

JAARVERSLAG VMS 2018

PERIODE 01/01/2018 -31/12/2018

PSYCHIATRISCH CENTRUM MENEN

Inhoud

INLEIDING	3
ALGEMENE INFORMATIE.....	4
1. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).....	5
1.1 Oorsprong.....	5
1.2 Doelstelling.....	5
2. Begrippenkader Patiëntveiligheid	5
3. Melden in het PCM.....	6
3.1 Registratie.....	6
3.2 Analyse van de incidenten.....	7
3.3 Meldcultuur	9
4. Cijfers 2018.....	9
4.1 Statistieken	9
4.2 CAVE bij interpretatie van de cijfers.....	17
5. Aanbevelingen	17

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

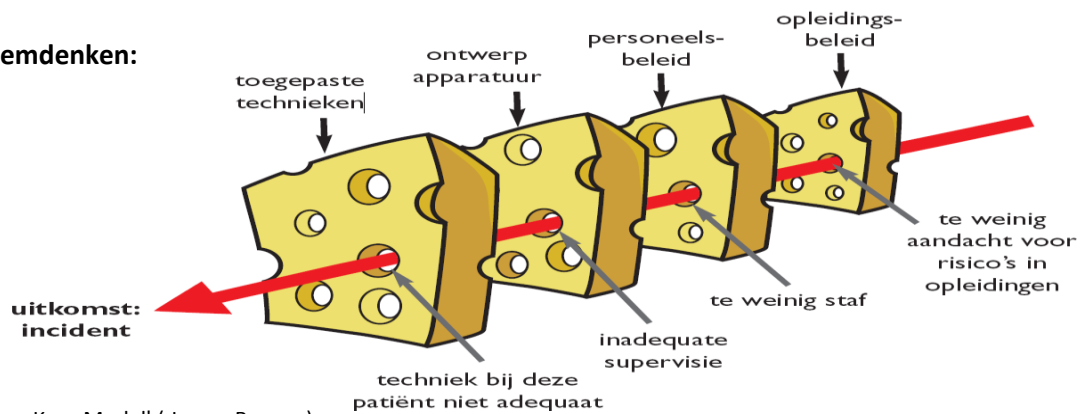
- **Patiëntveiligheid:** 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.'³
- **Incident / bijna-incident:** 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)

- **Systeemdenken:**



'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 2017 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 2018 werd er verder ingezet op vereenvoudiging. De extra registratie voor ziekenhuiscriminaliteit, die als zeer arbeidsintensief en belastend werd ervaren, werd afgeschaft. De verplichte informatie die nodig is voor de politie wordt nu standaard gevraagd in de gewone melding.

De procedure **Verdwijning – Vermissing** werd geoptimaliseerd, zodat de melding in VMS – Obasi ook efficiënter verloopt. Een aantal gegevens in het meldingsformulier voor de politie wordt nu automatisch getrokken uit Obasi, wat opnieuw een tijdsbesparing inhoudt bij de melding.

Er is een **nieuwe module in access** gemaakt die alle nodige informatie automatisch binnen trekt. De module laat toe aan de kwaliteitscoördinator om snel te beoordelen of het al dan niet om ziekenhuiscriminaliteit gaat, en er kan kort een advies voor de directie genoteerd worden. De directeur patiëntenzorg krijgt dan een melding via mail, waarna zij kan beslissen of het incident al dan niet dient doorgegeven te worden aan de politie.

Dit gebeurt steeds in overleg met de betrokkenen.

Dezelfde accessmodule laat ook toe aan de administratie om de **schaderegeling** op te volgen, wat **moet hersteld** worden, wie moet hiervoor betalen, **eventuele facturatie** aan de patiënt, etc. Ook de dienst preventie en HR hebben zicht op bepaalde incidenten die voor hen van toepassing zijn: bv. arbeidsongevallen.

Rekening houdende met de GDPR-voorschriften heeft elke gebruiker maar zicht op de informatie die voor zijn taak van belang is.

