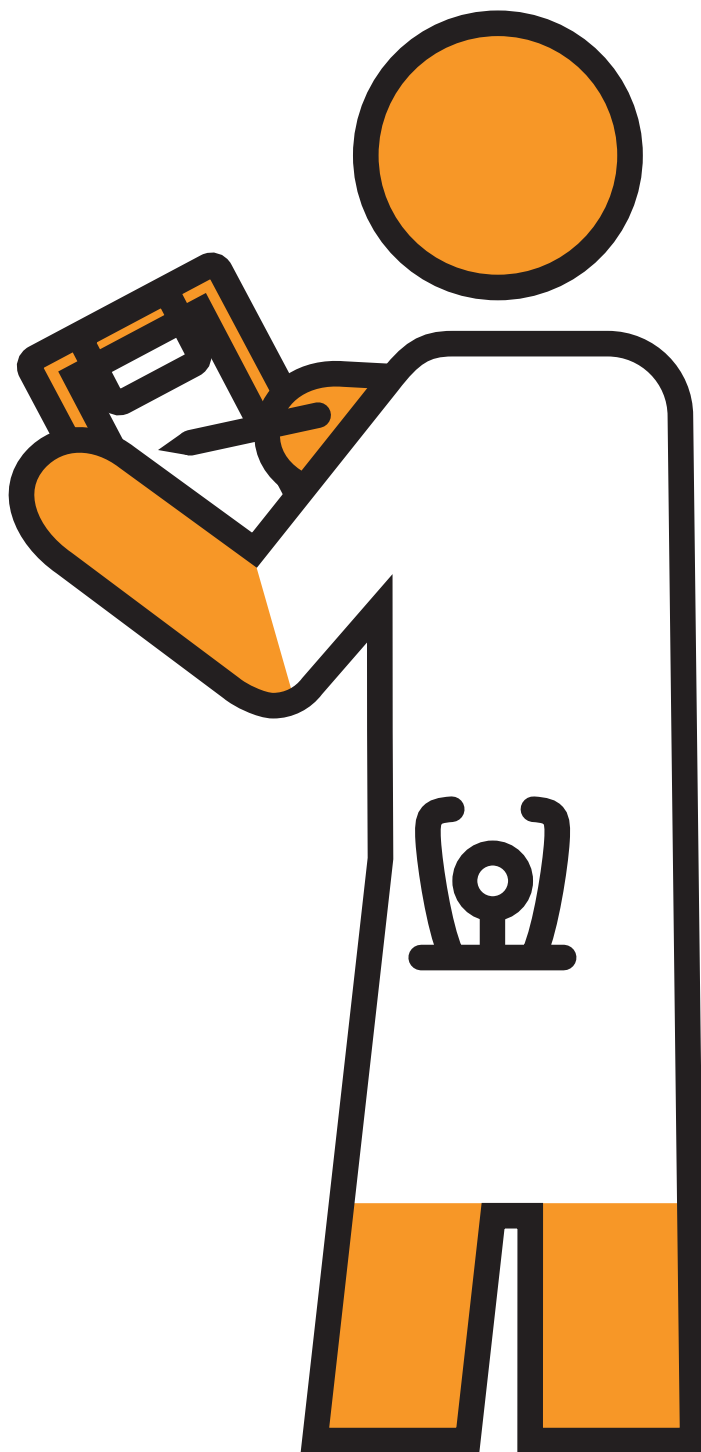


# Praktijkgids Veilig Incident Melden (VIM)



veiligheids  
programma

Het VMS Veiligheidsprogramma is bedoeld voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Door de deelname van maar liefst 93 ziekenhuizen, belooft het VMS Veiligheidsprogramma een succesvolle stap richting de doelstelling '50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade' te worden. Vakinhoudelijke kennis wordt tijdens conferenties en in de vorm van tools op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) aangeboden. De combinatie van een in de NTA 8009 geborgd veiligheidsmanagementsysteem én tien grotendeels evidence based medisch inhoudelijke thema's, maakt het programma wereldwijd vooruitstrevend.

Tot december 2012 stellen ziekenhuizen zich ten doel 1 of meerdere risico's in hun eigen ziekenhuis beter te beheersen en fouten te voorkomen mede door deelname aan 10 thema's van het VMS Veiligheidsprogramma. Per thema is vanuit het VMS Veiligheidsprogramma een expert-team geformeerd dat bundels van interventies voor u heeft samengesteld in praktijkgidsen zoals deze. Door het toepassen van de interventies uit deze praktijkgids kunt u de vermijdbare onbedoelde schade direct reduceren!



# Inhoud

## Inleiding 7

### Deel 1 Veilig Incident Melden op ziekenhuisniveau

- 1** Context VMS Veiligheidsprogramma 10
- 2** Waarom VIM 11
- 3** Implementatie VIM op  
ziekenhuisniveau 12
  - 3.1 Doelstelling 12
  - 3.2 Commitment 12
  - 3.3 Randvoorwaarden 14
- 4** Systeem en procedure 18
  - 4.1 Keuze voor een analysemethode 18
  - 4.2 De meldprocedure 23
  - 4.3 Wat is een incident? 23
  - 4.4 Op welk niveau wordt er  
geanalyseerd? 26
  - 4.5 Het meldsysteem 28
  - 4.6 Wat wordt vastgelegd in het  
meldformulier 30
  - 4.7 Afstemming tussen VIM- en  
MIP-commissie 31
- 5** Uitrol binnen het ziekenhuis 32
  - 5.1 Verbeteren 32
  - 5.2 Rapportage 32
  - 5.3 Verspreiding van verbeteracties 32

### Deel 2 Veilig Incident Melden op afdelingsniveau

- 1** Inleiding 36
  - 1.1 Het samenstellen van het  
VIM-team 36
  - 1.2 Taken en verantwoordelijkheden van  
het VIM-team 36
- 2** Mensen maken fouten 38
  - 2.1 Begrijpen van ons gedrag 38
  - 2.2 Vaardigheidsniveau /  
automatische piloot 39
  - 2.3 Systeemfouten 40
- 3** Verzamelen van incidenten 41
- 4** Analyseren van de incidenten 42
- 5** Terugkoppelen van de resultaten  
van de analyses 54
- 6** Het terugkoppelen van  
verbetermaatregelen 55
- 7** Waar dient u rekening mee te houden  
bij invoeren van verbeteringen? 57
- 8** Rapporteren van verbeteracties 58
- 9** Literatuurlijst 59

## Bijlagen 60

*Bijlage 1*  
Categorieën van de medische versie van  
het Eindhoven Classificatie Model 61

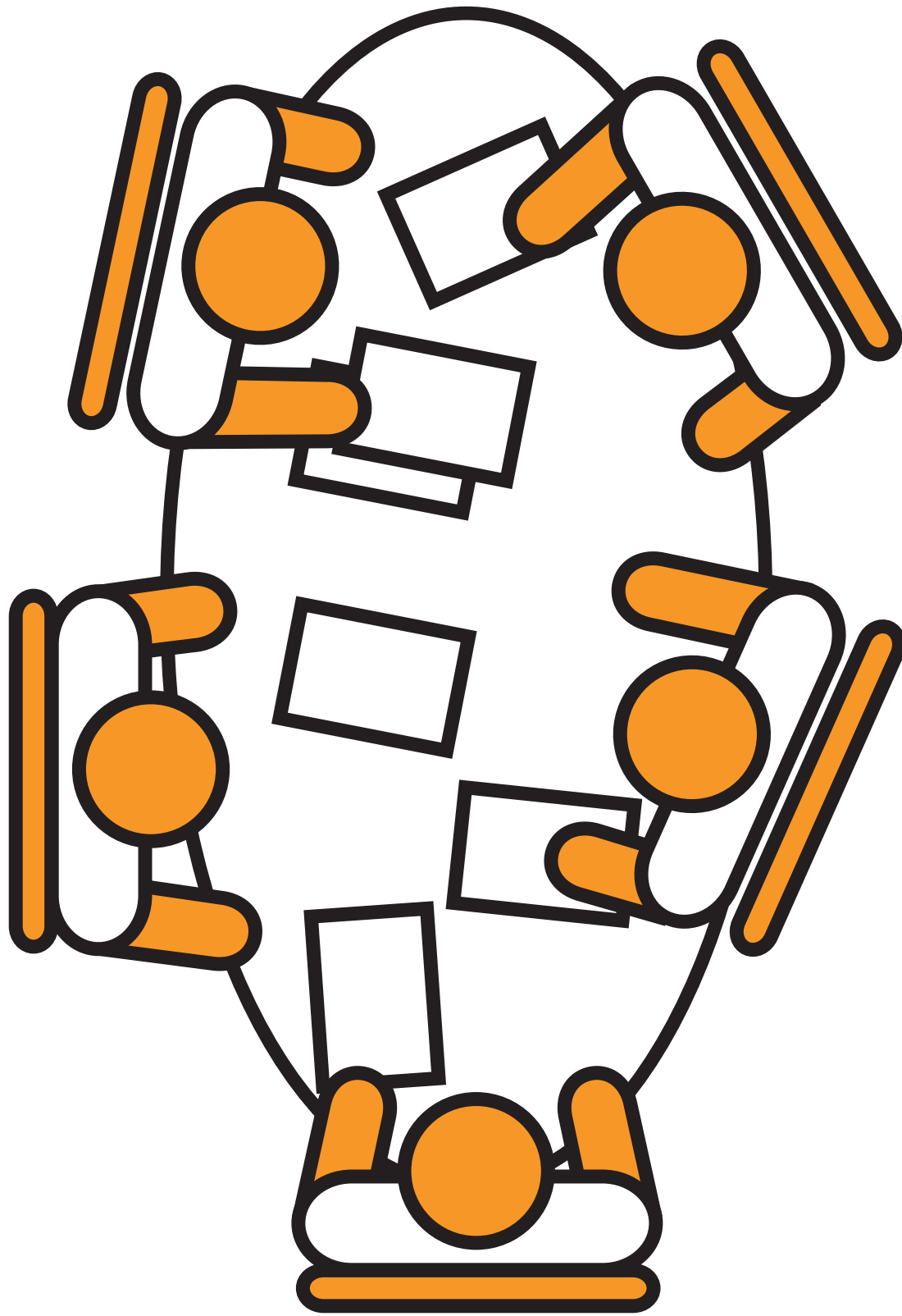
*Bijlage 2*  
Classificatiematrix 63

## Inleiding

De ontwikkelingen in de zorg gaan snel. De zorg wordt steeds complexer en er zijn steeds meer mensen met specifieke kennis die een bijdrage aan het patiëntenproces leveren. Als meer mensen werken rond een patiënt en daarbij verschillende handelingen verrichten, wordt de kans op fouten groter.

Bij Veilig Incident Melden (VIM) worden incidenten en bijna-incidenten binnen uw dagelijks werk gemeld, geanalyseerd en worden verbetermaatregelen voorgesteld.

Deze praktijkgids bestaat uit twee delen. Het ziekenhuisdeel omschrijft wat er geregeld moet zijn voor dat met het Veilig Incident Melden in het ziekenhuis kan worden gestart. Het tweede deel van de gids is geschreven voor de afdelingen die met een VIM-team gaan starten. Naast het melden van incidenten zal de nadruk liggen op het analyseren van incidenten en het leren van incidenten waardoor verbetermaatregelen kunnen worden ingezet.



# Deel 1

## **Veilig Incident Melden** *op ziekenhuisniveau*

- 1 Context VMS Veiligheidsprogramma**
- 2 Waarom VIM**
- 3 Implementatie VIM op ziekenhuisniveau**
- 4 Systeem en procedure**
- 5 Uitrol binnen het ziekenhuis**

# 1 Context

## VMS Veiligheidsprogramma

In het kader van het VMS Veiligheidsprogramma en de daaraan verbonden doelstelling van 50% reductie van onbedoelde vermijdbare schade, dienen ziekenhuizen op 31 december 2012 aan de gestelde eisen van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te voldoen en de doelstellingen van tien inhoudelijke thema's te behalen.

Een VMS is een noodzakelijke voorwaarde voor een veilige omgeving voor patiënten.

Dit systeem bundelt op unieke wijze veilige bouwstenen en interventies waardoor de risico's op het ontstaan van fouten gemanaged kunnen worden. Een VMS heeft tot doel het verkleinen van de kans op vermijdbare schade tijdens de zorg aan patiënten.

De basiseisen van het VMS zijn vastgelegd in een Nederlandse Technische Afspraak (NTA 8009:2007). Hierin is de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid en het invoeren van een VMS uitdrukkelijk neergelegd bij de raden van bestuur. De raad van bestuur bewerkstelligt dat het patiëntveiligheidsbeleid aansluit bij het meerjarenbeleid van het ziekenhuis. Het is daarom ook van groot belang dat een raad van bestuur het initiatief om te starten met VIM onderschrijft en uitdraagt.

De basisvoorwaarden aan een VMS zijn met ondersteuning van het NEN (Nederlands Normalisatie-instituut) in samenwerking met zesendertig partijen opgesteld, waaronder acht ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis in Nederland heeft de NTA 8009:2007 ontvangen. In de NTA zijn de volgende eisen uitgewerkt:

- Leiderschap
- Medewerkers
- Patiëntenparticipatie
- Prospectieve risico-inventarisatie
- Operationele beheersmaatregelen
- Beheren en beheersen van veranderingen
- Melden van incidenten en retrospectieve risico-inventarisatie
- Monitoren van uitkomsten en rapportage
- Verbeteren veiligheid van de zorgverlening

Binnen een VMS worden risico's op verschillende manieren opgespoord. Retrospectief (wat is er mis gegaan) door middel van het analyseren van incidenten en prospectief (wat kan er mis gaan) door middel van het analyseren van zorgprocessen voordat er een incident optreedt. Zorgprocessen zijn alle handelingen die moeten worden verricht om de zorgvraag van de patiënt te beantwoorden vanaf het eerste contact met het ziekenhuis tot en met ontslag. Deze praktijkgids gaat in op hoe u binnen uw organisatie een systeem voor VIM kunt opzetten en hoe u het melden van incidenten kunt stimuleren.

Om de verschillende onderdelen van een VMS in uw ziekenhuis te implementeren worden praktijkgidsen, trainingen en andere hulpmiddelen aangeboden vanuit het VMS Veiligheidsprogramma. Voor meer informatie hierover kunt u onze website raadplegen:

[www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl).

# 2 Waarom VIM

Veilig Incident Melden (VIM) is een methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces. Het is niet alleen nodig om te identificeren wat er is gebeurd en hoe het is gebeurd, maar ook om te achterhalen waarom 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 genomen worden die voorkomen dat in de toekomst nog een keer een dergelijk incident zal plaatsvinden.

Het melden van incidenten is niet nieuw. Sinds vele jaren bestaan er in ziekenhuizen MIP en FONA-commissies die incidenten op ziekenhuisniveau verzamelen en analyseren.

Om verschillende redenen hebben commissies op ziekenhuisniveau een beperkte effectiviteit. Er is een gebrek aan afdelingsspecifieke kennis

waardoor de incidenten niet optimaal behandeld kunnen worden en de verbeteracties niet altijd effectief zijn. Daarnaast neemt de afhandeling vaak veel tijd in beslag en wordt deze door medewerkers als onpersoonlijk ervaren. Tevens is gebleken dat het leereffect voor medewerkers veel groter is als zij zelf de incidenten analyseren en verbeteringen formuleren om herhaling te voorkomen. Dus een groot verschil met de "oude" situatie is dat bij het opzetten van VIM het registreren en analyseren en verbeteren voortaan op afdelingsniveau plaatsvindt in plaats van op ziekenhuisniveau.

Er zijn voldoende aanwijzingen dat het melden en analyseren van incidenten een zinvolle activiteit is, die een belangrijke bijdrage levert aan de patiëntveiligheid. Elke zorginstelling zou daarom een systeem moeten hebben voor het melden en analyseren van incidenten (NTA 8009:2007, Legemaate 2006). Naast het veiliger maken van de zorg vergroot VIM ook het veiligheidsbewustzijn onder medewerkers, wat een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van vermijdbare schade.

## 3 Implementatie VIM op ziekenhuisniveau

Het doel van deel 1 van de praktijkgids is ondersteuning bieden bij het bepalen van procedures die op ziekenhuisniveau noodzakelijk zijn om VIM ziekenhuisbreed te implementeren. Per element wordt beschreven welke keuzemogelijkheden er voor de organisatie zijn. Deze gids kan gebruikt worden om het implementatieplan voor uw ziekenhuis te vullen zodat gestructureerd en systematisch met VIM aan de slag kan worden gegaan.

### 3.1 Doelstelling

Voordat u start met het opzetten van een VIM-systeem voor uw ziekenhuis is het verstandig om na te denken over het gewenste doel van uw VIM-systeem.

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 opgespoord worden. Met het analyseren van incidenten krijgt u dus inzicht in de aanwezige risico's. Dit geeft het management informatie over welke maatregelen getroffen kunnen worden om de patiëntveiligheid te verbeteren.

In de NTA 8009:2007 worden de minimale eisen aan het VIM-systeem beschreven in paragraaf 4.9. In de NTA wordt sterk de nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van het management in de zin van het faciliteren en stimuleren van het melden en analyseren.

