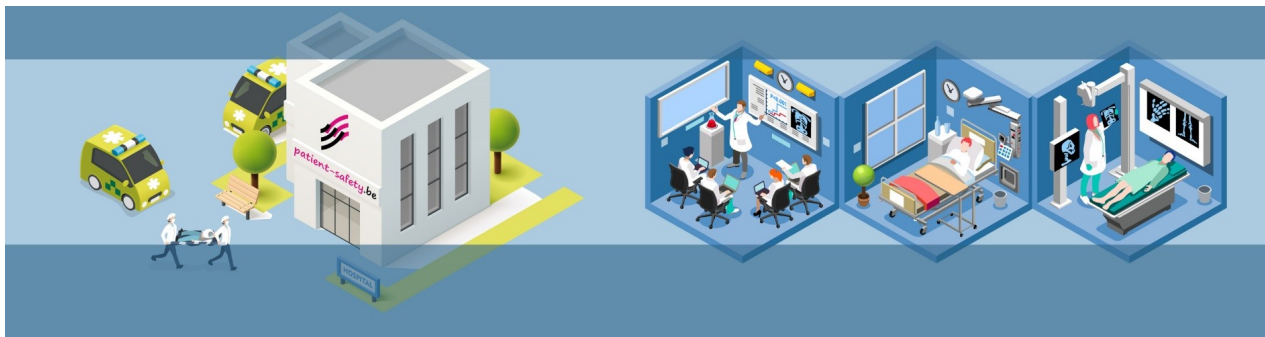


Administratieve gegevens



\* Selecteer hieronder het erkenningsnummer en de naam van uw ziekenhuis:

\* Naam en voornaam van de contactpersoon

\* Contactgegevens van de contactpersoon

E-mailadres

Telefoonnummer

**\* In mijn ziekenhuis is een ziekenhuisbrede accreditatie:**

- voorlopig geen thema
- in voorbereiding (bv. Gap-analyse (JCI)/ ZER (NIAZ))
- lopende
- verworven

\* Voor accreditering wordt gewerkt met:

- JCI
- NIAZ/Qmentum
- ACI
- Planetree
- HAS
- een andere organisatie

Ziekenhuisaccreditatie: JCI-  
accreditatie

\* De ziekenhuisbrede JCI accreditering van onze instelling betreft een:

- eerste accreditatie
- tweede accreditatie
- derde accreditatie
- vierde accreditatie

\* Welke patiëntveiligheidsdoelen (IPSG) werden NIET gerealiseerd ? (code JCI gebruiken, bv. IPSG 4)

Voor ziekenhuizen die meermaals een JCI-accreditering kregen, wordt gevraagd naar de resultaten van de LAATSTE accreditatie.

\* Ons ziekenhuis is ziekenhuisbreed geaccrediteerd met:

- NIAZ KZi 2.4
- NIAZ KZi 3.0 (Qmentum)
- NIAZ KZi 3.1 (Qmentum)

\* De ziekenhuisbrede NIAZ (Qmentum)-accreditering van onze instelling betreft een:

- eerste accreditatie
- tweede accreditatie
- derde accreditatie
- vierde accreditatie

\* Aan welke Vereiste Instellingsrichtlijnen (VIR'S) werd NIET voldaan (bv. cliëntidentificatie):

Voor ziekenhuizen die meermaals een NIAZ-accreditering kregen, wordt gevraagd naar de resultaten van de LAATSTE accreditatie.

Ziekenhuisaccreditatie: andere organisatie

\* Met welke andere organisatie behaalde uw instelling een ziekenhuisbrede accreditatie?

\* Aan welke normen werd NIET voldaan:

\* Aan welke normen werd NIET voldaan:





\* Kies, uit de onderstaande lijst vijf elementen die hetmeest zijn geëvolueerd in positieve zin sedert 2012

