Vlaamse Patiënten Peiling GGZ

|  |
| --- |
|  |
| AFDELING: …………………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 behandelingswijzen voor mijn psychische problemen. |  |  |  |  |  |
| 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\* sporen mij aan om mee te beslissen over mijn behandeling, onderzoek en/of testen. | |  |  |  |  |
| 1. Ik kan meebeslissen over de inhoud van mijn behandeling. | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | | **Niet van toepassing** | | **Nee** | **Ja** |
| 1. Ik kan meebeslissen over het einde van mijn behandeling. | |  | |  |  |

*\*De items in deze vragenlijst gaan over uw hulpverleners binnen deze organisatie. Het kan dat dit maar één persoon is.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 welke problemen of klachten het meest belangrijk voor mij zijn om aan te werken. | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners gaan uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen. | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners kijken naar mijn persoon in zijn geheel in plaats van alleen naar mijn problemen. | |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners moedigen me aan om mee 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 gelijkaardige informatie. |  |  |  |  |  |
| 1. Binnen deze organisatie werken mijn hulpverleners goed samen. |  |  |  |  |  |
| 1. Mijn hulpverleners werken goed samen met externe hulpverleners of diensten zoals mijn huisarts, zelfstandig psychotherapeut, OCMW, … |  |  |  |  |  |
| 1. Ik vind dat mijn hulpverleners voldoende de 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. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. Resultaat en evaluatie van zorg | | | | | |
|  | | **Nooit** | **Soms** | **Meestal** | **Altijd** |
| 1. Mijn hulpverleners en ik evalueren regelmatig het verloop van de behandeling. | |  |  |  |  |
| 1. Ik voel me geholpen door mijn behandeling. | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | | **Niet van toepassing** | | **Nee** | **Ja** |
| 1. Mijn hulpverleners en ik hebben afspraken over waar ik na mijn behandeling terechtkan als mijn problemen terugkomen of verergeren. | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | **Waar-schijnlijk niet** | **Waar-schijnlijk**  **wel** | **Zeker wel** |
| 1. Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Enkele vragen over uzelf | | | | |
|  | | | | |
| Leeftijd | □ –16 jaar |  | **Hoelang bent u al in behandeling op deze afdeling?** | □ < 1 week |
| □ 16 – 24 jaar | □ 1 – 2 weken |
| □ 25 – 34 jaar | □ 2 – 4 weken |
| □ 35 – 44 jaar | □ 4 weken – 2 maanden |
| □ 45 – 54 jaar | □ 2 – 6 maanden |
| □ 55 – 64 jaar | □ 6 - 12 maanden |
| □ 65 – 74 jaar | □ > 12 maanden |
| □ 75 – 84 jaar |  | |
| □ 85+ jaar |
|  | | | | |