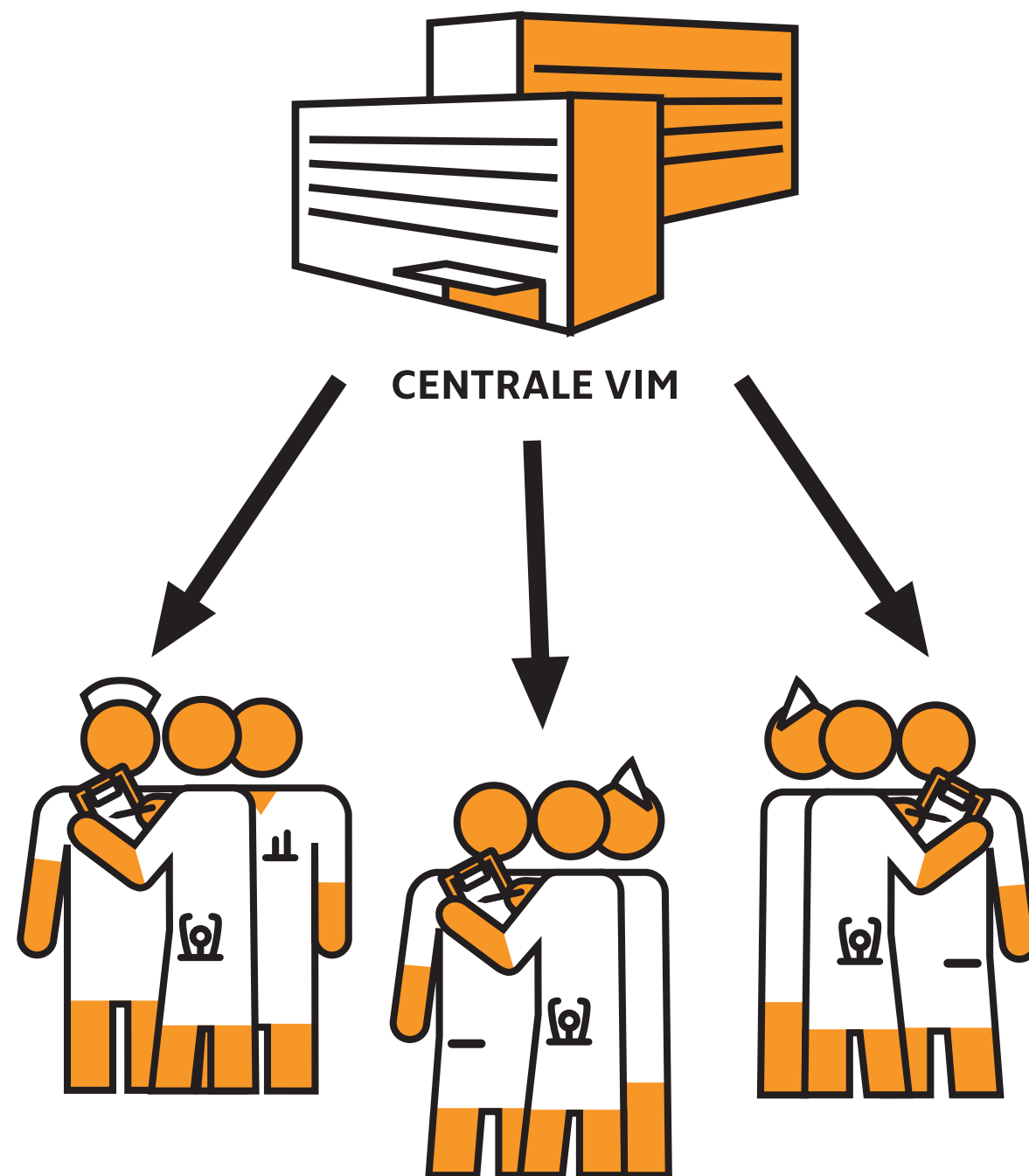
Daarnaast kunt u voor uw ziekenhuis, afhankelijk van uw strategische beleidsdoelstellingen, bijkomende doelen stellen, zoals:

- het bevorderen van een open en transparante cultuur;
- het bijdragen aan een lerende organisatie;
- professionaliseren van beroepsgroepen;
- stimuleren van de rol van het management bij het veiliger maken van de zorg;
- het bewust worden van professionals ten aanzien van patiëntveiligheid tijdens hun werk.

### 3.2 Commitment

Voor het positioneren van VIM is het belangrijk dat de raad van bestuur van uw ziekenhuis het belang van het melden en analyseren van incidenten onderschrijft. De raad van bestuur kan zorgen voor voldoende middelen om met VIM aan de slag te gaan. Als medewerkers het gevoel krijgen dat de raad van bestuur niet achter het melden en analyseren van incidenten staat kan het enthousiasme snel afnemen. Het commitment dient ook daadwerkelijk getoond te worden. Dit kan de raad van bestuur laten zien door de boodschap uit te dragen dat patiëntveiligheid een hoge prioriteit heeft, door het plaatsen van patiëntveiligheid op de agenda van het management-overleg, door aanwezig te zijn bij startbijeenkomsten van VIM-teams of door presentaties aan het management te geven waarin het belang van patiëntveiligheid wordt besproken.

Naast draagvlak vanuit de raad van bestuur is ook draagvlak nodig vanuit de medische staf, de verpleegkundige adviesraad (VAR) en het ziekenhuismanagement. Zij vertegenwoordigen de specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers van het ziekenhuis en kunnen deze disciplines, die zo belangrijk zijn voor het melden en analyseren van incidenten, informeren en enthousiasmeren.



De medici kunnen een actieve bijdrage leveren door te participeren in werkgroepen die betrokken zijn bij het opzetten van VIM, zoals de projectgroep nodig voor de implementatie in het ziekenhuis, de centrale VIM-commissie (vaak vormgegeven vanuit de voormalige MIP-commissie). Het is ook belangrijk dat zij vertegenwoordigd zijn in het VIM-team op afdelingsniveau.

Van belang is dat leidinggevendenden op alle niveaus blijf geven van leiderschap. Dat houdt met betrekking tot patiëntveiligheid en het meldsysteem in: draagvlak creëren, het realiseren van de juiste condities en zichtbare betrokkenheid, in woorden en daden. Bijzondere aandacht gaat uit naar eventuele verschillen in meldingsbereidheid tussen beroepsgroepen. Zij faciliteren en ondersteunen waar nodig het VIM-team en zien erop toe dat de procedure voor het melden van incidenten goed functioneert. Daarnaast stimuleert het afdelingsmanagement een cultuur waarin het melden van incidenten door alle medewerkers als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Voorts draagt het afdelingsmanagement 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:

- een veilige meldomgeving
- training
- tijd voor de VIM-teams
- budget
- veilige cultuur

#### Een veilige meldomgeving

Het veilig melden van incidenten vereist een zekere mate van bescherming van de melder (zie NTA 4.9.3). De primaire verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de zorginstelling, door het treffen van de volgende maatregelen:

- Het aanbrengen van een scheiding tussen een meldsysteem (dat is gericht op het in algemene zin verbeteren van de patiëntveiligheid) en systemen of procedures gericht op het treffen van maatregelen tegen individuele medewerkers.
- Het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het systeem voor het melden van incidenten niet zal worden 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 én 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 (NTA 8009;2007).

Eén enkele reactie op een incident van een instelling of externe toezichthouder kan door medewerkers als zo onrechtvaardig worden ervaren dat de bereidheid incidenten te melden (tijdelijk) sterk afneemt. Bescherming van de melder kan nooit betekenen dat de individuele verantwoordelijkheid van de melder en de mogelijkheid om tegen hem 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)

#### Training

Training is noodzakelijk om op een deskundige manier de meldingen te kunnen analyseren, basisoorzaken van een incident te zoeken en te verbeteren. Daarbij wordt in de training ook aandacht besteed aan het stimuleren van melden en het vervullen van een voorbeeldfunctie. Het VMS Veiligheidsprogramma biedt trainingen aan in de PRISMA-methode en stelt daarnaast ook een e-learning module ter beschikking. Voor het selecteren van een geschikte training kunnen vooraf de volgende vragen worden gesteld:

- Wat moet er geleerd worden (voor welke methodiek kiezen we)?
- 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 het ziekenhuis opgezet?
- Welke personen worden getraind en waarin (het VIM-team, het afdelingsmanagement en de commissie patiëntveiligheid)?
- Wanneer worden de trainingen gegeven, trainen we alle VIM-teams in één keer, of kiezen we voor een stapsgewijze weg?
- Maken we gebruik van de e-learningmodules van het VMS Veiligheidsprogramma?
- Trainen we de personen ook in het continu verbeteren om zo processen beter te kunnen borgen?

#### Tijd voor de VIM-teams

De leden van VIM-teams op afdelingen hebben tijd nodig voor training en voor het analyseren van de incidenten. Het is goed er rekening mee te houden dat onderzoeken, analyseren en het formuleren van verbeteracties tijd zal kosten. Ervaring leert dat meldingen exponentieel toe gaan nemen na het invoeren van VIM. Het is nodig dat het management bereid is deze tijd beschikbaar te stellen. Medewerkers dienen dus ingepland te worden om deze werkzaamheden op een goede wijze te kunnen doen. Wanneer het voor het VIM-team duidelijk is hoeveel tijd beschikbaar is, kunnen zij structureel overlegmomenten inplannen om de incidenten af te handelen.

#### Budget

Het is van essentieel belang dat er in de begroting budget gereserveerd wordt om de benodigde fte en trainingskosten te kunnen financieren. Tevens dient er nagedacht te worden of er een budget nodig is voor de verbetermaatregelen die voort gaan komen uit de analyses van de incidenten. Het is erg frustrerend als goede verbeterinitiatieven geen voortgang kunnen vinden omdat er budgettair geen ruimte voor is. Het lijkt ook verstandig om financiële ruimte te reserveren voor het bekostigen van symposia en andere projecten op het gebied van VIM zoals een elektronisch meldsysteem en het onderhoud daarvan.





### Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

*In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in Amsterdam-West heeft veiligheidsfunctionaris Heleen Vermeulen over draagvlak in de top niet te klagen. Integendeel, de raad van bestuur is de drijvende kracht achter het patiëntveiligheidsprogramma en neemt in veel gevallen zelf het initiatief. Zo werden twee medisch specialisten een aantal dagdelen per week vrijgemaakt om het VMS Veiligheidsprogramma in het ziekenhuis te implementeren en te borgen. "Een goede zet", vindt ook Vermeulen. "Je kunt natuurlijk wel buitenshuis gaan werven, maar deze mensen hebben al het nodige aanzien en respect bij collega's. Een nieuw persoon, zeker als hij of zij net is afgestudeerd, moet dat nog helemaal opbouwen. Bovendien hebben we hier te maken met twee artsen die in hun vakgebied relatief vaak te maken hebben met acute noodsituaties. Die hectiek, in combinatie met geavanceerde behandelmethoden en techniek, werkt fouten in de hand. Juist daar valt dus veel winst te behalen."*

### Veilige cultuur

Binnen een ziekenhuis en/of afdeling heersen bepaalde normen en waarden over patiëntveiligheid. Deze 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/betrokkenen. In een cultuur waarin incidenten gemeld kunnen worden zonder erop te worden afgerekend, is het mogelijk ervan te leren. Als men in ziekenhuizen de cultuur wil veranderen om de patiëntveiligheid te bevorderen, is het belangrijk om meer te weten over de heersende patiëntveiligheidscultuur. Uit onderzoek is gebleken dat structuurveranderingen doorgaans niet effectief zijn als men niet óók inzet op verandering van de patiëntveiligheidscultuur (Scott et al, 2003).

De patiëntveiligheidscultuur binnen uw ziekenhuis 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:

- Is er een lerende cultuur binnen het ziekenhuis?
- Zijn de medewerkers bekend met de methoden van continu verbeteren?
- Stralen de leiders uit dat zij patiëntveiligheid belangrijk vinden?
- Zijn medewerkers bang om te melden omdat er acties uit zouden kunnen voortkomen?
- Is er sprake van goede samenwerking tussen afdelingen?
- Is er sprake van teamwork binnen een afdeling?
- Is er een goede wisseling van diensten?
- Hoe staat het met de meldingsfrequentie?
- Is er een niet-straffende reactie?
- Is er sprake van open communicatie?
- Wordt er feedback gegeven en leren medewerkers van fouten?
- Is er verschil tussen verwachtingen en acties van leidinggevendenden?
- Is er voldoende steun vanuit het management?
- Heeft uw ziekenhuis een adequate personele bezetting?
- Wat is de algemene perceptie van patiëntveiligheid?

Het is te adviseren om voor het starten met VIM op de afdelingen een cultuurmeting te laten plaatsvinden. De COMPaZ-enquête leent zich hier als instrument goed voor. Het is veilig voor medewerkers omdat de informatie anoniem afgenomen wordt. Vanuit de aanbevelingen van dit instrument kunnen gericht verbeteracties worden opgesteld. Wanneer u in staat bent het gevoel van veiligheid bij medewerkers te vergroten, zal de meldingsbereidheid toenemen. Het VMS Veiligheidsprogramma stelt een digitaal instrument beschikbaar om de COMPaZ-enquête af te nemen (zie ook [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)).

# 4 Systeem en procedure

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

De volgende punten worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens behandeld:

- welke analysemethode
- welke incidenten worden geanalyseerd
- hoe ziet de meldprocedure eruit
- hoe ziet het meldsysteem eruit
- wat wordt vastgelegd in het meldformulier
- afstemming tussen de VIM- en de MIP-commissie

## 4.1 Keuze voor een analysemethode

Op ziekenhuisniveau kan een keuze gemaakt worden voor een bepaalde analysemethode en een procedure kan ondersteuning bieden voor VIM-teams bij het bepalen welke meldingen geanalyseerd moeten worden en op welke manier. Het is verstandig om dit in een vroeg stadium te besluiten omdat de analysemethode medebepalend kan zijn voor de keuze van een digitaal systeem.

Het is dus belangrijk om op organisatieniveau een keuze te maken:

- met welke analysemethode(n) de incidenten worden geanalyseerd en
- welke incidenten met de analysemethode worden geanalyseerd en welke niet.

Er zijn diverse analysemethoden in omloop waarmee incidenten onderzocht kunnen worden. Methoden die u in ziekenhuizen gebruiken kunt, zijn de DAM-methode, de SIRE-methode en de PRISMA-methode. U kunt er ook voor kiezen om verschillende methodieken te gebruiken voor verschillende incidenten. 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. Het is belangrijk hetzelfde analyse-instrument op alle afdelingen voor hetzelfde soort incidenten te gebruiken zodat uiteindelijk incidenten ook tussen afdelingen vergeleken kunnen worden en er van elkaar kan worden geleerd.

Om de keuze voor uw ziekenhuis te vergemakkelijken hierbij een korte omschrijving van de diverse methoden:

### SIRE-methode

De afkorting SIRE staat voor Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Het is een gestructureerde manier om een incident te reconstrueren (Wat is er gebeurd?) en te evalueren (Waarom is het gebeurd?). 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. Hiervoor is van groot belang dat mensen open kunnen spreken over fouten en onveilige situaties en bereid zijn deze te melden. Zolang het bedreigend is hierover te praten, zullen fouten en onveilige situaties verborgen blijven en pas aan het licht komen bij ernstige incidenten. Het belangrijkste kenmerk van SIRE is vrijheid van spreken. De verleidelijke maar verwoestende 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.

### Wat is er nodig om een SIRE te gebruiken?

Als u SIRE wilt gebruiken, is er ten eerste iemand nodig, bij voorkeur twee personen, die getraind is in de methode. Hoe vaker iemand een SIRE uitvoert, hoe beter de SIRE zal verlopen. Ten tweede is er tijd nodig. Het uitvoeren van een complete SIRE kost, afhankelijk van de complexiteit van het incident tien tot vierentwintig uur per onderzoeker. Hoewel het is aan te bevelen een SIRE zo snel mogelijk af te ronden, leert de praktijk dat dit meestal tussen de vier en acht weken duurt. Ten derde is er ondersteuning nodig vanuit het management. Het management van de afdeling of instelling moet achter het gebruik van SIRE staan, omdat het gebruik enerzijds een tijdsinvestering vergt en anderzijds inzichten en aanbevelingen kan opleveren waar het management iets mee zal moeten doen. SIRE kan het beste worden ingebed in een algemeen kwaliteits- of veiligheidsbeleid.

### Wanneer wordt SIRE gebruikt?

SIRE wordt gebruikt naar aanleiding van een incident. 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 de Nederlandse vertaling van ROOT Cause Analysis (RCA). Dit is een overkoepelende term voor incident analyse waarbij systeemdenken, 'human factors engineering' en cognitieve psychologie zijn verwerkt. SIRE verloopt volgens een aantal stappen, het wordt multidisciplinair uitgevoerd, de schuld-vraag doet niet ter zake, er wordt net zolang gezocht tot de basisoorzaken zijn benoemd en het heeft tot doel 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).

Meer informatie over de SIRE-methode en het trainen van medewerkers in deze methode is te verkrijgen bij het UMC Utrecht Kenniscentrum Patiëntveiligheid.

