

VMS Handleiding

Invoeren van Veilig Incident Melden



Veiligheidsprogramma
Zelfstandige Klinieken Nederland





Kies met gezond verstand, kies voor een kliniek met het ZKN-keurmerk

Inhoudsopgave

VMS Handleiding Invoeren van Veilig Incident Melden	
Inleiding	4
1. Ter achtergrond: De basiselementen van een VMS	6
2. Waarom Veilig Incidenten Melden?	9
2.1. Wat is Veilig Incident Melden	9
2.2. Mensen maken fouten	10
2.3. Systeemfouten	12
3. Implementatie VIM: Directie en management verantwoordelijkheid	14
3.1. Doelstelling	14
3.2. Commitment	15
3.3. Randvoorwaarden	16
4. Implementatie: VIM systeem en procedure	23
4.1. Keuze voor een analysemethode	23
4.2. Welke incidenten worden geanalyseerd?	23
4.3. De meldprocedure	25
4.4. Het meldsysteem	28
4.5. Wat wordt vastgelegd in het meldformulier?	30
4.6. Het VIM-team	31
4.7. Afstemming tussen de VIM- en MIP-commissie	33
5. Uitrol binnen een kliniek	35
5.1. Verbeteren	36
5.2. Rapportage	36
5.3. Verspreiding van verbeteracties	36
5.4. Tot slot een aantal tips!	37
Literatuurlijst	38
Bijlage 1 Analyse methoden voor incidenten	42
Bijlage 2 Typen incidenten (NTA8009: 2011, bijlage A)	46

Inleiding

Veilig Incident Melden (VIM) houdt in dat alle (bijna-)incidenten worden gemeld en geanalyseerd en verbetermaatregelen worden vastgesteld en doorgevoerd om vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen. Deze handleiding geeft informatie op welke wijze u binnen uw kliniek het systeem, de procedures en de methoden voor het VIM kunt invoeren. Er wordt aandacht besteed aan de randvoorwaarden en keuzes die moeten worden gemaakt alvorens kan worden gestart met het VIM. Daarnaast worden tips gegeven op welke wijze u het melden van incidenten kunt stimuleren en een bijdrage kunt leveren aan de ontwikkeling van een 'veilige' cultuur. De handleiding is bedoeld voor degene die het VMS invoert in de kliniek.

Deze handleiding beschrijft de organisatorische zaken die geregeld moeten zijn om het VIM goed te kunnen laten functioneren¹. De handleiding Analyseren van incidenten en doorvoeren van verbetermaatregelen geeft uitleg over het verwerken en analyseren van meldingen en het doorlopen van de Plan – Do – Check – Act fasen (PDCA) als continue verbetercyclus. Het systeem en de procedures vormen de basis en de meldingen van incidenten door het personeel zijn de noodzakelijke input voor het VIM. Het leren van incidenten ter voorkoming hiervan in de toekomst vormt de uitdaging waar klinieken nu voor staan om het VIM een volwaardig en geborgd

onderdeel te laten zijn van het Veiligheidsmanagementsysteem.

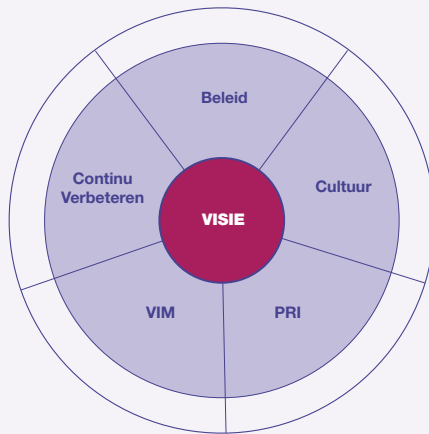
Voor deze handleiding is met toestemming, gebruik gemaakt van de praktijkgids Veilig Incident Melden (VIM) van het VMS veiligheidsprogramma van de ziekenhuizen. De praktijkgids is ontwikkeld en gemaakt door de NVZ, Orde, NFU en V&VN vanuit het VMS Veiligheidsprogramma. Het is belangrijk dat alle instellingen die medisch specialistische zorg verlenen met dezelfde veiligheidsstandaarden werken. De uitwerking van de handleiding is vertaald naar toepassing in de zelfstandige klinieken. In 2012 zijn door ZKN VMS basiscursussen verzorgd. In deze handleidingen is gebruik gemaakt van de ervaringen in de VMS cursussen en de tips bij het invoeren van VIM in een zelfstandige kliniek.

¹ Zie VMS veiligheidseisen voor het ZKN-Keurmerk, 17 juli 2012, o.a. Leiderschap 7-9, Risicomanagement (reactief) 34-39, Monitoren van uitkomsten en rapportages 40, 42, en Continu verbeteren van de patiëntveiligheid 44-48.

1. Ter achtergrond: De basiselementen van een VMS

Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) heeft vijf basiselementen:

- Veiligheidsbeleid
- Veilige cultuur
- Retrospectief risicomanagement door middel van het melden en analyseren van (bijna-)incidenten en complicaties. Het gaat om de vraag: wat is er mis gegaan?
- Prospectief risicomanagement geeft inzicht in risicovolle processen d.m.v. het analyseren van kritische processen vóórdat een incident optreedt. Het gaat om de vraag: wat kan er mis gaan?
- Continu verbeteren

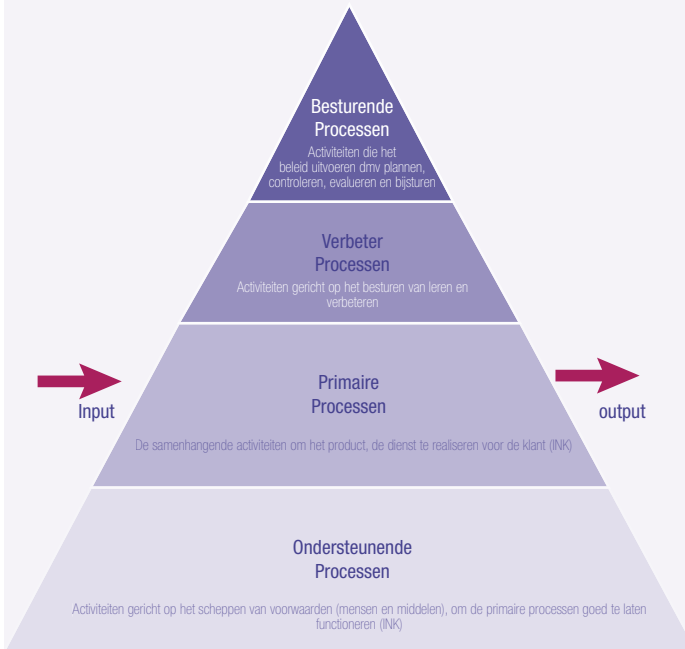


Figuur 1: De vijf basiselementen van een VMS

Twee van de vijf basiselementen van VMS hebben betrekking op risicomanagement. Bij retrospectief risicomanagement – behandeld in deze handleiding – staat het (bijna-)incident centraal. Het betreft hier incidenten die een (in)directe invloed hebben op de patiëntveiligheid. Deze incidenten moeten

worden gemeld, geanalyseerd en leiden tot verbeteracties om gelijksoortige incidenten in de toekomst te voorkomen. In het kader van risicomanagement is het van belang een onderscheid te maken in typen processen en te realiseren dat incidenten in alle processen optreden:

- Zorgprocessen: alle handelingen die worden verricht om tegemoet te komen aan de zorgvraag van de patiënt vanaf het eerste contact (intake) tot en met ontslag en nazorg. Het resultaat is dat voorzien is in de vraag van de patiënt.
- Ondersteunende processen, die de uitvoering van het primaire zorgproces niet alleen mogelijk maken, maar die tevens invloed hebben op de kwaliteit en veiligheid ervan. Hierbij kan gedacht worden aan processen op het gebied van ICT, logistiek, financiën, facilitair en (medische) techniek.
- Besturende processen omvatten alle activiteiten betreffende het plannen, controleren, evalueren en bijsturen. In een procesgerichte organisatie vindt besturing op strategisch (directie), tactisch (vestigingsmanagers en afdelingshoofden) en operationeel niveau (op de werkvloer) plaats.
- Verbeterprocessen: zijn alle processen die erop gericht zijn te leren van zowel positieve als negatieve ervaringen. Denk hierbij aan audits, klachtenafhandeling, behandeling van incidenten en prospectieve risico inventarisatie. De resultaten van de verbeterprocessen geven input en richting voor de procesontwikkeling in de kliniek.