Een andere nieuwigheid in 2018 is de mogelijkheid om **een (risico op) datalek** te melden, dit conform de Europese richtlijn GDPR.

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, ongeval van derden.
- **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.**
- **(Risico op) datalek.**
- **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.

Kwaliteitscoördinator Tina Goosen analyseert de incidenten, met 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 of telefonisch informatie in te winnen, 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, opruimen 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, wint de kwaliteitscoördinator meer informatie in 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.

In de opleiding IKZ en tijdens **de interne audits** (volgens de principes van het waarderend auditen – nieuw sinds tweede helft 2018), als tijdens informele gesprekken wordt het belang van incidentmeldingen benadrukt. Aan de hand van voorbeelden van verbeteracties (bv. nieuwe of aangepaste procedure n.a.v. een incident) wordt het belang nog eens geïllustreerd en wordt ook de link gelegd naar de werkvloer.

Medewerkers mogen zowel tijdens de audits, na een incident, of op andere momenten de kwaliteitscoördinator contacteren als ze nood hebben aan een gesprek m.b.t. een incident, of zelf ideeën hebben om de kans op incidenten te verlagen of om procedures efficiënter te maken.

De stijging in het aantal incidentmeldingen in 2018 heeft volgens ons dan ook meer te maken met een verbetering van de veiligheidscultuur, een verhoogde bewustwording m.b.t. het belang van het melden van incidenten en het vereenvoudigen van het melden, dan dat het gaat om een effectieve stijging van het aantal incidenten dat zich heeft voorgedaan.

4. Cijfers 2018

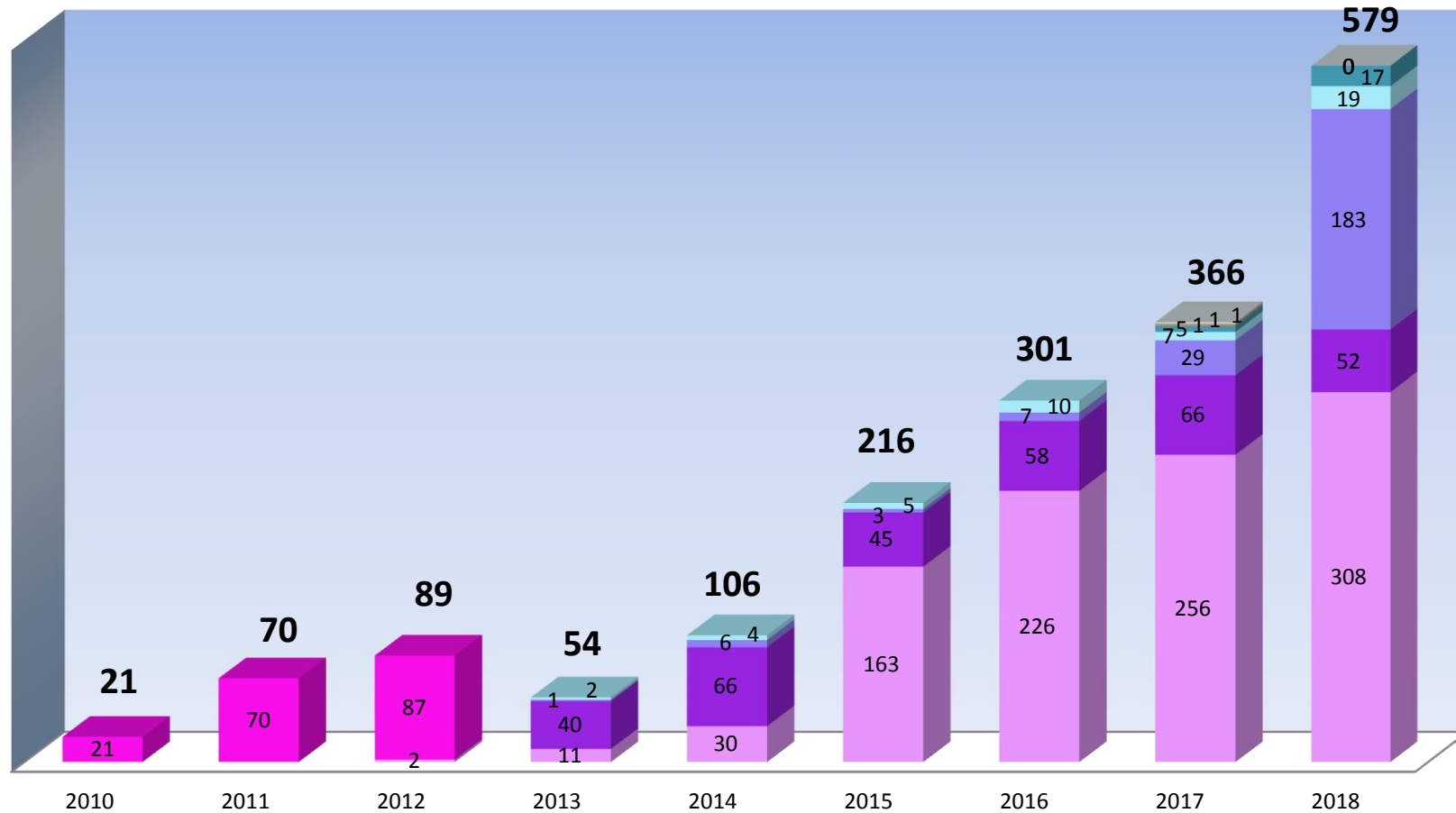
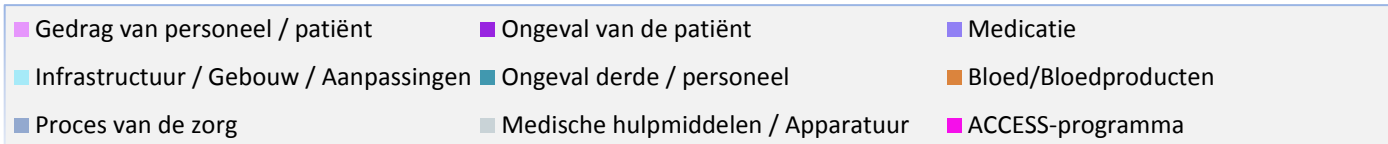
4.1 Statistieken

