

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Systematisch Leren van Incidenten in de Zorg: een online handreiking voor zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers

J.C.J.A. JANSSEN, M.L.A. DÜCKERS, D.H.M. FRIJTERS, I. KOK, W. VERSTAPPEN EN C. WAGNER

Om te kunnen leren van incidenten moeten deze geregistreerd en systematisch geanalyseerd worden. De analyse levert suggesties op hoe zorgprocessen minder kwetsbaar en foutgevoelig kunnen worden ingericht. De volgende stap is het veranderen en het verbeteren van het zorgproces. En keer op keer blijkt dat dit moeilijk is. Dit artikel beschrijft het doel en het verloop van het eerste jaar van het landelijke project “Leren van Incidenten in de Zorg (LIZ)”. Daarbij wordt ingegaan op de ontwikkelde online handreiking en wordt vervolgonderzoek besproken.

In aansluiting op de toenemende aandacht voor veiligheid in alle sectoren en melden en leren van incidenten in het bijzonder (zie kader) heeft ZonMw het LIZ-project (Leren van Incidenten in de Zorg) geïnitieerd. Het project bestaat uit drie fasen: een ontwikkel-, een pilot- en een verspreidingsfase en is in maart 2008 gestart. Het project wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Trimbos-instituut, UMC St Radboud IQ Healthcare en het EMGO+ Instituut /VU medisch centrum. Het beoogt zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, instellingen voor gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, en huisartspraktijken en –posten te voorzien van kennis en hulpmiddelen om te komen tot een effectief functionerend decentraal systeem waarbinnen kan worden geleerd van incidenten. Na enkele decennia ervaring met de FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents), MIP (Meldingen Incidenten Patiënten) en MIC-commissies (Meldingen Incidenten Cliënten) kwam er toenemend kritiek over deze centrale commissies. Veel gehoorde opmerkingen zijn: bureaucratie, weinig feedback naar melder, onduidelijkheid wat met meldingen gedaan wordt en vrees voor sancties. Inmiddels bestaat dan ook de overtuiging dat zorgorganisaties op decentraal niveau beter kunnen leren van incidenten, dat wil zeggen op afdelingsniveau, zo dicht mogelijk bij de werkvloer.

Met dit doel voor ogen is er in de eerste fase van het project een online handreiking ontwikkeld als hulpmiddel voor zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers. De online handreiking is gebaseerd op literatuuronderzoek, een inventarisatie van de stand van zaken bij zorgaanbieders door middel van quickscans, analyse van bestaande meldingsformulieren, interviews en groepsbijeenkomsten met experts. De quickscan bevatte vragen over kenmerken van te melden incidenten, het aantal en de aard van de incidenten, het type formulieren, of de melder op de hoogte wordt gehouden van de voortgang, wat er met een melding gebeurt en de wijze van analyseren. Voor juridische vraagstukken is een jurist geraadpleegd en gebruik gemaakt van het KNMG rapport ‘Melden van Incidenten in de Gezondheidszorg’ (Legemaate e.a., 2006). Het rapport beschrijft voorwaarden voor een goed functionerend meldsysteem. De belangrijkste voorwaarden zijn: het creëren van een cultuur waarin het melden en leren van incidenten centraal staan, goede organisatorische en financiële ondersteuning, het invoeren van een werkbare meldingsprocedure en het maken van duidelijke afspraken over de veiligheid van de melder. De bereidheid om incidenten te

melden neemt namelijk toe als de melder niet hoeft te vrezen dat gemelde incidenten tegen hem of haar kunnen worden gebruikt bijvoorbeeld in de vorm van disciplinaire maatregelen en juridische procedures.