Figuur 2: Indeling soorten processen op basis van INK model

Incidenten treden niet alleen op in het primaire proces waar een directe invloed waarneembaar is op de patiëntveiligheid, maar eveneens in de ondersteunende processen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het uitvallen van computersystemen en het uitvallen van de stroom op de OK en kapotte apparatuur of machines op de sterilisatieafdeling. Dit zijn eveneens processen waar incidenten kunnen optreden die een mogelijke (in)directe invloed kunnen hebben op de patiëntveiligheid.

2. Waarom Veilig Incidenten Melden?

Veilig Incident Melden (VIM) draagt zichtbaar bij aan het leren van fouten in de kliniek. Het doorlopen van de PDCA (Plan Do Check Act) cyclus (met feedbackloop) draagt bij aan de ontwikkeling van de lerende organisatie. De gemelde fouten worden met direct betrokkenen besproken en door verbetermaatregelen wordt herhaling voorkomen of tenminste de kans daartoe verkleint, waardoor het risico op incidenten ten nadelen van de patiëntveiligheid wordt verminderd.

Het melden van incidenten is zeker niet nieuw voor klinieken. In het ZKN keurmerk is de verplichting opgenomen dat een procedure voor het registreren en afhandelen van incidenten en complicaties aanwezig moet zijn (bijv. MIP/FONA/VIM). De VMS veiligheidseisen concretiseren de eisen van norm 17 van het ZKN keurmerk.

Voor een goede afhandeling van een incident en het vaststellen van effectieve verbeteracties is het belangrijk dat kennis over het incident en het betreffende proces zijn vertegenwoordigd bij de bespreking van het incident. Dit is een veel gehoord kritiekpunt op het functioneren van centrale MIP commissies vanwege de afstand tot de werkvloer. Het Veilig Incident Melden speelt nadrukkelijk op deze tekortkoming in door het personeel actiever te betrekken bij het analyseren en vaststellen van verbeteringen. Het toedelen van een rol en verantwoordelijk van het personeel heeft een positieve invloed op het leereffect en het voorkomen van herhalingen.

2.1. Wat is Veilig Incident Melden?

Veilig Incident Melden (VIM) is een methode (werkwijze) die is uitgewerkt door het VMS veiligheidsprogramma om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces. Het is niet alleen nodig om te bepalen wat er is gebeurd en hoe het is gebeurd, maar ook om te achterhalen waardoor het is gebeurd en hoe het komt

dat de veiligheidsmechanismen (barrières) niet voorkomen hebben dat incidenten zijn opgetreden. Deze benadering voorkomt een cultuur waarbij ongewenste uitkomsten aan een persoon worden toegeschreven, een zogenaamde 'blaming'-cultuur. Alleen als duidelijk is waarom een incident is ontstaan, kunnen effectieve maatregelen worden genomen die voorkomen dat een dergelijk incident zich herhaalt.

Het melden en analyseren van incidenten met een belangrijke rol en verantwoordelijkheid voor de bij het incident betrokken professionals verhoogt de patiëntveiligheid. Het veiligheidsbewustzijn onder het personeel neemt hierdoor toe met een positieve uitwerking op het voorkomen van vermijdbare schade.

2.2. Mensen maken fouten

Om als VIM-team op basis van de analyse tot de juiste verbetermaatregelen te komen, is het goed te realiseren dat de mens fouten maakt. Wanneer u hiermee rekening houdt bij het bedenken van verbeteringen is de kans op succes groter. Wanneer u begrijpt hoe makkelijk het is om als mens fouten te maken en u ook in staat bent dit over te brengen naar uw team, dan vergroot dit tevens de acceptatie en is de kans groot dat er meer wordt gemeld. Over het maken van fouten bestaan twee mythen:

- de mythe van perfectie: als we maar hard genoeg proberen maken we geen fouten
- de mythe van straf: als we mensen die fouten maken straffen, zullen ze minder fouten maken in de toekomst.

Ieder mens maakt in de uitoefening van zijn professie fouten. Het maakt niet uit hoeveel training we hebben gevolgd, hoeveel ervaring we hebben en hoe gemotiveerd we zijn. Bovendien worden fouten serieuzer in banen waarin de consequenties van fouten betrekking hebben op personen, zoals in een kliniek waar de patiënt schade op kan lopen.

De menselijke hersenen werken op 3 verschillende niveaus (Rasmussen J, 1983) weergegeven in onderstaande tabel. De drie niveaus kun je zien in samenhang met de situatie waarin iemand zich bevindt en de mate van controle die een persoon over de situatie heeft.

	Bewustzijnsniveau	Bewust	Gemixt	Automatisch
Soort situatie	Routine			1. Vaardigheden
	Getraind voor deze specifieke problemen		2. Regels	
	Nieuwe problemen	3. Kennis		

Tabel 1: Niveaus van gedrag en bewustzijn in samenhang met mate van controle en soort situatie

Vaardigheidsniveau/automatische piloot

Onder het vaardigheidsniveau vallen alle handelingen die professionals door oefening eigen hebben gemaakt en die kunnen worden uitgevoerd zonder er bewust over na te denken het zijn automatismen geworden. We voeren dit soort type handelingen vele keren per dag automatisch uit zonder dat het moeite kost. We zijn zelfs in staat tegelijkertijd iets te doen waar we wel onze aandacht bij nodig hebben. Fouten op dit niveau worden vaak gemaakt door het afdwalen van de aandacht, onderbrekingen of het onjuist waarnemen, weglaten, of door elkaar halen van zaken.

Regelniveau

De handelingen op regelniveau berusten op het bewust volgen van bestaande procedures. In tegenstelling tot het vaardigheidsniveau kunt u hierbij niet op routine varen, maar moet u bewust een standaard reeks handelingen uitvoeren. Veel gemaakte fouten zijn hierbij het toepassen van de verkeerde procedures en het onvolledig of onjuist toepassen van de juiste procedures. Oorzaken kunnen zijn: de hoeveelheid informatie die in één keer wordt gegeven, een uitzondering die optreedt op de procedure, maar ook vasthoudendheid van de persoon die denkt 'het heeft altijd zo gewerkt'.

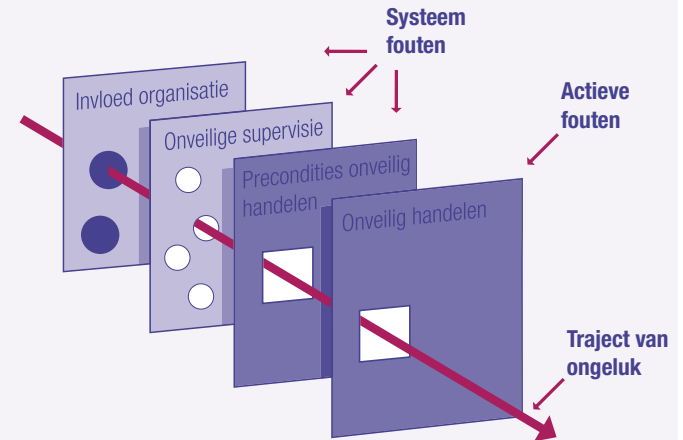
Kennisniveau

Onder het kennisniveau vallen al uw acties die het resultaat zijn van een creatief denkproces. U komt daarbij, op grond van uw ter beschikking staande informatie, tot een weloverwogen besluit en zet dat vervolgens in daden om. Naarmate u de gegeven feiten en omstandigheden juister weet te interpreteren en op waarde weet te schatten, zullen de conclusies die u trekt en de acties die u op grond daarvan onderneemt beter en betrouwbaarder zijn. Fouten op dit niveau komen voort uit beperkingen van het menselijk brein en onvolledige en/of onjuiste kennis en / of te weinig ervaring. Oorzaken kunnen zijn: selectiviteit waarbij gelet wordt op de verkeerde zaken, een beperkt werkgeheugen, te veel zelfvertrouwen 'ik weet het wel', 'ik heb al eerder met dit bijltje gehakt' (Biber-Klever L.G., Informatiebeveiliging 2007). Onder stress wordt als eerste het gedrag op kennisniveau aangetast. Het is dan belangrijk om terug te kunnen vallen op gedrag op basis van regelniveau. Dit is tevens de reden waarom er door reanimatieteams intensief getraind wordt op ALS-vaardigheden. Reanimatiesituaties zijn per definitie stressvol. Het kunnen handelen op basis van aanwezige kennis van procedures (rule based gedrag) zorgt ervoor dat ondanks de stressvolle acute situatie iedereen zijn werk goed kan doen.

2.3. Systeemfouten

Wanneer u weet dat de mens zijn beperkingen heeft, is het goed hier binnen de kliniek rekening mee te houden. Wanneer u processen in de kliniek zo heeft ingericht dat de mens hierin niet anders kon dan een fout maken (medicatie klaarmaken in een heel drukke ruimte) is het goed om bij analyse niet alleen na te gaan hoe het nu precies gebeurd is dat deze persoon de fout heeft kunnen maken, maar vooral te onderzoeken welke technische of organisatorische oorzaken (systeemfouten) hieraan ten grondslag liggen. Fouten kunnen leiden tot schade op het moment dat de techniek, de organisatie of de mens (soms in combinatie met elkaar) niet optimaal functioneren.

