

JAARVERSLAG VMS 2017

PERIODE 01/01/2017 -31/12/2017

PSYCHIATRISCH CENTRUM MENEN

Inhoud

INLEIDING	2
ALGEMENE INFORMATIE.....	3
1. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).....	4
1.1 Oorsprong.....	4
1.2 Doelstelling.....	4
2. Begrippenkader Patiëntveiligheid	4
3. Melden in het PCM.....	5
3.1 Registratie.....	5
3.2 Analyse van de incidenten.....	6
3.3 Meldcultuur	7
4. Cijfers 2017	8
4.1 Statistieken	8
4.2 CAVE bij interpretatie van de cijfers.....	17
5. Aanbevelingen	18

INLEIDING

Al jaren maakt het beleid m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid integraal deel uit van het algemeen beleid. Dit is ook verankerd in de missie en visie van het ziekenhuis.

Kwaliteit & patiëntveiligheid kennen veel dimensies. Het heeft zowel te maken met de kenmerken van het proces als met de kenmerken van de resultaten. Proces en resultaten worden gestuurd vanuit de doelen die we als organisatie willen bereiken om onze visie en missie te realiseren. In de non-profitsector waar het relationele gebeuren dat zich afspeelt tussen patiënt en hulpverlener, de essentie is, zijn niet alle processen volledig beheersbaar. Bij de formulering van de doelen houden we rekening met de inbreng van verschillende interne en externe belanghebbenden. Kwaliteit heeft ook te maken met het beoordelen van de mate waarin de doelen werden gerealiseerd, meestal gemeten aan de hand van indicatoren.

Binnen het Psychiatrisch Centrum Menen hanteren we het **EFQM-model** (European Foundation for Quality Management, vertaald in Vlaanderen naar het Kwadrant-model).

Noch de maatschappij, noch onze cultuur, of de wetenschappelijke inzichten op het vlak van geestelijke gezondheidszorg zijn statische gegevens. Naast de zorg voor kwaliteit zelf, m.a.w. het beheersen van en voldoen aan relatief stabiele normen, staat de ontwikkelingsdimensie. Het PCM engageert zich de permanente uitdaging aan te gaan om te blijven reflecteren over de visie op zorg, de dienstverlening en op het proces zelf. Dat vraagt om voortdurend leren en vernieuwen, zowel op het individuele als collectieve vlak. Alle medewerkers zijn verantwoordelijk voor het realiseren en bewaken van de kwaliteit en de patiëntveiligheid.

Het is in dit kader ook van cruciaal belang dat veiligheidsincidenten en bijna-incidenten geregistreerd worden, zodat we kunnen leren uit de ervaringen en bijsturen waar nodig. Het meldsysteem in het PCM werd ontwikkeld in 2010. Iedere werknemer van het PCM kan via het meldsysteem in Obasi melding maken van een incident. De taxonomie van de WHO wordt gebruikt om de incidenten in types onder te verdelen.

ALGEMENE INFORMATIE

Organisatie

Psychiatrisch Centrum Menen

Bruggestraat 75
8930 Menen

Tel.: 056 52 14 51

Fax: 056 51 81 89

E-mail: info@pcmenen.be

Website: www.pcmenen.be

Kwaliteitscoördinator verantwoordelijk voor de analyse van incidenten

Tina Goosen

Tel.: 056/24 15 83

E-mail: t.goosen@pcmenen.be

1. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

1.1 Oorsprong¹

Bij de publicatie van het rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine 'To err is human: building a safer health system' van november 1999, werd patiëntveiligheid voor de eerste keer expliciet op de internationale maatschappelijke agenda geplaatst. Uit het rapport bleek dat meer dan 4 % van de ziekenhuisopnames aanleiding geven tot letsel en/of een verlengd ziekenhuisverblijf dat los staat van het ziektebeeld waarvoor de patiënt in eerste instantie werd opgenomen. 58 % hiervan is te wijten aan vergissingen. Complicaties met medicatie traden het meest frequent op. Gelijkaardige situaties werden in de jaren daarop ook in Europa vastgesteld (Sneller beter, 2004 en HARM study, 2006).

1.2 Doelstelling²

Een VMS is te beschouwen als een systeem om risico's te beheersen. Het voorziet in een strategie, beleid en activiteiten om risico's te inventariseren, te analyseren, te beoordelen en aan te passen. Naast zogenoemde prospectieve risicoanalyses worden d.m.v. incidentenanalyses retrospectief risico's geïdentificeerd. De kern van het VMS is het vaststellen en implementeren van maatregelen om risico's te beheersen.

De meerwaarde van een VMS bestaat uit de kwaliteit van zorgverlening te verbeteren. Dit door het identificeren van risico's, het zoeken naar basisoorzaken, het uitzetten en ondernemen van gerichte verbeteracties en door het opvolgen van de verbetermaatregelen.