[www.umcutrecht.nl/subsite/Patientveiligheid](http://www.umcutrecht.nl/subsite/Patientveiligheid)



### DAM-methode

Een andere methode die in ziekenhuizen wordt gebruikt, is de DAM. DAM staat voor Decentrale Analyse Methode. 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:

- er wordt een hoofdgebeurtenis geformuleerd
- er wordt naar directe oorzaken gezocht
- er wordt naar indirecte oorzaken gezocht
- er worden basisoorzaken vastgesteld
- er wordt naar herstelfactoren 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, disciplines en zorgteams. 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 (op afdelingniveau) 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](http://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 componenten, te weten:

- incidentbeschrijving
- oorzakenclassificatie
- vertaling naar structurele maatregelen

Incidenten worden eerst beschreven in de vorm van oorzakenbomen. Vervolgens worden de 'basisoorzaken' (die per incident door middel van de bijbehorende oorzakenboom zijn geïdentificeerd) stuk voor stuk geclassificeerd via een theoretisch model van technische, organisatorische en menselijke faaloorzaken. Tenslotte wordt periodiek een aantal incidenten integraal geïnterpreteerd in termen van de meest effectieve verbetermaatregelen.

Binnen het VMS Veiligheidsprogramma is gekozen met de PRISMA-methode te analyseren. Deze methode kent een classificatiesysteem waardoor trends gesignaleerd kunnen worden en waarop verbeteringen kunnen worden ingevoerd. De methode is net als de DAM geschikt om snel en efficiënt (op afdelingniveau) incidenten te analyseren en acties te ondernemen.

De wijze waarop u PRISMA dient toe te passen, wordt uitgebreid beschreven in het afdelingsdeel van deze praktijkgids.

### Welke incidenten worden geanalyseerd?

Het is wenselijk na te denken over welke meldingen geanalyseerd dienen te worden. Door de hoeveelheid meldingen kan het noodzakelijk zijn prioriteiten te stellen. In beginsel kunt u trachten de VIM-teams 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 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 het ziekenhuis gedaan zijn. Bijvoorbeeld door elke vierde melding te selecteren.

#### *Richten op meldingen uit een bepaalde periode*

U analyseert alle incidenten binnen een bepaalde periode om bijvoorbeeld tijdelijke trends te kunnen ontwaren. 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-inventarisatiematrix (zie pag. 25). Veel ziekenhuizen 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 zo zichtbaar worden gemaakt. Een proces waarbij u een dergelijke selectie zou kunnen toepassen is dat van medicatiedistributie.

#### *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 is bijvoorbeeld valincidenten.

### 4.2 De meldprocedure

In de meldprocedure wordt vastgelegd welke weg een melding door het ziekenhuis 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 'papierensysteem' moeten de VIM-teams op de hoogte zijn van de procedure zodat zij meldingen waar nodig door kunnen sturen.

### 4.3 Wat is een incident?

Op ziekenhuisniveau is het belangrijk een definitie vast te stellen van 'incident' en daarmee duidelijk te maken wat medewerkers dienen te melden in het VIM-systeem. In zijn boek *Veilig Incident melden* (Legemaate e.a. 2007) schrijft Prof. mr. J. Legemaate: "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 gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'near misses'.

Er zijn verschillende definities van het woord 'incident' in gebruik. Het lijkt raadzaam de definitie te hanteren zoals beschreven in de NTA 8009:2007: Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

Daarnaast is het goed als uw ziekenhuis een procedure opstelt hoe uw ziekenhuis omgaat met fatale incidenten, zeer ernstige incidenten, ernstige incidenten, minder ernstige incidenten en bijna-incidenten. Het is noodzakelijk hierbij te beschrijven welke betrokkene wie informeert, afhankelijk van de ernst van het incident. Bijvoorbeeld bij een calamiteit dient de verantwoordelijke zorgverlener binnen acht uur de raad van bestuur op de hoogte te stellen.

De NTA 8009:2007 beschrijft heel duidelijk in de rapportagematrix wat de criteria zijn (zie bijlage 1). In tabel 1 op pagina 24 kunt u zien hoe een degelijke rapportagematrix eruit ziet.



Type incident	Rapportage incident
<b>Fataal incident</b>	De betrokken behandelaar of verantwoordelijk zorgverlener bewerkstelligt dat de raad van bestuur binnen 8 uur op de hoogte is van het incident en rapporteert de gegevens van dit incident zo snel mogelijk aan de raad van bestuur en het management.
<b>Zeer ernstig incident (calamiteit)</b>	De betrokken behandelaar of verantwoordelijk zorgverlener bewerkstelligt dat de raad van bestuur binnen 8 uur op de hoogte is van het incident en rapporteert de gegevens van dit incident zo snel mogelijk aan de raad van bestuur en het management.
<b>Ernstig incident</b>	Het management rapporteert (volgens NTA4.9.1.c) gegevens van het incident aan de raad van bestuur.
<b>Minder ernstig incident</b>	Het management rapporteert (volgens NTA4.9.1.c) gegevens van deze incidenten per kwartaal aan de raad van bestuur.
<b>Bijna-incident</b>	Het management rapporteert (volgens NTA4.9.1.c) gegevens van deze incidenten per kwartaal aan de raad van bestuur.
<b>Toelichting</b>	<p><i>Fataal incident</i> Overlijden van de patiënt als gevolg van het incident.</p> <p><i>Zeer ernstig incident</i> Blijvende gevolgen voor de patiënt (voorbeeld: afzetten verkeerde been, lichamelijk/geestelijke invaliditeit, littekens vallen <i>niet</i> onder blijvende gevolgen, verminking wel).</p> <p><i>Ernstig incident</i> Tijdelijke gevolgen voor de patiënt (voorbeeld: gebroken arm, extra medicatiedosis, aanzienlijke verlenging van de opname)</p> <p><i>Minder ernstig incident</i> Beïnvloedt de patiënt en/of processtappen (voorbeeld: patiënt schrikt van incident, wordt boos, de volgende behandelstappen lopen vertraging op: bijvoorbeeld een operatie wordt uitgesteld, maximaal drie dagen verlenging opnameduur).</p> <p><i>Bijna-incident</i> Geen gevolgen voor de patiënt of volgende behandelstappen.</p> <p>Opmerking: bij deze onderverdeling naar soorten incidenten is bij 'gevolgen' voor de patiënt uitgegaan van lichamelijk gevolgen. Deze verdeling is een handvat voor ziekenhuizen bij de rapportage over incidenten naar raad van bestuur. De grenzen staan niet vast, er blijft een grijs gebied tussen de verschillende soorten incidenten bestaan, maar het gaat te ver om al deze soorten te beschrijven en ze onder één van de types te scharen.</p>

Tabel 1: Rapportagematrix volgens de NTA 8009:2007

### Risico inventarisatie matrix

Wanneer het incident is gemeld, is het van belang de (mogelijke) ernst en de frequentie vast te stellen. Door een inschatting te maken van de mogelijke gevolgen van het incident en de kans op optreden, ontstaat een risicoscore van het incident zoals u kunt zien in de risico inventarisatie matrix in tabel 2.

Deze matrix kan ondersteuning bieden bij het bepalen welke incidenten (uitgebreid) geanalyseerd moeten worden en of een melding met een hoog potentieel risico (rood) op ziekenhuisniveau gerapporteerd moet worden.

Veel ziekenhuizen hanteren de regel bij groen invoering zonder (uitgebreide) analyse ten behoeve van trendbewaking en bij geel of hoger analyse naar basisoorzaken bijvoorbeeld met de PRISMA-analyse.

Frequentie	Ernst			
	Catastrofaal Ca	Groot Gr	Matig Ma	Klein Kl
Wekelijks We	Zeer hoog	Zeer hoog	Hoog	Laag
Maandelijks Ma	Zeer hoog	Hoog	Laag	Zeer laag
Jaarlijks Ja	Hoog	Laag	Laag	Zeer laag
Minder dan 1x per jaar <Ja	Laag	Zeer laag	Zeer laag	Zeer laag

Tabel 2: Risico-inventarisatiematrix, ernst x frequentie

Het is goed als u een keuze maakt wie u deze matrix laat invullen. Een reden om het VIM-team de ernst en frequentie van een incident te laten inschatten, is de kennis van en ervaring met andere incidenten die zij hebben. U kunt echter ook de keuze maken om dit door de melder te laten inschatten.



#### 4.4 Op welk niveau wordt er geanalyseerd

Bij VIM vinden meldingen plaats 'op het niveau van de directe werkomgeving van de melder' (NTA 8009:2007 paragraaf 4.9.1b). Als een VIM-team op afdelingsniveau ingesteld wordt, kan deze beter dan een centrale commissie inschatten waarom een verkeerd medicijn gegeven is, omdat bij de leden van de commissie bekend is waar de medicijnen uitgezet worden, wanneer dat gebeurt en hoe de medicijnkast er uit ziet. Daarnaast is de verwachting dat melden en analyseren op afdelingsniveau het melden zal bevorderen. Sommige ziekenhuizen analyseren meldingen met een aantal afdelingen samen. Het voordeel hiervan is de besparing van vergadertijd, maar doordat de commissie van drie afdelingen incidenten ontvangt in plaats van één afdeling kan dat voordeel misschien teniet worden gedaan.

En kennis van die specifieke afdeling is niet altijd aanwezig waardoor analyses verkeerd worden ingezet. Vanuit het VMS Veiligheidsprogramma raden wij u daarom aan meldingen op afdelingsniveau te analyseren. Mocht u daarin een andere keuze maken dan is het goed om duidelijk met elkaar door te nemen hoe er met de beperking wordt omgegaan.

#### Wie is er betrokken bij de afhandeling

Een ziekenhuis kan ervoor kiezen bepaalde incidenten ook naar specifieke functionarissen of een centrale commissie binnen het ziekenhuis door te sturen voor advies/beoordeling. U bepaalt of u dit wilt en wanneer u dit wilt laten plaatsvinden. Wanneer het alleen om het verzamelen van incidenten gaat (omdat het bijvoorbeeld doorgestuurd moet worden naar de landelijke medicatieregistratiesysteem) kan het na de analyse. Als er advies nodig is om de incident volledig te analyseren, kan het ook direct nadat de melding is gedaan, automatisch doorgestuurd worden.

Voorbeelden van meldingen die doorgestuurd kunnen worden zijn: valincidenten (naar valcommissie), bloedincidenten (naar functionaris bloedproducten), medicatie-incidenten (naar apotheker), incidenten met ernstig gevolg direct naar commissie patiëntveiligheid en raad van bestuur voor eventuele melding aan inspectie.

Als meldingen doorgestuurd worden naar personen buiten het VIM-team, is het goed vast te leggen welke informatie uit de melding zichtbaar is voor de betreffende functionarissen. Overwogen kan worden de identiteit van de melder en de gegevens van de patiënt bij doorsturen weg te laten omdat het geen toegevoegde waarde heeft voor de functionaris en de anonimiteit van het systeem wel belangrijk is voor de meldingsbereidheid van de medewerkers binnen het ziekenhuis.

**Maaslandziekenhuis Sittard**  
*Ieder kwartaal wordt op afdelingsniveau en ziekenhuisniveau gerapporteerd over het aantal incidenten, de ernst en de oorzaken. Tevens bewaken de sleutelfiguren van MIP expert (apotheker, hemovigilantiefunctienaris, klinisch chemicus en medisch technisch electronicus) of zij bepaalde trends zien in de meldingen. Op deze wijze worden de belangrijkste risico's geïdentificeerd. Relevante maatregelen worden doorgevoerd om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Voor zover incidenten een leereffect voor anderen kunnen hebben, wordt de casuïstiek met elkaar gedeeld. In geval een incident of calamiteit onder de wettelijke meldingsplicht valt wordt een incident gemeld aan de Inspectie voor de Volksgezondheid conform de hierover gemaakte afspraken binnen het ziekenhuis.*

#### Binnen welke termijn dient de melding te zijn afgehandeld

Als ziekenhuis is het goed als u tevens vaststelt op wat voor termijn de melding door het VIM-team moet worden afgehandeld. Dit geldt ook voor de functionaris wiens advies is gevraagd. 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 raad van bestuur of de centrale VIM-commissie), dan dient daarvoor ook vastgesteld te worden wat een wenselijke termijn is.

#### Verantwoordelijkheid verbeteracties

Verbeteracties worden opgesteld door de VIM-commissie. Het afdelingshoofd stelt prioriteiten aan de invoering van maatregelen. Er moet nagedacht worden of het VIM-team ook de verbeteracties gaat oppakken en invoeren. Dat kan namelijk erg veel tijd kosten en soms is het beter deze taak over te dragen aan anderen binnen de afdeling. Dat vergroot ook het draagvlak voor de verbetering.

#### De routing

Het is verstandig vooraf met de verantwoordelijken na te denken over de routing van de meldingen en deze op schrift te stellen. Deze routing kan als handleiding dienen voor de VIM-teams en schept duidelijkheid voor alle betrokkenen. De routing beschreven in de meldprocedure varieert per ziekenhuis. Hieronder geven we een tweetal voorbeelden hoe u deze routing zou kunnen uitwerken.

#### Voorbeeld 1

De procedure zoals gehanteerd in het Amphia Ziekenhuis is gebaseerd op het vier route systeem van De Bekker/Van der Steeg (2004) (Zie tabel 3). Het gaat er vanuit dat het managen van risico's via vier sporen kan lopen, waarin de verantwoordelijkheden en informatiestromen duidelijk zijn weergegeven. Dit sluit aan bij de heersende opvattingen over integraal management en decentrale verantwoordelijkheden en maakt patiëntveiligheid tot een logisch onderdeel van de bedrijfsvoering (De Bekker/Van der Steeg, 2005)

Meldingen Categorie 1+2	Meldingen Categorie 1+2	Meldingen Categorie 3	Calamiteiten Categorie 4
Route 1	Route 2	Route 3	Route 4
Individueel	Commissie VIM	MIP-commissie	Raad van bestuur
Eerste hulp bij incidenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melden</li> <li>Registreren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melden</li> <li>Registreren</li> <li>Trendanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melden IGZ</li> <li>Intern onderzoek</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapportage in dossier</li> <li>Aanpassing behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyseren (prisma)</li> <li>Verbetermaatregelen registreren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse</li> <li>Adviseren management</li> <li>Verbetermaatregelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapportage raad van bestuur</li> <li>Verbetermaatregelen</li> </ul>

Tabel 3: Amphia Ziekenhuis, Breda

### Voorbeeld 2

In de Isala kliniek in Zwolle wordt een (bijna) incident ingevuld op het meldingsformulier of digitaal en ingeleverd op de daarvoor afgesproken plaats (kan per zorgteam verschillen). De melding wordt bekeken door één van de leden van de patiëntveiligheidscommissie (PVC). Dit PVC-lid beoordeelt of de informatie op het meldingsformulier voldoende duidelijk is om het (bijna)incident te analyseren. Is dit niet het geval dan worden er door het PVC-lid aan de melder nadere vragen gesteld. Is de informatie op het meldingsformulier compleet, dan deelt het PVC-lid het (bijna) incident al voorlopig in volgens de ernst/risicomatrix. In overleg met het hoofd zorgteam zal per melding worden bekeken of direct (ad hoc) actie moet worden ondernomen of dat dit op een meer systematische manier later kan plaatsvinden.

Aandachtspunten zijn:

- Bij een incident vallend onder risico 'zeer hoog' is het noodzakelijk om: deze direct door te sturen naar de centrale MIP-commissie en snel complete informatie te verzamelen zolang het medisch dossier/de patiënt nog op de afdeling is. Check daarbij of de patiënt is ingelicht. Wordt er te lang gewacht met het onderzoek en communiceren met de patiënt dan blijkt het één en ander erg moeizaam te achterhalen.
- Ter voorbereiding op de PVC-bijeenkomst zoekt de voorzitter van alle bijna-incidenten een aantal voorbeelden met de hoogste risicoscore uit om deze te analyseren volgens de Decentrale Analyse Methode.
- Het Hoofd zorgteam of medisch coördinator zorgt dat tijdens de PVC-bijeenkomst de medische status van de te analyseren (bijna) incidenten aanwezig is.
- Meldingen worden waar mogelijk voorgelegd aan werkgroepen of subcommissies om structurele oplossingen te bedenken.
- Indien acties worden gepland, dient de uitvoering hiervan te worden genoteerd en gecontroleerd.
- Na de PVC-bijeenkomst wordt er een samenvatting van de bespreking waarin aantallen en indeling volgens de ernst/risicomatrix met daarbij de te ondernemen acties gemaakt. Tevens worden de meldingen in de database gevoerd.

### 4.5 Het meldsysteem

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

#### Papierensysteem

Voor het gebruiksvriendelijk maken van een papierensysteem zullen allereerst de meldformulieren makkelijk te vinden moeten 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 papierensysteem is het verstandig dit soort gegevens bij te houden in bijvoorbeeld een excelsheet, zodat trendanalyses kunnen worden uitgevoerd.