Reason heeft dit gevisualiseerd in het Zwitserse kaasmodel. Op het moment dat alle barrières falen ontstaat een risicotraject dat leidt tot een incident.



Figuur 3: Het Zwitserse kaasmodel (Reason, 1990)

Een methode om een incidentanalyse uit te voeren, is de PRISMA-analyse. De Prisma analyse wordt toegelicht in bijlage 1 van deze handleiding en uitgebreider doorlopen in de handleiding Analyseren van incidenten en het doorvoeren van verbetermaatregelen.

3. Implementatie VIM: Directie en management verantwoordelijkheid

De directie en het management zijn verantwoordelijk voor het VIM. In dit hoofdstuk worden handreikingen en aanbevelingen gedaan die kunnen helpen bij het succesvol opzetten van het VIM. De informatie kan worden gebruikt om het implementatieplan of plan van aanpak voor uw kliniek op te stellen. Met behulp van een plan kan gestructureerd en systematisch het VIM worden ingevoerd, dan wel de aanwezige systemen verder worden verbeterd conform de VMS veiligheidseisen.

3.1. Doelstelling

Voordat u start met het opzetten dan wel het verbeteren van uw VIM-systeem is het aan te bevelen de doelstellingen van het VIM-systeem te bepalen. Meldsystemen zijn er om de veiligheid van zorg te verbeteren. Het doel van een meldsysteem kan omschreven worden als: 'leren van eerdere ervaringen' (Legemaate 2006). Door een groot aantal incidenten te analyseren kunnen achterliggende oorzaken worden opgespoord. Met het analyseren van incidenten krijgt u dus inzicht in de aanwezige risico's. Dit geeft de directie informatie over welke maatregelen getroffen kunnen worden om de patiëntveiligheid te verbeteren. In de VMS veiligheidseisen voor het ZKN-Keurmerk worden de minimale eisen aan het VIM-systeem beschreven in de rubriek Risicomanagement (reactief) norm 34-39. In de zes eisen wordt sterk de nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van de directie wat betreft het faciliteren en stimuleren van het melden en analyseren.

Daarnaast kunt u voor uw kliniek, afhankelijk van uw beleidsdoelstellingen, bijkomende doelen stellen, zoals:

- Bevorderen van een open en transparante cultuur
- Bijdragen aan een lerende organisatie
- Professionaliseren van beroepsgroepen
- Stimuleren van de rol van het management
- Veiliger maken van de zorg
- Vergroten bewustzijn van professionals ten aanzien van patiëntveiligheid

3.2. Commitment

Voor het positioneren van VIM is het belangrijk dat de directie het belang van het melden en analyseren van incidenten onderschrijft. De directie zorgt voor voldoende tijd, mensen en middelen om met VIM aan de slag te gaan. De directie toont commitment door de boodschap uit te dragen dat patiëntveiligheid een hoge prioriteit heeft door bijvoorbeeld:

- Het plaatsen van patiëntveiligheid op de agenda van het managementoverleg,
- Presentaties te geven waarin het belang van patiëntveiligheid wordt uitgesproken.
- Periodiek aan te sluiten bij VIM besprekingen.
- Personeel te belonen die een grote bijdrage leveren aan VIM of patiëntveiligheid. Het gaat hierbij om sociale beloningen als aandacht, nieuwsgierigheid, vragen, waardering.

De medici kunnen een actieve bijdrage leveren door deel te nemen aan de werkgroep die het VIM opzet dan wel verbeterd en uiteraard door deel te nemen aan het VIM-team. Het management moet blijk geven van leiderschap. Dat houdt met betrekking tot patiëntveiligheid en het meldsysteem in:

- Draagvlak creëren
- Het realiseren van de juiste condities
- Zichtbare betrokkenheid.

Het management faciliteert en ondersteunt waar nodig het VIM-team en ziet erop toe dat de procedure voor het melden van

incidenten goed functioneert. Daarnaast stimuleert het management een cultuur waarin het melden van incidenten door het personeel als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Voorts draagt het management zorg voor een vlotte terugkoppeling van de resultaten van een meldingsanalyse en, indien van toepassing, voor het treffen van verbetermaatregelen (Legemaate 2006).

3.3. Randvoorwaarden

Voordat u met VIM start, is het belangrijk aan een aantal randvoorwaarden te voldoen. De belangrijkste zijn:

- Commitment directie, management en medici (zie 3.2)
- Veilige meldomgeving
- Voldoende informatie en vaardigheden (cursus)
- Voldoende tijd voor het VIM-team(s)
- Voldoende budget
- Veilige cultuur

Veilige meldomgeving

Een veilige werkomgeving is vereist om VIM te laten slagen. Professionals moeten het gevoel hebben dat ze een incident kunnen melden zonder daar persoonlijk op te worden afgerekend. Als VIM-team dient u integer met meldingen én de melder om te gaan. Wanneer u richting de melder uitstraalt dat u vertrouwelijk met de melding zult omgaan, ontstaat de bereidheid bij de collega's om alles te melden. In het begin kunt u anonieme meldingen verwachten. Mochten er echter na een jaar nog steeds veel anonieme meldingen worden gedaan dan dient u zich als team af te vragen of de cultuur op de afdeling door collega's als veilig wordt ervaren. Het veilig melden van incidenten vereist een zekere mate van bescherming van de melder (zie VMS veiligheidseisen norm 34). Bescherming kan niet betekenen dat de individuele verantwoordelijkheid van de melder en de mogelijkheid om maatregelen te treffen komen te vervallen. In een situatie van opzet of grove nalatigheid moeten tegen de betreffende medewerker zo nodig maatregelen kunnen worden genomen, volgens de daarvoor bestemde procedures (Legemaate 2006). De primaire verantwoordelijk-

heid daarvoor ligt bij de directie van de kliniek door het treffen van de volgende maatregelen:

- Het aanbrengen van een scheiding tussen een meldsysteem gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid en procedures gericht op het treffen van maatregelen tegen individuele medewerkers.
- Het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het VIM niet wordt gebruikt in het kader van procedures die kunnen leiden tot het treffen van maatregelen tegen individuele medewerkers.
- Het vastleggen van de afspraak dat meldingen, zodra de meldingscommissie over voldoende informatie beschikt, worden ontdaan van gegevens die herleiding tot personen mogelijk maken (geldt voor patiënt en de melder).
- Het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het meldsysteem nooit zal worden verstrekt aan derden, tenzij de instelling daar door wet of rechterlijke uitspraak toe verplicht wordt (VMS veiligheidseisen norm 39).

Als VIM-team bent u verantwoordelijk voor de afhandeling van meldingen die in de kliniek gedaan worden. Het is belangrijk het goede voorbeeld te geven en uw collega's te stimuleren om incidenten te melden, maar om ook met creatieve oplossingen te komen om herhaling te voorkomen. Voor de collega's brengt het beginnen met VIM veranderingen met zich mee. Het is belangrijk voordat u gaat starten ze hier goed over te informeren. Hoe beter collega's op de hoogte zijn des te groter wordt de meldingsbereidheid. U kunt 'campagne' voeren in de kliniek door een slogan te bedenken of een nieuwsbrief te maken. De medewerkers kunnen op de hoogte gehouden worden van het aantal meldingen en het soort meldingen maar ook over welke verbeteringen succesvol zijn doorgevoerd. Wanneer u 'reclame' gaat maken, zorg dan dat u uitlegt waarom VIM een verbetering is zoals:

- De meldingen worden geanalyseerd door collega's die de situatie kennen en dus goed in staat zijn gerichte verbeteracties in te zetten.

- De meldingen worden structureel geanalyseerd waardoor de kans dat de verbeteracties daadwerkelijk effect hebben aanzienlijk groter wordt.
- De meldingen en de daarbij behorende verbeteringen worden (geanonimiseerd) opgenomen in een database waardoor er veel meer inzicht is in hoeveel incidenten er nu precies voorkomen en of de verbeteracties echt hebben geleid tot verbeteringen.

In het begin is het belangrijk om collega's 'alles te laten melden wat niet de bedoeling is'. Het eigen referentiekader van de melder zal bepalen wat wel of niet gemeld gaat worden. Als VIM-team kunt u in de dagelijkse werkzaamheden aangeven wanneer iets gemeld kan worden. Als uw afdeling enige tijd ervaring heeft met VIM en u meldingen regelmatig terugkoppelt, kan de definitie van een incident worden aangescherpt. Er gebeurt veel wat niet de bedoeling is, en om dit te kunnen zien moet je een andere kijk op je dagelijkse werkzaamheden ontwikkelen. Als lid van het VIM-team doorloopt u deze verandering sneller dan anderen. U kijkt op een andere manier naar uw werk en naar dingen die mis gaan of die anders kunnen en daarin kunt u de collega's stimuleren.