[KADER]

De belangrijkste conclusie van het literatuuronderzoek is dat decentraal melden van incidenten leidt tot een toename van het aantal meldingen. Daarnaast blijkt dat er verschillende analysemethoden voor het achterhalen van oorzaken van incidenten beschikbaar zijn. Desondanks kan er nauwelijks uitsluitel worden gegeven over welke analysemethode het best onder welke omstandigheden kan worden ingezet. Evenmin zijn er studies bekend waarin de effectiviteit van systematisch leren van incidenten op korte en lange termijn wordt aangetoond (Dückers e.a., 2009). Wel zijn verschillende conceptuele modellen beschreven waarin elementen en stappen voor systematisch leren van incidenten worden beschreven. Dit soort modellen – zoals het WHO-IPSEC/ICPS kader (WHO, 2007), het raamwerk van Runciman (Runciman e.a., 2006) en dat van Leape (Leape, 2002) – zijn gebruikt ter onderbouwing en als richtinggevend kader bij de invulling van de handreiking, maar ook om succes- en faalfactoren voor systematisch leren van incidenten te identificeren. De ontwikkelfase werd afgesloten met een invitational conference met genodigden uit vijf sectoren, experts, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en ZonMw. De feedback is gebruikt om de handreiking verder te voltooien en als input voor de pilotfase.

DE ONLINE HANDREIKING

Er is gekozen om de verzamelde inzichten te vertalen in een online handreiking welke gebruiksvriendelijk is en optimaal te verspreiden. Deze bestaat uit een leidraad stappenplan, een LIZ-model en een checklist en is te bezoeken via: www.nivel.nl/liz.

Uitgangspunt binnen de online handreiking is dat de zorgorganisatie op decentraal niveau leert van geregistreerde en geanalyseerde incidenten. Het is immers in het belang van de veiligheidscultuur en de meldingsbereidheid dat zorgverleners zien wat er met gemelde incidenten gebeurt. De zorgverlener zal feedback moeten krijgen van in behandeling genomen meldingen, analyseresultaten, ingezette verbeteracties en resultaten daarvan. Nederland neemt hier vergeleken met het buitenland een unieke positie in. In Engeland en Denemarken is namelijk gekozen voor een nationaal registratiesysteem.

LIZ-MODEL

Het LIZ-model (figuur 1) bevat informatie over de procesonderdelen melden, registreren, analyseren en duurzaam verbeteren. Het onderdeel ‘melden’ gaat in op de meldingsbereidheid van zorgverleners. Er worden factoren beschreven die positief bijdragen aan de meldingsbereidheid. Van belang is dat er duidelijke meldingscriteria zijn. Op de site wordt ingegaan op de verschillende type incidenten in de verschillende sectoren. Niet alleen op basis van ernstige incidenten kan namelijk de kwaliteit van de geleverde zorg worden verhoogd, maar ook relatief kleine incidenten kunnen aangrijpingspunten bieden om de kwaliteit te verbeteren. Een incident is gedefinieerd als: ‘een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt/cliënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden’ (Wagner e.a., 2005; NTA 8009, 2007). Verder wordt ingegaan op het belang van terugkoppeling naar de melder. Veilig melden houdt in dat de melder niet hoeft te vrezen dat gemelde incidenten tegen hem of haar kunnen worden gebruikt voor disciplinaire maatregelen en juridische procedures. Hierdoor neemt de bereidheid onder zorgverleners om incidenten te melden toe. Tevens is er informatie te vinden over IZEP (Instrument voor Zelfevaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur) en COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) die de huidige veiligheidscultuur op een afdeling meten. Hieraan wordt binnenkort SCOPE (Systematisch Cultuur Onderzoek Patiëntveiligheid Eerste Lijn), een vergelijkbaar instrument voor huisartsenposten en praktijken, toegevoegd.

Het procesonderdeel ‘registreren’ beschrijft de basale kenmerken van een registratieformulier. Zo hoeft de melder bijvoorbeeld alleen keuzemogelijkheden door te lopen die verband houden met het gemelde incident (Runciman e.a., 2006). Om te kunnen leren van incidenten is het van belang dat voldoende informatie is vastgelegd. Op de site is een voorbeeld registratieformulier te downloaden wat de velden van de minimum dataset bevat.