## Digitaalsysteem

Bij een digitaalsysteem geldt ook dat het meldsysteem makkelijk toegankelijk moet zijn voor de melders. Bijvoorbeeld door een icoon op de intranetpagina van het ziekenhuis te plaatsen. Gegevens van de ingevulde incidenten worden opgeslagen in een database. Het is van belang door de afdeling ICT te laten controleren 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. Het VIM-team zou daarbij alleen toegang moeten hebben tot de incidenten van de eigen afdeling, de divisie-manager tot al zijn afdelingen, en de centrale VIM-commissie en de raad van bestuur moeten alle meldingen kunnen inzien. Daarnaast dient u na te denken hoe u na afhandeling met de gegevens om wilt gaan. Veel ziekenhuizen kiezen ervoor dat de gegevens van de melder automatisch geanonimiseerd worden na afhandeling van de melding. Dit vanuit privacy overwegingen voor melder en patiënt.

In de database worden per incident (eventueel geanonimiseerd) alle gegevens opgeslagen zodat er trendanalyses kunnen worden gemaakt. Dit biedt de afdeling maar ook de organisatie 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. Hierdoor kan de voortgang bewaakt worden en is er inzicht in welke verbeteracties daadwerkelijk tot een daling van bepaalde incidenten hebben geleid. Het strekt tot aanbeveling ook dit onderdeel op te nemen in het digitale systeem (tevens een eis vanuit de NTA 8009:2007, zie 4.10)

Bij ziekenhuizen die wat langer bezig zijn met VIM is gebleken dat als VIM steeds bekender wordt en de meldingen gaan toenemen, een ziekenhuis eigenlijk niet meer zonder een digitaal systeem kan. Een digitaal systeem wordt dan ook aanbevolen vanuit het VMS Veiligheidsprogramma.

## 4.6 Wat wordt vastgelegd in het meldformulier

In de NTA (paragraaf 4.9.1) is beschreven wat per incident minimaal wordt vastgelegd:

- de datum
- het tijdstip
- de locatie van optreden van het incident
- de toedracht en de mogelijke oorzaken van het incident
- de eventuele gevolgen voor de patiënt
- de classificatie van ernst van het vermoedelijk letsel (zie tabel 1)
- een korte omschrijving van het incident en de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen

Naast bovenstaande punten kan een ziekenhuis 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 of het afdelingsmanagement.

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. Daarbij zal goede feedback aan de melder over de volledigheid van het ingevulde formulier bijdragen aan de acceptatie van het formulier.

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.
- 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).
- Wij adviseren anoniem melden niet volledig uit te sluiten. Wanneer medewerkers in uw ziekenhuis anoniem blijven melden, dan kunt u zich af te vragen hoe zij de patiëntveiligheidscultuur ervaren en is het van belang acties in te zetten om deze te vergroten.

## 4.7 Afstemming tussen VIM- en MIP-commissie

Vanaf 1984 is elk ziekenhuis verplicht, op grond van de Erkenningsisen, een FONA-commissie (later MIP) in te stellen. Die commissie werkte vaak ziekenhuisbreed. Alle meldingen vanuit het hele ziekenhuis kwamen bij de MIP-commissie terecht en zij voerden analyses uit en gaven een terugkoppeling. De rol van deze commissie gaat met de komst van de decentrale VIM-commissies veranderen.

Het is van belang met elkaar opnieuw vast te stellen wat de rol van de 'nieuwe' centrale VIM-commissie wordt. Een ziekenhuis zou ervoor kunnen kiezen de personen die zitting hebben in de MIP-commissie als adviseur/begeleider in te delen bij de VIM-teams die opgestart worden. Een andere optie is de MIP-commissie te behouden en voor specifieke zaken in te zetten. Ziekenhuizen 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. De MIP-commissie kan ook als kenniscentrum patiëntveiligheid een rol vervullen. Een andere mogelijkheid is dat de MIP-commissie de verbeteringen ziekenhuisbreed monitort en de raad van bestuur adviseert over welke risico's er zijn en of er nog acties nodig zijn (bijvoorbeeld advies geven om een prospectieve risico-inventarisatie te doen).



## 5 Uitrol binnen het ziekenhuis

Het is belangrijk de uitrol binnen uw ziekenhuis duidelijk te beschrijven. In dat document is het belangrijk de volgende punten op te nemen:

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

### 5.1 Verbeteren

VIM is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid. Uiteindelijk wilt u deze risico's het liefst wegnemen of beheersen. Verbeteringen moeten leiden tot minder risico's waardoor de kans op incidenten kleiner wordt. Het is belangrijk afspraken te maken bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het invoeren van verbeteracties naar aanleiding van de meldingen. In de NTA 8009:2007 (paragraaf 4.11) wordt deze verantwoordelijkheid aan de lijn toegewezen (dus bij de afdelingsmanager). De afdelingsmanager is degene die bepaald welke verbeteracties worden doorgevoerd en dient de voortgang hiervan te bewaken. Tevens heeft de manager de mogelijkheid wanneer het een overstijgend probleem betreft, de melding te laten escaleren naar een hoger gelegen niveau of de centrale VIM-commissie.

### 5.2 Rapportage

Het is belangrijk op ziekenhuisniveau vast te leggen welke informatie over incidenten naar welke functionaris binnen het ziekenhuis gerapporteerd wordt. Dit dient te gebeuren conform bijlage A uit de NTA (zie tabel A.1). Daarnaast is het van belang ook de stand van zaken rondom de ingezette verbeteracties te rapporteren. De afdelingsmanagers kunnen gevraagd worden om een kwartaalrapportage 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 moet er een mogelijkheid zijn dit risico te laten escaleren naar een hoger niveau in de organisatie. De afdelingsmanager rapporteert over bovenstaande zaken bij zijn leidinggevende.

### 5.3 Verspreiding van verbeteracties

Volgens de NTA is de raad van bestuur verantwoordelijk voor het verspreiden van voorbeelden van goede zorg over de afdelingen en 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 afdelingen of voor de gehele organisatie gelden.

Het is goed om na te denken hoe u deze verbetervoorstellen binnen uw organisatie wilt verspreiden zodat andere afdelingen daarvan kunnen leren. Het verspreiden van goede zorg en verbeteringen blijkt in de praktijk soms erg lastig te zijn. Om de invoering te vergemakkelijken hierbij nog een aantal tips.

### Tips

- Een enthousiaste pilotafdeling die VIM-men tot een succes heeft gemaakt is niet altijd een weerspiegeling van de rest van de organisatie. Het is dan ook niet mogelijk het traject van die afdeling als blauwdruk te nemen om VIM-men verder uit te rollen binnen uw organisatie. Betrek in de beginfase ook afdelingen die wat meer gereserveerd staan t.o.v. het VIM-men. Zij kunnen een grote toegevoegde waarde hebben. De (kritische) input die zij geven kan gebruikt worden om een meer realistisch uitrolplan te maken. Zo voorkomt u dat u later in het traject stagneert (Sarah W. Fraser 2007).
- Vier de successen! Wanneer afdelingen resultaten hebben bereikt is het goed deze aan de rest van de organisatie kenbaar te maken.
- Stimuleer medewerkers om met goede ideeën te komen. Een prijs voor patiëntveiligheid kan medewerkers stimuleren om verbeteringen aan te dragen.
- Laat de VIM-teams van elkaar leren. Organiseer bijeenkomsten waar resultaten kunnen worden uitgewisseld.
- Zorg dat resultaten van het incident melden inzichtelijk zijn voor alle medewerkers. Ontwikkel een nieuwsbrief of zorg dat het een prominente plaats heeft op het intranet.

Dit onderdeel van de VIM-gids is hiermee afgesloten. Deel 2 geeft praktische informatie voor het VIM-team op een afdeling.



# Deel 2

## **Veilig Incident Melden** *op afdelingsniveau*

- 1 Inleiding**
- 2 Mensen maken fouten**
- 3 Verzamelen van incidenten**
- 4 Analyseren van incidenten**
- 5 Terugkoppelen van de resultaten van de analyses**
- 6 Het terugkoppelen van verbetermaatregelen**
- 7 Waar dient u rekening mee te houden bij invoeren van verbeteringen**
- 8 Rapporteren van verbeteracties**
- 9 Literatuurlijst**

# 1 Inleiding

Deel 2 van deze praktijkgids kunt u als hulpmiddel gebruiken tijdens de invoering van het 'VIM-men' als uw afdeling start met Veilig Incident Melden (VIM). Alle stappen die nodig zijn om een goed werkend VIM-systeem op uw afdeling te krijgen worden doorlopen. Tevens staat beschreven aan welke randvoorwaarden het ziekenhuis moet voldoen om een VIM-systeem te kunnen implementeren. Per hoofdstuk wordt aangegeven welke keuzes al gemaakt moeten zijn door uw ziekenhuis voordat uw afdeling kan starten met VIM.

## 1.1 Het samenstellen van het VIM-team

Bij het samenstellen van het VIM-team is het goed als er op ziekenhuisniveau afspraken zijn gemaakt over:

- niveau van melden en analyseren (afdeling, meerdere afdelingen, divisieniveau)
- beschikbare tijd voor het VIM-team
- scholing VIM-team
- routing en tijdsfad VIM-melding
- de 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, een arts-assistent 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 afdeling 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 moet worden teruggekoppeld (bijvoorbeeld een algemeen overzicht van meldingen en geadviseerde verbeteracties).

- In de beginfase kan het ook nuttig zijn om 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).

## 1.2 Taken en verantwoordelijkheden van het VIM-team

Voordat gesproken kan worden over taken en verantwoordelijkheden zou het volgende al bepaald moeten zijn:

- wat er gemeld gaat worden, en daarmee in samenhang welke definitie van het woord 'incident' gebruikt wordt
- of er in de organisatie ook anoniem gemeld kan worden

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 samen keuzes te maken, u kunt denken aan de volgende onderdelen:

- creëren van een veilige omgeving om te melden
- stimuleren van collega's om (bijna)incidenten te melden
- verzamelen van de incidenten
- analyseren van de incidenten
- terugkoppelen van de resultaten van de analyses
- zorg dragen voor het invoeren van verbeteringen
- rapporteren van verbeteracties

## Creëren van een veilige omgeving om te melden

Een veilige werkomgeving is onmisbaar om VIM te laten slagen. Collega's 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. Een methode om inzicht te krijgen in allerlei aspecten van de cultuur op een afdeling is de COMPaZ-enquête. Overleg met uw leidinggevende of het verstandig is deze enquête op de afdeling uit te voeren (voor meer informatie [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)).

## Stimuleren van collega's

Als VIM-team bent u verantwoordelijk voor de afhandeling van meldingen die op de afdeling 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 op uw afdeling 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 van de afdeling 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 het afdelingshoofd heeft een belangrijke voorbeeldfunctie om medewerkers te stimuleren incidenten te melden, door ondersteuning te bieden en zelf hierin het goede voorbeeld te geven. Door niet alleen te zeggen dat het belangrijk is, maar ook te laten zien dat het belangrijk is. 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.

## 2 Mensen maken fouten

Als VIM-team zult u incidenten analyseren en op basis hiervan verbeteringen adviseren.

Om tot de juiste verbeteringen te komen, is het goed te realiseren dat de mens zijn beperkingen heeft. Wanneer u rekening houdt met deze beperkingen 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 (het ligt niet aan mij als persoon maar aan de omstandigheden waarin het is gebeurd) en is de kans groot dat er meer wordt gemeld.

Over het maken van fouten bestaan 2 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.

Als mens maken we allemaal 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 ziekenhuis waar de patiënt schade op kan lopen.

### 2.1 Begrijpen van ons gedrag

Dankzij onze zintuigen en ons zenuwstelsel beschikken we over een ingenieus systeem om informatie over de ons omringende wereld waar te nemen. Nog afgezien van de mogelijke gebreken die de zintuigen zelf kunnen vertonen (slechtziendheid, doofheid) zijn ze nogal beperkt in de mogelijkheden. Zo neemt ons gehoor alleen die geluiden waar die binnen bepaalde frequenties liggen en ook het licht-spectrum kent gebieden waar onze ogen ongevoelig voor zijn. Door adaptie merken we lang aanhoudende signalen op den duur niet meer op. Bovendien kunnen we door allerlei invloeden behoorlijk gedesoriënteerd raken of anderszins de verkeerde beslissingen nemen. In verreweg de meeste gevallen redden we ons heel aardig met de zintuiglijke prikkels die we opvangen. Bij de interpretatie van die prikkels kunnen we echter ook fouten maken en dat kan soms vervelende consequenties hebben (Biber-Klever L.G., Informatiebeveiliging 2007).

De menselijke hersenen werken op 3 verschillende niveaus (Rasmussen J, 1983) namelijk: niveau van vaardigheden, van regels en kennis. Deze 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 (zie grafiek 1).

Bewustzijnsniveau				
Soort situatie	Situaties	Bewust	Gemixt	Automatisch
	Routine			Vaardigheden
	Getraind voor deze specifieke problemen		Regels	
	Nieuwe problemen	Kennis		

Grafiek 1: niveaus van gedrag in samenhang met mate van controle en soort situatie.

### 2.2 Vaardigheidsniveau/automatische piloot

Onder het vaardigheidsniveau vallen alle handelingen die men zich door oefening heeft eigen gemaakt en die men kan uitvoeren zonder er bewust over na te denken – het zijn automatismen geworden.

Neem bijvoorbeeld het schrijven van uw naam in het verpleegkundig dossier. We plegen deze handeling meerdere keren per dag zonder dat het erg veel moeite kost. Dankzij het feit dat deze handeling volledig automatisch kunnen uitvoeren, zijn we in staat tegelijkertijd iets te doen waar we wel onze aandacht bij nodig hebben zoals bijvoorbeeld visite lopen. Fouten op dit niveau worden vaak gemaakt door het afdwalen van de aandacht, onderbrekingen, het onjuist waarnemen van zaken, zaken weglaten of door het door elkaar halen.

#### Regelniveau

De handelingen op regelniveau berusten op het welbewust afwerken van bestaande procedures. In tegenstelling tot het vaardigheidsniveau kunt u hierbij niet op routine varen, maar moet u welbewust een vaste reeks handelingen uitvoeren. Een voorbeeld hiervan is medicatie delen op een verpleegafdeling, zoals het checken van medicatie, het aftekenen en het uitdelen aan patiënt.

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

Op kennisniveau worden al uw acties benoemd 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 juist 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.

Een voorbeeld hiervan is het verbinden van een complexe wond. De verpleegkundige doet dit op basis van informatie (de wond) en kennis (over de soort wond en de daarbij horende verzorging) wat leidt tot een weloverwogen besluit hoe de wond te verbinden.

Fouten op dit niveau komen voort uit beperkingen van het menselijk brein en onvolledige en/of onjuiste kennis. Oorzaken kunnen zijn: selectiviteit waarbij gelet wordt op de verkeerde zaken en niet de goede, een beperkt werkgeheugen, teveel zelfvertrouwen 'ik weet het wel', 'ik heb al eerder met dit bijltje gehakt' (Biber-Klever L.G., Informatiebeveiliging 2007).

Het is echter goed te weten dat onder stress als eerste het gedrag op kennis-niveau wordt 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 kan doen.

### Goed om te weten over het menselijk brein

De mens gebruikt aanwezige capaciteit van zijn hersenen niet altijd juist.

F. Bacon schreef in 1620 al dat de mens goed met positieve beweringen kan omgaan terwijl hij buitengewoon slecht overweg kan met negatieve uitspraken. Het menselijke brein is daarbij meer ontvankelijk voor goed nieuws dan voor slecht nieuws.