2. Begrippenkader Patiëntveiligheid²

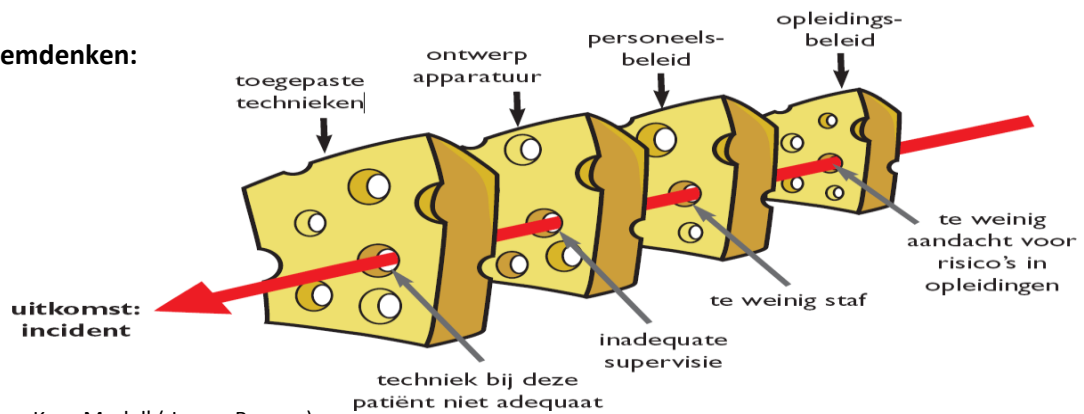
- **Patiëntveiligheid:** 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.'³
- **Incident / bijna-incident:** Elke (on)bedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt, de ziekenhuiswerkers, de bezoekers of het ziekenhuis als geheel heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden. Soms kunnen ook buitenstaanders schade toebrengen of kunnen ze schade ondervinden door opgenomen patiënten. Deze (bijna) incidenten kunnen zich voordoen binnen het ziekenhuis, op het ziekenhuisdomein en daarbuiten.
- **Fout (error):** het niet uitvoeren van een geplande actie of toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken.

¹ Inspectie voor de gezondheidszorg, Rapport veiligheidsmanagement, Utrecht, 2011.

² Hemmes & Zweekhorst, Prisma Praktisch, Amersfoort, 2008)

³ Van Everdingen et al., red., Werkboek Patiëntveiligheid, 2006)

- **Systeemen denken:**



'Zwitsers Kaas Model' (James Reason)

Het 'Zwitsers Kaas model' toont aan dat een incident pas optreedt wanneer er in meerdere onderdelen van het proces dingen fout gaan. Dus, door vanaf het incident terug te gaan in de tijd en systematisch de stappen voorafgaand aan het incident te analyseren, kunnen de beïnvloedende factoren en de basisoorzaken worden benoemd. Met deze kennis kunnen dan structurele maatregelen ondernomen worden om herhaling van een dergelijk incident te voorkomen. Door deze manier van denken wordt er verder gekeken dan alleen naar de omstandigheden op het moment van het incident en wordt er verder gekeken dan naar het individu dat op het eind van het proces stond.

Enkele aandachtspunten⁴:

- De beste zorgverlener kan de meest ernstige fout maken.
- Fouten doen zich voor in steeds terugkerende patronen.
- Menselijke condities kan je niet wijzigen, je kan wel de condities wijzigen waarin mensen werken.
- Er is niet één 'beste weg' om veilige patiëntenzorg uit te bouwen.

3. Melden in het PCM

3.1 Registratie

Medewerkers, zowel uit patiëntenzorg als niet-patiëntenzorg, kunnen melden via Obasi. Patiënten kunnen terecht bij de Ombudsdienst.

De bestaande meldmodule werd door veel gebruikers als zeer arbeidsintensief en niet altijd even duidelijk ervaren. Ook bleken vele incidentmeldingen onvoldoende informatie te bevatten of niet correct te zijn ingevuld.

In 2017 werd de incidentmeldmodule vereenvoudigd en werd de procedure aangepast met de bedoeling tot een efficiëntere registratie te komen, zowel voor de melder als voor de medewerker die de incidenten moet analyseren. Het aantal categorieën werd beperkt, de invulvelden werden opgesplitst, een aantal velden werd verplicht gemaakt, etc. De beschrijving van de melding wordt ook automatisch binnengetrokken in de observaties van de betrokken patiënt, waardoor er hier geen extra registratie van de feiten door de medewerker meer nodig is. Vanaf oktober werd de vernieuwde versie gelanceerd.

⁴ Van de Velde, A. & De Troyer, V. Patiëntveiligheid: hype of noodzaak, april 2010, O.L.V. Top Zorg

In het begin waren er nog wat kinderziektes op informaticagebied. Momenteel zijn de meeste problemen opgelost, maar er wordt nog steeds gewerkt om de registratie en/of de verwerking nog te vereenvoudigen of te verbeteren. Eén van de zaken waar nu (april 2018) nog aan gewerkt wordt is het bekijken of de registratie 'Ziekenhuiscriminaliteit' kan wegvallen voor de melder, door de informatie op een andere manier binnen te trekken in VMS. Dit zou opnieuw een tijdsbesparing betekenen voor de melder. Ook wordt bekeken of 'Onrustwekkende verdwijningen' automatisch kunnen worden binnengetrokken, zonder extra VMS-registratie door de medewerker.

De medewerkers zelf kunnen het type van het incident kiezen:

- **Ongeval van de patiënt:** ademhalingsbelemmering (verslikking), thermisch mechanisme (brandwonden), valpartij (elke valpartij of sportongeval), etc.
- **Ongeval van de niet-patiënt:** arbeidsongevallen, EHBO-ongeval). Dit is **nieuw sinds oktober 2017**. Voordien werd dit in een apart access-programma 'Schade' ingevoerd.
- **Gedrag van de patiënt / niet patiënt (derde of personeel):** agressie t.a.v. materiaal/vandalisme; doodsb bedreiging; fysieke agressie; verbale agressie; automutilatie en suïcide(poging); middelenhandel/bezit of vondst illegaal middel; pesterijen; riskant gedrag/ roekeloos/ gevaarlijk/ rookgedrag/ brandstichting/ wapenbezit; seksuele agressie, onrustwekkende verdwijning; ...
- **(Vermoeden van) diefstal.**
- **Incident m.b.t. medicatie:** bij levering, klaarzetten of toedienen, ...
- **Beschadiging infrastructuur.**
- **Proces/procedure van de zorg.**
- **Andere:** bv. administratie m.b.t. de zorg, voeding, medische hulpmiddelen/apparatuur, ...