Het procesonderdeel ‘analyseren’ benadrukt het belang van prioriteringscriteria om te bepalen voor welke geregistreerde incidenten een oorzakenanalyse wordt ingezet. Het analyseren van alle gemelde incidenten is

tijdrovend. Een risicomatrix kan daarbij helpen. Een risicomatrix zet de ernst van een incident af tegen de frequentie van voorkomen (VMS-zorg, 2009). Daarnaast staat op de website informatie over zes oorzakenanalysemethoden: DAM, PRISMA, S137, SIRE, SOAT, TRIPOD β. Om systematisch te leren van incidenten is inzicht in oorzaken van incidenten essentieel. Als oorzaken zijn achterhaald kunnen werkwijzen en procedures zodanig worden aangepast dat mag worden verwacht dat deze incidenten niet meer zullen optreden. Per oorzakenanalysemethode is de volgende informatie te vinden: de te doorlopen stappen, voor- en nadelen, wanneer de methode kan worden ingezet, wat de methode oplevert, literatuur en informatie voor deelname aan trainingen.

De resultaten van de oorzakenanalyse vormen de basis voor gerichte verbetering. Soms is het uit praktisch oogpunt niet haalbaar om de problemen allemaal tegelijkertijd aan te pakken. In die gevallen kan ook hier een risicomatrix uitkomst bieden.

Het procesonderdeel 'verbeteren' beschrijft hoe naar specifieke verbeteracties kan worden toegewerkt. De website beschrijft het Nolan verbetermodel. Het Nolan-model (Plan Do Study Act (PDSA) cyclus) dan wel Deming cyclus is een manier om veranderingen door te voeren door een plan van aanpak te maken voor het invoeren van de verandering (plan), de verandering in te voeren (do), deze te evalueren namelijk door vast te stellen of de ingevoerde verandering ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering (study) en zo nodig de verandering bij te stellen (act). De essentie van het Nolan-model is het snel en op kleine schaal implementeren en testen van verbeteringen door een verbetersteam. Het is van belang dat het verbetersteam de juiste competenties bezit zoals: leiderschap, coördinatie-, technische- en administratieve vaardigheden (Grol e.a., 2006). Alleen bij aantoonbaar succes wordt de verbetering op grotere schaal ingevoerd en verspreid binnen de zorgorganisatie (Dücker, 2009). Op de site worden hiervoor tips gegeven.

[FIGUUR 1]

Het LIZ-model bevat ook een procesbeschrijving en een taken- en verantwoordelijkheidsverdeling voor activiteiten binnen een zorgorganisatie die te maken hebben met de registratie, analyse en systematisch leren van incidenten. De bezoeker kan deze zowel per procesonderdeel als per actor raadplegen. De taken- en verantwoordelijkheidsverdeling is gebaseerd op het rapport 'Melden van incidenten in de zorg' (Legemaate e.a., 2006) en de Nederlands Technische Afspraak voor een VMS voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen (Nederlands Normalisatie-instituut, 2007).

LEIDRAAD STAPPENPLAN

De leidraad stappenplan (figuur 2) biedt zorgaanbieders aangrijpingspunten om het systematisch leren van incidenten op basis van geregistreerde en geanalyseerde incidenten te implementeren en te ontwikkelen. Het stappenplan maakt door vragen inzichtelijk of de procesonderdelen — melden, registreren, prioriteren, analyseren en verbeteren — aanvullende aandacht vragen. Aan de hand van het antwoord wordt de bezoeker naar het LIZ-model geleid voor relevante achtergrondinformatie.

[FIGUUR 2]

HET VERVOLG

De pilotfase van het project is in mei 2009 gestart en heeft als doel de bruikbaarheid en meerwaarde van de ontwikkelde online handreiking te toetsen. Er zal worden onderzocht of de online handreiking zorgorganisaties ondersteunt bij de implementatie, het ontwikkelen en het feitelijk leren van incidenten. Hiervoor zullen per sector enkele pilotinstellingen de handreiking gaan gebruiken en zal de projectgroep de pilotinstellingen hierbij begeleiden en het proces evalueren. Op basis van de evaluatie kan de handreiking worden bijgesteld. Uiteindelijk zal tijdens de laatste fase, de verspreidingsfase, een plan worden opgesteld en uitgevoerd om de online handreiking zo breed mogelijk te verspreiden.

