

# TEVREDENHEIDSBEVRAGING KAAP OUDERS

①

- Binnen De Kaap vinden we de kwaliteit van zorg belangrijk. Via deze vragenlijst willen we peilen naar uw **eigen ervaringen als ouder** van een kind opgenomen binnen onze cluster om zo onze kwaliteit van zorg te verbeteren. Deelname is vrijwillig.
- De verwerking van deze vragenlijst verloopt volledig anoniem. U hoeft uw naam of de naam van uw kind niet te noteren op deze vragenlijst. Wees zo eerlijk en correct mogelijk.
- Het duurt ongeveer 15 min. om deze vragenlijst in te vullen.
- Indien u het moeilijk vindt om deze vragenlijst in te vullen, mag u hulp vragen aan familie of vrienden.

De ingevulde vragenlijst mag u terug aan de begeleiding bezorgen in bijgevoegde en gesloten briefomslag

Leefgroep waar uw kind is opgenomen (Omcirkelen)	1 / 2 / 3 / 4 / CRISIS	Datum	...../...../.....
--	------------------------	-------	-------------------

A. Informatie over psychische problemen en behandeling				
	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
1. Ik kreeg informatie over de psychische problemen van mijn kind.				
2. Ik kreeg informatie over de mogelijke behandelingen voor de psychische problemen van mijn kind.				
3. Ik kreeg informatie over wat de behandeling van mijn kind inhoudt.				
4. Ik kreeg informatie over medicatie en de mogelijke bijwerkingen hiervan die mijn kind inneemt.				
5. Ik kreeg informatie over de kosten van de behandeling van mijn kind.				

Geen medicatie

B. Inspraak				
	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
6. Er wordt rekening gehouden met mij als ik iets wil zeggen over de behandeling van mijn kind.				

	Niet van toepassing	Nee	Ja
7. Ik kan meebeslissen over het einde van de behandeling van mijn kind.			

C. Therapeutische relatie				
	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
8. De hulpverleners van mijn kind geven me begrijpelijke uitleg.				
9. De hulpverleners van mijn kind respecteren mij en mijn kind.				
10. Ik heb vertrouwen in de hulpverleners van mijn kind.				
11. Ik kan vragen stellen aan de hulpverleners over de behandeling en de medicatie van mijn kind?				

<b>D. Zorg op maat</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
12. De hulpverleners begrijpen mijn kind.				
13. De hulpverleners vragen me welke problemen of klachten van mijn kind het meest belangrijk zijn om aan te werken.				
14. De hulpverleners gaan uit van de mogelijkheden van mijn kind in plaats van zijn/haar beperkingen.				
15. De hulpverleners hebben aandacht voor de lichamelijke gezondheid van mijn kind.				

<b>E. Organisatie van zorg en samenwerking tussen begeleiders</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
16. De verschillende hulpverleners van mijn kind geven mij gelijkaardige informatie.				
17. Binnen deze organisatie werken de hulpverleners goed samen.				
18. De hulpverleners binnen De Kaap werken goed samen met de externe hulpverleners of diensten zoals de huisarts, de zelfstandige psychotherapeut,... van mijn kind.				
19. Mijn familie wordt goed betrokken bij de behandeling van mijn kind.				
20. Ik kan vlot een afspraak krijgen met de hulpverleners van deze afdeling.				

<b>F. Veilige zorg</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
21. Tijdens het eerste contact stellen de hulpverleners zich voor met naam en functie.				
22. Mijn kind voelt zich veilig op de afdeling.				
23. Ik vind dat de hulpverleners goed reageren wanneer ik zeg dat het niet goed met mijn kind gaat.				

<b>G. Deskundigheid</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
24. Ik vind de hulpverleners goed in hun job.				

<b>H. Patiëntenrechten</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
25. De hulpverleners vragen mijn toestemming om informatie over mijn kind met externe hulpverleners te delen.				
26. Mijn kind heeft de mogelijkheid om een andere begeleider te kiezen.  <i>Wanneer mijn kind jonger is dan 12 jaar. Ik heb de mogelijkheid om een andere begeleider voor mijn kind te kiezen.</i>				

<b>I. Resultaat en evaluatie van zorg</b>				
	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Meestal</b>	<b>Altijd</b>
27. De hulpverleners evalueren regelmatig het verloop van de behandeling met mij.				
28. Ik heb het gevoel dat mijn kind zich geholpen voelt door de behandeling.				

	<b>Niet van toepassing</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>
29. Ik kreeg adviezen over wat ik moet doen of waar ik na de opname terecht kan indien de problemen bij mijn kind terugkomen of verergeren.			

**J. Algemene beoordeling**

30. Welk cijfer zou u De Kaap geven voor deze behandeling, als 0 gelijk is aan het slechtst mogelijke en 10 gelijk is aan het best mogelijke ziekenhuis?
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

	<b>Zeker niet</b>	<b>Waar-schijnlijk niet</b>	<b>Waar-schijnlijk wel</b>	<b>Zeker wel</b>
31. Zou u dit ziekenhuis aanraden aan uw vrienden en familie?				

**K. Enkele vragen over uw kind**

<b>Geslacht</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw/meisje
	<input type="checkbox"/> Man/jongen

<b>Leeftijd</b>	<input type="checkbox"/> <12 jaar
	<input type="checkbox"/> ≥12 jaar

<b>Hoelang verblijft uw kind momenteel in De Kaap?</b>	<input type="checkbox"/> < 1 week
	<input type="checkbox"/> 1 – 2 weken
	<input type="checkbox"/> 2 – 4 weken
	<input type="checkbox"/> 4 weken – 2 maanden
	<input type="checkbox"/> 2 – 6 maanden
	<input type="checkbox"/> 6 - 12 maanden
	<input type="checkbox"/> > 12 maanden

**ALS U NOG ANDERE SUGGESTIES, OPMERKINGEN HEBT, MAG U DIT HIER NOTEREN:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DANK JE WEL!