4.1.1 Aantal incidenten per jaar, per type periode 2010 – 2018

Type incident per jaar							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gedrag van personeel / patiënt	2	11	30	163	226	256	308
Ongeval van de patiënt		40	66	45	58	66	52
Medicatie		1	6	3	7	29	183
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen		2	4	5	10	7	19
Ongeval derde / personeel						5	17
Bloed/Bloedproducten						1	0
Proces van de zorg						1	0
Medische hulpmiddelen / Apparatuur						1	0
TOTAAL	2	54	106	216	301	366	579

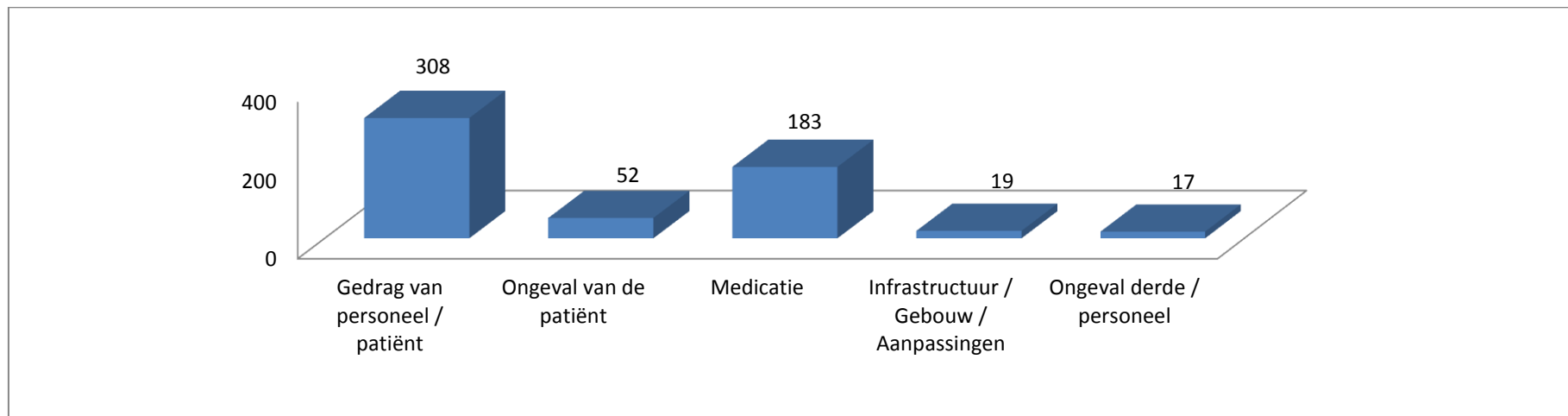
↪ Op **6 september 2010** is er in het PCM gestart met het centraal melden van incidenten in een access-programma. **Eind 2012** is men overgestapt naar de VMS-module in Obasi.