Ook de verantwoordelijke manager heeft een belangrijke voorbeeldfunctie om medewerkers te stimuleren incidenten te melden, door ondersteuning te bieden en zelf hierin het goede voorbeeld te geven. Dit verhoogt het gevoel van vertrouwen bij

de melder dat zijn melding belangrijk wordt gevonden en dat er echt iets mee wordt gedaan. Hierdoor zal er een cultuur op de afdeling ontstaan waarin open gesproken kan worden over incidenten.

Cursussen

Het ZKN Veiligheidsprogramma verzorgt in 2012 en 2013 VMS cursussen met risicomanagement als belangrijk onderdeel. Het betreft hier een eerste kennismaking en oefening met VIM methodieken. De cursussen dragen bij aan de deskundigheid om meldingen te analyseren, basisoorzaken van een incident te zoeken en verbetermaatregelen te formuleren. Wanneer u zelf verdiepingstrainingen wilt (laten) verzorgen (door veiligheidsdeskundigen), is het belangrijk de volgende vragen in acht te nemen:

- Wat moet er geleerd worden (voor welke methodiek(en) kiezen we in onze kliniek)?
- Welke expertise is er al in huis en kunnen we deze inzetten?
- Hoe gaan we trainers inzetten, worden trainers ingehuurd of wordt een train - de trainer methodiek binnen de kliniek opgezet?
- Wie van het personeel wordt getraind en waarin?
- Trainen we de personen tegelijkertijd ook in het continu verbeteren om zo processen en verbetermaatregelen beter te kunnen borgen?

Tijd voor het VIMMEN

De leden van het VIM-team hebben tijd nodig voor het analyseren en afhandelen van de incidenten. Het is belangrijk dat de directie en het management zich realiseert dat het onderzoeken, analyseren en het formuleren van verbeteracties naar aanleiding van incidenten tijd kost. Het is essentieel dat de directie en het management deze tijd beschikbaar stelt aan de betrokken medewerkers. Wanneer het voor het VIM-team duidelijk is hoeveel tijd beschikbaar is, kunnen zij structureel overlegmomenten inplannen.



Budget

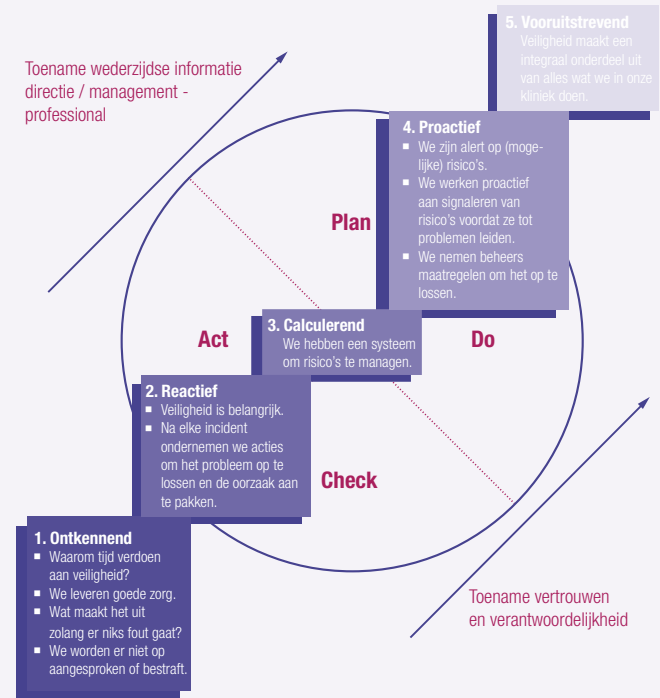
Het is van belang dat in de begroting budget wordt gereserveerd om de benodigde fte en kosten te kunnen financieren. Hierbij kan gedacht worden aan cursuskosten, projectkosten en de implementatie en onderhoud van benodigde programma's en systemen. Tot slot dient te worden nagedacht of budget nodig is voor de verbetermaatregelen die voortkomen uit de analyses van de incidenten. Voor blijvend commitment en draagvlak is het belangrijk dat verbeterinitiatieven binnen de organisatorische en financiële mogelijkheden opvolging krijgen. Communicatie tussen het VIM-team en het management / de directie over de verbeterinitiatieven is hiervoor van belang.

Veilige cultuur

In een kliniek heersen normen en waarden over patiëntveiligheid. Deze kunnen verschillen per vestiging en / of afdeling. De patiëntveiligheidscultuur (het geheel van normen, waarden opvattingen en omgangsvormen ten aanzien van patiëntveiligheid) speelt een belangrijke rol bij het melden van incidenten en hoe omgegaan wordt met de veroorzaker en betrokkenen. In een cultuur waarin incidenten gemeld kunnen worden zonder erop te worden afgerekend, is het mogelijk ervan te leren. Als de kliniek de cultuur wil veranderen om de patiëntveiligheid te bevorderen, is het belangrijk om meer te weten over de heersende patiëntveiligheidscultuur. De patiëntveiligheidscultuur in een kliniek kan worden vastgesteld door meetinstrumenten te gebruiken zoals de COMPaZ enquête of het IZEP-instrument. Met deze instrumenten wordt naar verschillende aspecten van cultuur gekeken o.a.:

- In hoeverre sprake is van een lerende cultuur binnen de kliniek?
- Is het personeel bekend met de methoden van continu verbeteren?
- Straalt de leiding uit dat zij patiëntveiligheid belangrijk vinden?
- Is het personeel bereid om te melden zonder dat men bang hoeft te zijn dat er sancties uit kunnen voortkomen?

- Hoe typeert u de onderlinge samenwerking?
- Hoe staat het met de meldingsfrequentie?
- Is er sprake van open communicatie en waarin uit zich dit?
- Wordt er feedback gegeven en leert het personeel van fouten?
- Is er verschil tussen verwachtingen en acties van leidinggevenden?
- Wat is de algemene perceptie van patiëntveiligheid?



Cultuurladder naar het model van Parker en Hudson (2001)

Figuur 4: Cultuurladder van Parker en Hudson (2001)

U kunt voor het starten of verbeteren van het VIM een cultuurmeting uit (laten) voeren. Meer informatie over de COMPaZ-enquête en het IZEP-instrument is terug te vinden op www.vmszorg.nl.

Voor het eenvoudiger en sneller typeren van de veiligheidscultuur (door het personeel) kan ook gebruik worden gemaakt van de cultuurladder van Parker en Hudson (2001) hieronder opgenomen.

4. Implementatie: VIM systeem en procedure

Bij het opzetten van het VIM kunnen een aantal keuzes gemaakt worden over het systeem en de te volgen procedure.

De volgende punten worden in dit hoofdstuk behandeld:

1. Welke analysemethode?
2. Welke incidenten worden geanalyseerd?
3. Hoe ziet de meldprocedure eruit?
4. Hoe ziet het meldsysteem eruit?
5. Wat wordt vastgelegd in het meldformulier?
6. Het VIM-team
7. VIM- en de MIP-commissie!

4.1. Keuze voor een analysemethode

Een keuze moet worden gemaakt voor een analysemethode, die medebepalend kan zijn voor een eventuele keuze voor een digitaal VIM systeem. De bekendste analysemethoden – in bijlage 2 toegelicht – zijn de Prisma-, de DAM- en de SIRE-methode. Een mogelijkheid is ook keuze te laten afhangen van de aard van het incident. Als incidenten een ernstige afloop hebben, kan de uitgebreide SIRE-methode goed toegepast worden, terwijl voor de overige incidenten de PRISMA-methode of DAM-methode kan worden gebruikt als basisoorzaak analyse. Het is belangrijk hetzelfde analyse-instrument (op alle vestigingen) voor hetzelfde soort incident te gebruiken. Dit is van belang om de incidenten goed te kunnen vergelijken, zodat er van elkaar kan worden geleerd. In de VMS cursussen van het ZKN Veiligheidsprogramma wordt de PRISMA-methode geoefend. De handleiding Analyseren van incidenten en het doorvoeren van verbetermaatregelen bevat uitleg over het uitvoeren van deze methoden. Klinieken zijn uiteraard vrij een keuze voor een methode te maken.

