Naam ziekenhuis:

Erkenningsnummer:

Naam contactpersoon voor deze template:

E-mailadres contactpersoon voor deze template:

**RAPPORTAGE OVER HET QS-CONTRACT 2020**



Template VMS 2: incident somatische zorg of vrijheidsbeperkende maatregelen (keuzethema’s uit Pijler A)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFO |  | Veiligheidsmanagement (VMS) is een **verplicht thema** voor alle psychiatrische ziekenhuizen.  Deze template gaat over een **incident uit 2020 over ofwel somatische zorg ofwel over vrijheidsbeperkende maatregelen.**  **Kruis hieronder aan voor welk incidenttype uw ziekenhuis heeft gekozen:**   |  |  | | --- | --- | |  | Somatische zorg | |  | Vrijheidsbeperkende maatregelen |   Hierna wordt gevraagd om het incident uit 2020 meer gedetailleerd toe te lichten. **Gelieve dit te doen op een beknopte manier.** | |
| omschrijving van het incident |  | Beschrijf hieronder een **incident** uit 2020.  . | |
| Classificatie volgens de WHO-taxonomie |  | Geef aan hoe het incident gecodeerd werd volgens de **minimale dataset van de WHO**. Voeg de juiste code (bv. aabz) toe. Er dient gecodeerd te worden **tot op het diepste niveau!.**  Incidenttype (a):  Gevolgen voor de patiënt (b):  Incidentkarakteristieken (d):  Gevolgen voor de organisatie (h): | |
| retrospectieve incidentanalyse |  | Omschrijf hieronder **minstens 1 verbeteractie of - proces** naar aanleiding van de retrospectieve analyse van dit incident. | |
| betrokkenheid patiënt (\*) en/of familie |  | Omschrijf hoe de patiënt en/of zijn familie werd betrokken bij:   * De incidentanalyse * Het definiëren van het verbeterproces of de verbeteractie   (\*) dit kan ook een ervaringsdeskundige of patiëntvertegenwoordiger zijn | |
|  |  | *Dank voor het invullen van deze template. Gelieve erop te letten dat* ***alle vragen ingevuld*** *zijn. Indien u de vraag niet kan beantwoorden gelieve dan ‘geen’ of ‘niet uitgevoerd’ in te vullen.*  ***Gelieve een WORD-versie van deze template op te laden in Survey Monkey***  ***met de volgende vermelding:***  ***Erkenningsnummer van uw ziekenhuis - 009 – VMS 2*** | |
|  | | |
|  | | |