3.2 Analyse van de incidenten

In theorie worden de analyses uitgevoerd aan de hand van de Prisma-methodiek, bij melding van ernstige incidenten wordt de Sire-methodiek toegepast.

Van januari tot maart 2017 werden er geen analyses uitgevoerd. Sinds maart 2017 worden alle incidenten geanalyseerd door kwaliteitscoördinator Tina Goosen, met uitzondering van arbeids- en EHBO-ongevallen van de niet-patiënt. Deze laatste categorie wordt door de personeelsdienst opgevolgd. Deze doet de aangifte bij de verzekering. De preventiedienst wordt ook op de hoogte gebracht, zodat, indien nodig, gepaste maatregelen kunnen genomen worden.

3.2.1 Kleinere incidenten

Bij een groot deel van de incidenten volstaat het om de melding door te nemen en eventueel wat bijkomende deskresearch uit te voeren, om tot een besluit te komen en het incident te kunnen afsluiten. Een bezoek aan de afdeling of interviews met de betrokkenen is niet nodig.

Vaak worden deze incidenten wel meegenomen in grotere analyses en acties: vb. medicatiefouten n.a.v. foute leveringen, valincidenten op één afdeling, veel kleine agressie-incidenten, ... Ook kan een grotere analyse volgen bij bv. recidive (reeks incidenten met zelfde patiënt of met dezelfde medewerker, of door dezelfde oorzaak).

Acties kunnen heel divers zijn, zoals bijsturen van processen of procedures, aanpassen bijscholingen, coaching, opfrissen van bestaande procedures, ...

Bij incidenten die geen uitgebreide analyse vergen of incidenten zonder aanbevelingen op meso- of macro-niveau, wordt er enkel kort een besluit genoteerd in de opvolgmodule in Obasi en wordt het incident afgesloten. Er wordt echter geen gebruik gemaakt van de prismacodering, gezien de meerwaarde hiervan beperkt of nihil is.

3.2.2 Grotere incidenten

Bij grotere incidenten, of incidenten met die wat meer uitleg behoeven, begeeft de kwaliteitscoördinator zich naar de afdeling om meer informatie in te winnen bij de betrokken medewerkers en/of patiënten. Hierbij worden systematisch alle fases van het incident nagegaan, en probeert de kwaliteitscoördinator zich een beeld te vormen van de situatie voorafgaand en op het moment van de feiten, en tot de basisoorzaken te komen. Relevante procedures, herstelfactoren en barrières worden in kaart gebracht. (Sire-methodiek).

Er wordt ook gekeken of de slachtoffers (patiënten, medewerkers), hulp nodig hebben, om terug goed te kunnen functioneren.

Mogelijke acties zijn:

- probleemverzachtende acties (vb. een gesprek met de medewerker omtrent de persoonlijke impact van het incident);
- probleemoplossende acties;
- verbeteracties voorstellen of verbeteracties vanuit de medewerkers zelf meenemen in de adviezen.

Bij incidenten zonder of beperkte aanbevelingen op meso- of macro-niveau, wordt er een kort verslag en besluit in de opvolgmodule van Obasi genoteerd (zonder Prisma-codering). Bij complexere incidenten wordt er een uitgebreid verslag in Word opgemaakt.

Bij het afsluiten van elk incident wordt de reden van afsluiting gespecificeerd: Patiënt gerelateerd, Werknemer gerelateerd, Organisatorisch, Technisch, Verbeteracties gestart, Overig.

Alle aanbevelingen of acties die voortvloeien uit de analyses van incidenten worden door de kwaliteitscoördinator ofwel opgenomen met de betrokken medewerker, hoofdverpleegkundigen, vakverantwoordelijken en/of met de directie. Naargelang de aard van de aanbeveling/actie kan dit op verschillende manieren gebeuren: ahv uitgebreid incident-rapport, op briefings met OC's en/of vakverantwoordelijken, op briefing met directie patiëntenzorg, 1 op 1 contact, etc.

3.3 Meldcultuur

We streven naar een open en transparante veiligheidscultuur waarin onze medewerkers en patiënten aangemoedigd worden om (bijna)incidenten te melden.

Het stimuleren van het melden van fouten kan enkel in een omgeving waar er een groot veiligheidsbewustzijn is en waar er sprake is van 'just culture'. Elke medewerker moet zich veilig genoeg voelen om (bijna) fouten te melden, zodat het systeem of procedures, indien nodig kunnen

aangepast worden of bv. bijkomende training of coaching kan worden voorzien. Zo kunnen gelijkaardige fouten in de toekomst vermeden worden en risico's beter ingeschat worden.

Alhoewel het idee van 'just culture' al jaren één van de basisprincipes was bij het melden van incidenten was dit nog niet eerder letterlijk neergeschreven. In 2017 werd een visietekst '**VMS: Veiligheidsbewustzijn en incidentenmeldingen m.b.t. patiëntenzorg**' in het Instructie Vademecum opgenomen.

Desalniettemin merkten we dat er bij een deel van de werknemers toch nog altijd enige terughoudendheid was m.b.t. het melden. De angst voor sancties of negatieve feedback van collega's is nog steeds één van de hoofdredenen waarom incidenten niet gemeld worden. Daarnaast blijft bij sommigen de kritiek aanwezig dat het melden van incidenten een aanzienlijke tijdsinvestering vraagt van de medewerker.

Zowel in de geheel vernieuwde opleiding 'IKZ en patiëntenrechten' in het inscholingstraject voor nieuwe medewerkers, als tijdens een specifiek opleidingsmoment én in het gemeenschappelijk werkoverleg met alle hoofden, vakverantwoordelijken en artsen, werd medio 2017 de 'just culture' visie en de vernieuwde VMS-module, nog eens toegelicht. Tijdens de Prikkelraadoefening die eind 2017 op alle afdelingen plaats vond, werd het belang van het melden van incidenten en 'just culture' eveneens nog eens benadrukt en was er ruimte voor vragen van de medewerkers. Ook tijdens diverse informele contacten met werknemers werd het melden van incidenten aangemoedigd.