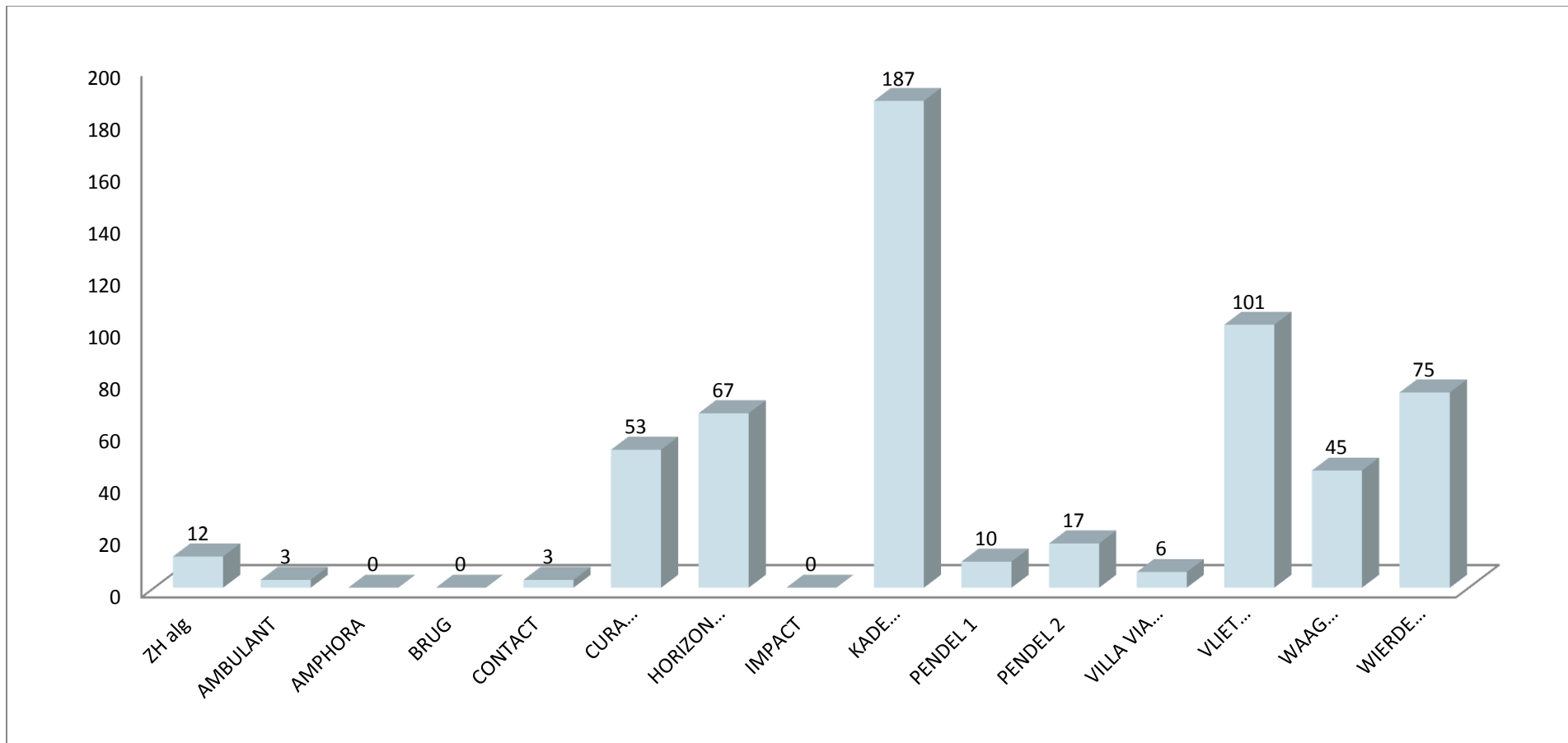
Evolutie incidenten per jaar



4.1.2 Aantal incidenten in 2018, per type, per afdeling

Type incident per zorgdivisie 2018																
	ZH alg	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 25 bed)	WIERDE (25 20 bed)	TOTAL
Gedrag van personeel / patiënt	5	3	0	0	1	39	37	0	120	0	2	3	37	22	39	308
Ongeval van de patiënt	0	0	0	0	0	1	16	0	7	3	4	1	4	5	11	52
Medicatie	0	0	0	0	0	12	9	0	57	6	6	0	56	14	23	183
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	2	0	0	0	0	0	1	0	3	1	3	2	4	1	2	19
Ongeval derde / personeel	5	0	0	0	2	1	4	0	0	0	2	0	0	3	0	17
TOTAAL	12	3	0	0	3	53	67	0	187	10	17	6	101	45	75	579





4.1.3 Aantal incidenten in 2018, per type & subcategorie, per afdeling

Type incident & subcategorie per zorgdivisie 2018																
	ZH alg	AMBU-LANT	AMPHORA	BRUG	CONTACT	CURA	HORIZON	IMPACT	KADE (30 bed)	PENDEL 1	PENDEL 2	VILLA VIA	VLIET	WAAG	WIERDE	TOTAL
Gedrag van personeel / patiënt																
Verbale agressie (incl. bedreigingen)		1				2	13		23		2		6	6	3	56
Fysieke agressie		1				14	11		17				6	1	24	74
Agressie tov materiaal						7	2		19				4	4	4	40