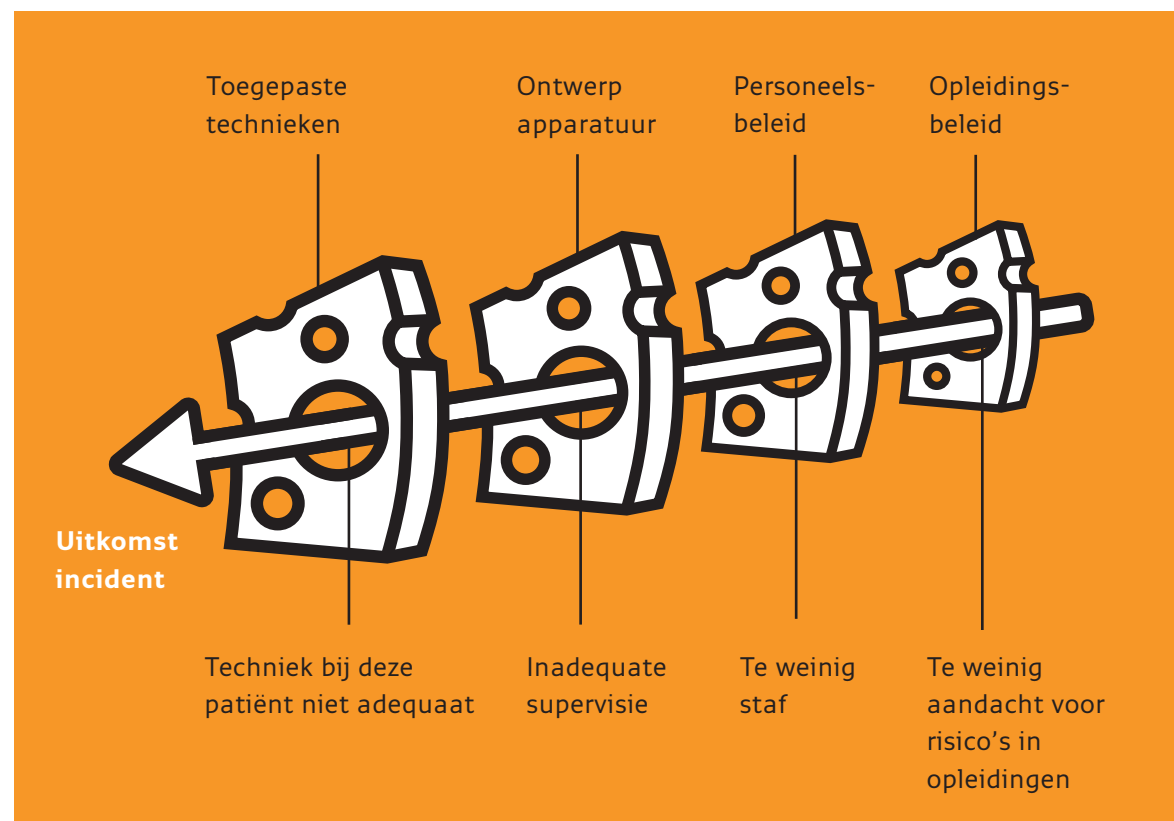
Wanneer in de menselijke geest eenmaal een mening heeft postgevat, dan selecteert hij alleen informatie die de mening ondersteunt. Deze fouten kan men verklaren door een algemeen aanwezig principe. Wanneer twee verschillende dingen een op een bij elkaar passen, dan heeft ons brein al een verband gelegd of het nu logisch is of niet. Met andere woorden, de mens redeneert in de eerste plaats niet door logisch na te denken, maar door patronen te onderkennen.

Verder probeert de mens het inschatten van waarschijnlijkheden en verwachte uitkomsten sterk te vereenvoudigen door het toepassen van vuistregels. Hoewel dit vaak handig is, kan het leiden tot forse en systematische fouten.

### 2.3 Systeemfouten

Wanneer u weet dat de mens zijn beperkingen heeft, is het goed hier binnen het ziekenhuis rekening mee te houden. Wanneer u processen op de afdeling 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 na te gaan hoe het nu precies gebeurd is dat deze persoon de fout heeft kunnen maken. Werd hij afgeleid, moest er teveel werk tegelijkertijd worden verzet, was het protocol onduidelijk? Een methode om een degelijke analyse te maken, is de PRISMA-analyse. Verderop in deze praktijkgids wordt uitgelegd hoe een analyse tot stand komt.

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 kaas model.



Figuur 1: het Zwitsers kaas model (Reason, 1990)

## 3 Verzamelen van incidenten

Voordat tot verzamelen van incidenten overgegaan kan worden, is het goed dat uw ziekenhuis een keuze heeft gemaakt over de routing van incidenten afhankelijk van ernst en frequentie en dat deze routing bij het VIM-team bekend is. Hierbij kan bijvoorbeeld de afspraak gemaakt zijn dat bij een fataal of zeer ernstig incident de raad van bestuur 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 eerst een procedure op te stellen waarin staat vermeld op welk moment de melding onder de aandacht dient te worden gebracht van deskundigen in de organisatie zoals de apotheker en de klinisch chemicus. De procedure voor het afhandelen van incidenten (digitaal of op papier) is ziekenhuisbreed vastgelegd (zie ook de afspraken in de NTA 8009:2007, 3.5, 4.9.1. en bijlage A).

Vervolgens is het goed binnen het VIM-team afspraken te maken over:

- Wie binnen het VIM-team als eerste kijkt naar de binnengekomen meldingen en alvast zorg draagt voor het verzamelen van ontbrekende informatie (door de melder te bevragen of gegevens uit het dossier te verzamelen). Vaak wordt deze taak toebedeeld aan de voorzitter van de werkgroep. Hij of zij kan deze taak ook (bv. per maand) delegeren aan één van de teamleden. Op deze manier wordt voorkomen dat informatie wordt gemist en kan er gelijk begonnen worden met de analyse als het VIM-team bij elkaar komt.
- Wie van de teamleden de melding verwerkt (hetzij op papier of digitaal). Hierbij dient onderling duidelijkheid te zijn over de te hanteren procedure (wat wordt er op welke manier genoteerd?).
- Hoe om te gaan met meldingen die een afdelingsoverstijgend karakter hebben. Het VMS Veiligheidsprogramma adviseert u alleen meldingen af te handelen die binnen de eigen beïnvloedingsfeer liggen en overige meldingen door te sturen naar de MIP-commissie, of het VIM-team van de betrokken afdeling.
- Over het gezamenlijk of individueel analyseren van incidenten. Er kan voor gekozen worden dat ieder teamlid alvast een aantal conceptbomen (analysemethode) maakt, die dan als team met elkaar worden besproken en vastgesteld.



## 4 Analyseren van de incidenten

Voor het analyseren van meldingen is het goed als er op ziekenhuisniveau een beslissing is gemaakt over de volgende punten:

- welke incidenten geanalyseerd worden
- welke analysemethode gebruikt wordt
- binnen hoeveel tijd een terugkoppeling verwacht wordt
- wanneer en hoe de teams getraind worden in de analysemethode

Voordat u incidenten gaat analyseren, bespreekt u binnen uw VIM-team welke meldingen onder uw verantwoordelijkheid vallen en welke meldingen doorgestuurd worden naar de raad van bestuur of centrale meldingscommissie. Deze procedure is organisatieafhankelijk en u dient zich op de hoogte te stellen wat de afgesproken procedure is binnen uw instelling. Ook is het goed te bespreken welke meldingen wel of niet geanalyseerd dienen te worden. Op basis van de risicoscore kan bijvoorbeeld de afspraak gemaakt worden groene meldingen alleen te analyseren als er een trend waar te nemen is.

De ervaring leert ons dat, ondanks het feit dat er door het starten met VIM meer incidenten worden gemeld, dit zeker nog niet alles betreft wat mis gaat.

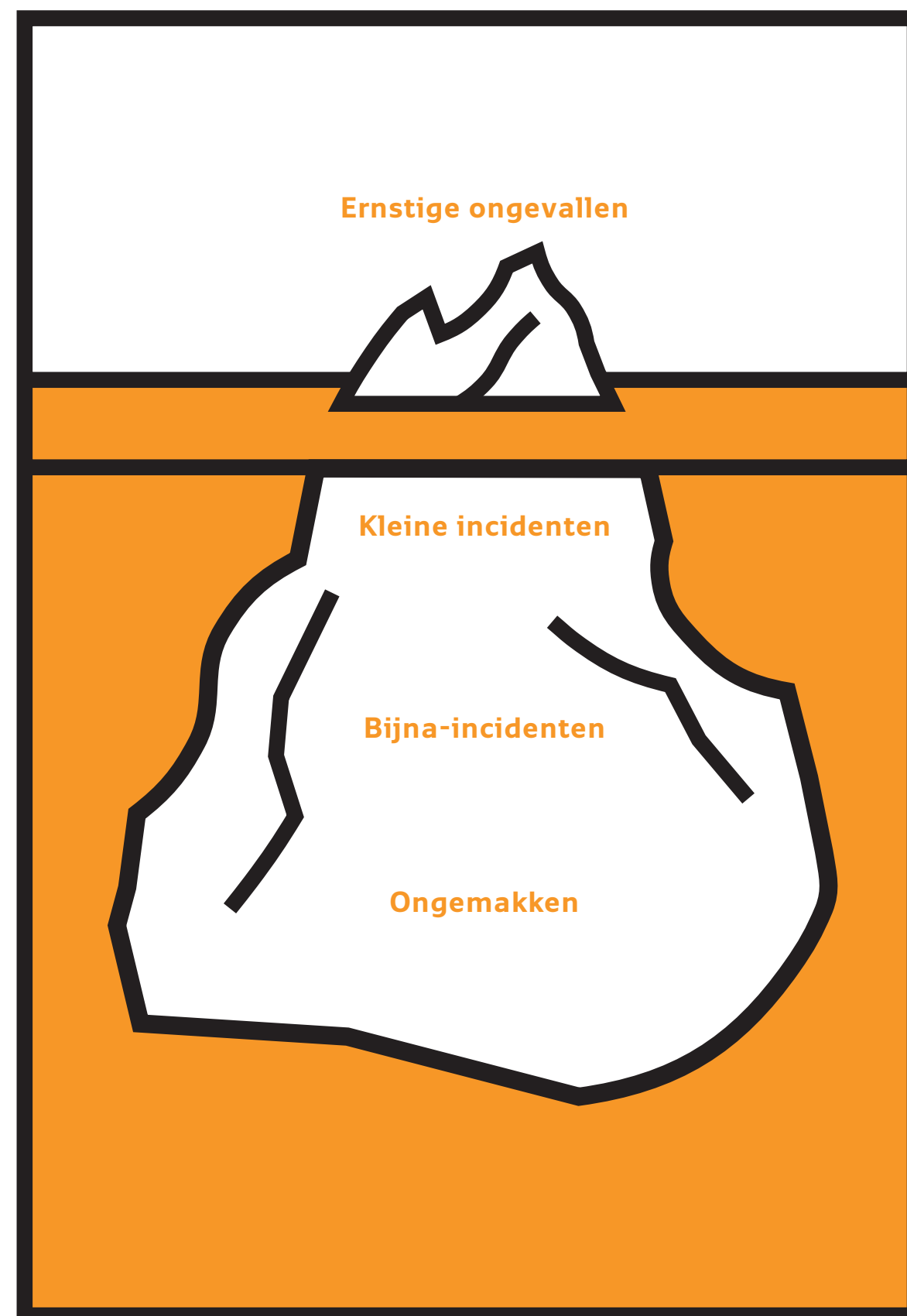
Dit is goed te zien in figuur 2. Het topje van de ijsberg zijn de ernstige ongevallen (calamiteiten), maar onder water liggen nog erg veel kleinere incidenten die niet gemeld worden. Op basis van analyses van calamiteiten weten we dat hier aan voorafgaand zich meerdere kleinere incidenten kunnen voordoen. Daarom is het belangrijk juist de kleinere incidenten en bijna incidenten te onderzoeken. Een voorbeeld: een aantal keren werd net voorkomen dat medicatie in plaats van via de voedingssonde via het infuus werd gegeven omdat de systemen erg op elkaar lijken. Maar één keer ging het mis met ernstige gevolgen voor de patiënt. De voorkeur gaat er wel naar uit om alle incidenten te analyseren maar wellicht niet alle even uitgebreid.

Een melding kan geanalyseerd worden met behulp van verschillende methoden, zoals SIRE, DAM en PRISMA (zie deel 1, pagina 18). Bij het analyseren van incidenten wordt net zo vaak de 'waardoor' vraag gesteld tot onderliggende oorzaken zijn gevonden. In de internationale literatuur wordt dit Root cause analyse genoemd. Bovenstaande methode maken allemaal gebruik van deze Root cause analyse. De SIRE-, DAM- en PRISMA-methoden verschillen in de mate waarin informatie wordt uitgeplozen om de juiste basisoorzaken van een incident te achterhalen en in het classificeren van basisoorzaken. Binnen deze praktijkgids is de keus gemaakt de PRISMA-methode verder uit te werken. De PRISMA-methode is voor de gezondheidszorg ontwikkeld door dr. T.W. van der Schaaf en heeft als voordelen:

- De methode voorziet in een snelle manier om incidenten te analyseren.
- De methode gaat terug tot een aantal vaste basisoorzaken. Alle basisoorzaken bij elkaar genomen vormen een profiel dat gebruikt kan worden voor verdere verbeteringen.
- Door de classificatie zijn trends waarneembaar.
- Door een vaste classificatie zijn trends van afdelingen en ziekenhuizen onderling te vergelijken.

De PRISMA methode bestaat uit 3 hoofdcomponenten, namelijk:

- 1 Opstellen van een oorzakenboom van het incident
- 2 Classificeren van de basisoorzaken
- 3 Vertaling naar structurele maatregelen

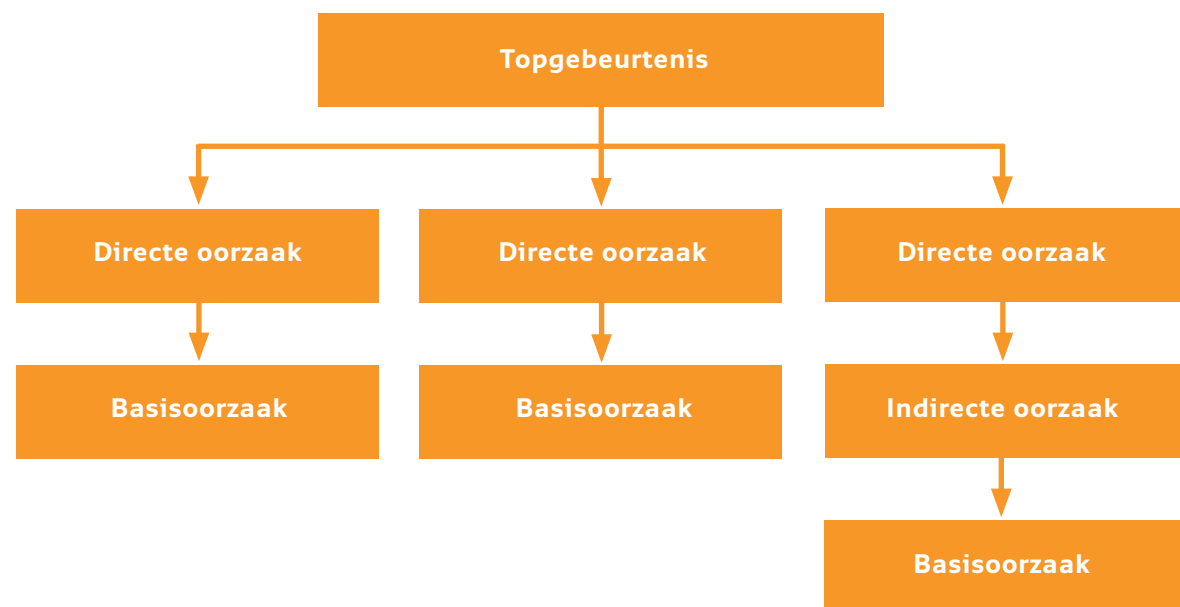


Figuur 2

## Het opstellen van een oorzakenboom

Van elk incident dat geanalyseerd wordt, stelt u een oorzakenboom op. Met een oorzakenboom kunnen de achterliggende factoren, omstandigheden en beslissingen worden achterhaald die ten grondslag liggen aan het (bijna)incident.

Een oorzakenboom heeft de volgende opbouw:



Een oorzakenboom kunt u niet altijd gelijk opstellen aan de hand van het meldingsformulier dat u als VIM-team binnenkrijgt. Soms ontbreekt er noodzakelijke informatie om tot een volledige analyse te kunnen komen. U kunt wel een 'concept' oorzakenboom maken en de ontbrekende informatie proberen te achterhalen bij de melder. Wanneer er sprake is van een anonieme melding ontbreekt deze mogelijkheid.

## Het benoemen van de topgebeurtenis

Als eerste is het belangrijk de topgebeurtenis te benoemen. De topgebeurtenis is de zichtbare objectieve aanleiding voor de analyse en bestaat uit de onderdelen 'wie' en 'wat'. Tevens kunt u de keuze maken om in de topgebeurtenis het gevolg voor de patiënt te beschrijven. De vraag die gesteld wordt is: 'Wat is er anders gegaan dan de bedoeling was?'

Voorbeelden van topgebeurtenissen zijn:

- Een patiënt krijgt Lanoxine i.p.v. Lasix i.v. voorgeschreven met hartritme problemen tot gevolg.
- Een noodoproep voor het reanimatieteam werd niet beantwoord, met gevolg dat de reanimatie later werd opgestart.
- Een patiënt die net uit een ander land kwam is niet in quarantaine gegaan bij opname, met de besmetting van MRSA van een patiënt tot gevolg.
- Een patiënt ontwikkelt een blaasontsteking na een operatie doordat de blaaskatheter te lang in situ was.
- Een patiënt is gevallen en brak daarbij haar heup.

Een topgebeurtenis wordt ook bepaald als er sprake is van een bijna-incident, zoals bijvoorbeeld:

- Een patiënt slikt bijna de verkeerde medicatie.
- Een patiënt krijgt bijna verkeerde infuusvloeistof toegediend.
- Het bloed voor bloedtransfusie werd bijna verwisseld.

## Het benoemen van de directe oorzaken

Onder de topgebeurtenis staan de directe oorzaken van een incident. De directe oorzaak betreft vaak de laatste handeling aan de patiënt voorafgegaan aan het incident. De directe oorzaken zijn te vinden door de waar-door-vraag te stellen. Belangrijk is hierbij de chronologie goed in de gaten te houden.

De directe oorzaken van het bijna-incident 'het bloed voor de patiënt werd bijna verwisseld' kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Verkeerde geboortedatum geprint op de sticker van het toe te dienen bloed.
- Geen controle van het toe te dienen bloed aan het bed van de patiënt.