4. Cijfers 2017

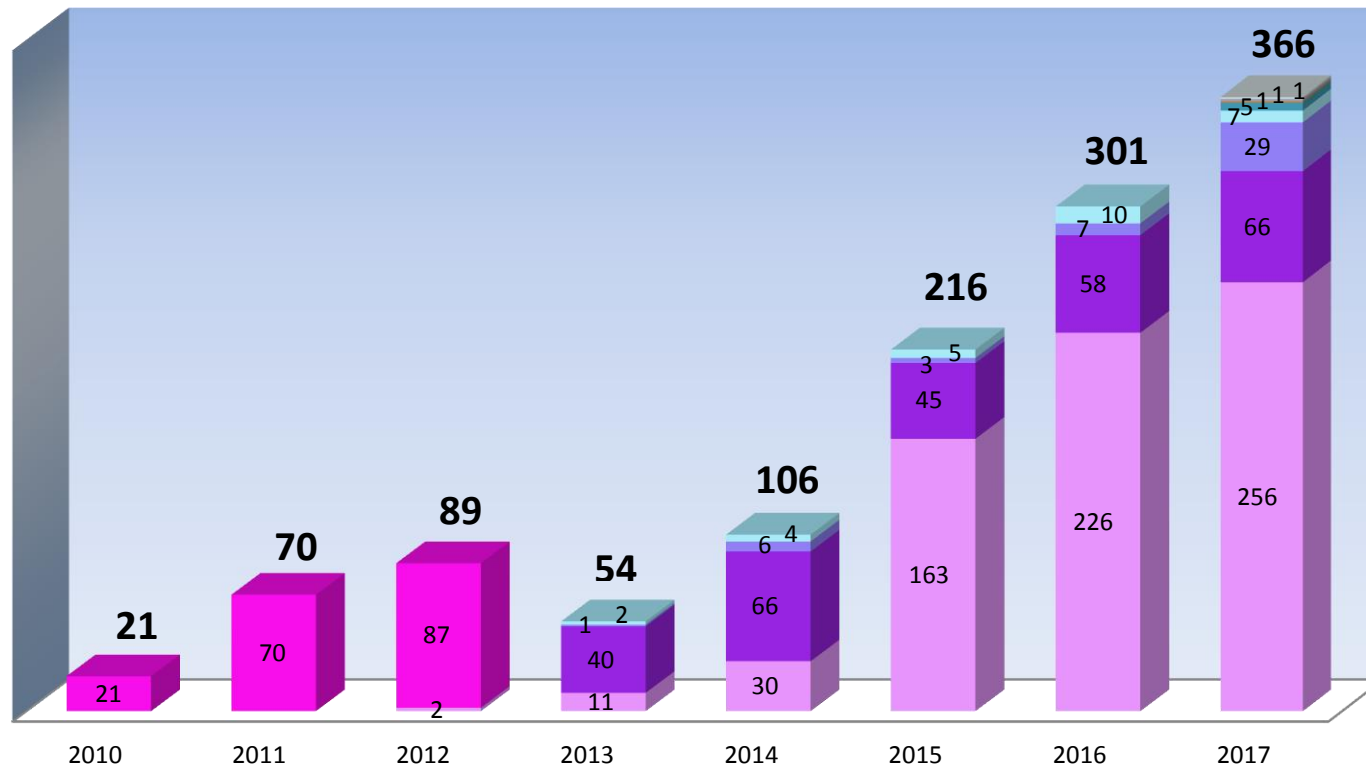
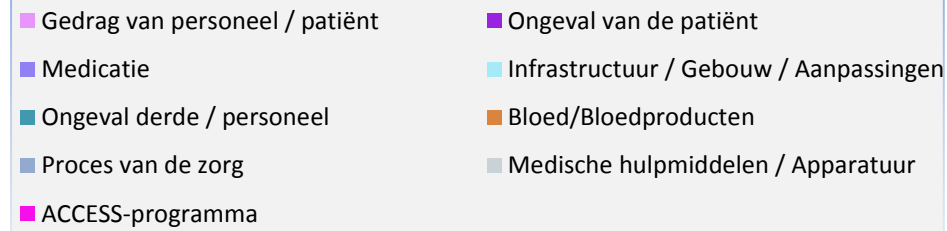
4.1 Statistieken

4.1.1 Aantal incidenten per jaar, per type periode 2010 – 2017

Type incident per jaar								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gedrag van personeel / patiënt			2	11	30	163	226	256
Ongeval van de patiënt			0	40	66	45	58	66
Medicatie			0	1	6	3	7	29
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen			0	2	4	5	10	7
Ongeval derde / personeel			0	0	0	0	0	5
Bloed/Bloedproducten			0	0	0	0	0	1
Proces van de zorg			0	0	0	0	0	1
Medische hulpmiddelen / Apparatuur			0	0	0	0	0	1
ACCESS-programma	21	70	87					
TOTAAL	21	70	89	54	106	216	301	366

↪ Op **6 september 2010** is er in het PCM gestart met het centraal melden van incidenten in een access-programma. **Eind 2012** is men overgestapt naar de VMS-module in Obasi.