4.2. Welke incidenten worden geanalyseerd?

Het is wenselijk na te denken over welke meldingen geanalyseerd dienen te worden. Door de grote hoeveelheid meldingen

kan het noodzakelijk zijn prioriteiten te stellen. In beginsel kunt u trachten het VIM-team(s) alle meldingen te laten behandelen maar mocht dit niet tot de mogelijkheden behoren, dan is het goed criteria vast te stellen om meldingen te selecteren. De selectie kan op verschillende manieren gemaakt worden. Een aantal voorbeelden:

Steekproefsgewijs

U gaat steekproefsgewijs – bijvoorbeeld elke vierde melding – te werk om een structureel idee te krijgen van alle verschillende soorten incidenten. Dit is statistisch gezien de beste methode om een database te krijgen die representatief is voor de meldingen die binnen de kliniek gedaan zijn.

Richten op meldingen uit een bepaalde periode

U analyseert alle incidenten binnen een bepaalde periode om bijvoorbeeld tijdelijke trends te kunnen ontdekken. Selecteer een periode waarvan u verwacht dat er meer incidenten zullen voorkomen. Wilt u juist inzicht krijgen in de nieuwste problemen, dan richt u zich bijvoorbeeld op de afgelopen drie maanden.

Richten op meldingen met een bepaalde score op ernst en/of frequentie

U kunt ook op basis van ernst en frequentie een selectie van incidenten maken. Dit geeft inzicht in de problemen die het meest ernstig zijn en/of het meest voorkomen. Om te kunnen bepalen wat ernstig en/of vaak is, maakt het VIM-team gebruik van de risico inventarisatie matrix (zie tabel 2). Veel zorginstellingen maken de keuze om de meldingen die groen scoren alleen te analyseren als er sprake is van een trend en verder alleen hogere scores (geel, oranje en rood) te analyseren.

Richten op een bepaald proces

U selecteert een bepaald proces om inzicht te krijgen in de mate van betrouwbaarheid van dit proces. De faalwijzen kunnen op deze wijze zichtbaar worden gemaakt. Een proces

waarbij u een dergelijke selectie zou kunnen toepassen is dat van de medicatiedistributie of het preoperatieve traject.

Richten op meldingen met een bepaald thema

U selecteert meldingen met een bepaald thema om zicht te krijgen op de eventuele faalfactoren die rond dat thema spelen. Een voorbeeld van een selectiethema zijn bijvoorbeeld valincidenten of prikincidenten.

4.3. De meldprocedure

In de meldprocedure wordt vastgelegd welke weg een melding door de kliniek maakt en welke onderdelen noodzakelijk zijn om een melding af te kunnen handelen. De procedure kan gebruikt worden als ontwerp voor het digitale systeem. Bij een ‘papier systeem’ moet het VIM-team op de hoogte zijn van de procedure zodat zij meldingen waar nodig door kunnen sturen. Daarnaast is het goed een procedure op te stellen hoe uw kliniek de verschillende soorten incidenten afhandelt. Het is noodzakelijk hierbij te beschrijven welke betrokkene wie informeert, afhankelijk van de ernst van het incident.

Wat is een incident?

Het is belangrijk een definitie vast te stellen van ‘incident’ en daarmee duidelijk te maken wat personeel van de kliniek dient te melden in het VIM-systeem. Legemaate (2007) stelt: ‘Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van “alles wat niet de bedoeling is”.’ Het is aan te bevelen de definitie uit de NTA 8009:2011 te hanteren: Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. In bijlage 2 is de tabel vanuit de NTA 8009:2011 met typen incidenten en voorbeelden hiervan opgenomen.

Classificeren van incidenten met een Risico inventarisatie matrix

Wanneer het (bijna-)incident is gemeld, is het van belang de kans op (herhaald) optreden en de (mogelijke) ernst van de gevolgen vast te stellen. Door een inschatting te maken van de kans en het effect van het incident, ontstaat een risicoscore van het incident.

Risico = Kans * Effect.

Voor het bepalen van de risicoscore wordt gebruik gemaakt van een risico inventarisatie matrix. Een risicomatrix biedt ondersteuning bij het bepalen welke incidenten geanalyseerd moeten worden en of een melding op directieniveau gerapporteerd moet worden. Een voorbeeld matrix is opgenomen in tabel 2. Veelal wordt zoals reeds eerder vermeld de regel gehanteerd dat bij score groen invoering in meldsysteem plaatsvindt ten behoeve van (statistische) trendbewaking zonder analyse en bij geel of hoger een analyse naar basisoorzaken wordt uitgevoerd.

Frequentie / Kans op optreden	Ernst van gevolgen = Effect			
	catastrofaal	groot	matig	klein
Wekelijks / Bijna zeker	zeer hoog	zeer hoog	hoog	laag
Maandelijks/ Waarschijnlijk	zeer hoog	hoog	laag	zeer laag
Jaarlijks / Onwaarschijnlijk	hoog	laag	laag	zeer laag
Minder dan 1x p.j. / Zeldzaam	laag	zeer laag	zeer laag	zeer laag

Tabel 2: Risico inventarisatie matrix ernst * frequentie

De indeling en termen voor de mate van frequentie en effect kan op meerdere wijzen. De kliniek moet een matrix vaststellen die wordt gebruikt bij de vaststelling van de risicoscores van (mogelijke) incidenten.

Op welk niveau wordt er geanalyseerd?

Bij VIM vinden meldingen plaats 'op het niveau van de directe werkomgeving van de melder' (NTA 8009:2011 paragraaf 4.7.1 b) / VMS veiligheidseisen norm 36). Een multidisciplinair VIM-team samengesteld uit leden op het niveau van de directe werkomgeving met specifieke kennis van de werkprocessen is beter in staat incidenten te analyseren dan een centrale commissie bestaande uit bijvoorbeeld een manager, een kwaliteitsfunctionaris en een specialist. De vraag waarom een verkeerd medicijn gegeven is kan beter worden beantwoord als de leden van de commissie bekend zijn waar de medicijnen uitgezet worden, wanneer dat gebeurt en hoe de medicijnkast er uit ziet. Daarnaast is de verwachting dat melden en analyseren in de directe werkomgeving het melden bevordert. Uiteraard kan een manager of functionaris wel een begeleidende rol spelen in het VIM-team. In deze onderscheidt de VIM aanpak zich duidelijk van de centraal werkende MIP-commissie.

Binnen welke termijn dient de melding te zijn afgehandeld?

De kliniek moet vaststellen binnen welke termijn de melding door het VIM-team moet worden afgehandeld. Het advies is om binnen twee tot vier weken een melding te analyseren om het verlies van gegevens te voorkomen. Wordt een melding op een ander niveau afgehandeld (de directie of een centrale commissie), dan dient daarvoor ook vastgesteld te worden wat een wenselijke termijn is. VIM-teams kunnen periodiek – bijvoorbeeld 2 keer per maand - bij elkaar komen maar ook zodra een melding is ontvangen samenkomen. Hoe hoger het geclassificeerde risico hoe belangrijker het is dat de afhandeling van een incident kort bij voorkeur direct na het optreden wordt gestart.

Verantwoordelijkheid verbeteracties

Verbeteracties worden opgesteld door het VIM-team. De directie of het management stelt prioriteiten aan de invoering van maatregelen. Er moet een keuze gemaakt worden wie (bijv. het VIM-team zelf) de verbeteracties gaat oppakken en invoeren.

De routing

Het is verstandig vooraf met de verantwoordelijken na te denken over de routing van de meldingen van incidenten en deze vast te leggen. Deze routing kan als handleiding dienen voor het VIM-team en schept duidelijkheid voor betrokkenen. De routing beschreven in de meldprocedure varieert per kliniek. Hierbij kan bijvoorbeeld de afspraak gemaakt zijn dat bij een fataal of zeer ernstig incident de directie binnen acht uur door de betrokken behandelaar of de verantwoordelijke zorgverlener op de hoogte wordt gesteld. Of dat bij een ernstig incident of een incident dat mogelijk ook op andere afdelingen kan plaatsvinden of tussen afdelingen heeft plaatsgevonden de centrale meldingscommissie wordt betrokken. Het is ook goed om vast te leggen op welk moment de melding onder de aandacht dient te worden gebracht bij extern deskundigen. De procedure voor het afhandelen van incidenten (digitaal of op papier) is voor de kliniek vastgelegd (zie ook de afspraken in de NTA 8009:2011, 3.4, 4.7.1.). De NTA 8009:2011 beschrijft de verschillende typen van incidenten naar ernst en de wijze van rapportage in een rapportagematrix. In bijlage 2 is deze rapportagematrix opgenomen.

4.4. Het meldsysteem

Het meldsysteem moet aan een aantal kenmerken voldoen om effectief en efficiënt te kunnen werken. Het moet laagdrempelig en gebruiksvriendelijk zijn en binnen het systeem moet duidelijkheid zijn over de opslag van gegevens en de mate van herleidbaarheid naar de melding. Voor een papieren systeem gelden enigszins afwijkende eisen dan voor een digitaal systeem.