Van het incident 'patiënt slikt verkeerde medicijn' was een directe oorzaak:

- Verpleegkundige had medicatie niet gestopt op de cardex en niet verwijderd uit de medicatiekar.

### Het opzoeken van de indirecte en basisoorzaken

Als de directe oorzaken zijn gevonden, kunt u per oorzaak opnieuw de waardoor-vraag stellen om de reden van optreden van de directe oorzaak te achterhalen. Zo komt u achter de indirecte oorzaken. Hiermee gaat u door u tot u de basisoorzaak heeft gevonden of één van de twee stopregels aan de orde is:

- 1 Er is geen sprake meer van objectieve feiten, maar u moet gaan gissen
- 2 De oorzaken komen buiten de organisatie te vallen

Bij een anoniem gemeld incident is stopregel 1 sneller van toepassing dan bij incidenten waar u nog navraag kunt doen bij de melder. De oorzaken die nu onderaan de boom staan vermeld, zijn de zogenoemde basisoorzaken waarmee u verder gaat naar stap 2 van de PRISMA-analyse.

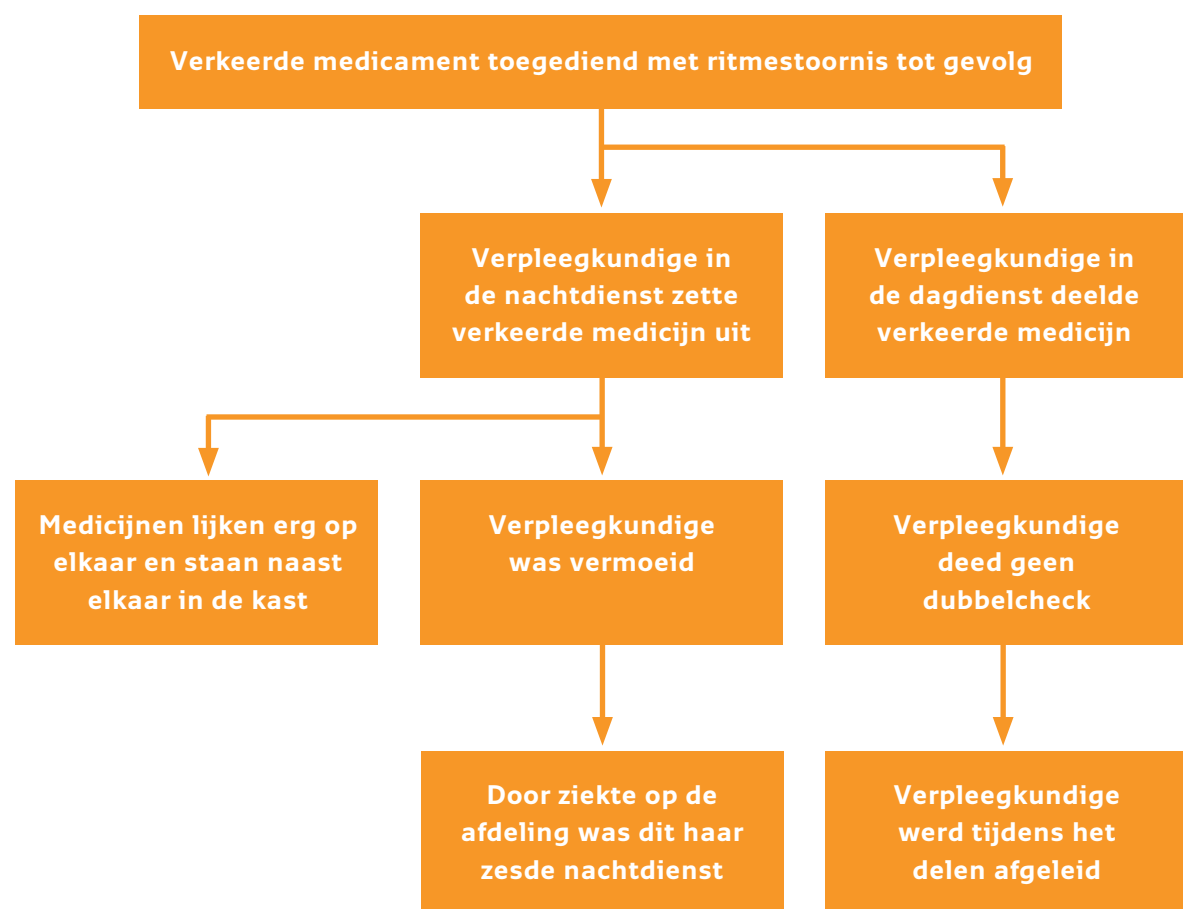
De indirecte oorzaken bij de directe oorzaak 'verpleegkundige in de nachtdienst zette verkeerde medicijn uit' zijn bijvoorbeeld:

- De verpleegkundige was vermoeid.
- De medicamenten lagen naast elkaar in de medicijnkast.
- De verpleegkundige voerde tijdens de dagdienst geen dubbelcheck uit.

Als u deze indirecte oorzaken verder gaat analyseren, kunt u erachter komen dat:

- Het de zesde nachtdienst was van een verpleegkundige die zij had overgenomen van een zieke collega.
- De medicijnen erg veel op elkaar lijken qua naam en naast elkaar staan in de medicijnkast.
- In de dagdienst de verpleegkundige afgeleid was doordat een patiënt haar riep tijdens het medicatie delen.

In een oorzakenboom ziet dit er als volgt uit:



### Het benoemen van EN-poorten

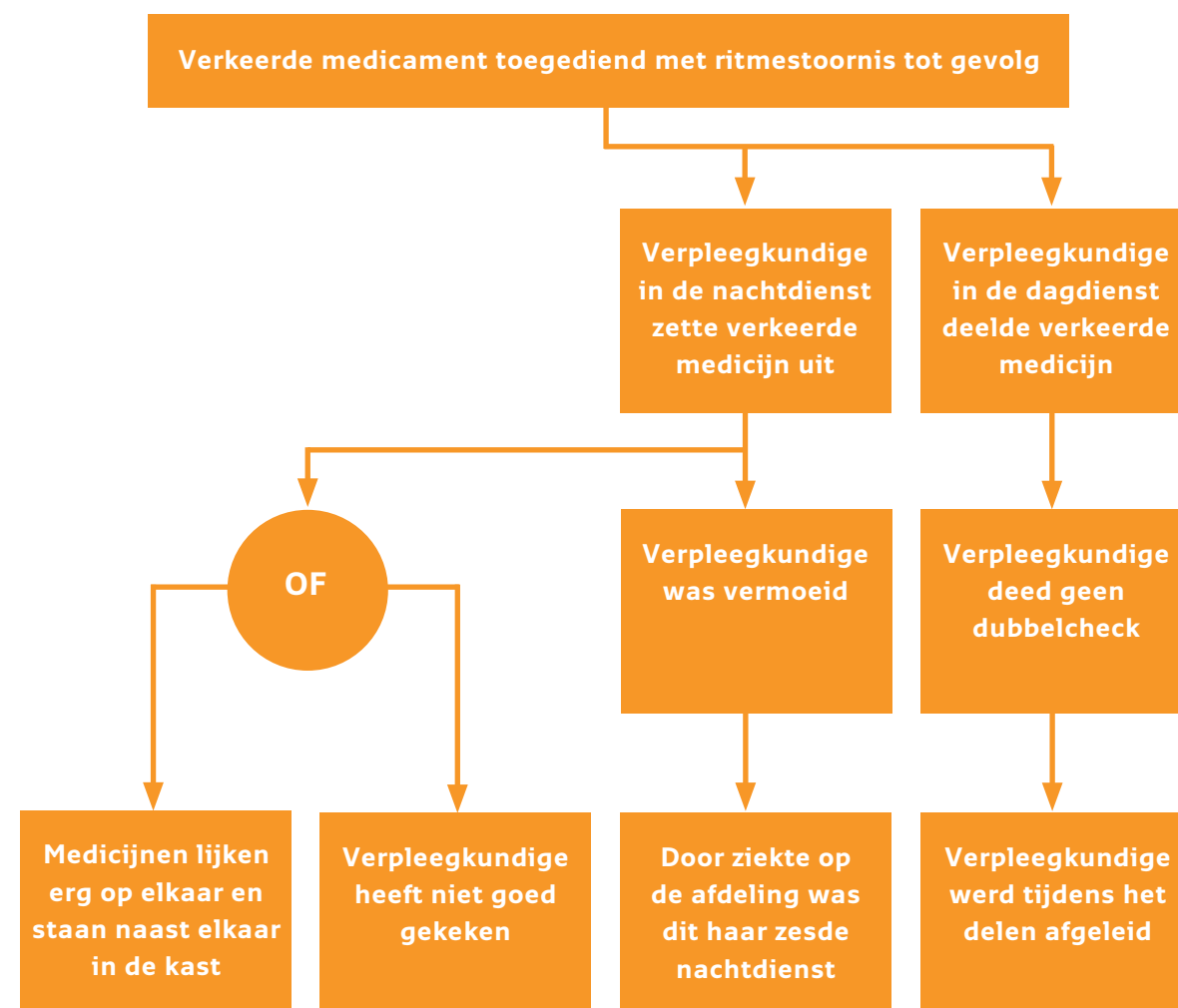
Bij een incident is er zelden sprake van één oorzaak die tot een incident heeft geleid. Er liggen altijd meerdere oorzaken aan ten grondslag. Deze oorzaken naast elkaar worden de EN-poorten genoemd.

### Het benoemen van OF-poorten

Bij het maken van een conceptboom wordt er soms aan oorzaken gedacht die mede het incident veroorzaakt hebben, maar waarvan dit nog niet geheel helder is. Soms zijn er oorzaken waarvan niet geheel duidelijk is of zij

een bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van het incident. Al deze mogelijke oorzaken kunt u in een conceptboom zetten en zolang er geen duidelijkheid is of dit tot het incident heeft geleid worden dit OF-poorten genoemd. In de definitieve boom zijn al deze vragen beantwoord en heeft u van de OF-poorten EN-poorten gemaakt. Het kan ook zijn dat het niet tot de daadwerkelijke oorzaken behoorde en dan dient u de OF-poort te verwijderen.

In een oorzakenboom ziet dit er als volgt uit:





### De herstelzijde bij een bijna-incident

Wanneer er sprake is van een bijna-incident heeft iets of iemand voorkomen dat het incident plaats vond. Er heeft een herstel plaats gevonden waardoor het net goed is gegaan. Wanneer het team een analyse maakt van een bijna-incident wordt ook deze herstelkant benoemd. Namelijk door u af te vragen 'waarvoor' het incident niet heeft plaatsgevonden. De herstelkant kan acties bevatten die gepland of ongepland waren.

### Gepland herstel

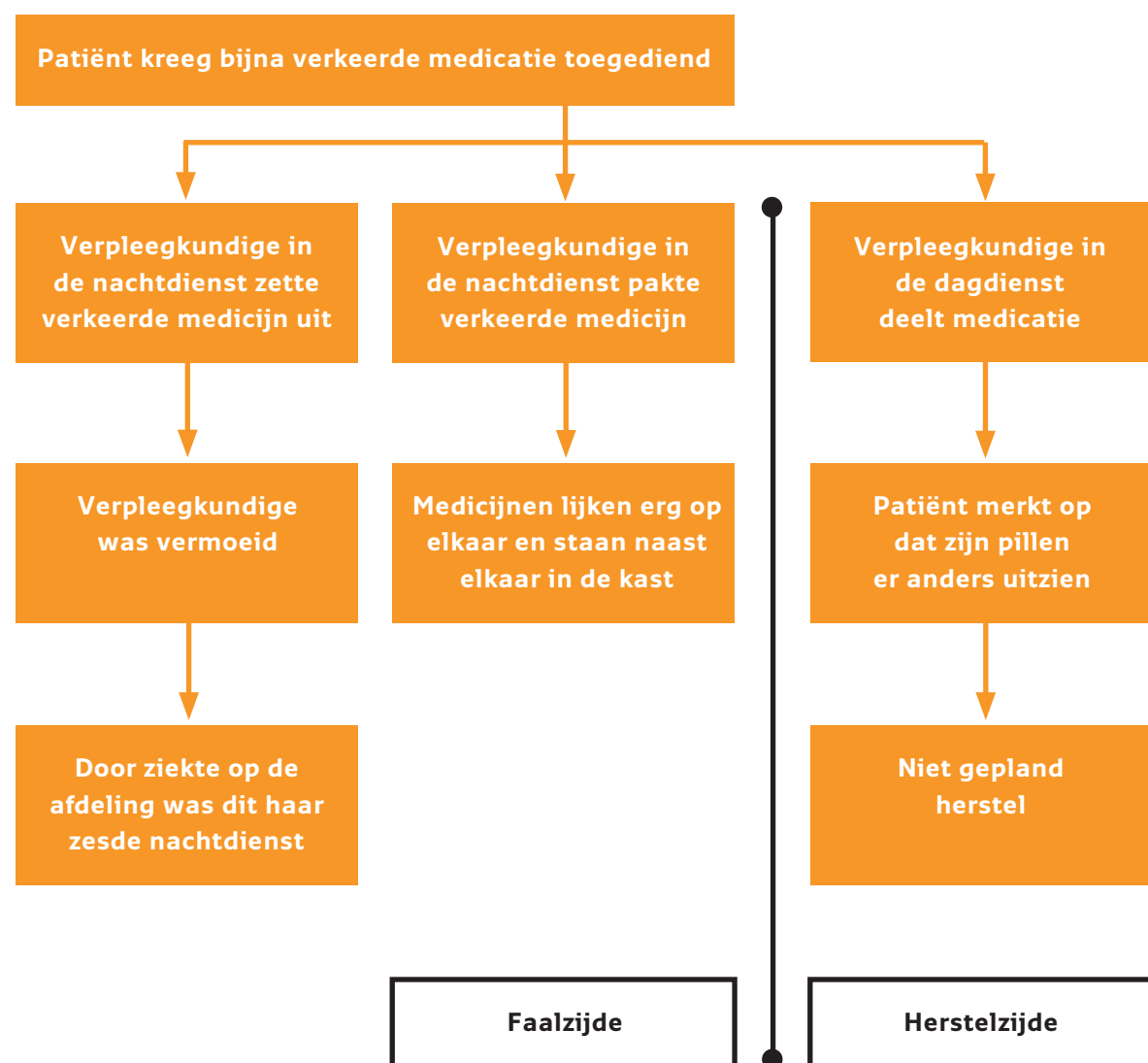
Er is sprake van gepland herstel wanneer de handeling die tot het herstel geleid heeft als veiligheidsbarrière in het proces is ingebouwd. Wanneer er op de afdeling altijd door een

verpleegkundige een dubbelcheck wordt gedaan op de infuusvloeistof en snelheid en zij ontdekt daarbij dat het infuus niet juist staat ingesteld, dan betreft dit een gepland herstel.

### Ongepland herstel

Het herstel vindt per ongeluk plaats. Een verpleegkundige ziet toevallig dat een infuus wel op een erg rare snelheid staat ingesteld. Zij gaat dit na in het verpleegkundig dossier en het blijkt inderdaad niet te kloppen. De verpleegkundige past daarop de snelheid van het infuus aan. Deze controle gebeurde op basis van toeval en wordt dan ook een ongeplande herstelactie genoemd.

In een oorzakenboom ziet dit er als volgt uit:



Na de indeling in gepland of ongepland herstel kunt u de basisoorzaken van herstel indelen in technische, menselijke of organisatorische basisoorzaken. Hieronder vindt u een aantal voorbeelden:

- Technische: de computer van de apotheek die aangeeft dat medicijnen niet tegelijk gegeven mogen worden terwijl dat wel op de medicatieopdracht staat.
- Menselijk: verpleegkundige ontdekt een verkeerde patiëntensticker op labaanvraagformulier. Of patiënt gerelateerd: een patiënt geeft aan dat hij een tablet heeft gekregen dat hij niet kent.
- Organisatorisch: een protocol waarin de dubbelcheck van medicatie is vastgelegd.

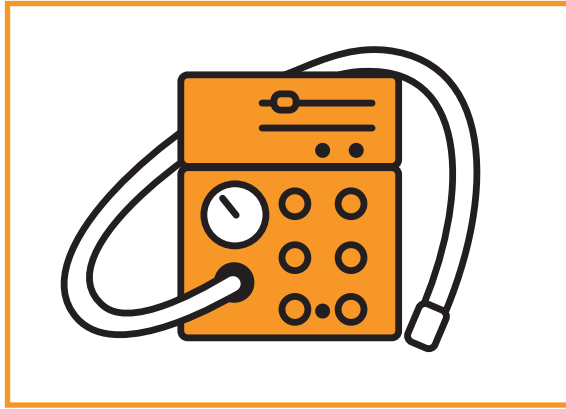
Wanneer er sprake is van een geplande barrière kunt u als team vaststellen dat deze goed heeft gewerkt. Indien er sprake is van een ongepland herstel is het goed om als VIM-team te kijken of het een verbeteractie betreft als u deze ongeplande herstelmaatregel als barrière in kunt bouwen. Ongeplande herstelacties leveren vaak veel informatie op over mogelijke verbetermaatregelen.