Vondst middelen						2							1	1	1	5
Gebruik en vondst middelen		1				2			3				2		1	9
Diefstal (vermoeden van)	5				1	2	2		7			1	12		3	33
Niet meewerken																0
Risikant gedrag						5	1		2			2		2		12
Wegloopgedrag *						1	3		7				4	4	2	21
Zelfverwendend gedrag							1		32					1		34
Suïcidepoging						1			9					3		13
Geslaagde suïcide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sleutel verloren																0
Seksuele agressie						3	4		1				2		1	11
Niet gespecificeerd																0

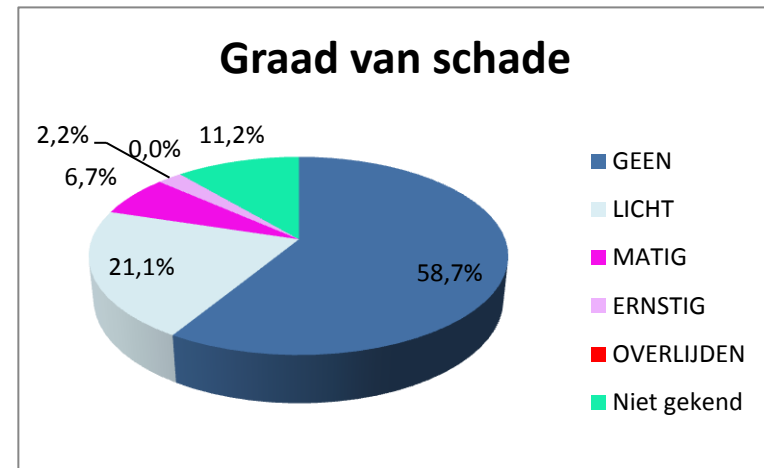
Ongeval van de patiënt																		
Valpartij						1	13		5	2	3		3	4	9	40		
Ademhaling / mechanische belemmering							2								1	3		
Sportongevallen									2	1			1	1		5		
Andere						1					1	1			1	4		
Medicatie																		
Fout toegediend						3	4		9				3	3	4	26		
Fout klaargezet									1				26	1		28		
Foute levering						8	5		44	4	6		25	10	18	120		
Andere						1			3	2			2		1	9		
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	2	0	0	0	0	0	1	0	3	1	3	2	4	1	2	19		
Ongeval derde / personeel	5	0	0	0	2	1	4	0	0	0	2	0	0	3	0	17		
TOTAAL	12	3	0	0	3	53	67	0	187	10	17	6	101	45	75	579		