[KADER 2]

ALGEMENE INFORMATIE

Dit project is mogelijk gemaakt door subsidie van het programma patiëntveiligheid van ZonMw.

LITERATUUR

- Consument en Veiligheid en Actiz, Veiligheid in de V&V, methode voor veiligheidsmanagement in verpleeg- en verzorgingshuizen, Amsterdam/Utrecht, 2008.
- Dückers, M. Changing hospital care. Evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme, Universiteit Utrecht, 2009.
- Dückers, M., Faber, M., Cruisberg, J., Grol, R., Schoonhoven, L. en M. Wensing, Safety and risk management interventions in hospitals: a systematic review of the literature, Medical Care Research and Review, in druk.
- GGZ Nederland, Patiëntveiligheidsprogramma sector Geestelijke Gezondheidszorg contouren programma 2008 – 2011, Amersfoort, 2007.
- Grol, R. en M. Wensing, Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg, Maarsse, 2006.
- Leape L.L., Reporting of adverse events, The New England journal of Medicine, 2002, 1633-1638.
- Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S. en R.P. de Roode, Melden van incidenten in de gezondheidszorg, Utrecht, 2006.
- LHV, Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg. Handreiking, continue verbetering van veiligheid en kwaliteit, Utrecht, 2009.
- NHG, NHG-Leidraad Procedure Veilig Incident Melden (VIM), Utrecht, 2009.
- Nederlands Normalisatie-instituut. Nederlands Technische Afspraak 8009, Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen, Delft, 2007.
- Runciman W.B., Williamson, J.A.H., Deakin, A., Benveniste, K.A., Bannon, K. en P.D. Hibbert, An integrated framework for patient safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification, Quality & safety in health care, 15, 2006, 82-90.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Veiligheidsagenda VGN 2008-2011, Utrecht, 2008.
- VMS-zorg, Praktijkgids Veilig Incident Melden, Utrecht, 2009.
- World Health Organization. World Alliance for Patient safety, The conceptual framework for the international classification for patient safety (ICPS), World health Organisation, Geneva, 2007.
- Wagner C. en G. van der Wal, Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities, Medisch Contact, 2005;47:1888-91.

Jasper Janssen, MSc. en Dr. Michel Dückers zijn als onderzoeker vanuit het NIVEL betrokken geweest bij de ontwikkeling van de online handreiking en de voorbereiding van de pilots.

Dr. Dinnus Frijters werkt bij Prismant en bij de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc en heeft projecten geleid over meten van kwaliteit van zorg.

Drs. Ineke Kok is werkzaam bij het Trimbos-instituut als programmahoofd Management en Beleid.

Dr. Wim Verstappen is huisarts en medisch adviseur voor de huisartsenposten Eindhoven/Den Bosch en werkt als onderzoeker bij IQ healthcare.

Prof. dr. Cordula Wagner is werkzaam bij het NIVEL als programmaleider Kwaliteit en Organisatie in care en cure en als bijzonder Hoogleraar Patiëntveiligheid verbonden aan de afdeling Sociale Geneeskunde/VUmc.