### De oorzakenclassificatie

De uitkomst van stap 1 is een oorzakenboom die aangeeft hoe het (bijna)incident heeft kunnen ontstaan. Vervolgens gaat het VIM-team de basisoorzaken classificeren. Voor die classificatie kunt u het Eindhoven Classificatie Model (ECM) (Schaaf, van de, 2005) gebruiken (zie bijlage 1). De basisoorzaken die na het analyseren onder aan de boom worden verder geclassificeerd door ze toe te wijzen aan één van de categorieën van het Eindhoven Classificatie Model. De categorieën zijn:

- Technisch
- Organisatorisch
- Menselijk
- Overig

Door stelselmatig alle categorieën bij het classificeren langs te lopen, zorgt u ervoor dat u als VIM-team breed blijft kijken en niet te snel de conclusie trekt dat de basisoorzaak geclassificeerd moet worden als menselijk terwijl er eigenlijk sprake is van een technisch of organisatorisch falen. Iedere classificatie kent nog een aantal subclassificaties. Wanneer u heeft vastgesteld of de classificatie technisch, organisatorisch, menselijk of overig is kunt u kijken welke subclassificatie daarbij hoort.



### **Technische basisoorzaken**

De eerste vraag die u zich als team dient te stellen is of de oorzaak technisch van aard was. Indien u hier ja op antwoordt, gaat u kijken welke technische oorzaak het betrof:

#### *Technisch extern (T-EX)*

Technische factoren die niet binnen het bereik van het ziekenhuis liggen om op te lossen zoals een apparaat dat niet op tijd binnen is gekomen terwijl het wel op tijd besteld is of omdat de fabriek, waar dit apparaat gemaakt wordt, plotseling is gesloten.

#### *Technisch ontwerp/design (TD)*

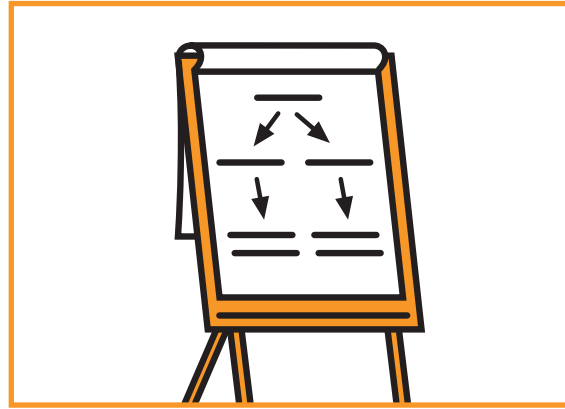
Dit betreft het ontwerp van een product. Bijvoorbeeld bij de aanschaf van een nieuwe infuuspomp blijken de cijfers in een andere volgorde te staan als bij de overige infuuspompen in huis, waardoor iemand een fout maakt met intoetsen van de hoeveelheid infuusvloeistof die een patiënt toegediend moet krijgen. Een ander voorbeeld is dat de zuurstofklokken op de persluchtaansluiting passen, waardoor een patiënt geen zuurstof maar perslucht krijgt toegediend.

#### *Technisch constructie (TC)*

Dit gaat om de manier waarop een apparaat in elkaar gezet is. Het ontwerp is goed, maar dit specifieke apparaat heeft een fout. Bijvoorbeeld een beademingsapparaat dat na reiniging niet juist in elkaar is gezet. Met als gevolg dat de patiënt niet op de juiste wijze beademd wordt.

#### *Technisch materiaal (TM)*

Het materiaal is niet goed of verouderd. Bijvoorbeeld een infuusstandaard die in elkaar zakt of een bed waarvan de elektronische afstandsbediening van het voeteneind stuk is en waardoor de patiënt zich bezeerd.



### **Organisatorische basisoorzaken**

Wanneer u heeft geconcludeerd dat de oorzaak niet technisch van aard is, dient u zich als team de vraag te stellen of hij organisatorisch van aard kan zijn. Indien u hier ja op antwoordt kijkt u verder of u kunt nagaan welke organisatorische oorzaak het betreft.

#### *Organisatorisch extern (O-EX)*

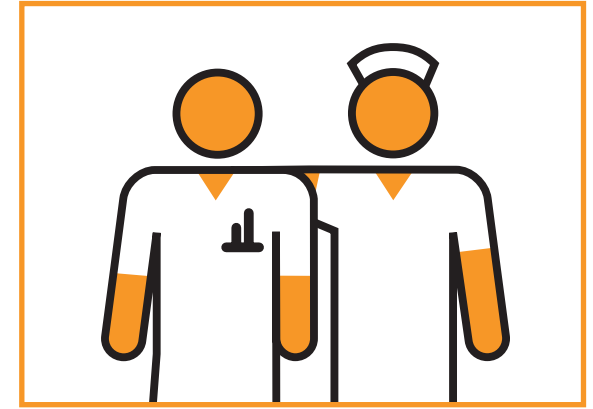
Bijvoorbeeld dat een andere organisatie patiëntengegevens van een onderzoek dient op te sturen maar dit niet heeft gedaan waardoor een patiënt een bepaalde ingreep niet kan ondergaan.

#### *Organisatorisch kennisoverdracht (OK)*

De volgende klasse is die van de kennisoverdracht. Het betreft hierbij wel overdracht voor een specifieke groep medewerkers, namelijk alle nieuwe en onervaren medewerkers. Bijvoorbeeld als er voor nieuwe medewerkers geen gedegen inwerkprogramma is waardoor de nieuwe medewerker niet wist wat hij precies moest doen. Hij kende het reanimatienummer niet en het duurde langer voordat het reanimatieteam werd gebeld.

#### *Organisatorisch protocollen (OP)*

Hierbij gaat het om het ontbreken van protocollen, het niet vindbaar zijn van protocollen of het onduidelijk zijn van de protocollen, maar ook procedures en andere officiële regels vallen onder deze categorie. Bijvoorbeeld: de protocollen zijn er wel maar het computersysteem werkt zo traag dat ze niet kunnen worden nagezocht.



### **Menselijke basisoorzaken**

Wanneer u ook op de vraag organisatorisch met nee heeft geantwoord, dient u zich de vraag te stellen of de basisoorzaak menselijk van aard is en zo ja welke.

De subclassificatie van de menselijke categorie is, zoals u in het schema in bijlage 2 kunt zien, verdeeld over gedrag gebaseerd op kennis, gedrag gebaseerd op vaardigheden en gedrag gebaseerd op regels.

#### *Menselijk extern (H-EX)*

Hierbij betreft het menselijk handelen buiten de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als een medewerker van een bouwbedrijf raakt de waterleiding van het ziekenhuis waardoor er geen water meer beschikbaar is.

#### *Menselijk redeneren (HKK)*

Deze klasse gaat op als het om een tekort aan kennis in nieuwe situaties gaat. Bijvoorbeeld een medewerker die uitleg heeft gehad over het gebruik van nieuw fixatiemateriaal maar het in de praktijk verkeerd toepast met als gevolg dat de patiënt uit bed valt en zijn heup breekt.

#### *Menselijk kwalificaties (HRQ)*

Deze categorie is van toepassing als iemand iets doet dat hij eigenlijk niet mag doen gezien zijn kwalificaties. Een leerling-verpleegkundige die nog niet competent is en zelfstandig intraveneuze medicatie toedient met gevolg dat ze het middel te snel toedient met onwel worden van de patiënt tot gevolg.

*Organisatorisch managementprioriteiten (OM)*  
Managementprioriteiten is een klasse die aan de orde is als er een risicovolle situatie ontstaat door een beslissing vanuit het management, bijvoorbeeld als er iemand ziek is in een dienst en de leidinggevende kiest ervoor om deze persoon niet te laten vervangen. De verpleegkundige die het tekort moet opvangen heeft het te druk en vergeet een patiënt medicatie te geven.

#### *Organisatorisch cultuur (OC)*

Cultuur is aan de orde als het gaat om handelingen die voortkomen uit een gezamenlijk gedachtegoed met het gevolg dat risico's worden onderschat of gebagatelliseerd. Het betreft dus risicovol gedrag van een hele groep medewerkers en niet zozeer van één persoon. Bijvoorbeeld er dient een dubbelcheck plaats te vinden op alle medicatie maar het team ziet de meerwaarde er niet van in en voert het protocol niet uit, met verstrekking van het verkeerde medicijn tot gevolg.

### Menselijk coördinatie (HRC)

Het betreft deze oorzaak als er sprake is van onvoldoende afstemming en coördinatie tussen medewerkers. Bijvoorbeeld een patiënt krijgt eten van de voedingsassistente terwijl hij nuchter had moeten zijn met gevolg dat het onderzoek niet kan doorgaan. De verpleegkundige dacht dat dit al aan haar was overgedragen door een collega en heeft de voedingassistente niet meer geïnformeerd.

### Menselijk verificatie (HRV)

Er is hier sprake van wanneer er niet aan alle voorwaarden wordt voldaan voordat de taak uit wordt uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is een laborante die bloed afneemt af bij de verkeerde patiënt omdat er geen controle heeft plaats gevonden van de naam en geboortedatum van de patiënt.

### Menselijk interventie (HRI)

Bij deze categorie gaat het om het verkeerd uitvoeren van een handeling waarbij het niet ligt aan kennistekort of andere factoren, maar waarbij de taak zelf onjuist wordt gepland of uitgevoerd. U kunt hierbij denken aan het toedienen van medicatie die in plaats van via het infuus via de maagsonde wordt gegeven.

### Menselijk bewaken (HRM)

Dit is een basisoorzaak die optreedt als er iets niet in de gaten is gehouden zoals het eigenlijk zou moeten. Ter bewaking wordt er automatisch bloeddruk gemeten, maar de alarmen worden niet ingesteld met gevolg dat een ernstige daling van de bloeddruk wordt gemist.

### Menselijk fijne motoriek (HSS)

Een fout die te maken heeft met de fijne motoriek van mensen, bijvoorbeeld een fout bij het invoeren van het patiëntnummer met misplaatsing van gegevens tot gevolg.

### Menselijk grove motoriek

Een fout die te maken heeft met de grove motoriek van mensen zoals het omstoten of laten vallen van bijvoorbeeld bloedbuizen met gevolg dat de patiënt nog een keer geprikt moet worden.



### Overige factoren

Naast bovengenoemde subclassificaties zijn er ook nog de volgende twee mogelijkheden:

#### Patiëntgerelateerde factor

Deze factor kan niet door de medewerkers worden beïnvloed, bijvoorbeeld een patiënt die ondanks advies zich niet aan zijn vochtbeperking houdt met decompensatie tot gevolg.

#### X-factor

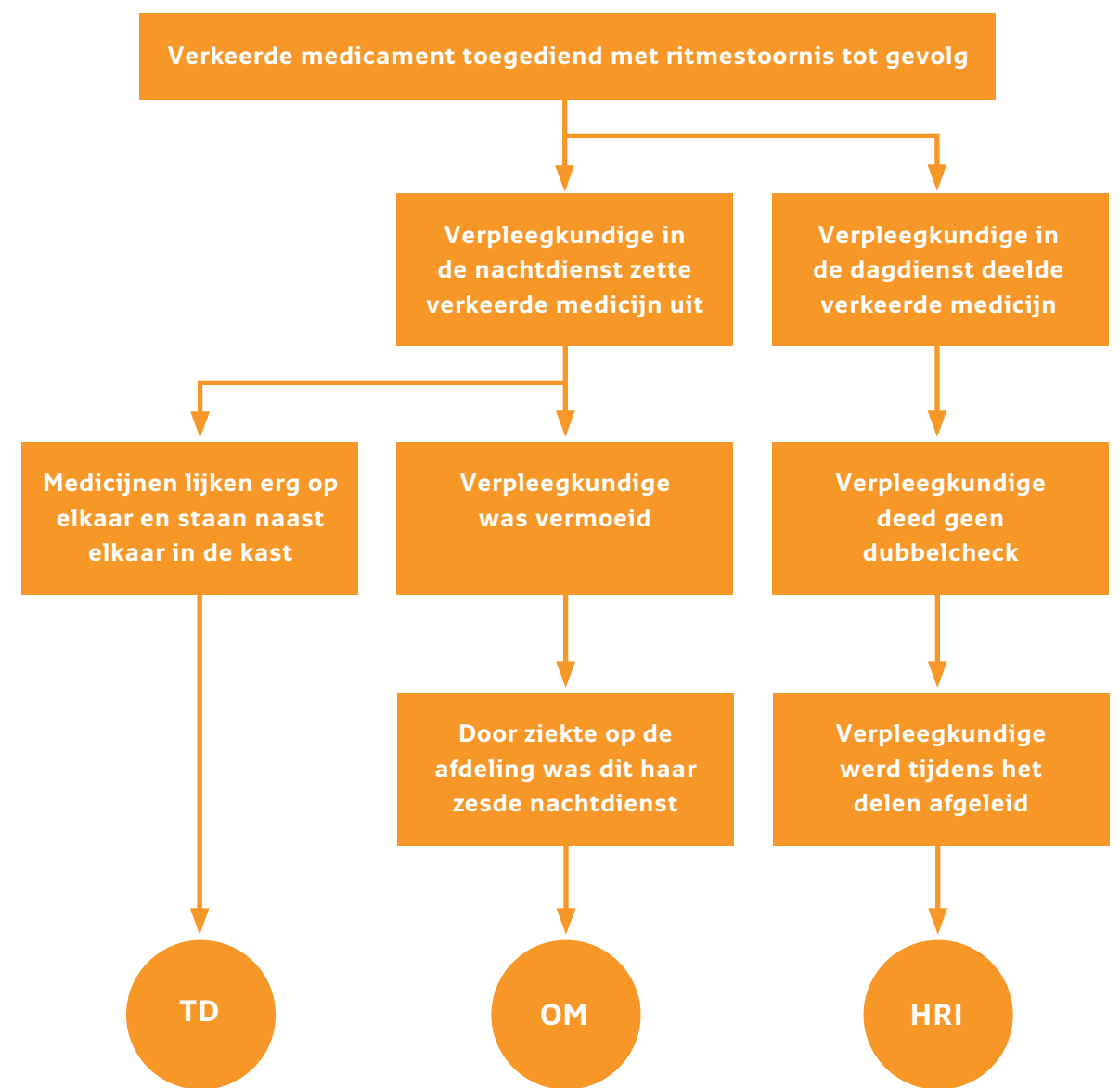
Als een basisoorzaak niet onder één van de bovenstaande klassen valt mag hij gecategoriseerd worden met de 'x'.

Nog veel meer voorbeelden van subclassificaties kunt u terug vinden in het rapport "Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen" van het Nivel. Dit rapport kan het VIM-team helpen bij het definiëren van de subclassificaties.

Door veel teams wordt het analyseren van incidenten als moeilijk ervaren en dat is het ook zeker in het begin. Het kost tijd om de analysemethode onder de knie te krijgen en die tijd dient u als VIM-team ook te nemen. Wanneer u merkt dat u overvallen wordt door het aantal incidenten voor analyse, probeer dit dan zo praktisch mogelijk op te lossen door:

- Vergelijkbare incidenten te samen te analyseren (één boom van meerdere incidenten).
- Begin met het soort incident dat veel voorkomt of hoog als risico scoort.
- Begin gewoon!! Iedere uitgevoerde analyse levert potentiële verbeteracties op!

Een oorzakenboom met classificaties ziet er als volgt uit:



Als u als VIM-team geslaagd bent in het benoemen van de basisoorzaken en de daarbij behorende classificatie heeft u met succes een 'boom' gebouwd. De analysefase wordt daarmee afgesloten waarmee u verder kunt met de volgende stap, namelijk het doorvoeren van verbeteringen (Schaaf van de, 2005).

## 5 Terugkoppelen van de resultaten van de analyses

Wanneer u als VIM-team de melding heeft geanalyseerd, is het goed de resultaten terug te koppelen aan de individuele melder en geanonimiseerd aan het team. Wanneer een melder terughoort wat er met zijn melding is gedaan, voelt de melder zich serieus genomen en zal zich gestimuleerd voelen vaker incidenten te melden.

Dit geldt ook voor de terugkoppeling aan het gehele team. Zij zullen zich meer betrokken voelen als zij goed zijn geïnformeerd en zich bewust zijn van wat er allemaal mis kan gaan op de afdeling. De wijze waarop de terugkoppeling plaatsvindt, dient u als team gezamenlijk te bepalen. Hiervoor zijn enkele mogelijkheden.

### De individuele melder

- *Schriftelijk*: u informeert de melder schriftelijk over de analyse en de daarbij behorende adviezen.
- *Mondeling*: een lid van het VIM-team informeert de melder over de bevindingen. Het voordeel is dat er dan ook wat makkelijker zaken kunnen worden toegelicht.
- *Via het meldingssysteem*: veel digitale systemen bieden de melder de mogelijkheid de melding zelf te volgen. Zij kunnen dan zelf de voortgang en de analyse inzien en indien hier nog vragen over zijn deze aan het VIM-team stellen.