Papieren systeem

Voor het gebruiksvriendelijk maken van een papieren systeem moeten allereerst de meldformulieren makkelijk te vinden zijn voor de melders. Tevens dient er een plaats te zijn waar zij de melding (veilig) kunnen inleveren. Nadat de meldingen verzameld zijn, worden ze door het VIM-team geanalyseerd. Het is belangrijk om vast te leggen wat er daarna met de informatie gebeurt. De meldingen moeten bewaard worden in een veilige omgeving en verschillende kenmerken (zoals soort melding en een omschrijving met oorzaken) dienen per melding te worden geregistreerd. Wanneer er gewerkt wordt met een papieren systeem is het verstandig dit soort gegevens bij te houden in bijvoorbeeld een excelsheet, zodat trendanalyses kunnen worden uitgevoerd.

Digitaal systeem

Bij een digitaal systeem geldt ook dat de toegankelijk van het meldsysteem laagdrempelig moet zijn voor de melders. Bijvoorbeeld door een icoon op de intranetpagina van de kliniek. Gegevens van de ingevulde incidenten worden opgeslagen in een database. Het is van belang dat de verantwoordelijke ICT'er controleert of deze database goed beveiligd is en niet toegankelijk is voor derden. In een digitaalsysteem is ook vast te leggen, wie welk incident in mag zien. De directie moet inzicht hebben in alle incidenten van de kliniek en het VIM-team in de meldingen die vallen onder de directe werkomgeving waar zij de meldingen van behandelen. Daarnaast dient u na te denken hoe u na afhandeling met de gegevens om wilt gaan. Vaak wordt gekozen om de gegevens van de melder automatisch te anonimiseren na afhandeling van de melding. Dit vanuit privacy overwegingen voor melder en patiënt.

In de database worden per incident alle gegevens opgeslagen zodat er trendanalyses kunnen worden gemaakt. Dit biedt de kliniek inzicht in welke incidenten vaak voorkomen, met welke ernst en frequentie en welke oorzaken hier aan ten grondslag lagen. Tevens is het in de meeste digitale systemen mogelijk

de verbeteracties en de daarvoor verantwoordelijke persoon vast te leggen (tevens een eis vanuit de NTA 8009:2011 zie 4.11). Hierdoor kan de voortgang bewaakt worden en is er inzicht in welke verbeteracties daadwerkelijk tot een daling van bepaalde incidenten hebben geleid.

4.5. Wat wordt vastgelegd in het meldformulier

In de NTA (paragraaf 4.7.1 c) is beschreven wat per incident minimaal wordt vastgelegd:

- Datum
- Tijdstip
- Locatie van optreden van het incident
- Toedracht en de mogelijke oorzaken van het incident
- Eventuele gevolgen voor de patiënt
- Classificatie van ernst van het vermoedelijk letsel (zie rapportage matrix, tabel 2)
- Korte omschrijving van het incident en de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen

Naast bovenstaande punten kan een kliniek er voor kiezen meer informatie op te vragen via het meldformulier, bijvoorbeeld gegevens over de patiënt (leeftijd, mobiliteit, ziektebeeld). Daarnaast kan de keus worden gemaakt om alle vragen door de melder in te laten vullen, of een aantal vragen open te laten voor het VIM-team. Bij de keuze wat u extra wilt opnemen in het meldformulier dient u er rekening mee te houden dat de hoeveelheid informatie die op het formulier ingevuld moet worden invloed heeft op de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem. Als er minder informatie op het formulier

ingevuld hoeft te worden, kost het de melder minder tijd, maar het is wel waarschijnlijk dat het VIM-team nog bij de melder terugkomt voor aanvullende informatie. Een te lang formulier kost de melder te veel tijd en zal niet stimuleren tot melden. Ook de vraag of er anoniem gemeld kan worden, is hier aan de orde. Bij een digitaal systeem is het nodig dit vast te leggen. U kunt dan het veld 'naam van de melder' verplicht maken of ervoor kiezen dit niet te doen. Bij papierenformulieren kunt u mensen niet dwingen hun naam in te vullen, maar is het nog steeds goed om de voor- en nadelen ervan duidelijk te benoemen.

Voordelen anoniem melden

- Mensen voelen minder schroom, dus kunnen er meer meldingen binnenkomen.
- Wanneer de patiëntveiligheidscultuur nog niet geheel als veilig wordt ervaren, biedt het de medewerker de mogelijkheid incidenten te melden.

Nadelen anoniem melden

- U kunt geen navraag doen over de melding bij de analyse en moet de analyse dus alleen doen met de informatie die in het meldformulier staat. Dit vraagt om een uitgebreider meldformulier om alle benodigde informatie te verkrijgen. Navraag bij melder is immers niet mogelijk.
- Er kan geen terugkoppeling plaatsvinden naar de melder (in een digitaalsysteem kan wel een bedankje in een scherm te zien zijn voor de melder nadat het meldformulier is ingevuld).
- ZKN adviseert anoniem melden niet volledig uit te sluiten. Wanneer personeel in uw kliniek (veel) anoniem blijft melden, dan is dit een indicatie van de ervaren patiëntveiligheidscultuur.

4.6. Het VIM-team

Samenstelling

Voordat het VIM-team wordt samengesteld is het goed als er afspraken zijn gemaakt over de hiervoor behandelde onderwerpen als het niveau van melden en analyseren



(kliniek breed, per vestiging, per afdeling), de beschikbare tijd voor het VIM-team, de scholing VIM-team, routing en tijdspad VIM-melding en de te hanteren analyse methode. Bij het samenstellen van uw VIM-team kunnen de volgende aandachtspunten worden meegenomen:

- Een multidisciplinair VIM-team zorgt voor brede kennis bij het analyseren van incidenten en het adviseren van verbeteracties. Denk hierbij aan: een medisch specialist, afdelingsmedewerkers zoals een verpleegkundige en polikliniekassistentes, doktersassistentes, stafmedewerkers vanuit ondersteunende diensten (indien aanwezig) zoals P&O, financiën en ICT, en eventueel secretariaat voor administratieve ondersteuning.
- Ieder team kent minimaal een voorzitter om de vergaderingen te leiden en een secretaris om gemaakte afspraken vast te leggen.
- Overweeg om de leidinggevende van de kliniek in het VIM-team op te nemen. Soms is het (tijdelijk) van belang de leidinggevende deel uit te laten maken van het VIM-team omdat daarmee het belang van het melden onderstreept wordt. De aanwezigheid van de leidinggevende in het team kan echter ook als een bedreiging worden ervaren waardoor juist minder gemeld wordt.
- Het is belangrijk met de leidinggevende afspraken te maken over wat er vanuit het VIM-team moet worden teruggekoppeld (bijvoorbeeld een algemeen overzicht van meldingen en geadviseerde verbeteracties) aan de opdrachtgever (lees management of directie).
- In de beginfase kan het ook nuttig zijn om indien mogelijk een kwaliteitsmedewerker met kennis van analysemethoden met het team te laten meekijken.
- De frequentie van samenkomst wordt mede bepaald door het aantal meldingen. Het is aan te bevelen frequent bij elkaar te komen om incidenten snel te kunnen analyseren. Hierdoor kan verlies aan informatie tot een minimum beperkt worden en is een snelle terugkoppeling mogelijk (de melder zal zich serieus genomen voelen en vaker melden).