Correspondentieadres: j.janssen@nivel.nl

KADER

Kader. Ontwikkelingen op het gebied van incident melden in de verschillende sectoren

Sector	Ontwikkelingen op het gebied van incident melden
Geestelijke gezondheidszorginstellingen	Voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is een Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011 opgesteld (GGZ Nederland, 2007). Doel is om incidenten op een zevental speerpunten terug te dringen. Een belangrijke voorwaarde hierbij is het neerzetten van een systeem om veilig incidenten te melden, onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) van GGZ instellingen.
Gehandicaptenzorginstellingen	De Veiligheidsagenda van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) 2008-2011 bevat voorstellen om beleid op het gebied van veiligheid te intensiveren (VGN, 2008). Veiligheid in kwaliteitssystemen en het bevorderen van melden van incidenten en risico's zijn hierin belangrijk.
Huisartspraktijken en huisartsenposten	De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft een handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg uitgebracht (LHV, 2009). Deze geeft zorgprofessionals, doktersassistenten, praktijkondersteuners en managers in de huisartsenzorg inzicht in veilige zorg voor patiënten. De handreiking is een aanvulling op de "NHG-leidraad voor het opzetten van een procedure voor Veilig Incident Melden" (NHG, 2009).
Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties	Afgelopen jaar is een handboek Veiligheid in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen (Consument en Veiligheid en Actiz, 2008) opgesteld met methoden voor het opzetten en uitvoeren van veiligheidsbeleid en incidenten melden.
Ziekenhuizen	Decentraal veilig incident melden was eerder al onderdeel van het Sneller Beter programma waarbij 24 ziekenhuizen deelnamen aan verbetertrajecten op het gebied van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. Ook bij de tien ziekenhuizen die deelnamen aan het VMS-project gericht op het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) was decentraal melden een belangrijke pijler. Het maakt nu deel uit van de NTA (Nederlands Technische Afspraak) voor het laten beoordelen van het VMS. Ziekenhuizen dienen op 31 december 2012 aan de gestelde eisen ten aanzien van het VMS te voldoen.

Figuur 1. Het LIZ-model

Leren van Incidenten in de Zorg

Trimbos instituut emgo IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare Radboud University Nijmegen Medical Centre nível ZonMw

Home | Leidraad Stappenplan | **LIZ model** | Checklist

Meldingsbereidheid | Registreren | Analyseren | Verbeteren

LIZ model

Het LIZ model bestaat uit verschillende elementen die gezamenlijk bijdragen aan LIZ.

Meldingsbereidheid, Registratie, Analyse en Duurzaam verbeteren

Door op een element uit onderstaand figuur te klikken, wordt u verwezen naar relevante informatie behorend bij het desbetreffende onderdeel. Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk en literatuur. Hierbij kunt u denken aan:

- verschillen tussen type incidenten;
- overzicht van betrokken personen met hun verantwoordelijkheden;
- een procesbeschrijving;
- overzicht van retrospectieve oorzakenanalysemethoden;
- hoe te verbeteren.

LIZ model

Juridisch kader
Verwijst u naar het juridisch kader rondom LIZ.

Ervaringen per zorgsector
Verwijst u naar de praktijksituatie per zorgsector gebaseerd op onderzoeksresultaten en de gehanteerde onderzoeksmethode.

Zie ook

- [FAQ](#)
- [Gebruikte termen](#)
- [Links](#)
- [Literatuur](#)
- [Reageer](#)

Figuur 2. Leidraad Stappenplan

Kader 2

Wat is bekend?

Na ervaring met de FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents), MIP (Meldingen Incidenten Patiënten) en MIC-commissies (Meldingen Incidenten Cliënten) kwam er toenemend kritiek over deze centrale commissies zoals: bureaucratie, weinig feedback naar melder, onduidelijkheid wat met meldingen gedaan wordt en vrees voor sancties. Inmiddels bestaat dan ook de overtuiging dat zorgorganisaties op decentraal niveau beter kunnen leren van incidenten, dat wil zeggen op afdelingsniveau, zo dicht mogelijk bij de werkvloer.

Wat is nieuw?

Het LIZ-project heeft een online handreiking over systematisch leren van incidenten ontwikkeld welke is te bezoeken via www.nivel.nl/liz.

Wat kun je hiermee?

Zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, instellingen voor gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, en huisartspraktijken en –posten kunnen hier terecht voor een leidraad stappenplan, een LIZ-model en een checklist om op decentraal niveau systematisch leren van incidenten een plaats te geven in hun dagelijkse praktijkvoering.