### Het team

- *Schriftelijk*: geef iedere maand een overzicht van het aantal meldingen en soorten meldingen en welke verbeteracties zijn ingezet. Dit kan in de vorm van een nieuwsbrief waarin ook andere weetjes op het gebied van veiligheid kunnen worden vermeld.
- *Intranet*: indien u als afdeling een startpagina heeft op het intranet is dit ook een uitermate geschikt medium om de medewerkers op afdeling te informeren over de verwerkte incidenten en het thema veiligheid.
- *Werkoverleg*: als vast agendapunt op het werkoverleg, waarbij er een overzicht gegeven kan worden van het aantal en soort meldingen. Er kan ook de keus gemaakt worden een incident of een thema er uit te lichten (bijvoorbeeld valincidenten) en dit gezamenlijk als team te bespreken.

## 6 Het terugkoppelen van verbetermaatregelen

Het belangrijkste van het melden en analyseren van incidenten is dat er daarna verbeteringen kunnen worden doorgevoerd om de schade aan patiënten te beperken of te voorkomen. Het VIM-team heeft hierin een grote rol. Het is belangrijk om samen met de leidinggevende vast te stellen wat uw rol is met betrekking tot deze verbeteringen. Brengt u advies uit aan de leidinggevende die daarna verantwoordelijk is voor het doorvoeren en delegeren van de verbeteringen, of bent u ook verantwoordelijk voor de invoering van de verbeteringen? Realiseert u zich daarbij als VIM-team dat het doorvoeren van verbeteringen veel tijd kost. Bovendien is er waarschijnlijk voldoende deskundigheid op de afdeling bij collega's en werkgroepen aanwezig om deze verbeteringen op te pakken. Een bijkomend voordeel is dat u hiermee tevens het draagvlak voor de verbetering kan vergroten omdat het niet alleen het VIM-team is dat de verbeteringen doorvoert, maar het gehele team.

De vertaling van de incidenten met hun basisoorzaken naar structurele maatregelen kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Te weten:

- **Verbeteracties op basis van individuele incidenten.**
- **Verbeteracties op basis van verzamelde PRISMA-basisoorzaken.**

### Verbeteracties op basis van individuele incidenten

Op het niveau van het incident zelf kan het VIM-team soms al direct verbeteringen voorstellen. Als een protocol verouderd is, kunt u dat doorgeven aan de persoon die voor het protocol verantwoordelijk is en kan die het oppakken. Als bij de analyse van een incident blijkt dat de dubbelcheck niet goed uitgevoerd wordt, is het belangrijk om een traject op te starten om dit te verbeteren. Als een koppelstuk niet compatibel is met de infuusslang, dan moet dat aangepast worden en hoeft er niet te worden gewacht tot er meerdere incidenten zijn die hetzelfde aangeven.

### Verbeteracties op basis van verzamelde PRISMA-basisoorzaken

Een interessant element van de PRISMA-analyse zit in het analyseren van de basisoorzaken. Als je een aantal maanden bezig bent met het analyseren van incidenten, of er zijn 30 tot 50 incidenten geanalyseerd, dan is het mogelijk om in een database een grafiek te (laten) maken van de basisoorzaken die voorkomen. Belangrijk hierbij is dat de basisoorzaken procentueel weergegeven worden, dus niet in aantallen. Vervolgens kan er worden gekeken bij welke basisoorzaken op de afdeling een piek zit en kunnen daar gericht verbeteracties op worden ingezet. Vervolgens kan er bij een nieuwe analyse van de basisoorzaken bekeken worden of de piek verminderd is. En dus of de verbeteracties gewerkt hebben.

Bij analyse van de veel voorkomende basisoorzaken, en ook bij de analyse van een enkel incident, is de classificatieactiematrix een goed hulpmiddel (zie bijlage 2). Deze matrix geeft bij de verschillende basisoorzaken aan welke maatregelen genomen kunnen worden om deze basisoorzaak te voorkomen (Schaaf van de, 2005).

Er bestaat vaak de neiging als oplossing nieuwe trainingen aan te bieden of een nieuw protocol te gaan schrijven. Maar als de basisoorzaak die veel voorkomt niet kennisgebrek respectievelijk protocollen betreffen, is dat niet altijd de meest effectieve oplossing. Oplossingen waar niet snel aan gedacht wordt zijn bijvoorbeeld het vragen aan de ICT-afdeling om de software aan te passen, of het gezamenlijk met andere disciplines op zoek gaan naar nieuwe technieken die kunnen helpen het werk makkelijker te maken. Zo kunt u denken aan een voorbeeld op een kinderafdeling waar de huidskleurige pleisters die eerst gebruikt werden om de voedingssondes mee vast te zetten, erg moeilijk los te maken waren en huidbeschadigingen gaven. Deze zijn vervangen door huidvriendelijke nieuwe pleisters die ook beter plakken.

## 7 Waar dient u rekening mee te houden bij invoeren van verbeteringen

Wanneer u als VIM-team verbeteringen gaat adviseren en/of doorvoeren is het goed terug te denken aan hoe de mens (met zijn beperkingen) in elkaar zit en deze afwegingen mee te nemen bij het formuleren van verbeteracties.

Zoals aangegeven gaan we ervan uit dat mensen fouten maken. Die fouten worden mede uitgelokt door het systeem waar medewerkers in moeten werken. De beste manier om verbeteringen door te voeren zijn aanpassingen van dat systeem en niet zo zeer oplossingen die gericht zijn op de mens, zoals 'hij moet voortaan beter opletten'. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een deur die open gaat wanneer je er tegen duwt. De deur kan voorzien worden van een bordje 'duwen', maar ook kan de deurklink weg worden gehaald, waardoor mensen niet meer aan de deur kunnen trekken en hij wel moet duwen om de deur te openen. De laatste oplossing is vele malen effectiever.

Probeer dus als VIM-team daar waar dat kan oplossingen te verzinnen in het systeem, waardoor de medewerker die fout gewoon niet meer kan maken.



**NIET TREKKEN**

## 8 Rapporteren van verbeteracties

Het VIM-team dient met de leidinggevende afspraken te maken hoe zij de incidenten en de verbeteracties aan haar gaan terugkoppelen. Tevens dient duidelijk te zijn hoe de verbeteracties moeten worden vastgelegd. De meeste digitale systemen hebben dit onderdeel in zich. Is dit niet aanwezig dan zal het VIM-team zelf een manier moeten vinden om de verbeteracties vast te leggen en de voortgang ervan te bewaken of binnen de organisatie na moeten gaan wat de afspraken hierover zijn.

Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een digitaal systeem kan dit het VIM-team helpen rapportages te maken, die dan in een overleg met de leidinggevende kunnen worden besproken. Daarnaast kunnen deze gegevens ook, indien dit binnen uw organisatie zo is geregeld, centraal aan een veiligheidscommissie worden aangeboden. Is dit systeem niet aanwezig dan dienen er met de leidinggevende afspraken te worden gemaakt hoe en wie de rapportage samenstelt en wat hierin moet komen.



## 9 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

**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

**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



**Bijlage 1** Categorieën van de medische versie van het Eindhoven Classificatie Model  
**Bijlage 2** Classificatiematrix

## Bijlage 1

### Categorieën van de medische versie van het Eindhoven Classificatie Model

Bron: (MERS TM, 2001; van Vuuren et al 1997)

	Code	Categorie	Definitie
<b>Technisch</b>	T-EX	Extern	Technische fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie.
	TD	Ontwerp	Fouten als gevolg van slecht ontwerp van materialen, hulpmiddelen, software, labels of vormen.
	TC	Constructie	Een correct ontwerp dat niet goed is geconstrueerd of ingesteld.
	TM	Materiaal	Materiaal defecten die niet onder de categorieën TD of TC vallen.
<b>Organisatorisch</b>	O-EX	Extern	Fouten op een organisatorisch niveau buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie.
	OK	Kennisoverdracht	Fouten als gevolg van onvoldoende maatregelen om te garanderen dat alle situatie- of domeingebonden kennis of informatie wordt overgedragen aan alle nieuwe of onervaren medewerkers.
	OP	Protocollen	Fouten met betrekking tot de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen ( te ingewikkeld, onnauwkeurig, onvolledig, onrealistisch, afwezig of slecht gepresenteerd)
	OM	Management prioriteit	Interne management beslissingen waarbij veiligheid een lagere prioriteit heeft gekregen als gevolg van conflicterende vraag of doelstellingen. Dit is een conflict tussen productiebehoeften en veiligheid.
	OC	Cultuur	Fouten als gevolg van een gezamenlijk gedeeld gedachtegoed, respectievelijk gedragspatroon, dat risico's bagatelliseert, onderschat, dan wel negeert.

	Code	Categorie	Definitie
<b>Menselijk</b>	H-EX	Extern	Menselijke fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie om.
<b>Kennis-niveau</b>	HKK	Redeneren	Fouten veroorzaakt door in nieuwe situaties, beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen. <i>Voorbeeld:</i> een getrainde technoloog die niet in staat is een complex antistof identificatie op te lossen.
<b>Regel-niveau</b>	HRQ	Kwalificatie	Er is een niet toegestaan verschil tussen de kwalificaties, training of opleiding van een individu en de uit te voeren taak. <i>Voorbeeld:</i> van een technicus verwachten dat hij dezelfde ingewikkelde problemen oplost als een technoloog.
	HRC	Coördinatie	Fouten als gevolg van een gebrek aan afstemming en coördinatie tussen de verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak. <i>Voorbeeld:</i> een essentiële taak wordt niet uitgevoerd, omdat iedereen dacht dat iemand anders de taak zou uitvoeren.
	HRV	Verificatie	De correcte en complete beoordeling van een situatie inclusief de voorwaarden voor de patiënt en de benodigde materialen en hulpmiddelen voordat men met de uitvoering van de taak van start gaat. <i>Voorbeeld:</i> het niet goed identificeren van een patiënt door de polsband te controleren.
	HRI	Interventie	Fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van een taak. <i>Voorbeeld:</i> rode bloedcellen volgens hetzelfde protocol behandelen als bloedplaatjes.
	HRM	Bewaken	Fouten tijdens het bewaken van de staat van het proces of de patiënt tijdens of na het uitvoeren van een taak. Bijvoorbeeld een getrainde technoloog die zich niet realiseert dat een pipet verstopt is.
<b>Vaardigheids-niveau</b>	HSS	Fijne motoriek	Fouten met betrekking tot de fijne motoriek. <i>Voorbeeld:</i> een typefout.
	HST	Grove motoriek	Fouten met betrekking tot de grove motoriek. <i>Voorbeeld:</i> vallen of iets omstoten.
<b>Overige factoren</b>	PRF	Patiënt gerelateerde factor	Fouten die gerelateerd zijn aan de kenmerkende eigenschappen van de patiënt, die buiten de controle van de medewerkers liggen en de behandeling beïnvloeden.
	X	Overig	Fouten die niet geassocieerd kunnen worden in één van de nadere categorieën.

## Bijlage 2

### Classificatieactiematrix

Classificatie code	Techniek	Procedures	Info en communicatie	Training	Motivatie	Escalatie	Reflectie
T-EX						X	
TD	X						
TC	X						
TM	X						
O-EX						X	
OK						X	
OP		X					
OM						X	
OC							X
H-EX						X	
HKK			X		Nee		
HRQ				X			
HRC				X			
HRV				X			
HRI				X			
HRM				X			
HSS	X				Nee		
HST	X				Nee		
PRF*							
X							

\* Als bepaalde patiënt gerelateerde factoren (zoals taalproblemen) die niet door de patiënten zelf voorkomen kunnen worden zich blijken te herhalen, dan dienen deze problemen op organisatorisch niveau te worden opgelost (i.e. escalatie)



# Colofon

'**Praktijkids Veilig incident melden**' is een uitgave van het VMS Veiligheidsprogramma. U kunt de praktijkgids downloaden en/of bestellen via de website van het VMS Veiligheidsprogramma [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

**Publicatienummer**  
2009.0106

**ISBN**  
978-94-90101-06-0

**Vormgeving**  
SOGOOD, Haarlem  
[www.sogooddesign.nl](http://www.sogooddesign.nl)

Deze uitgave kwam tot stand dankzij inspanningen van:

**P. (Patricia) Boelhouters,**  
Programmamedewerker VMS

**Drs. B. Th. (Brigit) Heemskerk,**  
Programmamanager VMS Veiligheidsprogramma

**Drs. M. M. (Miriam) Kroeze,**  
Projectleider VMS

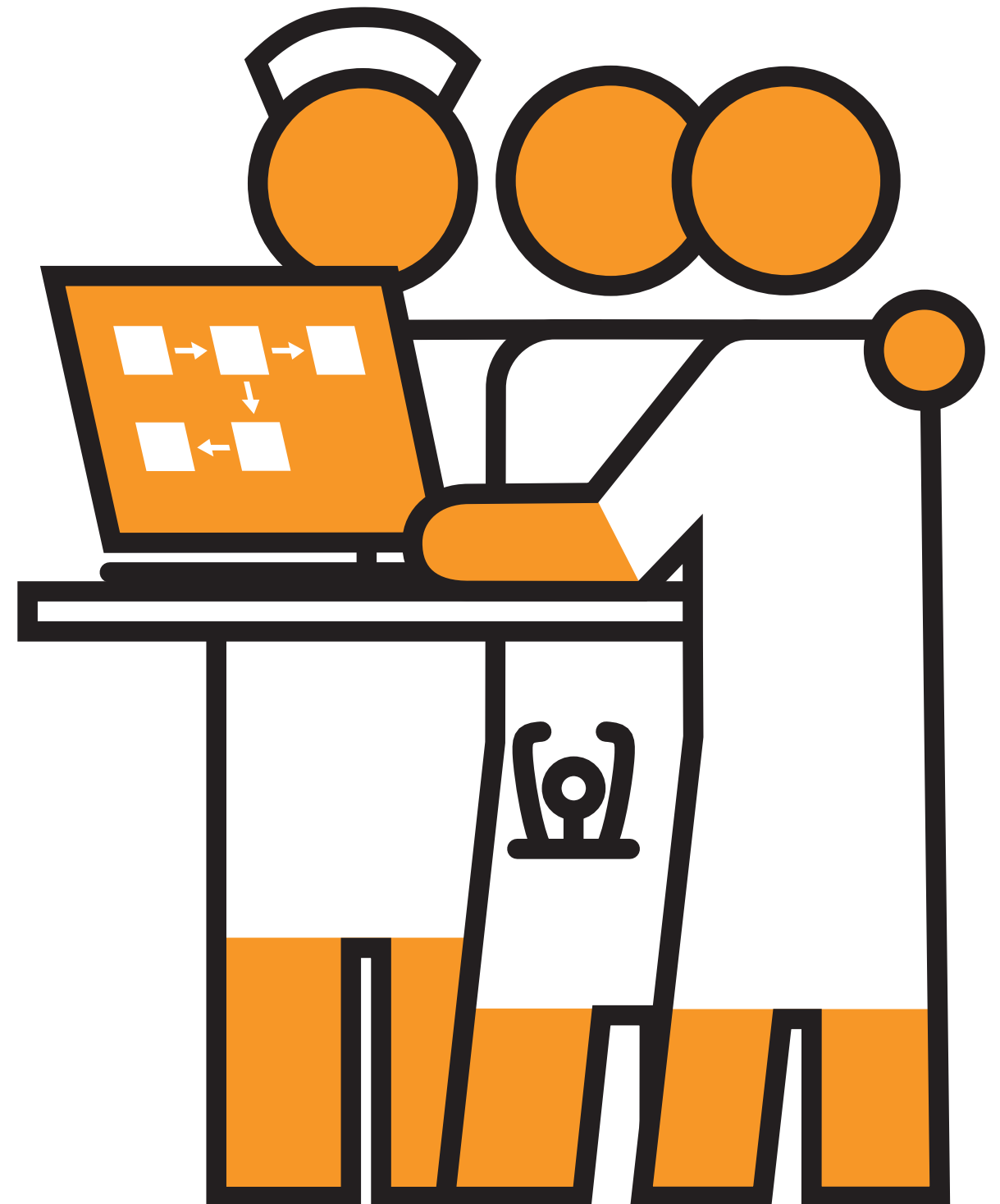
**Ir. E.W. (Eline) Nap,**  
Programmamedewerker VMS

Met medewerking van:

- Amphia Ziekenhuis, Breda
- Centrum Patiëntveiligheid Isala, Zwolle
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam
- Maasstad Ziekenhuis, Sittard
- UMC Utrecht Kenniscentrum Patiëntveiligheid, Utrecht
- Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Utrecht

## Copyrights

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Ondanks de uiterste zorgvuldigheid waarmee deze uitgave tot stand is gekomen, is het VMS Veiligheidsprogramma niet aansprakelijk voor eventuele drukfouten. Noch voor het gebruik van de inhoud van de teksten en de daaruit voortvloeiende feiten, omstandigheden en gevolgen. Overname van teksten is toegestaan na schriftelijke toestemming van de uitgever.





Het VMS Veiligheidsprogramma wordt geïnitieerd door:

NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ),  
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU),  
Orde van Medisch Specialisten (Orde),  
Landelijk Expertisecentrum  
Verpleging & Verzorging (LEVV) en  
Verpleegkundigen & Verzorgenden  
Nederland (V&VN)



[www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)