | **(nog) Niet van toepassing** | **Nee** | **Ja** |
| 1. Ik ervaar het aanbod van de dienst ‘zingeving en pastoraal’ als ondersteunend. |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners en ik hebben afspraken over waar ik na mijn behandeling terecht kan met mijn problemen.   *(antwoord ‘Niet van toepassing’ indien voor u nog te vroeg)* |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Context** | | | | |
|  | **Niet van toepassing** | **Nee** | **Ja** |  |
| 1. Ik kan genoeg contact hebben met mijn familie, vrienden, … |  |  |  |  |
| 1. Mijn familie en/of voor mij belangrijke andere mensen worden genoeg betrokken bij mijn behandeling. |  |  |  |  |



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Inrichting en voorzieningen** | | | | | |
|  | | **Niet van**  **toepassing** | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** | |
| 1. Kamer, sanitair, leefruimten zijn proper. | |  |  |  |  |  | |
| 1. De afdeling is goed ingericht. | |  |  |  |  | |
| 1. Er zijn genoeg ontspanningsmogelijkheden. | |  |  |  |  | |
| 1. Het eten is lekker. | |  |  |  |  |  | |
| 1. De bezoekuren zijn gepast. | |  |  |  |  |  | |
| 1. De rekening(en) die ik krijg zijn duidelijk. | |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Algemene beoordeling** | | | | |
| 1. Welk cijfer zou u dit ziekenhuis geven voor deze behandeling, als 0 gelijk is aan het slechtst mogelijke en 10 gelijk is aan het best mogelijke ziekenhuis? | | | | |
| □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9 □ 10 | | | | |
|  | | | | |
|  | **Zeker niet** | **Waarschijnlijk niet** | **Waarschijnlijk**  **wel** | **Zeker wel** |
| 1. Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie? |  |  |  |  |

Hieronder kan u uw antwoorden toelichten en opmerkingen en suggesties noteren.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

Bedankt voor uw medewerking