Evolutie incidenten per jaar



4.1.2 Aantal incidenten in 2017, per type, per afdeling

Type incident per zorgdivisie 2017																
	Niet gekend	AMBULANT	AMPHORA	BRUG	CONTACT	CURA (10 bed)	HORIZON (30 bed)	IMPACT	KADE (30 bed)	PENDEL 1	PENDEL 2	VILLA VIA (4 bed)	VLIET (25 bed)	WAAG (20 bed)	WIERDE (25 bed)	TOTAAL
Gedrag van personeel / patiënt	1	2	0	2	0	72	10	0	81	3	2	1	24	12	46	256
Ongeval van de patiënt	3	0	0	0	1	2	29	0	12	2	3	0	1	8	5	66
Medicatie	1	0	0	0	0	4	4	0	8	1	1	0	2	6	2	29
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	7
Ongeval derde / personeel	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bloed/Bloedproducten	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Proces van de zorg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Medische hulpmiddelen / Apparatuur	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAAL	14	2	0	2	1	79	43	0	101	6	6	3	29	26	54	366

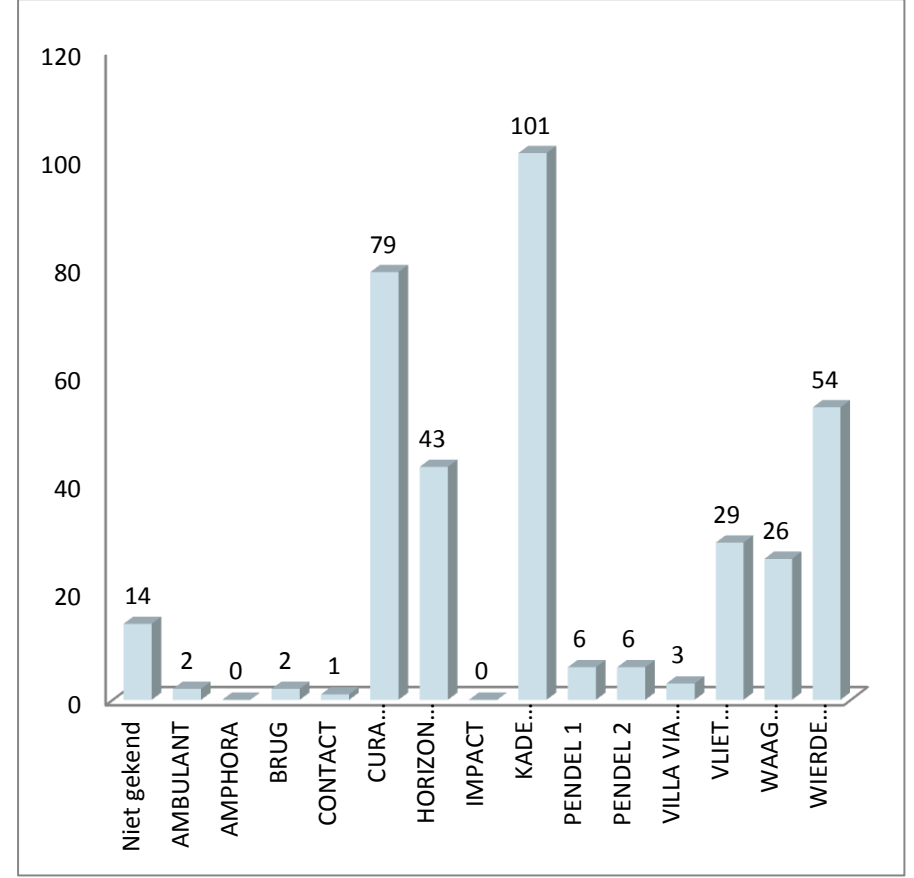
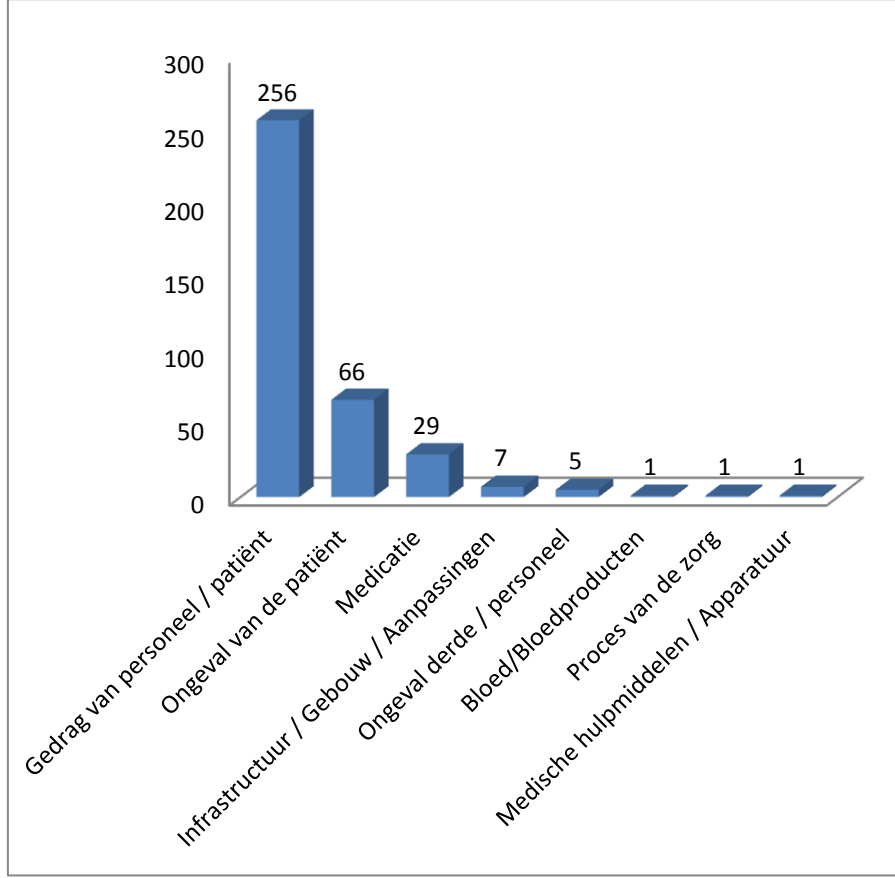
↪ 'Niet gekend': kan zijn: niet ingevuld of overkoepelend PCM.