**Gelieve exact vijf items te selecteren, zoniet krijgt u een foutmelding !**

- 1. Patiëntveiligheidsincidenten en bijna-incidenten worden gemeld
- 2. Patiëntveiligheidsincidenten en bijna-incidenten kunnen veilig gemeld worden, zonder sancties voor de melder
- 3. Het ziekenhuismanagement is actief betrokken in het patiëntveiligheidsbeleid
- 4. Het thema patiëntveiligheid komt systematisch aan bod in de opleiding van het personeel en van nieuwe medewerkers
- 5. Incidenten worden frequenter geanalyseerd en leiden steeds vaker tot kwaliteitsvolle verbeteracties
- 6. Proactieve risicoanalyses worden uitgevoerd om de patiëntveiligheid te verbeteren
- 7. Proactieve risicoanalyses worden tevens uitgevoerd in niet-klinische diensten
- 8. Er worden acties ondernomen om de samenwerking binnen teams en tussen teams te verbeteren
- 9. Er worden acties ondernomen om de informatieoverdracht binnen teams en bij transfer te verbeteren
- 10. De autonomie van de patiënt wordt gerespecteerd en gestimuleerd
- 11. Eén of meerdere checklists worden effectief gebruikt
- 12. Eén of meer zorgbundels worden toegepast
- 13. Er is een beleid en er zijn procedures m.b.t alle patiëntidentificatieprocessen (armbandje, weefselstalen, ....)
- 14. De patiënt en zijn familie worden geïnformeerd over vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig dat deze in alle omstandigheden weten waarom deze kunnen worden toegepast
- 15. Er is een gestructureerde ondersteuning voor second victims
- 16. Een crisisbeheersingsplan werd opgesteld
- 17. Er is actieve betrokkenheid van klinische apothekers in zorgeenheden
- 18. Er is een ziekenhuisbreed beleidplan over hoog-risico medicatie
- 19. Er is een betere samenwerking en afstemming tussen en met het comité patiëntveiligheid, het comité voor ziekenhuishygiëne, het transfusiecomité en het medisch-farmaceutisch comité. De gemeenschappelijke doelstelling van deze comités werd geëxpliciteerd
- 20. Veiligheidsrondes vinden plaats op systematische basis

\* **Kies vijf punten die volgens u de meeste inspanning en inzet van middelen vereisten (ongeacht de uitkomst van deze inspanningen)**

**Gelieve exact vijf items te selecteren, zoniet krijgt u een foutmelding !**

- 1. Patiëntveiligheidsincidenten en bijna-incidenten worden gemeld
- 2. Patiëntveiligheidsincidenten en bijna-incidenten kunnen veilig gemeld worden, zonder sancties voor de melder
- 3. Het ziekenhuismanagement is actief betrokken in het patiëntveiligheidsbeleid
- 4. Het thema patiëntveiligheid komt systematisch aan bod in de opleiding van het personeel en van nieuwe medewerkers
- 5. Incidenten worden frequenter geanalyseerd en leiden steeds vaker tot kwaliteitsvolle verbeteracties
- 6. Proactieve risicoanalyses worden uitgevoerd om de patiëntveiligheid te verbeteren
- 7. Proactieve risicoanalyses worden tevens uitgevoerd in niet-klinische diensten
- 8. Er worden acties ondernomen om de samenwerking binnen teams en tussen teams te verbeteren
- 9. Er worden acties ondernomen om de informatieoverdracht binnen teams en bij transfer te verbeteren
- 10. De autonomie van de patiënt wordt gerespecteerd en gestimuleerd
- 11. Eén of meerdere checklists worden effectief gebruikt
- 12. Eén of meer zorgbundels worden toegepast
- 13. Er is een beleid en er zijn procedures m.b.t alle patiëntidentificatieprocessen (armbandje, weefselstalen, ....)
- 14. De patiënt en zijn familie worden geïnformeerd over vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig dat deze in alle omstandigheden weten waarom deze kunnen worden toegepast
- 15. Er is een gestructureerde ondersteuning voor second victims
- 16. Een crisisbeheersingsplan werd opgesteld
- 17. Er is actieve betrokkenheid van klinische apothekers in zorgeenheden
- 18. Er is een ziekenhuisbreed beleidplan over hoog-risico medicatie
- 19. Er is een betere samenwerking en afstemming tussen en met het comité patiëntveiligheid, het comité voor ziekenhuishygiëne, het transfusiecomité en het medisch-farmaceutisch comité. De gemeenschappelijke doelstelling van deze comités werd geëxpliciteerd
- 20. Veiligheidsrondes vinden plaats op systematische basis

## Bedankt voor uw medewerking

Een document ter validatie van de ziekenhuisdirectie en raad van bestuur werd in een voorgaande correspondentie naar u doorgestuurd. Gelieve het ondertekende document hieronder toe te voegen.

Gelieve de rapportage uiterlijk te verzenden tegen **31 mei 2018**.

**Vergeet niet op de knop 'Versturen' te drukken om uw vragenlijst definitief te verzenden.**

- \* Voeg in bijlage het validatiedocument, ondertekend door de ziekenhuisdirectie en de raad van bestuur toe

Benoem het document als volgt: `erkeningsnummer_validatie`

Bestand kiezen

Geen bestand gekozen