Taken en verantwoordelijkheden van het VIM-team

Het is goed om voordat het VIM-team gaat beginnen met zijn werkzaamheden de taken en verantwoordelijkheden van het team gezamenlijk vast te stellen. Het moet voor ieder lid van het VIM-team duidelijk zijn wat er van hem/haar wordt verwacht. Het is belangrijk daarin gezamenlijk keuzes te maken, u kunt denken aan de volgende onderdelen waarvan een aantal reeds uitgebreider aan bod zijn gekomen onder de doelstellingen (4.1) en randvoorwaarden (4.3)

- Creëren van een veilige meldomgeving en cultuur
- Stimuleren van collega's om (bijna-) incidenten te melden
- Wie van het VIM-team kijkt als eerste naar de melding en zorgt voor de verzameling van benodigde informatie
- Hoe om te gaan met meldingen die een werkplek overstijgend karakter hebben. Meldingen die buiten de beïnvloedingssfeer van het VIM-team liggen zouden moeten worden doorgestuurd naar de centrale MIP-commissie, of een ander VIM-team van de kliniek.
- Analyseren van de incidenten
- Terugkoppelen van de resultaten van de analyses
- Zorg dragen voor het invoeren van verbeteringen
- Rapporteren van verbeteracties

4.7. Afstemming tussen de VIM- en MIP-commissie

Vanaf 1984 is elk ziekenhuis en kliniek verplicht, op grond van de Erkenningsseisen, een FONA-commissie (later MIP) in te stellen. De MIP commissie werkt vaak organisatiebreed. Alle meldingen vanuit de gehele organisatie komen bij de centrale MIP-commissie terecht en zij voeren analyses uit en geven een terugkoppeling. De rol van deze centrale commissie gaat met de komst van de decentrale VIM-team(s) veranderen. Het is van belang met elkaar opnieuw vast te stellen wat de procedure wordt, welk systeem wordt gehanteerd en welke commissie(s) of (teams) hierin een rol vervult. Hieronder worden een aantal mogelijkheden weergegeven:

- De huidige MIP commissie blijft in tact en de meldproce-

dure en het systeem wordt aangescherpt om het veilig melden te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld een keuze zijn van een kleinschalige kliniek met 1 vestiging en 1 specialisme;

- Personen die zitting hebben in de MIP-commissie worden als adviseur/begeleider ingedeeld bij de VIM-teams die worden opgestart binnen de verschillende afdelingen en of vestigingen. Dit kan een keuze zijn voor een kliniek met meerdere vestigingen, afdelingen of specialismen;
- De MIP-commissie wordt alleen verantwoordelijk voor specifieke zaken. Klinieken die al langer decentraal melden, zetten de MIP commissie bijvoorbeeld in voor trendanalyses over afdelingen heen of zij gebruiken de MIP om ernstige afdelingsoverstijgende incidenten te analyseren. Dit is een keuze die bijvoorbeeld door klinieken met meerdere vestigingen kan worden gemaakt;
- De MIP-commissie als kenniscentrum een rol laten vervullen in het verbeteren van de patiëntveiligheid;
- De MIP-commissie monitort verbeteringen in de kliniek (alle vestigingen) en adviseert de directie over welke risico's er zijn en of er nog acties nodig zijn (bijvoorbeeld advies geven om een prospectieve risico inventarisatie te doen).

Het zijn met name de grotere klinieken met meerdere afdelingen (specialismen) en / of vestigingen die kritisch moeten beoordelen of de huidige procedures en registratiesystemen voldoende aansluiten bij de uitgangspunten van het Veilig Incident Melden. Een centrale MIP-commissie waarbij de bij het incident betrokken professionals niet of nauwelijks worden betrokken bij het analyseren van incidenten en aandragen van verbeteringen volstaat hierbij niet langer. Deze werkwijze draagt immers onvoldoende bij aan het creëren van een veilige cultuur en de ontwikkeling van een lerende organisatie.

5. Uitrol binnen een kliniek

Een implementatieplan of een plan van aanpak kan helpen bij de uitrol van VIM in de kliniek. Het is naast de hiervoor behandelde onderwerpen belangrijk in het plan aandacht te besteden aan de volgende punten:

- Welke vestigingen en / of afdelingen starten en hoe verspreidt VIM zich verder?
- Wie is verantwoordelijk voor de verspreiding van VIM binnen uw kliniek?
- Bij wie kunnen mensen terecht met vragen over de verspreiding, PRISMA of technische vragen?
- Hoe leren de vestigingen en / of afdelingen van elkaar?
- Hoe wordt er geëvalueerd?
- Wie bewaakt de uniformiteit van het analyseren?
- Wie is verantwoordelijk voor het doorvoeren van verbetermaatregelen?



5.1. Verbeteren

VIM is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid. Het betreft hier niet alleen het inzicht in de zorgprocessen maar eveneens in de ondersteunende, besturende en verbeterprocessen. Uiteindelijk wilt u deze risico's het liefst wegnemen of beheersen. Verbeteringen moeten leiden tot minder risico's. Minder risico's betekent een kleinere kans op incidenten. Het is belangrijk afspraken te maken bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het invoeren van verbeteracties naar aanleiding van de meldingen. In de NTA 8009:2011 (paragraaf 4.11) en de VMS eisen (norm 37) wordt deze verantwoordelijkheid aan de lijn toegewezen. De directie of het management van de vestiging of de afdeling bepaalt welke verbeteracties door wie worden doorgevoerd en de lijn dient de voortgang te bewaken.

5.2. Rapportage

Het is belangrijk vast te leggen welke informatie over incidenten naar welke functionaris binnen de kliniek gerapporteerd wordt (zie bijlage 2). Daarnaast is het van belang ook de stand van zaken rondom de ingezette verbeteracties te rapporteren. De managers kunnen gevraagd worden om een periodieke rapportage van meldingen, de mogelijke oorzaken van incidenten, de risico's op de afdeling en de status van de verbeteracties. Het is belangrijk om vast te leggen wie verantwoordelijk is voor het elimineren of verkleinen van een bepaald risico en welke tijd hiervoor gereserveerd is. Lukt het niet om in een bepaalde afgesproken tijd het risico tot een aanvaardbaar minimum terug te brengen, dan kan een mogelijkheid zijn dit risico te rapporteren bij een hoger niveau in de organisatie.

5.3. Verspreiding van verbeteracties

Volgens de NTA is de directie verantwoordelijk voor het intern verspreiden van voorbeelden van goede zorg. Verder dient het management te zorgen voor een periodieke controle op de naleving van de verbetermaatregelen.

De verbetermaatregelen die voort komen uit de incidentanalyse kunnen voor meerdere vestigingen of afdelingen gelden. Het is goed om na te denken hoe u deze verbetervoorstellen binnen de kliniek wilt verspreiden zodat anderen daarvan kunnen leren. Het verspreiden van goede zorg en verbeteringen blijkt in de praktijk soms erg lastig te zijn.

5.4. Tot slot een aantal tips!

Om de invoering te vergemakkelijken en werking te verbeteren van het Veilig Incident Melden tot slot een aantal tips:

- Betrek de professional op de werkvloer en het operationeel management
- Maak gebruik van een laagdrempelig en gebruiksvriendelijk systeem en procedure
- Betrek vestigingen/afdelingen die wat meer gereserveerd staan t.o.v. het VIM
- Bekwaamheid vergroten van professionals in het categoriseren van incidenten en het uitvoeren van basisoorzaak analyses
- Benoem of bekrachtig als directie de verantwoordelijke(n) bij het invoeren van de door het VIM team geformuleerde verbetermaatregelen (wie, wat, wanneer, hoe)
- Check de effecten van de doorgevoerde verbetermaatregelen
- Zorg dat resultaten van het VIM en specifiek de verbetermaatregelen inzichtelijk zijn. Dit stimuleert de meldingsbereidheid en het meedenken over verbeteringen
- Overweeg ook het melden van positieve (onverwachte) gebeurtenissen. Dit is een belangrijke bron van informatie voor innovatie en verbetering van de zorg in de kliniek

literatuurlijst

- Bekker J. de, Steeg H. van der, Patiëntveiligheid, initiatieven en hulpmiddelen, 2005
- Biber-Klever L.G., Onze manier van informatieverwerking, Informatiebeveiliging, 2007
- Heemskerk B. Th., Stadlander M.C., Tjink H., Houtsma M.M., Werther-Voorrecht M.P.M., Draaiboek Veilig Incident Melden, Utrecht, 2007
- Fraser S.W., Undressing the Elephant, Why good practice doesn't spread in healthcare, 2007
- Gidano Kwaliteit, Veiligheid en Risicomanagement i.s.m. Mediconsul, Hand-outs VMS training, ZKN, 5 november 2012
- Legemaate J., Christiaans-Dingelhoff I., Doppegieter R.M.S., Roode R.P. de, Melden van incidenten in de gezondheidszorg, onderzoek in opdracht van ZonMw, Utrecht, 2006
- Leistikow I.P., Ridder K. den, Patiëntveiligheid, systematische incident reconstructie en evaluatie, 2009
- Limpens Advies Risicomanagement in Zorg en Welzijn i.s.m. Ria Nieuwenhuizen Advies en Training, Hand-outs Workshop VMS, ZKN, 24 september 2012.
- NTA 8009:2007, Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen
- Beleidscommissie Koepel "VMS zorg", 2007
- Rasmussen J., Skills, Rules, and Knowledge: Signals, signs, symbols and other distinctions in human performance models. IEEE Transactions on Systems: Man and cybernetics, 1983
- Schaaf, T.W. v.d., Habraken M.M.P. Prisma methode medische versie, een korte beschrijving, Eindhoven, 2005
- Walvis Consulting Groep, Hand-outs voor Training VMS voor zelfstandige klinieken, 17 oktober en 29 november 2012

bijlage

bijlage 1

Analyse methoden voor incidenten

SIRE-methode

SIRE staat voor Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Het is een gestructureerde manier om vast te stellen wat er is gebeurd en waardoor. Het beantwoordt de vraag: Hoe kan een vergelijkbaar incident in de toekomst voorkomen worden? De gedachte achter SIRE is dat er van fouten moet worden geleerd, zodat deze in de toekomst worden ontdekt of opgevangen, voordat de fouten tot schade leiden. De grondgedachte is dat mensen altijd fouten zullen blijven maken. Om processen waarin mensen een rol spelen veiliger te maken, moet bekend zijn welke fouten er gemaakt (kunnen) worden. Het belangrijkste kenmerk van SIRE is vrijheid van spreken. De verleidelijke gewoonte een schuldige te zoeken wordt dus nauwlettend vermeden. Door zonder schroom een incident te bespreken, wordt het ontstaan en het verloop van het incident inzichtelijk en kunnen de oorzaken worden benoemd. Met deze kennis kunnen maatregelen worden genomen om de oorzaken weg te nemen of om te voorkomen dat deze oorzaken opnieuw kunnen leiden tot schade. Ook kunnen factoren die de schade van het incident juist hebben beperkt, worden benoemd en versterkt. Hierdoor wordt de kans op herhaling van soortgelijke incidenten kleiner.