↪ 'Ongeval derde / personeel' (waaronder Arbeidsongevallen) worden vanaf oktober 2017 in de VMS-module gescoord.

↪ 'Bloed/bloedproducten': verkeerde naam op bloedstaal, opnieuw bloed moeten afnemen.

↪ 'Proces van de zorg': m.b.t. samenwerking met de politie.

↪ 'Medische hulpmiddelen/ Apparatuur': arbeidsongeval T.O. vóór registratie arbeidsongevallen.



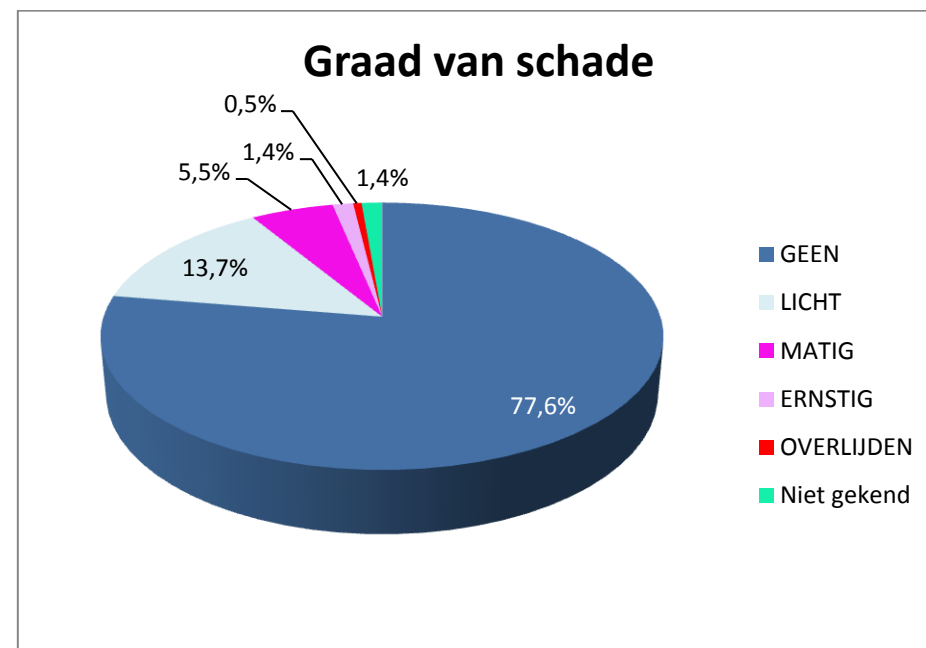
4.1.3 Aantal incidenten in 2017, per type & subcategorie, per afdeling

Type incident & subcategorie per zorgdivisie 2017																
	Niet gekend	AMBU-LANT	AMPHORA	BRUG	CONTACT	CURA (10 bed)	HORIZON (30 bed)	IMPACT	KADE (30 bed)	PENDEL 1	PENDEL 2	VILLA VIA (4 bed)	VLIET (25 bed)	WAAG (20 bed)	WIERDE (25 bed)	TOTAAL
Gedrag van personeel / patiënt																
Verbale agressie (incl. bedreigingen)	1	2	0	2	0	16	0	0	26	1	2	0	3	3	12	68
Fysieke agressie	0	0	0	0	0	10	6	0	10	0	0	0	7	3	13	49
Agressie t.o.v. materiaal	0	0	0	0	0	18	1	0	17	0	0	0	12	1	13	62
Vondst middelen	0	0	0	0	0	9	0	0	1	0	0	0	0	1	0	11
Gebruik en vondst middelen	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	1	2	8
Diefstal (vermoeden van)	0	0	0	0	0	0	2	0	4	1	0	0	0	0	1	8
Niet meewerken	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3
Risicant gedrag	0	0	0	0	0	6	1	0	1	1	0	0	0	1	3	13
Wegloopgedrag	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
Zelfverwondend gedrag	0	0	0	0	0	2	0	0	9	0	0	0	0	1	0	12
Suicidepoging	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	1	0	0	0	10
Suicide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Sleutel verloren	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Seksuele agressie	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5
Niet gespecificeerd	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ongeval van de patiënt																
Valpartij	3	0	0	0	1	1	27	0	7	1	1	0	1	8	5	55
Ademhaling / mechanische belemmering	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Sportongevallen	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
Andere	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3

Medicatie																	
Fout toegediend	0	0	0	0	0	4	3	0	4	0	0	0	1	3	2	17	
Fout klaargezet	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	4	
Foute levering	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	6	
Andere	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	7	
Ongeval derde / personeel	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Bloed/Bloedproducten	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Proces van de zorg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Medische hulpmiddelen / Apparatuur	1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	1	
TOTAAL	14	2	0	2	1	79	43	0	101	6	6	3	29	26	54	366	