*** Wegloopgedrag:**

- **Onrustwekkende verdwijning: 1 Cura, 2 Horizon, 7 Kade, 2 Vliet, 4 Waag, 2 Wierde**
- **Niet-onrustwekkende verdwijning: 1 Horizon, 2 Vliet**

4.1.4 Aantal incidenten in 2018, volgens graad van schade

Verdeling type incident ngl. graad van schade 2018							TOTAAL
	GEEN	LICHT	MATIG	ERNSTIG	OVERLIJDEN	Niet gekend	
Gedrag van personeel / patiënt	154	72	25	10	0	43	304
Ongeval van de patiënt	13	24	11	3	0	0	51
Medicatie	158	22	6	0	0	3	189
Infrastructuur / Gebouw / Aanpassingen	12	4	0	0	0	4	20
Ongeval derde / personeel	0	0	0	0	0	15	15
TOTAAL	337	122	42	13	0	65	579



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.
- 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.
- 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. Medicatie-incidenten worden bv. traditioneel altijd minder ingebracht in VMS. We zien wel dat dit niet betekent dat die niet opgevolgd worden. Dit gebeurt bv. door rechtstreekse communicatie met de apotheek van AZ Delta (bij foute leveringen), direct overleg met de collega’s (bij fout klaarzetten) en onmiddellijke contactname met de arts (bij incidenten m.b.t. toediening).

Op sommige afdelingen worden bepaalde agressie-incidenten minder gemeld (bv. verbale agressie) omdat die er meer voorkomen (bv. door de aard van de populatie). Er is een vorm van ‘aanvaarding’, rekening houdende met de toestand van de patiënt, het ziektebeeld, etc.
- 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. Dit houdt dan in dat 3 controles gefaald hebben: de controle bij levering, de controle bij klaarzetten en de controle bij toediening. We willen daarom inzetten op de sensibilisering bij de medewerkers m.b.t. de controlemomenten.
- Bij ‘graad van schade’:
 - ‘Schade’ = subjectief gegeven, inschatting van de melder.
 - Psychische impact wordt vaak niet gescoord.
 - Extra administratief werk en opvolgen patiënt, tijdverlies, patiënt die geen medicatie krijgt wordt meestal niet als ‘schade’ genoteerd.
 - Beoordeling op moment van melding, evt. latere gevolgen worden zelden gemeld.
- 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.
- Belang van melden, ‘just culture’ en verloop van afhandelen incidenten opnemen in e-learning in 2019: vernieuwde IKZ-opleiding: staat op de agenda voor het najaar.

- 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. Dit wordt bekeken n.a.v. het nieuwe referentiekader VBM en de wijzigingen die dit met zich meebrengen in Obasi.
- Blijven inzetten op vereenvoudigen van het melden in Obasi. Dubbel administratief werk vermijden (vb. melden van medicatieincidenten).
- 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. Acties die volgen uit een interne audit, kunnen op dezelfde lijst komen.
- 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.

Daarom is het noodzakelijk dat er voldoende aandacht besteed wordt aan:

- het pseudonimiseren van namen van medewerkers;
- opleiding voor medewerkers in het correct, volledig én objectief formuleren van observaties en incidenten;
- 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.