Wanneer wordt SIRE gebruikt?

SIRE is het meest effectief bij ernstige of hoogfrequente incidenten. Hier hebben verbeteringen een grotere impact, waardoor de tijdsinvestering die een SIRE vergt een hoger rendement oplevert.

Hoe werkt een SIRE?

SIRE is een vorm van incident analyse waar systeemdenken, 'human factors engineering' en cognitieve psychologie onderdeel van uitmaken. Een SIRE wordt multidisciplinair uitgevoerd waarbij de schuldvraag niet ter zake doet en er net zolang wordt gezocht tot de basisoorzaken zijn benoemd. Het doel is herhaling van soortgelijke incidenten te voorkomen. Een SIRE wordt opgebouwd uit zeven stappen:

- Identificeer het incident en verzamel relevante informatie, interview de melder, interview de betrokkenen, vraag de patiëntenstatus op en zoek informatie over het proces, de omgeving, materialen en cultuur.
- Maak de verzamelde data inzichtelijk en overzichtelijk door de informatie te sorteren en chronologisch te maken.
- Identificeer het probleem en stel prioriteiten door te beslissen wat belangrijke momenten waren met betrekking tot het incident en te kiezen waar het onderzoek zich op gaat richten.
- Onderzoek het probleem nauwkeurig door incidenten te analyseren, barrières en vangnetten te beoordelen en zo nodig een multidisciplinair team bijeen te brengen en creatieve technieken te gebruiken.
- Identificeer mogelijke interventies om de veiligheid en/of kwaliteit te verbeteren door te bedenken hoe herhaling van soortgelijke incidenten voorkomen kan worden en aanbevelingen te toetsen op haalbaarheid.
- Maak een verslag door onderzoeksbevindingen en aanbevelingen op te schrijven.
- Rond de SIRE af door het rapport te geven aan de opdrachtgever en verzamelde informatie te vernietigen, te informeren over de reactie op het rapport en de reactie terug te koppelen aan de betrokkenen (Leistikow 2005).



DAM-methode

Een andere methode die wordt gebruikt, is de Decentrale Analyse Methode (DAM). Deze methode is door het Centrum Patiëntveiligheid Isala speciaal ontwikkeld voor de decentrale VIM-teams. De methode bevat elementen uit de PRISMA- én de SIRE-methode. Centraal in de DAM staat de beschrijving van (bijna-) incidenten door middel van oorzakenbomen.

Door het stap voor stap analyseren van de (bijna-) incidenten worden de werkelijke oorzaken en eventueel de factoren die geleid hebben tot herstel duidelijk. Binnen de DAM wordt net zoals bij de PRISMA-methode met een oorzakenboom gewerkt die de volgende onderdelen bevat:

- Een hoofdgebeurtenis wordt geformuleerd
- Naar directe oorzaken wordt gezocht
- Naar indirecte oorzaken wordt gezocht
- Basisoorzaken worden vastgesteld
- Naar herstelfactoren wordt gekeken

Wanneer een oorzakenboom zowel aan de faal- als aan de herstelkant is geanalyseerd, wordt het incident in een tijdlijn uitgezet. Het voordeel van een tijdlijn is dat het in één oogopslag overzicht geeft over het verloop van het (bijna) incident. Tevens laat de tijdlijn de raakvlakken zien tussen de eventueel betrokken personen en disciplines. Via een stroomdiagram met in chronologische volgorde de gebeurtenissen die leiden tot het (bijna) incident wordt de tijdlijn weergegeven. Extra of ondersteunende informatie kan aan de tijdlijn worden toegevoegd (bijvoorbeeld omgevingsfactoren die een rol speelden, positieve punten van de gebeurtenis, laboratoriumwaarden van de patiënt, enz.)

De methode is zeer geschikt om snel en efficiënt incidenten te analyseren en acties te ondernemen. Meer informatie over de DAM-methode en het volgen van trainingen is te verkrijgen bij het Centrum Patiëntveiligheid Isala (www.centrumpatientveiligheid.nl).

PRISMA-methode

Een andere veel gebruikte methode is Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis (PRISMA). Deze methode bestaat uit drie belangrijke stappen, te weten:

1. incidentbeschrijving
2. oorzakenclassificatie
3. vertaling naar structurele maatregelen

Een incident wordt eerst beschreven in de vorm van een oorzakenboom met bovenaan de topgebeurtenis en het gevolg daarvan. Een voorbeeld oorzakenboom is opgenomen in het Kenniscentrum op www.vmszkn.nl. Vervolgens worden de 'basisoorzaken' (die per incident door middel van de bijbehorende oorzakenboom zijn geïdentificeerd) geclassificeerd in technische, organisatorische en menselijke faaloorzaken. Tot slot worden de oorzaken vertaald naar structurele maatregelen.

Periodiek worden een aantal incidenten integraal geïnterpreteerd in termen van de meest effectieve verbetermaatregelen. De methode kent een classificatiesysteem waardoor trends gesignaleerd kunnen worden en verbeteringen kunnen worden ingevoerd. De methode is net als de DAM geschikt om snel en efficiënt incidenten te analyseren en acties te ondernemen.



Bijlage 2

Typen incidenten (NTA 8009: 2011, bijlage A)

Type incident	Toelichting	Rapportage incident
Routine	Overlijden van de patiënt als gevolg van het incident.	De betrokken behandelaar of verantwoordelijk zorgverlener bewerkstelligt dat de directie binnen 8 uur op de hoogte is van het incident en rapporteert de gegevens van dit incident zo snel mogelijk aan de directie en het management.
Zeer ernstig incident (calamiteit)	Blijvende gevolgen voor de patiënt (voorbeeld: afzeten verkeerde been, lichamenlijk/geestelijke invaliditeit, littekens vallen niet onder blijvende gevolgen, vermindering wel).	
Ernstig incident	Tijdelijke gevolgen voor de patiënt (voorbeeld: gebroken arm, extra medicatiedosis, aanzienlijke vertering van de opname).	Het management rapporteert gegevens van het incident per kwartaal aan de directie.
Minder ernstig incident	Béinvloedt de patiënt en/of processtappen (voorbeeld: patiënt schrikt van incident, wordt boos, de volgende behandelstappen lopen vertraging op: bijvoorbeeld een operatie wordt uitgesteld).	Het management rapporteert de aantallen van deze incidenten per kwartaal aan de directie.
Bijna-incident	Geen gevolgen voor de patiënt of volgende behandelstappen doordat een fout tijdig is opgemerkt en gecorrigeerd door een (correctie)maatregel.	

Opmerking: bij deze onderverdeling naar soorten incidenten is bij 'gevolgen' voor de patiënt uitgegaan van lichamenlijk gevolgen. Deze verdeling is een handvat voor klinieken bij de indeling van incidenten.

Colofon

Goede zorg is veilige zorg. Omdat zelfstandige klinieken met het ZKN keurmerk de hoogste kwaliteit leveren, willen zij ook de veiligste zorg leveren.

Daarom is vanaf 1 januari 2013 het beheersen van de veiligheid met een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) verplicht onderdeel van het ZKN keurmerk. ZKN ondersteunt zelfstandige klinieken bij de opzet en invoering van het VMS door het ZKN Veiligheidsprogramma met steun van VWS.

VMS ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland
Hugo Meulblok en Marijn Lamers

www.vmszkn.nl
vms@zkn.nl
31 (0)70 - 317 79 80

Grafische vormgeving
Marina Roos-Jansen

Met dank aan Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten, Federatie van Universitair Medische Centra en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland



zkn

ZELFSTANDIGE KLINIEKEN NEDERLAND

KEURMERK