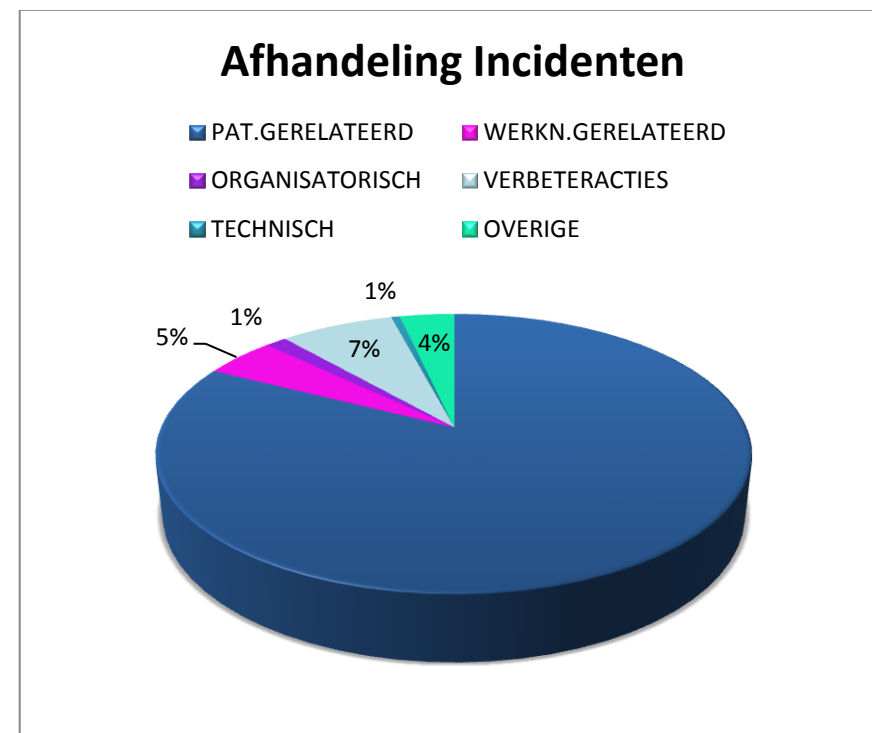
4.1.4 Aantal incidenten in 2017, volgens graad van schade

Verdeling type incident ngl. graad van schade 2017							
	GEEN	LICHT	MATIG	ERNSTIG	OVERLIJDEN	Niet gekend	TOTAAL
Gedrag van personeel / patiënt	224	23	5	3	1	0	256
Ongeval van de patiënt	28	22	13	2	1	0	66
Medicatie	23	4	2	0	0	0	29
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	7	0	0	0	0	0	7
Ongeval derde / personeel	0	0	0	0	0	5	5
Bloed/Bloedproducten	1	0	0	0	0	0	1
Proces van de zorg	1	0	0	0	0	0	1
Medische hulpmiddelen / Apparatuur	0	1	0	0	0	0	1
TOTAAL	284	50	20	5	2	5	366



4.1.5 Aantal incidenten in 2017, afhandeling

Afhandeling							TOTAL
	PAT.GERELATEERD	WERKN.GERELATEERD	ORGANISATORISCH	VERBETERACTIES	TECHNISCH	OVERIGE	
Gedrag van personeel / patiënt	245	0	4	3	0	4	256
Ongeval van de patiënt	56	1	0	4	2	3	66
Medicatie	0	10	0	19	0	0	29
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	1	1	0	0	0	5	7
Ongeval derde / personeel	0	4	0	0	0	1	5
Bloed/Bloedproducten	0	0	1	0	0	0	1
Medische hulpmiddelen en apparatuur	0	1	0	0	0	0	1
Proces / Procedure van de zorg	0	0	0	1	0	0	1
TOTAAL	302	17	5	27	2	13	366



4.2 CAVE bij interpretatie van de cijfers

- De **stijgende trend** van het absoluut aantal incidenten is geenszins een aanwijzing voor het effectief toenemen van het aantal incidenten in het ziekenhuis, maar duidt eerder op een groeiend bewustzijn van het belang van het melden van incidenten.
- Gezien er geen analyses zijn gebeurd in de laatste jaren, is het moeilijk om valabele uitspraken te doen m.b.t. bepaalde evoluties.
- De statistieken die in Obasi getrokken worden zijn niet volledig betrouwbaar. De cijfers zijn niet gelijklopend. De reden is nog niet gevonden. Wellicht worden bepaalde incidenten dubbel gerekend en/of in bepaalde statistieken niet meegenomen.
Enige oplossing op korte termijn was het individueel turven van alle incidenten. Dit was erg arbeidsintensief waardoor we ons hebben moeten beperken tot een aantal cijfergegevens (weergegeven in dit rapport).
- Wijzigingen in VMS-module (met enkele informatica-problemen) kan ook kleine vertekeningen met zich mee gebracht hebben. Dit is zoveel mogelijk rechtgetrokken in de manuele verwerking.
- We moeten ons bewust zijn van het gegeven '**Dark Number**', m.a.w. een deel van de incidenten wordt, om uiteenlopende redenen, niet geregistreerd. Afhankelijk van de categorie zal dat 'Dark Number' groter of kleiner zijn. Medicatiefouten worden bv. traditioneel altijd minder gescoord in VMS.
- Het is **niet aangewezen** afdelingen met elkaar te **benchmarken** zowel op type/subcategorie als totaal aantal incidenten, doordat er grote verschillen tussen de afdelingen bestaan, o.m. op het gebied van meldcultuur. Er moet eveneens rekening gehouden worden met het aantal patiënten en het doelpubliek.
- Suïcides en suïcidepogingen buiten het ziekenhuis, terwijl de patiënt wel nog officieel in behandeling is (bv. weekend/verlof, tijdens een ontvluchting) werden door de medewerkers niet ingebracht in het VMS. Ze zijn dus niet in de cijfers opgenomen (geen accuraat zicht).
- Medewerkers kiezen soms het verkeerde 'type'-incident, bv. bij een agressie-incident waarbij de patiënt een stoel heeft kapot gemaakt => scoren als 'beschadiging infrastructuur' i.p.v. als 'gedrag van patiënt' - 'agressie tegen materiaal'.
- (Poging tot) diefstal werd pas in november 2017 als aparte keuzemogelijkheid ingevoerd (als subcategorie onder gedrag van personeel/patiënt). Daarvoor werden diefstallen zonder gekende dader meestal niet gemeld in VMS, of onder de naam van het bestolen slachtoffer.
- Bij 'subcategorie type': m.b.t. medicatiefout: een fout bij toediening kan ook een fout betekenen in de levering én in het klaarzetten, maar er kan slechts 1 onderverdeling gekozen worden.
- Bij 'graad van schade': psychische impact wordt vaak niet gescoord.
- Bij 'afhandeling': Het kan zijn dat een incident 'werknemer gerelateerd' of 'patiënt gerelateerd', ... is, én er ook 'verbeteracties' zijn gestart. Bij het afsluiten kan je slechts één categorie aanduiden. De categorie 'verbeteracties' wordt hoofdzakelijk gebruik bij foute levering van medicatie door AZ Delta, waar referentie VPK Hans DT de incidenten bundelt en bekijkt met de apotheek van AZ Delta.
- Gezien het aanduiden van 'Incident' versus 'Bijna-Incident' niet afdwingbaar kan gemaakt worden in het systeem, werd dit bij een groot deel (2/3) van de meldingen niet ingevuld, waardoor deze cijfers niet bruikbaar zijn.

5. Aanbevelingen

- De doelstelling van VMS is voor de meeste werknemers duidelijk, doch is blijvende herhaling aangewezen.
- Blijvend sensibiliseren en stimuleren van het meldgedrag is eveneens noodzakelijk, dit zowel vanuit de organisatie als geheel als vanuit de vakverantwoordelijken, organisatorisch en inhoudelijk coördinatoren.
- Suïcides en suïcidepogingen buiten het ziekenhuis, terwijl de patiënt wel nog officieel in behandeling is (bv. weekend/verlof, tijdens een ontvluchting) zeker melden in VMS.
- De registratie 'Ziekenhuiscriminaliteit' laten wegvallen voor de melder, wat een tijdsbesparing zou betekenen voor de melder, mits de nodige informatie in de gewone melding zit.
- 'Onrustwekkende verdwijningen' automatisch binnentrekken in VMS, zonder extra registratie door de medewerker (ahv vragenlijst verdwijning die toch moet ingevuld worden)
- Agressiefeiten tijdens afzondering worden vaak niet gemeld als incident in VMS, gezien de aparte 'registratie afzondering'. Dit oplossen door deze informatie ook automatisch binnen te trekken in VMS.
- Het toekomstig e-learning-platform biedt op dat vlak heel wat mogelijkheden. Een leermodule, gecombineerd met een filmpje en/of slogan, kan het melden van incidenten stimuleren op een interactieve en boeiende wijze.
- Momenteel staan alle aanbevelingen zowel op micro-, meso- en macro-niveau per incident genoteerd. Het kan interessant zijn om de aanbevelingen op meso- en macro-niveau te centraliseren, zodoende een beter overzicht te behouden en een betere opvolging van de acties te garanderen. De informatie kan ook dienen om de thema's van interne audits te bepalen.
- Tot op heden ontbreken er indicatoren m.b.t. incidenten op ons dashboard. Het is aangewezen om te evalueren welke gegevens een meerwaarde kunnen betekenen voor de kwaliteit om als indicator te worden opgenomen.
- In het kader van GDPR moet het type "Datalek" toegevoegd worden aan de categorieën.
- Er is heel wat bezorgdheid omtrent het inzagerecht van de patiënten dat nog uitgebreid en vergemakkelijkt wordt. GDPR en de evoluties m.b.t. E-health zullen ervoor zorgen dat de patiënt sneller en rechtstreeks toegang heeft tot zijn dossier. Er zullen ook minder gemakkelijk passages, namen, of rubrieken kunnen onleesbaar gemaakt worden voor de patiënt.

In de psychiatrie zien we toch de angst van medewerkers dat als ze bepaalde zaken noteren en melden, zullen moeten afrekenen met vergeldingsacties van bepaalde patiënten of dat het de behandeling van de patiënt niet ten goede komt (bv. bij gebrek aan ziekte-inzicht).

Niet alle patiënten zullen in staat zijn bepaalde zaken, beschrijvingen van incidenten (bv. bij agressie-incidenten, automutilatie), correct en objectief te kaderen, mede door hun psychiatrische problematiek. We moeten er ook rekening mee houden dat onze patiënten per definitie een kwetsbare groep zijn, die niet kan vergeleken worden met de gemiddelde patiënt in een algemeen ziekenhuis.

Er zijn ook al precedentes geweest waar patiënten medewerkers stalken of belagen. Dit zorgt ervoor dat vele medewerkers niet meer zo bereidwillig zijn incidenten te melden of bepaalde

zaken in observaties te noteren. Zelfs al gebeurt dit anoniem, door de situatie kan een patiënt toch vaak snel achterhalen om welke medewerker het gaat.

We kunnen niets wijzigen aan de evoluties en wetgeving op het vlak van E-health en GDPR. Toch is het aangewezen te onderzoeken, zowel op macro-, meso- en micro-niveau, hoe we toch de veiligheid van onze medewerkers kunnen garanderen én ervoor te zorgen dat men incidenten blijft melden en correct en volledig observaties en gebeurtenissen kan rapporteren.

Suggesties:

- Standaard coderen of pseudonimiseren van namen van medewerkers voor elke patiënt: de patiënt krijgt geen namen van medewerkers te zien die een incident melden of observatie inbrengen (nu wordt die naam automatisch wel toegevoegd en moet die manueel geschrapt worden).
- Opleiding voor medewerkers in het correct, volledig én objectief formuleren van observaties en incidenten.
- Vanaf inputten van informatie eenvoudig kunnen aanduiden of het om data van derden gaat, of om gegevens die patiënt beter niet leest (in het belang van de patiënt = therapeutische exceptie) zodat de patiënt dit ook niet kan lezen bij openen van zijn dossier. In dit kader ook onderzoeken of de patiënt meteen ook moet toegang hebben tot alle observaties (waar ook incidenten inzitten), of dat die eerst kunnen geëvalueerd worden in het belang van patiënt en medewerker.